



Technische Universität München

Fakultät für Medizin

Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum rechts der Isar

(Direktor: Prof. Dr. Antonius Schneider)

Faktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimmitarbeitern

Julia Isabelle Grafen

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. Ernst J. Rummeny

Prüfende der Dissertation:

1. Prof. Dr. Antonius Schneider

2. apl. Prof. Dr. Wolfgang L. E. Huber

Die Dissertation wurde am 02.11.2017 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 12.12.2018 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
1.1. Hintergründe	3
1.1.1. Zur demographischen Entwicklung.....	3
1.1.2. Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen	4
1.1.3. Modellprojekte.....	5
1.1.4. Politische Forderungen - Pflegereform.....	7
1.2. Hintergrund zum vorliegenden Projekt.....	8
1.3. Zielsetzung und Hypothesen.....	9
2. Methodik.....	11
2.1. Studienablauf	11
2.2. Studienkollektiv	14
2.3. Methodik des qualitativen Teils.....	15
2.3.1. Fokusgruppeninterviews.....	15
2.3.2. Teilnehmer.....	16
2.3.3. Aufbereitung und Auswertung:	17
2.4. Methodik des quantitativen Teils.....	18
2.4.1. Fragebögen	18
2.4.2. Auswahl der Fragen und Teilnehmergruppen für die Dissertation	20
2.4.3. Auswertung.....	22
3. Ergebnisse.....	25
3.1. Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews	25
3.2. Ergebnisse der Fragebogenerhebung	30
3.2.1. Teilnehmer.....	30
3.2.2. Deskription	34
3.2.3. Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegerheimmitarbeitern	46

3.2.4.	Zusammenhänge zwischen verschiedenen Faktoren und der Qualität der Zusammenarbeit.....	48
3.2.5.	Multivariate Regressionsanalyse zur Berücksichtigung des Cluster-Effekts	58
4.	Diskussion.....	61
4.1.	Zusammenfassung der Ergebnisse	61
4.2.	Methodenkritik	63
4.3.	Interpretation	64
4.3.1.	Strukturelle Aspekte.....	64
4.3.2.	Organisatorische Aspekte	68
4.3.3.	Bedeutung von Kommunikation	70
4.3.4.	Schlussfolgerung und Ausblick	73
5.	Zusammenfassung.....	75
6.	Abkürzungsverzeichnis	77
7.	Tabellenverzeichnis	79
8.	Abbildungsverzeichnis.....	81
9.	Literaturverzeichnis	83
10.	Publikationen	87
11.	Anhang	89
12.	Danksagung.....	173

1. Einleitung

1.1. Hintergründe

1.1.1. Zur demographischen Entwicklung

Die Entwicklung der Altersstruktur in Deutschland zeigt, dass der Anteil der über 60-Jährigen in der Bevölkerung stetig ansteigt. In den 80er Jahren waren laut des Statistischen Bundesamtes ca. 17 % der Deutschen 60 - 80 Jahre alt und ca. 3 % über 80 Jahre. Heute zählen zu der Gruppe der 60-80-Jährigen ca. 21,7 % der deutschen Bevölkerung und ca. 5,4 % sind älter als 80 Jahre (Bundesamt, Statistisches, 2015). So steigt auch die Anzahl der Personen, welche im Alter Hilfe bei der Versorgung und bei der Bewältigung des Alltags sowie zunehmend ärztliche Behandlung benötigen.

Seit 1999 wird alle zwei Jahre von den statistischen Ämtern des Bundes und der Länder eine Pflegestatistik durchgeführt, um Angebot und Nachfrage pflegerischer Versorgung zu evaluieren (Bundesamt, Statistisches, 2013). Die aktuellsten Ergebnisse zeigen, dass 2013 2,63 Millionen Menschen pflegebedürftig waren. Das sind 5 % mehr als noch im Jahr 2011. 71 % davon wurden mit oder ohne professionelle Hilfe zu Hause versorgt, das bedeutet, dass insgesamt 764000 Menschen in Deutschland in Pflegeheimen versorgt wurden (Bundesamt, Statistisches, 2015).

In Deutschland gibt es derzeit 13000 Pflegeeinrichtungen mit insgesamt ca. 685000 Mitarbeitern (Bundesamt, Statistisches, 2013). Die Bewohnerstruktur in Pflegeheimen zeigt nicht nur eine hohe Pflegebedürftigkeit, sondern auch eine hohe Prävalenz an Mobilitätseinschränkungen und Erkrankungen, häufig auch Multimorbidität (Hallauer et al., 2005). Dies erfordert eine gute Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern in Pflegeheimen und den versorgenden Ärzten.

1.1.2. Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen

Die Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) erstellte 2012 eine Literaturübersicht zum Thema „Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland“, um einen Überblick über vorliegende Studien zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen zu geben (Balzer et al., 2013a). Außerdem wurde in diesem Bericht dargestellt, welche gesundheitlichen Einschränkungen bei Pflegeheimbewohnern schwerpunktmäßig auftreten.

Die Gewährleistung einer ärztlichen Versorgung ist eine Voraussetzung für das Betreiben eines Pflegeheimes (Benesch 2006 zitiert nach Balzer, 2013). Dabei gibt es keinen Unterschied im Vergleich zur Versorgung von Patienten, die zu Hause gepflegt werden. Der Bewohner wählt einen niedergelassenen Hausarzt, von dem er betreut werden möchte. Dieser wiederum kümmert sich um die Kontakte zu fachärztlichen Kollegen. Es besteht also freie Arztwahl. Im Alltag entscheidet allerdings häufig das Pflegepersonal, wann und welcher Arzt zu den Bewohnern gerufen wird (van den Bussche et al., 2009a). Finanziert wird die ärztliche Versorgung durch die Krankenkassen (Balzer et al., 2013a).

Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass hauptsächlich Hausärzte die Bewohner von Pflegeeinrichtungen betreuen (Hallauer et al., 2005)(Rothgang et al., 2010)(Schneekloth et al., 2007). Dabei werden die Bewohner durchschnittlich einmal im Quartal visitiert (Balzer et al., 2013a). Hibbeler geht in einem Bericht im Deutschen Ärzteblatt davon aus, dass damit pflegebedürftige Personen, die in einer stationären Einrichtung leben, sogar besser hausärztlich versorgt sind als Personen, die zu Hause gepflegt werden (Hibbeler & Rieser, 2012).

Die fachärztliche Versorgung hingegen wird als nicht so zufriedenstellend wie die hausärztliche beurteilt und häufig als lückenhaft dargestellt (Hallauer et al., 2005). Ca. 50 % der Heimbewohner werden zusätzlich zum Hausarzt von einem Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie versorgt. In deutlich weniger Fällen erfolgt die Mitbetreuung durch Augenärzte, HNO-Ärzte, Urologen, Gynäkologen und Dermatologen (Balzer et al., 2013b). Die DAHTA berichtet, dass vor allem Pflegeheimbewohner mit demenziellen Erkrankungen unter- bzw. fehlversorgt sind. Grund sei „eine multifaktorielle Genese der Versorgungsprobleme (...), wobei unzureichende Dokumentationen von Diagnosen und Verordnungen sowie schlechte intra- und interprofessionelle Kommunikation zentral sind“ (Balzer et al., 2013a, p.23). Zudem sehen die Autoren weiteren Bedarf zur Forschung auf diesem Gebiet, um verbesserte

Strukturen für die ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln (Balzer et al., 2013b).

1.1.3. Modellprojekte

In Deutschland existieren einige Modellprojekte zur ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen. Hierbei wird auf unterschiedliche Weisen versucht, im Rahmen der gesetzlichen und politischen Voraussetzungen eine Struktur für die Organisation der ärztlichen Versorgung zu schaffen. Laut Balzer et al. sei es allerdings nicht möglich „einen zuverlässigen umfassenden Überblick über laufende, abgeschlossene und geplante Projekte zu geben“. Weiterhin bleibe unklar, „ob Projektbeschreibungen und Evaluationsprotokolle/-Ergebnisse nicht vorhanden oder lediglich nicht veröffentlicht sind“, denn es gibt keine systematische, vergleichende Übersicht (Balzer et al., 2013b, p.17). Nachfolgend werden nun auszugsweise einige der oben erwähnten Modellprojekte vorgestellt, um einen Eindruck verschiedener Organisationsformen der Projekte zu vermitteln:

Lingener Modell

Das „Gesundheitsnetz im Altkreis Lingen“, bestehend aus mehr als 50 Haus- und Fachärzten, hat seine Idee eines „Besuchsarztes“ realisiert. Ein Besuchsarzt ist bei dem Gesundheitsnetz angestellt. Er macht regelmäßig Hausbesuche in verschiedenen Heimen der Region und entlastet so die Hausarztpraxen. Die Hausarztpraxis rechnet den Besuch mit der Krankenversicherung (KV) ab, das Gesundheitsnetz, welches die Ärztin finanziert, rechnet wiederum mit der Hausarztpraxis ab. So sollen Hausarztpraxen entlastet werden und die Visiten in den Pflegeheimen intensiver und organisierter stattfinden. Dieses Konzept ist möglich, da ein Strukturvertrag vereinbart wurde, der von allen niedersächsischen Krankenkassen unterschrieben wurde. Das Recht auf freie Arztwahl ist dabei erhalten worden, sodass jeder Besucher, wenn gewünscht, in der Betreuung des eigenen Hausarztes bleiben kann (Hibbeler & Rieser, 2012).

Berliner Projekt

Aktuell nehmen 31 Pflegeeinrichtungen in Berlin an dem Projekt „Pflege mit dem Plus“ teil. 1998 wurde dieses Projekt unter Leitung eines Lenkungsausschusses, der aus allen teilnehmenden Krankenkassen, der KV Berlin, der Berliner Krankenhausgesellschaft und dem

Verbund der Privaten Krankenkassen besteht, gegründet. Es bestehen Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen und zum Teil im Heim angestellten Ärzten. Als Ziel des Projekts wurde eine gute Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften, Ärzten und nicht-medizinischen Therapeuten festgelegt. Dieses Ziel wird inzwischen unter anderem durch eine feste Integration der ärztlichen Betreuung in der Pflegeeinrichtung realisiert. Außerdem werden die Rahmenbedingungen für eine multiprofessionelle Zusammenarbeit geschaffen (Berliner Projekt, 2015) (van den Bussche et al., 2009b). Dieses Projekt hat dafür gesorgt, dass sowohl Krankenhauseinweisungen als auch Kosten deutlich reduziert werden konnten (van den Bussche et al., 2009b).

Geriatrische Praxisverbünde

Die Geriatrischen Praxisverbünde stellen eine Form der Zusammenarbeit dar, in der verschiedene Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten kooperieren und somit die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern sicherstellen. Es handelt sich um ein bayerisches Modellprojekt, das auf der deutschlandweiten „KV Initiative Pflegeheim“ basiert. Verschiedene Krankenkassen beteiligen sich an diesem Projekt und erteilen den teilnehmenden Ärzten für jeden Patienten im Pflegeheim einen Zuschlag pro Quartal. Ziel der Zusammenarbeit soll eine bessere ärztliche Versorgung durch regelmäßige Visitenzeiten, Bereitschaftsdienste und gegenseitige Vertretung sein. Voraussetzung für die Teilnahme ist die telefonische Erreichbarkeit, Übernahme von Visitediensten, räumliche Nähe zu den zu versorgenden Heimen und die Teilnahme an Fortbildungen zu geriatrischen Themenbereichen (KVB, 2015).

AOK-Pflegenetz

AOK-Pflegenetze sind Kooperationsvereinbarungen, die in den Regionen Augsburg, Bad-Aibling, Bayreuth, Nürnberg, Passau und Würzburg bestehen. Es handelt sich um einen Verbund aus Hausärzten, Kliniken und Pflegeheimen. Teilnehmende Hausärzte stellen die Versorgung auch außerhalb der Praxisöffnungszeiten sicher, koordinieren Krankenhausaufenthalte und halten kontinuierliche Abstimmungen über die ärztlichen und pflegerischen Behandlungen aufrecht. Dieses Projekt richtet sich speziell an Pflegeheimbewohner, die bei der AOK versichert sind und sich in das AOK-Pflegenetz einschreiben lassen können (AOK, 2015).

1.1.4. Politische Forderungen - Pflegereform

Am 115. Ärztetag 2012 wurde gefordert, Mindestanforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in Pflegeeinrichtungen festzulegen (Bundesärztekammer, 2015).

Im Oktober 2012 trat das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) in Kraft, welches zuvor vom Deutschen Bundestag beschlossen wurde. Ziel des Gesetzes ist es, eine gleiche Versorgung aller Pflegeheimbewohner unabhängig von der Zugehörigkeit zu Krankenkassen zu erreichen. Alle Pflegeeinrichtungen sind nun dazu verpflichtet darüber zu informieren, wie sie haus- und fachärztlich versorgt sind und insbesondere, ob Kooperationsverträge oder Einbindungen in Ärztenetze bestehen. Bis Ende des Jahres 2015 können kassenärztliche Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen Zuschläge vereinbaren, um Kooperationsverträge zu fördern. Angestrebt werden eine interprofessionelle Zusammenarbeit, Fallbesprechungen und Visiten, Reduzierung der Krankenhausaufenthalte und Regelungen der ärztlichen Versorgung außerhalb der Praxisöffnungszeiten (Bundesärztekammer, 2015).

Die Veröffentlichung zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz stellt einen Punkteplan zur Verbesserung der Versorgung in stationären wie auch ambulanten Bereichen vor (Bundesministerium für Gesundheit, 2013). In Pflegeeinrichtungen wurde der Betreuungsschlüssel erhöht, um durch eine größere Anzahl an Betreuungskräften die Lebensqualität von körperlich oder geistig erkrankten Menschen in Heimen zu verbessern. Kassenärztliche Vereinigungen sind nun verpflichtet, Kooperationsverträge zwischen Heimen und Ärzten zu vermitteln. So können Besuche der Ärzte auch zusätzlich vergütet werden. Die Vereinbarungen über zusätzliche Vergütung werden zwischen kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen getroffen und sind zunächst bis Ende des Jahres 2015 befristet. Anschließend wird geprüft, ob die Maßnahmen zu einer Verbesserung der ärztlichen Versorgung geführt haben.

Es wird versucht, auch das Problem der Versorgung von demenzkranken Pflegebedürftigen zu verbessern, indem Patienten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz finanzielle Unterstützung aus der Pflegeversicherung erhalten (Osterloh, 2012). Weitere Inhalte des neuen Gesetzes sind die Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen, fristgerechte Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und Förderung von Rehabilitation sowie die staatliche Bezuschussung einer privaten Vorsorge. All diese Maßnahmen führen zunächst zu

Mehrausgaben. Zur Finanzierung der Mehrausgaben wurde zum 1. Januar 2013 eine Erhöhung des Beitragssatzes festgelegt.

Beim 115. Deutschen Ärztetag wurde betont, dass bei der Umsetzung der Maßnahmen auf die Erfahrungen aus den schon erfolgreich bestehenden vereinzelt Kooperationsformen zurückgegriffen werden kann, um je nach Region die individuell optimale Lösung zu erreichen. So wurde betont, dass „bestehende regionale Projekte, die bereits seit Jahren erfolgreich umgesetzt werden, (...) bei der Umsetzung des PNG einbezogen und die Erfahrungen genutzt werden“ müssen (Bundesärztekammer, 2015).

1.2. Hintergrund zum vorliegenden Projekt

Um die ärztliche Versorgungssituation in bayerischen Pflegeheimen zu untersuchen und Vorschläge zur Verbesserung zu erarbeiten, gründete das damalige Bayerische Ministerium für Arbeit und Sozialordnung (heute „Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, Familie und Frauen“) eine Unterarbeitsgruppe „Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen“.

Das Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München wurde mit der Durchführung einer Studie zur Erfassung der Versorgungssituation und mit der Entwicklung eines Kriterienkatalogs zur Verbesserung der Qualität der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Mitarbeitern der Pflegeheime beauftragt. Ein weiteres Ziel war die Entwicklung eines Fragenkatalogs, der Pflegeeinrichtungen dazu dienen soll, eine Selbstevaluation über die jeweilige Qualität der Zusammenarbeit mit Ärzten durchführen zu können. Kernelemente des Kriterienkatalogs wurden 2015 publiziert (Karsch-Völk et al., 2015). Teile der Fokusgruppeninterviews und die Ergebnisse der Gesamtbefragung von 52 Pflegeeinrichtungen wurden 2016 publiziert (Karsch-Völk et al., 2016). Bei der Gesamtbefragung wurde auch die Fragebogenerhebung der Runde 1 eingeschlossen, die in 19 Pflegeeinrichtungen durchgeführt wurde. Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen dieses Projektes erstellt. Es handelt sich dabei um eine Querschnittstudie mit qualitativen und quantitativen Anteilen. Dabei wurden zunächst zwei Fokusgruppeninterviews mit Beteiligten von zwei Pflegeheimen durchgeführt. Die Auswertungsergebnisse werden in der vorliegenden Dissertation detailliert vorgestellt. Im zweiten Teil der Dissertation erfolgt eine detaillierte Auswertung der Fragebogenerhebungen der Runden 2 und 3, die in insgesamt 33 bayerischen Pflegeeinrichtungen durchgeführt wurden.

1.3. Zielsetzung und Hypothesen

Die Arbeit hat das Ziel, auf Grundlage der erhobenen Daten herauszufinden, welche Faktoren ungeachtet der aktuellen politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimmitarbeitern führen können.

Dafür wurde untersucht, inwiefern sich Faktoren verschiedener Themenbereiche auf die Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit auswirken können.

Folgende Hypothesen sollen dabei geklärt werden:

1. Gute Beziehungen untereinander führen zu einer besseren Kooperation
2. Eine gute Kommunikation führt zu einer besseren Kooperation
3. Gemeinsam vereinbarte feste Strukturen führen zu einer besseren Kooperation

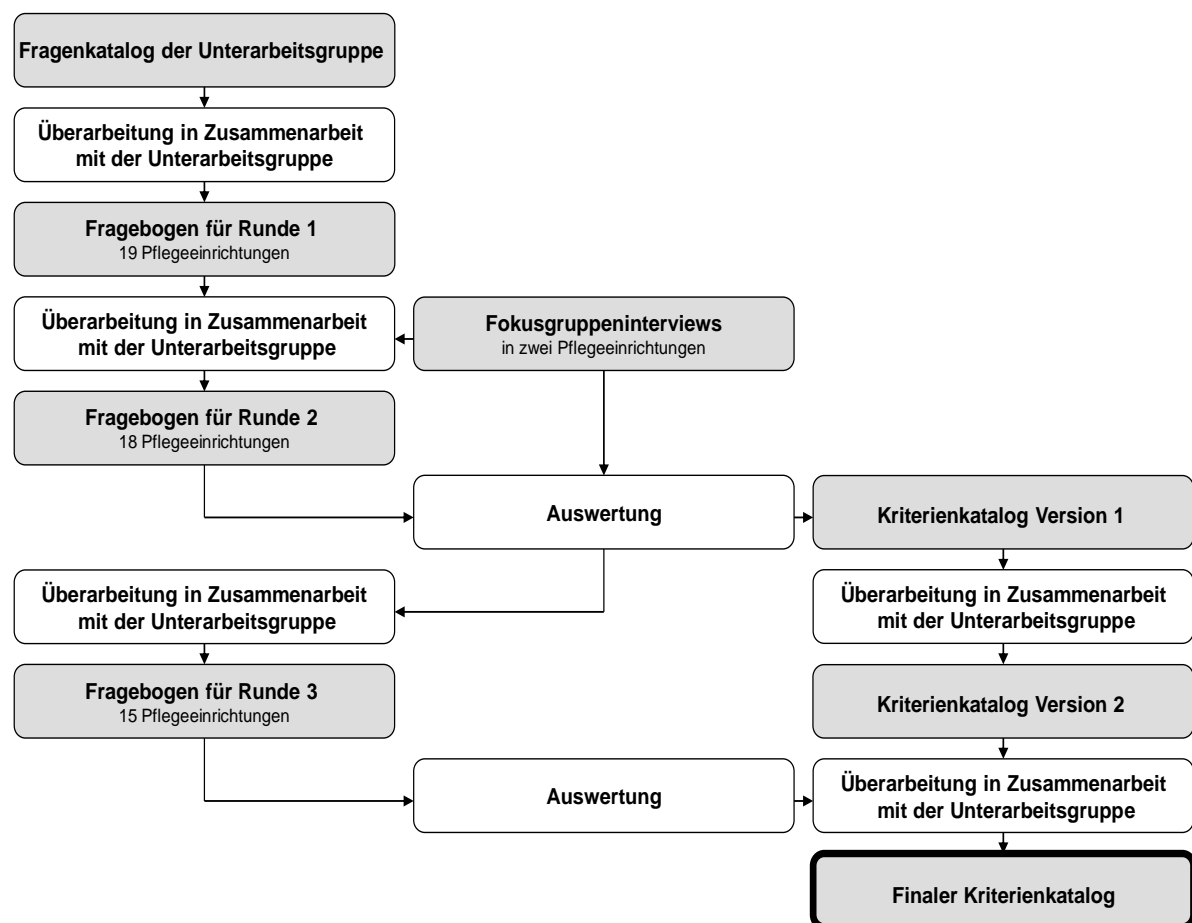
Generell weist diese Arbeit einen sehr explorativen Charakter auf. So kommt es auch zur Identifikation weiterer Faktoren, die zu einer gelungenen Zusammenarbeit führen können.

2. Methodik

2.1. Studienablauf

Die Studie bestand aus mehreren Befragungsrunden, Fokusgruppendifkussionen sowie wiederholter Überarbeitung der Fragebögen. Ein Ablauf der Studie ist im folgenden Diagramm abgebildet:

Abbildung 1: Ablauf der Studie



Zunächst wurden von einer Projektgruppe der Unterarbeitsgruppe „Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen“ Fragen entwickelt, die vom Institut für Allgemeinmedizin der TU München zu semistrukturierten Fragebögen zusammengestellt wurden. Es erfolgten insgesamt drei Befragungsrunden.

In der ersten Befragungsrunde wurden 19 Pflegeeinrichtungen postalisch befragt. Daraufhin wurden Heimmitarbeiter, Ärzte und Angehörige aus zwei der befragten Pflegeeinrichtungen zu Fokusgruppeninterviews unter Moderation von Herrn Prof. Dr. Schneider eingeladen. Auf dieser Grundlage wurde der Fragenkatalog weiterentwickelt.

Die überarbeiteten Fragebögen wurden nun zu persönlichen Interviews in 18 weiteren bayerischen Pflegeeinrichtungen genutzt und nach dem Auswertungsprozess in Zusammenarbeit mit der Unterarbeitsgruppe erneut überarbeitet.

Zuletzt erfolgte eine dritte Befragungsrunde in weiteren 15 Pflegeeinrichtungen. Auch in dieser Runde erfolgten die Interviews persönlich, d. h. direkt vor Ort in den Pflegeeinrichtungen. Bei terminlichen Schwierigkeiten, die zumeist bei den teilnehmenden Ärzten bestanden, erfolgte die Befragung telefonisch.

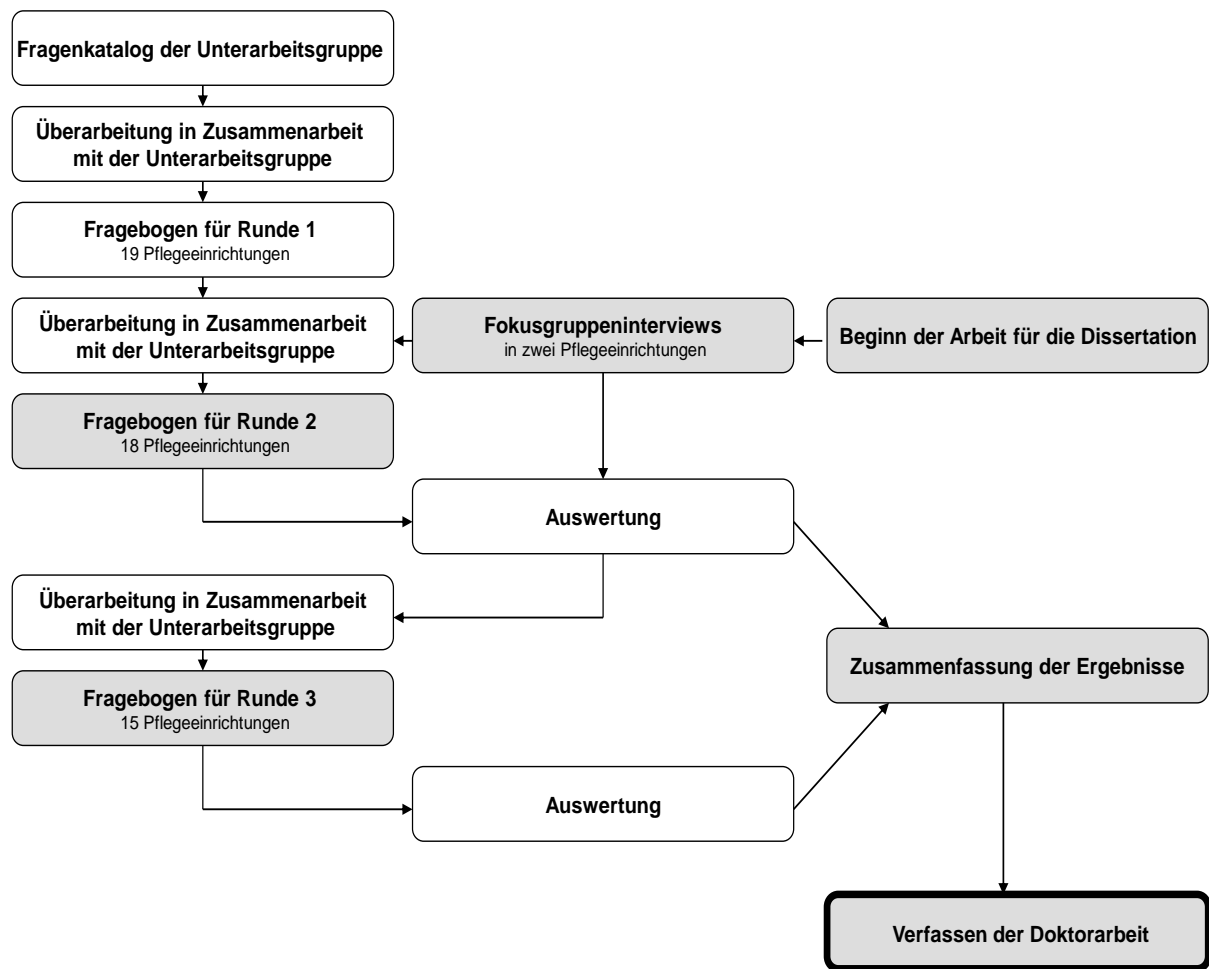
Auf Grundlage der ausgewerteten Fragebögen wurde wiederum nach Überarbeitung in Zusammenarbeit mit der Unterarbeitsgruppe in drei Schritten ein Kriterienkatalog für eine gelungene ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen entwickelt.

Die Arbeit im Rahmen der Dissertation begann mit der Auswertung und Aufarbeitung der Fokusgruppendifkussionen.

Die Auswertungen der Daten für die vorliegende Arbeit enthalten die Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen und Befragungsrunden 2 und 3. Die Fragebögen der ersten Runde konnten nicht in die Auswertung aufgenommen werden, da der Fragebogen in der ersten Version noch zu wenig Informationen zur Einschätzung der Qualität der Kooperation enthielt und erst verbessert werden musste. Die Entwicklung des Kriterienkatalogs wird nicht dargestellt, da dieser bereits im Rahmen des Endberichts für das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen erstellt und publiziert wurde (siehe Kapitel 1.2.). In der vorliegenden Arbeit werden die verschiedenen Faktoren beschrieben, welche die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimen positiv und negativ beeinflussen, und mit den Ergebnissen aus den Fokusgruppendifkussionen verglichen.

Im Folgenden verdeutlicht ein Diagramm den Ablauf der vorliegenden Arbeit:

Abbildung 2: Ablauf der Dissertationsarbeit



2.2. Studienkollektiv

Die Auswahl der zu befragenden Pflegeheime erfolgte nach den Vorgaben des Bayerischen Sozialministeriums. Im Vorfeld der Studie hatte eine Faxumfrage der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns stattgefunden. Bayerische Pflegeheime wurden per Faxanschreiben zur ärztlichen Versorgungssituation befragt. Dabei wurde nach Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Fachärzten, sowie nach ärztlicher Versorgung bei akutem Behandlungsbedarf gefragt. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Umfrage wurden die Pflegeheime benotet. Es wurden die Noten 1 – 6 vergeben. Daraufhin wurden zwei Gruppen gebildet. Eine „Best-Practice“ Gruppe (alle Heime mit der Note 1) und eine „Worst-Practice“ Gruppe (alle Heime mit den Noten 5 und 6). Diese Einteilung sollte grobe Unterschiede in der ärztlichen Versorgung aufzeigen. Die Pflegeheime der „Best-Practice“ Gruppe und „Worst-Practice“ Gruppe diente somit zur Rekrutierung eines Teils des Studienkollektivs mit positiven und negativen Beispielen.

Weitere Pflegeeinrichtungen wurden auf Empfehlung der Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen-Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA), des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), sowie eines Lehrbeauftragten des Instituts für Allgemeinmedizin in die Studie eingeschlossen.

Bei der Auswahl wurde außerdem berücksichtigt, dass Pflegeeinrichtungen mit unterschiedlichen Strukturdaten eingeschlossen werden. Dazu zählte:

- Lage (Großstadt, Kleinstadt, Land)
- Träger (öffentlich, privat, freie Wohlfahrtspflege)
- Größe der Einrichtung (Anzahl der Bewohner)
- Versorgungsmodell (GPV, AOK-Pflegenetz, kein Verbund)

In der zweiten Runde wurden Teilnehmer aus 18 bayerischen Pflegeeinrichtungen befragt. Nach Überarbeitung der Fragebögen wurden Teilnehmer aus weiteren 15 Heimen befragt.

Die Einrichtungen wurden zunächst postalisch kontaktiert. Zusätzlich wurden die Heimleitungen angerufen, um Termine für die Vor-Ort-Befragungen zu vereinbaren. Es wurde darum gebeten, wenn möglich die Heimleitung selbst, die Pflegedienstleitung, ein bis zwei Pflegekräfte sowie einen Bewohner und einen Angehörigen für die Interviews zu rekrutieren.

Die Personen, die zur Teilnahme bereit waren, wurden in den Einrichtungen besucht und anhand der vorgegebenen Fragebögen interviewt. Ausgefüllt wurden die Fragebögen von den Interviewern. Zur Beantwortung der Fragen, die über eine visuelle Analogskala erfolgte, wurde den Befragten der Bogen vorgelegt, damit das Kreuz an der entsprechenden Stelle vom Teilnehmer selbst eingezeichnet werden konnte. In den meisten Einrichtungen ergaben sich Gespräche über die Fragebögen hinaus und oftmals ergänzten Führungen durchs Haus oder detaillierte Auskünfte über Organisationsstrukturen die Eindrücke von den verschiedenen Einrichtungen. Die Fragebögen sind der Arbeit als Anhang hinzugefügt.

Die Kontaktdaten der die Heime betreuenden Haus- und Fachärzte wurden bei den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen erfragt. Sie wurden per Fax um die Teilnahme an der Studie gebeten und anschließend telefonisch kontaktiert, um die Befragung durchzuführen.

2.3. Methodik des qualitativen Teils

2.3.1. Fokusgruppeninterviews

Fokusgruppeninterviews sind häufig Bestandteil der qualitativen Forschung. Es handelt sich dabei um Interviews mit einer Gruppe, die durch einen Moderator anhand eines Leitfadens geführt werden (Meyerhofer, 2009). Den „Fokus“ bilden dabei die subjektive Wahrnehmung und Einschätzung dieser Situation durch Personen, die selbst an dem Thema, welches untersucht werden soll, beteiligt sind und somit Erfahrungen auf diesem Gebiet gemacht haben. So kann diese Methode helfen, Hypothesen über mögliche Ursachen zu formulieren und Probleme zu identifizieren (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Ergebnisse können genutzt werden, um Forschungsfragen zu generieren und im Anschluss eine gezielte quantitative Analyse durchzuführen (Przyborski & Riegler, 2010).

Nachdem im Rahmen des betrachteten Projektes 19 Pflegeheime postalisch befragt wurden, wurden zwei der befragten Heime eingeladen, an einem Fokusgruppeninterview am Institut für Allgemeinmedizin der TU München teilzunehmen. Vertreter von Heimleitungen, Pflegedienstleitungen, Pflegekräften, Bewohnerfürsprechern und Ärzten sollten dabei im Rahmen der gemeinsamen Diskussion erörtern, welche Aspekte und Voraussetzungen zu einer guten Kooperation zwischen Ärzten und Pflegeheimen beitragen können. Durch die

Beteiligung von Vertretern der unterschiedlichen Berufsgruppen und Interessensgruppen wurden die unterschiedlichen Sichtweisen erarbeitet. Die Ergebnisse sollten sowohl zur Überarbeitung der Fragebögen für die folgenden Befragungsrunden als auch als Grundlage zur Entwicklung des Kriterienkatalogs genutzt werden. Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wurden die Ergebnisse dieser qualitativen Erhebung genutzt, um diese später mit den Ergebnissen der quantitativen Auswertung der Fragebögen zu vergleichen und so herauszufinden, welche positiven und negativen Faktoren sich auf die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimmitarbeitern auswirken können.

Es fanden insgesamt zwei Fokusgruppeninterviews mit den Vertretern zweier unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen statt. Es handelte sich dabei um Leitfaden-gestützte, fokussierte Interviews. Der Leitfaden war als Themenkomplex angelegt, der im Laufe der Fokusgruppeninterviews diskutiert wurde. Hierbei wurden den Teilnehmern die Fragebögen vorgelegt, die bereits von der Unterarbeitsgruppe des Ministeriums für die erste Fragerunde entwickelt wurden.

Folgende Fragen wurden diskutiert:

- Was sind für Sie wichtige Aspekte einer Kooperation allgemein?
- Was ist nötig, damit Kommunikation gut funktioniert?
- Warum ist die Zusammenarbeit zwischen dieser Pflegeeinrichtung und den betreuenden Ärzten gut, bzw. nicht gut?
- Wie würden Sie Ihre Kooperation beurteilen? Woran machen Sie das fest?
- Gibt es noch weitere Fragen, die man in den Fragebogen oder als Kriterium für eine gelungene ärztliche Versorgung aufnehmen sollte?

Die Fokusgruppeninterviews dauerten 36 Minuten und 80 Minuten und wurden mit einer Videokamera aufgezeichnet.

2.3.2. Teilnehmer

Die erste Fokusgruppendifkussion wurde mit den Mitarbeitern und Interessensvertretungen einer ländlichen Pflegeeinrichtung mit 118 Bewohnern durchgeführt.

Bei der Diskussion waren folgende Personen anwesend:

- ein Moderator
- eine Institutsmitarbeiterin

- eine Pflegedienstleitung
- fünf Wohnbereichsleitungen
- eine Pflegefachkraft
- zwei Hausärzte
- eine Fachärztin für Gerontopsychiatrie

Vertreter von Bewohnern und Angehörigen konnten aus terminlichen Gründen nicht teilnehmen.

Die zweite Fokusgruppendifkussion wurde mit den Mitarbeitern und Interessensvertretungen einer großstädtischen Pflegeeinrichtung mit 135 Bewohnern durchgeführt.

Bei der Diskussion waren folgende Personen anwesend:

- ein Moderator
- eine Institutsmitarbeiterin
- Heimleitung
- Pflegedienstleitung
- vier Wohnbereichsleitungen
- drei Hausärzte
- ein Augenarzt
- zwei Bewohnerfürsprecherinnen

2.3.3. Aufbereitung und Auswertung:

Die Fokusgruppendifkussionen wurden durch Videoaufnahmen aufgezeichnet und anschließend ausgewertet. Die Interviews wurden zunächst transkribiert. Hierbei wurden die Inhalte des Gesprochenen schriftlich festgehalten. Es wurde darauf geachtet, die genaue Wortwahl wieder zu geben, Füllworte, Pausen oder Stimmlagen wurden nicht beachtet.

Die Auswertung dieser Transkription erfolgte dann nach einem sechsstufigen Verfahren nach Mayer (Mayer, 2009). Es handelt sich um ein pragmatisches Verfahren, das zwischen quantitativen und qualitativen Verfahren angesiedelt ist (Mayer, 2009) (Mühlfeld, 1981).

Im ersten Schritt wurden im Text Aussagen markiert, die Antworten auf die Leitfadefragen darstellten. Anschließend wurden Kategorien gebildet, denen, nach erneutem Lesen der markierten Texte, die Antworten zugeordnet wurden.

Zwischen den so entstandenen Einzelinformationen wurde in einer dritten Stufe versucht, eine innere Logik herzustellen. Im nächsten Schritt wurde diese zu einem schriftlichen Text verfasst und in einem weiteren mit Interviewausschnitten als Beispiele unterlegt.

In der letzten und sechsten Stufe wurde daraus der fertige Bericht formuliert. Das Verfahren wurde für beide Fokusgruppeninterviews gleichermaßen angewendet, sodass der Ergebnisbericht für das damalige Bayerische Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung die Auswertung beider Fokusgruppeninterviews enthält.

2.4. Methodik des quantitativen Teils

Auf die Fokusgruppeninterviews folgte eine Querschnittsbefragung in zwei Runden. Dabei wurden Teilnehmer aus insgesamt 33 bayerischen Pflegeeinrichtungen befragt.

2.4.1. Fragebögen

Im Vorfeld der Studie hatte eine Projektgruppe des Bayerischen Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung (heute „Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, Familie und Frauen“) Fragen zur ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen zusammengestellt und einen vorläufigen Fragenkatalog erarbeitet. Hieraus wurden die Fragebögen entwickelt. Sie wurden nach jeder Befragungsrunde überarbeitet. Fragen, die in der letzten Befragungsrunde hinzugefügt oder verändert wurden, wurden bei den Pflegeeinrichtungen der vorherigen Runde im Nachhinein erhoben. Hierzu wurden die Teilnehmer nochmals telefonisch kontaktiert, dies war aber nicht bei der Gesamtheit der Befragten erfolgreich.

Die Fragebögen bestanden aus bis zu 84 Fragen. Folgende Fragetypen kamen vor:

- Geschlossene Fragen > Antwortmöglichkeit: ja/nein
- Geschlossene Fragen > verschiedene Antwortmöglichkeiten
- Offene Fragen > Antwort als Text
- Offene Fragen > Antwort als Zahl / Prozent
- Visuelle Analogskala (0-10 cm)

Unterschiedlichen Interessens- bzw. Berufsgruppen wurden zum einen Teil die gleichen, zum anderen Teil aber auch unterschiedliche Fragen gestellt.

Da die Fragen zum einen zwischen den Befragungsrunden variierten und zum anderen nicht alle Teilnehmergruppen zu genau den gleichen Fragen interviewt wurden, schwankt die Anzahl derjenigen Personen, die die einzelnen Fragen beantwortet haben.

Zu folgenden Themenkomplexen wurden insgesamt bis zu 84 Fragen formuliert:

- 1) Strukturdaten der Pflegeeinrichtung
- 2) Struktur der hausärztlichen Versorgung des Heimes
- 3) Organisatorische Rahmenbedingungen der Einrichtung
- 4) Organisatorische Abstimmungen zwischen Pflege und Ärzten
- 5) Organisatorische Abstimmung zwischen Ärzten
- 6) Organisation der Abläufe in der ärztlichen Versorgung
- 7) Dokumentation und Kommunikation
- 8) Qualitätssicherung
- 9) Beurteilung der Versorgungssituation
- 10) Qualität der Zusammenarbeit
- 11) Personalfluktuatation
- 12) Zwischenmenschlicher Kontakt

Die verschiedenen Fragebögen sind der Arbeit als Anhang hinzugefügt.

2.4.2. Auswahl der Fragen und Teilnehmergruppen für die Dissertation

Durch die vier Befragungsrunden und die wiederholte Überarbeitung der Fragebögen im Sinne eines iterativen Prozesses, standen sehr viele Fragen zur Verfügung. Zudem variierten sie zwischen den verschiedenen Runden. Es wurden Fragen ausgewählt, die gleichermaßen in den beiden Befragungsrunden gestellt wurden. Des Weiteren wurden diejenigen Fragen ausgeschlossen, die nicht von allen Interessens- bzw. Berufsgruppen beantwortet wurden. Die Fragebögen für die Bewohner unterschieden sich erheblich von den qualitäts- und prozessorientierten Fragebögen an die Pflegekräfte und Ärzte. Daher konnten Bewohner und Angehörige in die statistischen Analysen nicht eingeschlossen werden. Zudem wurde darauf geachtet, dass zu den Strukturdaten der Pflegeeinrichtungen nur jeweils eine Antwort pro Heim gewertet wurde. Gab es zu einer Frage Antworten von mehreren Teilnehmern eines Heimes, wurde die Antwort des ranghöchsten Mitarbeiters (z. B. Heimleitung) gewertet. Zusammenfassend wurden für die Dissertation diejenigen Fragen ausgewählt, die

1. in allen Befragungsrunden von den Teilnehmergruppen „Heimmitarbeiter“, „Hausärzte“, „Fachärzte“ und „Zahnärzte“ beantwortet wurden und
2. zielführend waren in Hinblick auf die Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit.

So ergab sich die Zusammenstellung der Fragen, die in nachfolgender Tabelle zusammengefasst sind.

Da sich die Fragen je nach Befragungsrunde und nach Teilnehmergruppe leicht unterscheiden, ist eine allgemeingültige Formulierung der Fragen für die Darstellung der Tabelle gewählt, die somit von den Originalfragen leicht abweichen kann. Der Arbeit sind im Anhang die Fragebögen beigefügt.

Tabelle 1: Ausgewählte Fragen für die Dissertation

Themengebiet	Frage	Antwort
Strukturdaten der Pflegeeinrichtung	Zahl der Bewohner?	- Anzahl der Bewohner
	Lage der Einrichtung?	- Land - Kleinstadt - Großstadt
	Zahl der behandelnden Hausärzte?	- Anzahl der Hausärzte
	Zahl der behandelnden Fachärzte?	- Anzahl der Fachärzte
	Wird die ärztliche/ zahnärztliche Versorgung durch einen Praxisverbund unterstützt?	- GPV - AOK - Keiner
	Wird die ärztliche/ zahnärztliche Versorgung durch eine Klinikambulanz unterstützt?	- Ja - Nein
	Anzahl der Klinikeinweisungen pro Jahr?	- Anzahl der Klinikeinweisungen pro Jahr
Organisation	Erfolgen Besuche/ Visiten der Hausärzte zu festen Terminen oder auf Anforderung?	- Nach Anmeldung - Zu festen Terminen - Beides
	Gibt es einen hinterlegten Arzneimittelbedarf eines Arztes?	- Ja - Nein
	Wie wird außerhalb der Praxisöffnungszeiten die medizinische Versorgung sichergestellt?	- Hausarzt - Bereitschaftsdienst - Beides - Sonstiges
Kommunikation	Haben Sie den Eindruck, dass bei den ärztlichen Visiten ein guter Informationsaustausch zwischen Ärzten und Pflegekräften stattfindet?	- Ja - Nein
	Wird der behandelnde Arzt bei seinen Visiten durch eine Pflegekraft begleitet?	- Ja - Nein
	Gibt es verbindliche Absprachen zwischen Ärzten und Pflegekräften?	- Ja - Nein
Qualität der Zusammenarbeit	Wie würden Sie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und den behandelnden Ärzten/ Zahnärzten auf der visuellen Analogskala beurteilen?	- Visuelle Analogskala 0 cm - 10 cm
Zwischenmenschliche Beziehungen	Wie würden Sie die Personalfluktuationsrate in der Pflegeeinrichtung auf der visuellen Analogskala beurteilen?	- Visuelle Analogskala 0 cm - 10 cm
	Wie gut ist Ihr persönlicher Kontakt zu den Ärzten/ zu den Pflegekräften?	- Visuelle Analogskala 0 cm - 10 cm

2.4.3. Auswertung

Aus den verschiedenen Arten von Fragen resultierten unterschiedliche Daten. Antworten, die mit Ja / Nein / Vielleicht beantwortet werden sollten, wurden als kategoriale Daten ausgewertet. Fragen, die die Angabe von Zahlenwerten forderten, als kontinuierliche Daten. Die offen gestellten Fragen wurden mit vielen verschiedenen Freitexten beantwortet. Zur Auswertung wurden unter Berücksichtigung aller häufigen Antworten Kategorien gebildet. Zudem wurden einige Fragen über eine visuelle Analogskala beantwortet. Es handelt sich um einen 10 cm langen Balken, auf dem zu Anfang eine 0, zum Ende eine 10 aufgetragen war. Die Teilnehmer sollten dann mit einem Kreuz die Antwort einzeichnen. Dabei war der Anfang des Balkens (0) die schlechteste mögliche bzw. geringste mögliche Antwort, ein Kreuz am Ende des Balkens (10) die bestmögliche, bzw. die höchst mögliche Antwort. Alle Daten wurden mit der Statistiksoftware SPSS 22 bearbeitet. Die Darstellung der Auswertung wird, wenn passend, mit Zitaten aus Freitextantworten oder Fokusgruppen untermauert, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

2.4.3.1. Deskriptive Analyse

Es wurden Häufigkeitsverteilung, Prozente (%), Mittelwerte (MW), Standardabweichungen (SD), Median (M), Minimum (Min) und Maximum (Max) ermittelt.

2.4.3.2. Gruppenvergleiche und Korrelationsanalysen

Es wurden die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Prädiktoren potentieller Einflussgrößen und der Qualität der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimmitarbeitern untersucht. Dabei wurde die Frage „Wie beurteilen Sie die Qualität der Zusammenarbeit?“, welche über eine visuelle Analogskala beantwortet wurde, als primäre abhängige Variable festgelegt. Kategoriale Daten wurden als Gruppenvergleiche mit Varianzanalysen (ANOVA im Falle von 3 Gruppen, Student's t-Test im Falle von zwei Gruppen) ausgewertet. Als Signifikanzniveau wurde $p \leq 0,05$ angenommen.

Kontinuierliche Daten wurden mittels Korrelationskoeffizienten nach Pearson ausgewertet. So wurde der lineare Zusammenhang zwischen zwei skalierten Merkmalen ermittelt. Dabei

bezeichnet -1 einen vollständig negativen, +1 einen vollständig positiven linearen Zusammenhang zwischen den betrachteten Merkmalen. Ein Korrelationskoeffizient von 0 beschreibt, dass die untersuchten Merkmale nicht linear zusammenhängen.

Als Signifikanzniveau wurde auch hier $p \leq 0,05$ angenommen.

2.4.3.3. Multivariate Regressionsanalyse

Es wurden uni- und multivariate Regressionsanalysen durchgeführt, bei denen die Clusterstruktur der Daten berücksichtigt wurde. Univariate Regressionsanalysen untersuchen wie die oben beschriebenen Gruppenvergleiche und Korrelationsanalysen den Zusammenhang zwischen einzelnen unabhängigen und der abhängigen Variable (die Bewertung der Qualität der Zusammenarbeit). Eine multivariate Regressionsanalyse erlaubt, den Einfluss mehrerer Größen auf die abhängige Variable gleichzeitig zu überprüfen. Im Rahmen der Befragung wurden 191 Mitarbeiter oder Ärzte zu 33 Heimen befragt; d. h. die Aussagen mehrerer Personen (z. B. zur Einschätzung des persönlichen Kontaktes) bezogen sich jeweils auf ein Heim. Andere Variablen (z. B. Heimgröße) wurden nur von der Heimleitung erfragt, jedoch wie Antworten der einzelnen zu einem Heim gehörenden Personen ausgewertet. Dies wird als Clusterstruktur bezeichnet. Dabei ist davon auszugehen, dass die Aussagen verschiedener Personen zu einem Heim nicht komplett voneinander unabhängig sind. Um dieses Problem zu berücksichtigen, wurden mit univariat und multivariat gemischten linearen Regressionsmodellen gerechnet. In die Regressionsanalysen wurden alle Variablen, die in Gruppenvergleichen und Korrelationsanalysen einen signifikanten Zusammenhang mit der Qualität der Zusammenarbeit aufwiesen, einbezogen.

3. Ergebnisse

3.1. Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der beiden Fokusgruppendifkussionen beschrieben.

Persönlicher Kontakt und Vertrauen

Als besonders wichtige Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal stellt sich in dem Fokusgruppeninterview der *persönliche Kontakt* zwischen den Beteiligten heraus. Dazu gehört vor allem gegenseitiges Vertrauen und gegenseitige Anerkennung. „*Es ist ein unschätzbare Vorteil, wenn man das Personal kennt und die Vertrauensbasis da ist in beide Richtungen*“ (Hausarzt). So gibt es mehr „*Freiräume in der Arbeit mit den Bewohnern: menschlicher, freie Zeiteinteilung, weniger Vorgaben für Pflegenden.*“ (Pflegepersonal). Ein guter persönlicher Kontakt bietet auch die Voraussetzungen, klare Absprachen zwischen allen Beteiligten zu formulieren und somit die Zusammenarbeit zu erleichtern. „*Es ist wichtig, dass es ein Miteinander gibt, dass man sich absprechen kann. Absprachen sind sehr wichtig, mit einigen Ärzten funktioniert das sehr gut!*“ (Heimleitung).

Von Seiten der Ärzte aus wird viel **Vertrauen** in die Kompetenz der Pflegekräfte gelegt. Gleichzeitig wird Ihnen aber auch bei Fehlern der Rücken gestärkt, sie trauen sich folglich, offen ihre Fehler zuzugeben. Ein selbstständiges Arbeiten ist die Folge. Auch „*Für Ärzte ist diese Selbstständigkeit hier eine massive Arbeitserleichterung*“ (Pflegepersonal). Auf diese Weise fällt die Organisation leichter. „*Wenn das Vertrauen da ist, werden Anordnungen auch gerne im Nachhinein abgezeichnet*“ (Arzt). Oft wird erwähnt, dass eine **langjährige Zusammenarbeit** die beste Voraussetzung für dieses Vertrauen ist. „*Hier in der Einrichtung sind viele langjährige Mitarbeiter*“ (Pflegedienstleitung). Es ist möglich, dass man „*auch mal eine Anweisung per Telefon geben kann, in der Gewissheit, dass die Einschätzungen, die damit verbunden sind, auch beachtet werden. Das macht das Leben leichter!*“ (Hausarzt). Guter persönlicher Kontakt beruht außerdem auf **geringer Personalfuktuation** in den Heimen und einer geringen Anzahl an betreuenden Ärzten. Die zum Teil jahrzehntelange Zusammenarbeit mit einigen wenigen Ärzten wird als besonders positiv empfunden. Aber auch das Miteinander der Pflegekräfte ist sehr lange gewachsen und funktioniert als: „*Gutes*

Team. Wir sind durch Höhen und Tiefen gegangen. Was bringt es, wenn ich vor allem davonlaufe? Es gibt überall Konflikte.“ (Pflegepersonal).

Negative Beispiele werden von Seiten der Ärzte in Bezug auf andere Heime aufgezeigt, in denen eine hohe Personalfuktuation besteht und somit keine Vertrauensbasis geschaffen werden kann. Es fehlt dort an Kompetenz und mangelndem Engagement, es überwiegt die Angst vor Verantwortung. Die Heimleitung betonte, dass dieser persönliche Kontakt auch wichtig sei, um Krankenhauseinweisungen zu reduzieren. *„Der Bereitschaftsdienst weist ein, weil er die Leute nicht kennt. Es ist unser Wunsch, dass wir so wenig wie möglich Krankenhauseinweisungen haben, deswegen ist eine gute Vertrauensbasis wichtig.“* (Heimleitung).

Erreichbarkeit der Ärzte

Es wurde deutlich, dass die *gute Erreichbarkeit* und *ausreichend Zeit* der Ärzte besonders wichtig sind. *„Hier gibt es eine gute Kommunikation zwischen Pflegekräften und Ärzten. Kann man am Wochenende auch per Handy anrufen...“* (Pflegepersonal). Diese gute Erreichbarkeit ist zum Einen wichtig für die Zusammenarbeit, zum Anderen ist es so möglich, Krankenhauseinweisungen zu reduzieren, da diese oft von unbekanntem Ärzten in Bereitschafts- oder Noteinsätzen vorgenommen werden.

Geringe Anzahl an Hausärzten

Die *geringe Anzahl an Hausärzten* ist für alle ein besonderer Vorteil. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten, die den Großteil der Bewohner betreuen, funktioniert besonders gut. Das Pflegepersonal weiß, an wen es sich wenden kann. So wissen alle, wie die Kommunikation funktioniert, wie die Beteiligten dokumentieren und alle können sich darauf verlassen, dass alle Fälle gemeinsam besprochen werden. Allerdings gibt es Ärzte *„...die nur 1 oder 2 Patienten im Haus betreuen und das ist schwierig, denn die sehen wir gar nicht.“* (Pflegepersonal). Am Beispiel anderer Heime wurde aufgezeigt, dass eine große Anzahl von Hausärzten die Kommunikation erschwert und keiner mehr von den Handlungen des Anderen Bescheid weiß. Daher wird neuen Bewohnern auch zu einem *Arztwechsel* geraten. *„Das läuft meist reibungslos.“* (Pflegedienstleitung).

Regelmäßige Visiten

Des Weiteren wurde, vor allem von Seiten der Pflegekräfte, betont, dass *regelmäßige, angemeldete Visiten* der Ärzte erforderlich sind, damit sich die Pflegekräfte darauf einstellen können und Gespräche zustande kommen. Es ist besonders wichtig, dass sich die Ärzte bei den Pflegekräften melden, wenn sie zu ihren Patienten gehen. Regelmäßige Visiten sind wichtig, damit Pflegekräfte ihre Arbeit nicht spontan unterbrechen müssen und sich auf die Visiten mit allen Fragen und Anliegen vorbereiten können. *„Wichtig ist die Zeit für ein Gespräch zwischen Arzt und Pflegepersonal vor der Visite!“* (Pflegepersonal). Die gegebene Infrastruktur im Heim ist für Fachärzte meist ungenügend. *„Wenn es einen Behandlungsraum gäbe mit allem Nötigen, wäre das natürlich ideal.“* (Pflegepersonal)

Die Voraussetzungen dafür zu schaffen gilt aber als schwer realisierbar. *„Ein Raum mit entsprechenden Geräten würde zu weit führen.“* (Hausarzt).

Dokumentation

Die Dokumentation funktioniert laut einiger Pflegeheimmitarbeiter aus unbekanntem Grund bei Fachärzten besser als bei Hausärzten. Eine *gute und ausführliche Dokumentation* auf Seiten der Ärzte ist für das Pflegepersonal sehr wichtig. Insgesamt ist *„der Dokumentationsaufwand zu hoch, es geht dadurch Zeit für die Bewohner verloren“* (Pflegepersonal). Doch bei den Kontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und die Heimaufsicht wird großen Wert auf eine korrekte Dokumentation gelegt, sodass diese häufig *„zu Lasten der pflegerischen Leistung durchgeführt werden muss.“* (Pflegepersonal).

Ein Hindernis stellen laut den Aussagen der Pflegeheimmitarbeiter die Expertenstandards und Vorgaben dar. Die strengen Kontrollen durch den MDK verunsichern das Pflegepersonal und es entstehe die Angst davor, Verantwortung zu übernehmen. *„Die Krankenseinweisungen erfolgen oft, weil das Pflegepersonal Angst vor MDK und Heimaufsicht hat und keiner mehr bereit ist, Verantwortung zu übernehmen.“* (Hausarzt). Ein zentrales Problem bei der Betreuung der Bewohner sei laut Aussage mehrerer Diskussionsteilnehmer, dass der MDK eher die korrekte Dokumentation als die wirkliche Pflegesituation beurteilt. Auch dürfen Anweisungen des Arztes am Telefon eigentlich nicht ausgeführt werden, da sie erst dokumentiert werden müssen. In Heimen, in denen die Zusammenarbeit gut funktioniert, wird dieses Problem gewissermaßen umgangen.

„Vertrauen ist da, sodass MDK-Anweisungen manchmal übergangen werden können. Wichtig ist Vertrauen in ärztliche und pflegerische Kompetenz. Die ist gewachsen. Der Arzt weiß jede Schwester hier von ihrer fachlichen Kompetenz her einzuschätzen.“ (Pflegepersonal).

Zugang zu Medikamenten

Ein weiteres Hindernis für eine reibungslose Zusammenarbeit stellt die **Verblisterung der Medikamente** dar. Die Dauermedikation eines Patienten befindet sich für einen gewissen Zeitraum verblistered im Heim, die Medikamentenpackung der einzelnen Medikamente dazu in der Apotheke. Selbst wenn ein Rezept, z. B. über eine Erhöhung der Dosis der Dauermedikation durch den Arzt im Heim vorliegt, befinden sich die Medikamente in der Apotheke. „Wenn das am Samstag passiert, dann wartet der Patient unter Umständen bis Montag auf sein Medikament“ (Heimleitung). **Bedarfsmedikation** hingegen befindet sich im Heim, allerdings auf den individuellen Bewohner bezogen, sodass jeder Bewohner z. B. seine eigene Packung Paracetamol hat. „Persönliche Bedarfsmedikation steht herum und wird oft nicht gebraucht, bis zum Verfallsdatum.“ (Hausarzt). Jede Kleinigkeit muss ärztlich angeordnet werden, sogar freiverkäufliche Medikamente. Somit werden „Ärzte oft wegen Belanglosigkeiten genervt und oft nachts gestört.“ (Hausarzt).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegeheimen dann besonders gut funktionieren kann, wenn eine gute persönliche Beziehung zwischen den Beteiligten besteht, da auf diese Weise Faktoren für eine gute Zusammenarbeit gemeinsam umgesetzt werden und schlechte Bedingungen teilweise umgangen oder beseitigt werden können.

In den beiden nachfolgenden Tabellen sind die positiven und negativen Faktoren für eine gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimen zur besseren Übersicht dargestellt.

Abbildung 3: Positive Faktoren

Persönlicher Kontakt	Erreichbarkeit der Ärzte	Geringe Anzahl an Hausärzten	Regelmäßige Visiten
<ul style="list-style-type: none"> • Gegenseitiges Vertrauen • Anerkennung • geringe Personalfluktuation • Absprachen zwischen den Beteiligten 	<ul style="list-style-type: none"> • Über Mobiltelefon zu jeder Zeit erreichbar • Ausreichend Zeit • Reduktion der Krankenhaus-einweisungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Reibungslose Abläufe • Gute Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> • Angemeldete Besuche der Ärzte • Vorbereitung durch Pflegekräfte • Gespräche vor der Visite

Abbildung 4: Negative Faktoren

Dokumentation	Verblistierung der Medikamente	Bewohnerbezogene Bedarfsmedikation
<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentationsaufwand zu groß • zu Lasten der pflegerischen Tätigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Zugriff auf Medikamente im Notfall 	<ul style="list-style-type: none"> • Verschwendung von Medikamenten • Ärztliche Anordnung nicht verschreibungspflichtiger Medikamente

3.2. Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Befragungen dargestellt. Zur übersichtlichen Darstellung werden Daten in Tabellen präsentiert und anschließend erläutert. „N gesamt“ beschreibt die Gesamtzahl der befragten Personen, „N(%)“ die Anzahl der Antworten in Prozent. „MW“ steht als Abkürzung für „Mittelwert“, „SD“ für „Standardabweichung“ und „M“ für „Median“. „Min/Max“ beschreibt den Minimal- bzw. Maximalwert.

3.2.1. Teilnehmer

Insgesamt nahmen 191 Personen, davon 97 Heimmitarbeiter und 94 Ärzte aus insgesamt 33 Pflegeeinrichtungen teil.

Tabelle 2 und Tabelle 3 zeigen eine Übersicht über die Pflegeeinrichtungen, die an beiden Befragungsrunden teilgenommen haben. Sie geben Auskunft über die Lage und die Größe der Einrichtung (ausgedrückt durch die Anzahl der Heimbewohner). Außerdem ist angegeben, ob eine Mitgliedschaft in einem Verbund (Geriatrischer Praxisverbund = GPV oder AOK-Pflegenetz) besteht.

Tabelle 2: Übersicht der Heime der ersten Befragungsrunde

Heim	Lage	Anzahl der Heimbewohner	Verbund
1	Großstadt	152	Keiner
2	Großstadt	119	GPV
3	Großstadt	79	Keiner
4	Großstadt	98	Keiner
5	Großstadt	150	AOK-Pflegenetz
6	Kleinstadt	75	Keiner
7	Kleinstadt	173	Keiner
8	Kleinstadt	107	Keiner
9	Kleinstadt	124	AOK-Pflegenetz
10	Kleinstadt	144	Keiner
11	Land	146	Keiner
12	Land	105	Keiner
13	Land	79	Keiner
14	Land	82	Keiner
15	Kleinstadt	83	Keiner
16	Land	45	GPV
17	Großstadt	57	Keiner
18	Kleinstadt	156	GPV

Sechs Pflegeeinrichtungen der ersten Befragungsrunde befinden sich in großstädtischer Lage, sieben in einer Kleinstadt und fünf Einrichtungen auf dem Land. Vier Pflegeheime umfassen eine Bewohneranzahl von über 150, in sechs Einrichtungen wohnen zwischen 150 und 100 Menschen, in acht Einrichtungen unter 100 Menschen. Einem Geriatrischen Praxisverbund sind drei Pflegeeinrichtungen angeschlossen, dem AOK- Pflegenetz zwei. Der Rest der Heime ist keinem Verbund zuzuordnen.

Tabelle 3: Übersicht der Heime der zweiten Befragungsrunde

Heim	Lage	Anzahl der Heimbewohner	Verbund
19	Großstadt	184	Keiner
20	Kleinstadt	100	Keiner
21	Großstadt	124	AOK-Pflegenetz
22	Großstadt	124	GPV
23	Kleinstadt	128	AOK-Pflegenetz
24	Kleinstadt	159	AOK-Pflegenetz
25	Kleinstadt	94	GPV
26	Kleinstadt	98	GPV
27	Land	45	Keiner
28	Land	98	Keiner
29	Land	44	Keiner
30	Land	59	Keiner
31	Land	44	Keiner
32	Land	120	Keiner
33	Kleinstadt	130	Keiner

Drei Pflegeeinrichtungen der zweiten Befragungsrunde befinden sich in großstädtischer Lage, sechs in einer Kleinstadt und sechs Einrichtungen auf dem Land. Zwei Pflegeheime umfassen eine Bewohneranzahl von über 150, in sechs Einrichtungen wohnten zwischen 150 und 100 Menschen, in sieben Einrichtungen unter 100 Menschen. Einem Geriatrischen Praxisverbund sind drei Pflegeeinrichtung angeschlossen, dem AOK- Pflegenetz ebenfalls drei. Der Rest der Heime ist keinem Verbund zuzuordnen.

Die nachfolgenden Tabellen geben eine Übersicht über die befragten Teilnehmer. Es werden die verschiedenen Berufsgruppen der Heimmitarbeiter dargestellt sowie die Aufteilung der Ärzte in Fach-, Haus- und Zahnärzte. Die Tabellen fassen zudem beide Befragungsrunden zu einer Grundgesamtheit zusammen.

Tabelle 4: Befragte Heimmitarbeiter

Tätigkeitsbereich	Gesamt (%)
Alle Heimmitarbeiter	97 (100)
Heimleitung	33 (34)
Pflegedienstleitung	31 (32)
Stationsleitung	22 (23)
Altenpfleger/in	9 (9)
Sonstiges	2 (2)

Insgesamt wurden in beiden Befragungsrunden 97 Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen befragt. Den größten Anteil der Befragten machen die Berufsgruppen „Heimleitung“ sowie die Berufsgruppe der „Pflegedienstleitung“ aus, gefolgt von den Stationsleitungen mit ca. 20% der Befragten. Ein kleiner Anteil der befragten Heimmitarbeiter sind Altenpfleger/-innen und Personen, die keiner der oben aufgeführten Berufsgruppe zuzuordnen sind.

Tabelle 5: Befragte Ärzte

Fachrichtung	Gesamt (%)
Alle Ärzte	94 (100)
Hausärzte	46 (49)
Fachärzte	23 (24)
Zahnärzte	25 (27)

Insgesamt wurden 94 Ärzte befragt. Der Großteil der Teilnehmer sind mit knapp 50 % Ärzte, die die Bewohner der Pflegeeinrichtungen hausärztlich betreuen. Der Rest der Befragten sind zu fast gleichen Teilen Fachärzte und Zahnärzte.

3.2.2. Deskription

3.2.2.1. Deskriptive Auswertung der Strukturdaten der Pflegeeinrichtungen

In der folgenden Tabelle 6 sind die Strukturdaten aller Pflegeeinrichtungen beschrieben. Dazu gehören die Lage der Heime und die Zugehörigkeit zu einem Verbund. Zudem ist aufgeführt, ob die ärztliche Versorgung durch die Anbindung an eine Klinikambulanz unterstützt wird. Die Größe der Heime wird durch die Anzahl der Bewohner beschrieben. Es ist die Anzahl der die Pflegeheimbewohner versorgenden Haus- und Fachärzte aufgeführt.

N gesamt ist 33, da jeweils die Antwort einer Person pro Heim gewertet wurde.

Tabelle 6 : Informationen zu den Strukturdaten aller Heime

Strukturdaten	N gesamt	N (%)	N (%)	N (%)
Lage	33	Land 11 (33)	Kleinstadt 13 (39)	Großstadt 9 (27)
Verbund	33	AOK-Pflegenetz 5 (15)	GPV 6 (18)	Keiner 22 (67)
Klinikambulanz	33	Ja 14 (42)	Nein 18 (54)	Keine Antwort 1 (3)
	N gesamt	MW (M,SD)	Min/Max	Keine Antwort N (%)
Bewohner	33	107 (105/39)	44/ 184	0 (0)
Hausärzte	33	18 (10/19)	1/ 93	1 (3)
Bewohner pro Hausärzte	33	14 (8/ 25)	2/146	1 (3)
Fachärzte	33	13 (6/21)	1/ 117	3 (10)
Bewohner pro Fachärzte	33	17 (15/ 13)	1/ 64	3 (10)
KH-Einweisungen	33	73 (70/49)	0/ 200	4 (12)
KH-Einweisungen pro Bewohner in einem Jahr	33	0,65 (0,61/0,33)	0,00/1,39	4 (12)

(M = Median, SD = Standardabweichung)

Lage

Die befragten Pflegeheime verteilten sich nahezu gleichmäßig auf verschiedene Regionen. 33 % aller Heime befanden sich in ländlichen Regionen, 39 % in einer Kleinstadt und 27 % in Großstädten.

Verbund

Nur etwa ein Drittel der Heime waren einem Verbund zugehörig, davon waren fünf Heime in einem AOK Pflegenetz, sechs im Geriatrischen Praxisverbund.

Größe

Im Durchschnitt lag die Anzahl der Pflegeheimbewohner bei 107, wobei die kleinste Pflegeeinrichtung 44 Menschen bewohnten, die größte Pflegeeinrichtung umfasste eine Bewohneranzahl von 184.

Die folgende Tabelle liefert eine Übersicht über die Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Heimgrößen. Ein Großteil der Heime umfasste um die 100 Bewohner, aber es nahmen auch vier sehr kleine Einrichtungen mit einer Bewohneranzahl unter 50 teil. Eine Ausnahme stellte ein Heim mit knapp 200 Bewohnern dar.

Tabelle 7 : Größenverteilung der Heime

Anzahl der Bewohner in einem Heim	Anzahl der Heime
25-50	4
50-75	2
75-100	9
100-125	8
125-150	4
150-175	5
175-200	1

Anzahl der Ärzte

Die Anzahl der die Pflegeheime versorgenden Haus- und Fachärzte variierte stark. Als Minimum wurde ein Hausarzt angegeben, der für alle Bewohner eines Heimes zuständig war. Die höchste Anzahl an Hausärzten wurde mit 93 angegeben. Im Durchschnitt macht dies aufgerundet 18 Hausärzte pro Heim. Um dabei die Größe des Heimes und somit die Anzahl

der zu versorgenden Bewohner zu berücksichtigen, wurde die Anzahl der Hausärzte mit der Anzahl der Heimbewohner in Beziehung gebracht. So zeigt sich, dass im Mittel 14 Pflegeheimbewohner von einem Hausarzt betreut werden. Die minimale Anzahl beträgt zwei Bewohner pro Hausarzt, in einem Fall werden sogar 146 Bewohner von einem Hausarzt behandelt.

Die Anzahl an Fachärzten reichte von einem bis zu 117, der Mittelwert betrug 13 Fachärzte. Hieraus ergibt sich, dass im Durchschnitt 18 Bewohner pro Facharzt betreut werden.

Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der betreuten Bewohner pro Hausarzt

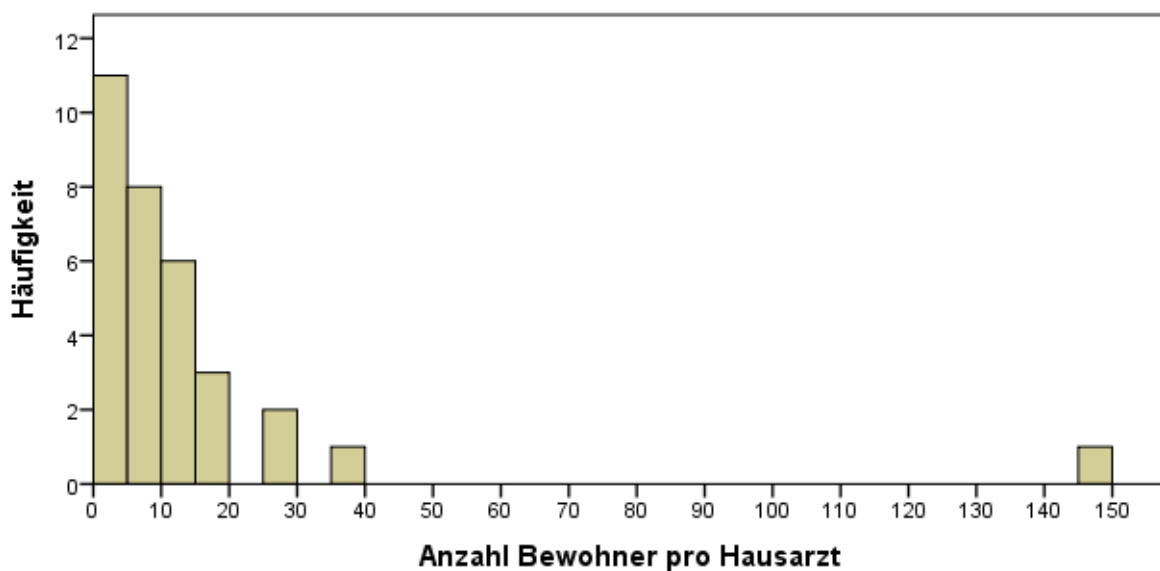
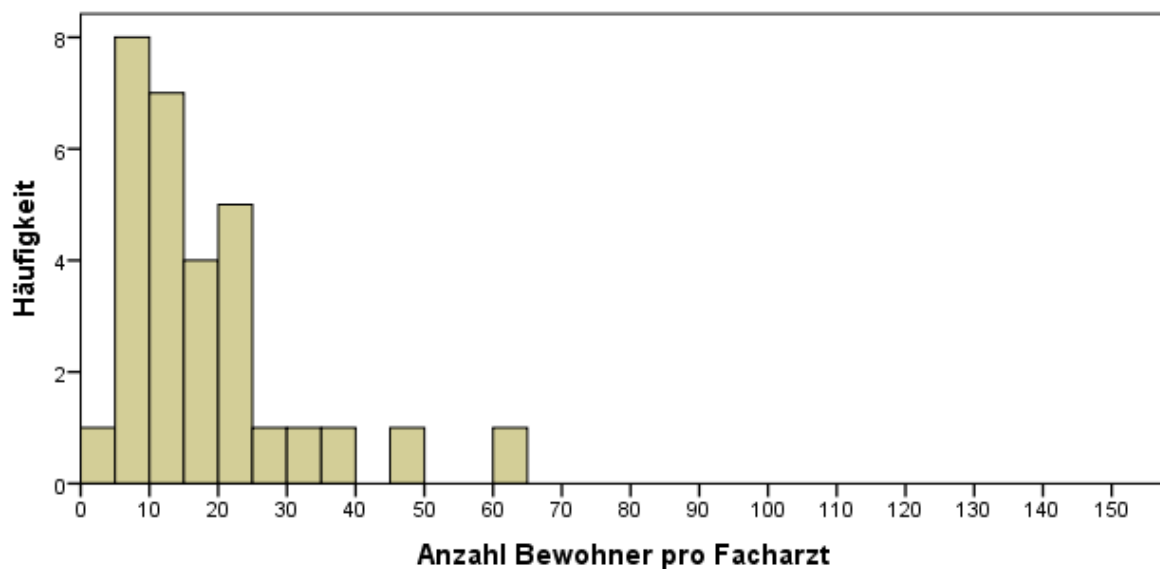


Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der betreuten Bewohner pro Facharzt

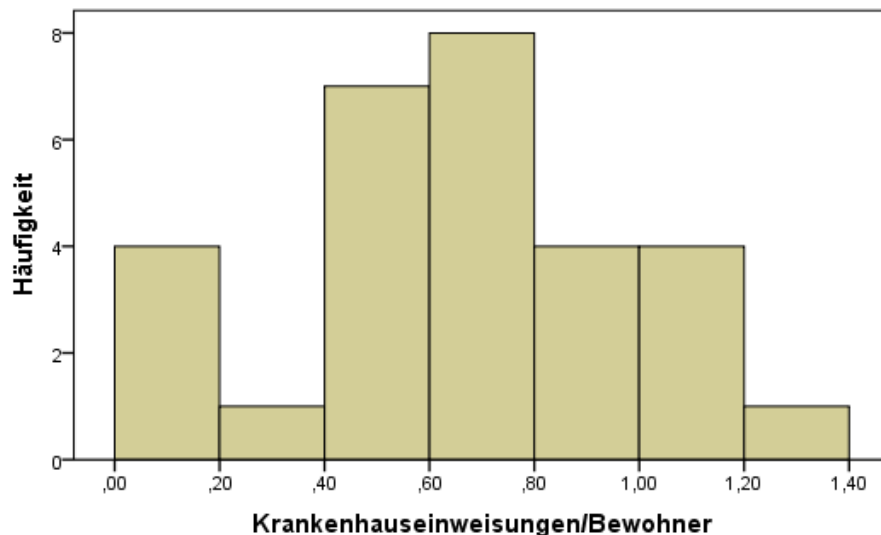


Krankenhauseinweisungen

Die Anzahl der Krankenhauseinweisungen bezieht sich auf die im Vorjahr der Erhebung eingewiesenen Bewohner. Im besten Fall wurde in einem Heim kein Bewohner in eine Klinik eingewiesen, im schlechtesten Fall waren es 200 Fälle in einem Jahr. Im Mittel ergab sich daraus eine Anzahl von 73 Krankenhauseinweisungen. Auch in diesem Fall wurde ein Quotient gebildet um die absolute Zahl auf die Anzahl der Heimbewohner zu beziehen. Daraus ergab sich, dass im Mittel 65 % der Pflegeheimbewohner innerhalb eines Jahres in ein Krankenhaus eingeliefert wurden.

Das folgende Histogramm stellt die Häufigkeitsverteilung der Krankenhauseinweisungen pro Bewohner dar. Es wird eine unterschiedliche Verteilung deutlich, bei der 4 Heime nur unter 20 % Krankenhausaufenthalte pro Bewohner aufwiesen. In 5 Fällen wurden Bewohner sogar mehr als einmal ins Krankenhaus eingewiesen.

Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung der Krankenhauseinweisungen pro Bewohner



Klinikambulanz

14 der 33 Pflegeeinrichtungen wurden in ihrer ärztlichen Versorgung durch eine Klinikambulanz unterstützt. Dies bedeutet, dass (fach-) ärztliche Untersuchungen und Behandlungen der Bewohner ambulant durch eine naheliegende Klinik durchgeführt werden können, ohne die Patienten unmittelbar einweisen lassen zu müssen.

3.2.2.2. Deskription der organisatorischen Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der organisatorischen Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen beschrieben.

Organisation der Arztvisiten

In Tabelle 8: wird dargestellt, ob die Ärzte die Pflegeeinrichtungen nur nach Absprache oder auch zu festen Terminen besuchen. Befragt wurden alle Teilnehmer. Die Darstellung der Antworten ist aufgeteilt in die verschiedenen Teilnehmergruppen Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte und Heimmitarbeiter.

Tabelle 8: Organisation der Arztvisiten

Organisation	Befragte	Ausschließ-	Zu festen	Beides	Keine
	Teilnehmer	lich nach	Terminen	N (%)	Angabe
		Absprache	N (%)		N (%)
		N (%)			
Visiten der	Hausarzt	7 (16)	23 (52)	13 (32)	0 (0)
Ärzte	N= 46				
	Facharzt	3 (13)	2 (9)	5 (22)	13 (57)
	N=23				
	Zahnarzt	9 (36)	2 (8)	0 (0)	14 (56)
	N=25				
	Heimmit- arbeiter	13 (13)	11 (11)	26 (27)	47 (48)
	N=97				

Kommen die Ärzte ausschließlich nach Absprache in ein Heim, bedeutet dies, dass sie nur bei akutem Handlungsbedarf zu einem Bewohner gerufen werden. Dies ist vor allem bei den Zahnärzten der Fall. Der Großteil der Haus – und Fachärzte gab an, regelmäßig zu festen Terminen die eigenen Patienten zu visitieren und meist zusätzlich bei akutem Bedarf ins Heim zu fahren. Dies gaben auch rund ein Drittel der Heimmitarbeiter so an.

In den Teilnehmergruppen der Heimmitarbeiter, Fach- und Zahnärzte gab es allerdings einen großen Anteil an Personen, die die Frage nicht beantworteten.

Bestehen eines hinterlegten Arzneimittelbedarfs

Tabelle 9: Bestehen eines hinterlegten Arzneimittelbedarfs

Organisation	Befragte	Hinterlegt	Nicht	Keine
N	Teilnehmer	N (%)	hinterlegt	Angabe
gesamt=191			N(%)	N(%)
Praxisarznei- mittelbedarf	Hausarzt N= 46	13 (28)	33 (72)	0 (0)
	Heimmit- arbeiter N=97	15 (15)	40 (41)	42 (43)

Heimmitarbeiter und Hausärzte wurden gefragt, ob sich in der Pflegeeinrichtung ein hinterlegter Arzneimittelbedarf eines Arztes befindet. Dabei handelt es sich um einen Fundus an einigen gängigen Medikamenten, auf die das Pflegepersonal im Notfall, nachts oder am Wochenende zurückgreifen kann. Solch ein Fundus kann entweder von einem Arzt oder mehreren Ärzten zur Verfügung gestellt worden sein, um die Versorgung im Akutfall zu erleichtern.

Dreiviertel der Ärzte bestätigten das Vorhandensein eines Arzneimittelbedarfs, unter den Heimmitarbeitern waren es deutlich weniger. Knapp die Hälfte gab keine Antwort auf die Frage oder verwies darauf, dass das Bestehen eines Arzneimittelbedarfs nicht gestattet ist.

Medizinische Versorgung außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten

In Tabelle 9 wird dargestellt, wie die medizinische Versorgung außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten („zur Unzeit“) organisiert wird.

Befragt wurde ein Mitarbeiter pro Heim, wenn möglich die Heimleitung, ansonsten die Pflegedienstleitung oder eine Pflegekraft. Es konnte „Hausarzt“, „KV-Dienst“ angekreuzt, oder ein Freitext angegeben wurde. Daraus wurden unterschiedliche Kategorien gebildet. Mehrfachantworten waren möglich, daher ist die Anzahl der Antworten teilweise größer als die Anzahl der Befragten.

Tabelle 10: Information zur Medizinischen Versorgung zur Unzeit- Aussagen der Heimmitarbeiter

Wie wird außerhalb üblicher Praxisöffnungszeiten die medizinische Versorgung sichergestellt?	Hausarzt 24h N (%)	KV-dienst N (%)	Notarzt N (%)	AOK- Pflegeretz N (%)
		6 (18)	18 (55)	14 (42)
N gesamt=33				
	Werktags: HA WE: KV dienst N (%)	Sonstige N (%)	Keine Angabe N (%)	
	6 (18)	3 (9)	3 (9)	

In sechs Fällen ist der Hausarzt rund um die Uhr, auch nachts und am Wochenende erreichbar. 18 Personen gaben an, dass der KV-Dienst die Versorgung zur Unzeit übernimmt. In 14 Fällen musste abends und am Wochenende bei einem Krankheitsfall der Notarzt gerufen werden und evtl. eine Verlegung ins Krankenhaus erfolgen. Einmal wurde angegeben, dass die ärztliche Versorgung außerhalb von Praxisöffnungszeiten durch das AOK-Pflegeretz organisiert wird. Sechs Befragte gaben an, dass die Versorgung der Bewohner werktags abends vom Hausarzt und am Wochenende vom KV-Dienst sichergestellt wird.

In den Fokusgruppeninterviews wurde deutlich, dass gerade die gute Erreichbarkeit von bekannten Ärzten auch abends und am Wochenende wichtig sei. *„Oft erfolgt eine Krankenhauseinweisung von einem Arzt, der den Patienten nicht kennt, wenn der HA nicht erreichbar ist. Dann ist der Patient 2-3 Tage im KH ohne, dass etwas passiert.“* (Arzt im Fokusgruppeninterview)

3.2.2.3. Deskription der Kommunikation in den Pflegeeinrichtungen

In Tabelle 11 werden Informationen zur Kommunikation in den Pflegeeinrichtungen beschrieben. Dazu gehört die Frage nach einer Begleitung durch eine Pflegekraft bei der ärztlichen Visite, nach dem Informationsaustausch und verbindlichen Absprachen zwischen Ärzten und Pflegeheimmitarbeitern. Befragt wurden Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte und Heimmitarbeiter.

Tabelle 11: zur Kommunikation in allen Heimen, gesamte Teilnehmerzahl

Kommunikation	Ja	Nein	Teilweise	Keine Angabe
N gesamt=191	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Wird der behandelnde Arzt bei seinen Visiten durch eine Pflegekraft begleitet?	101 (53)	9 (5)	18 (9)	63 (33)
Haben Sie den Eindruck, dass bei den Visiten ein guter Informationsaustausch zwischen Ärzten und Pflegekräften stattfindet?	149 (78)	9 (5)	21 (11)	12 (6)
Gibt es verbindliche Absprachen zwischen Pflege und den behandelnden Ärzten?	104 (55)	51 (27)		36 (19)

In Tabelle 12 werden die Antworten aufgeschlüsselt in den verschiedenen Teilnehmergruppen dargestellt.

Tabelle 12: Informationen zur Kommunikation in den Pflegeheimen, aufgeschlüsselt in die verschiedenen Teilnehmergruppen

Kommunikation	Befragte	Ja	Nein	Teilweise	Keine
N=191	Teilnehmer	N (%)	N (%)	N (%)	Angabe
					N (%)
Wird der behandelnde Arzt bei seinen Visiten durch eine Pflegekraft begleitet?	Hausarzt N= 43	32 (70)	6 (13)	8 (17)	0 (0)
	Facharzt N=23	6 (26)	2 (9)	2 (9)	13 (56)
	Zahnarzt N=25	7 (28)	1 (4)	3 (12)	14 (56)
	Heimmitarbeiter N=97	56 (58)	0 (0)	5 (5)	36 (37)
Haben Sie den Eindruck, dass bei den Visiten ein guter Informationsaustausch zwischen Ärzten und Pflegekräften stattfindet?	Hausarzt N= 43	42 (91)	0 (0)	1 (2)	0 (0)
	Facharzt N=23	21 (91)	0 (0)	1 (4)	1 (4)
	Zahnarzt N=25	20 (80)	5 (20)	0 (0)	0 (0)
	Heimmitarbeiter N=97	66 (68)	4 (4)	19 (20)	8 (8)
Gibt es verbindliche Absprachen zwischen Pflege und den behandelnden Ärzten?	Hausarzt N=43	38 (83)	8 (17)		0 (0)
	Facharzt N=23	15 (65)	8 (34)		0 (0)
	Zahnarzt N=25	9 (36)	16 (64)		0 (0)
	Heimmitarbeiter N=97	42 (43)	19 (20)		36 (37)

Begleitung durch eine Pflegekraft

Der Großteil der Hausärzte und Heimmitarbeiter gab an, dass die Arztvisiten regelmäßig oder zumindest teilweise durch eine Pflegekraft begleitet werden. Von den Fach- und Zahnärzten bestätigten dies nur ca. ein Drittel der Befragten, allerdings machte auch über die Hälfte der Teilnehmer aus diesen beiden Gruppen keine Angabe zu der Frage. Oft wurde von den Heimmitarbeitern hinzugefügt, dass es manchmal nicht möglich sei, die Arbeit zu unterbrechen um die Visiten zu begleiten, wenn die Ärzte spontan ohne Vorankündigung in die Pflegeeinrichtung kommen.

Informationsaustausch

Dass ein guter Informationsaustausch zwischen Ärzten und Pflegekräften besteht, wurde von über 90% aller Haus- und Fachärzte angegeben. Knapp dreiviertel der befragten Heimmitarbeiter sehen dies genauso. 20 % der Heimmitarbeiter sind jedoch der Meinung, dass ein guter Informationsaustausch nur teilweise besteht. Nur einzelne Zahnärzte und einzelne Heimmitarbeiter gaben an, dass kein guter Informationsaustausch untereinander besteht.

Verbindliche Absprachen

Der Großteil der Hausärzte und Fachärzte gab an, dass verbindliche Absprachen zwischen den Ärzten und Heimmitarbeitern bestehen. Unter den Zahnärzten waren jedoch über die Hälfte der Befragten der Meinung, dass es keine verbindlichen Absprachen gibt.

Rund 40 Prozent der Heimmitarbeiter gaben an, dass Absprachen getroffen werden, allerdings beantwortete ein gutes Drittel der befragten Heimmitarbeiter diese Frage nicht.

3.2.2.4. Deskription der Faktoren, die sich auf die zwischenmenschlichen Beziehungen unter den Beteiligten auswirken

Im Folgenden werden Informationen zu den Beziehungen zwischen Ärzten und Pflegeheimmitarbeitern dargestellt. Es wurde zum einen nach dem persönlichen Kontakt zwischen den beteiligten Personen gefragt, zum anderen nach der Personalfluktuatation in den Heimen. Des Weiteren sollte die Anzahl der Bewohner, die ein Arzt versorgt, angegeben werden und über welchen Zeitraum die Betreuung durch die Ärzte schon besteht.

Nach dem persönlichen Kontakt zwischen den Ärzten und Pflegeheimmitarbeitern wurde über eine visuelle Analogskala gefragt.

Persönlicher Kontakt

Tabelle 13: Bewertung des persönlichen Kontaktes zwischen den Teilnehmern

Zwischenmenschliche Beziehungen	Befragte Teilnehmer	MW (M/SD)	Min/Max	Keine Angabe
N gesamt=191				
Wie gut ist Ihr persönlicher Kontakt zu den Pflegekräften bzw. zu den Ärzten?	Gesamt N=191	8,5 (9,0/1,72)	1/10	6
	Hausärzte N=46	8,8 (9/1,38)	3/10	0
	Fachärzte N=23	8,5 (9/1,3)	5/10	1
	Zahnärzte N=25	8,5 (9/1,9)	1/10	0
	Heimmitarbeiter N=97	8,3 (8,8/1,88)	1/10	5

Der Mittelwert der Antworten lag bei 8,5 cm auf der Skala. Die Kreuze reichten dabei von 1 cm bis zu 10 cm. Insgesamt wurde der persönliche Kontakt aber von vielen als gut bewertet. Zwischen den Bewertungen der einzelnen Teilnehmergruppen gab es im Mittel nur geringe Unterschiede. Die Hausärzte beurteilten insgesamt den persönlichen Kontakt am besten, die Heimmitarbeiter am schlechtesten.

Personalfluktuaton

Die Personalfluktuaton in den Pflegeheimen wurde mittels visueller Analogskala abgefragt. Die Teilnehmer sollten einschätzen, wie hoch die Fluktuaton des Personals im betroffenen Heim sei. Dabei bezeichnete die 0 zu Beginn der Skala die geringste mögliche, also keine Personalfluktuaton, die 10 die höchst mögliche.

Tabelle 14: Bewertung der Personalfluktuaton in den Pflegeeinrichtungen

Personalfluktuaton	Befragte Teilnehmer	MW (M/SD)	Min/Max	Keine Angabe
N gesamt =191				
Wie würden Sie die Personalfluktuaton aufder visuellen Analogskala beurteilen?	Gesamt N=191	2,7 (2,0/ 2,2)	0,0/8,6	21
	Hausärzte N=46	3,1 (3,0/1,9)	0,0/7,0	3
	Fachärzte N=23	3,6 (3,0/2,6)	0,0/8,4	6
	Zahnärzte N=25	2,7 (2,5/1,8)	0,0/7,0	10
	Heimmitarbeiter N=97	2,3 (1,5/2,3)	0,0/8,6	97

Die eingezeichneten Kreuze reichten von 0 bis 8,6 cm. Der Mittelwert lag bei 2,7 cm, dementsprechend wurde die Personalfluktuaton insgesamt eher als niedrig eingeschätzt.

3.2.3. Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimmitarbeitern

Zusammenfassend sollte von allen Teilnehmern die Qualität der Zusammenarbeit in der betroffenen Pflegeeinrichtung beurteilt werden. Hierzu wurde wieder eine visuelle Analogskala hinzugezogen, auf der die Befragten Kreuze zwischen 0 cm und 10 cm setzen konnten.

Tabelle 15: Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit

Qualität der Zusammenarbeit	Befragte Teilnehmer	MW (M/SD)	Min/Max	Keine Angabe
N gesamt=191				
Wie würden Sie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und den behandelnden Ärzten auf der visuellen Analogskala beurteilen?	Gesamt N=191	8,1 (8,2/1,5)	3,2/10	7
	Hausärzte N=46	8,4 (8,3/1,3)	4,0/10	0
	Fachärzte N=23	8,2 (8,2/1,3)	5/10	3
	Zahnärzte N=25	7,6 (8,0/1,6)	5/10	0
	Heimmitarbeiter N=97	8,1 (8,4/1,7)	3,2/10	4

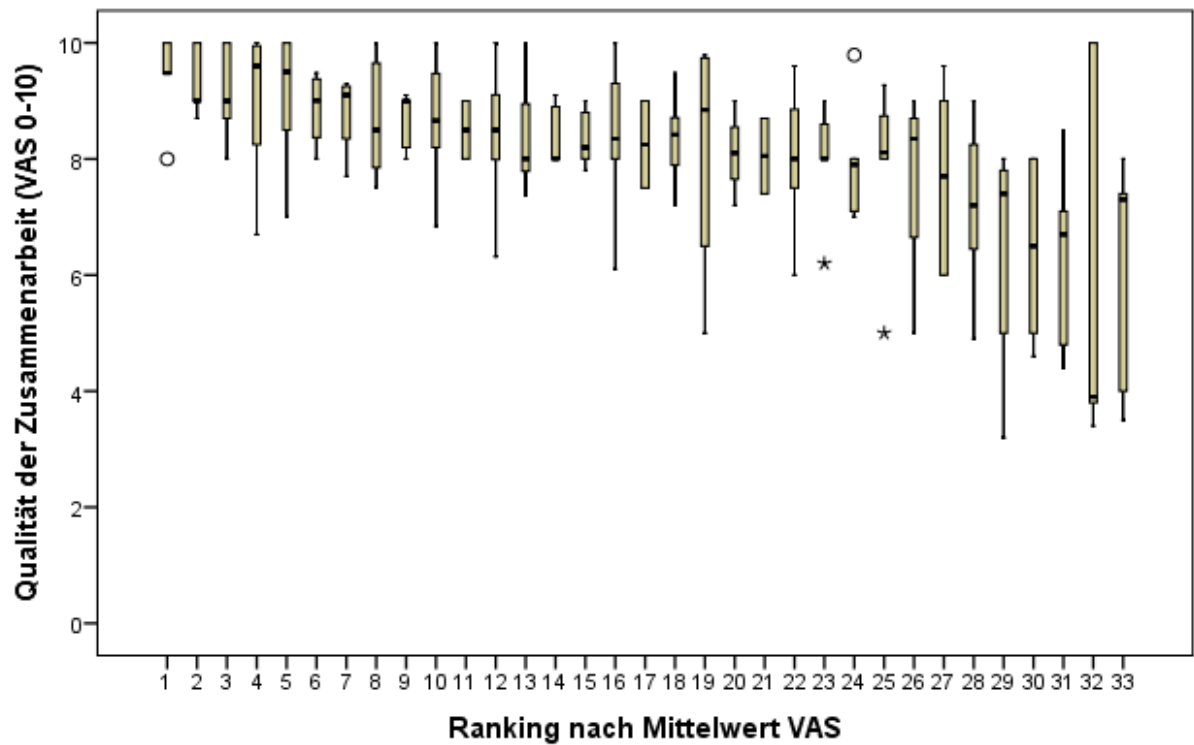
Die Qualität der Zusammenarbeit wird im Mittel mit 8,1 cm auf der visuellen Analogskala bewertet. Der minimale Wert betrug 3,2 cm, die beste Bewertung lag bei 10 cm.

Die Hausärzte bewerteten die Qualität durchschnittlich am besten, die Zahnärzte am schlechtesten. Die schlechteste Bewertung wurde von einem Befragten der Heimmitarbeiter abgegeben.

Um einen Eindruck zu bekommen, wie die Qualität der Zusammenarbeit innerhalb einer Einrichtung von den verschiedenen Beteiligten beurteilt wurde, verdeutlichen die folgenden Diagramme die Verteilungen der Bewertungen in jeder der 33 Pflegeeinrichtungen.

Zur übersichtlichen Darstellung wurden die Heime nach dem Mittelwert sortiert und in entsprechender Reihenfolge abgebildet.

Abbildung 8: Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit innerhalb der Heime, Ranking nach der VAS



Der Boxplot macht deutlich, dass die Bewertungen von Teilnehmern desselben Heimes teilweise sehr unterschiedlich ausgefallen sind. Auch bei Heimen, deren Mitarbeiter und Ärzte ähnlicher Meinung waren, gab es einige Ausreißer durch einzelne Personen, die die Qualität der Zusammenarbeit als viel besser oder viel schlechter einschätzten als der Großteil der Kollegen, wie im Beispiel des Heimes 25 in Abbildung 8.

3.2.4. Zusammenhänge zwischen verschiedenen Faktoren und der Qualität der Zusammenarbeit

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Analysen dargestellt, welche die Zusammenhänge zwischen einzelnen Faktoren und der Qualität der Zusammenarbeit untersuchten. Die Frage nach der Qualität der Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimmitarbeitern und Ärzten, die über eine visuelle Analogskala beantwortet wurde, wurde hierbei als abhängige Variable festgelegt.

Zuerst wird in Kapitel 3.2.4.1. untersucht, ob die Qualität der Zusammenarbeit von den unterschiedlichen Akteuren unterschiedlich beurteilt wird. Anschließend wird untersucht, inwiefern sich die einzelnen Aspekte von Struktur (Kap. 3.2.4.2.), Organisation (Kap. 3.2.4.3.) und Kommunikation (Kap. 3.2.4.4.) auf die Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit auswirken.

Alle 191 Teilnehmer wurden nach der Qualität der Zusammenarbeit gefragt. Zudem wurden alle Teilnehmer nach den verschiedenen Prädiktoren befragt und den Strukturdaten der Heime zugeordnet. Die folgenden Tabellen stellen die Anzahl der gültigen Antworten dar, die sich aus den Antworten auf die Frage nach den Prädiktoren sowie der Qualität der Zusammenarbeit zusammensetzen, sowie die daraus folgenden fehlenden Angaben. Bei kategorialen Daten sind Mittelwert und Standardabweichung angegeben, bei kontinuierlichen Daten der Korrelationskoeffizient nach Pearson. Der p-Wert sagt aus, ob der Zusammenhang zwischen dem einzelnen Prädiktoren und der Qualität der Zusammenarbeit signifikant ist.

Exemplarisch werden die Ergebnisse durch einzelne Aussagen der Studienteilnehmer ergänzt.

3.2.4.1. Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit durch unterschiedliche Teilnehmergruppen

Es wurde untersucht, ob sich die Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Teilnehmergruppen, Ärzten und Heimmitarbeitern, signifikant unterscheidet. Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit der einzelnen Teilnehmergruppen

Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit	Anzahl der Antworten	MW (SD)	p-Wert	Angabe fehlt
N gesamt=191	n (%)			n (%)
Heimmitarbeiter	93 (49)	8,1 (1,7)	0,25	7 (4)
Hausärzte	46 (24)	8,4 (1,3)		
Fachärzte	20 (10)	8,2 (1,3)		
Zahnärzte	25 (13)	7,6 (1,5)		

Auswertung kategorialer Daten als Gruppenvergleiche mit Varianzanalysen (ANOVA im Falle von mehr als zwei Gruppen)

Es sind keine großen Unterschiede zwischen den einzelnen Teilnehmergruppen zu erkennen. Zahnärzte beurteilten die Qualität der Zusammenarbeit im Durchschnitt etwas schlechter als die anderen Teilnehmer. Hausärzte gaben die beste Bewertung an. Die Gruppenunterschiede sind bei einem p-Wert von 0,25 statistisch nicht signifikant.

3.2.4.2. Univariate Analysen der Strukturdaten

Tabelle 17 beschreibt die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen untersuchten Strukturdaten der Pflegeeinrichtungen und der Qualität der Zusammenarbeit.

Tabelle 17 : Zusammenhänge zwischen Strukturdaten und Qualität der Zusammenarbeit

Potentielle Einflussfaktoren auf die Qualität der Zusammenarbeit		Anzahl der Antworten	Qualität der Zusammenarbeit	p-Wert	Angabe fehlt
N gesamt=191		n (%)	MW (SD)		n (%)
Lage	Großstadt	51 (27)	8,2 (1,6)	< 0,001	7 (4)
	Kleinstadt	70 (37)	7,6 (1,6)		
	Land	63 (33)	8,6 (1,1)		
Verbund	GPV	38 (20)	8,2 (1,5)	0,34	7 (4)
	AOK	32 (17)	7,7 (1,6)		
	Kein Verbund	114 (60)	8,2 (1,5)		
Unterstützung durch Klinikambulanz	Klinikambulanz	77 (40)	8,0 (1,6)	0,56	7 (4)
	Keine Klinikambulanz	107 (56)	8,1 (1,5)		
		Anzahl der Antworten	Korrelationskoeffizient	p-Wert	Angabe fehlt
		n (%)			n (%)
Anzahl Bewohner		184 (96)	-0,202	0,006	7 (4)
Hausarzt Quotient		179 (94)	-0,163	0,03	12 (6)
Facharzt-Quotient		172 (90)	-0,127	0,1	19 (10)
KH-Einweisungen Quotient		170 (89)	-0,215	0,005	21 (89)

Auswertung kategorialer Daten als Gruppenvergleiche mit Varianzanalysen (ANOVA im Falle von drei Gruppen, Student`s t-Test im Falle von zwei Gruppen), Auswertung kontinuierlicher Daten mittels Korrelationskoeffizienten nach Pearson.

Lage

An der medizinischen und pflegerischen Versorgung beteiligte Personen, die in oder mit ländlichen Pflegeeinrichtungen arbeiten, haben die Qualität der Zusammenarbeit am besten bewertet (mittlere Bewertung der Zusammenarbeit von 8,6). In kleinstädtischen Heimen war die Zufriedenheit mit einer mittleren Bewertung von 7,6 cm am geringsten. Die Pflegeeinrichtungen in Großstädten lagen mit einem durchschnittlichen Wert von 8,2 cm dazwischen. Diese Unterschiede zwischen den Lagekategorien sind bei einem p-Wert von $< 0,001$ statistisch signifikant.

Verbund

Ob eine Pflegeeinrichtung an einem Verbund teilnimmt oder nicht, hat keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Qualität der Zusammenarbeit. Diese Beobachtung ist allerdings mit Vorsicht zu beurteilen, da nur 11 von insgesamt 33 berücksichtigten Pflegeeinrichtungen überhaupt einem Verbund angehören, davon nur fünf dem AOK-Pflegenetz.

Klinikambulanz

Studienteilnehmer, deren ärztliche Versorgung durch eine Klinikambulanz unterstützt wird, beurteilen die Zusammenarbeit nahezu genauso gut wie Teilnehmer, die diese Unterstützung nicht bekommen. Der Unterschied ist statistisch nicht relevant (p-Wert: 0,56).

Dass die Unterstützung der ärztlichen Versorgung einen positiven Einfluss auf die Organisation haben kann, machen Aussagen von Ärzten im Rahmen der Fokusgruppendifkussionen deutlich:

„Das Krankenhaus ist hier nebenan, aber trotzdem ist eine Untersuchung dort nur mit Einweisung möglich. Den Facharztbereich ins Krankenhaus zu verlegen über eine Ermächtigung, damit wäre uns viel geholfen“ und „Für uns wäre es wichtig, wenn man die Notaufnahme nützt, z. B. zum Röntgen. Das würde einen Haufen Kosten einsparen. Im Krankenhaus ist alles da, Urologie, Gynäkologie, Orthopädie. Aber wir fahren die Leute woanders hin. Das kann es doch nicht sein.“

Heimgröße

Es besteht eine statistisch signifikante negative Korrelation zwischen der Heimgröße und der Qualität der Zusammenarbeit (p-Wert von 0,006). Je weniger Bewohner eine

Pflegeeinrichtung also umfasst, desto besser wird von den beteiligten Personen die Qualität der Zusammenarbeit bewertet.

Anzahl der Hausärzte

Je weniger Hausärzte pro Bewohner für eine Pflegeeinrichtung zuständig sind, desto besser wird die Qualität der Zusammenarbeit bewertet. Diese negative Korrelation ist bei einem p-Wert von 0,03 statistisch signifikant.

Auch in den Fokusgruppendifkussionen wurde die Anzahl der Hausärzte thematisiert. Nicht nur für die Pflegekräfte stellt eine große Anzahl an Hausärzten ein Hindernis für einen reibungslosen Informationsaustausch über die Patienten dar. *„Manche Ärzte, die nur einen Bewohner haben, kommen 1x/ Quartal zum Karteneinlesen. Rezeptbestellung erfolgt am Telefon. Arzt sieht man nicht. Bei Anruf ist eine Helferin am Apparat, die abblockt. Man bekommt nur ein Rezept. Für mich ist das keine Zusammenarbeit.“* (Pflegekraft im Fokusgruppeninterview). Auch für Haus- und Fachärzte untereinander ist die Kommunikation und Kooperation mit einigen wenigen einfacher, übersichtlicher und vertrauter. Hierzu sagte eine Ärztin im Fokusgruppeninterview: *„Ich kenne auch alle, die ich regelmäßig treffe. Man hat immer mit den Gleichen zu tun... Betreue auch andere gute Heime. Je mehr HÄ, desto schwieriger. Hier gibt es zwei Mappen. Da weiß ich, wo ich suchen muss. In anderen Heimen gibt es bis zu 19 Ärzte. Dann ist es nicht so einfach. Dann muss man lange telefonieren, grausam.“*

Anzahl der Fachärzte

Es besteht zudem eine negative Korrelation zwischen der Anzahl der Fachärzte und der Qualität der Zusammenarbeit. Dieser Zusammenhang ist bei einem p-Wert von 0,1 statistisch jedoch nicht signifikant.

Klinikeinweisungen

Es besteht eine signifikante negative Korrelation zwischen den Krankenhauseinweisungen pro Bewohner pro Jahr und der Qualität der Zusammenarbeit. Das bedeutet, je weniger Bewohner pro Jahr in einem Heim in eine Klinik eingewiesen wurden, desto besser wurde die Qualität der Zusammenarbeit beurteilt. Der Zusammenhang ist statistisch signifikant.

Dieses Ergebnis bestätigt den Eindruck, der aus Fokusgruppeinterviews und Vor-Ort-Befragungen gewonnen werden konnte. Besteht in einem Heim eine gute Kooperation, können auch Krankenhauseinweisungen reduziert werden. Eine Heimleitung sagte im

Rahmen der Fokusgruppendifkussion zu diesem Thema: „*Kommunikation ist wichtig, um Krankenhaus-Einweisungen zu reduzieren. Der Bereitschaftsdienst weist ein, weil er die Leute nicht kennt. Es ist unser Wunsch, dass wir so wenig wie möglich Krankenhaus-Einweisungen haben. Deswegen ist diese gute Vertrauensbasis wichtig*“.

3.2.4.3. Univariate Analysen zu organisatorischen Maßnahmen

Tabelle 18 beschreibt die Zusammenhänge zwischen verschiedenen untersuchten organisatorischen Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen und der Qualität der Zusammenarbeit. Nach dem Bestehen eines Arzneimittelbedarfs wurden nur Heimmitarbeiter und Hausärzte gefragt. Somit beträgt N-gesamt hierbei nur 143.

Tabelle 18: Zusammenhänge zwischen organisatorischen Maßnahmen und Qualität der Zusammenarbeit

Potentielle Einflussfaktoren auf die Qualität der Zusammenarbeit		Anzahl der Antworten	Qualität der Zusammenarbeit	p-Wert	Angabe fehlt
		n (%)	MW (SD)		n (%)
Visiten N=191	Visiten nach Absprache	80 (42)	8,2 (1,3)	0,25	79 (41)
	Visiten zu festen Terminen oder beides	32 (17)	7,9 (1,6)		
Praxisarzneimittelbedarf N=143	Praxisarzneimittelbedarf vorhanden	28 (20)	8,5 (1,4)	0,10	43 (30)
	Praxisarzneimittelbedarf nicht vorhanden	72 (50)	7,9 (1,6)		

Auswertung kategorialer Daten als Gruppenvergleiche mit Student`s t-Test

Visiten der Ärzte

In der Analyse ergab sich kein signifikanter Unterschied, ob Visiten nach Absprache oder zu festen Terminen stattfinden. Allerdings ist dieses Ergebnis bei 79 fehlenden Antworten kaum zu beurteilen.

Sowohl in den Fokusgruppeninterviews, wie auch in den Gesprächen vor Ort in den Pflegeheimen stellten sich unangemeldete Visiten jedoch als problematisch dar. Viele der Pflegekräfte betonten, dass es für sie einfacher, Zeit sparender und effektiver sei, wenn sie vorher wüssten, wann ein Arzt zu welchem Bewohner kommt. So könne man die Visiten vorbereiten, sich Zeit dafür nehmen und bessere Absprachen treffen. Von Pflegekräften wurde dazu beispielsweise geäußert: *„Wichtig ist die Zeit für ein Gespräch zwischen Arzt und Pflegepersonal vor der Visite!“* und *„Andere Ärzte kommen ohne vorherige Absprache. Die Pflegekraft muss dann die Arbeit unterbrechen, sie muss ja bei der Visite mitgehen. Eine andere Ärztin kommt alle 5 Wochen oder auch mal nach 3 Wochen unangemeldet. Dann geht doch Manches hier und da mal unter.“*

Praxisarzneimittelbedarf

Befragte Personen, die von einem hinterlegten Arzneimittelbedarf in ihrem Heim berichtet haben, bewerten die Qualität der Zusammenarbeit im Mittel um 0,6 cm besser als diejenigen, die keinen zur Verfügung haben. Dieser Unterschied ist statistisch knapp nicht signifikant. Zu beachten ist allerdings, dass es nicht erlaubt ist, einen festen Arzneimittelfundus in Pflegeeinrichtungen bereitzustellen. Daher scheuten sich einige Befragte ehrlich zu antworten und fügten der Antwort meist hinzu, dass es verboten aber wünschenswert sei, auf einen solchen Fundus zurückgreifen zu können.

3.2.4.4. Univariate Analysen zur Kommunikation

Tabelle 19 beschreibt die Zusammenhänge zwischen der Kommunikation in den Pflegeeinrichtungen und der Qualität der Zusammenarbeit.

Tabelle 19: Zusammenhänge zwischen Kommunikation und Qualität der Zusammenarbeit

Potentielle Einflussfaktoren auf die Qualität der Zusammenarbeit		Anzahl der Antworten	Qualität der Zusammenarbeit	p-Wert	Angabe fehlt
N gesamt=191		n (%)	MW (SD)		n (%)
Begleitung durch eine Pflegekraft	Begleitung durch eine Pflegekraft	99 (52)	8,2 (1,4)	0,14	66 (35)
	Keine Begleitung durch eine Pflegekraft	9 (5)	7,7 (1,5)		
	Teils Begleitung durch eine Pflegekraft	17 (9)	7,5 (1,8)		
Guter Informationsaustausch	Guter Informationsaustausch	147 (77)	8,4 (1,2)	< 0,001	14 (7)
	Kein guter Informationsaustausch	9 (5)	5,9 (1,7)		
	Teils guter Informationsaustausch	21 (11)	7,8 (1,6)		
Verbindliche Absprachen	Verbindliche Absprachen	100 (52)	8,5 (1,2)	< 0,001	41 (21)
	Keine verbindliche Absprachen	50 (26)	7,3 (1,7)		

Auswertung kategorialer Daten als Gruppenvergleiche mit Varianzanalysen (ANOVA im Falle von drei Gruppen, Student`s t-Test im Falle von zwei Gruppen)

Begleitung durch eine Pflegekraft

Der Unterschied, ob die ärztlichen Visiten durch eine Pflegekraft begleitet werden oder nicht, oder nur teilweise, hat mit einem p-Wert von 0,14 statistisch keinen signifikanten Einfluss auf die Qualität der Zusammenarbeit. Es gaben nur 9 Teilnehmer von 191 an, dass die Visiten nicht, und 17 Teilnehmer, dass die Visiten nur teilweise begleitet werden. Das bedeutet, dass dieser Ablauf in den meisten Einrichtungen gut funktioniert, auch wenn das für die Pflegekräfte bei unangekündigten Besuchen der Ärzte oft bedeutet, dass die Arbeit unterbrochen werden muss und die Visiten nicht gut vorbereitet werden können. Insgesamt wurde die gemeinsame Visite sowohl in den Fokusgruppen als auch in den Vor-Ort-Befragungen als ein wichtiges Mittel zur guten Kommunikation und Kooperation gewertet. So wurde in einer Fokusgruppendifkussion von einem Heimmitarbeiter betont, dass für eine gute Zusammenarbeit *„Zeit für ein Gespräch zwischen Arzt und Pflegepersonal vor der Visite sowie regelmäßige Visiten, gemeinsame Visiten“* von besonderer Bedeutung seien.

Informationsaustausch

Ein guter Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten stellt eine wichtige Grundvoraussetzung für eine gelungene Zusammenarbeit dar. In Heimen, in denen kein guter Informationsaustausch besteht, wird die Qualität der Zusammenarbeit auf der Analogskala mit einem mittleren Wert von 5,9 cm unterdurchschnittlich schlecht bewertet. Befragte hingegen, die von einem guten Informationsaustausch berichteten, beurteilten die Zusammenarbeit deutlich besser, hier beträgt der Mittelwert gute 8,4 cm. Diese Gruppenunterschiede sind deutlich signifikant (p-Wert: <0,001).

In den Befragungen wurde deutlich, dass ein guter Informationsaustausch durch den persönlichen Kontakt bei den gemeinsamen Visiten entstehen kann. Aber auch Systeme wie Fächer für die Ärzte in den Stationszimmern oder die gute Erreichbarkeit über Telefon und Telefax stellten sich als Hilfen für einen guten Austausch von Informationen heraus und können die Arbeit auf beiden Seiten erleichtern. *„...Die Fächer für die Ärzte funktionieren ganz gut. Auch wenn eine Ärztin sehr selten kommt, faxe ich eine akute Frage und bekomme einen Rückruf...“* (Pflegefachkraft im Fokusgruppeninterview).

Verbindliche Absprachen

Auch die verbindlichen Absprachen zwischen Ärzten und Mitarbeitern in Pflegeheimen tragen zu einer guten Qualität der Zusammenarbeit bei. In Heimen, in welchen verbindliche

Absprachen getroffen werden, wurde die Qualität der Zusammenarbeit mit einem mittleren Wert von 8,5 cm im Gegensatz zu 7,3 cm ohne Absprachen deutlich besser bewertet. Auch dieser Unterschied ist bei einem p-Wert von $< 0,001$ signifikant.

Dieser Aspekt wurde in den Fokusgruppen diskutiert und ebenso in den Vor-Ort-Befragungen thematisiert. „Man bespricht alle Fälle und ansonsten weiß man auch wo man anrufen kann“ (Pflegekraft im Rahmen einer Fokusgruppendifkussion). „Es ist wichtig, dass es ein Miteinander gibt, dass man sich absprechen kann. Absprachen sind sehr wichtig, mit einigen Ärzten funktioniert das sehr gut!“ (Heimleitung im Fokusgruppeninterview).

Mit einer Korrelationsanalyse wurden die Zusammenhänge zwischen den persönlichen Beziehungen in den Pflegeeinrichtungen und der Qualität der Zusammenarbeit untersucht. Die Ergebnisse werden in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: Zusammenhänge zwischen persönlichen Beziehungen und Qualität der Zusammenarbeit

Potentielle Einflussfaktoren auf die Qualität der Zusammenarbeit N gesamt=191	Anzahl der Antworten n (%)	Qualität der Zusammenarbeit Korrelationskoeffizient	p-Wert	Angabe fehlt n (%)
Persönlicher Kontakt	182 (95)	0,462	$< 0,001$	9 (5)
Personalfuktuation	168 (88)	-0,041	0,60	23 (12)

Auswertung kontinuierlicher Daten mittels Korrelationskoeffizienten nach Pearson.

Persönlicher Kontakt

Je besser der persönliche Kontakt in den Einrichtungen bewertet wurde, umso besser wurde auch die Qualität der Zusammenarbeit eingeschätzt. Diese positive Korrelation (Korrelationskoeffizient 0,462) ist eindeutig signifikant (p-Wert: $< 0,001$).

Personalfuktuation

Entgegen der Erwartungen zeigte sich nur eine sehr schwache negative Korrelation zwischen der Personalfuktuation und der Qualität der Zusammenarbeit, die statistisch zudem nicht relevant ist und auch auf Zufällen beruhen könnte.

3.2.5. Multivariate Regressionsanalyse zur Berücksichtigung des Cluster-Effekts

In diese Analysen wurden alle Variablen einbezogen, die in der univariaten Analyse einen Zusammenhang mit der Qualität der Zusammenarbeit aufwiesen. Die Ergebnisse sind vergleichend alle in Tabelle 21 zusammengefasst.

Tabelle 21: Untersuchung potenzieller Einflussfaktoren auf die Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit (visuelle Analogskala)

	Analyse ohne Berücksichtigung der Cluster-Struktur			Mit Berücksichtigung der Cluster-Struktur	
	MW (SD)	MW (SD)	p1	Univariat p2	Multivariat p3
Dichotome Variablen					
Ländliche Lage ja/nein	8,6 (1,1)	7,8 (1,7)	0,002	0,029	0,374
Guter Informationsaustausch ja/nein	8,4 (1,2)	7,2 (1,8)	<0,001	<0,001	0,005
Verbindliche Absprachen ja/nein	8,5 (1,2)	7,3 (1,7)	<0,001	<0,001	<0,001
Kontinuierliche Variablen	Regressionskoeffizient β (Standardfehler)				
Anzahl Bewohner	-0,008 (0,003)		0,006	0,045	0,985
Bewohner/Hausarzt	1,749 (0,803)		0,031	0,190	0,976
Klinikeinweisungen/Bewohner	-1,002 (0,353)		0,005	0,082	0,096
Persönlicher Kontakt (VAS)	0,432 (0,061)		<0,001	<0,001	<0,001

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung; p1 = p-Wert aus Student t-Test für dichotome (Einfluss) Variablen oder aus Regressionsanalysen für kontinuierliche Variablen; p2 und p3 = p-Werte aus linearen gemischten Modellen

Die univariate Analyse mit Berücksichtigung der Cluster-Struktur bestätigt weitgehend die einfache Analyse mit Student`s t-Test bzw. über Regressionskoeffizienten. Allerdings ist der Zusammenhang mit dem Quotient Bewohner pro Hausarzt und den Klinikeinweisungen pro Bewohner nicht mehr statistisch signifikant.

In der multivariaten Regressionsanalyse haben der persönliche Kontakt, die verbindlichen Absprachen und der gute Informationsaustausch Einfluss auf die Bewertung der Qualität der Zusammenarbeit. Für die ländliche Lage, die Anzahl der Bewohner, den Quotienten Bewohner pro Hausärzte und die Zahl der Klinikeinweisungen pro Bewohner ergab sich kein signifikanter Zusammenhang.

4. Diskussion

4.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Aus der Auswertung der qualitativen und quantitativen Daten ergaben sich eindeutige Faktoren, die sich positiv auf eine gelungene Zusammenarbeit zwischen Pflegeheimmitarbeitern und Ärzten auswirken können.

Um einen Überblick zu geben, sollen an dieser Stelle die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst werden.

Strukturdaten

Die quantitativen Analysen geben Hinweise darauf, dass sich eine *ländliche Lage, eine kleine Heimgröße, eine geringe Anzahl an Hausärzten und wenig Krankenhauseinweisungen* positiv auf die Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimmitarbeitern auswirken.

Die *Lage* und *Heimgröße* wurde in den Fokusgruppen nicht thematisiert. Die geringe Anzahl an *Hausärzten* und *wenige Krankenhauseinweisungen* stellten sich auch in den Fokusgruppeninterviews als positive Faktoren heraus.

Die Zugehörigkeit zu einem *Verbund*, die *Unterstützung durch eine Klinikambulanz* und die *Anzahl an Fachärzten* standen nicht in einem signifikanten Zusammenhang mit der Qualität der Zusammenarbeit.

Organisation

Regelmäßige Visiten und das Vorhandensein eines *Praxisarzneimittelbedarfs* standen in der statistischen Analyse nicht in Zusammenhang mit der Qualität der Zusammenarbeit, wurden in den Fokusgruppeninterviews dennoch als besonders wichtige Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit betont.

Kommunikation

Ein *guter Informationsaustausch* und *verbindliche Absprachen* zwischen den Beteiligten sind statistisch signifikant wichtige Voraussetzungen für die Qualität der Zusammenarbeit. Auch unter Berücksichtigung aller Variablen im Rahmen der multivariaten Analysen und unter Berücksichtigung der Clusterstruktur scheinen diese zwei Prädiktoren der

Kommunikation eine entscheidende Bedeutung zu haben. Zudem stellten sich diese zwei Punkte in der Auswertung der Fokusgruppen als besonders relevant heraus.

Die **Begleitung der ärztlichen Visiten durch eine Pflegekraft** steht laut statistischer Analyse nicht im Zusammenhang mit der Qualität der Zusammenarbeit, wurde in den Fokusgruppen allerdings als wünschenswert beurteilt.

Persönliche Beziehungen

Die subjektive Einschätzung eines **guten persönlichen Kontakts** korreliert statistisch signifikant mit der Qualität der Zusammenarbeit. Auch in der multivariaten Analyse und unter Berücksichtigung der Cluster Struktur bestätigt sich dieses Ergebnis. In den Fokusgruppeninterviews wird dieser positive Faktor ebenfalls als wichtige Voraussetzung für eine gute Kooperation diskutiert.

Eine **geringe Personalfuktuation** hängt nicht signifikant mit einer guten Zusammenarbeit zusammen. In den Fokusgruppeninterviews war dies allerdings nach Meinung der Teilnehmer eine wichtige Voraussetzung für eine Beziehungskonstanz und somit auch einer guten Zusammenarbeit.

Bevor diese Ergebnisse im Einzelnen diskutiert werden, soll im Folgenden auf die Limitationen der Studie eingegangen werden.

4.2. Methodenkritik

Die Studie war von Beginn an mit einem explorativen Ansatz angelegt, um Faktoren für eine gute ärztliche Versorgung in Pflegeheimen zu ermitteln. Bei ca. 1600 stationären Pflegeeinrichtungen in Bayern (Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, 2011) ist die Anzahl an befragten Einrichtungen gering und die Rekrutierung erfolgte nicht zufällig. Somit kann nicht von einer Repräsentativität und gesamten Erfassung der Situation in bayerischen Pflegeeinrichtungen ausgegangen werden. Dennoch wurde eine große Anzahl an Personen von unterschiedlichen Einrichtungen quantitativ und qualitativ befragt, sodass man davon ausgehen kann, dass eine inhaltliche Sättigung bezüglich der Fragestellungen erreicht werden konnte. Ein weiterer Vorteil der Studie ist, dass trotz Schwierigkeiten in der Rekrutierung auch eine große Anzahl an Ärzten telefonisch befragt werden konnte. So wird im GEK Pflegereport von 2008 erwähnt, dass die Informationen in den groß angelegten Studien zum Thema ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen lediglich auf Aussagen von Pflegeheimleitungen und Pflegekräften beruhen (Rothgang et al., 2008).

Alle beschriebenen Ergebnisse der Analysen müssen mit Zurückhaltung interpretiert werden. In den univariaten Analysen kann ein kausaler Zusammenhang dadurch vorgetäuscht werden, dass z. B. zwei unabhängige Variablen zusammenhängen (z. B. ländliche Lage und Anzahl Bewohner), aber nur eine von beiden (z. B. Anzahl Bewohner) wirklich Einfluss auf die Bewertung der Zusammenarbeit hat. Multivariate Analysen können unter optimalen Bedingungen zwar für solche Verzerrungen adjustieren. Im vorliegenden Fall ist jedoch bereits die Trennung von unabhängigen und abhängigen Variablen problematisch (z. B. Bewertung des persönlichen Kontakts und Qualität der Zusammenarbeit) und eine gegenseitige Beeinflussung der Variablen plausibel.

Die stetige Überarbeitung der Fragebögen im Verlauf der Studie ermöglichte eine Weiterentwicklung der Fragen, um so gezielter auf bestimmte Fragestellungen einzugehen.

Daraus entstand wiederum eine große Menge an Daten, sodass letztendlich über 1000 verschiedene Variablen ausgewertet werden konnten. Außerdem bewirkte dieser Prozess, dass nicht alle Teilnehmer zu genau denselben Fragen interviewt wurden. Dies erschwerte den Auswertungsprozess und könnte die Aussagekraft einiger Ergebnisse beeinflussen.

Durch die Auswahl der Fragen für die Dissertation wurden die Daten jedoch soweit reduziert, dass eine kompakte Menge an Variablen zur Verfügung stand und die fehlenden Antworten so weit wie möglich reduziert wurden.

4.3. Interpretation

Während der Befragungen der Studienteilnehmer wurden sehr häufig Forderungen nach Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen laut. Eine höhere Vergütung der ärztlichen Heimbesuche, mehr Pflegekräfte, weniger Dokumentationsaufwand, eine gerechtere Beurteilung durch den MDK, sowie die Einstellung eines Heimarztes waren die meist geforderten Änderungen.

Ziel der Studie war es, unter den gegebenen politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen Voraussetzungen für eine gelungene ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen zu eruieren. So wurde klar, dass vor allem der zwischenmenschliche Umgang und eine lückenlose Kommunikation für eine gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimmitarbeitern ausschlaggebend sein können und auf diese Weise unter Umständen auch problematische Regelungen umgangen werden können.

Auch in anderen Ländern ist die Verbesserung der ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen ein Thema, welches auf verschiedene Weise versucht wird zu optimieren. So werden zum Beispiel von Van den Bussche verschiedene Lösungsansätze im benachbarten Ausland dargestellt (van den Bussche et al., 2009b). Die sehr unterschiedlichen wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen in verschiedenen Ländern machen einen Vergleich verschiedener Konzepte schwierig. Dennoch kann der Blick ins Ausland Ideen und Anregungen liefern, wie im Folgenden diskutiert.

4.3.1. Strukturelle Aspekte

Die unterschiedliche Struktur der Pflegeheime sowie der Umgebung der Pflegeheime schaffen verschiedene Voraussetzungen für die ärztliche Versorgung. Die Größe der Heime, die Anzahl der an der ärztlichen Versorgung beteiligten Personen, die Lage und somit auch die räumliche Nähe zu Fachärzten oder Krankenhäusern – all das sind Faktoren, die sich auf die Qualität der Zusammenarbeit auswirken können, im Gegensatz zu organisatorischen Maßnahmen jedoch schlechter oder gar nicht zu beeinflussen oder zu ändern sind. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Qualität der Zusammenarbeit in den Heimen mit vermeintlich bester „Infrastruktur“ im Sinne eines großen Angebotes an haus- und fachärztlichen Praxen und Kliniken unbedingt am besten beurteilt wird.

Teilnehmer der Studie aus ländlichen Einrichtungen beurteilten die Qualität der Zusammenarbeit insgesamt am besten. In den Heimen der Großstädte wiederum scheint die Zusammenarbeit besser als in den Kleinstädten zu funktionieren. Eine mögliche Erklärung für diesen Zusammenhang kann die haus- und fachärztliche Versorgung in den verschiedenen Regionen sein. Dabei konnte in den Vor-Ort-Befragungen durch persönliche Gespräche festgestellt werden, dass ländliche Einrichtungen häufig enge und langjährige Beziehungen zu einigen wenigen Hausärzten haben. Dies wirkt sich laut Aussagen einiger Teilnehmer in betroffenen Einrichtungen positiv auf Kommunikation und Kooperation aus. In Großstädten stehen im Gegensatz zu Kleinstädten oft in unmittelbarer Umgebung zu den Heimen viele Haus- und Fachärzte zur Versorgung der Bewohner zur Verfügung.

Der Umfang der fachärztlichen Versorgung steht in den vorliegenden Ergebnissen nicht in Zusammenhang mit einer guten Qualität der Zusammenarbeit. Eine niedrige Anzahl an Fachärzten bedeutet zwar eine Erleichterung der Kommunikation und in Hinsicht auf persönliche Beziehungen. Eine geringe Verfügbarkeit an Fachärzten stellt aber häufig auch ein Problem in Bezug auf die fachspezifische Versorgung von Pflegeheimbewohnern dar. Beide Aspekte betrachtet, könnten eine Begründung für die fehlende Korrelation darstellen.

In Regionen, in denen eine mangelhafte fachärztliche Versorgung besteht, kann die Anbindung an eine Klinikambulanz hilfreich sein. Vor allem, wenn eine Klinik in unmittelbarer Nähe der Einrichtung ist, könnten Ambulanzen zur fachärztlichen Versorgung genutzt werden, ohne dass sofort eine Klinikeinweisung erfolgen muss.

Bezogen auf die hausärztliche Versorgung ist die Tendenz eindeutig. Je weniger Hausärzte für ein Heim zuständig sind, desto besser scheint die Zusammenarbeit zu funktionieren. So stellt sich die Frage, ob die Anstellung eines Heimarztes nicht zu einer deutlichen Verbesserung der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern führen würde. In den Niederlanden gibt es sogar eine eigene Fachrichtung „Heimhausarzt“ (Hoek et al., 2003). Hoek et al berichten, dass in den 1960er Jahren schnell klar wurde, dass die Kapazitäten der allgemeinmedizinisch tätigen Ärzte durch die steigenden Anforderungen an die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen überschritten werden könnten. Einerseits sollen sie für alle Arten von medizinischen Belangen verfügbar und erreichbar sein, gleichzeitig die Voraussetzungen für einen Spezialisten der Altersmedizin erfüllen und zusätzlich die Aufgaben eines multiprofessionellen Teams in Heimen koordinieren. Daher wurde in den 1990er Jahren auf diese Anforderungen reagiert und eine spezielle Ausbildung für „Pflegeheim-Medizin“ eingeführt. Diese Ausbildung dauert zwei Jahre und beinhaltet

praktisches Training in Pflegeheimen sowie theoretischen Unterricht in Universitäten. Mit dieser Ausbildung kann ein Heimhausarzt dann in einem Pflegeheim angestellt werden. Oft übernimmt er aber auch Aufgaben als geriatrischer Spezialist in Praxen oder Krankenhäusern. Im Schnitt ist ein Heimhausarzt für 100 Pflegeheimbewohner angestellt. Aber auch Physiotherapeuten, Logopäden und Psychologen gehören zum multiprofessionellen Team, welches fest in einer Einrichtung arbeitet. Als Nachteile dieses Konzeptes werden von den Autoren unter anderem die Einschränkung der freien Arztwahl und die hohen Kosten durch Anstellung des Arztes diskutiert. Sie sind aber der Meinung, dass die Vorteile überwiegen, die sich durch Professionalität in der umfassenden Betreuung ergeben, und zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und Reduzierung von Krankenhausaufenthalten führen.

Wie wichtig eine geriatrische Zusatzausbildung der Ärzte ist, zeigt auch eine Studie aus den USA. Die Autoren beschreiben, dass Ärzte, die nicht zusätzlich im Bereich der Geriatrie ausgebildet wurden, doppelt so viele Medikamente pro Patient verschreiben wie diejenigen, welche die entsprechende Zusatzausbildung erhalten haben (Monroe et al., 2011).

In den durchgeführten Befragungen wurde deutlich, dass die Versorgung am besten funktioniert, je weniger Ärzte zuständig sind. Auch die Forderung nach der „Extremform“ Heimarzt wurde oft als wünschenswert angesehen. In Deutschland ist die Möglichkeit, einen Heimarzt anzustellen im Rahmen des Pflegeneuaustrichtungsgesetzes nun greifbarer geworden. Gelingt es der Kassenärztlichen Vereinigung nicht, auf Antrag des Pflegeheimes einen Kooperationsvertrag mit örtlichen, niedergelassenen Ärzten innerhalb von sechs Monaten zu vermitteln, ist die Pflegeeinrichtung berechtigt, einen eigenen Arzt anzustellen (Bundesministerium für Gesundheit, 2013).

Auch die Größe der Pflegeheime scheint eine Rolle in der Qualität der Zusammenarbeit zu spielen. Dieses Ergebnis der Analysen bestätigt den Eindruck, der in den Vor-Ort-Befragungen gewonnen werden konnte. Kleine Heime haben eine geringere Anzahl an Pflegeheimmitarbeitern und Ärzten. Die Kommunikation, der Informationsaustausch und somit die Kooperation ist mit weniger beteiligten Personen leichter aufrecht zu erhalten als in großen Einrichtungen mit anonymer Atmosphäre.

Auf besserer Koordination und Kommunikation, zum Beispiel durch verbindliche Absprachen, beruhen auch die schon bestehenden Modellprojekte. Besonders wichtig sind dabei die Organisation von Bereitschaftsdiensten, regelmäßige Visiten und teilweise eine zusätzliche Vergütung der Ärzte. In der vorliegenden Arbeit konnte kein Einfluss der Verbundzugehörigkeit auf die Qualität der Zusammenarbeit festgestellt werden. Allerdings

bestand auch nur in den wenigsten Fällen eine solche Kooperationsform. Es konnte bisher auch kein Überblick über alle laufenden Modellprojekte und deren Auswirkungen geschaffen werden (Balzer et al., 2013a). Dennoch zeigen einzelne Berichte, dass sich solche Organisationsformen positiv auf die Reduzierung von Krankenhauseinweisungen und sukzessive die Kosten auswirken konnte (Berliner Projekt, 2015). Daran sollen nun weitere Kooperationen anknüpfen, die im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes gefördert werden.

Die Zahl der Krankenhauseinweisungen hängt laut der hier vorliegenden Analysen eindeutig mit der Qualität der Zusammenarbeit zusammen. Auch in anderen Publikationen wird die geringe Zahl der Einweisungen als Maß für eine gute ärztliche Versorgung in Pflegeheimen herangezogen (van den Bussche et al., 2009a). Allerdings beruhten in der vorliegenden Studie die Angaben der Heimmitarbeiter bezüglich der Anzahl der Krankenhauseinweisungen auf Schätzungen, keine der Einrichtungen hatte die genauen Zahlen erfasst. In den Gesprächen mit den Studienteilnehmern wurde deutlich, dass die Einweisungen vor allem dann stattfinden, wenn der Arzt die Patienten und deren Vorgeschichte nicht kennt. Das ist der Fall, wenn ein unbekannter Arzt Bereitschaftsdienst hat oder sogar, bei schlechter Erreichbarkeit der versorgenden Ärzte, der Notdienst gerufen werden muss. Sind im Vorfeld Absprachen über die Erreichbarkeit der bekannten Ärzte oder Absprachen zwischen den verschiedenen diensthabenden Ärzten getroffen worden, ist die Situation der Patienten meist besser einzuschätzen und Klinikaufenthalte können bestenfalls verhindert werden. Allerdings berichtet van den Bussche, dass Bewohner von Pflegeheimen seltener ins Krankenhaus eingewiesen werden als Patienten, die zu Hause versorgt werden (van den Bussche et al., 2009a). Dies spräche für eine bessere ärztliche Versorgung in den Heimen als bei selbstständig lebenden Personen. Sicherlich sollte trotzdem das Ziel sein, unnötige Krankenhausaufenthalte der Bewohner weiter zu reduzieren. Zum Einen stellt die Einlieferung und die fremde Umgebung eine große Belastung für die meisten alten Menschen dar, zum Anderen könnten so auch die Kosten drastisch reduziert werden. In einer Studie zur Inanspruchnahme stationärer Krankenhausleistungen durch Pflegeheimbewohner wurde gezeigt, dass Bewohner durchschnittlich vier Prozent ihrer Zeit im Krankenhaus liegen (Ramroth et al., 2006a). Nicht die Dauer des Aufenthaltes in einem Pflegeheim an sich führt zu einer Häufung der Krankenhausaufenthalte, sondern je näher das Lebensende der Bewohner ist, desto häufiger werden sie eingewiesen. Ca. 30 % der Pflegeheimbewohner verbringen im Krankenhaus ihre letzten Lebensstage (Ramroth et al., 2006b). Die Autoren sind

der Meinung, dass „...ein Mehr an Sektoren übergreifenden Kooperationen von Pflegeheimen, Hausärzten und Geriatrie die Versorgungsqualität von Pflegeheimbewohnern verbessern und durch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten kosteneffektiv sein könnte“ (Ramroth et al., 2006b, p.A2710).

4.3.2. Organisatorische Aspekte

Eine gute Organisation im Sinne gut geplanter Arzt-Patienten-Kontakte sowie schneller und ausreichender Verfügbarkeit von Arzneimitteln kann ebenfalls zu einer guten ärztlichen Versorgung beitragen. Kündigen Ärzte ihre Visiten im Vorfeld an, ist es den Pflegekräften möglich, sich darauf vorzubereiten. Sie können gezielt Fragen zu den Patienten stellen, müssen ihre Arbeit nicht ungeplant unterbrechen und können gegebenenfalls die Visiten begleiten. Die Ärzte haben auf diese Weise feste Ansprechpartner, die die Bewohner durch den täglichen Umgang in ihrer physischen und psychischen Verfassung meist gut einschätzen können. So werden wichtige Informationen im Sinne einer guten Kommunikation ausgetauscht, was wiederum zu einer Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Bewohner beitragen kann.

Relevant ist zudem die Organisation einer schnellen und ausreichenden Verfügbarkeit von Arzneimitteln. In den Analysen ergab sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein eines Praxisarzneimittelbedarfs im Pflegeheim und der Einschätzung der Qualität der Zusammenarbeit. Jedoch ist es offiziell auch nicht erlaubt einen solchen Vorrat eines Arztes im Heim zu haben. Das könnte die Antworten der Teilnehmer beeinflusst haben. Wie auch in den Fokusgruppen thematisiert wurde, stellte sich der Zugang zu Medikamenten auch in den Befragungen als schwieriges Thema heraus. Dauermedikation muss verblistert werden und liegt in den zuständigen Apotheken bereit. Es ist zunächst ein Rezept eines Arztes nötig, um die Dauermedikation im Bedarfsfall zu erhöhen und muss erst von der Apotheke abgeholt werden. Bedarfsmedikation ist auch im Heim vorhanden, allerdings Bewohner bezogen. Jeder Bewohner hat seine eigene Medikation. Benötigt ein anderer Bewohner z. B. akut ein Schmerzmittel, darf dies nicht von dem Bestand des Heimes gegeben werden. Es muss ihm explizit ärztlich angeordnet werden. Daraus folgt, dass zum einen viele Medikamente nicht aufgebraucht werden und verfallen, zum anderen müssen die Pflegekräfte wegen jeder Kleinigkeit den Arzt anrufen um ein Rezept zu erhalten. Das gilt auch für Medikamente, die normalerweise frei verkäuflich wären. Dieses Problem kann dann

teilweise durch einen bestehenden Arzneimittelfundus eines Arztes im Heim umgangen werden, ist aber offiziell nicht erlaubt. „Bei der Verblisterung ist ein Rezept auf Station nutzlos für die Dauermedikation, weil dann keine Medikamentenverpackung da ist, die ist in der Apotheke. Für Bedarfsmedikation ist das besser, weil dann die Medikamentenpackung da ist. Vorher konnte die so im Bedarfsfall auch für einen anderen Patienten verwendet werden.“ (Pflegerkraft im Fokusgruppeninterview).

Eine umfassende Organisation der Betreuung pflegebedürftiger Menschen bieten Programme in den USA. Sie setzen auf das Prinzip der Prävention. Seit mehr als 30 Jahren existiert dort das „Program for All-Inclusive Care of the Elderly“ (PACE) (Fretwell & Old, 2011). Es richtet sich an pflegebedürftige, über 55-jährige Menschen, die weiterhin zu Hause leben möchten, aber von einer allumfassenden Betreuung profitieren möchten. Das Ziel ist, die Selbstständigkeit und Lebensqualität der teilnehmenden Personen so lange wie möglich aufrecht zu erhalten, sowie die Kosten des Gesundheitssystems zu reduzieren. Voraussetzungen für die Teilnahme an diesem Programm sind, dass der Bewerber in der Lage ist, selbstständig zu Hause zu wohnen und sich eine PACE- Einrichtung in der Nähe befindet. Angeboten wird eine Tagespflege mit „all-inclusive“- Angeboten. Hierzu gehören die Betreuung durch Pflegekräfte, Bewegungstherapien durch Physiotherapeuten, Soziale Dienste, medizinische Betreuung durch einen Allgemeinmediziner, fachärztliche Versorgung, Diätberatung und Logopädische Therapien (National PACE Association, 2015). Wenn nötig, wird auch eine Pflege für zu Hause organisiert oder Aufenthalte in Krankenhäusern und evtl. der Wechsel zu stationären Pflegeeinrichtungen (Fretwell & Old, 2011). Das interdisziplinäre Team konferiert täglich, um die Kontinuität der guten Betreuung beizubehalten und trifft sich alle sechs Monate um den Betreuungsplan zu re-evaluieren.

Fretwell et al. beobachteten über einen Zeitraum von drei Jahren 70 Teilnehmer an einem PACE Programm in North Carolina und stellten fest, dass es insgesamt nur 14 Krankenhausaufenthalte und 19 Aufenthalte in Notaufnahmen gab. Außerdem starben von 15 Personen mehr als die Hälfte im eigenen Zuhause (Fretwell & Old, 2011). In einem weiteren Artikel berichten Fretwell et al, dass sich ein Großteil der Teilnehmer an einem PACE Programm in ihrer Selbstständigkeit verbesserte oder diese zumindest beibehalten hat. Sie sind der Meinung, dass es wichtig sei, einen standardisierten Plan der Betreuung und eine messbare Methode der Dokumentation der Verbesserung des Gesundheitszustandes einzuführen, um den Effekt auf das individuelle Outcome sowie die Kosten für das Gesundheitssystem messbar zu machen (Fretwell et al., 2015).

Dies sei gut umsetzbar, da die meisten PACE Programme ohnehin eine elektronische Dokumentation nutzen, die quantitative funktionelle Messungen und standardisierte Domänen enthält (Fretwell et al., 2015). Auch für Deutschland wird von Balzer et al „... die Durchführung von gut geplanten und gemäß internationalen Standards umgesetzten und berichteten Evaluationsstudien“ gefordert, um überhaupt die Qualität der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen objektiv beurteilen zu können und daraus Handlungsempfehlungen ableiten zu können (Balzer et al., 2013a).

4.3.3. Bedeutung von Kommunikation

Die Kommunikation zwischen den an der ärztlichen Versorgung beteiligten Personen scheint eine wichtige Voraussetzung für die Qualität der Zusammenarbeit zu sein. Sie stellt sich besonders dann als problematisch heraus, wenn sehr viele Personen daran beteiligt sind. So muss in manchen Fällen die Kommunikation zwischen Pflegepersonal, Patient, Angehörigen, zum Teil mehreren Hausärzten und gegebenenfalls Fachärzten koordiniert werden.

Um dem Problem der großen Anzahl an Heime versorgenden Ärzte zu begegnen und somit eine bessere Kommunikation und Koordination zwischen Ärzten und Pflegeeinrichtungen zu erreichen, wurde zum Beispiel in Belgien gesetzlich ein „Koordinierender und Beratender Arzt“ eingeführt. Dieser ist dem Träger der jeweiligen Heime vertraglich gebunden und übernimmt die Koordination aller an der Versorgung der Pflegeheimbewohner beteiligten Personen. Dazu gehören zum Beispiel die Koordination der Not- und Bereitschaftsdienste, die Organisation von Fortbildungen, Sicherstellung einer palliativen Versorgung und Dekubitusprophylaxe und einiges mehr. Bezahlt wird die zusätzliche Leistung der Ärzte von den Heimen (van den Bussche et al., 2009b).

In Frankreich hat sich ein ähnliches System etabliert. Ein „Médecin Coordonateur“ übernimmt ähnliche koordinierende und organisatorische Aufgaben wie die entsprechenden Ärzte in Belgien. Ein Unterschied besteht im Status und der Honorierung. Der „Médecin Coordonateur“ ist oft ein Geriater aus einer naheliegenden Klinik, der die Aufgaben für die Pflegeeinrichtungen nebenberuflich übernimmt, aber keine eigenen Patienten in den Einrichtungen versorgt. Die Bezahlung dieser Tätigkeit orientiert sich an der Vergütung von Fachärzten, die in einer Klinik angestellt sind (van den Bussche et al., 2009b).

Dass in Deutschland ein Hausarzt eine koordinierende Funktion in Pflegeheimen übernimmt, kann vor allem in großen Einrichtungen mit vielen zuständigen Ärzten von Vorteil sein. So ist

eine Person ein fester Ansprechpartner wenn es zum Beispiel um verbindliche Absprachen bezüglich Bereitschaftsdiensten oder organisierten Visiten geht. Auf diese Weise kann ein besserer persönlicher Kontakt und ein guter Informationsaustausch herbeigeführt werden. So berichtet auch Hibbeler im Deutschen Ärzteblatt, dass sich der Geschäftsführer des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste für eine Stärkung der Lotsenfunktion des Hausarztes ausspricht (Hibbeler, 2007). Damit könnte die Einbindung von Fachärzten und die Koordination aller beteiligten Personen besser organisiert werden, ohne das Recht auf freie Arztwahl zu beeinflussen.

Für eine gute Kommunikation ist eine gute persönliche Beziehung von besonderer Bedeutung. Passend hierzu stellte sich der persönliche Kontakt zwischen den behandelnden Ärzten und den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtungen in den Fokusgruppeninterviews und beiden Befragungsrunden als besonders wichtige Voraussetzung für eine gelungene Zusammenarbeit heraus. „*Vertrauen ist da. Es ist ein unschätzbare Vorteil, wenn man das Personal kennt und die Vertrauensbasis da ist in beiden Richtungen. Dass man, wenn man sich so lange kennt, auch mal eine Anweisung per Telefon geben kann in der Gewissheit, dass die Einschätzungen, die damit verbunden sind, auch beachtet werden. Das macht das Leben leichter.*“ (Hausarzt im Fokusgruppeninterview). Ein guter persönlicher Kontakt wiederum basiert oft auf Beziehungskonstanz durch eine geringe Personalfuktuation und eine langjährige Zusammenarbeit. Dass eine geringe Personalfuktuation zu guten Beziehungen und somit zu Vertrauen und besserer Zusammenarbeit führen kann, wurde in den Fokusgruppeninterviews und Befragungen deutlich. Negative Beispiele werden von Seiten der Ärzte in Bezug auf andere Heime aufgezeigt, in denen „*...eine hohe Personalfuktuation besteht und somit keine Vertrauensbasis geschaffen werden kann. Es fehlt dort an Kompetenz und mangelndem Engagement, es überwiegt die Angst vor Verantwortung.*“ Woanders gibt es „*Dienst nach Vorschrift und hohe Personalfuktuation. Was wollen Sie von einem 400€-Jobber als Pflegekraft erwarten? Null Engagement. Das geht in der Pflege nicht. Haben keinen Bezug zu Pflege und Menschen, sagen: wenn ich einen anderen Job habe, bin ich weg.*“ (Arzt im Fokusgruppeninterview).

Eine subjektiv als gut beurteilte persönliche Beziehung ist schwer zu definieren und von außen auch schlecht zu beurteilen oder sogar vorherzusagen. Die genannten Beispiele aus den Fokusgruppeninterviews und die Erfahrungen, die vor Ort in den Heimen auch außerhalb der Fragebögen gesammelt werden konnten, zeigen, dass gute zwischenmenschliche Beziehungen zu einer guten Kommunikation und Organisation im Bereich der ärztlichen Versorgung

beitragen, andersherum aber auch von strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten positiv wie negativ beeinflusst werden können. Aber zumindest kann durch einen netten Umgang miteinander der Arbeitsalltag trotz vielleicht nicht optimaler Bedingungen ganz einfach angenehmer gestaltet werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass strukturelle Gegebenheiten, die Organisation und Kommunikation sowie zwischenmenschliche Beziehungen oft in Zusammenhang stehen. Es ist daher in den meisten Fällen schwierig und somit nicht sinnvoll oder zielführend, alle Aspekte getrennt voneinander zu betrachten. Dies ist auch bei der Interpretation der quantitativen Analysen zu beachten.

Zum Beispiel legen die Ergebnisse der multivariaten Analyse nahe, dass eine ländliche Lage und eine kleine Bewohnerzahl nicht per se zu einer besseren Bewertung der Zusammenarbeit führen. Die beiden Faktoren könnten aber dazu führen, dass verbindliche Absprachen, ein guter Informationsaustausch und guter persönlicher Kontakt leichter gelingen. Wenn es einem großen Heim in der Stadt jedoch gelingt, verbindliche Absprachen, einen guten Informationsaustausch und Kontakt zu gewährleisten, kann eine gute Zusammenarbeit trotzdem klappen.

Ergebnis des Projektes, im Rahmen dessen die vorliegende Dissertation entstand, war die Entwicklung eines Kriterienkatalogs unabhängig von gesetzlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen (Karsch-Völk et al., 2015). Es stellten sich folgende sechs Hauptkriterien heraus: Patientennahe medizinische Versorgung der Bewohner im Alltag, Vermeidung von Lücken in der Kommunikation, gute medizinische und medikamentöse Versorgung außerhalb regulärer Praxisöffnungszeiten, geringe Anzahl an Krankenhauseinweisungen, bedarfsgerechte und zeitnahe fachärztliche und zahnärztliche Versorgung der Bewohner, praktikable und tolerable Organisation der Abläufe für alle an der Versorgung der Bewohner beteiligten Berufsgruppen. Durch konkrete Vorschläge zur Umsetzung dieser Kriterien können von Pflegeheimmitarbeitern und Ärzten Maßnahmen getroffen werden, die die Zusammenarbeit optimieren können.

4.3.4. Schlussfolgerung und Ausblick

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass unabhängig von politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen national und international Hinweise darauf bestehen, dass vor allem die gelingende Kooperation in einem Team aus Ärzten und Pflegekräften sowie anderen medizinischen und nicht-medizinischen Therapeuten zu einer guten Qualität der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen beiträgt. Die gute Kooperation ist das Ergebnis eines guten Informationsaustauschs, verbindlichen Absprachen der Beteiligten und gegenseitigen Vertrauens und Wertschätzung. Diese Faktoren wiederum können vor allem dann gut umgesetzt werden, wenn keine zu große Anzahl an Ansprechpartnern an der Versorgung beteiligt ist. Lösungsansätze können hier Kooperationsverträge mit Ärzten sein, die Anstellung eines Heimarztes oder die Zusatzfunktion eines Arztes als „Koordinator“. Diese Maßnahmen sind jedoch in Deutschland unter Berücksichtigung der Erhaltung der freien Arztwahl zu treffen und können daher lediglich ein Angebot, keine Verpflichtung darstellen.

Da es nicht nur um organisatorische Aspekte und Arbeitserleichterung, sondern auch um die speziellen Anforderungen an die Versorgung von Pflegeheimbewohnern geht, ist es wichtig, dass alle Personen, die an der medizinischen und nicht-medizinischen komplexen Versorgung beteiligt sind, entsprechende Erfahrungen auf dem Gebiet der Geriatrie mitbringen und diese durch regelmäßige Fortbildungen vertieft werden.

Um die Verbesserung der Versorgung und evtl. Auswirkungen auf die Kosten zu quantifizieren wäre es notwendig, standardisierte Dokumentationen der Messung der Qualität der ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen einzuführen. Es ist aber auch zu beachten, dass die beteiligten Personen dazu bereit sein müssen, sich auf solche Veränderungen einzulassen. Ärzte- und Pflegekräftemangel, vor allem in kleinstädtischen und ländlichen Gebieten und die geringe Vergütung von Heimbisuchen können Hindernisse darstellen.

In der vorliegenden Studie wurden alle Befragungsrunden noch vor Beschluss des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes durchgeführt. Daher wäre nun interessant, ob durch die Änderungen im Rahmen des Gesetzes auch bessere Rahmenbedingungen für die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimmitarbeitern geschaffen wurden und ob diese sich wiederum positiv auf die Qualität der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, die Qualität der Zusammenarbeit und evtl. auch auf die Zahl der Krankenhauseinweisungen und Reduzierung von Kosten an das Gesundheitssystem ausgewirkt haben.

In Zukunft könnte zudem eruiert werden, ob die Implementierung des im Rahmen des Projektes entwickelten Kriterienkatalogs in Heimen funktioniert und zu einer besseren Bewertung der Qualität der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimmitarbeitern geführt hat.

5. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, Voraussetzungen für eine gelungene Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimmitarbeitern in Bayern, unabhängig von politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, zu eruieren.

Es wurden Fokusgruppeninterviews mit Ärzten, Pflegeheimmitarbeitern und Bewohnerfürsprechern von zwei unterschiedlichen Heimen durchgeführt und anschließend nach einem pragmatischen Verfahren ausgewertet. Zwei Befragungsrunden wurden vor Ort in insgesamt 33 bayerischen Pflegeeinrichtungen mithilfe von semiquantitativen Fragebögen mit bis zu 84 Fragen durchgeführt. Es wurden Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen und der Bewertung der Qualität der Zusammenarbeit untersucht und eine multivariate Regressionsanalyse mit ausgewählten Prädiktoren durchgeführt.

97 Pflegeheimmitarbeiter und 94 Ärzte nahmen an den Befragungen teil. Es wurden Einrichtungen aus ländlichen, klein- und großstädtischen Gebieten untersucht. Fünf Heime waren gebunden an ein AOK-Pflegenetz, sechs Heime gehörten zu einem Geriatrischen Praxisverbund.

Im Bereich der strukturellen Voraussetzungen der Pflegeeinrichtungen wirkten sich eine ländliche Lage des Heimes ($p < 0,001$), eine geringe Heimgröße ($p = 0,006$) und eine geringe Anzahl an Hausärzten ($p = 0,03$) sowie eine geringe Anzahl an Klinikeinweisungen ($p = 0,005$) positiv auf die Qualität der Zusammenarbeit heraus. Ein guter Informationsaustausch ($p < 0,001$), verbindliche Absprachen ($p < 0,001$) und ein guter persönlicher Kontakt ($p < 0,001$) korrelieren statistisch signifikant mit der guten Qualität der Zusammenarbeit. Außerdem scheinen für viele Beteiligte regelmäßige Visiten, die von einer Pflegekraft begleitet werden, und Beziehungskonstanz durch geringe Personalfuktuation von besonderer Bedeutung zu sein. Oft scheinen gewisse Rahmenbedingungen wie zum Beispiel die Vergütung der an der Patientenversorgung beteiligten Personen, Anzahl der Haus- und Fachärzte, Dokumentationsaufwand oder Zugriff auf benötigte Medikamente eine gute Zusammenarbeit negativ zu beeinflussen.

Es ist nicht sinnvoll oder zielführend, jeden Faktor einzeln zu betrachten oder verändern zu wollen, denn strukturelle Gegebenheiten, Aspekte der Organisation und Kommunikation beeinflussen sich zum Teil gegenseitig. Eine lückenlose Kommunikation mit einem guten Informationsaustausch und verbindlichen Absprachen zwischen den an der ärztlichen Versorgung beteiligten Personen sind unter jeglichen Rahmenbedingungen wichtig. Um dies

zu erleichtern könnten Kooperationsverträge mit Ärzten, die Anstellung eines Heimarztes oder die Zusatzfunktion eines Arztes als Koordinator und Vermittler sinnvoll sein. Dabei ist die Einhaltung der freien Arztwahl zu berücksichtigen. Auch die Erfahrung und gute Ausbildung im Bereich der Geriatrie unter den an der komplexen ärztlichen Versorgung pflegebedürftiger Menschen beteiligten Personengruppen ist von Bedeutung. Vor allem durch zwischenmenschliche Beziehungen können durch gute Kommunikation und Organisation Faktoren geschaffen werden, durch die eine ärztliche Versorgung von guter Qualität in Pflegeeinrichtungen besser etabliert und umgesetzt werden kann.

6. Abkürzungsverzeichnis

DHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
FQA	Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen- Qualitätsentwicklung
GPV	Geriatrischer Praxisverbund
HNO	Hals-Nasen-Ohren
KV	Kassenärztliche Vereinigung
M	Median
Max	Maximum
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Min	Minimum
MW	Mittelwert
PACE	Program for All-Inclusive Care of the Elderly
PNG	Pflege-Neuausrichtungsgesetz
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TU	Technische Universität

7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgewählte Fragen für die Dissertation	21
Tabelle 2: Übersicht der Heime der ersten Befragungsrunde.....	31
Tabelle 3: Übersicht der Heime der zweiten Befragungsrunde.....	32
Tabelle 4: Befragte Heimmitarbeiter	33
Tabelle 5: Befragte Ärzte	33
Tabelle 6 : Informationen zu den Strukturdaten aller Heime	34
Tabelle 7 : Größenverteilung der Heime	35
Tabelle 8: Organisation der Arztvisiten.....	38
Tabelle 9: Bestehen eines hinterlegten Arzneimittelbedarfs	39
Tabelle 10: Information zur Medizinischen Versorgung zur Unzeit- Aussagen der Heimmitarbeiter.....	40
Tabelle 11: zur Kommunikation in allen Heimen, gesamte Teilnehmerzahl	41
Tabelle 12: Informationen zur Kommunikation in den Pflegeheimen, aufgeschlüsselt in die verschiedenen Teilnehmergruppen.....	42
Tabelle 13: Bewertung des persönlichen Kontaktes zwischen den Teilnehmern	44
Tabelle 14: Bewertung der Personalfluktuatation in den Pflegeeinrichtungen	45
Tabelle 15: Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit	46
Tabelle 16: Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit der einzelnen Teilnehmergruppen.....	49
Tabelle 17 : Zusammenhänge zwischen Strukturdaten und Qualität der Zusammenarbeit	50
Tabelle 18: Zusammenhänge zwischen organisatorischen Maßnahmen und Qualität der Zusammenarbeit	53
Tabelle 19: Zusammenhänge zwischen Kommunikation und Qualität der Zusammenarbeit ..	55
Tabelle 20: Zusammenhänge zwischen persönlichen Beziehungen und Qualität der Zusammenarbeit	57
Tabelle 21:Untersuchung potenzieller Einflussfaktoren auf die Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit (visuelle Analogskala)	58

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf der Studie.....	11
Abbildung 2: Ablauf der Dissertationsarbeit.....	13
Abbildung 3: Positive Faktoren.....	29
Abbildung 4: Negative Faktoren	29
Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der betreuten Bewohner pro Hausarzt.....	36
Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der betreuten Bewohner pro Facharzt	36
Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung der Krankenhauseinweisungen pro Bewohner	37
Abbildung 8: Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit innerhalb der Heime, Ranking nach der VAS.....	47

9. Literaturverzeichnis

- AOK, 2015. *AOK Bayern*. [Online] Available at: <https://www.aok.de/bayern/gesundheit/das-pflegenetz-201451.php> [Accessed 23. Februar 2015].
- Balzer, K., Butz, S., Bentzel, J., Boulkhemair, D. & Lühmann, D., 2013a. *Beschreibung und Bewertung fachärztlicher Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland*. Köln: DIMDI.
- Balzer, K., Butz, S., Bentzel, J., Boulkhemair, D. & Lühmann, D., 2013b. Medical specialist attendance in nursing homes. *GMS Health Technology Assessment*, 9, pp.10-19.
- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, 2011. *Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung - Neues Verzeichnis der Pflegeeinrichtungen in Bayern*. [Online] Available at: https://www.statistik.bayern.de/presse/archiv/2011/27_2011.php [Accessed 2015 März 2015].
- Benesch 2006 zitiert nach Balzer, 2013. Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeeinrichtungen. p.38.
- Berliner Projekt, 2015. *Berliner Projekt*. [Online] Available at: <http://www.berliner-projekt.de/Modell.html> [Accessed 16 Februar 2015].
- Bundesamt, Statistisches, 2013. *Pflegestatistik 2013, Deutschlandergebnisse. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung*. Wiesbaden.
- Bundesamt, Statistisches, 2015. *71 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt*. Wiesbaden: Pressebericht.
- Bundesamt, Statistisches, 2015. *D_STATIS Statistisches Bundesamt*. [Online] Available at: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungssstand> [Accessed 12 February 2015].
- Bundesärztekammer, 2015. *Bundesärztekammer- VI- 49 Medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen*. [Online] Available at: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.20.8678.10300.10480.10503.11078&all=true> [Accessed 17 February 2015].
- Bundesministerium für Gesundheit, 2013. *Bundesministerium für Gesundheit*. [Online] Available at: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/Broschuere_Das_Pflege-Neuausrichtungsgesetz_Stand_nach_der_3._Lesung_im_Bundestag.pdf [Accessed 10 Februar 2015].

- Fretwell, M.D. & Old, J.S., 2011. The PACE Programm: Home-based Care for Nursing Home-Eligible Individuals. *N C Med J.*, 72(3), pp.209-11.
- Fretwell, M.D., Old, J.S., Zwan, K. & Simhadri, K., 2015. The Elderhaus Program of All-inclusive Care for the Elderly in North Carolina: Improving Functional Outcomes and Reducing Cost of Care: Preliminary Data. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(3), pp.578-83.
- Hallauer, J., Bienstein, C., Lehr, U. & Rönsch, H., 2005. *SÄVP-Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen*. Hannover: Vincent Network Marketing Service.
- Hibbeler, B., 2007. Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Von Kooperationen profitieren alle. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(48), pp.A3297-300.
- Hibbeler, B. & Rieser, S., 2012. Hausbesuche im Heim-Wege zur besseren Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(19), pp.A950-54.
- Hoek, J.F., Ribbe, M.W., Hertogh, C.P. & Vleuten, C.P., 2003. The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18, pp.244-49.
- Karsch-Völk, M., Lüssenheide, J., Linde, K., Schmid, E. & Schneider, A., 2015. Entwicklung eines Kriterienkatalogs für eine gelungene ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen. *Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109(8), pp.570-77.
- Karsch-Völk, M., Lüssenheide, J., Linde, K., Schmid, E. & Schneider, A., 2016. Was sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten?-Ergebnisse einer Mixed Methods Querschnitts Erhebung in bayerischen Pflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen*, 78(11), pp.742-48.
- KVB , 2015. *ZV Pflegeheimversorgung*. [Online] Available at: <http://www.kvb.de/abrechnung/verguetungsvertraege/bestehende-zusatzvereinbarungen/pflegeheimversorgung> [Accessed 23. Februar 2015].
- Mayer, H., 2009. *Interview und schriftliche Befragung-Entwicklung-Durchführung-Auswertung*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Meyerhofer, W., 2009. Das Fokusgruppeninterview. In Buber, R. & Holzmüller, H. *Qualitative Marktforschung: Konzepte-Methoden-Analysen*. Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH. pp.479-88.
- Monroe, T., Carter, M. & Parish, A., 2011. A case study using the beers list criteria to compare prescribing by family practitioners and geriatric specialists in a rural nursing home. *Geriatr Nurs*, 32(5), pp.350-56.

- Mühlfeld, C., 1981. Auswertungsprobleme offener Interviews. *Soziale Welt*, pp.325-52.
- National PACE Association, 2015. *National PACE Association*. [Online] Available at: <http://www.npaonline.org/website/article.asp?id=12> [Accessed 23 Januar 2015].
- Osterloh, F., 2012. Pflegereform: Mehr Geld für die ärztliche Betreuung. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(27-28), pp.A 1414-A1416.
- Przyborski & Riegler, J., 2010. Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In Mey, G. & Mruck, K. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Vs Verlag für Sozialwissenschaften. pp.436-37.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M., 2014. *Qualitative Sozialforschung: ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH. pp.132-34.
- Ramroth, H., Specht-Leible, N., König, H., Mohrmann, M. & Brenner, B., 2006a. Hospitalization during the last months of life of nursing home resident: a retrospective cohort study from Germany. *BMC Health Service Research*, 6(70).
- Ramroth, H., Specht-Leible, N., König, H., Mohrmann, M. & Brenner, B., 2006b. Inanspruchnahme stationärer Krankenhausleistungen durch Pflegeheimbewohner. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(41), pp.A2710-13.
- Rothgang, H., Borchert, L., Müller, R. & Unger, R., 2008. *GEK-Pflegereport 2008*. St.Augustin: Asgard-Verlag.
- Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S. & Unger, R., 2010. Barmer GEK Pflegereport 2010. *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, 5.
- Schneekloth, U. et al., 2007. *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuGIV)*. Integrierter Abschlussbericht. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- van den Bussche, H., Schröfel, S. & Löschmann, C., 2009b. Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85(7), pp.296-301.
- van den Bussche, H., Weyerer, S., Schäufele, M., Lübke, N., Schröfel, S. & Dietsche, S., 2009a. Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland-Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 6(85), pp.240-46.

10. Publikationen

Titel: *Was sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten? – Ergebnisse einer Mixed Methods Querschnittserhebung in bayerischen Pflegeeinrichtungen*

Autor(en): M.Karsch-Völk, J.Lüssenheide, K.Linde, E.Schmid, A.Schneider

Zeitschrift: Gesundheitswesen, Georg Thieme Verlag KG , 78(11)

Seitenzahl: S.742-748

Tag der Veröffentlichung: Nov.2016; epub 7.Mai 2015

PMID: 25951115

Titel: *Entwicklung eines Kriterienkatalogs für eine gelungene ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen*

Autor(en): M.Karsch-Völk, J.Lüssenheide, K.Linde, E.Schmid, A.Schneider

Zeitschrift: ZEFQ, Elsevier Urban & Fischer, 109(8)

Seitenzahl: S.570-577

Tag der Veröffentlichung: 27.7.2015

PMID: 26704818

11. Anhang



Beurteilung der ärztlichen Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen durch die Heimmitarbeiter

Name der Pflegeeinrichtung: _____

1 Ihr Aufgabenbereich in dieser Pflegeeinrichtung

Was ist Ihr Tätigkeitsbereich in dieser Pflegeeinrichtung?

- Heimleitung Pflegedienstleitung Stationsleitung
 Altenpfleger/in Sonstiges:

Station / Abteilung: _____

2 Strukturdaten des Heimes

2.1 Zahl der Bewohner _____

2.1.1 Nach Geschlecht: m: _____ w: _____

2.1.2 Nach Pflegestufenverteilung: I: _____ II: _____ III: _____

2.1.3 Zahl der Patienten mit Demenz _____

2.2 Wurde vertraglich ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?

- Ja Nein

Wenn ja, welcher? _____

2.3 Personalstruktur:

Fachkraftquote _____

Zahl der gerontopsychiatrischen Fachkräfte _____



3 Struktur der ärztlichen Versorgung

3.1 Zahl der behandelnden Hausärzte / Fachärzte _____ / _____

3.1.1 Würde es Ihnen die Arbeit erleichtern, wenn nur wenige Hausärzte für die Betreuung Ihrer Einrichtung zuständig wären?

- Ja Nein Weiß nicht

3.2 Hausärztliche Versorgung

3.2.2 Wie viele Hausarztpraxen versorgen den überwiegenden Anteil (rund 75%) der Bewohner?

3.2.3 Besuchsfrequenz

3.2.4 Erfolgen Besuche/Visiten der Hausärzte zu festen Terminen oder auf Anforderung?

- Zu festen Terminen Auf Anforderung

Welche Form bevorzugen Sie?

3.2.5 Befindet sich eine Praxis in unmittelbarer Nähe?

- Ja Nein

3.3 Fachärztliche Versorgung

3.3.1 Welche Facharztgruppen versorgen regelmäßig Patienten dieser Einrichtung?



3.3.2 Besuchsfrequenz

3.3.3 Erfolgt fachärztliche Versorgung zu festen Terminen oder auf Anforderung?

- Zu festen Terminen Auf Anforderung

Welche Form bevorzugen Sie?

3.4 Zahnärztliche Versorgung

3.4.1 Besuchsfrequenz

3.5 Erfolgen regelmäßig Behandlungen in Arztpraxen?

- Ja Nein

3.5.1 Welche Fachrichtungen?

3.5.2 Erfolgen regelmäßige Behandlungen in Zahnarztpraxen? Ja Nein

3.5.3 Wie wird dies organisiert? (Fahrdienst?)

3.6 Wird die ärztliche/zahnärztliche Versorgung durch einen Praxisverbund unterstützt?

- Ja Nein

Wenn ja, durch welchen?

3.7 Wird die ärztliche/zahnärztliche Versorgung durch eine Klinikambulanz unterstützt?



- Ja Nein

Wenn ja, durch welche?

3.8 Zahl der Krankenhauseinweisungen und Krankenhausnotfalleinweisungen im letzten Jahr?

4 Organisatorische Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtung

4.1 Welche Infrastruktur für die ärztliche/zahnärztliche Behandlung stellt das Heim zur Verfügung?

- mobile Lichtquelle Sitzgelegenheit Behandlungsstuhl Behandlungsraum
 sonstige:

4.2 Gibt es eine interne Verfahrensanweisung zum Umgang mit akuten Erkrankungsfällen/Notfällen?

- Ja Nein

4.2.1 Ist diese mit den behandelnden Ärzten abgestimmt?

- Ja Nein

5 Organisatorische Abstimmung zwischen Pflege und Medizin

5.1 Gibt es verbindliche Absprachen **mit** den behandelnden Ärzten/Zahnärzten?

- Ja Nein

5.1.1 Welche Fachrichtungen?



5.1.2 Auf welche Themen beziehen sich diese Absprachen?

5.1.3 In welcher Form wurden diese Absprachen getroffen?

- schriftlich mündlich beides

5.2 Gibt es Absprachen **zwischen** den behandelnden Ärzten/Zahnärzten?

- Ja Nein

5.2.1 Welche Fachrichtungen?

5.2.2 Auf welche Themen beziehen sich diese Absprachen?

5.2.3 In welcher Form wurden diese Absprachen getroffen?

- schriftlich mündlich beides

5.3 Wird der behandelnde Arzt bei seinen Visiten durch eine Pflegefachkraft begleitet?

- Ja Nein

5.4 Wie wird außerhalb üblicher Praxisöffnungszeiten in Ihrem Haus die medikamentöse Versorgung sichergestellt?



Detaillierte Darstellung:

5.4.1 Gibt es einen hinterlegten Praxis-Arzneimittelbedarf eines Arztes?

- Ja Nein

5.4.2 Haben mehrere Ärzte gemeinsam darauf Zugriff?

- Ja Nein

5.4.3 Gibt es einen Fahrdienst?

- Ja Nein

5.4.4 Gibt es Ihrer Meinung nach bei der Verordnung von Bedarfsmedikation Verbesserungsbedarf?

- Ja Nein

Wenn ja, was wäre zu verbessern?

6 Kommunikation in fachlichen Fragen

6.1 Dokumentation der ärztlichen/zahnärztlichen Anordnungen

6.1.1 Sind die ärztlichen Anordnungen (Bedarfsmedikation, Behandlungspflege) eindeutig?

- Ja Nein

6.1.2 Gibt es diesbezüglich Konflikte?

- Ja Nein Wenn ja, welche?



6.1.3 Zieht der Arzt/Zahnarzt regelmäßig die Pflegedokumentation als Informationsquelle heran?

- Ja Nein

6.2 Gibt es Qualitätszirkel oder gemeinsame Fortbildungen von Ärzten/Zahnärzten und Pflegekräften?

- Ja Nein

6.3 Haben Sie den Eindruck, dass bei den Besuchen/Visiten durch die behandelnden Ärzte ein guter Informationsaustausch zwischen Ihnen und den Ärzten stattfindet?

- Ja Nein

Wenn nein, was wäre zu verbessern?

6.4 Bringen die Ärzte bei ihren Besuchen in der Einrichtung genug Zeit für eine ausreichende Dokumentation und Kommunikation mit?

- Ja Nein

Wenn nein, was wäre zu verbessern?

6.5 Sehen Sie hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten / Zahnärzten und Pflegekräften Fortbildungsbedarf?

- Ja Nein

6.5.1 Wenn ja, bei welcher Berufsgruppe?

6.5.2 Wenn ja, zu welchen Themen?



7 Allgemeine Beurteilung der Versorgungssituation durch die Leistungserbringer

7.1 Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten/Zahnärzten und Pflegefachkräften im Allgemeinen?

7.2 Welche Maßnahmen ergreift das Heim, um zu einer guten ärztlichen/zahnärztlichen Versorgung seiner Bewohner beizutragen?

7.3 Wie beurteilen Sie die medizinische Versorgung der Bewohner unter den momentanen gesetzlichen Bestimmungen? Was sollte ggf. geändert werden?

7.4 In welchem Umfang unterstützen die derzeit verwendeten Dokumentationssysteme die Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und den Pflegekräften?
(Noten von 1 bis 6 und evtl. Bemerkung)

7.4.1 Was sollte ggf. daran geändert werden?



7.4.2 Besteht auf Ihrer Seite Informationsbedarf zu den Anforderungen hinsichtlich Inhalt und Umfang der Dokumentation? Wenn ja, zu welchen Fragen?

- Ja Nein

Erläuterung/Begründung:

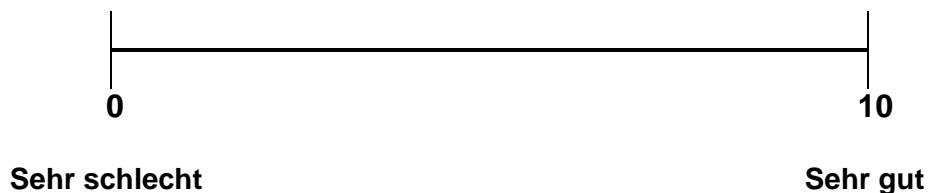
7.4.3 Wird in Ihrer Einrichtung handschriftlich oder per EDV dokumentiert?

- handschriftlich per EDV beides

7.5 Wie könnte eine noch bessere Versorgung/Zusammenarbeit erreicht werden?

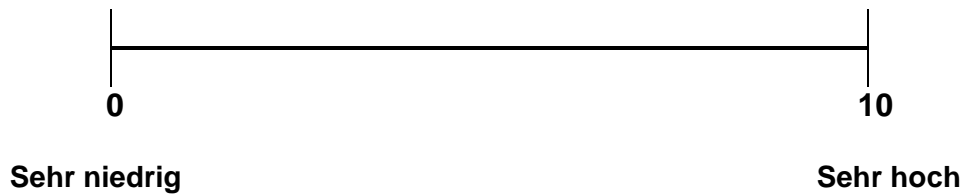
7.6 Welche Beteiligten/Institutionen wären gefordert?

8 Wie würden Sie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und den behandelnden Ärzten/Zahnärzten auf der visuellen Analogskala beurteilen? (Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr schlecht“ und „10“ für „sehr gut“.)





- 9** Wie würden Sie die Personalfuktuation in der Pflegeeinrichtung auf der visuellen Analogskala beurteilen?
(Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr niedrig“ und „10“ für „sehr hoch“.)



- 10** Wie gut ist Ihr persönlicher Kontakt zu den behandelnden Ärzten/Zahnärzten?
(Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr schlecht“ und „10“ für „sehr gut“.)





**Vielen Dank für das Beantworten der Fragen.
Jetzt ist Ihre Meinung zu dem vorliegenden Erhebungsbogen gefragt. Wir bitten um
eine Stellungnahme zu Art und Inhalt der gestellten Fragen.**

Fanden Sie die Fragen sinnvoll?

- Ja Nein

Begründung:

Wurden aus Ihrer Sicht wesentliche Fragestellungen übersehen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?



Zum Abschluss möchten wir Sie noch um Ihre Kontaktdaten für eventuelle Rückfragen bitten. Ihre persönlichen Angaben unterliegen dem Datenschutz. Sie gehen nicht in die Auswertung ein und werden vom Institut für Allgemeinmedizin nicht an Dritte weitergegeben.

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefonnummer für evtl. Rückfragen _____

Vielen Dank für Ihre Mühe!



Beurteilung der ärztlichen Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen durch die Hausärzte

Name der Pflegeeinrichtung: _____

1 Ärztliche Betreuung der Pflegeeinrichtung

1.1 Gibt es fachärztliche Bereiche, die von Ihnen als Hausarzt meist selbst abgedeckt werden (z.B. Gynäkologie, Neurologie)?

Ja Nein

Falls ja, welche(n)?

1.2 Wie viele Patienten betreuen Sie in dieser Pflegeeinrichtung? _____

1.3 Wie lange betreuen Sie diese Pflegeeinrichtung bereits? _____ Jahre

1.4 Falls Sie in der Einrichtung nur einen oder wenige Patienten betreuen, wären Sie dazu bereit, Patienten an Kollegen abzugeben, um dadurch eine Reduktion der Anzahl der das Heim betreuenden Hausärzte zu unterstützen?

Ja Nein

2 Struktur der ärztlichen Versorgung

2.1 Wird die ärztliche Versorgung durch einen Praxisverbund unterstützt?

Ja Nein

Wenn ja, durch welchen?

2.2 Wird die ärztliche/zahnärztliche Versorgung durch eine Klinikambulanz unterstützt?

Ja Nein

Wenn ja, durch welche?



3 Organisatorische Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtung

3.1 Welche Infrastruktur für die ärztliche Behandlung stellt das Heim zur Verfügung?

- mobile Lichtquelle Sitzgelegenheit Behandlungsstuhl Behandlungsraum
 sonstige:

3.2 Welche Infrastruktur im Heim würde Ihnen die Arbeit erleichtern?

- mobile Lichtquelle Sitzgelegenheit Behandlungsstuhl Behandlungsraum
 sonstige:

4 Organisatorische Abstimmung zwischen Pflege und Medizin

4.1 Gibt es verbindliche Absprachen seitens der Pflege **mit** den behandelnden Ärzten/Zahnärzten?

- Ja Nein

4.1.1 Welche Fachrichtungen?

4.1.2 Auf welche Themen beziehen sich diese Absprachen?

4.1.3 In welcher Form wurden diese Absprachen getroffen?

- schriftlich mündlich beides



4.2 Gibt es Absprachen **zwischen** den behandelnden Ärzten/Zahnärzten?

- Ja Nein

4.2.1 Welche Fachrichtungen?

4.2.2 Auf welche Themen beziehen sich diese Absprachen?

4.2.3 In welcher Form wurden diese Absprachen getroffen?

- schriftlich mündlich beides

4.3 Visiten/Besuche durch den behandelnden Arzt

4.3.1 Erfolgen die Visiten nach Anmeldung, bzw. Absprache zu festen Terminen?

Zeitpunkt und Frequenz?

4.3.2 Erfolgt Begleitung durch eine Pflegefachkraft?

- Ja Nein

4.4 Wie wird außerhalb üblicher Praxisöffnungszeiten in dem betreffenden Heim die medikamentöse Versorgung sichergestellt?

Detaillierte Darstellung:



4.4.1 Gibt es einen hinterlegten Praxis-Arzneimittelbedarf eines Arztes?

- Ja Nein

4.4.2 Haben mehrere Ärzte gemeinsam darauf Zugriff?

- Ja Nein

4.4.3 Gibt es einen Fahrdienst?

- Ja Nein

4.5 Wie wird außerhalb üblicher Praxisöffnungszeiten die medizinische Versorgung sichergestellt?

- Hausarzt Bereitschaftsdienst

- Sonstiges: _____

5 Kommunikation in fachlichen Fragen

5.1 Ärztliche/zahnärztliche Anordnungen

5.1.1 Werden Ihrer Meinung nach Ihre Anordnungen zuverlässig ausgeführt?

- Ja Nein

5.1.2 Gibt es diesbezüglich Konflikte?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?



5.2 Ziehen Sie regelmäßig die Pflegedokumentation als Informationsquelle heran?

- Ja Nein

5.2.1 Was ist aus Ihrer Sicht an der Dokumentation zu verbessern?

5.3 Gibt es Qualitätszirkel oder gemeinsame Fortbildungen von Ärzten und Pflegekräften?

- Ja Nein

5.4 Haben Sie den Eindruck, dass bei Ihren Visiten/Besuchen ein guter Informationsaustausch zwischen Ihnen und den Pflegekräften stattfindet?

- Ja Nein

Wenn nein, was wäre zu verbessern?

5.5 Sehen Sie hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten und Pflegekräften Fortbildungsbedarf?

- Ja Nein

Bei welcher Berufsgruppe?

6 Allgemeine Beurteilung der Versorgungssituation durch die Leistungserbringer



6.1 Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten und Pflegefachkräften im Allgemeinen?

6.2 Haben Sie guten Kontakt zu den Fachärzten, die die Patienten versorgen?

- Ja Nein unterschiedlich (hängt vom Facharzt ab)
 weiß nicht/nicht anwendbar

Bemerkung

6.3 Welche Maßnahmen ergreift das Heim, um zu einer guten ärztlichen Versorgung seiner Bewohner beizutragen?

6.4 Wie beurteilen Sie die medizinische Versorgung der Bewohner unter den momentanen gesetzlichen Bestimmungen? Was sollte ggf. geändert werden?

6.5 In welchem Umfang unterstützen die derzeit verwendeten Dokumentationssysteme die Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und den Pflegekräften? (Noten von 1 bis 6 und evtl. Bemerkung)



6.5.1 Was sollte ggf. daran geändert werden?

6.5.2 Besteht auf Ihrer Seite Informationsbedarf zu den Anforderungen hinsichtlich Inhalt und Umfang der Dokumentation?

- Ja Nein

Wenn ja, zu welchen Fragen?

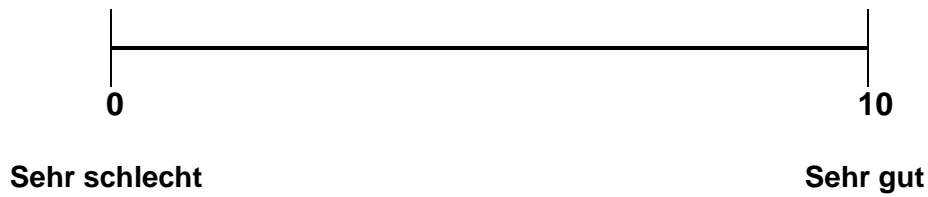
6.5.3 Wird in dieser Einrichtung handschriftlich oder per EDV dokumentiert?

- handschriftlich per EDV beides

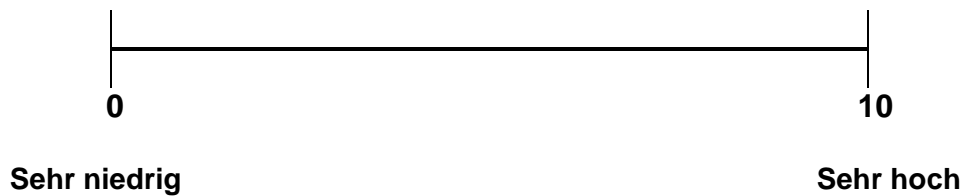
6.6 Wie könnte eine noch bessere Versorgung/Zusammenarbeit erreicht werden?

6.7 Welche Beteiligten/Institutionen wären gefordert, falls etwas verbessert werden müsste?

7 Wie würden Sie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und den behandelnden Ärzten/Zahnärzten auf der visuellen Analogskala beurteilen? (Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr schlecht“ und „10“ für „sehr gut“.)



- 8 Wie würden Sie die Personalfuktuation in der Pflegeeinrichtung auf der visuellen Analogskala beurteilen?
(Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr niedrig“ und „10“ für „sehr hoch“.)



- 9 Wie gut ist Ihr persönlicher Kontakt zu den Pflegekräften?
(Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr schlecht“ und „10“ für „sehr gut“.)





**Vielen Dank für das Beantworten der Fragen.
Jetzt ist Ihre Meinung zu dem vorliegenden Erhebungsbogen gefragt. Wir bitten um
eine Stellungnahme zu Art und Inhalt der gestellten Fragen.**

Fanden Sie die Fragen sinnvoll?

- Ja Nein

Begründung:

Wurden aus Ihrer Sicht wesentliche Fragestellungen übersehen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?



Zum Abschluss möchten wir Sie noch um Ihre Kontaktdaten für eventuelle Rückfragen bitten. Ihre persönlichen Angaben unterliegen dem Datenschutz. Sie gehen nicht in die Auswertung ein und werden vom Institut für Allgemeinmedizin nicht an Dritte weitergegeben.

Name, Vorname* _____

Anschrift* _____

Telefonnummer für evtl. Rückfragen* _____

*Praxisstempel (alternativ)
(Bitte auf Lesbarkeit achten)

Vielen Dank für Ihre Mühe!



Beurteilung der ärztlichen Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen durch die behandelnden Fachärzte/Zahnärzte

Name der Pflegeeinrichtung: _____

1 Fach-/zahnärztliche Betreuung der Pflegeeinrichtung

1.1 Was ist Ihre Fachrichtung?

1.2 Wie viele Patienten betreuen Sie in dieser Pflegeeinrichtung? _____

1.3 Wie lange betreuen Sie diese Pflegeeinrichtung bereits? _____ Jahre

1.4 Falls Sie in der Einrichtung nur einen oder wenige Patienten betreuen, wären Sie dazu bereit, Patienten an Kollegen abzugeben, um dadurch eine Reduktion der Anzahl der das Heim betreuenden Fachärzte/Zahnärzte zu unterstützen?

Ja Nein

2 Struktur der ärztlichen Versorgung

2.1 Wird die ärztliche/zahnärztliche Versorgung durch einen Praxisverbund unterstützt?

Ja Nein

Wenn ja, durch welchen?

2.2 Wird die ärztliche/zahnärztliche Versorgung durch eine Klinikambulanz unterstützt?

Ja Nein

Wenn ja, durch welche?



3 Organisatorische Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtung?

3.1 Welche Infrastruktur für die ärztliche/zahnärztliche Behandlung stellt das Heim zur Verfügung?

- mobile Lichtquelle Sitzgelegenheit Behandlungsstuhl Behandlungsraum
 sonstige:

3.2 Welche Infrastruktur im Heim würde Ihnen die Arbeit erleichtern?

- mobile Lichtquelle Sitzgelegenheit Behandlungsstuhl Behandlungsraum
 sonstige:

4 Organisatorische Abstimmung zwischen Pflege und Medizin

4.1 Gibt es verbindliche Absprachen seitens der Pflege **mit** den behandelnden Ärzten/Zahnärzten?

- Ja Nein

4.1.1 Welche Fachrichtungen?

4.1.2 Auf welche Themen beziehen sich diese Absprachen?

4.1.3 In welcher Form wurden diese Absprachen getroffen?

- schriftlich mündlich beides

4.2 Gibt es Absprachen **zwischen** den behandelnden Ärzten/Zahnärzten?

- Ja Nein



4.2.1 Welche Fachrichtungen?

4.2.2 Auf welche Themen beziehen sich diese Absprachen?

4.2.3 In welcher Form wurden diese Absprachen getroffen?

- schriftlich mündlich beides

5 Kommunikation in fachlichen Fragen

5.1 Ärztliche/zahnärztliche Anordnungen

5.1.1 Werden Ihrer Meinung nach Ihre Anordnungen zuverlässig ausgeführt?

- Ja Nein

5.1.2 Gibt es diesbezüglich Konflikte?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

5.2 Ziehen Sie regelmäßig die Pflegedokumentation als Informationsquelle heran?

- Ja Nein



5.2.1 Was ist aus Ihrer Sicht an der Dokumentation zu verbessern?

5.3 Gibt es Qualitätszirkel oder gemeinsame Fortbildungen von Ärzten/Zahnärzten und Pflegekräften?

- Ja Nein

5.4 Haben Sie den Eindruck, dass bei Ihren Visiten/Besuchen ein guter Informationsaustausch zwischen Ihnen und den Pflegekräften stattfindet?

- Ja Nein

Wenn nein, was wäre zu verbessern?

5.5 Sehen Sie hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten/Zahnärzten und Pflegekräften Fortbildungsbedarf?

- Ja Nein

Bei welcher Berufsgruppe?

6 Allgemeine Beurteilung der Versorgungssituation durch die Leistungserbringer

6.1 Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten/Zahnärzten und Pflegefachkräften im Allgemeinen?

6.6 Haben Sie guten Kontakt zu den Hausärzten, die die Patienten versorgen?

- Ja Nein unterschiedlich (hängt vom Hausarzt ab)



weiß nicht/nicht anwendbar

Bemerkung

6.3 Welche Maßnahmen ergreift das Heim, um zu einer guten ärztlichen/zahnärztlichen Versorgung seiner Bewohner beizutragen?

6.4 Wie beurteilen Sie die medizinische Versorgung der Bewohner unter den momentanen gesetzlichen Bestimmungen? Was sollte ggf. geändert werden?

6.5 In welchem Umfang unterstützen die derzeit verwendeten Dokumentationssysteme die Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und den Pflegekräften? (Noten von 1 bis 6 und evtl. Bemerkung)

6.5.1 Was sollte ggf. daran geändert werden?

6.5.2 Besteht auf Ihrer Seite Informationsbedarf zu den Anforderungen hinsichtlich Inhalt und Umfang der Dokumentation? Wenn ja, zu welchen Fragen?

Ja Nein

Wenn ja, zu welchen Fragen?



6.5.3 Wird in dieser Einrichtung handschriftlich oder per EDV dokumentiert?

- handschriftlich per EDV beides

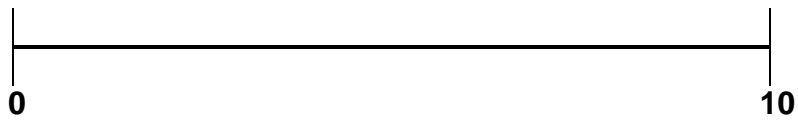
6.6 Wie könnte eine noch bessere Versorgung/Zusammenarbeit erreicht werden?

6.7 Welche Beteiligten/Institutionen wären gefordert, falls etwas verbessert werden müsste?

7 Wie würden Sie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und den behandelnden Ärzten/Zahnärzten auf der visuellen Analogskala beurteilen? (Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr schlecht“ und „10“ für „sehr gut“.)



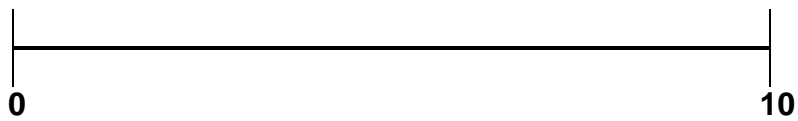
8 Wie würden Sie die Personalfuktuation in der Pflegeeinrichtung auf der visuellen Analogskala beurteilen? (Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr niedrig“ und „10“ für „sehr hoch“.)



Sehr niedrig

Sehr hoch

- 9** Wie gut ist Ihr persönlicher Kontakt zu den Pflegekräften?
(Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr schlecht“ und „10“ für „sehr gut“.)



Sehr schlecht

Sehr gut



**Vielen Dank für das Beantworten der Fragen.
Jetzt ist Ihre Meinung zu dem vorliegenden Erhebungsbogen gefragt. Wir bitten um
eine Stellungnahme zu Art und Inhalt der gestellten Fragen.**

Fanden Sie die Fragen sinnvoll?

- Ja Nein

Begründung:

Wurden aus Ihrer Sicht wesentliche Fragestellungen übersehen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?



Zum Abschluss möchten wir Sie noch um Ihre Kontaktdaten für eventuelle Rückfragen bitten. Ihre persönlichen Angaben unterliegen dem Datenschutz. Sie gehen nicht in die Auswertung ein und werden vom Institut für Allgemeinmedizin nicht an Dritte weitergegeben.

Name, Vorname* _____

Anschrift* _____

Telefonnummer für evtl. Rückfragen* _____

*Praxisstempel (alternativ)
(bitte auf Lesbarkeit achten)

Vielen Dank für Ihre Mühe!



Beurteilung der ärztlichen Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen durch die Heimmitarbeiter

Name der Pflegeeinrichtung: _____

1 Strukturdaten der Pflegeeinrichtung

1.1 Was ist Ihr Tätigkeitsbereich in dieser Pflegeeinrichtung?

- Heimleitung Pflegedienstleitung Stationsleitung
 Altenpfleger/in Sonstiges:

Station / Abteilung: _____

1.2 Zahl der Bewohner _____

1.2.1 Nach Geschlecht: m: _____ w: _____

1.2.2 Nach Pflegestufenverteilung: I: _____ II: _____ III: _____

1.2.3 Zahl der Patienten mit Demenz _____

1.2.4 Zahl der Kurzzeitpflegeplätze _____

1.3 Wurde vertraglich ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart?

- Ja Nein

Wenn ja, welcher? _____

1.4 Personalstruktur:

Fachkraftquote _____

Zahl der gerontopsychiatrischen Fachkräfte _____



2 Struktur der ärztlichen Versorgung

2.1 Zahl der behandelnden Ärzte

2.1.1 Zahl der behandelnden Hausärzte / Fachärzte _____ / _____

2.1.2 Wie viele Hausarztpraxen versorgen den überwiegenden Anteil (rund 75%) der Bewohner?

2.1.3 Würde es Ihnen die Arbeit erleichtern, wenn nur wenige oder weniger Hausärzte für die Betreuung Ihrer Einrichtung zuständig wären?

- Ja Nein Weiß nicht

2.2 Hausärztliche Versorgung

2.2.1 Erfolgen Besuche/Visiten der Hausärzte

- nach Anmeldung bzw. Absprache zu festen Terminen beides?

Zeitpunkt und Frequenz?

Welche Form bevorzugen Sie?

2.2.2 Befindet sich eine Hausarztpraxis in unmittelbarer Nähe der Einrichtung (max. 5 min. Fußweg)?

- Ja Nein

2.3 Fachärztliche Versorgung

2.3.1 Welche Facharztgruppen haben ihre Praxis in der Nähe (max. 10 km entfernt) dieser Einrichtung?

- Neurologe Psychiater Augenarzt Gynäkologe Urologe



- Dermatologe Orthopäde Sonstige:

2.3.2 Welche Facharztgruppen kommen zu Patienten in diese Einrichtung?

- Neurologe Psychiater Augenarzt Gynäkologe Urologe
 Dermatologe Orthopäde Sonstige:

2.3.3 Welche Facharztgruppen sollten Ihrer Meinung nach zu Patienten in die Einrichtung kommen? Bitte geben Sie jeder Fachrichtung eine Nummer entsprechend ihrer Dringlichkeit: 1=sehr wichtig, 2=wünschenswert, 3=nicht so wichtig/entbehrlich.

- Neurologe Psychiater Augenarzt Gynäkologe Urologe
 Dermatologe Orthopäde Sonstige:

Begründung (z.B. besondere Bewohnerstruktur):

2.3.4 Für Fachärzte, deren Praxis in der Nähe liegt, die aber nicht in die Einrichtung kommen: Was könnten die Gründe dafür sein?

Für Fachärzte, deren Praxis in der Nähe liegt, und die in die Einrichtung kommen: Was könnten die Gründe dafür sein (z.B. Praxisverbund etc.)?

Für Fachärzte, deren Praxis nicht in der Nähe liegt, und die nicht in die Einrichtung kommen: Was könnten außer der Entfernung noch Gründe dafür sein?

Für Fachärzte, deren Praxis nicht in der Nähe liegt, die aber dennoch in die Einrichtung kommen: Was könnten die Gründe dafür sein? Wie wird das organisiert?



2.3.5 Erfolgen Besuche/Visiten der Fachärzte, die in die Einrichtung kommen

- nach Anmeldung bzw. Absprache zu festen Terminen beides?

Zeitpunkt und Frequenz?

Bemerkung zu einzelnen Fachrichtungen:

Welche Form bevorzugen Sie?

2.4 Zahnärztliche Versorgung

2.4.1 Gibt es eine Zahnarztpraxis in der Nähe (max. 10 km entfernt) dieser Einrichtung?

- Ja Nein

2.4.2 Kommt/kommen ein Zahnarzt/Zahnärzte zu Patienten in diese Einrichtung?

- Ja Nein

2.4.3 Für Zahnärzte, deren Praxis in der Nähe liegt, die aber nicht in die Einrichtung kommen: Was könnten die Gründe dafür sein?

Für Zahnärzte, deren Praxis in der Nähe liegt, und die in die Einrichtung kommen: Was könnten die Gründe dafür sein (z.B. Praxisverbund etc.)?

Für Zahnärzte, deren Praxis nicht in der Nähe liegt, und die nicht in die Einrichtung kommen: Was könnten außer der Entfernung noch Gründe dafür sein?



Für Zahnärzte, deren Praxis nicht in der Nähe liegt, die aber dennoch in die Einrichtung kommen: Was könnten die Gründe dafür sein? Wie wird das organisiert?

2.4.4 Erfolgen Besuche/Visiten der Zahnärzte/des Zahnarztes, die/der in die Einrichtung kommen/kommt

- nach Anmeldung bzw. Absprache zu festen Terminen beides?

Zeitpunkt und Frequenz?

Welche Form bevorzugen Sie?

2.5 Behandlung der Bewohner in Arztpraxen

2.5.1 Erfolgen regelmäßig Behandlungen in Facharztpraxen?

- Ja Nein unregelmäßig, nur bei Bedarf

2.5.2 In Praxen welcher ärztlichen Fachrichtungen?

2.5.3 Erfolgen regelmäßige Behandlungen in Zahnarztpraxen?

- Ja Nein unregelmäßig, nur bei Bedarf

2.5.4 Wie wird dies organisiert? (Fahrdienst?) Genaue Beschreibung

- hauseigener Fahrdienst Taxis Sonstiges
 Krankentransport bei passender Pflegestufe kein besonderer Fahrdienst



2.5.5 Wie ist die Verteilung der unterschiedlichen Mobilitätsstufen bei Ihren Bewohnern hinsichtlich Vor-Ort-Terminen in Arztpraxen?

Anzahl der Bewohner, die selbständig mobil sind und eine Arztpraxis alleine aufsuchen können:

Anzahl der Bewohner, die mit Krücken, Stock oder Rollator mobil sind oder, die zwar selbständig mobil, aber aufgrund einer Demenz nicht ausreichend orientiert sind, und die mit Taxi oder Sitzendtransport und einer Begleitperson eine Praxis aufsuchen können:

Anzahl der Bewohner, die mit Rollstuhl mobil sind und mit einem Sitzendtransport (evtl. auch Taxi) und ein bis zwei Begleitpersonen eine Praxis aufsuchen können:

Anzahl der Bewohner, die bettlägerig/immobil sind und die mit Liegendtransport und Begleitpersonen nur eine Klinikambulanz und keine Praxis aufsuchen können:

2.5.6 Was sind die Gründe dafür, dass für manche Behandlungen und Untersuchungen ein Termin direkt vor Ort in einer Praxis stattfinden muss?

2.5.7 Welche Maßnahmen müssten ergriffen werden, um solche Behandlungen und Untersuchungen in der Einrichtung zu ermöglichen?



2.6 Organisation der ärztlichen Kooperation in Verbänden

2.6.1 Wird die ärztliche/zahnärztliche Versorgung durch einen Praxisverbund (Lokaler Praxis-Pflegeheimverbund, AOK-Pflegenetz oder Geriatrischer Praxisverbund) unterstützt?

- Ja Nein

Wenn ja, durch welchen?

2.6.2 Bestehen sonstige besondere Kooperationsformen dieser Pflegeeinrichtung mit Ärzten?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

2.7 Kooperation mit Klinikambulanzen

2.7.1 Wird die ärztliche/zahnärztliche Versorgung durch eine Klinikambulanz (z.B. gerontopsychiatrischer Konsiliardienst) unterstützt?

- Ja Nein

Wenn ja, durch welche?



2.8 Klinikeinweisungen

2.8.1 Zahl der Krankenhauseinweisungen im letzten Jahr?

2.8.2 Wie beurteilen Sie das Entlassmanagement (rechtzeitige Benachrichtigung, Entlassungszeitpunkt, Vollständigkeit der Papiere etc.) der Krankenhäuser, die regelmäßig Bewohner dieser Einrichtung behandeln?

2.9 Versorgung von Kurzzeitpflegepatienten

2.9.1 Wie beurteilen Sie die ärztliche Versorgung von Kurzzeitpflegepatienten in dieser Einrichtung?

Was sollte geändert, bzw. verbessert werden?



3 Organisatorische Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtung

3.1 Welche Infrastruktur für die ärztliche/zahnärztliche Behandlung stellt das Heim zur Verfügung?

- mobile Lichtquelle Sitzgelegenheit Behandlungsstuhl Behandlungsraum
- sonstige:

Bemerkung:

3.2 Gibt es eine interne Verfahrensanweisung zum Umgang mit akuten Erkrankungsfällen/Notfällen?

- Ja Nein

3.2.1 Was beinhaltet diese?

3.2.2 Ist diese mit den behandelnden Ärzten abgestimmt?



Ja Nein

4 Organisatorische Abstimmung zwischen Pflege und Ärzten

4.1 Gibt es verbindliche Absprachen **mit** den behandelnden Ärzten/Zahnärzten in Bezug auf die ärztliche Versorgung in dieser Einrichtung?

Ja Nein

4.1.1 Welche ärztlichen Fachrichtungen sind in die Absprachen mit einbezogen?

4.1.2 Auf welche Themen beziehen sich diese Absprachen?

4.1.3 Gibt es patientenbezogene Absprachen, wie z.B. Ethikgespräche, individuelles Risikoassessment, Palliativpläne, zwischen der Pflege und den betreuenden Ärzten?

Ja Nein

Bemerkung:



4.1.4 In welcher Form wurden diese Absprachen getroffen?

- schriftlich mündlich beides

5 Organisatorische Abstimmung zwischen den Ärzten

5.1 Gibt es Absprachen **zwischen** den behandelnden Ärzten/Zahnärzten in Bezug auf die ärztliche Versorgung in dieser Einrichtung?

- Ja Nein

5.1.1 Welche ärztlichen Fachrichtungen sind in die Absprachen mit einbezogen?

5.1.2 Auf welche Themen beziehen sich diese Absprachen?

5.1.3 Gibt es patientenbezogene Absprachen, wie z.B. Ethikgespräche, individuelles Risikoassessment, Palliativpläne, zwischen den betreuenden Ärzten?

- Ja Nein

Bemerkung:



5.1.4 In welcher Form wurden diese Absprachen getroffen?

- schriftlich mündlich beides

6 Organisation der Abläufe in der ärztlichen Versorgung

6.1 Visiten/Besuche durch den behandelnden Arzt

6.1.1 Wird der behandelnde Arzt bei seinen Visiten durch eine Pflegefachkraft begleitet?

- Ja Nein Teilweise

6.2 Medikamentöse Versorgung bei kurzfristiger Anordnung/Rezeptierung außerhalb üblicher Praxis- und Apothekenöffnungszeiten

6.2.1 Wie wird bei kurzfristiger Anordnung/Rezeptierung außerhalb üblicher Praxis- und Apothekenöffnungszeiten in dieser Einrichtung die medikamentöse Versorgung sichergestellt?

Detaillierte Darstellung:

6.2.2 Gibt es einen hinterlegten Praxis-Arzneimittelbedarf eines Arztes?



Ja Nein

Bemerkung:

6.2.3 Haben mehrere Ärzte gemeinsam darauf Zugriff?

Ja Nein

6.2.4 Gibt es bei kurzfristiger Anordnung/Rezeptierung außerhalb üblicher Praxis- und Apothekenöffnungszeiten einen Fahrdienst zum Abholen von Medikamenten in der Apotheke?

Ja Nein

6.2.5 Gibt es Ihrer Meinung nach bei der Verordnung von Bedarfsmedikation Verbesserungsbedarf?

Ja Nein

Wenn ja, was wäre zu verbessern?

6.3 Ärztliche Versorgung außerhalb üblicher Praxisöffnungszeiten

6.3.1 Wie wird außerhalb üblicher Praxisöffnungszeiten die medizinische Versorgung sichergestellt?

Hausarzt Bereitschaftsdienst beides Sonstiges:

Bemerkung:



6.3.2 Wie beurteilen Sie die ärztliche Versorgung außerhalb üblicher Praxisöffnungszeiten in dieser Einrichtung?

Was wäre evtl. zu verbessern?

7 Dokumentation und Kommunikation in fachlichen Fragen

7.1 Ärztliche/zahnärztliche Anordnungen

7.1.1 Werden ärztliche/zahnärztliche Anordnungen schriftlich dokumentiert?

Ja Nein Teilweise

Von wem?

7.1.2 Sind die ärztlichen Anordnungen (Bedarfsmedikation, Behandlungspflege) eindeutig?

Ja Nein Teilweise

7.1.3 Gibt es diesbezüglich Konflikte?

Ja Nein



Wenn ja, welche?

7.1.4 Haben Sie den Eindruck, dass bei den ärztlichen Visiten/Besuchen ein guter Informationsaustausch zwischen Ihnen und den Ärzten stattfindet?

- Ja Nein

Wenn nein, was wäre zu verbessern?

7.1.5 Bringen die Ärzte bei ihren Besuchen in der Einrichtung genug Zeit für eine ausreichende Dokumentation und Kommunikation mit?

- Ja Nein

Wenn nein, was wäre zu verbessern?

7.2 Nutzung der Dokumentation

7.2.1 Zieht der Arzt/Zahnarzt regelmäßig die Pflegedokumentation als Informationsquelle heran?

- Ja Nein

7.2.2 Gibt es im Dokumentationssystem dieser Einrichtung spezielle Seiten, Blätter, Felder oder Hefte, die der Kommunikation mit den Ärzten vorbehalten sind?

- Ja Nein

Bemerkung:



7.3 Einfluss der Dokumentation auf die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten

7.3.1 In welchem Umfang unterstützen die derzeit verwendeten Dokumentationssysteme die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den behandelnden Ärzten und den Pflegekräften?

(Noten von 1 bis 6 und evtl. Bemerkung)

7.3.2 Was sollte ggf. daran geändert werden?

7.3.3 Welche Inhalte der Dokumentation sind Ihrer Meinung nach sinnvoll und welche überflüssig?

7.3.4 Besteht auf Ihrer Seite Informationsbedarf zu den Anforderungen hinsichtlich Inhalt und Umfang der Dokumentation?

Ja Nein

Wenn ja, zu welchen Fragen?



7.3.5 Wird in dieser Einrichtung handschriftlich oder per EDV dokumentiert?

- handschriftlich per EDV beides

8 Qualitätssicherung

8.1 Gibt es Qualitätszirkel oder gemeinsame Fortbildungen von Ärzten und Pflegekräften?

- Ja Nein

Wenn ja, zu welchen Themen und wie oft?

8.2 Sehen Sie hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten und Pflegekräften Fortbildungsbedarf?

- Ja Nein

Bei welcher Berufsgruppe?



Pflegekräfte Ärzte beide

Zu welchen Themen?

9 Allgemeine Beurteilung der Versorgungssituation durch die Leistungserbringer

9.1 Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten/Zahnärzten und Pflegefachkräften im Allgemeinen in dieser Pflegeeinrichtung?

9.2 Welche Maßnahmen ergreift das Heim, um zu einer guten ärztlichen/zahnärztlichen Versorgung seiner Bewohner beizutragen?



9.3 Die Versorgung wird normalerweise von Hausärzten und Fachärzten sichergestellt. Teilweise funktioniert dies sehr gut, manchmal auch nicht so gut.

9.3.1 Wie beurteilen Sie im Allgemeinen die medizinische Versorgung der Bewohner unter den momentanen gesetzlichen Bestimmungen?

9.3.2 Wie beurteilen Sie die hausärztliche Versorgung in dieser Einrichtung?

Was könnte die Versorgung erschweren?

Was sollte geändert, bzw. verbessert werden?

9.3.3 Wie beurteilen Sie die fachärztliche Versorgung in dieser Einrichtung?

Bei welchen Fachärzten verläuft die Kooperation besonders gut?

Bei welchen Fachärzten wäre eine Verbesserung der Kooperation wünschenswert?

Was sollte ggf. geändert bzw. verbessert werden?



Was könnte die Versorgung erschweren?

9.3.4 Wie könnte eine noch bessere ärztliche Versorgung, bzw. Zusammenarbeit von Pflegeeinrichtung und Ärzten erreicht werden?

9.3.5 Welche Beteiligten/Institutionen wären gefordert, falls etwas verbessert werden müsste?

10 Qualität der Zusammenarbeit

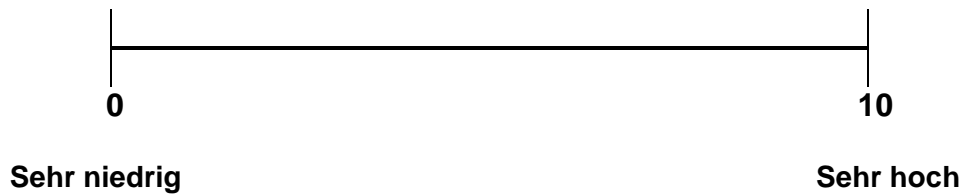
10.1 Wie würden Sie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und den behandelnden Ärzten/Zahnärzten auf der visuellen Analogskala beurteilen?
(Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr schlecht“ und „10“ für „sehr gut“.)



11 Personalfluktuatun



11.1 Wie würden Sie die Personalfuktuation in der Pflegeeinrichtung auf der visuellen Analogskala beurteilen?
(Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr niedrig“ und „10“ für „sehr hoch“.)



12 Zwischenmenschlicher Kontakt

12.1 Wie gut ist Ihr persönlicher Kontakt zu den Ärzten?
(Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr schlecht“ und „10“ für „sehr gut“.)



**Vielen Dank für das Beantworten der Fragen.
Jetzt ist Ihre Meinung zu dem vorliegenden Erhebungsbogen gefragt. Wir bitten um eine Stellungnahme zu Art und Inhalt der gestellten Fragen.**

Fanden Sie die Fragen sinnvoll?

- Ja Nein

Begründung:



Wurden aus Ihrer Sicht wesentliche Fragestellungen übersehen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

Zum Abschluss möchten wir Sie noch um Ihre Kontaktdaten für eventuelle Rückfragen bitten. Ihre persönlichen Angaben unterliegen dem Datenschutz. Sie gehen nicht in die Auswertung ein und werden vom Institut für Allgemeinmedizin nicht an Dritte weitergegeben.

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefonnummer für evtl. Rückfragen _____



Vielen Dank für Ihre Mühe!



Beurteilung der ärztlichen Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen durch die Hausärzte

Name der Pflegeeinrichtung: _____

1 Ärztliche Betreuung der Pflegeeinrichtung

1.1 Gibt es fachärztliche Bereiche, die von Ihnen als Hausarzt meist selbst abgedeckt werden (z.B. Gynäkologie, Neurologie)?

Ja Nein

Falls ja, welche(n)?

1.3 Wie viele Patienten betreuen Sie in dieser Pflegeeinrichtung? _____

1.3 Wie lange betreuen Sie diese Pflegeeinrichtung bereits? _____ Jahre

1.5 Falls Sie in der Einrichtung nur einen oder wenige Patienten betreuen, wären Sie dazu bereit, Patienten an Kollegen abzugeben, um dadurch eine Reduktion der Anzahl der das Heim betreuenden Hausärzte zu unterstützen?

Ja Nein ist vom Patientenwunsch abhängig

2 Struktur der ärztlichen Versorgung

2.1 Organisation der ärztlichen Kooperation in Verbänden

2.1.1 Wird die ärztliche Versorgung durch einen Praxisverbund (Lokaler Praxis-Pflegeheimverbund, AOK-Pflegenetz oder Geriatrischer Praxisverbund) unterstützt?

Ja Nein

Wenn ja, durch welchen?



2.1.2 Bestehen sonstige besondere Kooperationsformen dieser Pflegeeinrichtung mit Ärzten?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

2.2 Kooperation mit Klinikambulanzen

2.2.2 Wird die ärztliche/zahnärztliche Versorgung durch eine Klinikambulanz (z.B. gerontopsychiatrischer Konsiliardienst) unterstützt?

- Ja Nein

Wenn ja, durch welche?

3 Organisatorische Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtung

3.1 Welche Infrastruktur für die ärztliche Behandlung stellt das Heim zur Verfügung?

- mobile Lichtquelle Sitzgelegenheit Behandlungsstuhl Behandlungsraum
 sonstige:

Bemerkung:

3.2 Welche Infrastruktur im Heim würde Ihnen die Arbeit erleichtern?

- mobile Lichtquelle Sitzgelegenheit Behandlungsstuhl Behandlungsraum
 sonstige:

Bemerkung:



4 Organisatorische Abstimmung zwischen Pflege und Medizin

4.1 Gibt es verbindliche Absprachen seitens der Pflege **mit** den behandelnden Ärzten/Zahnärzten in Bezug auf die ärztliche Versorgung in dieser Einrichtung?

- Ja Nein

4.1.1 Welche ärztlichen Fachrichtungen sind in die Absprachen mit einbezogen?

4.1.2 Auf welche Themen beziehen sich diese Absprachen?

4.1.3 Gibt es patientenbezogene Absprachen, wie z.B. Ethikgespräche, individuelles Risikoassessment, Palliativpläne, zwischen der Pflege und den betreuenden Ärzten?

- Ja Nein

Bemerkung:

4.1.4 In welcher Form wurden diese Absprachen getroffen?

- schriftlich mündlich beides



5 Organisatorische Abstimmung zwischen den Ärzten

5.1 Gibt es Absprachen **zwischen** den behandelnden Ärzten/Zahnärzten in Bezug auf die ärztliche Versorgung in dieser Einrichtung?

- Ja Nein

5.1.1 Welche ärztlichen Fachrichtungen sind in die Absprachen mit einbezogen?

5.1.2 Auf welche Themen beziehen sich diese Absprachen?

5.1.3 Gibt es patientenbezogene Absprachen, wie z.B. Ethikgespräche, individuelles Risikoassessment, Palliativpläne, zwischen den betreuenden Ärzten?

- Ja Nein

Bemerkung:

5.1.4 In welcher Form wurden diese Absprachen getroffen?

- schriftlich mündlich beides



6 Organisation der Abläufe in der ärztlichen Versorgung

6.1 Visiten/Besuche durch den behandelnden Arzt

6.1.1 Erfolgen die Visiten

- nach Anmeldung, bzw. Absprache zu festen Terminen beides?

Zeitpunkt und Frequenz?

6.1.2 Erfolgt Begleitung durch eine Pflegefachkraft?

- Ja Nein Teilweise

Bemerkung:

6.2 Medikamentöse Versorgung bei kurzfristiger Anordnung/Rezeptierung außerhalb üblicher Praxis- und Apothekenöffnungszeiten

6.2.1 Wie wird bei kurzfristiger Anordnung/Rezeptierung außerhalb üblicher Praxis- und Apothekenöffnungszeiten in dieser Einrichtung die medikamentöse Versorgung sichergestellt?

Detaillierte Darstellung:

6.2.2 Gibt es einen hinterlegten Praxis-Arzneimittelbedarf eines Arztes?

- Ja Nein



Bemerkung:

6.2.3 Haben mehrere Ärzte gemeinsam darauf Zugriff?

- Ja Nein

6.2.4 Gibt es bei kurzfristiger Anordnung/Rezeptierung außerhalb üblicher Praxis- und Apothekenöffnungszeiten einen Fahrdienst zum Abholen von Medikamenten in der Apotheke?

- Ja Nein

6.3 **Ärztliche Versorgung außerhalb üblicher Praxisöffnungszeiten**

6.3.1 Wie wird außerhalb üblicher Praxisöffnungszeiten die medizinische Versorgung sichergestellt?

- Hausarzt Bereitschaftsdienst beides Sonstiges

Bemerkung:

6.3.2 Wie beurteilen Sie die ärztliche Versorgung außerhalb üblicher Praxisöffnungszeiten in dieser Einrichtung?

Was wäre evtl. zu verbessern?



7 Dokumentation und Kommunikation in fachlichen Fragen

7.1 Ärztliche Anordnungen

7.1.1 Werden Ihrer Meinung nach Ihre Anordnungen zuverlässig ausgeführt?

- Ja Nein Teilweise

7.1.2 Gibt es diesbezüglich Konflikte?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

7.1.3 Haben Sie den Eindruck, dass bei Ihren Visiten/Besuchen ein guter Informationsaustausch zwischen Ihnen und den Pflegekräften stattfindet?

- Ja Nein

Wenn nein, was wäre zu verbessern?

7.2 Nutzung der Dokumentation

7.2.1 Ziehen Sie regelmäßig die Pflegedokumentation als Informationsquelle heran?

- Ja Nein



7.2.2 Gibt es im Dokumentationssystem dieser Einrichtung spezielle Seiten, Blätter, Felder oder Hefte die der Kommunikation mit den Ärzten vorbehalten sind?

- Ja Nein

Bemerkung:

7.3 Einfluss der Dokumentation auf die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten

7.3.1 In welchem Umfang unterstützen die derzeit verwendeten Dokumentationssysteme die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den behandelnden Ärzten und den Pflegekräften?
(Noten von 1 bis 6 und evtl. Bemerkung)

7.3.2 Was sollte ggf. daran geändert werden?

7.3.3 Welche Inhalte der Dokumentation sind Ihrer Meinung nach sinnvoll und welche überflüssig?

7.3.4 Besteht auf Ihrer Seite Informationsbedarf zu den Anforderungen hinsichtlich Inhalt und Umfang der Dokumentation?

- Ja Nein

Wenn ja, zu welchen Fragen?

7.3.5 Wird in dieser Einrichtung handschriftlich oder per EDV dokumentiert?



- handschriftlich per EDV beides

8 Qualitätssicherung

8.1 Fortbildungen/Qualitätszirkel

8.1.1 Gibt es Qualitätszirkel oder gemeinsame Fortbildungen von Ärzten und Pflegekräften?

- Ja Nein

Wenn ja, zu welchen Themen und wie oft?

8.1.2 Sehen Sie hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten und Pflegekräften Fortbildungsbedarf?

- Ja Nein

Bei welcher Berufsgruppe?

- Pflegekräfte Ärzte beide

Zu welchen Themen?



9 Allgemeine Beurteilung der Versorgungssituation durch die Leistungserbringer

9.1 Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten und Pflegefachkräften im Allgemeinen in dieser Pflegeeinrichtung?

9.1.2 Haben Sie guten Kontakt zu den Fachärzten, die die Patienten versorgen?

- Ja Nein unterschiedlich (hängt vom Facharzt ab)
 weiß nicht/nicht anwendbar

Bemerkung:

9.2 Welche Maßnahmen ergreift das Heim, um zu einer guten ärztlichen/zahnärztlichen Versorgung seiner Bewohner beizutragen?



9.3 Die Versorgung wird normalerweise von Hausärzten und Fachärzten sichergestellt. Teilweise funktioniert dies sehr gut, manchmal auch nicht so gut.

9.3.1 Wie beurteilen Sie im Allgemeinen die medizinische Versorgung der Bewohner unter den momentanen gesetzlichen Bestimmungen? Was sollte ggf. geändert werden?

9.3.2 Wie beurteilen Sie die hausärztliche Versorgung in dieser Einrichtung?

Was könnte die Versorgung erschweren?

Was sollte geändert, bzw. verbessert werden?

9.3.3 Wie beurteilen Sie die fachärztliche Versorgung in dieser Einrichtung?

Bei welchen Fachärzten verläuft die Kooperation besonders gut?

Bei welchen Fachärzten wäre eine Verbesserung der Kooperation wünschenswert?

Was sollte ggf. geändert bzw. verbessert werden?



Was könnte die Versorgung erschweren?

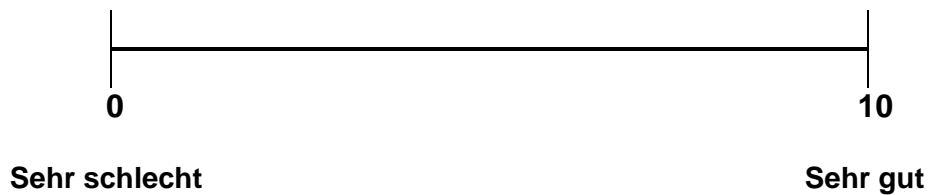
9.3.4 Wie könnte eine noch bessere ärztliche Versorgung, bzw. Zusammenarbeit von Pflegeeinrichtung und Ärzten erreicht werden?

9.3.5 Welche Beteiligten/Institutionen wären gefordert, falls etwas verbessert werden müsste?



10 Qualität der Zusammenarbeit

10.1 Wie würden Sie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und den behandelnden Ärzten/Zahnärzten auf der visuellen Analogskala beurteilen?
(Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr schlecht“ und „10“ für „sehr gut“.)



11 Personalfuktuation

11.1 Wie würden Sie die Personalfuktuation in der Pflegeeinrichtung auf der visuellen Analogskala beurteilen?
(Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr niedrig“ und „10“ für „sehr hoch“.)

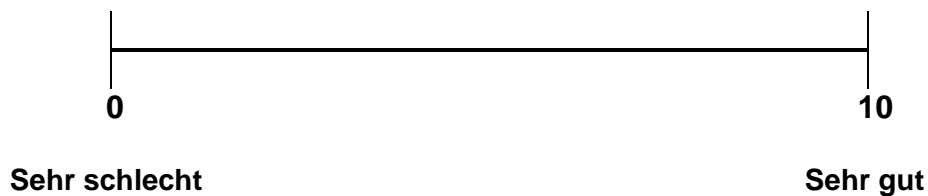




12 Zwischenmenschlicher Kontakt

12.1 Wie gut ist Ihr persönlicher Kontakt zu den Pflegekräften?

(Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr schlecht“ und „10“ für „sehr gut“.)



Vielen Dank für das Beantworten der Fragen.

Jetzt ist Ihre Meinung zu dem vorliegenden Erhebungsbogen gefragt. Wir bitten um eine Stellungnahme zu Art und Inhalt der gestellten Fragen.

Fanden Sie die Fragen sinnvoll?

- Ja Nein

Begründung:

Wurden aus Ihrer Sicht wesentliche Fragestellungen übersehen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?



Zum Abschluss möchten wir Sie noch um Ihre Kontaktdaten für eventuelle Rückfragen bitten. Ihre persönlichen Angaben unterliegen dem Datenschutz. Sie gehen nicht in die Auswertung ein und werden vom Institut für Allgemeinmedizin nicht an Dritte weitergegeben.

Name, Vorname* _____

Anschrift* _____

Telefonnummer für evtl. Rückfragen* _____

*Praxisstempel (alternativ)
(Bitte auf Lesbarkeit achten)

Vielen Dank für Ihre Mühe!



Beurteilung der ärztlichen Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen durch die Fachärzte/Zahnärzte

Name der Pflegeeinrichtung: _____

1 Fach-/zahnärztliche Betreuung der Pflegeeinrichtung

1.1 Was ist Ihre Fachrichtung?

1.2 Wie viele Patienten betreuen Sie in dieser Pflegeeinrichtung? _____

1.3 Wie lange betreuen Sie diese Pflegeeinrichtung bereits? _____ Jahre

1.4 Falls Sie in der Einrichtung nur einen oder wenige Patienten betreuen, wären Sie dazu bereit, Patienten an Kollegen abzugeben, um dadurch eine Reduktion der Anzahl der das Heim betreuenden Fachärzte/Zahnärzte zu unterstützen?

- Ja Nein ist vom Patientenwunsch abhängig

2 Struktur der ärztlichen Versorgung

2.1 Organisation der ärztlichen Kooperation in Verbänden

2.1.1 Wird die ärztliche Versorgung durch einen Praxisverbund (Lokaler Praxis-Pflegeheimverbund, AOK-Pflegenetz oder Geriatrischer Praxisverbund) unterstützt?

- Ja Nein

Wenn ja, durch welchen?



2.1.2 Bestehen sonstige besondere Kooperationsformen dieser Pflegeeinrichtung mit Ärzten?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

2.2 Kooperation mit Klinikambulanzen

2.2.2 Wird die ärztliche/zahnärztliche Versorgung durch eine Klinikambulanz (z.B. gerontopsychiatrischer Konsiliardienst) unterstützt?

- Ja Nein

Wenn ja, durch welche?

2.3 Behandlung der Bewohner in Arztpraxen

2.3.1 Erfolgen regelmäßig Behandlungen in Ihrer Praxis?

- Ja Nein unregelmäßig, nur bei Bedarf

2.3.2 Wie wird dies organisiert? (Fahrdienst?) Genaue Beschreibung

- einrichtungseigener Fahrdienst Taxis Sonstiges
 Krankentransport bei passender Pflegestufe kein besonderer Fahrdienst

2.3.3 Was sind die Gründe dafür, dass für manche Behandlungen und Untersuchungen ein Termin direkt vor Ort in ihrer Praxis stattfinden muss?

2.3.4 Welche Maßnahmen müssten ergriffen werden, um solche Behandlungen und Untersuchungen in der Einrichtung zu ermöglichen?



3 Organisatorische Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtung

3.1 Welche Infrastruktur für die ärztliche/zahnärztliche Behandlung stellt das Heim zur Verfügung?

mobile Lichtquelle Sitzgelegenheit Behandlungsstuhl Behandlungsraum

sonstige:

Bemerkung:

3.2 Welche Infrastruktur im Heim würde Ihnen die Arbeit erleichtern?

mobile Lichtquelle Sitzgelegenheit Behandlungsstuhl Behandlungsraum

sonstige:

Bemerkung:



4 Organisatorische Abstimmung zwischen Pflege und Medizin

4.1 Gibt es verbindliche Absprachen seitens der Pflege **mit** den behandelnden Ärzten/Zahnärzten in Bezug auf die ärztliche Versorgung in dieser Einrichtung?

- Ja Nein

4.1.1 Welche ärztlichen Fachrichtungen sind in die Absprachen mit einbezogen?

4.1.2 Auf welche Themen beziehen sich diese Absprachen?

4.1.3 Gibt es patientenbezogene Absprachen, wie z.B. Ethikgespräche, individuelles Risikoassessment, Palliativpläne, zwischen der Pflege und den betreuenden Ärzten?

- Ja Nein

Bemerkung:

4.1.4 In welcher Form wurden diese Absprachen getroffen?

- schriftlich mündlich beides



5 Organisatorische Abstimmung zwischen den Ärzten

5.1 Gibt es Absprachen **zwischen** den behandelnden Ärzten/Zahnärzten in Bezug auf die ärztliche Versorgung in dieser Einrichtung?

- Ja Nein

5.1.1 Welche ärztlichen Fachrichtungen sind in die Absprachen mit einbezogen?

5.1.2 Auf welche Themen beziehen sich diese Absprachen?

5.1.3 Gibt es patientenbezogene Absprachen, wie z.B. Ethikgespräche, individuelles Risikoassessment, Palliativpläne, zwischen den betreuenden Ärzten?

- Ja Nein

Bemerkung:

5.1.4 In welcher Form wurden diese Absprachen getroffen?

- schriftlich mündlich beides



6 Organisation der Abläufe in der ärztlichen Versorgung

6.1 Visiten/Besuche durch den behandelnden Arzt/Zahnarzt

6.1.1 Erfolgen die Visiten

- nach Anmeldung, bzw. Absprache zu festen Terminen beides?

Zeitpunkt und Frequenz?

6.1.2 Erfolgt Begleitung durch eine Pflegefachkraft?

- Ja Nein Teilweise

Bemerkung:



7 Dokumentation und Kommunikation in fachlichen Fragen

7.1 Ärztliche/zahnärztliche Anordnungen

7.1.1 Werden Ihrer Meinung nach Ihre Anordnungen zuverlässig ausgeführt?

- Ja Nein Teilweise

7.1.2 Gibt es diesbezüglich Konflikte?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

7.1.3 Haben Sie den Eindruck, dass bei Ihren Visiten/Besuchen ein guter Informationsaustausch zwischen Ihnen und den Pflegekräften stattfindet?

- Ja Nein

Wenn nein, was wäre zu verbessern?

7.2 Nutzung der Dokumentation

7.2.1 Ziehen Sie regelmäßig die Pflegedokumentation als Informationsquelle heran?

- Ja Nein



7.2.2 Gibt es im Dokumentationssystem dieser Einrichtung spezielle Seiten, Blätter, Felder oder Hefte die der Kommunikation mit den Ärzten vorbehalten sind?

- Ja Nein

Bemerkung:

7.3 Einfluss der Dokumentation auf die Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten

7.3.1 In welchem Umfang unterstützen die derzeit verwendeten Dokumentationssysteme die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den behandelnden Ärzten und den Pflegekräften?

(Noten von 1 bis 6 und evtl. Bemerkung)

7.3.2 Was sollte ggf. daran geändert werden?

7.3.3 Welche Inhalte der Dokumentation sind Ihrer Meinung nach sinnvoll und welche überflüssig?

7.3.4 Besteht auf Ihrer Seite Informationsbedarf zu den Anforderungen hinsichtlich Inhalt und Umfang der Dokumentation?

- Ja Nein

Wenn ja, zu welchen Fragen?

7.3.5 Wird in dieser Einrichtung handschriftlich oder per EDV dokumentiert?



handschriftlich

per EDV

beides

8 Qualitätssicherung

8.1 Fortbildungen/Qualitätszirkel

8.1.1 Gibt es Qualitätszirkel oder gemeinsame Fortbildungen von Ärzten und Pflegekräften?

Ja Nein

Wenn ja, zu welchen Themen und wie oft?

8.1.2 Sehen Sie hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten und Pflegekräften Fortbildungsbedarf?

Ja Nein

Bei welcher Berufsgruppe?

Pflegekräfte Ärzte beide

Zu welchen Themen?



9 Allgemeine Beurteilung der Versorgungssituation durch die Leistungserbringer

9.1 Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten/Zahnärzten und Pflegefachkräften im Allgemeinen in dieser Pflegeeinrichtung?

9.1.2 Haben Sie guten Kontakt zu den Hausärzten, die die Patienten versorgen?

- Ja Nein unterschiedlich (hängt vom Hausarzt ab)
 weiß nicht/nicht anwendbar

Bemerkung

9.2 Welche Maßnahmen ergreift das Heim, um zu einer guten ärztlichen/zahnärztlichen Versorgung seiner Bewohner beizutragen?



9.3 Die Versorgung wird normalerweise von Hausärzten und Fachärzten sichergestellt. Teilweise funktioniert dies sehr gut, manchmal auch nicht so gut.

9.3.1 Wie beurteilen Sie im Allgemeinen die medizinische Versorgung der Bewohner unter den momentanen gesetzlichen Bestimmungen? Was sollte ggf. geändert werden?

9.3.2 Wie beurteilen Sie die hausärztliche Versorgung in dieser Einrichtung?

Was könnte die Versorgung erschweren?

Was sollte geändert, bzw. verbessert werden?

9.3.3 Wie beurteilen Sie die fachärztliche Versorgung in dieser Einrichtung?

Was sollte ggf. geändert bzw. verbessert werden?

Was könnte die Versorgung erschweren?

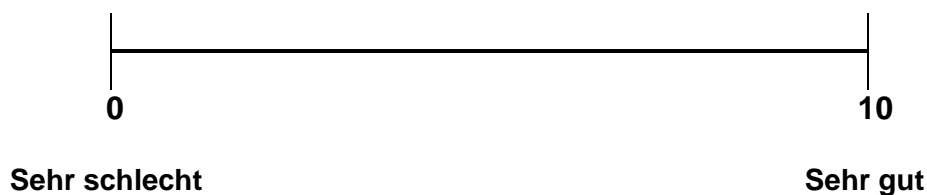


9.3.4 Wie könnte eine noch bessere ärztliche Versorgung, bzw. Zusammenarbeit von Pflegeeinrichtung und Ärzten erreicht werden?

9.3.5 Welche Beteiligten/Institutionen wären gefordert, falls etwas verbessert werden müsste?

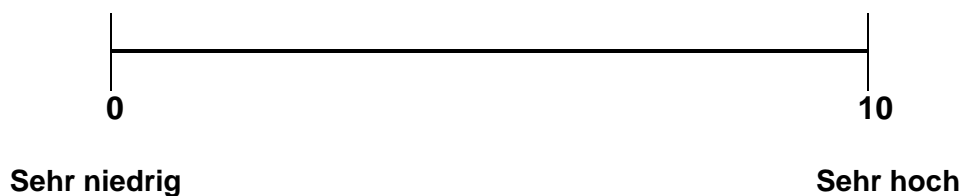
10 Qualität der Zusammenarbeit

10.1 Wie würden Sie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und den behandelnden Ärzten/Zahnärzten auf der visuellen Analogskala beurteilen?
(Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr schlecht“ und „10“ für „sehr gut“.)



11 Personalfluktuaton

11.1 Wie würden Sie die Personalfluktuaton in der Pflegeeinrichtung auf der visuellen Analogskala beurteilen?
(Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr niedrig“ und „10“ für „sehr hoch“.)





12 Zwischenmenschlicher Kontakt

12.1 Wie gut ist Ihr persönlicher Kontakt zu den Pflegekräften?

(Bitte machen Sie ein Kreuzchen zwischen „0“ für „sehr schlecht“ und „10“ für „sehr gut“.)



**Vielen Dank für das Beantworten der Fragen.
Jetzt ist Ihre Meinung zu dem vorliegenden Erhebungsbogen gefragt. Wir bitten um
eine Stellungnahme zu Art und Inhalt der gestellten Fragen.**

Fanden Sie die Fragen sinnvoll?

- Ja Nein

Begründung:

Wurden aus Ihrer Sicht wesentliche Fragestellungen übersehen?

- Ja Nein



Wenn ja, welche?

Zum Abschluss möchten wir Sie noch um Ihre Kontaktdaten für eventuelle Rückfragen bitten. Ihre persönlichen Angaben unterliegen dem Datenschutz. Sie gehen nicht in die Auswertung ein und werden vom Institut für Allgemeinmedizin nicht an Dritte weitergegeben.

Name, Vorname* _____

Anschrift* _____

Telefonnummer für evtl. Rückfragen* _____

*Praxisstempel (alternativ)
(bitte auf Lesbarkeit achten)

Vielen Dank für Ihre Mühe!

12. Danksagung

Zunächst gilt mein besonderer Dank meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Schneider für die zu jeder Zeit äußerst zuverlässige und zielstrebige Betreuung bei der Erstellung der vorliegenden Arbeit.

Ich danke Frau Dr. Marlies Karsch-Völk sehr für ihre engagierte Unterstützung und die konstruktiven Anregungen während der Durchführung des Projektes.

Bei Herrn Prof. Dr. Linde bedanke ich mich herzlichst für die wertvolle Hilfe und die Durchführung der Regressionsanalysen.

Von ganzem Herzen danke ich meinen Eltern Brigitte und Wolfgang Lüssenheide und meinem Mann Markus Grafen für die unermüdliche und liebevolle Unterstützung während der gesamten Zeit des Medizinstudiums und der Erstellung der Doktorarbeit.