

**Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. Jost Steinhäuser**

**Patientenorientierte Versorgung im niedergelassenen Bereich
- Kooperation zwischen Hausärzt*innen und ambulanten
Pflegediensten**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Sektion Medizin -

vorgelegt von

Juliane Sophie Erdmann

aus Hannover

Lübeck 2022

1. **Berichterstatterin:** Prof. Dr. phil. Katja Götz
2. **Berichterstatter:** Priv.- Doz. Dr. med. Christian Elsner

Tag der mündlichen Prüfung: 13.01.2023
Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 13.01.2023
-Promotionskommission der Sektion Lübeck-

Inhaltsverzeichnis

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| INHALTSVERZEICHNIS | III |
| ABBILDUNGSVERZEICHNIS | VI |
| TABELLENVERZEICHNIS | VI |
| ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS..... | VII |
| 1 EINLEITUNG..... | 1 |
| 1.1 STELLENWERT DES HAUSARZTES IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG | 2 |
| 1.1.1 Primärversorgung..... | 4 |
| 1.1.2 Tätigkeitsfelder..... | 7 |
| 1.2 DER PFLLEGEDIENST IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG | 8 |
| 1.2.1 Organisationsform..... | 8 |
| 1.2.2 Behandlungsfelder..... | 10 |
| 1.3 KOOPERATION ZWISCHEN HAUSÄRZTEN UND AMBULANTEN PFLLEGEDIENSTEN - NATIONAL UND INTERNATIONAL | 11 |
| 1.3.1 Zusammenarbeit auf nationaler Ebene..... | 11 |
| 1.3.1.1 Voraussetzung für die Zusammenarbeit nach gesetzlichen Vorgaben | 14 |
| 1.3.1.2 Aktuelle Studienlage..... | 15 |
| 1.3.2 Interaktion auf internationaler Ebene..... | 18 |
| 1.3.1.2 Praktizierte Versorgungskonzepte | 18 |
| 1.3.1.2 Kriterien für die Zusammenarbeit mit der Hausarztpraxis..... | 21 |
| 1.4 ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG DER ARBEIT | 23 |
| 2 METHODIK..... | 24 |
| 2.1 QUALITATIVES FORSCHUNGSDESIGN | 24 |
| 2.2 REKRUTIERUNG | 25 |
| 2.3 DATENERHEBUNG | 26 |
| 2.3.1 Leitfadenentwicklung..... | 27 |
| 2.3.2 Interviewanmerkungen..... | 28 |
| 2.3.3 Methode: Einzelinterviews | 28 |
| 2.4 DATENAUFBEREITUNG UND DATENANALYSE | 29 |
| 2.4.1 Transkription | 29 |
| 2.4.2 Datenanalyse..... | 29 |
| 2.5 GÜTEKRITERIEN QUALITATIVER FORSCHUNG | 30 |
| 2.6 ETHIKVOTUM | 31 |
| 3 ERGEBNISSE..... | 32 |
| 3.1 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE | 32 |
| 3.1.1 Hauptakteure Hausärzte/ Interessenvertreter Hausärzte..... | 32 |

| | | |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.1.2 | <i>Hauptakteure Leitungsverantwortliche der Ambulanten Pflegedienste/ Wohlfahrtsverbände der ambulanten Pflegedienste</i> | 33 |
| 3.2 | DARSTELLUNG DER KATEGORIEN | 35 |
| 3.2.1 | <i>Einstellungen zur Kooperation</i> | 35 |
| 3.2.1.1 | Relevanz Kooperation..... | 35 |
| 3.2.1.2 | Teamansatz..... | 38 |
| 3.2.1.3 | Rolle des Verbandes..... | 39 |
| 3.2.2 | <i>Informationsaustausch</i> | 41 |
| 3.2.2.1 | Stellenwert Informationsaustausch..... | 41 |
| 3.2.2.2 | Wunsch nach direkter Ansprechperson..... | 43 |
| 3.2.2.3 | Vorteil von persönlichem Austausch | 44 |
| 3.2.2.4 | Kommunikation über technische Wege..... | 45 |
| 3.2.3 | <i>Bessere Patientenversorgung durch Kooperation</i> | 46 |
| 3.2.3.1 | Individuelle Patientenbehandlung | 46 |
| 3.2.3.2 | Gegenseitige Informationsvermittlung..... | 47 |
| 3.2.3.3 | Bedingungen der Praxisnetze nach § 87b SGB V für eine Kooperation..... | 48 |
| 3.2.4 | <i>Finanzierbarkeit der Kooperation</i> | 49 |
| 3.2.4.1 | Klassische Finanzierung | 49 |
| 3.2.4.2 | Verbesserung der Entlohnung..... | 50 |
| 3.2.4.3 | Aufwandsbezogene Bezahlung..... | 51 |
| 3.2.4.4 | Vorschläge für bessere Entlohnung | 52 |
| 3.2.4.5 | Finanzielle Entlastung durch die KV`n bzw. Pflege- oder Krankenkassen..... | 52 |
| 3.2.5 | <i>Personelle Ressourcen/Notwendigkeit von Personal für eine Kooperation</i> | 53 |
| 3.2.5.1 | Ohne Veränderung..... | 53 |
| 3.2.5.2 | Aufwertung der Pflege..... | 55 |
| 3.2.5.3 | Klare Zuständigkeit..... | 55 |
| 3.2.6 | <i>Digitalisierung als Unterstützungsmöglichkeit für eine Kooperation</i> | 57 |
| 3.2.6.1 | Arten von Digitalisierung | 57 |
| 3.2.6.2 | Persönliche Einstellungen..... | 58 |
| 3.2.6.3 | Funktion der Entlastung..... | 59 |
| 3.2.6.4 | Gewinn für Patientenversorgung | 59 |
| 3.2.6.5 | Kostenaspekte | 61 |
| 3.2.7 | <i>Sonstiges/Wünsche</i> | 62 |
| 3.2.7.1 | Schulung Arztpraxen..... | 62 |
| 3.2.7.2 | Kooperation am Beispiel Palliativmedizin | 62 |
| 4 | DISKUSSION | 64 |
| 4.1 | INHALTLICHE DISKUSSION | 64 |
| 4.1.1 | Einstellungen zur Kooperation..... | 64 |
| 4.1.2 | Informationsaustausch..... | 65 |
| 4.1.3 | Optimale Patientenversorgung..... | 67 |
| 4.1.4 | Finanzierung | 68 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.1.5. Personal..... | 69 |
| 4.1.6. Digitalisierung..... | 70 |
| 4.1.7. Sonstiges/Wünsche..... | 71 |
| 4.1.8. Überführung in die Regelversorgung..... | 72 |
| 4.1.9. Fördernde und hemmende Faktoren für eine „gelebte“ Kooperation | 74 |
| 4.2 LIMITATIONEN | 76 |
| 5 FAZIT | 78 |
| 6 ZUSAMMENFASSUNG..... | 80 |
| 7 LITERATURVERZEICHNIS | 81 |
| 8 EIGENE VERÖFFENTLICHUNGEN | 90 |
| 9 ANHANG..... | 91 |
| 10 DANKSAGUNG | 103 |
| 11 EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG | 104 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ABBILDUNG 1: HAUS- UND FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG (QUELLE: GERLACH ET AL. 2018, S. 77) | 3 |
| ABBILDUNG 2: ÜBERSICHT DER PROZENTUALEN VERTEILUNG DER TRÄGERSCHAFTEN AMBULANTER PFLEGEDIENSTE IN ANLEHNUNG AN STATISTISCHES BUNDESAMT 2019 (EIGENE DARSTELLUNG) | 9 |
| ABBILDUNG 3: PROJEKTE ZUR „KOOPERATIONSARCHITEKTUR“ UND „RAHMENBEDINGUNGEN“ (VGL. LAAG 2020, S. 42) (EIGENE DARSTELLUNG) | 16 |
| ABBILDUNG 4: ÜBERSICHT ZUR OBERKATEGORIE „EINSTELLUNGEN ZUR KOOPERATION“ | 35 |
| ABBILDUNG 5: ÜBERSICHT ZUR OBERKATEGORIE „INFORMATIONSAUSTAUSCH“ | 41 |
| ABBILDUNG 6: ÜBERSICHT ZUR OBERKATEGORIE „BESSERE PATIENTENVERSORGUNG DURCH KOOPERATION“ | 46 |
| ABBILDUNG 7: ÜBERSICHT ZUR OBERKATEGORIE „FINANZIERBARKEIT DER KOOPERATION“ | 49 |
| ABBILDUNG 8: ÜBERSICHT ZUR OBERKATEGORIE „PERSONELLE RESSOURCEN FÜR EINE KOOPERATION“ | 53 |
| ABBILDUNG 9: ÜBERSICHT ZUR OBERKATEGORIE „DIGITALISIERUNG ALS UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEIT FÜR EINE KOOPERATION“ | 57 |
| ABBILDUNG 10: ÜBERSICHT ZUR OBERKATEGORIE „SONSTIGES/WÜNSCHE“ | 61 |
| ABBILDUNG 11: MEHRSTUFIGER PROZESS DER ÜBERFÜHRUNG IN DIE REGELVERSORGUNG (VGL. BERGER 2020, S. 70) | 74 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABELLE 1: AUSWERTUNGSSCHEMA..... | 30 |
| TABELLE 2: STICHPROBENBESCHREIBUNG HAUPTAKTEURE HAUSÄRZTE..... | 32 |
| TABELLE 3: STICHPROBENBESCHREIBUNG INTERESSENVERTRETER HAUSÄRZTE..... | 33 |
| TABELLE 4: STICHPROBENBESCHREIBUNG HAUPTAKTEURE LEISTUNGSVERANTWORTLICHE DER AMBULANTEN PFLEGEDIENSTE..... | 33 |
| TABELLE 5: STICHPROBENBESCHREIBUNG WOHLFAHRTSVERBÄNDE DER AMBULANTEN PFLEGEDIENSTE..... | 34 |

Abkürzungsverzeichnis

| Abkürzung | Bedeutung |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Abs. | Absatz |
| BNA | Bundesverband der Allgemeinärzte Deutschlands - Hausärzteverband e.V. |
| DEGAM | Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin |
| bzw. | Beziehungsweise |
| EBM | Einheitlicher Bewertungsmaßstab |
| ePA | Elektronische Patientenakte |
| et al. | et alii (lateinisch) und andere |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| HzV | Hausarztzentrierte Versorgung |
| ICPC 2 | International Classification for Primary Care |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| MDK | Medizinischer Dienst der Krankenkassen |
| MFA | Medizinische Fachangestellte |
| Nds | Niedersachsen |
| Nr. | Nummer |
| NRW | Nordrhein-Westfalen |
| o.g. | oben genannten |
| o.V. | Ohne Verfasser |
| S. | Seite |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| u.a. | unter anderem |
| z.B. | Zum Beispiel |

Allgemeiner Hinweis:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nur die männliche Sprachform für Personenbezeichnungen verwandt. Die weibliche Sprachform wird damit ebenso berücksichtigt.

1 Einleitung

Der Hausarzt ist die zentrale Anlaufstelle für gesundheitliche Anliegen in der Primärversorgung (vgl. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) Zukunftsperspektiven 2012, Seite (S.) 4). Wesentlicher Aspekt hierfür ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung (vgl. Schaeffer et alii ((lateinisch) und andere) et al. 2015, S. 15).

Die hausärztliche Versorgung wird durch eine Kooperation mit anderen Leistungserbringern gestärkt (vgl. Stumm et al. 2020, S. 70). Kooperation umfasst dabei die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen an der Versorgung Beteiligten; es soll angestrebt werden, deren Ressourcen im Rahmen der jeweiligen Tätigkeitsfelder zu bündeln, zum Beispiel (z.B.) beim Einsatz von Case Managern oder bei Wundversorgung (vgl. van den Bussche et al. 2013, S. 331). Aufgrund der Häufung von sozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen in der Hausarztpraxis ist insbesondere die Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten von hoher Relevanz (vgl. Stumm et al. 2020, S. 70f.). Der Hausarzt kann dadurch eine Entlastung des eigenen Arbeitspensums erfahren (vgl. ebd., S. 70). Ein näher zu betrachtender Aspekt für einen effektiven Austausch wären regelmäßige Fallbesprechungen (vgl. Nieuwboer et al. 2020, S. 93).

Durch diese Teamarbeit wird z.B. eine optimale Patientenversorgung ermöglicht, um den erhöhten Anforderungen in der hausärztlichen Versorgung chronisch Kranker zu begegnen (vgl. DEGAM Zukunftsperspektiven 2012, S. 5). Durch eine positive Teamkultur könnte die Zufriedenheit der kooperativen Leistungserbringer untereinander gesteigert werden (vgl. McInnes et al. 2017, S. 623).

Die vorliegende Arbeit untersucht die Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten auf ambulanter Ebene und beleuchtet dabei die verschiedenen Sichtweisen und Optimierungspotenziale der Beteiligten. Zunächst wird erläutert, welchen Stellenwert der Hausarzt in der ambulanten Versorgung hat, anschließend wird auf den Bereich der ambulanten Pflege eingegangen. Später erfolgt die Darstellung der Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten unter den gesetzlichen Voraussetzungen sowie der aktuellen Studienlage. Anschließend wird die Fragestellung der Arbeit eingeleitet.

1.1 Stellenwert des Hausarztes in der ambulanten Versorgung

Der Hausarzt steht im Fokus der ärztlichen Inanspruchnahme des ambulanten Versorgungssystems. Durch sein umfassendes Leistungsspektrum an medizinischen Kenntnissen und damit verbundenen Behandlungsmöglichkeiten kommt ihm eine wichtige Koordinationsfunktion in der ambulanten Patientensteuerung zu. Über 90% der Bevölkerung hat einen Hausarzt (vgl. DEGAM Zukunftspositionen 2012, S. 4). Innerhalb der Altersgruppe der 65-jährigen konsultieren 96% der Versicherten einen Hausarzt (vgl. Wille 2009, S. 99).

Hausärzte arbeiten als Allgemeinmediziner sowie Fachärzte für Innere Medizin und unter der Berufsbezeichnung Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (vgl. Wille et al. 2009, S. 95). 83% der Hausärzte haben eine Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner (vgl. ebd., S. 99). Sie werden am häufigsten konsultiert (vgl. ebd.). Zudem ergeben sich eine Vielzahl an weiteren Fachdisziplinen, die in der hausärztlich geführten Praxis abgedeckt werden (vgl. Laux 2010, S. 78).

Die Weiterbildungszeit zum Allgemeinmediziner umfasst 60 Monate, davon werden 24 Monate in Allgemeinmedizin in der hausärztlichen Versorgung sowie 12 Monate im Bereich der Inneren Medizin in der stationären Akutversorgung absolviert. Zudem stellt die Psychosomatische Grundversorgung im Rahmen von einer 80 Stunden Kurs-Weiterbildung einen verpflichtenden Teil der Weiterbildungszeit von 60 Monaten dar (vgl. Bundesärztekammer 2018, S. 24).

Außerdem gewinnen Weiterbildungen durch die Ausgestaltung des einheitlichen Weiterbildungsprogramms DEGAM-Verbundweiterbildung^{plus} seit 2013 an Bedeutung (vgl. Flum et al. 2016, S. 56). Dadurch entstand ein vielfältiger Kriterienkatalog, der für eine qualitätssichere und strukturierte Weiterbildung in der Allgemeinmedizin entscheidend ist (vgl. ebd.). Auf regionaler Ebene wird die DEGAM-Verbundweiterbildung^{plus} als „Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin“ mit den Schwerpunkten Begleitseminare, Mentorenbetreuung sowie Train the Trainer-Seminare angeboten (vgl. Steinhäuser und Chenot 2013, S. 4). Darüber hinaus ist das allgemeinmedizinische Tätigkeitsfeld von fortschreitender Subspezialisierung gekennzeichnet. Dabei kommt z.B. den Kernkompetenzen der Notfallmedizin, dem Impfwesen sowie der Palliativmedizin eine Bedeutsamkeit zu (vgl. Position der DEGAM zur zunehmenden Subspezialisierung in der Medizin 2019).

Fortbildungsangeboten für Hausärzte kommt ebenso eine wichtige Rolle zu. Insbesondere werden dabei die Patientenorientierung, die Teamorientierung sowie die transparente Finanzierung betrachtet (vgl. Position der DEGAM zur hausärztlichen Fortbildung 2011). Vor allem im Bereich der Fortbildung bei Disease-Management-Programmen empfiehlt die DEGAM die Qualitätszirkelarbeit weiterzuentwickeln (vgl. DEGAM-Positionspapier: Hausärztliche Fortbildung im Qualitätszirkel, Chancen und Risiken bei der Integration von Disease-Management-Programmen 2014). Die Quali-

tätigkeitskreislauf ist dabei von einem Transponder-System geprägt: Die Informationen werden von den teilnehmenden Hausärzten aufgenommen, bearbeitet und anschließend an diese wieder zurückgesandt (vgl. ebd.).

Die hausärztliche Versorgung ist im Sozialgesetzbuch (SGB) V verankert. Sie bildet zusammen mit dem fachärztlichen Bereich die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 Absatz (Abs.) 1 Satz 1 SGB V. Innerhalb dieser Versorgung lässt sich eine unterschiedliche Verteilung hausärztlicher und fachärztlicher Kompetenz erkennen:

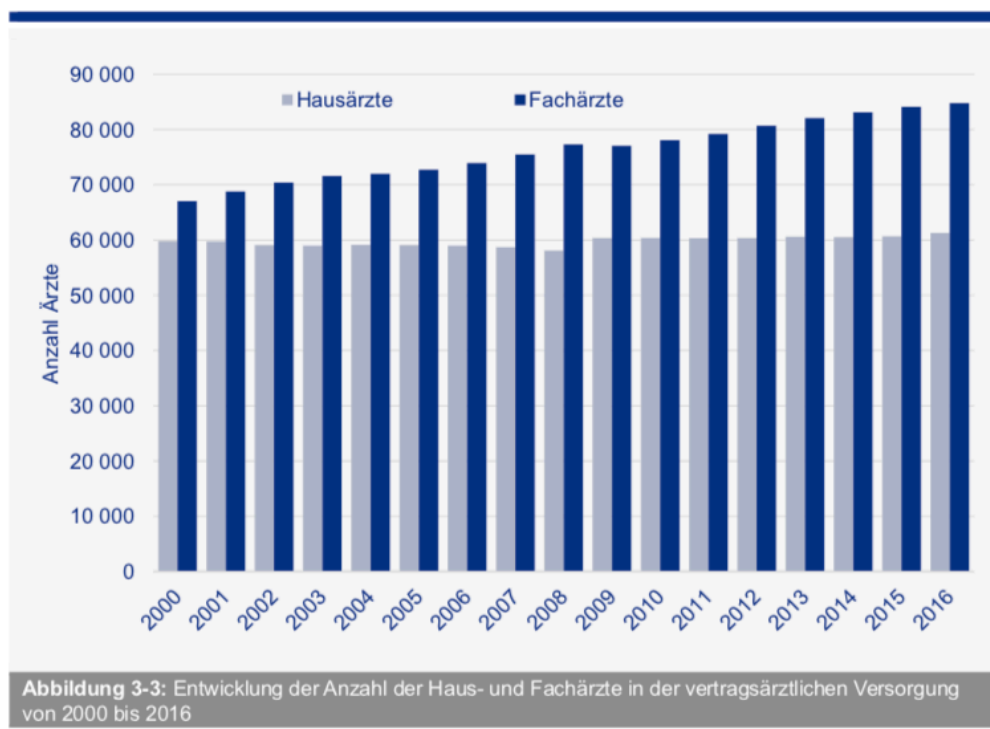


Abbildung 1: Haus- und Fachärztliche Versorgung (Quelle: Gerlach et al. 2018, S. 77)

Die vorliegende Grafik verdeutlicht innerhalb der Zeitspanne von 2000 bis 2016 eine niedrigere Anzahl an praktizierenden Hausärzten im Vergleich zu anderen Fachmedizinerinnen. Bei letzterer Medizinergruppe zeigt sich seit der Jahrtausendwende ein erkennbarer Anstieg. Bei den Hausärzten wiederum ist über die Jahre hinweg eine gleichbleibend geringere Anzahl im Verhältnis zu fachärztlichem Personal zu verzeichnen (vgl. Gerlach et al. 2018, S. 77).

Regional besteht bereits eine Unterversorgung mit Hausärzten und diese wird zunehmen, wenn man sich das mittlere Alter der niedergelassenen Hausärzte betrachtet. Nach der Statistik der Bundesärztekammer 2020 ist erkennbar, dass in der Altersgruppe von 35 bis 65 Jahren 8.763,5 Allgemeinmediziner tätig sind (vgl. Bundesärztekammer 2020, S. 32). Dabei wird die Altersspanne

von 34 Jahren bis über 65 Jahre insgesamt zugrunde gelegt (vgl. ebd.). Aktuell sind in der Bundesrepublik Deutschland 44.158 als Allgemeinmediziner tätig (vgl. Bundesärztekammer 2020, S. 4). Prognostisch werden bis 2025 voraussichtlich rund 20.000 Hausärzte zur Bedarfsabdeckung fehlen (vgl. Gerlach et al. 2014, S. 115). Hintergrund für den erkennbaren Nachwuchsmangel ist als Hauptursache die Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen als Hausarzt zu nennen (vgl. Wille et al. 2009, S. 101). Hierzu wird insbesondere die Finanzierung im Rahmen einer neugegründeten Praxis, die hohe Arbeitsbelastung und die infrastrukturell ungünstig gelegenen Standorte der Praxen gezählt (vgl. ebd.). Gerade aber die wohnortnahe hausärztliche Versorgung ist für ein gut aufgestelltes Gesundheitswesen unerlässlich (vgl. Gerlach et al. 2014, S. 115). Dazu gehört auch der Blick auf den Einsatz von Digitalisierung in Hausarztpraxen. Hierbei ist künftig noch differenzierter auf die jeweiligen digitalen Maßnahmen für die hausärztliche Versorgung zu achten (vgl. Digitalstrategie der DEGAM 2021, S. 13). Zudem wurde der Fachbereich Allgemeinmedizin in den drei Bereichen Ausbildung, Weiterbildung sowie niedergelassene Tätigkeit durch die KV`n (Kassenärztliche Vereinigung) gefördert. Gegenstand der Fördermaßnahmen der Allgemeinmedizin waren finanzielle Unterstützung von Weiterbildungsstellen, Lehrstühlen sowie von Famulaturen und PJ-Tertialen (vgl. Gerlach et al. 2014, S. 108f.) Darüber hinaus wurden Vergütungszuschläge für allgemeinmedizinische niedergelassene Tätigkeiten in unterversorgten Bereichen überlegt (vgl. ebd., S. 109).

1.1.1 Primärversorgung

Der Hausarzt spielt in der Primärversorgung die zentrale Rolle (vgl. Stock et al. 2015, S. 940). Im Rahmen der Erstbetreuung von primären Gesundheitsanliegen (vgl. Wille et al. 2009, S. 95) übernimmt der Hausarzt die Lotsenfunktion in der ambulanten Patientenversorgung (vgl. Gerlach et al. 2018, S. 436). Er agiert dabei als „Gateopener“, indem er berät und ein breites Spektrum an Behandlungsansätzen offeriert (vgl. DEGAM Zukunftsperspektiven 2012, S. 7).

Insbesondere in Gebieten, in denen wenige Krankenhäuser vorhanden sind, z.B. in ländlichen Strukturen in Westfalen, steht die hausärztliche Versorgung primär als medizinische Anlaufstelle im Vordergrund (vgl. Heuping 2020). Die positiven Auswirkungen der Primärversorgung zeigen sich in dem besseren Zugang zu benötigten Dienstleistungen, in der besseren Versorgungsqualität, dem stärkeren Fokus auf Prävention und dem frühzeitigen Management von Gesundheitsproblemen (Starfield et al. 2005, S. 474).

Über-, Unter-, sowie Fehlversorgung kennzeichnen gleichwohl die Primärversorgung unter Aspekten der Versorgungsforschung (vgl. Positionspapier der DEGAM zur geplanten Förderung der Versorgungsforschung 2014). Es bedarf dafür Maßnahmen unter konkreter zeitlicher und örtlicher Berücksichtigung, um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung im Ergebnis zu verbessern

(vgl. ebd.). Aus Sicht der DEGAM sollten zur versorgungsnahen Forschung klare Förderkriterien aufgestellt werden, die internationalen Anforderungen genügen (vgl. ebd.). Dabei sollte ein Teil der Kriterien die hausärztliche Versorgung betreffen (vgl. ebd.).

Die hausärztliche Versorgung nimmt eine entscheidende Rolle für die Gesundheitssituation der Bevölkerung ein. Gründe hierfür sind die Demografie der Gesellschaft und die damit einhergehenden Herausforderungen der häufigen Gesundheitsprobleme durch das veränderte Krankheitsspektrum (vgl. Wille et al. 2009, S. 93).

Demzufolge profitiert der Hausarzt von einer engen Vernetzung mit anderen Leistungserbringern wie z.B. mit dem ambulanten Pflegedienst. Die Teamarbeit stärkt die hausärztliche Primärversorgung (vgl. DEGAM Zukunftsperspektiven 2012, S. 5, vgl. Wille et al. 2009, S. 130).

Die Kooperation zwischen Hausärzten und der ambulanten Pflege ist für die zukünftige hausärztliche Versorgung als stabile und förderliche Rahmenbedingung unerlässlich (vgl. ebd., S. 7).

Bereits 2009 betonte der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen die interdisziplinäre Kooperation zwischen hausärztlichen und pflegerischen Behandlungsleistungen im Zusammenhang mit Präventionsmaßnahmen, der Rehabilitation, der Arzneimitteltherapie sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen (vgl. Wille et al. 2009, S. 13f.).

Die hausärztliche Versorgung ist in das Kollektiv- und Selektivvertragssystem eingebunden. Zum Kollektivvertragssystem gehören die Krankenkasse, die KV'n sowie die Ärzte der vertragsärztlichen Versorgung. Die Vergütungen der Leistungen innerhalb dieses Kollektivs werden durch Gesamtverträge nach § 82 SGB V festgesetzt.

Neben den Kollektivverträgen sind Einzelverträge/Selektivverträge zu nennen. Die Selektivverträge, auch Direktverträge genannt, wiederum kennzeichnen eine Vertragsbeziehung zwischen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern. Demnach können Krankenkassen mit verschiedenen Einrichtungen Einzelverträge zusätzlich zur Optimierung der Versorgung abschließen. Eine Teilnahme von Krankenkassen, Leistungserbringern und Patienten ist hierbei freiwillig (vgl. Laag 2020, S. 47). Im SGB V sind verschiedene Vertragstypen an Selektivverträgen normiert: U.a. § 140a SGB V (besondere Versorgung) sowie § 63ff SGB V (Modellvorhaben).

Seit 2004 besteht auf der Grundlage von § 73b SGB V die Möglichkeit sogenannte hausarztzentrierte Versorgungs-(HzV)-Verträge abzuschließen (vgl. Szecsenyi und Gerlach 2018, S. 4). Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten diese Versorgungsform als Angebot zu offerieren (vgl. Wille et al. 2009, S. 126). Bei der HzV-Versorgungsform werden Verträge zwischen den Krankenkassen sowie den einzelnen hausärztlichen Gemeinschaften geschlossen (vgl. Gerlach et al. 2018, S. 437). Im Jahr 2008 hatte die AOK-Baden-Württemberg als erste Krankenkasse einen HzV-Vertrag mit dem Hausärzterverband abgeschlossen. Der Auftakt zu weiteren Einzelverträgen/Selektivverträgen wurde damit gesetzt (vgl. Szecsenyi und Gerlach 2018, S. 4).

Im Mittelpunkt der HzV steht der Hausarzt als Koordinator für medizinische Anliegen des Patienten; durch die Teilnahme des Patienten an der HzV erklärt sich der Patient damit einverstanden bei gesundheitlichen Auffälligkeiten sich kontinuierlich zunächst an den Hausarzt zu wenden (vgl. Gerlach et al. 2018, S. 437). Es wird dabei davon ausgegangen, dass die Funktion des Hausarztes durch die HzV eine Stärkung erfährt (vgl. Laux et al. 2013, S. 378). Zudem wird durch die HzV-Versorgungsform gewährleistet, dass Hausärzte eine spezielle HzV-Vertragssoftware nutzen, regelmäßige Qualitätszirkel sowie Fortbildungen besuchen (vgl. Gerlach und Szecsenyi 2013, S. 367). Dadurch sind sie in der Lage, das Praxispersonal weiterzubilden.

Mittlerweile hat sich die Unterstützungsleistung der HzV soweit herausgebildet, dass seit 2009 die sogenannten Versorgungsassistentinnen („VERAH“) arztunterstützend tätig sind. Dabei ist unter einer „VERAH“ eine Assistentin zu verstehen, die in der Hausarztpraxis den Medizinern in den Bereichen Koordination und Management im Sinne der ambulanten Patientenversorgung, vor allem bei multimorbiden chronisch Erkrankten, Hilfestellung leistet (vgl. Deutscher Hausärzteverband 2014, S. 5). Grundlage für die Zusatzqualifikation zu einer „VERAH“ stellt eine abgeschlossene Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten (MFA) sowie eine diesem Berufsbild entsprechende längere Berufserfahrung in einer Hausarztpraxis dar (vgl. ebd., S. 10).

Zu dem Tätigkeitsfeld einer „VERAH“ gehört unter anderem (u.a.) die Durchführung von Hausbesuchen unter Delegation des Hausarztes. Sie wird dabei als Unterstützungsleistung für Diagnose-, Therapie- und Präventivmaßnahmen eingesetzt und übernimmt die Schnittstellenkoordination zwischen Hausarzt, Patient sowie anderen sozialen Berufszweigen im niedergelassenen Sektor. Unter Letztere können ambulante Pflegedienste subsummiert werden (vgl. ebd.).

Aus einer Evaluation zur HzV geht hervor, dass der Einsatz einer „VERAH“ positive Effekte für Patienten mit chronischen Erkrankungen sowie für den Hausarzt mit sich bringe. Eine „VERAH“ stellt einen zusätzlichen Ansprechpartner für chronisch Erkrankte dar und der Hausarzt wird in seiner Tätigkeit entlastet (vgl. Gerlach und Szecsenyi 2013, S. 370).

Des Weiteren wird aus einer englischen Publikation ersichtlich, dass Hausärzte gegenüber einer MFA, die eine erweiterte Rolle im hausärztlichen System einnimmt, positiv gegenüberstehen. Die Gründe hierfür liegen u.a. in der Zeitersparnis und der Arbeitszufriedenheit. Gleichwohl sollte Kriterien wie Weiterbildungsmöglichkeiten und Vergütung in diesem Kontext zukünftig nachgegangen werden (vgl. Goetz et al. 2017, S. 5).

1.1.2 Tätigkeitsfelder

Im hausärztlichen Tätigkeitsfeld nehmen die beiden größten fachärztlichen Aufgabengebiete die Allgemeinmedizin und die Fachgruppe der allgemeinen inneren Medizin ein (vgl. van den Bussche 2019, S. 1129). Gemeinsam nehmen sie die Hauptaufgabe der Primär- und Grundversorgung der Patienten wahr (vgl. DEGAM Zukunftspositionen 2012, S. 4). Im Kontext dieser originären Aufgabe weist der Hausarzt verschiedene Funktionen auf: Er diagnostiziert das Krankheitsbild des Patienten und initiiert ggf. eine Weiterleitung des Patienten zu Fachspezialisten (Filter- und Steuerfunktion), er versorgt den Patienten im häuslichen und familiären Umfeld (haus- und familienärztliche Funktion), schließlich obliegt dem Hausarzt die zentrale Koordinierungsfunktion in der Versorgung des Patienten, mittels des Hausarztes wird z.B. ein Kontakt zwischen Patient und Pflegedienst hergestellt (vgl. DEGAM 2019). Den Patientenanliegen wird durch Hausärzte größtenteils qualitativ sicher, mit konstantem Informationsfluss, schnell sowie kosteneffektiv abgeholfen (vgl. Positionspapier DEGAM zum Primärarztsystem 2018, S. 1). Aufgrund des langjährigen Kontakts zwischen Hausarzt und Patient ist der Hausarzt in der Lage, eine angemessene Bewertung der Patientenanliegen vorzunehmen. Über- und Fehlversorgung kann durch die hausärztliche Begutachtung vermieden werden (vgl. ebd.).

Das Leistungsspektrum der zu versorgenden Patienten in der Hausarztpraxis erstreckt sich über die Gebiete der Prävention, Gesundheitsförderung, Krankheitsfrüherkennung, über Akut- und Langzeitversorgung bei psychischen und chronischen Erkrankungen bis hin zu Palliativversorgung (ebd., S. 6).

Häufig gestellte Diagnosen in der hausärztlichen Versorgung stellen die Hypertonie sowie die Rückenschmerzen dar (vgl. Gerlach et al. 2018, S. 127). Neben dem dargestellten Leistungsspektrum kommt der medizinischen Dokumentation in der Hausarztpraxis eine weitere bedeutende Rolle zu; drei Elemente nach der deutschen überarbeiteten Vorlage der „International Classification for Primary Care“ (ICPC 2) der Universität Heidelberg beinhalten diese medizinische Dokumentation: Beratungsanlass, Diagnose bzw. Symptome und Behandlungsprozess (vgl. Laux 2010, S. 14f.). Die Prävalenz von Einzelerkrankungen sowie die steigende Anzahl an Komorbidität resultieren in einer hausärztlichen Routinebelastung und erfordern ein längerfristiges Management für diese Patientengruppen, die vom Hausarzt zu bewältigen ist (vgl. Wille et al. 2009, S. 100). Künftig soll dazu auch die elektronische Patientenakte (ePA) beitragen, deren Zielrichtung eine schnelle Zugriffsmöglichkeit auf die Patientendaten für den Hausarzt eröffnet, sofern der Patient einwilligt (vgl. Gerlach et al. 2021, S. 90).

1.2 Der Pflegedienst in der ambulanten Versorgung

1.2.1 Organisationsform

Ambulante Pflegedienste werden in § 71 Abs. 1 SGB XI als „*selbstständig wirtschaftliche Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in Ihrer Wohnung mit Leistungen der häuslichen Pflegehilfe im Sinne des § 36 versorgen*“ verstanden.

Grundlage für ihr pflegerisches Handeln und für die Zulassung als pflegerische Einrichtung ist der Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen nach § 72 Abs. 1 SGB XI.

Unabhängig von der gesetzlichen Regelung der Zulassung als niedergelassene Pflegeinstitution beeinflussen die strukturellen Gegebenheiten des Pflegedienstes deren Handlungsmöglichkeiten. Der Aufbau sowie die Hierarchieebenen sind dabei relevant. Es sollte ein enger Austausch zwischen den Mitarbeitern über die jeweiligen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten bestehen (vgl. Schmidt 2010, S. 97).

Das Aufgabengebiet der Leitungsebene des Pflegedienstes ist es im Allgemeinen, die Fachaufsicht sowie die Organisations- und Personalverantwortung zu übernehmen (vgl. Matzke 2014, S. 38).

Dabei spielt ihr Führungsstil im Hinblick auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter eine entscheidende Rolle (vgl. Schmidt 2010, S. 89).

Im Rahmen des Tätigkeitsfeldes eines ambulanten Pflegedienstes sind verschiedene gesetzliche Grundlagen zu beachten; Aufgabe der Leitungsebene des ambulanten Pflegedienstes ist es, dafür zu sorgen, dass die Mitarbeiter über diese hochaktuell informiert werden (vgl. Schmidt 2016, S. 95). Rechtliche Anforderungen an ambulante Pflegedienste werden u.a. durch das Altenpflegegesetz, durch die SGB's (V und XI) sowie durch die Prüfanleitung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) gestellt (vgl. ebd.).

Die Anzahl ambulanter Pflegedienste in Deutschland nimmt zu, insbesondere in städtischen Gebieten. In den Jahren vor 1980 waren in der Bundesrepublik unter 2000 Pflegedienste gemeldet; erst über diesen Zeitpunkt hinaus etablierten sich vor allem ambulante Pflegeeinrichtungen, die privat geführt wurden (vgl. Meißner 2017, S. 48). Insgesamt sind 14.700 ambulante Pflegeinstitutionen (Stand 2019) verzeichnet worden (vgl. Statistisches Bundesamt 2019). Die ambulanten Pflegedienste stehen dabei in unterschiedlicher Trägerschaft; der überwiegende Anteil an Pflegediensten wird von privaten Anbietern geführt (vgl. ebd.).

Folgende Abbildung verdeutlicht den bis dato bestehenden prozentualen Anteil, der unterschiedlich in ihrer Trägerschaft geführten Einrichtungen:

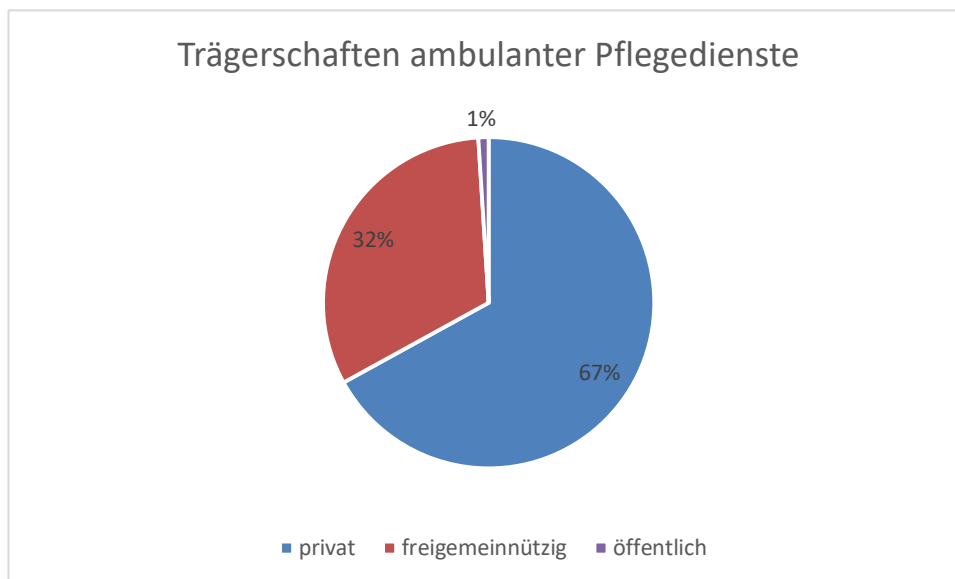


Abbildung 2: Übersicht der prozentualen Verteilung der Trägerschaften ambulanter Pflegedienste in Anlehnung an Statistisches Bundesamt 2019 (eigene Darstellung)

Konsequenz aus der Pluralität an Pflegediensten ist jedoch ebenso, dass trotz des hohen Kundenanteils kleinere ambulante Pflegeinstitutionen wegen Marktüberdeckung nicht mehr pflegerisch unternehmerisch tätig sein können (vgl. Schmidt 2016, S. 154).

Dieses Phänomen zeigt sich ebenso in ländlichen Strukturen. Dort werden kleine Pflegedienste, von größeren pflegerisch tätigen Unternehmen auf ambulanter Ebene wirtschaftlich geschwächt. Die Folge ist ihre Schließung (vgl. ebd.). Ein Pflegedienst, der ca. 50 bis 60 Pflegekunden betreut, wird als kleiner Pflegedienst eingeordnet (vgl. Schlürmann 2018, S. 117); ein mittelgroßer Pflegedienst weist einen Kundenkreis von zu pflegenden Personen mit einer Anzahl von 70 bis 150 auf, ein großer Pflegedienst kann u.a. 240 Pflegekunden versorgen (vgl. ebd., S. 133, S. 152).

Die Prüfung der Pflegequalität in den ambulanten Pflegediensten erfolgt durch den MDK sowie durch ein internes Qualitätsmanagement in der jeweiligen Einrichtung (vgl. Suhr und Büscher 2021, S. 7).

Als Interessenvertreter der Vielzahl an ambulanten Pflegediensten lassen sich Pflegeverbände dokumentieren. Sie setzen sich aus privaten Pflege- sowie Wohlfahrtsverbänden zusammen; letztere zeichnen sich neben ihrer Interessenvertretung ebenso durch die Koordination von Dienstleistungen aus (vgl. Schmid und Mansour 2007, S. 244). Diese Dienstleistungen zielen nicht auf kommerziellen Gewinn ab, sondern auf soziale Aspekte (vgl. ebd., S. 245).

1.2.2 Behandlungsfelder

Die ambulante Pflege ist aktuell ein unverzichtbarer Teil des Gesundheitswesens (vgl. Meißner 2017, S. 48). Sie ist damit zentrales Instrument zur optimalen Patientenversorgung.

Der internationale Ethikkodex des „International Council of Nurses“ für Pflegende gibt die pflegerische Qualität für professionelle Pflege vor. Auf deutscher Ebene wird er vom Deutschen Bundesverband für Pflegeberufe weitergegeben (vgl. Suhr und Büscher 2021, S. 6).

Ein ambulanter Pflegedienst sollte von vielfältigen Merkmalen gekennzeichnet sein, vor allem von einem flexiblen Umgang bei auftretenden Veränderungen sowie durch einen hohen Weiterbildungsgrad. Ein Pflegedienst sollte ebenfalls durch folgende wichtige Aspekte charakterisiert sein: Die Angestellten sind Pflegefachpersonen, es existiert ein breiter Leistungsumfang, es gibt feste Ansprechpersonen, es besteht eine Erreichbarkeit, es erfolgt eine Reaktion auf Beschwerden, Pflegestandards werden angewandt, individuelle Wünsche finden Berücksichtigung und die Arbeitsweisen sind von Offenheit geprägt (vgl. ebd., S. 42).

Im Folgenden wird das vielschichtige Tätigkeitsprofil des ambulanten Pflegedienstes dargestellt:

Das Spektrum der Aufgaben eines ambulanten Pflegedienstes im häuslichen Kontext umfasst sowohl pflegerische, Betreuungs- als auch Haushaltstätigkeiten. Grundlage dafür stellt ein Pflegevertrag zwischen Ihnen und der pflegebedürftigen Person bzw. deren Vertreter in schriftlicher Form dar (vgl. ebd., S. 4f.).

Das Aufgabengebiet des ambulanten Pflegedienstes umfasst pflegerische Leistungen sowohl nach SGB V als auch nach SGB XI. Die *häusliche Krankenpflege*, die in § 37 SGB V festgelegt ist, kann u.a. vom Vertragsarzt verordnet werden. Gegenstand der *häuslichen Krankenpflege* sind die Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung nach § 37 Abs. 1, Satz 3 SGB V. Behandlungspflegerische Tätigkeiten werden individuell auf den Patienten ausgerichtet; zentraler Aspekt ist dabei u.a. die Wundversorgung. Durch die Behandlungspflege soll der Gesundheitszustand des Patienten optimiert bzw. nicht verschlimmert werden (vgl. GKV-Spitzenverband 2021). Die verschiedenen behandlungspflegerischen Maßnahmen verdeutlichen das breitgefächerte Leistungsspektrum der ambulanten Pflege. In der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (2021) ist die Diversität dieser Maßnahmen, u.a. Blutzuckerkontrollen, Injektionen, Infusionen, Wundversorgung sowie Medikamentenverabreichung aufgeführt; sie stellen die Kernaufgabenbereiche der Pflegefachkräfte im Rahmen der Behandlungspflege dar. Diese Tätigkeiten liegen grundsätzlich im Verantwortungsbereich des Arztes und können an Pflegefachkräfte delegiert werden (vgl. Höfert und Meißner 2008, S. 37). Bei der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt es sich um ärztlich rezeptierte pflegerische Leistungen, die als drei verschiedene Formen von der Krankenkasse nach dem SGB V finanziert werden können. Sie können in Form der Unterstüt-

zungspflege, in Form der Krankenvermeidungs- oder als Sicherungspflege abgerechnet werden (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2019, S. 12f.).

Erstere setzt als Grundlage zur Verordnung von Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung die Notwendigkeit einer Betreuung nach einem Krankenhausaufenthalt oder im Rahmen einer ernsthaften Erkrankung voraus. In diesem Zusammenhang kann auch nur die Grundpflege verordnet werden, die hauswirtschaftliche Versorgung kann nur gepaart mit der Grundpflege erfolgen.

Die ärztlich indizierte Krankenvermeidungspflege zielt auf eine pflegerische häusliche Versorgung ab, um einer Einweisung ins Krankenhaus entgegenzuwirken. Bei dieser Form kann Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung oder beide Leistungen isoliert verordnet werden. Die weiter offerierte SGB V Leistung im Kontext der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung stellt die Sicherungspflege dar. Bei dieser kann Grundpflege und/oder hauswirtschaftliche Versorgung, jedoch nur auf Basis von rezeptierter Behandlungspflege, verordnet werden. Die Möglichkeit einer Satzungsleistung ist dabei gegeben; d.h. eine zusätzliche Leistung, die von der Krankenkasse finanziert wird. Deren Ausgestaltung (Art und Umfang) ist in der jeweiligen Satzung der Krankenkasse verankert (vgl. KBV 2019, S. 13).

Die Leistungen der *häuslichen Pflege* wiederum sind im SGB XI definiert; in § 36 Abs. 1 SGB XI werden als Pflegesachleistung körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung markiert.

Je nachdem, ob der Patient gemäß SGB V oder SGB XI pflegerisch versorgt wird, werden als Finanzierung entweder die Kranken- (SGB V) oder die Pflegekasse (SGB XI) in Anspruch genommen (vgl. Höfert und Meißner 2008 S. 169).

1.3 Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten - national und international

1.3.1 Zusammenarbeit auf nationaler Ebene

Unter dem Begriff Kooperation wird bei dieser Arbeit die Ressourcenbündelung aus den jeweiligen Aufgabengebieten der beiden Gesundheitsberufe verstanden. In der Literatur wird bei dem Thema Kooperation im Gesundheitswesen zunächst von einem Abstimmungsprozess zwischen Haus- und Fachärzten gesprochen. Diese Aussagen datieren aus den 1990er Jahren, haben jedoch heute noch Geltung. Gleichzeitig beinhaltet dieser Abstimmungsprozess auch einen intensiven und effektiven Austausch zwischen Ärzten und Pflegekräften (vgl. Garms-Homolová et al. 1998, S.

1). Demzufolge setzt Kooperation eine Interaktion zwischen diesen beiden Berufsgruppen mit dem Ziel einer optimalen Patientenversorgung voraus.

Die Idee einer engeren Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflege im niedergelassenen Bereich wurde schon Ende der 1990er Jahre entworfen. Nach Auffassung des Autors Knieps aus dem Jahr 1998 sei eine Verflechtung von diesen beiden Berufsgruppen zukünftig in Form von neuen Kooperationsmodellen von hoher Relevanz. Diese sollten mit dem Ziel einer Umsetzung in die Regelversorgung verfolgt werden (vgl. Knieps 1998, S. 135). Dabei geht es auch darum, eine Neuverteilung der Aufgabenfelder von Hausärzten und Pflege im ambulanten Bereich anzustoßen und damit gleichzeitig ein verändertes Rollenbild zu schaffen. Dieser Ansatz - neue Versorgungsformen in der Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten zu konzipieren - wird aktuell erneut in der Wissenschaft aufgegriffen (vgl. Laag 2020, S. 39).

Bereits die Autoren des Sachverständigenrates (2009) postulieren ebenso die Dringlichkeit einer engen Verzahnung zwischen den beiden Professionen Medizin und Pflege im ambulanten Bereich angesichts des erhöhten Vorkommens an Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld (vgl. Wille et al. 2007, S. 21ff.).

Die Kooperation von niedergelassener ärztlicher sowie pflegerischer Tätigkeit ist zur Aufrechterhaltung einer patientenorientierten Versorgung vor dem Hintergrund wirtschaftlicher und personeller Einsparungen im Gesundheitswesen zwingend geboten. Insbesondere Probleme in der zukünftigen Versorgung weisen darauf hin, dass eine kooperierende Mitarbeit von Arzt und Pflege in beiden Sektoren (stationär und ambulant) von zentraler Bedeutung sei (vgl. Höfert und Meißner 2008, S. 147).

Das Leistungsspektrum des Hausarztes sowie des Pflegedienstes sollte ineinandergreifen, um die jeweiligen Arbeitsabläufe und Strukturen zu verbinden. Insbesondere in der Palliativmedizin ist eine enge Verbindung zwischen Hausärzten und Pflegediensten von großer Wichtigkeit; Pflegekräfte weisen auf die Notwendigkeit hin, mit dem Hausarzt zum Behandlungsbeginn des Patienten so früh wie möglich in Kontakt zu treten (vgl. Danielsen et al. 2018, S. 5). Ebenso verdeutlichen die Hausärzte die Unabdingbarkeit der Kooperation mit Pflegefachkräften in der Palliativversorgung aufgrund ihrer hohen pflegerischen Kompetenz in diesem Bereich (vgl. ebd., S. 8). Aufgabe des Hausarztes ist es, die Verschiedenheit an diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen für den Patienten an- bzw. zu verordnen; der Pflegedienst unterstützt bei der Umsetzung dieser hausärztlichen Vorgaben (vgl. Höfert und Meißner 2008, S. 147f.). Eine Rechtsbeziehung besteht zwischen dem Hausarzt und dem ambulanten Pflegedienst nicht. Vertragliche Beziehungen liegen zwischen Pflegedienst und Patient bzw. Krankenkasse sowie zwischen Patient und Hausarzt vor (vgl. ebd., S. 173).

Wenn Hausärzte und Pflegefachkräfte enger durch spezielle gemeinsame Fallbesprechungen etc. interagieren, führt dieser Synergieeffekt zu einer reibungslosen und effektiven Patientenbetreuung (vgl. ebd., S. 148). Ebenso ergibt sich eine optimale Zusammenarbeit von Hausärzten und ambulanten Pflegediensten, wenn letztere einen genauen Kenntnisstand darüber haben, wie Hausärzte das Arbeiten mit ihnen sowie die Patientenversorgung planen (vgl. Palesch 2016, S. 40). In der Literatur werden jedoch auch die Herausforderungen in der sich überschneidenden Arbeitsweise von Hausärzten und ambulanten Pflegediensten genannt (vgl. ebd.):

- 1) Die Hausärzte halten häufig an einem starken Hierarchiedenken fest, sodass der partnerschaftlicher Umgang erschwert wird.
- 2) Die Anweisungen des Arztes sind von den Pflegenden zu befolgen, auch wenn sie eine andere fachliche Auffassung vertreten.
- 3) Die Behandlungspflege wird von einigen Ärzten an Angehörige delegiert.
- 4) Die Erreichbarkeit des Hausarztes ist an Wochenenden und Feiertagen nicht sichergestellt, die Pflegebedürftigen sind dem Bereitschaftsdienst nicht bekannt.
- 5) Aus Kostengründen erfolgt oftmals z.B. das Verschreiben bestimmter Medikamente nicht.

Als weiteres Hindernis in der Beziehung zwischen Hausarztmedizin und ambulanter Pflege wird der Personalwechsel gesehen; die niedergelassene Ärzteschaft bewertet in der Kooperation mit Pflegekräften die Personalfluktuaton bei der ambulanten Pflege als kritisch (vgl. Garms-Homolova´ 1998, S. 117).

Wie oben beschrieben fand bereits in den neunziger Jahren das Spannungsfeld zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten gesellschaftliche Aufmerksamkeit: Es wurde ein Konzept für das Zusammenwirken der medizinischen und pflegerischen Komponente im ambulanten Sektor erarbeitet; angestoßen wurde das Projekt vom damaligen Hausärzterverband (BNA) mit der Zielsetzung des Interagierens zwischen pflegerischem und medizinischen Engagements zur Durchsetzbarkeit gegenüber dem stationären Sektor (vgl. Clade 1995, S. 19).

Der BNA betonte, dass diese Zusammenarbeit ein „[...] wettbewerbsfähiges Gegengewicht zum Expansionsdrang der Krankenhäuser darstelle“ (ebd., S. 20). Er bezeichnete auch die Wichtigkeit des einvernehmlichen Handels der beiden Berufsgruppen vor dem Hintergrund der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege (vgl. ebd.). Diese Intention einer qualitativen hochwertigen Versorgung durch die Symbiose aus medizinischer und pflegerischer Tätigkeit im niedergelassenen Bereich wurde unter der Bezeichnung „Interprofessionalität und Qualität“ in der Zeitschrift *Dr. med. Mabuse* (Zeitschrift für Gesundheitsberufe) ähnlich publiziert. Ein interprofessionelles Inei-

nergreifen von Medizin und Pflege ist unabdingbar, um belastbare Qualitätsergebnisse in den Dienstleistungen zu erzielen (vgl. Siebolds und Weidner 1998, S. 49).

Zudem wurde im Jahr 2011 zur Zusammenführung zwischen medizinischer und pflegerischer Tätigkeit auf niedergelassenem Terrain in Form eines „Integrierten Versorgungsvertrages Pflegeheim“ in Baden-Württemberg ein Ansatz entwickelt (vgl. Rieser 2012, S. 132, vgl. ohne Verfasser (o.V.) 2011, S. 111). Gegenstand dieses Vertrages war das Zusammenwirken der beiden Akteure mit dem Ziel, ältere Patienten in Pflegeheimen besser ärztlich zu versorgen, sodass für sie Kosten durch teure Krankenhausaufenthalte entfallen (vgl. ebd.).

Ferner zielt der heutige Deutsche Hausärzteverband und der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste auf berufsübergreifende Lösungen für die Versorgung ab, in denen eine Kooperation zwischen Hausarztpraxen und Pflegeeinrichtungen und eine Kooperation zwischen Hausarztpraxen und ambulanten Pflegediensten stattfindet (vgl. ebd.). Ziel dieser Vereinigung ist die bessere Versorgung der Patienten und damit verbunden eine Reduzierung sowie Vermeidung ihrer Krankenfahrten sowie Krankenhausaufenthalte (vgl. ebd.). Vor diesem Zielhintergrund beteiligten sich an dieser Integration ebenso die Leistungsträger, in diesem Fall die Allgemeinen Ortskrankenkassen (vgl. ebd.).

1.3.1.1 Voraussetzung für die Zusammenarbeit nach gesetzlichen Vorgaben

In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA's) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer (Nr.) 6 SGB V ist die Verordnung von häuslicher Krankenpflege normiert. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern (u.a. Vertragsarzt sowie Pflegedienst) wird in § 7 der Richtlinie des G-BA's über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) festgeschrieben (vgl. GKV Spitzenverband 2021). Die Hausärzte übernehmen die Koordinierungsfunktion für ihr Zusammenwirken mit den ambulanten Pflegediensten (vgl. Häusliche Krankenpflege-Richtlinie 2021 § 7 Abs. 1 Satz 1, KBV 2019, S. 9). Je nach örtlicher Struktur (städtisch oder ländlich) kommuniziert der Hausarzt mit mehreren Pflegediensten, ebenso tritt der einzelne Pflegedienst mit vielen Hausärzten in Kontakt.

Nach der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie sowie den Grundlagen der KBV findet der Austausch zwischen Hausärzten und den ambulanten Pflegediensten über die pflegerischen Maßnahmen des Patienten statt (vgl. ebd., KBV 2019, ebd.).

Zu den Aufgaben des Pflegedienstes gehört bei Auffälligkeiten im Pflegebefund, den jeweiligen Hausarzt darüber zu informieren (vgl. Häusliche Krankenpflege-Richtlinie 2021 § 7 Abs. 2, Satz 1, vgl. KBV 2019, S. 11). Der Hausarzt reagiert auf die an ihn herangetragenen Veränderungen durch

den Pflegedienst und leitet darauf hin medizinische Maßnahmen ein (vgl. ebd., vgl. KBV 2019, S. 9).

Die regionale Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegediensten kann auch in sogenannten Praxisnetzen Berücksichtigung finden. Diese Praxisnetze repräsentieren zwar einen Verbund an Vertragsärzten und Psychologischen Psychotherapeuten, dennoch können unter besonderen Voraussetzungen Angehörige anderer Heilberufe ins Netz aufgenommen werden (vgl. KBV 2015, S. 5). Primäres Ziel beim Praxisnetz ist es, die regionale Patientenversorgung qualitativ zu verbessern sowie den Austausch der Ärzte untereinander zu verstärken (vgl. ebd., S. 1). Die Netzwerkarbeit bedarf einer Anerkennung durch die KV'n; die gesetzliche Grundlage ist in § 87 b SGB V normiert. Ebenfalls dort ist in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V die Möglichkeit einer speziellen Vergütungsregelung für diese Strukturen gegeben.

1.3.1.2 Aktuelle Studienlage

Verschiedene Projekte zur Heimversorgung zwischen Hausärzten und Pflegeeinrichtungen liegen auf gesundheitspolitischer Ebene vor. Als Ziel wird die Konzeption einer Kooperationsarchitektur angestrebt (vgl. Laag 2020, S. 40). Dieser Begriff wurde in der Literatur gewählt, da Kooperationsaspekte bei den meisten Projekten behandelt werden (vgl. ebd.). Allen Projekten ist die Intention einer optimalen Patientenversorgung gemeinsam. Es soll eine Verbesserung der Versorgung erreicht werden, zu der auf der politischen Ebene weitere Entwicklungen voranzubringen sind. Diesbezüglich zeigen sich im Bundesministerium für Gesundheit Ansätze durch die sogenannte Konzertierte Aktion Pflege (vgl. Laag 2020, S. 40). Durch sie soll die Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich strategisch eingeleitet werden (vgl. ebd.).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Einteilung der Projekte zur Verbesserung der Pflegeheimversorgung in Handlungsfelder und Kategorien:

Das Handlungsfeld „Kooperationsarchitektur“ besteht aus den beiden Kategorien „Kooperation“ und „Krankenhausvermeidung“. Die Kategorien „Bedarfsobjektivierung“, „Qualitätssicherung“ und „Kompetenzerweiterung Pflege“ werden dem Handlungsfeld „Rahmenbedingungen“ zugeordnet.

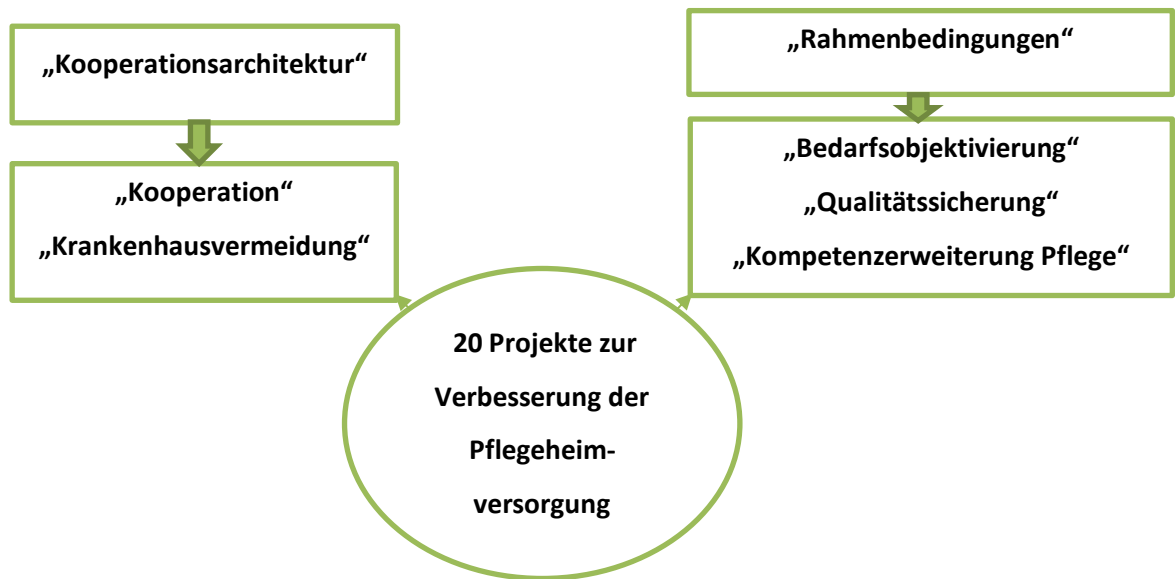


Abbildung 3: Projekte zur „Kooperationsarchitektur“ und „Rahmenbedingungen“ (vgl. Laag 2020, S. 42) (eigene Darstellung)

Es liegen aktuell 20 Projekte zu den Handlungsfeldern „Kooperationsarchitektur“ und „Rahmenbedingungen“ vor. Diese Projekte haben die Verbesserung der Pflegeheimversorgung zum Inhalt (vgl. Laag 2020, S. 40). Neun Projekte („CoCare“, „DAVOS“, „ESC+“, „Heimärzte Lingen“, „Interprof ACT“, „KVWL Verträge Pflegeheim“, „OBERBERG-FAIRsorgt“, „SaarPHIR“) von diesen haben den Schwerpunkt auf der Kategorie „Kooperation“. Daneben befinden sich vier Projekte („HOMERN“, „NOVELLE“, „Optimal@NRW“, „PSK“) in der Kategorie „Krankenhausvermeidung“.

Zwei Projekte im Handlungsfeld „Rahmenbedingungen“ („MVP-STAT“, „PsoGero“) werden in die Kategorie „Bedarfsobjektivierung“ eingeordnet. In der Kategorie „Qualitätssicherung“ befinden sich drei weitere Projekte („BEVOR“, „HEIMEINTRITT VERMEIDEN“, „QMPR“). Die Kategorie „Kompetenzerweiterung Pflege“ zeigt zwei Projekte („EXPAND CARE“, „MFP“) auf.

Ziel ist es, die Erkenntnisse aus all diesen Projekteinheiten zu einem Gesamtentwicklungsplan zu verfestigen. Folgende Eckpfeiler sind dabei von Bedeutung (vgl. Laag 2020, S. 47):

1. Kooperationsarchitektur
2. Objektivierung des Versorgungsbedarfs
3. Qualitätssicherung
4. Kompetenz- und Stellenprofile für Pflegefachkräfte

Eine Gesamtevaluation bleibt abzuwarten.

Eröffnete Möglichkeiten zur Stärkung für verschiedene Kooperationsmodelle bzw. Kooperation zwischen einzelnen Leistungserbringern werden auf der Grundlage des § 140a SGB V (Selektivverträge) gesehen. Es haben sich Modelle für psychische Kranke herausgebildet. Diese Netzwerke bestehen aus verschiedenen Leistungserbringern der ambulanten Versorgung (vor allem Sozialarbeiter, Krankenpfleger und Psychologen). Aus Evaluationsstudien, in denen Befragungen zur Zusammenarbeit innerhalb der Netzwerke (interne Kooperation) als auch außerhalb des Netzwerks (externe Kooperation) stattfanden, gehen folgende Ergebnisse hervor:

Interne Kooperationen sind von flachen Hierarchien und Wertschätzung geprägt, externe Kooperationen wiederum zeichnen sich durch zu viel Bürokratie und mangelnde Ressourcenbündelung aus (vgl. Ruppert et al. 2017). Als zentrale Aussage kann festgehalten werden, dass ein direkter Zusammenhang zwischen einer gelingenden Kooperation und einer verbesserten Versorgungsqualität besteht (vgl. ebd.). Eine Koordination der Versorgungsstrukturen ist erforderlich; den Kooperationspartnern komme die Aufgabe zu, eine enge Zusammenarbeit auf die Nutzung einer gemeinsamen Plattform und auf Qualitätszirkel in regelmäßigen Abständen auszurichten (vgl. ebd.).

Das Zusammenwirken der Berufsfelder der Hausärzte sowie der ambulanten Pflegedienste erlangt durch aktuelle Projektarbeiten hierzu in Niedersachsen Nds sowie in Nordrhein-Westfalen (NRW) ebenso zunehmende Bedeutung. In diesem Kontext kann in Nds das „Telemedizin- und Pflegeprojekt in Gifhorn“ festgehalten werden. Telemedizin hat die Erbringung von medizinischen Leistungen mittels Informations- und Kommunikationskanälen über räumliche Entfernungen oder mit Zeitversatz zum Ziel; dabei werden vielfältige ärztliche Versorgungskonzepte zur Umsetzung angewandt (vgl. Bundesärztekammer 2021). Das Projekt zielt auf eine enge Vernetzung von hausärztlichem und pflegerischem Interagieren dergestalt ab, dass der Pflegedienst ärztliche Aufgabenbereiche (z.B. EKG-Messung) übernimmt und die medizinisch gewonnen Daten mittels elektronischem Datentransfer an die jeweiligen Hausärzte übersendet. Durch diese Form der Verknüpfung hausärztlicher und pflegerischer ambulanter Versorgung kann Doppeluntersuchungen bei Patienten mit identischer Diagnose entgegengewirkt werden, und Hausärzte werden in ihrem Arbeitspensum entlastet. Dieser Ansatz wirkt sich ebenso positiv auf die Problematik des Mangels an niedergelassenen Ärzten und die damit verbundenen versorgungsbedingten Herausforderungen aus (vgl. Homepage Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021). Ein abschließender Evaluationsbericht zum Projekt liegt derzeit noch nicht öffentlich vor.

Einen Überblick über die vielfältigen Projektarbeiten zum Thema „Vernetztes Agieren zwischen Hausärzten und Pflegediensten“ bietet die Internetpräsenz des Landkreises Osnabrück. Dabei werden auch durch Drittmittel geförderte Projekte aufgelistet, vgl. z.B. „eMedCare“ (vgl. Homepage Landkreis Osnabrück 2021). Ziel dieses Projekts ist, die Schnittstelle der ärztlichen und pflegerischen Leistungen durch eine digitale Plattform vor dem Hintergrund der alternden Bevölkerung zu gewährleisten. (vgl. ebd.). Vor allem in ländlichen Regionen soll mittels eines verbesserten Informationsaustausches im Rahmen der Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten die Versorgung optimiert werden (vgl. ebd.).

In NRW lässt sich das Projekt „Ärzte und Pflegedienste in Nordrhein wollen Versorgung gemeinsam sichern“ für eine verflechtende Beziehung zwischen Hausärzten und Pflegediensten vermerken. Primäres Anliegen ist hier ebenso die flächendeckende ambulante Patientenversorgung sicher zu gestalten; verstärkt erwähnt wird dabei die Versorgung von Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld. Vergleichbar mit dem Vorhaben in Nds wird an dieser Stelle die Möglichkeit eines erweiterten Spektrums an delegationsfähigen Leistungen an Pflegedienste sowie die ärztliche Entlastung dargelegt. Durch den kommunikativen Austausch zwischen Medizinerinnen und Pflegefachkräften wird die pflegerische Versorgung einem Optimierungsprozess unterzogen (vgl. Hausärzteverband Nordrhein 2019).

1.3.2 Interaktion auf internationaler Ebene

1.3.1.2 Praktizierte Versorgungskonzepte

Aus der internationalen Perspektive zur Verflechtung zwischen hausärztlicher und pflegerischer Versorgung geht hervor, dass in Deutschland eine fokussierte Arztzentrierung durch die ärztliche Kernkompetenz im SGB V zu erkennen ist. In § 15 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird die ärztliche Behandlung wie folgt definiert: *„Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht [...]“*. Durch die Umsetzung dieser gesetzlichen Verankerung wird erkennbar, dass in Deutschland das Gesundheitssystem zwingend auf die ärztliche Tätigkeit und Leistung ausgerichtet ist - ohne ärztliches Hilfspersonal wie es in anderen Ländern (z.B. Großbritannien u. USA) eingesetzt wird.

Unter den pflegefachlichen Berufsbezeichnungen „Practice Nurse“ sowie „Nurse Practitioner“ bzw. „Advanced Nursing Practice“ existieren breitflächige Ansätze in unterschiedlichen Ländern bzw. Kontinenten. Dabei bedarf es weiterhin einer einheitlichen Definition von Inhalten des Berufsbildes „Advanced practices“ auf internationaler Ebene, da die Länder bisher keinen Konsens hinsichtlich der Festlegung der Rollenbilder „Advanced Nursing Practice“ erzielen konnten (vgl.

Delamaire und Lafortune 2010, S. 20). Nach bisherigem Verständnis wird unter „Practice Nurse“ eine Pflegekraft verstanden, die eine Angestellte der Hausarztpraxis oder freie Mitarbeiterin in der hausärztlich geführten Praxis ist (vgl. Pihan 2010, S. 14). Demgegenüber beinhaltet die Kernaufgabe der „Nurse Practitioner“ die Sicherstellung der primären Gesundheitsversorgung für vernachlässigte Bevölkerungsgruppen sowie die Förderung von Kontinuität der Gesundheitsversorgung auf niedergelassener Ebene (vgl. ebd., S. 15).

Diese Pflegenden agieren sowohl in den Hausarztpraxen selbst als auch im Rahmen von Hausbesuchen unterstützend zur ärztlichen Tätigkeit: „Practice Nurses“ sind in Großbritannien und Neuseeland, Australien sowie den Niederlanden tätig. Ihre Aufgaben umfassen im Wesentlichen die Versorgung bei chronischen Erkrankungen und älteren Patienten (vgl. Pihan 2010, S. 23), dieses vor allem, weil es eine Zunahme von derartigen Erkrankungen gibt (vgl. Siebenhofer-Kroitzsch et al. 2016, S. 47). Insbesondere in Australien arbeiten sie auch im Case Management und damit in einer koordinierenden Funktion (vgl. ebd., S. 40). In den oben genannten (o.g.) Ländern werden Krankheitsbilder wie die Lungenerkrankung COPD, Diabetes mellitus sowie Asthma repräsentiert. „Practice Nurses“ fungieren dabei als sog. „Praxisunterstützer“, die im Schwerpunkt Beratung, Kontrolluntersuchungen sowie präventive Hausbesuche durchführen (vgl. ebd., S.22).

„Nurse Practitioner“ hingegen arbeiten in Kanada, USA, Finnland, Großbritannien sowie Niederlande. Speziell in Großbritannien fungieren sie als „Gatekeeper“ zusammen mit Ärzten gleichrangig in der hausärztlichen Patientenversorgung und sind befugt, ihre Patienten an Fachärzte weiterzuleiten sowie grundsätzlich die Medikation zu stellen (vgl. ebd., S. 28). In den Niederlanden sind die „Nurse Practitioner“ ebenso in der Hausarztpraxis eingesetzt; sie sind weitestgehend selbstständig in der medizinischen Behandlung und dürfen auch Patienten an andere Leistungserbringer überweisen (vgl. ebd., S. 23f.). Auch in Kanada sind „Nurse Practitioner“ in Arztpraxen tätig; sie führen ersetzend zum Arzt selbstständig medizinische Leistungen durch (vgl. Schaeffer 2017, S. 22). Bezogen auf die Arbeitsweise der „Nurse Practitioner“ in den Vereinigten Staaten lässt sich festhalten, dass diese dort eigenständig Medikamente verschreiben und Überweisungen an andere Leistungserbringer für Patienten und Familien ausstellen können (vgl. Delamaire und Lafortune 2010, S. 100). In Finnland sind sie ebenfalls der erste Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen (vgl. Schaeffer et al. 2015, S. 15).

Generell wird von der „Organisation of economics and cooperation of development“ (OECD) auf internationaler Ebene aufgrund der steigenden Beachtung der „fortgeschrittenen Krankenschwestern“ forciert, dass diese mit unterschiedlichen Schwerpunkten ausgerichtet zum Einsatz in der Gesundheitsversorgung kämen; dabei haben sich die Möglichkeiten der Substitution („*a substitution of tasks*“), also des Ersatzes der ärztlichen Tätigkeit sowie die Ergänzung zu ärztlichen Leistungen („*a supplementation of tasks*“) herausgebildet (vgl. Delamaire und Lafortune 2010, S. 22).

Letztere zielt auf eine höhere Versorgungskontinuität von chronischen Krankheiten im Krankenhaus ab (vgl. ebd.).

In Deutschland ist es noch nicht möglich die „Advanced practice Nursing“ Ansätze dauerhaft zu etablieren, da hierfür die gesetzliche Grundlage nicht vorhanden ist (vgl. Laag 2020, S. 48).

Die bereits beschriebenen Selektivverträge bieten zwar eine realisierbare Möglichkeit der Modellprojekte, können aber nicht flächendeckend genutzt werden (vgl. ebd., S. 47f.). Ein Transferweg in die Regelversorgung ist erforderlich, um hier Abhilfe zu schaffen.

Die Fokussierung der Integration von pflegerischem Personal in das hausärztliche Versorgungssystem ist in anderen Ländern weitaus etablierter; dabei wird jedoch ähnlich wie im deutschsprachigen Raum angesichts einer verbesserten Patientenversorgung die Tragweite der Zusammenarbeit zwischen hausärztlicher und ambulanter pflegefachlicher Tätigkeit publiziert.

In anderen Ländern zeigt sich mehr Bereitschaft bzw. Flexibilität bei der Übernahme ärztlicher Behandlungen durch ausgebildetes Pflegepersonal. Breitgefächerte Hintergründe liegen für die verflechtende Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Hausärzten im Ausland vor:

Hintergrund für die Etablierung der Pflegefachkräfte in das Hausärztesystem ist der dortige Ärztemangel (vgl. Schaeffer et al. 2015, S. 15). Ein weiterer bedeutender Grund repräsentiert die Professionalisierung des Berufsbildes der Pflege. Die Möglichkeit, pflegerische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, soll durch die Integration ins Primärsystem verstärkt werden. Letztlich soll die Qualität der pflegerischen Leistungen vorangebracht werden (vgl. Delamaire und Lafortune 2010, S. 18). Auch der finanzielle Aspekt spielt für den Einsatz von Pflegefachkräften in die Primärversorgung eine Rolle. Angestrebt wird durch das erweiterte Aufgabengebiet an Pflegefachkräfte eine Reduzierung der Kosten für die Patientenversorgung, da die Behandlung von teuren Ärzten durch fachlich fortgeschrittene Pfleger ersetzt werden kann (u.a. USA und Finnland) (vgl. ebd., S. 19).

Zwei ausländische Studien (vgl. Casey und Smith 1997, vgl. Foth et al. 2014) postulieren die Dringlichkeit der engeren Verflechtung zwischen Medizin und Pflege. Gründe dafür sind eine zu senkende Morbidität sowie Mortalität der Patienten und eine erhöhte Patientenzufriedenheit (vgl. Foth et al. 2014, S. 1, vgl. Casey und Smith 1997, S. 617). Die Etablierung einer Pflegefachkraft in die Grundversorgung („primary health care“) verlangt jedoch nach einer klaren Rollen- und Tätigkeitsdefinition: „*The involvement of nurses in primary care practices cannot be established without a clear definition of professional roles and fields of practice*“ (Roy und Sylvain 2004 zitiert nach Fortin et al. 2010, S. 6).

1.3.1.2 Kriterien für die Zusammenarbeit mit der Hausarztpraxis

Aus der aktuellen internationalen Studienlage geht hervor, dass verschiedene Faktoren bzw. Kriterien für eine Kooperation zwischen Hausärzten und Leistungserbringern zugrunde liegen sollten. Allen Studien gemeinsam ist, dass die optimale Patientenversorgung und die Versorgungsqualität im Mittelpunkt stehen sollte. Der hohe politische und finanzielle Druck stützt diese These (vgl. Southby und Gamsu 2018, S. 368).

Es wurde erkannt, dass das Aufgabenspektrum des hausärztlichen Versorgungssystems eine Novellierung erfahren müsse, da eine enge Koordination mit anderen Diensten erforderlich sei. Die Hausärzte identifizieren für ihre Tätigkeit einen hohen Unterstützungsbedarf mit regionalen Versorgungsinstitutionen (vgl. GP's at the Deep End 2010-2016, S. 10).

Kriterien, die für eine „gelebte“ Kooperation von zentraler Bedeutung sind, lassen sich international breitgefächert erkennen. Oftmals erwähnt wird die klare Rollenposition der „Nurses“ in der arbeitsbedingten Vernetzung mit Allgemeinmedizinerinnen (vgl. McInnes et al. 2016, S. 1965, vgl. Falana et al. 2016, S. 172). Ein definiertes Rollenbild sei entscheidend für die Aufgabenabgrenzung im Hinblick auf die Versorgung (vgl. McInnes et al. 2016, S. 1964). Mit einer klaren Aufgabenabgrenzung und der daraus resultierenden Transparenz wird wichtiges Vertrauen aufgebaut und die Eigenverantwortung gestärkt (vgl. Aerts 2019, S. 256 und 260).

Darüber hinaus wird innerhalb der Kommunikation eine Struktur und Prägnanz der Gesprächsführung gefordert (vgl. Nieuwboer et al. 2020, S. 93). Eine Handlungsempfehlung hierfür wäre ein Leitfaden, der sich an der optimalen Patientenversorgung ausrichtet und für das handelnde Personal notwendige Hilfestellungen bietet (vgl. Curtis et al. 2011, S. 17f.). Auf diesem Wege wird für die Pflegefachkräfte Sicherheit in ihrer Arbeitsweise und damit eine Berufszufriedenheit erreicht (vgl. ebd. S. 18). Dieses Modell könnte auch auf das deutsche Hausarztssystem übertragen werden. Denn Zufriedenheit des nicht ärztlichen Personals ist für eine optimale Leistungserbringung im Team unabdingbar (vgl. Goetz et al. 2011, S. 5f.).

Die hohe Relevanz der Kriterien Struktur und Prägnanz in der Kommunikation wird durch eine türkische Studie belegt. Sie zeigt deutlich auf, welche gravierenden Folgen durch eine unzureichende Kommunikation entstehen könnten (vgl. Topcu et al. 2017, S. 602f.). Dadurch würden medizinische Fehler, basierend auf mangelnder Kommunikation, entstehen. Sie sind auch auf die Spezifika der Primärversorgung übertragbar.

Demzufolge setzt eine „gelebte“ Kooperation eine regelmäßige Kommunikation zwischen den Beteiligten voraus; es erscheint sinnvoll, dabei kontinuierliche Treffen zu etablieren, denn Zeit und Raum werden als Ressourcen für eine Weiterentwicklung der Kooperation gesehen (vgl. Southby und Gamsu 2018, S. 366). Dabei ist zur Arbeitsweise nach der kanadischen Studie festzuhalten,

dass Kommunikation zur Kooperation im stationären Bereich auch die elektronische Übermittlung von Informationen durch Email-Verkehr beinhaltet. Dabei standen die reine Informationsübermittlung und die mögliche Inanspruchnahme des Arztes als Kommunikationszweck im Mittelunkt (vgl. Smith et al. 2012). Eine Studie mit Hausärzten und Pflegediensten lässt auch für die Primärversorgung erkennen, dass der Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung Beteiligten lückenlos und umfassend im Sinne des Patientenwohls erfolge. Damit steht auch die Informationsübermittlung in der Primärversorgung im Fokus (vgl. van den Bussche et al. 2013, S. 333).

In der Interaktion zwischen Hausärzten und Kooperationspartnern wird weiterhin die Teamkultur als ein wesentliches Merkmal genannt (vgl. McInnes et al. 2017, S. 623).

Eng damit verbunden ist die postulierte Abgabe von Wertschätzung für das nicht ärztliche Personal, da vorgebracht wird, dass gerade die kooperierenden Mitarbeiter in der Hausarztpraxis sich gegenüber der ärztlichen Kompetenz minderwertig fühlen (vgl. McInnes 2016, S. 1964, vgl. Southby und Gamsu 2018, S. 368).

Dies gelte deshalb, weil gerade der pflegerische Hintergrund und die Kompetenz für den Bereich der sozialen Fragestellungen sie besonders zur Ausübung ihrer Tätigkeiten befähigten (vgl. Kraus und DuBois 2016, S. 286). Damit würde auch dem international postulierten ganzheitlichen Ansatz in der Primärversorgung Rechnung getragen: „[...] *my practice strives towards the ethos of holistic health care*“ (vgl. Whitelaw et al. 2017, S.117). Diese ganzheitliche Strategie gründet sich auf die Erkenntnis der Hausärzte, unterstützende Mitarbeit zu benötigen und zur Sicherung der Versorgungsqualität die Pflege zu akzeptieren (vgl. Kimberlee 2013, S.20).

Um eine angemessene Wertschätzung zu erzielen, sollte eine fundierte Ausbildung zugrunde gelegt werden, die die Interprofessionalität der beteiligten Akteure sicherstellt (vgl. Falana et al. 2016, S. 172). Dies gilt umso mehr, da Hausärzte und Pflegepersonal unterschiedliche Berufsbilder darstellen und eine Professionalität des Pflegeberufsbildes skizziert werden sollte (vgl. McKay und Narasimhan 2012, S. 55).

Die Pflegeausbildung ist eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Kooperation (vgl. McInnes et al. 2017, S. 623). Hierbei ist zu bedenken, dass mit der Ausbildung zur optimalen Patientenversorgung eine regelmäßige Schulung und Weiterbildung des Pflegepersonals unerlässlich sei.

In diesem Zusammenhang sollten Weiterbildung und Aufstiegsmöglichkeiten für das Personal eröffnet werden (vgl. Hämel und Vössing 2017, S. 500); daraus resultiert ein Multiplikatoreneffekt für das gesamte Team.

Voraussetzung ist dabei, dass der Personalstamm in der Praxis weitestgehend konstant bleibt und eine hohe Personalfluktuatation vermieden wird, andernfalls können vertrauensvolle Beziehungen der handelnden Akteure nicht wachsen (Southby und Gamsu 2018, S. 366).

1.4 Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit

Im Fokus der vorliegenden Studie stand die Evaluation, welche Meinungen und Erfahrungen für eine „gelebte“ Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegedienste im ambulanten Bereich aus Sicht der Beteiligten erkennbar wurden und welche Möglichkeiten einer Optimierung bestanden. Von daher war es Ziel der vorliegenden Studie dazu Erkenntnisse durch ein qualitatives Forschungsdesign in Form von Interviews zu gewinnen.

Hintergrund dieser Studie stellten die Ergebnisse der Arbeit „Evaluation der Einrichtung einer Pflegeberatungssprechstunde in der Hausarztpraxis“ dar (Masterarbeit 2019). Im Ergebnisteil der Masterarbeit wurde eine verbesserte Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten eruiert, die jedoch regional auf eine niedersächsische Kleinstadt begrenzt war. Eine Ausweitung des Forschungsvorhabens auf das Flächenland Nds sowie das einwohnermäßig bevölkerungsreichste Bundesland NRW wurde daher mit dieser Studie angestrebt.

Verschiedene Projekte im Bereich der Versorgungsforschung und neuer Versorgungsformen vom Innovationsfonds des G-BA`s zur Verzahnung zwischen hausärztlichem und pflegerischem Tätigkeitsfeld zielten auf eine Verflechtung dieser Berufsfelder ab. Diese Projekte stellten breitgefächerte Interaktionsmodelle zum Zusammenwirken zwischen hausärztlichem und pflegerischem Tätigkeitsfeld dar. Es ging in allen diesen Projekten nicht explizit um Kooperation, sondern die Modelle bzw. Projekte beschäftigten sich ausführlich mit den Aspekten Substitution, Delegation sowie Integration auf hausärztlichem und pflegerisch ambulanten Gebiet (z.B. die Projekte „Ahead“, „InDePendent“ sowie „Comm4Care SAN“).

Der Forschungsschwerpunkt dieser Projekte lag nicht auf der Kooperation als Versorgungskomponente. Daher zielte diese Studie auf die Sichtweisen einer „gelebten“ Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten im ambulanten Sektor unter Berücksichtigung folgender Forschungsfrage ab:

„Welche Meinungen und Erfahrungen wurden für eine „gelebte“ Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten aus deren jeweiliger Perspektive erkennbar und welche Optimierungspotenziale wurden vorgeschlagen?“

2 Methodik

2.1 Qualitatives Forschungsdesign

„Die Verwendung qualitativer Forschungsmethoden stellt einen eigenen wichtigen Bereich innerhalb der Sozialforschung dar“ (Götz 2021, S. 37).

Als Studiendesign wurde die qualitative Methode in Form von teilstandardisierten leitfadengestützten Einzelinterviews gewählt. Dabei wurde sich an den Kriterien der COREQ-Checkliste für qualitative Forschung (vgl. Tong et al. 2007) sowie an den Gütekriterien qualitativer Forschung orientiert (vgl. Götz 2021, S. 38).

Qualitative Forschung zielt auf das Erfassen von subjektiven Sichtweisen ab. Im Kern geht es darum, einen Lebenssachverhalt aufzunehmen bzw. diesen zu reflektieren. Ziel ist eine Hypothesenbildung zu entwickeln, die auf Basis von Interpretationen unterstützt wird (vgl. Götz 2021, S. 35).

Bei dem qualitativen Forschungsprozess geht es darum, eine konkrete Situation bzw. ein Phänomen zu erforschen (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 119). Vielfältige Erhebungsarten können dafür angewandt werden: Beobachtungen, Dokumente und Interviews (vgl. Götz 2021, S. 34f.). In dieser Studie wurden im Rahmen der qualitativen Forschungsarbeit Interviews durchgeführt. In diesem Zusammenhang kann das „fokussierte Interview“ genannt werden; dabei findet eine Befragung auf Basis einer erlebten Stimulussituation (z.B. Experiment oder ein erlebtes Ereignis) der Interviewpartner statt (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 135). Als Stimulussituation im „fokussierten Interview“ können an dieser Stelle die Erfahrungen bzw. der erlebte Umgang einer Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten aus der Perspektive der Beteiligten genannt werden.

Qualitative leitfadengestützte Interviews - teilstandardisierte Interviews (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 126) - stellen die methodologische Grundlage, um inhaltsreiche Daten im Forschungsprozess gewinnen zu können (vgl. Helfferich 2014, S. 559). *Offenheit* stellt das zentrale Kriterium bei der Konzeption des Fragenkatalogs bzw. Leitfadens dar. *Übersichtlichkeit* sowie *Anschmiegen an den Erzählfluss* sind weitere entscheidende Charakteristika für die Leitfadentwicklung (vgl. ebd., S. 567). Letztlich dient der Leitfaden als „Richtungshilfe“ während des Interviewprozesses.

Die Gewinnung alleiniger Einzelaussagen der Interviewteilnehmer ohne Abstimmung mit Berufsangehörigen bildete den Schwerpunkt des Erkenntnisinteresses „zur Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten“. Verschiedenen Aussagen durch Gruppeninterviews bzw. einer gegenseitigen Beeinflussung der Interviewteilnehmer sollte damit entgegengewirkt werden. Zudem betonen Autoren den positiven Effekt des Einsatzes von Einzelinterviews (vgl. Guest et al.

2017, S. 706). Bis auf ein Gespräch wurden alle Interviews telefonisch durchgeführt. Eine weitergehende Anzahl von persönlichen Interviews konnte im Rahmen der Zeitspanne der Datenerhebung (September 2020 - April 2021) nicht umgesetzt werden, da wegen der Corona-Pandemie gravierende Einschränkungen im Praxisbetrieb herrschten. Die Bevölkerung wurde aufgerufen, jeden nicht notwendigen Kontakt zu beschränken (vgl. Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefs der Länder vom 25. November 2020). Da in der Literatur die Qualität von persönlichen Interviews mit telefonischen Interviews als vergleichbar angesehen wurde (vgl. Sturges und Hanrahan 2004, S. 116), konnte eine gute Ergebnisgrundlage erzielt werden. In der Studie mit persönlichen Interviews und Telefoninterviews konnte gezeigt werden, dass die Datenqualität trotz fehlender visueller Hinweise bei einem Telefoninterview gegeben sei, da die Teilnehmer auch auf Basis eines telefonischen Austausches im Sinnes des Forschungsansatzes befragt werden konnten (vgl. ebd., S. 114).

Der qualitative Methodenansatz diente dazu, durch die Vielzahl an leitfadengestützten Einzelinterviews mit Hausärzten und ambulanten Pflegediensten in Nds und NRW, deren Sichtweisen auf ihre Umsetzung einer „gelebten“ Kooperation aufzunehmen.

Um zu diesem Forschungsziel aussagekräftige Daten generieren zu können, wurde als Größenordnung für die Befragung ein Rekrutierungsumfang von max. 40 Einzelinterviews festgelegt.

2.2 Rekrutierung

Angestrebt wurde eine Rekrutierungszahl von jeweils zehn Hausarztpraxen und Pflegediensten in den beiden Bundesländern Nds und NRW. Auf Seiten der Hausärzte erfolgten die Interviews neben diesen mit deren Verbänden in Nds und NRW sowie mit Institutionen, die eine administrative Aufgabe im Gesundheitswesen erfüllen, jedoch nicht im Rahmen einer Patientenversorgung tätig sind. Auf Seiten der Pflegedienste waren die Interviewpartner neben den Pflegediensten selbst Wohlfahrtsverbände in Nds und NRW.

Folgende Einschlusskriterien zur Interviewdurchführung gab es: Der Hausarzt bzw. der Interviewteilnehmer aus dem ambulanten Pflegedienst sollte Inhaber der Hausarztpraxis bzw. des ambulanten Pflegedienstes sein und diese Personen sollten eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung vorweisen. Die Interviewpartner der Wohlfahrtsverbände und der Interessenvertreter der Hausärzte (Hausarztverbände und Institutionen im Gesundheitswesen) wiesen ebenfalls eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung auf und übten eine Leitungsfunktion aus.

Über verschiedene Rekrutierungswege (eigene Kontakte im medizinischen Setting) wurden im Zeitraum September 2020 bis April 2021 Möglichkeiten für die Gewinnung dieser Interviewpartner geschaffen. Mittels telefonischem Kontakt wurden die verschiedenen Interviewpartner angesprochen. Nach positiver Rückmeldung wurde ihnen via Email das Informations-

schreiben sowie die beigefügte Einwilligungserklärung mit der Bitte um unterschriebene Rücksendung zugesandt.

Ein Hausarzt wurde in Nds zunächst über einen privaten Kontakt herangezogen. Dadurch konnte aufbauend ein weiterer bzw. weitere niedergelassenen Mediziner rekrutiert werden. Aus den jeweils interviewten Hausärzten wurde somit gleich einem „Schneeballsystem“ fortlaufend Hausärzte kontaktiert. Mittels konkreter namentlicher Dateneingabe über die Internethomepage „Weisse Liste - Ihr Wegweiser im Gesundheitswesen“ ließen sich insbesondere Hausärzte in NRW ermitteln. Neben dem „Schneeballsystem“ diente ebenso die digitale Verfügbarkeit sowohl der Hausarztverbände als auch der Ärztekammern der beiden Bundesländer (Arztsuche auf Internetseite) als Ankerpunkt bei der Rekrutierung.

Die Vielfalt an ambulanten Pflegediensten wurde sowohl über den Effekt des oben beschriebenen „Schneeballsystems“ als auch über die Verbände von ambulanten Pflegediensten erreicht. Durch den digitalen Zugriff lokaler Pflegedienste in NRW und Nds wurden mittels telefonischer Anfrage darüber hinaus zielführend Leitungen ambulanter Pflegedienste als Interviewpartner rekrutiert. Die Leitungsebene der Pflegedienste zeichnete sich neben dem pflegerisch-fachlichen Wissen auch durch die kaufmännische Führungsfunktion aus.

Auch die Interessenvertreter der Hausärzte sowie die Wohlfahrtsverbände wurden telefonisch vergleichbar dem „Schnellballsysteem“ kontaktiert.

Die jeweiligen Interviewpartner gaben durch die Unterschrift auf der Einwilligungserklärung (siehe Anhang auf Seite 93) ihre Zustimmung zur Teilnahme.

Als Resümee im Hinblick auf die Rekrutierung konnte eine positive Resonanz der an der Studie teilnehmenden Interviewpartner konstatiert werden.

2.3 Datenerhebung

Im Zeitraum von Ende September 2020 bis April 2021 fand die Interviewdurchführung von Einzelinterviews statt.

Insgesamt nahmen 39 Personen an der Studie teil. Es waren 16 Hausärzte und 15 Beschäftigte von ambulanten Pflegediensten beteiligt, jeweils zwei Interessenvertreter der Hausärzte sowie jeweils zwei Ansprechpersonen von Wohlfahrtsverbänden in beiden Bundesländern. In Nds wurden neun und in NRW sieben Hausärzte interviewt. Die niedrigere Anzahl an Hausärzten in NRW resultierte daraus, dass diese stark aufgrund der Gripeschutzimpfung während der Corona Pandemie beansprucht waren (vgl. o.V. 2021, S. 382). Zum gleichen Zeitpunkt war in Nds eine flexiblere Handhabung im Rahmen der Pandemie möglich, sodass eine höhere Anzahl an Befragungen durchgeführt werden konnte.

Die Interviews mit Leitungen von ambulanten Pflegediensten setzen sich aus sieben ambulanten Pflegeeinrichtungen in Nds und acht Pflegediensten in NRW zusammen. Da die Rekrutierung über zwei Optionen („Schnellballsystem“ sowie über Pflegeverbände) erfolgte, ergaben sich systemimmanente Erweiterungen, die zu sieben Pflegediensten in Nds führten. Die Rekrutierung von acht Pflegediensten gegenüber sieben in Nds gründet sich darauf, dass es sich bei dem Bundesland NRW um das bevölkerungsreichste Bundesland Deutschlands handelt (vgl. Arntzen et al., 2018, S. 29) und folglich die Anzahl der Pflegedienste größer ist als im Flächenland Nds.

Da es im Verlauf dieser einzelnen Interviews zur Häufung wiederholter, inhaltlich identischer Aussagen in Verbindung zu vorangegangenen Einzelinterviews gekommen ist, wurden die bis dato gewonnenen Aussagen als Ergebnisse festgehalten; die inhaltliche Sättigung war an dieser Stelle erreicht.

Die Datengenerierung erfolgte durch leitfadengestützte Einzelinterviews. Durch Vorlage des erstellten Leitfadens wurde der Datenerhebung während der Interviewdurchführung Struktur vorgegeben.

2.3.1 Leitfadenentwicklung

Für die Entwicklung des Leitfadens wurden eigene Vorerfahrungen, die aktuelle Studienlage sowie die bisherige Evidenz aus bestehenden Projekten, gefördert vom Innovationsfonds des G-BA, herangezogen (siehe Anhang auf Seite 95-97). Folgende Leitfragen wurden dabei generiert:

- „Inwiefern betrachten Sie eine Kooperation als notwendig bzw. nützlich?“
- „Inwiefern betrachten Sie einen Informationsaustausch für eine Kooperation zielführend?“
- „Inwiefern betrachten Sie eine patientenorientierte Versorgung durch eine Kooperation als verbessert?“
- „Welche Finanzierungsmodelle könnten Sie sich aus Ihrer Sicht für eine Kooperation vorstellen?“
- „Welche personellen Ressourcen sind nach Ihrer Auffassung erforderlich, um eine Kooperation erfolgreich umzusetzen?“

- „Inwiefern sehen Sie die Digitalisierung als Unterstützungsmöglichkeit für eine Kooperation mit dem ambulanten Pflegedienst?“

Die literarische Verfügbarkeit (Flick 2019, Helfferich 2014, Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014) zur methodischen Vorgehensweise eines Leitfadeninterviews unterstützte die Gliederung des Leitfadens. Hierbei wurde dem Grundsatz „So offen wie möglich, so strukturierend wie nötig“ gefolgt (vgl. Helfferich 2014, S. 560).

Die Fragestellungen mündeten in einen positiven Gesprächsverlauf im Hinblick auf das Forschungsziel. Schlussfolgernd konnte festgestellt werden, dass der Leitfaden eine gute Grundlage für die Gewinnung von Aussagekraft der gewonnenen Ergebnisse bildete.

2.3.2 Interviewanmerkungen

Um Auffälligkeiten sowohl bezogen auf die Interviewteilnehmer als auch auf die sprachlichen und inhaltlichen Gesprächsmerkmale festhalten zu können, wurden vor, während sowie nach der Interviewdurchführung Anmerkungen bzw. Notizen erstellt.

2.3.3 Methode: Einzelinterviews

Durch die eröffnete Möglichkeit der Interviewdurchführung fanden jeweils Einzelinterviews statt. Aufgrund der Corona Pandemie und der damit verbundenen Kontaktbeschränkungen wurden zunächst die Vielzahl an Interviews per Telefon abgenommen. Vor Beginn des Interviews wurde dem Interviewteilnehmer der Ablauf beschrieben; ihm wurde mitgeteilt, dass die Forschende zu sechs Themenbereichen eine Frage stellt. Je nach Äußerung des Interviewpartners individuell im Sinne des Forschungsziels könne nachfragt werden. Der zeitliche Rahmen der durchgeführten Interviews erstreckte sich auf eine Zeitspanne von 20 bis 40 Minuten. Zum Abschluss der Befragung wurde dem Interviewpartner die Möglichkeit einer ergänzenden Meinungsäußerung zur Thematik „Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten“ eröffnet.

Sowohl die telefonischen Einzelgespräche wie auch das persönliche Einzelinterview wurden mittels „Digital Voice Recorder“ von Olympus auditiv aufgenommen.

2.4 Datenaufbereitung und Datenanalyse

2.4.1 Transkription

Das Erkenntnisinteresse des Forschungsvorhabens lag darin, Meinungen und Erfahrungen für eine „gelebte“ Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten auf niedergelassener Ebene herauszuarbeiten. Folglich ging es bei dem Transkriptionsprozess um die inhaltlichen Aspekte der Interviews. Anhand der orthografischen Transkriptionsmethode wurden die Audioaufnahmen der Interviews verschriftlicht; dabei wurden bestimmte Transkriptionsregeln in Anlehnung an die Transkriptionscheckliste des Autors Kuckartz (2018, S. 167) berücksichtigt, die im Anhang auf Seite 98 konkret hinterlegt ist.

Um die Pseudoanonymisierung bei der Transkription zu gewährleisten, wurden die einzelnen Interviewteilnehmer entsprechend ihres Berufes mit den Abkürzungen „HA“ (Hausärzte), „PF“ (Leitungsverantwortliche der ambulanten Pflegedienste), oder „IWHÄV“ (Interviewpartner Hausärzterverband), „IWG“ (Interviewpartner Institutionen im Gesundheitswesen sowie „IWWOHL“ (Interviewpartner Wohlfahrtsverbände) bezeichnet. Der jeweiligen Abkürzung wurde zusätzlich eine Nummer zugeordnet, sodass insgesamt eine Übersichtlichkeit während des Transkriptionsprozesses gegeben war. Die Interviewerin erhielt die Abkürzung „I“.

Die transkribierten Interviews dienten als Grundlage zur nachfolgenden Datenanalyse.

2.4.2 Datenanalyse

Um die transkribierten Daten für eine qualitative Inhaltsanalyse zu verwenden, wurden zunächst die zentralen, aussagekräftigen Äußerungen mit Anmerkungen und Auswertungsideen versehen. Die Transkripte wurden zunächst unabhängig voneinander von der Doktorandin sowie der Soziologin und Versorgungsforscherin Frau Prof. Dr. Götz kodiert. Regelmäßige Diskussionen in Gesprächsrunden fanden mit dem Ziel statt, am Ende der Auswertung ein einheitliches Kategoriensystem darstellen zu können.

Die Auswertung der Transkripte erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (vgl. 2015, S. 85). Anhand des Leitfadens wurden neben der deduktiven Kategorienbildung ebenso induktive Kategorien während des Auswertungsprozesses generiert. Deduktive Kategorien setzten eine Zuordnung von einzelnen Textstellen des Materials zu bereits vorher festgelegten Themen bzw. Theoriekonzepten voraus (vgl. ebd.). Unter einer induktiven Kategorienbildung wurde die direkte Ableitung der Kategorien aus dem Material hin zu verallgemeinernden Aussagen verstanden ohne einen Bezug auf vorher festgelegte Themenbereiche herzustellen (vgl. ebd.).

Zur Veranschaulichung der wesentlichen Aspekte wurden Ankerbeispiele aus den Interviews aufgeführt. Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht anhand eines Beispiels den Auswertungsprozess des transkribierten Datenmaterials in Anlehnung an Mayring (2015):

| Themenbereich | Oberkategorie | Unterkategorie | Ankerbeispiel |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nutzen einer Kooperation mit ambulanten Pflegediensten für hausärztliche Leistungen | Einstellungen zur Kooperation | Relevanz Kooperation | „[...] Um die Kontinuität der Behandlung zu wahren und eben überhaupt eine Behandlung fortführen zu können.“ (vgl. HA 1). |

Tabelle 1: Auswertungsschema

Eine genaue Beschreibung des Kategoriensystems ist im Anhang aufgeführt. In diesem Dokument werden jeweils die Ober- und Unterkategorien repräsentiert; um eine gute Nachvollziehbarkeit sowie ein Verständnis für die Bedeutung der Oberkategorien, die als Basis für die nachfolgenden Unterkategorien anzusehen sind, zu erhalten, wurden die entwickelten Oberkategorien stichpunktartig definiert (siehe Anhang auf Seite 99).

2.5 Gütekriterien qualitativer Forschung

Als Hauptgütekriterium im Zusammenhang mit der qualitativen Forschungsarbeit ist *die Intersubjektive Nachvollziehbarkeit* festzuhalten (vgl. Przyborski und Wohlrab-Sahr 2014, S. 401). Es geht dabei um die Plausibilität der inhaltlichen Analyse der transkribierten Aussagen.

Dieses Gütekriterium kann auf diese Forschungsarbeit angewandt werden: Anhand der beschriebenen methodischen Vorgehensweise für die Durchführung der Interviews (Auswahl Interviewpartner und Leitfadenerstellung) sowie der anschließenden Datenaufbereitung und Auswertung der Interviews (Transkriptionen und qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring) kann eine Übertragung von *intersubjektiver Nachvollziehbarkeit* auf die qualitative Forschung dieser Arbeit festgehalten werden.

Neben diesem Hauptkriterium im Rahmen der Prüfung der Qualität der qualitativen Forschungsarbeit lassen sich aus der literarischen Vielfalt weitere relevante Gütekriterien anführen: U.a. *Biografischer Hintergrund, Kohärenz* (vgl. Steinke et al. 2019, S. 330) sowie Gütekriterien der internen Studiengüte (Kuckartz 2018, S. 204):

Biografischer Hintergrund:

Die Doktorandin setzte sich im Kontext ihrer Masterarbeit ebenfalls mit der Thematik „Zusammenwirken zwischen Hausarzt und Pflegedienst“ auseinander. Gegenstand der Masterarbeit stellte das Evaluationsprojekt „Evaluation einer Pflegeberatungssprechstunde in einer Hausarztpraxis“ dar. Auf Grundlage dieser Evidenzgenerierung und dem damit verbundenen Fachwissen zu diesem Forschungsthema wurde die Doktorandin in der Lage versetzt, die Interviewdurchführung im Sinne des Forschungsziels positiv zu beeinflussen.

Kohärenz:

Die Stimmigkeit der empirischen Daten bildete die Grundlage für dieses Gütekriterium. In dem Zusammenhang wurde geprüft, ob Widersprüche bei den gewonnenen Daten sowie der Analyseeinheiten vorliegen. An dieser Stelle wurden nach Überprüfung der inhaltlichen Logik keine Inkonsistenzen bei dieser Arbeit festgestellt.

Gütekriterien der internen Studiengüte:

Der Autor Kuckartz empfiehlt die Anwendung der internen Gütekriterien mit der Begründung, den Forschungsprozess insgesamt nachvollziehbar abzubilden. Zu den internen Gütekriterien zählen nach seiner Auffassung Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit, Verlässlichkeit, Regelgeleitetheit, intersubjektive Nachvollziehbarkeit sowie Auditierbarkeit etc. (vgl. Kuckartz 2018, S. 204).

Die detaillierte Beschreibung der methodischen Vorgehensweise sowie die anschließende Darstellung der Kategorienanwendung im Rahmen des Auswertungsverfahrens legten dem Leser das Forschungsgeschehen dieser Arbeit transparent dar.

2.6 Ethikvotum

Die Studie erhielt am 06.08.2020 nach Prüfung der Ethikkommission ein positives Ethikvotum (siehe Anhang auf Seite 101) von der Universität zu Lübeck (20-278). Demzufolge lagen keine Bedenken in berufsethischer, berufsrechtlicher sowie medizinischer Sicht vor. Somit konnte die Durchführung der qualitativen Forschungsarbeit vorgenommen werden. Nach der Rekrutierungsmaßnahme wurden die Teilnehmer vor Beginn der Interviewdurchführung jeweils mittels eines Dokumentes, welches ein Informationsschreiben und die Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie beinhaltete, aufgeklärt.

Mit der Unterschrift der Einwilligungserklärung dokumentierten sie die freiwillige Teilnahme an der Studie. Die generierten Daten (soziodemografische sowie inhaltsanalytische Ergebnisse) wurden pseudoanonymisiert bearbeitet und ausgewertet.

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

3.1.1 Hauptakteure Hausärzte/ Interessenvertreter Hausärzte

Für die Teilnahme an der Studie konnten insgesamt 16 Hausärzte gewonnen werden.

Die Geschlechterverteilung zeigte ein hälftiges Verhältnis (8 weiblich und 8 männlich). Die Altersspanne der teilnehmenden Interviewpartner lag zwischen 37 (Minimum) und 72 Jahren (Maximum), Mittelwert von 54 Jahren. Der Mittelwert der Berufsjahre lag bei 17,5 Jahren. Sieben Hausärzte konnten in städtischen Gebieten, neun Ärzte im ländlichen Kreis befragt werden (Tabelle 2).

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung Hauptakteure Hausärzte (N=16)

| Soziodemografische Daten | | Ergebnisse |
|-----------------------------|-------------------------|------------------|
| <i>Geschlecht</i> | <i>weiblich</i> | 8 |
| | <i>männlich</i> | 8 |
| <i>Alter</i> | <i>Mittelwert (SD*)</i> | 54 Jahre (9,2) |
| | <i>Range</i> | 37-72 Jahre |
| <i>Berufsjahre</i> | <i>Mittelwert (SD*)</i> | 17,5 Jahre (9,7) |
| | <i>Range</i> | 6-36 Jahre |
| <i>Regionale Verteilung</i> | <i>Städtisch</i> | 7 |
| | <i>Ländlich</i> | 9 |

SD*= Standardabweichung

Vier Interessenvertreter der Hausärzte waren Beteiligte an der Studie. Als soziodemografisches Ergebnis kann vermerkt werden, dass bis auf eine weibliche Teilnahme männliche Interviewpartner befragt wurden. Das mittlere Alter der Interessenvertreter erstreckte sich über die Altersspanne von 51-61 Jahren, das mittlere Alter konnte mit 56,6 Jahren bestimmt werden. Die Berufsjahre konnten für den Zeitraum von 5 bis 27 Jahren, mit einem Mittelwert von 13 Jahren verzeichnet werden. Die regionale Verteilung der Befragung wies ein hälftiges Verhältnis von jeweils zwei Interviewpartnern im Stadt- und Landgebiet (Tabelle 3).

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung Interessenvertreter Hausärzte (N=4)

| Soziodemografische Daten | | Ergebnisse |
|--------------------------|-------------------------|------------------|
| Geschlecht | <i>weiblich</i> | 1 |
| | <i>männlich</i> | 3 |
| Alter | <i>Mittelwert (SD*)</i> | 56,6 Jahre (4,2) |
| | <i>Range</i> | 51-61 Jahre |
| Berufsjahre | <i>Mittelwert (SD*)</i> | 13 Jahre (9,6) |
| | <i>Range</i> | 5-27 Jahre |
| Regionale Verteilung | <i>Städtisch</i> | 2 |
| | <i>Ländlich</i> | 2 |

3.1.2 Hauptakteure Leitungsverantwortliche der Ambulanten Pflegedienste/ Wohlfahrtsverbände der ambulanten Pflegedienste

15 ambulante Pflegedienste wurden als Interviewpartner gewonnen. Bei dieser Berufsgruppe lässt sich ein Geschlechterverhältnis von zehn Frauen und fünf Männern erkennen. Das Alter der beteiligten Leitungen von ambulanten Pflegediensten lag zwischen 31- 60 Jahren; das mittlere Alter lässt sich mit 48,3 Jahren dokumentieren. Die Berufsjahre der Leitungsverantwortlichen der ambulanten Pflegedienste konnten mit einer Zeitspanne von 5-30 Jahren identifiziert werden, der Mittelwert lag bei 12,8 Jahren. Die regionale Verteilung ließ sich in 12 Befragungen aus der Stadt und drei Interviewpartner aus ländlichen Regionen trennen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Stichprobenbeschreibung Hauptakteure Leitungsverantwortliche der Ambulanten Pflegedienste (N=15)

| Soziodemografische Daten | | Ergebnisse |
|--------------------------|-------------------------|------------------|
| Geschlecht | <i>weiblich</i> | 10 |
| | <i>männlich</i> | 5 |
| Alter | <i>Mittelwert (SD*)</i> | 48,3 Jahre (9,0) |
| | <i>Range</i> | 31-60 Jahre |
| Berufsjahre | <i>Mittelwert (SD*)</i> | 12,8 Jahre (7,6) |
| | <i>Range</i> | 5-30 Jahre |
| Regionale Verteilung | <i>Städtisch</i> | 12 |
| | <i>Ländlich</i> | 3 |

Drei weibliche und ein männlicher Interviewpartner charakterisierten die vier befragten Wohlfahrtsverbände ambulanter Pflegedienste. Sie waren von 49-66 Jahre alt (Mittelwert: 58 Jahre) und wiesen Berufsjahre von 13-25 Jahren auf. Der mittlere Wert von diesen lag bei 19 Jahren. Drei Interviewpartner waren in der Stadt angesiedelt, ein Interviewpartner im ländlichen Gebiet (Tabelle 5).

Tabelle 5: Stichprobenbeschreibung Wohlfahrtsverbände der ambulanten Pflegedienste (N=4)

| Soziodemografische Daten | | Ergebnisse |
|-----------------------------|-------------------------|----------------|
| <i>Geschlecht</i> | <i>weiblich</i> | 3 |
| | <i>männlich</i> | 1 |
| <i>Alter</i> | <i>Mittelwert (SD*)</i> | 58 Jahre (7,0) |
| | <i>Range</i> | 49-66 Jahre |
| <i>Berufsjahre</i> | <i>Mittelwert (SD*)</i> | 19 Jahre (4,9) |
| | <i>Range</i> | 13-25 Jahre |
| <i>Regionale Verteilung</i> | <i>Städtisch</i> | 3 |
| | <i>Ländlich</i> | 1 |

3.2 Darstellung der Kategorien

Im Folgenden werden die inhaltsanalytischen Ergebnisse der qualitativen Forschungsarbeit anhand des Kategoriensystems (Ober- und Unterkategorien) repräsentiert. Dabei werden die jeweiligen Ober- und Unterkategorien vorweg veranschaulicht dargestellt.

Die Äußerungen der Interviewteilnehmer wurden als Zitate *kursiv* und in Anführungsstriche gesetzt. Es wurden Zitate als Ankerbeispiele herangezogen.

Textpassagen, die nicht im obigen Sinne bedeutend waren, wurden ausgelassen und dieses in den Zitaten durch die Setzung einer Klammer „[...]“ angezeigt.

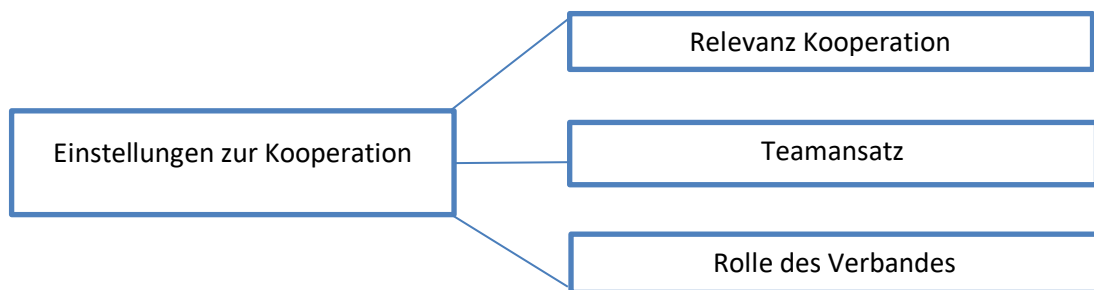


Abbildung 4: Übersicht zur Oberkategorie „Einstellungen zur Kooperation“

3.2.1 Einstellungen zur Kooperation

3.2.1.1 Relevanz Kooperation

Für die Patientenversorgung wurde Kooperation als sehr relevant eingeschätzt.

Die Hausärzte, die Leitungsverantwortlichen der ambulanten Pflege und die Wohlfahrtsverbände präferierten eine Zusammenarbeit untereinander.

Für die Hausärzte stellte die Kooperation mit den ambulanten Pflegediensten und damit die Verflechtung der beiden Arbeitsweisen die Grundvoraussetzung für eine optimale Patientenversorgung dar.

„Ich bewerte die Kooperation sogar als unabdingbar, anders geht es nicht, wenn wir Patienten versorgen wollen, dann ist weder der Arzt noch der Pflegedienst der alleinige Mitspieler des Patienten, sondern wir müssen im Team handeln und entscheiden [...]“ (HA 8).

Die Kontinuität im Behandlungsverlauf zu gewährleisten, gelinge vor allem durch die Kooperation.
„[...] Um die Kontinuität der Behandlung zu wahren und eben überhaupt eine Behandlung fortführen zu können.“ (HA 1).

Die Hausärzte betrachteten die Kooperation vor allem als Gewinn für die Patientenversorgung, aber auch für ihre hausärztliche Tätigkeit:

„[...] Ich profitiere, und ich hoffe am meisten profitiert der Patient“ (HA 10).

Durch die vernetzte Arbeit zwischen Hausärzten und Pflegediensten ergebe sich für die Hausärzte eine Arbeitserleichterung:

„Eine ungemeine Arbeitserleichterung entsteht durch die Zusammenarbeit mit Pflegediensten“ (HA 11).

Für die Behandlung von Patienten wurde sowohl das Arbeiten im Team und damit das Ineinandergreifen der unterschiedlichen hausärztlichen und pflegerischen Tätigkeitsschwerpunkte als erforderlich gesehen.

„[...] Ein ganz häufiger und wichtiger Punkt für uns ist z.B. das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen [...]“ (HA 1). *„Es geht um Blutdruck messen, Medikamentengabe, Wundkontrollen nach OPs [...]“* (HA 3).

Vor allem wurde durch die Hausärzte die Fortführung der Behandlung durch die ambulanten Pflegedienste geschätzt.

„[...] Halte ich für gut, weil die häusliche Krankenpflege durchaus ein verlängerter Arm des Hausarztes ist [...]“ (HA 10).

Die Hausärzte erachteten die Kooperation mit Pflegediensten darüber hinaus für wichtig, da auf dieser Grundlage medizinische Sachverhalte beim Patienten schnellstmöglich ausgetauscht und Krankenhauseinweisungen vermieden werden können.

„Wenn man Hand in Hand arbeitet, können viele Dinge frühzeitig erkannt werden und somit z.B. auch Krankenhauseinweisungen vermieden werden“ (HA 11).

Der Hausärzteverband verdeutlichte ferner die Relevanz der Kooperation aus zwei Gründen:

„Das halte ich für absolut notwendig, aus zwei Gründen, erstens zum Wohl des Patienten ist eine Absprache zwischen den verschiedenen Leistungserbringern sinnvoll und wichtig, im Zweiten geht es darum, dass es für beide Beteiligte eine Arbeitserleichterung ist, wenn man Wege hat, die strukturiert sind, um miteinander zu kommunizieren, um miteinander die Patienten zu besprechen, damit es keine Reibungsverluste gibt, damit das letztendlich schneller von statten geht“ (IWHÄV 1).

Als ebenso hilfreich für die Versorgung von Patienten bewerteten die ambulanten Pflegedienste die Kooperation.

„Es geht gar nicht anders, ich kann keinen Patienten versorgen, wenn ich nicht eine Kooperation mit dem Hausarzt habe, sie ist nötig, sie wird gebraucht [...] ohne eine Kooperation ist eine Versorgung ambulant nicht möglich [...]“ (PF 5).

In der Kooperation wurde des Weiteren von den Pflegediensten auch eine Entlastung für die eigene Arbeit gesehen.

„[...] Es erleichtert natürlich vieles die Kooperation, wenn man dann einfach eine gute Zusammenarbeit hat, neue Verordnungen benötigt, wenn man Medikamente benötigt, da ist es einfach wirklich nützlich, dass man da gewisse Hausärzte hat mit denen man kooperieren kann“ (PF 7).

Jedoch waren die Pflegedienste nicht einstimmig mit der Kooperation zufrieden.

Diese Abweichung zeigt die folgende Äußerung:

„[...] Ich bin der Arzt und Ihr seid die Pflege im Verhältnis. Es ist eher so ein Delegieren als ein Miteinander“ (PF 15).

Von den Wohlfahrtsverbänden wurde die Notwendigkeit einer Kooperation ebenso zum Ausdruck gebracht.

Die Umsetzung einer Kooperation sollte für ein umfassendes Abbild der gesundheitlichen Situation des Patienten, da die unterschiedlichen Kompetenzen gebündelt würden.

„[...] Jeder, der Hausarzt und der Pflegedienst haben eine unterschiedliche Wahrnehmung vom Patienten, unterschiedlichen Wissensstand und wenn man die zusammenbringt, hat man ein etwas vollständigeres Bild und kann evtl. auch andere Entscheidungen treffen“ (IWWOHL 4).

3.2.1.2 Teamansatz

Die Hausärzte, die Leitungsverantwortlichen der ambulanten Pflegedienste und die Wohlfahrtsverbände sprachen sich für eine Teamarbeit bei der Kooperation aus.

Die Hausärzte exponierten den Aspekt der Teamarbeit bei der Kooperation mit den ambulanten Pflegediensten; insbesondere vor dem Hintergrund, gemeinsam über den zu versorgenden Patienten entscheiden zu müssen.

„[...] Dann ist weder der Arzt noch der Pflegedienst der alleinige Mitspieler des Patienten, sondern wir müssen im Team handeln und entscheiden [...]“ (HA 8).

Im Mittelpunkt der Kontaktaufnahme zur Versorgung von Menschen in der eigenen Häuslichkeit stehe der Pflegedienst:

„Der Pflegedienst ist für uns der wesentliche Ansprechpartner in vielen Fällen für die Menschen, die zuhause versorgt werden, wenn das jetzt nicht Angehörige sind“ (HA 15).

Bei der Teamarbeit untereinander ließ sich aus der Perspektive der Hausärzte die erfolgreiche Umsetzung der Kooperation in Abhängigkeit von handelnden Personen erkennen:

„Die Kooperation ist sehr abhängig von den entsprechenden Menschen, die dort vor Ort arbeiten [...]“ (HA 14).

Ebenso aus der Perspektive der ambulanten Pflegedienste ließ sich der „Teamgedanke“ erkennen, vor allem, wenn es um die Ausstellung von Verordnungen und die Medikamente für den Patienten geht:

„[...] Es erleichtert natürlich vieles die Kooperation, wenn man dann einfach eine gute Zusammenarbeit hat, neue Verordnungen benötigt, wenn man Medikamente benötigt, da ist es einfach wirklich nützlich, dass man da gewisse Hausärzte hat mit denen man kooperieren kann“ (PF 7).

Die ambulanten Pflegeinstitutionen stellten heraus, dass der Kontakt mit Hausarztpraxen unterschiedlich sei; abhängig von der jeweiligen Praxis bestehe ein intensiver oder verminderter Kontakt:

„Es kommt darauf an, manche Hausärzte kommen zu uns und suchen noch den Kontakt zum Pflegedienst, manche wieder weniger, manche Hausärzte haben ihre favorisierten Pflegedienste und suchen weniger Kontakt zu uns. Mit manchen Hausärzten haben wir nette kollegiale Zusammenarbeit, wo die Zusammenarbeit wirklich gut klappt“ (vgl. PF 14).

Teamarbeit wurde für die Kooperation von den Wohlfahrtsverbänden als relevant eingeschätzt. Durch die vernetzte Arbeit als Team werde explizit der gegenseitige Nutzen für die beiden jeweiligen berufsspezifischen Arbeitsbereiche erkennbar, wenn es um die Bündelung ihrer Berufskompetenzen im Austausch untereinander gehe.

„Es funktioniert nur Hand in Hand, letzten Endes ist es eine win-win Situation, Pflegedienst können den Hausärzten Hausbesuche ersparen, indem sie vor dem Hintergrund ihrer Kompetenz die Situation einschätzen, das mit dem Hausarzt rückkoppeln, dann entsprechend besprechen, was dort nötig ist“ (IWWOHL 2).

3.2.1.3 Rolle des Verbandes

Sowohl die Hausarztverbände als auch die Wohlfahrtsverbände bevorzugten eine Kooperation.

Der Hausärzterverband befürwortete eine Kooperation aus zwei Gründen: Erstens solle Kooperation zum Patientenwohl beitragen, zweitens stelle sie eine Arbeitserleichterung für Hausärzte dar:

„Das halte ich für absolut notwendig, aus zwei Gründen: Erstens zum Wohl des Patienten ist eine Absprache zwischen den verschiedenen Leistungserbringern sinnvoll und wichtig, im Zweiten geht es darum, dass es für beide Beteiligte eine Arbeitserleichterung ist, wenn man Wege hat, die strukturiert sind, um miteinander zu kommunizieren, um miteinander die Patienten zu besprechen damit es keine Reibungsverluste gibt damit das letztendlich schneller von statten geht“ (IWHÄV 1).

Gleichzeitig wurden von dem Verband Verbesserungen mit Blick auf Ressourcennutzung durch Pflegedienste und VERAH`s zur Ausgestaltung einer Kooperation angesprochen:

„Eine Verbesserung der Kooperation ist unbedingt nötig, da wir immer mehr alte Patienten zu versorgen haben, immer weniger Hausärzte haben, in NRW gibt es Fortbildungsmöglichkeiten für Arzthelferinnen, die dann zu VERAH`s ausgebildet werden, das ist hier eine regionale Sache, versuchen teilweise über den Pflegedienst, teilweise über die eigenen Mitarbeiter die immer knapper werdenden Ressourcen zu entlasten und besser zugearbeitet zu bekommen, das kann ein Pflegedienst sein, das kann mit eigenen Mitarbeitern sein“ (IWHÄV 1).

Im Sinne der Verbandsarbeit sei die gegenseitige Vernetzung zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten relevant; die Kooperation zwischen den beiden Hauptakteuren wurde für die Umsetzung des Versorgungsziels - die Patientenversorgung im ambulanten Bereich - als unerlässlich betrachtet.

„Es ist wichtig, untereinander arbeiten zu müssen, sonst bekommen wir keine Versorgung hin, wir begünstigen die Arbeit des Arztes und andersherum“ (IWWOHL 3).

Gleichwohl habe der Verband keinen Einfluss auf die praktische Umsetzung der Kooperation, jedoch wirke er auf die vertraglichen Beziehungen als Interessenvertreter der pflegerischen Arbeit ein:

„[...] Im praktischen Sinne, praktische Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegediensten, haben wir kein Einfluss, wir haben einen gewissen Einfluss auf die Rahmenbedingungen unter denen diese Kooperation stattfindet, durch gesetzliche und vertragliche Einflussnahme, entweder wir sind selbst die Vertragspartner oder wir sind der vertretende Mitgliederverband, der die Interessen von Politik und Vertragspartner vertritt und damit beeinflussen wir natürlich den Rahmen unter dem die Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten stattfindet“ (IWWOHL 4).

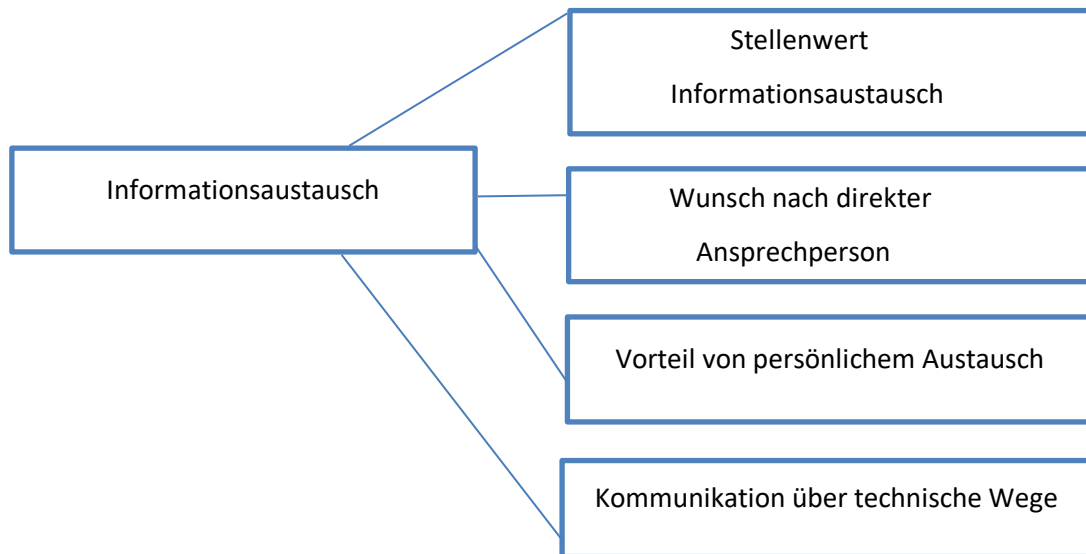


Abbildung 5: Übersicht zur Oberkategorie „Informationsaustausch“

3.2.2 Informationsaustausch

3.2.2.1 Stellenwert Informationsaustausch

Für eine gelingende Kooperation wurde der Informationsaustausch von Hausärzten, ambulanten Pflegediensten und Wohlfahrtsverbänden als unerlässlich angesehen.

Für die Patientenversorgung sahen es die Hausärzte als wichtig an, dass ein kontinuierlicher Informationsaustausch zu dem jeweiligen Patienten mit dem ambulanten Pflegedienst erfolge.

„Sehr sinnvoll, ein täglicher Austausch zum Wohle des Patienten, der ist wichtig und richtig und passiert auch so“ (HA 12).

Entscheidend bei der Kommunikation mit den ambulanten Pflegediensten war nicht die Häufigkeit an Informationen, sondern die Inhalte des Austausches.

„[...] Der Informationsfluss ist von großer Bedeutung, d.h., dass er nicht in der Quantität umfassend sein muss, sondern letztendlich dann doch in der Qualität“ (HA 1).

Die Hausärzte sahen die Informationsweitergabe durch den Pflegedienst als erforderliche Grundlage gerade auch dann an, wenn sie die Patienten noch nicht in Präsenz gesehen hatten.

„Wir haben das Problem, dass wir Patienten, die über Pflegedienst versorgt werden, oft gar nicht zu sehen bekommen und deshalb darauf angewiesen sind, dass Pflegedienste aufmerksam sind und bei irgendwelchen Beschwerden uns schnell dann informieren und diese Rückkopplung ist wichtig, ob die Therapie funktioniert und ob es Verbesserungsmöglichkeiten gibt, d.h. ein kompetenter Pflegedienst ist da für uns ganz wichtig“ (HA 13).

Die Hausärzte stellten heraus, dass zur Effizienz der Versorgung der Verwaltungsaufwand so gering wie möglich gehalten werden sollte.

„Die Kommunikation und Koordination hängt auch sehr von dem Pflegedienst ab, es gibt einige, die sind ganz unkompliziert und manche, da ist dann sehr viel Papierkram. Das ist alles sehr bürokratisch [...]“ (HA 16).

Die Pflegedienste bewerteten die Kooperation mit dem Hausarzt als erforderlich zur Informationsvermittlung über den Patienten.

„[...] Ich finde es sehr notwendig, ich muss über den Patienten mit dem Hausarzt kooperieren können, um Informationen vom Patienten zu bekommen.“ (PF 11).

Die Pflegedienste stellten heraus, dass die Erreichbarkeit des Hausarztes beim Informationsaustausch problematisch sei.

„Den Informationsaustausch benötigen wir immer, sonst wissen wir gar nicht, was wir tun sollen, [...] Großes Problem ist die Erreichbarkeit der Praxen [...]“ (PF 9).

Die ambulanten Pflegefachkräfte strebten daher eine schnelle Umsetzung der Erreichbarkeit der Hausärzte an:

„Mein Anliegen wäre, dass die sofortige Erreichbarkeit der Hausärzte gegeben ist [...]“ (PF 9).

Die ambulanten Pflegedienste schätzten angesichts möglicher medizinischer Veränderungen den kontinuierlichen Austausch mit den Hausärzten bei dem jeweiligen Patienten als bedeutend ein.

„Regelmäßiger Austausch ist schon sehr wichtig, gerade, wenn es Veränderungen gibt bei den Patienten, unsererseits, wenn uns etwas auffällt, auch wenn der Patient beim Arzt war, Medikamen-

tenänderung oder eine Verbesserung der Wundverhältnisse, da ist der Austausch schon sehr wichtig, das geht nur mit Zusammenarbeit, das geht nicht, wenn man gegeneinander oder nebeneinander her arbeitet“ (PF 15).

Die Wohlfahrtsverbände brachten zum Ausdruck, dass ein informativer Austausch einen hohen Stellenwert für die Patientensicherheit habe.

„Wenn die gut zusammenarbeiten, ist das ein Benefit für alle, Erhöhung der Patientensicherheit [...]“ (vgl. IWWOHL 4).

Weiterhin ordneten die Wohlfahrtsverbände einen wertschätzenden Umgang bei der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegeinstitutionen als sehr wichtig ein.

„Das Ausschlaggebende ist, dass man auf Augenhöhe arbeitet mit Wertschätzung und Respekt [...]“ (IWWOHL 2).

3.2.2.2 Wunsch nach direkter Ansprechperson

Die ambulanten Pflegedienste befürworteten einen konkreten Ansprechpartner zur Informationsweitergabe.

„[...] Es würde vieles erleichtern, wenn man direkte Ansprechpartner hätte, in den Praxen direkt, zweitens natürlich auch, ich sage mal, dass man noch einmal eine zweite Leitung bekommt, wir wissen ja alle wie das ist mit der Erreichbarkeit mit den Ärzten, es wäre schön, wenn wir andere Wege bekommen könnten, um schneller mit ihnen zu kommunizieren und einfacher und dementsprechend der Austausch besser von statten gehen könnte“ (PF 7).

Die ambulante Pflege kritisierte den fehlenden Informationsfluss durch die Hausärzte.

„[...] Es gibt von Seiten Arztpraxis zum Pflegedienst einen riesen Informationsverlust [...]“ (PF 6).

Relevante Informationen, wie z.B. eine Änderung beim Medikationsplan, seien nicht an den Pflegedienst übermittelt worden:

„[...] aber das ist manchmal auch das Ende, die freiwillige Informationsweitergabe ist quasi nicht existent, d.h. ändert der Hausarzt den Medikamentenplan, dann sind wir schon wahrsinnig glücklich, wenn der Hausarzt auf die Idee kommt, dass wir Bescheid bekommen [...]“ (PF 6).

Aus diesem Grund wünschten sich die Pflegedienste eine „gelebte“ Kooperation zwischen ihnen und den Hausärzten auf Basis einer strukturierten Informationsweitergabe.

„Ein strukturierter Kommunikationsweg wäre ein bisschen schöner, aber auch wenn das nicht vorgeschrieben ist im ambulanten Bereich, wäre eine Kooperation sehr schön, die auch letztlich gelingt“ (PF 6).

3.2.2.3 Vorteil von persönlichem Austausch

Sowohl die Hausärzte als auch die Leitungsverantwortlichen der ambulanten Pflegedienste präferierten als Kommunikationsweg den persönlichen Austausch.

Aus Sicht der Hausärzte wurde der Kommunikationsweg des persönlichen Austausches bevorzugt: *„Der Beste, ist immer der Persönliche natürlich, persönliches Gespräch und dann vor Ort gleich Unklarheiten klären [...]“ (HA 4).*

Die persönliche Kommunikation - über Telefon oder auch das direkte Gespräch - trage zu einem reibungslosen Ablauf innerhalb eines kurzen Zeitfensters bei, auch im Hinblick auf die Vorbereitung von Hausbesuchen.

„[...] Die direkte Kommunikation übers Telefon und übers direkte Gespräch, das hat den großen Vorteil, dass man sich in kurzer Zeit unmittelbar und auch sehr direkt austauschen kann und Hausbesuche gut vorbereiten kann [...]“ (HA 8).

Die Hausärzte schätzten die Wichtigkeit der persönlichen Kommunikation mit Pflegediensten und monierten aber den hohen administrativen Aufwand, der zur Reduzierung des persönlichen Austausches führe.

„[...] Ich fand das Persönliche immer sehr wichtig, heute fehlt mir der persönliche Kontakt. Heute ist sehr viel Bürokratie [...]“ (HA 16).

Die ambulanten Pflegedienste bevorzugten ebenso den direkten Kommunikationsweg in Form eines persönlichen Austausches:

„[...] Der persönliche Kontakt ist wichtig, das verbessert einfach die Zusammenarbeit“ [...]“ (PF 14).

Die Möglichkeit für den persönlichen Austausch sei jedoch aufgrund des engen Zeitkorsetts der Hausärzte nicht umsetzbar und die telefonische Interaktion werde positiv gesehen.

„Schön ist es natürlich immer persönlich, klar, ist aber leider nicht machbar, das ist ein Zeitfaktor beim Hausarzt, deshalb läuft alles telefonisch ab, das favorisiere ich“ (PF 11).

Insgesamt wünschten sich die Pflegedienste eine gelungene Kooperation, der eine strukturierte Kommunikation zugrunde liegt.

„Ein strukturierter Kommunikationsweg wäre ein bisschen schöner, aber auch wenn das nicht vorgeschrieben ist im ambulanten Bereich, wäre eine Kooperation sehr schön, die auch letztlich gelingt“ (PF 6).

3.2.2.4 Kommunikation über technische Wege

Der Einsatz von digitalen Kommunikationsmitteln wurde für eine gelingende Kooperation von Hausärzten und ambulanten Pflegediensten positiv gesehen und von den Institutionen im Gesundheitswesen als sehr notwendig eingestuft.

Die Hausärzte sahen eine künftige digitale Verbindung mit ambulanten Pflegediensten als sehr förderlich an.

„Grundsätzlich sehe ich die Digitalisierung als Unterstützungsmöglichkeit für die Zusammenarbeit mit den Pflegediensten, wenn man einen vernünftigen Rahmen (Datenschutz) hätte digital Wundfotos zu schicken, dann wäre es ein riesen Fortschritt“ (HA 13).

Auch von ambulanten Pflegediensten wurde der elektronische Austausch - via Fax - als sinnvoll empfunden.

Am wirkungsvollsten ist es tatsächlich, ein Fax zu schicken, auch, wenn es noch sehr klassisch ist, der persönliche Kontakt ist eher schwierig [...]. (PF 15).

Als wünschenswertes Kommunikationsmittel sahen die Pflegedienste neben dem Fax die digitalen Zugriffsmöglichkeiten auf Arztbriefe oder Laborbefunde.

„[...] Zugriff auf Arztbriefe, Laborbefunde, Zugriff auf Termine, wäre schön digital und ich es dann dem Arzt digital hinterlassen kann“ (PF 3).

Aus der Perspektive der Institutionen im Gesundheitswesen sei der Einsatz von digitalen Instrumenten für einen reibungslosen kommunikativen Ablauf unabdingbar:

„Der Informationsaustausch muss verbessert werden [...], das muss in einem digitalen, modernen Format erfolgen“ (IWG 2).

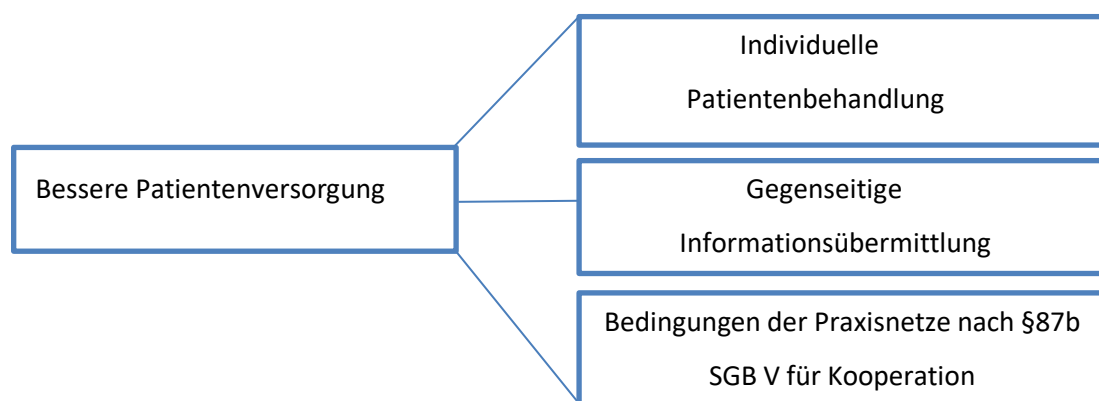


Abbildung 6: Übersicht zur Oberkategorie „Bessere Patientenversorgung durch Kooperation“

3.2.3 Bessere Patientenversorgung durch Kooperation

3.2.3.1 Individuelle Patientenbehandlung

Für eine optimale Patientenversorgung wurde Kooperation eine hohe Bedeutung von Hausärzten und Pflegediensten beigemessen.

Durch die Kooperation mit ambulanten Pflegediensten könne die Versorgung für den Patienten optimiert werden:

„Wir müssen uns austauschen, wenn wir einen diabetischen Fuß haben, oder auch bei Insulin, tägliches Problem, muss man ein Feedback haben, durch Kooperation wird die Qualität der Patientenversorgung verbessert“ (HA 16).

Gleichwohl stehe eine optimale individuelle Patientenbetreuung nicht immer im Abhängigkeitsverhältnis zu einer „gelebten“ Kooperation. Ursache hierfür sei die Heterogenität der Pflegedienste und das unterschiedliche Zusammenwirken mit Hausärzten:

„Klar ist, wir können unsere kranken Patienten ambulant ohne Pflegedienst nicht versorgen, das ist Voraussetzung. Die Kooperation mit den einzelnen Pflegediensten ist sehr unterschiedlich, sodass ich nicht sagen kann, eine gute Kooperation ist unerlässlich für die Versorgung eines Patienten, es gibt durchaus auch sehr schlechte Kooperationen und trotzdem kriegen wir den Patienten versorgt, wenn auch nicht so schön, wenn die Kooperation funktioniert“ (HA 4).

Die Hausärzte standen der Kooperation positiv gegenüber, weil sie darin eine deutliche Arbeitsentlastung und einen Profit im Dreiklang (Hausarzt, Pflege, Patient) sahen.

„Deutliche Verbesserung durch Kooperation, weil sie mir einfach ganz viel Arbeit abnehmen, und das soll man nicht unterschätzen auch immer mal der zweite Blick, das ist so gerade jetzt bei chronischen Wunden, da haben die ihre eigenen Erfahrungen und sehen das manchmal auch etwas anders als ich, und das ist nicht immer ein Nachteil, ich denke, die profitieren, ich profitiere, und ich hoffe, am meisten profitiert der Patient“ (HA 10).

Die ambulante Pflege betrachtete eine „gelebte“ Kooperation mit dem Hausarzt vor dem Hintergrund der zunehmenden Hospitalisierung älterer Patienten als positiv, da Heimaufenthalte vermieden werden können.

„[...] Durch die Zusammenarbeit wird die Patientenversorgung unterstützt [...]“ (PF 11), „[...] ich glaube auch, dass die Leute viel länger zuhause bleiben könnten und nicht in ein Heim oder eine Einrichtung müssten, z.B. bei der Medikamentengabe, wenn die Hausärzte eher geneigt wären, einen ambulanten Dienst ins Boot zu holen [...]“ (PF 5).

3.2.3.2 Gegenseitige Informationsvermittlung

Der gegenseitige Informationsfluss spiele aus Sicht der Hausärzte und ambulanten Pflegedienste für eine effiziente Patientenbehandlung eine entscheidende Rolle.

Diese Informationsweitergabe fördere ein schnelles und zielführendes Eingreifen in den Behandlungsstatus des Patienten, sodass eine optimale Patientenversorgung gegeben sei.

„Die Zusammenarbeit hat erheblichen Einfluss auf die Versorgung des Patienten, [...] ein ambulanter Patient, den können wir nur dann gut behandeln, wenn wir über Beschwerden informiert werden [...]“ (HA 13).

Die Versorgung der ambulanten Patienten sei durch die Pflege unabdingbar, gleichwohl könne die Versorgung ebenso ohne eine gelungene Kooperation sichergestellt werden.

„Die Kooperation mit den einzelnen Pflegediensten ist sehr unterschiedlich, sodass ich nicht sagen kann, eine gute Kooperation ist unerlässlich für die Versorgung eines Patienten, es gibt durchaus auch sehr schlechte Kooperationen und trotzdem kriegen wir den Patienten versorgt, wenn auch nicht so schön, wenn die Kooperation funktioniert“ (HA 4).

Die Pflegedienste identifizierten sich als Schnittstelle zwischen Patient und Praxis.

„[...] Die ambulante Patientenversorgung wird durch eine Kooperation einfach dadurch verbessert, da wir ambulant letztendlich der verlängerte Arm des Arztes sind bzw. die Schnittstelle für den Patienten zur Praxis darstellen [...]“ (PF 3).

3.2.3.3 Bedingungen der Praxisnetze nach § 87b SGB V für eine Kooperation

Aus Perspektive der Institutionen im Gesundheitswesen sei eine Übertragung der Praxisnetze auf Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten nicht möglich.

Eine Strukturübertragung der Praxisnetze nach § 87b SGB V für den Bereich „Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten“ sei nicht möglich, da aufgrund der hohen Pluralität von Hausärzten und ambulanten Pflegediensten eine klare Zuordnung untereinander - ein Hausarzt steht in Kontakt zu einem ambulanten Pflegedienst - nicht gegeben sei.

„[...] Wenn man das übertragen würde mit Pflegediensten hätte man Problem „Sonnenstrahlensystem“, sie haben dann ja auch mehrere Praxen und mehrere Pflegedienste und nicht ein Arzt ist immer einem Pflegedienst zugeordnet, diese Struktur wäre unpassend“ (IWG 1).

Auch die finanzielle Struktur der Praxisnetze ließe sich nicht auf den Bereich „Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten“ transferieren; dafür wäre eine Änderung der Voraussetzungen für die Finanzierung der ambulanten Verhältnisse erforderlich (IWG 1).

„Das System ist eine Individualabrechnung der häuslichen Krankenpflege, ich rechne mit der Krankenkasse entsprechende Pauschalen ab, dann müssten sie das ganze Vergütungssystem umstellen, das halte ich nicht für zielführend“ (IWG 1).

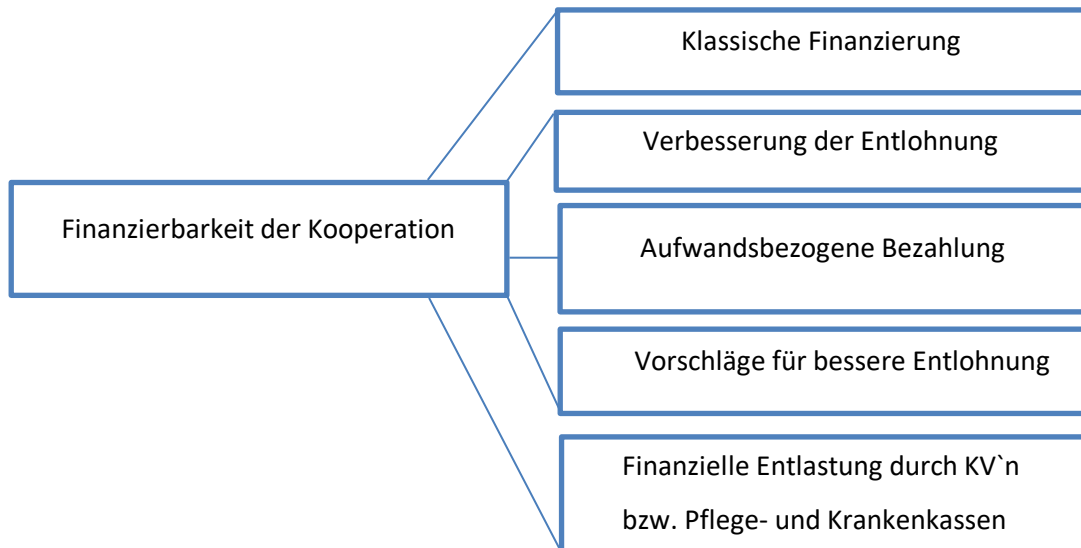


Abbildung 7: Übersicht zur Oberkategorie „Finanzierbarkeit der Kooperation“

3.2.4 Finanzierbarkeit der Kooperation

3.2.4.1 Klassische Finanzierung

Sowohl die Hausärzte als auch die Leitungsverantwortlichen der ambulanten Pflege identifizierten die klassischen Finanzierungsstrukturen für eine Kooperation.

Aufgrund der bestehenden festgesetzten Strukturen der Finanzierung von hausärztlichen Leistungen bedürfe es keinen Strukturveränderungen für die Kooperation mit Pflegediensten:

„[...] Im Grunde haben wir alle Instrumente, wir brauchen keine neuen, wir sollten sie nur besser bezahlen [...]“ (HA 8), „[...] wie stelle ich mir die Finanzierung vor, ich sage mal frech wie bisher, was soll sich da ändern, wenn das bis jetzt gut läuft [...]“ (HA 10), „[...] da braucht man aus meiner Sicht keinen Direktvertrag zwischen der KV und der Krankenkasse, da würde ich einfach die bestehenden Pfade nutzen [...]“ (HA 5).

Die ambulanten Pflegedienste waren der Auffassung, dass die Zusammenarbeit mit Hausärzten in Zukunft von Krankenkassen finanziert werden sollte:

„Über die Krankenkassen, SGB V er Leistungen“ (PF 8).

Insbesondere die Organisation im Rahmen der Kooperation mit Hausärzten könnte über die Säule der Krankenkasse laufen.

„Das Organisatorische, da fallen ja immer Kosten an, das könnte über die Krankenkasse gehen [...]“ (PF 9).

3.2.4.2 Verbesserung der Entlohnung

Die Hausärzte, die Institutionen im Gesundheitswesen und die ambulante Pflege präferierten ein höheres Entgelt für Kooperation.

Die Hausärzte befürworteten eine höhere Budgetierung der Leistungen im Rahmen der Kooperation mit ambulanten Pflegediensten.

„Wenn die Kooperation extra budgetiert wird, würde ich es begrüßen. Bisher leisten wir das im Rahmen einer Pauschale“ (HA 16).

Die gesonderte Budgetierung gründe sich vor allem auf die Tatsache, dass die Kooperation mit ambulanten Pflegediensten einen zusätzlichen Arbeitsaufwand bedeute - der zeitliche Aspekt spiele dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle:

„Für uns müsste es eine Ziffer geben, die wir dann mit der KV abrechnen können, weil es immer ein extra Schritt ist und einen Zeitaufwand bedeutet“ (HA 14).

Als zukünftiges Finanzierungsmodell für Kooperation wurde von den Institutionen im Gesundheitswesen eine eigenständige Abrechnungsziffer im Leistungskatalog präferiert.

„[...] Das muss eine eigenständige Leistung im Leistungskatalog sein, sonst ist das nichts, sonst funktioniert es auch nicht, es muss eine ganz normale Leistung im Sinne des Einheitlichen Bewertungs-Maßstabes (EBM) sein, zumindest auf Seiten der niedergelassenen Ärzte, auf Seiten des Pflegedienstes muss es eine ambulante Pflegedienstleistung im Rahmen des Katalogs für die ambulanten Pflegedienste sein“ (IWG 2).

Die Idee einer erweiterten Finanzierungsmöglichkeit für die pflegerischen sowie hausärztlichen Leistungen innerhalb des Austausches begrüßten ebenso die ambulanten Pflegedienste.

„[...] Der ständige Informationsaustausch mit dem Hausarzt wird nicht vergütet, da müsste irgendein Modell noch dazwischen produziert werden damit man das irgendwie noch abrechnen kann“ (PF 14).

3.2.4.3 Aufwandsbezogene Bezahlung

Die Hausärzte, die ambulante Pflege und die Wohlfahrtsverbände äußerten den Wunsch einer aufwandsbezogenen Vergütung für eine Kooperation.

Die Hausärzte sahen grundsätzlich keinen Veränderungsbedarf für den finanziellen Ausgleich Ihrer Leistungen im Rahmen der Kooperation.

„[...] Im Grunde haben wir alle Instrumente, wir brauchen keine neuen, wir sollten sie nur besser bezahlen [...]“ (HA 8).

Die Hausärzte forderten gleichwohl eine Vergütung für den Kommunikationsaufwand mit der ambulanten Pflege, wenn er z.B. dazu führte, den Hausbesuch zu vermeiden.

„[...] Es sollte sich auch die Kommunikation mit der Pflege lohnen, es sollte ein Telefonat mit einem versierten Pfleger vergütet werden, das ist ja im Moment schon der Fall in einigen Fällen, aber das bildet eigentlich den Aufwand nicht ab, dieses Telefonat, einige klärende Dinge, einige delegationsfähige Dinge, die den Hausbesuch ersparen, ist ja eine enorme Wirtschaftlichkeit gegeben, der Arzt kann ja in der Zeit anders tätig sein [...]“ (HA 8).

Die Notwendigkeit einer speziellen Finanzierung für den Aufwand bei der Kooperation mit dem Hausarzt wurde ebenso von den Pflegediensten wahrgenommen.

„[...] Der ständige Informationsaustausch mit dem Hausarzt wird nicht vergütet, da müsste irgendein Modell noch dazwischen produziert werden damit man das irgendwie noch abrechnen kann“ (PF 14).

Die Wohlfahrtsverbände forderten eine höhere Transparenz für die Arbeit der Pflegedienste bei der Kooperation. Der Kommunikationsaufwand der niedergelassenen Pflege für eine erweiterte Vergütungsstruktur müsse dezidierter offengelegt werden.

„[...] Man muss für mehr Transparenz in diesem Bereich sorgen, im Moment ist das eine Leistung, die sich irgendwo in dem Gesamtpreis versteckt [...]“. „Es muss klarer nachwiesen werden, wie hoch ist denn der Kommunikationsaufwand; das müsste im Rahmen der Leistungserbringung durchschnittlich bewertet werden“ (IWWOHL 4).

3.2.2.4 Vorschläge für bessere Entlohnung

Für eine Kooperation wurden von Hausärzten und ambulanten Pflegediensten Vorschläge für eine bessere Entlohnung unterbreitet.

„[...] die Kommunikation mit der Pflege, die einmalig dokumentiert wird, gut das muss vergütet werden, das muss sich lohnen und der komplexe Hausbesuch, man sollte vielleicht auch eine zweite Hausbesuchsziffer machen [...]“ (HA 8).

Um die Kooperation dauerhaft erfolgreich umzusetzen, empfehle es sich nach Vorstellung der Pflegedienste, dass der Hausarzt eine extra Vergütung - ausschließlich für die Zusammenarbeit bzw. die Kontaktaufnahme zum Pflegedienst - erhalte. Hintergrund dieser Vorstellung ist die Annahme, eine spezielle Vergütung für die Kooperation führe zu einer größeren Bereitschaft, Kontakt zum Pflegedienst aufzunehmen und damit final zu einer besseren „Versorgung“ für den Patienten im häuslichen Umfeld.

„[...] Wenn der Hausarzt einen bestimmten Preis für die Kooperation mit dem Pflegedienst bekäme über die Krankenkasse, dann würden wir vielleicht eher zum Telefon greifen, dadurch könnte der Patient auch besser versorgt sein, länger zu Hause bleiben und so zieht das Eine das Andere nach sich“ (PF 5).

3.2.2.5 Finanzielle Entlastung durch die KV`n bzw. Pflege- oder Krankenkassen

Der Hausärzterverband sah keine finanziellen Vorteile aus der Beziehungsarbeit zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten für die hausärztlichen Honorare. Im Fall einer extrabudgetären Vergütung für den Bereich „Kooperation mit ambulanten Pflegediensten“ resultiere ein monetärer Verlust für eine andere hausärztliche Leistung in der Gesamtvergütung der ärztlichen Behandlungssätze.

„[...] Bezahlung von den Hausärzten über das KV System bedeutet immer, ich nehme von dem Großen ein Stückchen weg und dann wird das Restliche eben auf die andere Arbeit verteilt und ist

dann eben weniger Wert. Es kommt nicht mehr Geld ins System, es würde immer nur eine Umschichtung stattfinden [...]“ (IWHÄV 2).

Der Hausärzteverband vertrat zur Frage der Vergütungsregeln der Krankenkassen für den Bereich Kooperation ebenso die Auffassung, dass keine Änderung der bisherigen Abrechnungsmodalitäten erfolgen solle. Dieser Bereich sei bis dato in den Abrechnungsstrukturen inbegriffen.

„[...] Wir machen das so Jahrzehnte lang, wieso sollte die Krankenkasse aus ihrer Sicht irgendetwas ändern“ (IWHÄV 2).

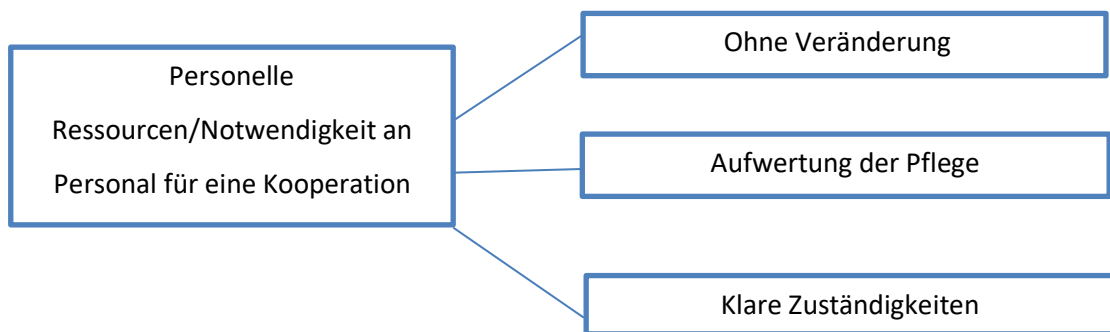


Abbildung 8: Übersicht zur Oberkategorie „Personelle Ressourcen für eine Kooperation“

3.2.5 Personelle Ressourcen/Notwendigkeit von Personal für eine Kooperation

3.2.5.1 Ohne Veränderung

Die Personalressource für die Kooperation wurde von den Beteiligten differenziert gesehen.

Die Hausärzte konstatierten für die Zusammenarbeit mit der Berufsgruppe der ambulanten Pflege, die sie als kleine Berufseinheit sahen, keinen zusätzlichen Personalbedarf.

Im Gesamtablauf der Praxis ist die Kooperation mit den Pflegediensten eher ein kleiner Punkt. Wir brauchen kein Personal zusätzlich dafür [...] (HA 16) „Ich sehe keine Notwendigkeit, dafür Ressourcen zu schaffen“ (HA 13).

Perspektivisch sei eine personelle strukturelle Veränderung beim Pflegedienst sinnvoll.

„[...] Die haben ja beim Pflegedienst schon viel Verwaltung und Dokumentation, sodass dies dort schwieriger ist, wäre schon schön, wenn die mehr Personal hätten, mehr Zeit für den einzelnen Patienten hätten, die Frage ist, wo bekommen wir die Mitarbeiter her?“ (HA 6).

Zu diesem Bereich ergaben sich gegenüber den Hausärzten divergente Annahmen seitens der Pflegedienste; sie stellten in ihrer Institution keinen personellen Mehraufwand für die Kooperation mit dem Hausarzt fest - zu einer möglichen Umstrukturierung des Personals in der Hausarztpraxis lag kein Kenntnisstand ihrerseits vor.

„Ob in der Hausarztpraxis Veränderungen vorgenommen werden müssen, weiß ich nicht, wir sind meistens bei dem Patienten vor Ort und kommunizieren selbst, da ist jetzt auch nicht zusätzliches Personal da, zusätzliches Personal dafür, ist eigentlich nicht so das Programm“ (PF 10).

Ambulante Pflegedienste sahen für die reine Kommunikation mit dem Hausarzt eine ausreichende Personaldecke gegeben: Insbesondere, da im Hinblick auf die Personalkapazitäten nicht die Kommunikation mit der Pflege isoliert, sondern die pflegerische Versorgung des Patienten insgesamt im Fokus stehe.

„[...] Da ich meine Fachkräfte für die Versorgung des Patienten benötige und wenn Kommunikation, dann wird das so gemacht, aber dafür muss ich keine Fachkraft nur für die Kommunikation mit dem Arzt einstellen [...] (PF 13).

Anknüpfend an die Auffassungen der ambulanten Pflegedienste betrachteten die Wohlfahrtsverbände die Kooperation als einen festen Bestandteil der Aufgabengebiete der pflegerischen Leistungen der Mitarbeiter beim Pflegedienst.

„[...] Die Kooperation ist kein Selbstzweck, sie ist immer gebunden an Leistungsaufträge, wenn wir Leistungsaufträge annehmen, dann haben wir auch Mitarbeiter, die das ausführen können.“ (IWWOHL 1).

3.2.5.2 Aufwertung der Pflege

Kooperation wurde sowohl von den Hausärzten als auch von dem ambulanten Pflegedienst als sehr aufwendig für die ambulante Pflege betrachtet.

Vor dem Hintergrund der hohen Arbeitsbelastung der ambulanten Pflege innerhalb der Interaktion mit der Hausarztpraxis sollte diese nach Auffassung der Hausärzte im Rahmen eines anerkannten Pflegedokumentationssystems zum Ausdruck kommen.

„[...] Die Komplexität der Pflege könnte man z.B. mit dem Barthel-Index der Pflege abbilden oder mit anderen Scores, die die Pflege erheben, die haben genug zu tun“ (HA 8).

Im Vergleich zu einer „VERAH“ in der Hausarztpraxis wies die ambulante Pflege aus Sicht der Hausärzte umfangreichere Kenntnisse im Hinblick auf die Begutachtung der gesundheitlichen Lage des Patienten auf.

„[...] Der examinierte Pfleger hat immer noch eine bessere Ausbildung, besseren Blick auf den Gesundheitszustand des Patienten als eine weitergebildete MFA [...]“ (HA 8).

Die hohe Beanspruchung der ambulanten Pflege im Austausch mit der Hausarztpraxis wurde vom ambulanten Pflegedienst ebenso bewertet:

„Es ist schon sehr zeitintensiv was die Kommunikation zwischen uns und dem Arzt was den einzelnen Patienten betrifft, nimmt schon viel Zeit in Anspruch [...]“ (PF 15), „Ich bin die Schnittstelle zwischen Patient, Krankenhaus, Hausarzt und Facharzt“ (PF 8).

3.2.5.3 Klare Zuständigkeit

Eine klare Ansprechbarkeit für eine gelingende Kooperation wurde von Hausärzten, dem Hausärzterverband und der ambulanten Pflege als notwendig gesehen.

Um einen guten Kontakt zwischen Hausarztpraxis und Pflegedienst zu gewährleisten, identifizierten Hausärzte die Relevanz eines Ansprechpartners, nämlich eine MFA in der Hausarztpraxis, die sich speziell mit der Kooperation beschäftigt.

„Man müsste vielleicht eine MFA oder ähnliches dazu ernennen, dass die für solche Dinge zuständig ist, das könnte ich mir schon vorstellen“ (HA 9), [...] eine Mitarbeiterin müsste geschult werden, die möchte sich bitte einmal die Woche mit dem Pflegedienst oder bei Bedarf häufiger zusammensetzen“ (HA 2).

Die Hausarztverbände sahen für die Gewährleistung der Umsetzung einer Kontaktpflege mit ambulanten Pflegediensten die Personalressource als unerlässlich an; schwierig sei aber die konstante Auslastung des eingesetzten Personals in der Hausarztpraxis. Die Kooperation mit Pflegediensten führe nicht zu einer Erhöhung der Anzahl des Praxispersonals (IWHÄV 1).

Die ambulante Pflege vertrat ebenso die Auffassung, dass eine gute Personalstruktur in der Hausarztpraxis wesentlich davon abhängen würde, dass es eine oder zwei feste Ansprechpersonen gebe, die sich ausschließlich dem Kontakt mit der ambulanten Pflege widmen.

„Von Vorteil wäre, dass es bei uns eine Person gibt, in der Hausarztpraxis gibt es eine oder maximal zwei Personen, die diese Kommunikation führt, die auch alles andere veranlasst [...]“ (PF 7).

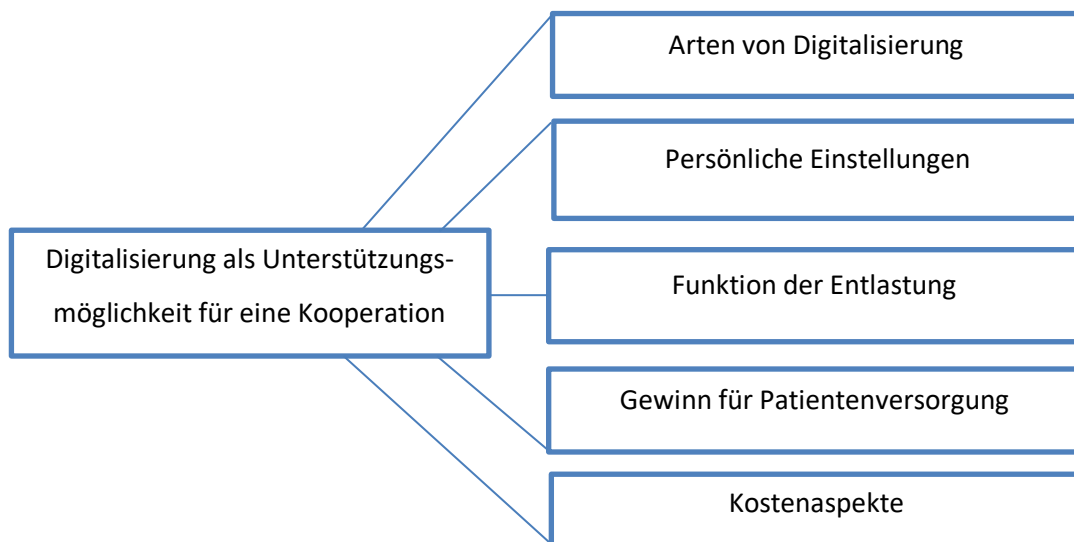


Abbildung 9: Übersicht zur Oberkategorie „Digitalisierung als Unterstützungsmöglichkeit für eine Kooperation“

3.2.6 Digitalisierung als Unterstützungsmöglichkeit für eine Kooperation

3.2.6.1 Arten von Digitalisierung

Sowohl die Hausärzte als auch die Leitungsverantwortlichen der ambulanten Pflegedienste standen dem Einsatz digitaler Möglichkeiten für eine Kooperation positiv gegenüber.

Die Hausärzte signalisierten die Bereitschaft zur Verwendung von verschiedenen digitalen Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme zum Pflegedienst.

„[...] Könnte mir vorstellen, Videosprechstunden mit Pflegediensten zu führen [...] (HA 12), mehr mit Plattformen arbeiten, mehr Befunde von Wunden, ich denke, das würde sicher manches erleichtern, z.B. Fotos von geschwollenen Unterschenkeln etc. [...]“ (HA 7).

Ambulante Pflegedienste standen dem Einsatz vielfältiger digitaler Nutzungsoptionen in kommunikativer Verbindung zu Hausärzten ebenso positiv gegenüber.

„Blutzuckerwerte, Medikamente können dem Hausarzt direkt übermittelt werden, dass das alles digitalisiert wird, Rezeptbestellsystem, automatisches Verordnungsmanagement, z.B. mittels einer Software, dass die Blutzuckerwerte direkt an die Hausärzte vermittelt werden oder die Wundversorgung, dass alles digital wird“ (PF 13), [...] eine einfach zugängliche Plattform, die aber über eine Schnittstelle mit der gängigen Pflege- und Arztsoftware verbunden ist (PF 6).

3.2.6.2 Persönliche Einstellungen

Der Einsatz von Digitalisierung bei der Kooperation wurde von den Hausärzten und den ambulanten Pflegediensten heterogen betrachtet.

Zum generellen Umgang mit der Digitalisierung in der Interaktion mit Pflegediensten zeigten sich divergente Einstellungen der Hausärzte. Einige Hausärzte nahmen zu diesem Bereich eine kritische Haltung ein:

„Zu umständlich, wenn ich zu dem Patienten hingeh, mache ich mir einfach ein Bild und wenn ich meine, dass ich mich mit dem Pflegedienst einmal ins Benehmen setzen muss, dann nehme ich Kontakt auf oder mach das auf dem ganz pragmatischen Weg, dass einfach Verordnungen ausgestellt werden, z.B. Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen [...]“ (HA 1), „[...] da es in der hausärztlichen Betreuung um das Kümmern geht, auch um das persönliche Kümmern, das funktioniert nicht digital [...]“ (HA 5).

Im Rahmen der wertschätzenden Haltung von persönlichen Gesprächen mit Pflegediensten wurde deutlich, dass der digitale Austausch nicht als notwendig betrachtet wurde. Für kurze Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten sei ein Fax ausreichend:

„Wenn es um kurze Informationen geht, Medikamentenänderung, da finde ich durchaus ein Fax ausreichend, ich bräuchte da jetzt kein spezielles digitales Programm mehr dafür. Ich schätze persönliche Gespräche“ (HA 14).

Andere Hausärzte vertraten die These einer Unterstützungsmöglichkeit durch Digitalisierung:

„Auf dem digitalen Weg geht es schneller, man bekommt schneller Informationen und ist sehr aktuell an Informationen. Es ist sicherlich für die Zusammenarbeit sehr förderlich, weil man darüber auch kommunizieren kann“ (HA 11), „mehr mit Plattformen arbeiten, mehr Befunde von Wunden, ich denke, das würde sicher manches erleichtern, z.B. Fotos von geschwollenen Unterschenkeln etc. [...]“ (HA 7).

Die ambulanten Pflegedienste plädierten einheitlich für die Etablierung von digitalen Formaten im Kontakt zu Hausärzten. Sie sahen darin eine Erleichterung des Austausches, insbesondere durch den zeitlichen Aspekt und den einfacheren Anwendungsmodus.

„[...] Wenn es ein Netzwerk gäbe, worüber man kommuniziert, wäre natürlich einfacher (PF 15), „auf jeden Fall bietet sie eine Unterstützung, es ist ja einer der Zeitfaktoren, es geht natürlich schneller, wenn es digital anstatt handschriftlich läuft“ (PF 11), „[...] die Digitalisierung bietet Unterstützung, wenn sie vereinfacht in der Benutzung ist“ (PF 10).

3.2.6.3 Funktion der Entlastung

Die Zusammenarbeit mit Pflegediensten wurde von den Hausärzten als Entlastung im Kontext mit Digitalisierungsprojekten angesehen.

Der Einsatz von Digitalisierung im Rahmen der Interaktion mit Pflegefachkräften, die delegierbare hausärztliche Aufgaben übernehmen, wurde von den Hausärzten als signifikante Entlastung ihrer alltäglichen Praxistätigkeit gesehen.

„Natürlich ist das eine Entlastung. Vorausgesetzt, dass wäre sicher, dann ist das natürlich eine Grundentlastung, jeder Weg, den ich nicht selbst machen muss, ist für mich eine große Entlastung“ (HA 4), „[...] das stellt eine Entlastung dar“ (HA 10).

Bei der entlastenden Komponente sei jedoch zu berücksichtigen, dass die Kompetenz der Pflegefachkraft einen wesentlichen Faktor bzw. das Hauptkriterium darstelle.

„Die Frage ist letztlich ja nur, das muss man ehrlicherweise sagen, nicht worum geht es, sondern wer macht es, es hängt sehr individuell vom Pflegedienst ab, und ich kann Ihnen keine harten Kriterien nennen woran man das festmachen kann, es kommt auf das Individuum an, auf die Erfahrungen, die ein Pfleger hat, wo er vorher gearbeitet hat, ob er im Krankenhaus tätig war, auf der Intensivstation gearbeitet hat, Notfälle kennt etc., es kommt ganz individuell auf die Pflegekompetenz des Pflegenden an“ (HA 8).

3.2.6.4 Gewinn für Patientenversorgung

Aus Sicht der ambulanten Pflege und der Wohlfahrtsverbände gelänge es, die Kontinuität der Patientenversorgung durch digital gestützte Kooperation zu gewährleisten.

Eine effizientere Versorgung im Hinblick auf den Patienten wäre durch die Etablierung von digitalen Verbindungen zwischen Hausarztpraxis und Pflegedienst mit Blick auf die Schnelligkeit der Versorgung gegeben.

„[...] Auf jeden Fall ist von Vorteil, es würde schneller gehen und es würde auch sicherer gehen. Wenn ein elektronischer Datenaustausch stattfinden würde, wäre auch eine schnellere Patientenversorgung gewährleistet [...]“ (PF 7).

Die Pflegedienste erwähnten insbesondere den Nutzen der Digitalisierungsform für die Arbeit in ländlichen Gebieten.

„Die Digitalisierung sehe ich schon auf Dauer sehr sinnvoll, wenn man sich über Plattform austauschen kann, man wäre flexibler und zeitsparender, es fehlt natürlich der persönliche Kontakt, aber wenn wir Veränderungen feststellen, dann ist es schon sinnvoll sich darüber auszutauschen, gerade damit die ländlichen Regionen nicht abgehängt werden“ (PF 12).

Darüber hinaus gaben die ambulanten Pflegedienste an, es läge dringender Handlungsbedarf bei der Weiterentwicklung der Digitalisierung in ihrem Bereich vor, um ein Schnittstellenmanagement zwischen Hausärzten und Pflegediensten optimal zu gewährleisten:

„Die Digitalisierung kommt nicht in der Pflege vorwärts, das ist ein Irrglaube, solange wir nicht digitalisieren, wird auch keine Schnittstelle hergestellt werden“ (PF 4).

Der Nutzen der digitalen Einsetzbarkeit für eine Kooperation, insbesondere im Hinblick auf die Versorgung in ländlichen Strukturen, wird von den Wohlfahrtsverbänden ebenso positiv bewertet.

„[...] Weil dann der Hausarzt gerade im ländlichen Raum nicht rausfahren müsste, also wenn ich z.B. digital gestützt die Möglichkeit habe, dass der Hausarzt sich eine Wunde anschaut und dann entscheidet, wie das weiter zu behandeln ist, würde das natürlich einen enormen Vorteil auch für die Versicherten bringen, die schlecht zu mobilisieren sind, in der Kommunikation mit Immobilen würde das schon einiges erleichtern [...]“ (IWWOHL 4), „[...] die Qualität der Versorgung wird durch Digitalisierung weiter vorangebracht werden“ (IWWOHL 2).

Aus der Perspektive der Institutionen im Gesundheitswesen ging hervor, dass für die zukünftige Kooperation eine digitale Vernetzung von großer Bedeutung sei, um eine intakte Versorgung zu gewährleisten.

„Ohne die Digitalisierung wird es nicht funktionieren, der Zeitaufwand, Parkplatzsuche bei Hausbesuch, das sind die ganz normalen Probleme, das wird nur digital funktionieren [...]“ (IWG 2).

3.2.6.5 Kostenaspekte

Die Institutionen im Gesundheitswesen betonten weiterhin den Kostenfaktor als entscheidenden Aspekt bei der Digitalisierung für eine Kooperation.

Durch die Etablierung von Digitalisierung beim Austausch entstünden Einsparmöglichkeiten. Vorteile aus finanzieller Sicht wären Personalreduzierung sowie der Wegfall von Anfahrtswegen.

„[...] Einsparungsmöglichkeiten hinsichtlich der Wege durch Digitalisierung, sie sparen also bei der mobilen Infrastruktur, sie sparen Benzinkosten und Arbeitszeit des Pflegepersonals und sie haben medizinisch eine schnelle Befundänderungsmöglichkeit über die Digitalisierungssysteme, das ist der Vorteil [...]“ (IWG 1).

Entscheidend für die Finanzierbarkeit des Digitalisierungseinsatzes sei die Überzeugungsstrategie gegenüber den Kostenträgern.

„[...] Diese Modelle sind richtig wichtig, man muss nur die Kostenträger von der Sinnhaftigkeit dieser Modelle überzeugen. Am Anfang ist es immer etwas teurer, aber nach hinten heraus ist es kostengünstig und wir haben eine gute, vernünftige Versorgung der Patienten“ (IWG 1).

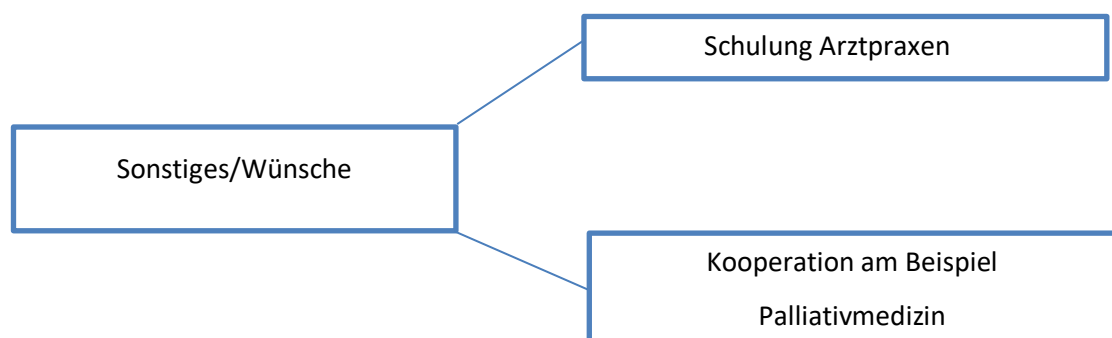


Abbildung 10: Übersicht zur Oberkategorie „Sonstiges/Wünsche“

3.2.7 Sonstiges/Wünsche

3.2.7.1 Schulung Arztpraxen

Schulung wurde sowohl von den Hausärzten als auch von den Leitungsverantwortlichen ambulanter Pflegedienste als notwendig erachtet.

Hausärzte bevorzugten Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für ihr Praxispersonal für eine Kooperation. Das Praxispersonal sei bereits für den Umgang mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen geschult worden.

„Wir haben Mitarbeiter geschult für die Heilmittelberufe, Heilmittelkatalog für Verordnungen von Physiotherapie etc. das könnte es auch analog für die Pflege geben“ (HA 4).

Die Zusammenarbeit mit Pflegediensten wurde als eine Aufgabe der MFA gesehen. Ein erweitertes Profil für den Bereich Kooperation sei für die Praxis nicht vorgesehen. Die Professionalisierung, speziell für die Kommunikation mit Pflegediensten sei jedoch möglich.

„[...] Die Kooperation ist ein ganz normaler Bestandteil der MFA Tätigkeit, so etwas wie Kommunikationsmodule etc. kann man natürlich alles professionalisieren auch mit Pflegediensten“ (HA 7).

Aus den bisherigen Erfahrungen der ambulanten Pflegedienste in der Zusammenarbeit mit Hausarztpraxen ließ sich festhalten, dass diese eine Schulung für Hausarztpraxen für die Ausstellung von Verordnungen im Kontext der häuslichen Krankenpflege favorisierten.

„Wichtig finde ich, dass noch einmal alle Arztpraxen geschult werden wie man Verordnungen ausstellt, das ganze rechtliche Prozedere mit den Verordnungen für die häusliche Krankenpflege, weil es da immer Probleme gibt, egal in welcher Praxis eigentlich [...]“ (PF 7).

3.2.7.2 Kooperation am Beispiel Palliativmedizin

Der Bereich Palliativmedizin wurde von Hausärzten und Wohlfahrtsverbänden für eine Kooperation als problemhaft thematisiert.

Es wurde darauf verwiesen, dass für den Bereich Palliativmedizin die verflochtene Arbeit zwischen Hausarztpraxis und Pflegedienst im Sinne des zu versorgenden Patienten nicht adäquat umgesetzt werde.

„Im Bereich Palliativmedizin ist es so, viele Pfleger und auch Ärzte haben das gelernt, haben Palliativmedizin nicht wirklich verstanden, sich vernünftig kümmern, in Puncto jemanden vernünftig sterben lassen, ich wünsche mir von Pflege, die Menschen am Lebensende versorgen, was im ambulanten Bereich ganz häufig ist, vernünftiger und besser versucht Patienten, die sie lange und differenziert betreut haben, auch anders loszulassen [...]“ (HA 8).

Der Bereich Palliativmedizin wurde weiterhin von den Wohlfahrtsverbänden als kritisch für die Kooperation bewertet; herausfordernd für die niedergelassene Pflege sei die fehlende Erreichbarkeit des Hausarztes an Wochenenden oder arbeitsfreien Zeiten.

„[...] Das ist dann schwierig, wenn der Hausarzt nicht sicherstellt, dass er erreichbar ist, wenn es nötig ist, es kann ja in der Palliativversorgung passieren, dass man vielleicht am Wochenende oder auch außerhalb der Öffnungszeiten des Arztes mal schnell Medikamente braucht, Bedarfsmedikation Morphin z.B., das ist dann problematisch. Das sind jetzt nicht viele Fälle, aber das ist ein Bereich, wo dann auch mal eine Kooperation an ihre Grenzen stößt, weil der Hausarzt sich da isoliert. Die Pflegedienste melden zurück, dass es schwierig ist, Absprachen zu treffen und die Medikation zu bekommen“ (IWWOHL 2).

4 Diskussion

4.1 Inhaltliche Diskussion

Alle Interviewteilnehmer unterstrichen die Bedeutung von Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten.

Die Hausärzte haben in der vorliegenden Studie dargelegt, dass Kooperation ein relevantes Kriterium für eine optimale Patientenversorgung sei. Damit besteht Übereinstimmung zu den aufgezeigten Studien (vgl. Schaeffer et al. 2015, vgl. Stumm et al. 2019).

Fraglich ist, wie diese Bewertung realitätsbezogen umgesetzt und durchgesetzt werden könnte.

4.1.1. Einstellungen zur Kooperation

Aus der Perspektive der verschiedenen Interviewteilnehmer wurde deutlich, dass Kooperation eine hohe Relevanz für eine optimale Patientenversorgung habe und einen entscheidenden Aspekt während des Behandlungsverlaufs darstelle. Insbesondere wird die Vernetzung von Hausarzt und Pflegedienst im Sinne einer Krankenhausvermeidung betont. Diese Auffassung wird auch im Rahmen eines Projektes zur digitalen Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Pflegedienst deutlich. Auch darin liegt der Fokus auf der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen durch Kooperation (vgl. Homepage AOK Sachsen-Anhalt, Presse 2021). Ziel ist es auch hier, die Patientenversorgung zu modifizieren. Als Konsequenz sollen Krankenhausaufenthalte verhindert und ebenso ungeplante Hausbesuche vermieden werden (vgl. Homepage AOK Sachsen-Anhalt, Presse 2021).

In der Literatur wird betont, dass eine Kooperation auf Augenhöhe sehr relevant sei (vgl. van den Bussche et al. 2013, S. 333). Aus den Ergebnissen geht hervor, dass Hausärzte den Tätigkeiten der ambulanten Pflegedienste positiv gegenüberstehen, da sie diese Tätigkeiten als weiterführende hausärztliche Aufgaben betrachten und somit die Literaturlauffassung gestützt wird.

Die Ergebnisse zeigen auch, dass Teamarbeit dabei eine große Rolle spiele. Um die Kontinuität des Behandlungsverlaufs der Patienten zu gewährleisten, wird Teamarbeit hervorgehoben. In DEGAM Positionen wurde auch dargelegt, dass die Zusammenarbeit als Team einen positiven Einfluss auf die hausärztliche Versorgung habe (vgl. DEGAM Zukunftsperspektiven 2012, S. 5). Diese erscheint sinnvoll, wenn man davon ausgeht, dass eine vernetzte Arbeitsweise eine effektivere Versorgung der Patienten hervorbringt.

Die inhaltsanalytischen Ergebnisse dieser Arbeit unterstrichen die übereinstimmenden Meinungen zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten zum Entlastungsaspekt. Dieses stimmt mit einer Studie mit Hausärzten und multimorbiden Patienten überein, wo dieser Aspekt explizit

mit Blick auf eine Koordination angeführt wurde. Zum Ausdruck kam, dass die Übernahme von koordinativen Bedarfen an soziale Einrichtungen in der ambulanten Versorgung wichtig sei, um das hausärztliche Arbeitspensum zu entlasten (vgl. Stumm et al. 2020, S. 70). Es empfiehlt sich, den Aspekt der Entlastung des Hausarztes durch Kooperation mit der ambulanten Pflege intensiv weiter zu betrachten, gerade vor dem Hintergrund des prognostizierten Nachwuchsmangels von Hausärzten, vor allem in ländlichen Regionen (vgl. Positionspapier der DEGAM zur geplanten Förderung der Versorgungsforschung 2014). Aus den Ergebnissen dieser Arbeit und den aufgezeigten Studien (vgl. Stumm et al. 2020, vgl. Wangler und Jansky 2021) wird übereinstimmender Bedarf für eine Kooperation mit Koordination unter den ambulanten Leistungserbringern gesehen.

4.1.2. Informationsaustausch

Die zentrale Voraussetzung für eine effektive Verzahnung von Hausärzten und ambulanten Pflegediensten ist der Informationsaustausch. Dadurch werden die berufsspezifischen Kompetenzen hausärztlich sowie pflegerisch im Sinne des Patientenwohls gebündelt. Kritisch anzumerken ist an dieser Stelle, dass die Informationsweitergabe nicht immer reibungslos verläuft; es kommen Optimierungsvorschläge im Hinblick auf Versorgungsdefizite zum Ausdruck:

Es wurde der Wunsch nach einer Ansprechperson in der Hausarztpraxis seitens der ambulanten Pflegedienste sowie der Wunsch nach einem kontinuierlichen, strukturierten Informationsfluss zwischen diesen beiden Berufsgruppen erkennbar. Diese wahrgenommenen Defizite im Informationsaustausch decken sich mit den literaturbasierten Erkenntnissen, die die Zielrichtung einer effektiven Informationskette im Sinne des Synergieeffekts zur ambulanten Patientenversorgung ebenso beabsichtigen (vgl. Höfert und Meißner 2008, S. 148). Vor allem der Wunsch nach festen Ansprechpartnern im Kontext mit sozialen Anliegen in der Hausarztpraxis wurde studienbasiert bereits thematisiert (vgl. Stumm et al. 2020, S. 71). Es wurde auch dargelegt, dass eine klare, regelmäßige Kommunikation sowie Wertschätzung die Kooperation zwischen den verschiedenen an der Versorgung Beteiligten stärkt (vgl. Southby und Gamsu 2018, S. 365).

In einer Studie mit Hausärzten und Pflegediensten war erkennbar, dass für eine gelungene Kommunikation die individuelle fachliche Kompetenz sowie die Bereitschaft zum berufsübergreifenden Austausch problematisch sein können. Als Abhilfen werden Fortbildungsmaßnahmen sowie mögliche Versorgungsmodelle skizziert (vgl. Gröber-Grätz et al. 2013). Die Hausärzte sahen es als wichtig an, dass möglichst wenig Bürokratie mit dem Informationsaustausch verbunden sei. Diese Absicht eines minimalen Bürokratieaufwandes zeigte sich auch in einer Studie mit Kooperationsmodellen (vgl. Ruppert et al. 2017).

Auch die von den Pflegediensten deutlich geäußerte Unzufriedenheit mit ihrer „hierarchischen Position“ im Verhältnis der Ärzteschaft wird in der Literatur (vgl. Palesch 2016, S. 40) ebenso hervorgehoben. In den Ergebnissen wurde der Wunsch der ambulanten Pflegedienste nach einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe erkennbar. Zudem wurde in einer australischen Studie der Aspekt eines Minderwertigkeitsgefühls des Pflegepersonals in der Zusammenarbeit mit Hausärzten hervorgehoben (vgl. McInnes et al. 2016, S. 1964).

In einer Studie mit Hausärzten und Pflegediensten wurde ebenso deutlich, dass Hausärzte im Vergleich zur Pflege zufriedener mit der Kooperation seien. Dies galt in Bezug auf Prozess- sowie Ergebnisqualität bei der Versorgung Demenzkranker (vgl. van den Bussche et al. S. 332). Laut der Studie könnte die Begründung dafür sein, dass die Zusammenarbeit der beiden Professionen aus Sicht der Hausärzte von unterschiedlichen Hierarchieebenen ausgehe, die durch wirtschaftliche Abhängigkeit seitens der Pflegenden gegenüber den Ärzten geprägt sei (vgl. ebd., S. 332).

Es ist nachvollziehbar, dass von der Pflege ein Über- und Unterordnungsverhältnis Unzufriedenheit hervorruft, jedoch liegen divergente Ausbildungswege vor. Trotz unterschiedlicher Ebenen sollte es aber Ziel sein, dass eine gute Versorgungsqualität für den Patienten gewährleistet wird. Voraussetzung dafür sollten künftig flache Hierarchien und gegenseitige Wertschätzung sein (vgl. Ruppert et al. 2017). Aus den Einstellungen zur Kooperation geht hervor, dass die von der Pflege durchgeführten Leistungen von den Hausärzten anerkannt werden, denn sie sehen die Pflege als ihre Fortsetzung der hausärztlichen Aufgaben an.

Darüber hinaus wird studienbasiert angeregt, einen Leitfaden für eine effektive Kommunikationsstruktur zu konzipieren (vgl. Curtis et. al 2011, S. 17f.). Dazu würde auch die Handhabung mit den elektronischen Medien gehören. Es wäre praxisnah, den Umgang zwischen Hausärzten und Pflegediensten mit Blick auf die modernen Kommunikationsmittel festzulegen. Die Hausärzte und ambulanten Pflegedienste bevorzugten das persönliche Gespräch untereinander. In einer Studie mit Hausärzten und multimorbiden Patienten zeigen Hausärzte verschiedene Einstellungen zu Kommunikationswegen (z.B. über Telefon, per Fax, Email oder auch über persönlichem Austausch) (vgl. ebd., S. 71). In § 119b Abs. 2a SGB V wird ausdrücklich ein elektronischer Datenaustausch zwischen vertragsärztlichen Leistungserbringern und stationären Pflegeeinrichtungen festgeschrieben. Dieses Erfordernis wäre auch auf die Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten im niedergelassenen Sektor zielführend zu übertragen, zumal den ambulanten Pflegeeinrichtungen im o.g. Gesetzestext die Möglichkeit gegeben wird, in einer entsprechenden Kooperation Daten digital auszutauschen.

4.1.3. Optimale Patientenversorgung

Um eine optimale Patientenversorgung gewährleisten zu können, wird herausgestellt, dass ein reibungslos funktionierendes Miteinander zwischen Hausärzten und Pflege unerlässlich sei. Aus einer Studie mit Hausärzten und Pflegediensten geht hervor, dass eine bedarfsgerechte Versorgung von Demenzpatienten eine engmaschige Kooperation zwischen diesen beiden Professionen in der ambulanten Versorgung impliziere (vgl. van den Bussche et al. 2013, S. 333). Generell wird für die Gewährleistung einer optimalen Patientenversorgung angesichts der Veränderungen in der Demografie und der damit verknüpfenden Bewältigung des Umgangs mit chronischen und multimorbiden Krankheiten für den niedergelassenen Sektor die Vernetzung zwischen Hausärzten und Personal des Pflegedienstes immer relevanter (vgl. ebd., S. 328, vgl. Götze et al. 2010, S. 62). Wissenschaftler aus der o.g. Studie mit Hausärzten und Pflegediensten postulieren die Etablierung der Auseinandersetzung des gegenseitigen Kennenlernens dieser beiden Berufsbilder innerhalb ihrer Ausbildungen; dadurch sei ein engverwurzeltes Interagieren zwischen ihnen für die anschließende patientengerechte Versorgung gegeben (vgl. van den Bussche et al. 2013, S. 332). Diese Auffassung erscheint sinnvoll, da frühzeitige Kenntnisse innerhalb der Ausbildungsstrukturen der jeweils anderen Berufsgruppe Einblicke in die Arbeitsweisen und Behandlungsansätze ermöglicht.

Die Hausärzte beobachteten zudem, dass auch ohne eine „gelebte“ Kooperation eine Patientenversorgung gut möglich sei; diese Annahme resultiert aus der unterschiedlichen Zusammenarbeit mit den ambulanten Pflegediensten. Es hat sich gezeigt, dass es entscheidend auf die Qualität der Pflegedienste ankomme, die auch bei einer nicht „gelebten“ Kooperation durchaus eine Patientenversorgung gewährleisten könne. Diese Aussage ist grundsätzlich nicht in Zweifel zu ziehen, da davon auszugehen ist, dass eine optimale ärztliche und pflegerische Versorgung nicht ausschließlich von einer Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten abhängig sei.

Die Patientenversorgung bildet den Schwerpunkt der Versorgung zwischen hausärztlicher und ambulanter pflegerischer Tätigkeit. Sowohl die literaturbasierten Aussagen als auch die Ergebnisse der qualitativen Daten verdeutlichen die Relevanz der Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten, um einen reibungslosen Versorgungsprozess zur optimalen Patientenbetreuung zu gewährleisten. Der Sachverständigenrat von 2009 lässt die Problematik der demografischen Entwicklungen mit der Konsequenz eines erweiterten sowie gehäuftem Krankheitsspektrums erkennen (vgl. Wille et al. 2009, S. 93). Die Umsetzung der „gelebten“ Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten bietet dabei Unterstützungsbedarf (vgl. Höfert und Meißner 2008, S. 147) und erleichtert die erforderlichen berufsübergreifenden Prozesse im ambulanten Sektor. Eine Studie mit Hausärzten und pflegenden Angehörigen identifiziert ebenfalls den

hohen Unterstützungsbedarf von Hausärzten gegenüber Beratungsangeboten in ambulanten Strukturen. Häufig werden pflegerische Beratungsthemen an den Hausarzt als zentrale Anlaufstelle gestellt (vgl. Wangler 2021). Eine enge Verzahnung von Hausärzten und ambulanten Unterstützungsteams (wie Pflegestützpunkten oder auch ambulante psychische Netzwerke) wird als unabdingbar bewertet, um eine gute Lebensqualität der Patienten dauerhaft zu gewährleisten (vgl. ebd.).

4.1.4. Finanzierung

In einer Studie mit Hausärzten und ambulanten Pflegediensten wurde der Aspekt der Finanzierung für eine gelungene Kommunikation in der Kooperation herausgestellt (vgl. van den Bussche et al. 2013, S. 332). Es wird drauf verwiesen, dass eine extra Vergütung für den Bereich Kooperation im System nicht existent sei (vgl. ebd.). Eine dauerhafte Finanzierung für eine Interaktion unter Hausärzten und anderen Versorgungsakteuren ist für eine zuverlässige Versorgungsqualität jedoch bedeutend (vgl. Southby und Gamsu 2018, S. 368). Auch die DEGAM Positionen nennen die Wichtigkeit von finanziellen Ausgleichen für Teamarbeit (vgl. DEGAM Zukunftspositionen 2012, S. 5).

Die interviewten Akteure unterstrichen den Stellenwert der Finanzierung für eine Kooperation. Dabei zeigten sie bereits vorhandene Strukturen auf durch die Kooperation zusätzlich vergütet werden kann.

Die Hausärzte und Pflegedienste wünschten sich eine extra Budgetierung für ihre Besuche beim Patienten. Die Fragmentierung der unterschiedlichen SGB's steht dem jedoch entgegen. Für die hausärztliche Versorgung und für die ambulanten Pflegedienste wären Möglichkeiten für eine höhere Budgetierung jedoch durch eine extra Abrechnungsziffer in den jeweiligen Vergütungsstrukturen (KV Abrechnung und Pflegeversicherung) als auch durch den Selektivvertrag nach § 140 a SGB V gegeben. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass der Selektivvertragstypus keine struktur- und prozessverändernde Wirkung für die Etablierung der Kooperation auf Dauer darstellt (vgl. Laag 2020, S. 47f.). Es wäre zu prüfen, ob die Aussagen der Hausärzte und Pflegedienste, die eine extra budgetäre Leistung für den Bereich Kooperation begrüßen würden, einen Impuls für die Gesundheitspolitik zur Ergänzung bzw. Erweiterung des Selektivvertragstypus geben können.

Vorstellbar wäre in diesem Kontext die Umsetzung eines Hinweises aus der niedergelassenen praktischen Ärzteschaft, eine spezielle Vergütung im Rahmen einer Videosprechstunde einzuführen. Durch die „gelebte“ Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten könnte für beide Berufsgruppen ein höheres Abrechnungsniveau erzielt werden. Dadurch würde die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten möglicherweise eine Qualitätssteige-

rung erfahren. Der Aspekt der finanziellen Entlastung wird vom Hausärzteverband kritisch gesehen. Aus Verbandssicht werde kein finanzieller Ausgleich durch die Kooperation mit den ambulanten Pflegediensten stattfinden. Die geltenden Abrechnungsstrukturen schlossen bereits die Kooperation mit ein.

4.1.5. Personal

Die Interviewteilnehmer beider Berufsgruppen wünschten sich eine klare Zuständigkeit für „Praxis“ und „Pflegedienst“ für die Kooperation im Bereich Personal. Innerhalb dieser beiden Einrichtungen sollten feste Bezugspersonen aus dem vorhandenen Personal ausschließlich für den Bereich Kooperation zur Verfügung gestellt werden. Dieser Aspekt lässt sich ebenfalls in der Literatur erkennen: Die niedergelassene Ärzteschaft bewertete die Personalfuktuation bei der ambulanten Pflege in der Kooperation mit Pflegekräften als kritisch (vgl. Garms-Homolova´ 1998, S. 117). Angestrebt werden klare Zuständigkeiten bei dem pflegerischen Personal, mit dem Ziel, kurze Übermittlungswege von Informationen im Bereich Kooperation zu etablieren.

In Bezug auf die Unterstützungsleistung durch pflegerisches Personal lässt sich festhalten, dass der Einsatz von „VERAH“ von den Hausärzten grundsätzlich geschätzt wird (vgl. Götz et al. 2017, S. 5)., jedoch kam in den Aussagen der Hausärzte die höhere Wertschätzung für eine examinierte Pflegefachkraft deutlich zum Ausdruck. Somit erfährt auch die pflegerische Tätigkeit eine Aufwertung, die für eine Kooperation geboten sein sollte. Aus einem englischen Artikel (2011) wird deutlich, dass die Arbeitszufriedenheit einen zentralen Aspekt für eine Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und nicht ärztlichem Personal darstelle. Letztere Berufsgruppe bewertet die Berufszufriedenheit höher als das ärztliche Personal. Dabei komme es für die Zusammenarbeit ferner entscheidend darauf an, dass eine Kooperation auf Augenhöhe erfolge und von Wertschätzung für das nicht ärztliche Personal geprägt sei (vgl. Götz et al. 2011, S. 5f.). Dies deutet auf einen positiven Einfluss von hoher Berufszufriedenheit auf Zusammenarbeit bzw. Miteinander zwischen Hausärzten und Pflegediensten hin. Gleichwohl stellt sich die Frage, ob eine hohe Arbeitszufriedenheit zwingende Voraussetzung für eine „gelebte“ Kooperation darstellt. Es sollte weiterhin studienbasiert überprüft werden in welchem Zusammenhang Berufszufriedenheit und Kooperation ausschließlich zwischen Hausärzten und Pflegediensten stehen.

Nach der Auffassung des Hausärzteverbandes ist grundsätzlich eine Personalressource für Kooperation erforderlich; das Problem wird dabei jedoch in der Auslastung dieser Ressource gesehen. Auch erfahre der Personalbestand in der Hausarztpraxis durch eine Kooperation keine Verbesserung.

4.1.6. Digitalisierung

Einige Hausärzte sahen Optimierungsbedarf bei der Digitalisierung und befürworteten diesen wegen eines schnelleren Informationsaustausches. Hausärzte sahen es durchaus als Entlastung an, wenn Pflegedienste digital kommunizierten. Die Institutionen im Gesundheitswesen teilten diese Auffassung mit Blick auf eine Verbesserungsoption und führten an, dass ein digitales modernes Format zur Zusammenarbeit unabdingbar sei.

Ebenso sahen die ambulanten Pflegedienste eine Digitalisierung als Optimierung an. Sie favorisierten einen digital gestützten Austausch, um in ländlichen Regionen eine gute Patientenversorgung zu erzielen. Im Bundesland Sachsen-Anhalt ist ein Projekt zur Vernetzung zwischen hausärztlichem und pflegerischem Aufgabengebiet aufgelegt. Danach soll der digitale Zugriff für die Hausärzte einen raschen Überblick über notwendige Informationen zur Diagnose verschaffen, sodass Hausbesuche entfallen könnten. Die digitale Verbindung zur hausärztlichen Komponente ermöglicht den Pflegediensten wiederum einen geordneten Daten- und Informationsaustausch (vgl. ebd.). Die Projektarbeit ist insgesamt einschließlich der Evaluation bis 2024 angesetzt (Projektlaufzeit April 2021 - September 2023) (vgl. ebd., Faktenblatt 2021).

Gleichwohl wird beim Einsatz der Digitalisierung die mangelnde persönliche Kommunikation kritisch bewertet. Für eine fortschreitende Digitalisierung würde sprechen, dass it-basiert sowohl für Hausärzte als auch für Pflegedienste gleiche Zugangsbedingungen eröffnet werden. Eine Folge wäre eine gegenseitige Arbeitsentlastung. Eine weitere Konsequenz wäre eine Minimierung des bestehenden Arbeitsaufwandes. Beides würde mehr Zeit und Aufmerksamkeit für den Patienten bedeuten. Um dieses zu erreichen, bietet sich die Heranziehung der ePA (vgl. Gerlach et al. 2021, S. 90) an, deren positive Wirkung darin besteht, dass Hausärzte und Pflegedienste gleichzeitig auf Patientendaten elektronisch zugreifen können und damit die patientenorientierten Prozesse eine optimale Gestaltung erfahren. Gerade dieser Aspekt der ePA ist in das Digitale-Versorgungsgesetz, das im Dezember 2019 verabschiedet wurde, eingeflossen (vgl. Gerlach et al. 2021, S. 32).

4.1.7. Sonstiges/Wünsche

Gutes Personal erfordere regelmäßige Schulung und Weiterbildungsmöglichkeiten (vgl. Laag 2020, S. 46) sowie auch Aufstiegschancen (vgl. Hämel und Vössing 2017, S. 500). Die Hausärzte haben die Bewertung abgegeben, dass der Faktor Personal bei einer Kooperation besonders betrachtet werden sollte. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Praxispersonal wurden als relevant eingeschätzt. In diesem Zusammenhang ist deshalb auch der Aspekt der Eigenverantwortung und -kompetenz für die Personalsituation heranzuziehen. Auch die DEGAM Positionen verdeutlichten die Wichtigkeit von Weiterbildung im Rahmen der Kriterien für Kompetenzzentren der Allgemeinmedizin, durch die die Attraktivität des Facharztes der Allgemeinmedizin sowie die Weiterbildungsqualität dieser Fachrichtung gesteigert werden soll (vgl. Positionspapier DEGAM Kriterien für Kompetenzzentren Allgemeinmedizin 2015). Außerdem konnte in einer Studie mit Hausärzten und Pflegediensten gezeigt werden, dass Probleme in der Interaktion zwischen den Leistungserbringern auf verschiedenen Ebenen durch Fortbildungsmaßnahmen sowie mögliche Versorgungsmodelle diese Problematik beheben könnten (vgl. Gröber-Grätz et al. 2013).

Zudem sprachen sich die ambulanten Pflegedienste für Schulungsbedarf der Hausärzte aus. Schwerpunkt sollte dabei die Handhabung von Verordnungen der häuslichen Krankenpflege sein. Eine Möglichkeit, diesen Schulungsbedarf zukünftig zu decken, kann in der fortschreitenden Subspezialisierung der Fortbildungsangebote für Allgemeinmediziner gesehen werden (vgl. Position der DEGAM zur zunehmenden Subspezialisierung in der Medizin 2019). Vielleicht wäre auch eine stärkere Fokussierung auf die ärztliche Indikation zur Umsetzung der häuslichen Krankenpflege innerhalb Ausbildung für die Pflegedienste vorstellbar. Ziel könnte dadurch eine effektivere „gelebte“ Kooperation sein.

Der Bereich Palliativmedizin wird bei der Kooperation besonders erwähnt; auch hier zeigen sich Parallelitäten zwischen den erhobenen Ergebnissen und der Literatur. Aus den inhaltsanalytischen Ergebnissen wurde deutlich, dass der Palliativbereich eine spezielle Betreuung verlange. Der gegenseitige Unterstützungsbedarf zwischen Hausärzten und Pflegefachkräften ist in der Palliativversorgung unerlässlich geboten (vgl. Danielsen et al. 2018). Die Wohlfahrtsverbände wiesen darauf hin, dass gerade für die Palliativpatienten die schnelle Erreichbarkeit der Hausärzte an Wochenenden oder arbeitsfreien Zeiten schwierig sei und folglich hier Unterstützungsbedarf bestehe. Auch die DEGAM zeigte den Unterstützungsbedarf bzw. die Unterversorgung im Palliativbereich auf (vgl. Positionspapier der DEGAM zur geplanten Förderung der Versorgungsforschung 2014).

4.1.8. Überführung in die Regelversorgung

Weitere Diskussionsansätze bieten die Versorgungsforschungsprojekte, die aus dem Innovationsfonds des G-BA gefördert werden. Gegenstand dabei ist nach übereinstimmender Verhandlung mit den Krankenkassen die Übertragung ärztlicher Aufgaben an nichtärztliches Personal (vgl. § 63 ff. SGB V). Die Instrumente bei diesen Projekten sind sowohl die Delegation, die Substitution als auch die Integration im Zusammenwirken zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten. Die Kooperation spielt dabei jedoch ebenso implizit eine Rolle, da auch hier der Aspekt des Zusammenwirkens zwischen Hausärzten und Pflegediensten im Fokus steht. Gleichwohl wurden diese Projekte bisher nicht in die Regelversorgung überführt. Dabei stehen zwei wesentliche Aspekte im Vordergrund, die im Folgenden näher betrachtet werden:

Die im SGB V eröffnete Möglichkeit, Selektivverträge abzuschließen, stellt einen Aspekt dar (vgl. G-BA Innovationsausschuss 2021). Entscheidend ist jedoch eine gesetzliche Grundlage damit die verschiedenen neuen Versorgungsformen im Zusammenwirken zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten in die Regelversorgung überführt werden können. Danach sind die bisherigen Selektivvertragstypen mangels einer gesetzlichen Grundlage kein geeignetes Instrument um dauerhafte Rahmenbedingungen sicherzustellen (vgl. Laag 2020, S. 47f.). Die bedarfsgerechte Versorgung im Rahmen des Kollektiv- und Selektivvertragssystems sollte zukünftig durch Kennzahlen bzw. Richtgrößen konkret abbildet werden; hierfür könnten Setting-spezifische Ansätze dienen (vgl. Laag 2020, S. 45ff.).

Weiterhin ist als zweiter Aspekt die Existenz der unterschiedlichen SGB's von Bedeutung. Diese kommt in den getrennten Strukturen innerhalb der Versorgung Arznei-, Heil-, und Hilfsmittel, Reha, SAPV sowie die Hospizversorgung zum Ausdruck (vgl. Laag 2020, S. 48). Vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung der unterschiedlichen Versorgungsstränge bzw. SGB's kann zwar jeder einzelne Strang eine Versorgungskomponente abdecken, jedoch besteht keine gemeinschaftliche Verknüpfung im Sinne patientenorientierter Versorgungsprozesse (vgl. ebd.). Als Beispiel hierfür kann die Heilmittelversorgung extrahiert dargestellt werden: Für den Begriff Heilmittel gab es bis zur Einführung ins SGB V keine gesetzliche Grundlage (vgl. Beck in juris- PK-SGB V § 32 Rn. 14); erst ab diesem Zeitpunkt werden Heilmittel nicht mehr ausschließlich als sächliche Mittel, sondern ebenfalls als persönliche Dienstleistungen § 2 Abs. 1 Satz 1 HeilM-RL 2021 eingestuft: *„Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen“*.

Diese Normierung kennzeichnet die Versorgung mit Heilmitteln; sie dokumentiert die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen mit Heilmitteln ohne die Verbindung mit anderen Versorgungsleistungen z.B. Reha oder Hospiz zu berücksichtigen.

Die Existenz der unterschiedlichen SGB`s mit der Folge separater Versorgung zeigt sich gerade auch in der „gelebten“ Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten. Die jeweiligen Versorgungsleistungen werden isoliert entsprechend dem SGB V und dem SGB XI erbracht.

Angestrebt werden sollte eine neue Form, die die an der Versorgung Beteiligten miteinander vernetzt und gleichzeitig eine Normierung dafür schafft (vgl. Laag 2020, S. 48.). Für diese neue Form könnte ein Ansatz sein, die allgemeinen Grundsätze der jeweiligen Versorgungskomponente in ihrer bisherigen Darstellung zu belassen und für den konkret zu bewertenden Fall - in dem ein gemeinsames Netzwerk der Versorgung im Sinne des Patientenwohls erforderlich ist - eine Verbindung der unterschiedlichen Versorgungsstränge herzustellen. Ausfluss der Existenz der unterschiedlichen SGB`s ist darüber hinaus, dass eine einheitliche Finanzierung für die Realisierbarkeit der G-BA Projekte in die Regelversorgung nicht klar definiert ist.

Ziel sollte ein Transfer zwischen Politik, praktischen Erkenntnissen sowie Wissenschaft sein, um eine Umsetzung der Projektarbeit in die Regelversorgung zu gewährleisten (vgl. Laag 2020, S. 39). Wenn dieses Ziel Realität werden soll, sind alle Beteiligten aufgerufen, die in ihrem Zuständigkeitsbereich erforderlichen Maßnahmen zu veranlassen. Die Versorgungskonzepte von Advanced Nursing Practice und Nurse Practitioner sind im Ausland etabliert. In Deutschland ist eine dauerhafte Einführung dieser Versorgungsmodelle nicht realisierbar, da hierzu die entsprechende rechtliche Grundlage fehlt.

Zukünftig sollte eine Transferrechtsreform gelingen, um die Erprobung von einem erweiterten Aufgabenspektrum der Pflegefachkräfte realitätskonform umzusetzen (vgl. Laag 2020, S. 48). Die Diskussionen um eine versorgungssichere Zukunft in der ambulanten Patientenbetreuung durch neue Versorgungsformen sollte weiterhin verfolgt werden. Damit neue Versorgungsformen in die Regelversorgung überführt werden können, bedarf es einer Definition für dauerhafte Vergütungsmöglichkeiten sowie klarer Bewertungen für die Evaluationsberichte der Projekte (vgl. Berger et al. 2020, S. 70).

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die Überlegung, die Überführung neuer Versorgungsformen in die Regelversorgung durch einen mehrstufigen Prozess auszugestalten:

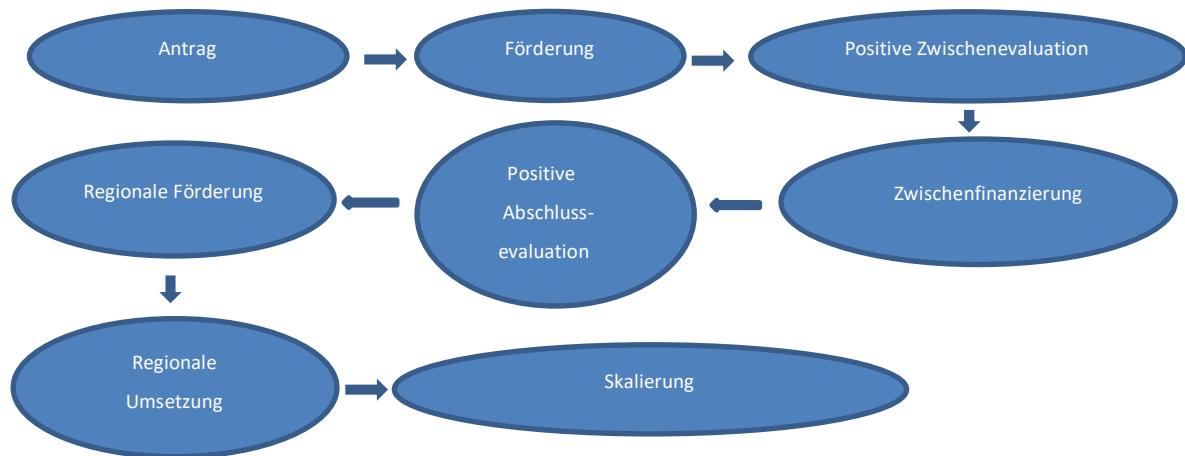


Abbildung 11: Mehrstufiger Prozess der Überführung in die Regelversorgung (vgl. Berger 2020, S. 70)

Die beschriebene Zwischenfinanzierung im Rahmen der Finanzierung über die Selektivverträge lässt aber für die Projekte keine abschließende dauerhafte Basis zu (vgl. ebd., S. 68). Auch die „gelebte“ Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten kann zwar temporär über die Selektivverträge eine extra Budgetierung ermöglichen (siehe Kapitel 4.1.4.), jedoch keine konstante Finanzierung einer Kooperation sicherstellen.

4.1.9. Fördernde und hemmende Faktoren für eine „gelebte“ Kooperation

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigten, dass Kooperation mittlerweile einen hohen Stellenwert in der ambulanten Patientenversorgung einnimmt.

Mehrere Aussagen der Interviewteilnehmer der Studie mit Netzwerken (vgl. Ruppert et al. 2017) bestehend aus verschiedenen Leistungserbringern der ambulanten Versorgung lassen den Schluss zu, dass Übereinstimmung mit den Ergebnissen dieser Arbeit bestehen könnte. Es stellt sich die Frage, inwiefern die Ergebnisse der Kooperation von Netzwerken sich auf diese Forschungsarbeit übertragen lassen.

Die Interviewteilnehmer der o.g. Studie sprachen u.a. von flachen Hierarchien sowie Wertschätzung. Ihre Vorstellungen gingen dahin, dass diese Kriterien in der Kooperation langfristig gefördert bzw. optimiert werden sollten. Die ambulanten Pflegedienste der vorliegenden Studie monierten

ebenso die mangelnde Wertschätzung ihrer Tätigkeit seitens der Hausärzte. Auch forderten die Wohlfahrtsverbände eine Arbeitsweise auf Augenhöhe mit Wertschätzung und Respekt.

Auch Qualitätszirkel und die Nutzung einer gemeinsamen Plattform für Hausärzte und Pflegedienste lassen sich als wichtige Erkenntnisse für die Schaffung einer optimalen Versorgungsqualität erkennen (vgl. Ruppert et al. 2017). In der vorliegenden Studie wurde von den Hausärzten dargestellt, dass eine gemeinsame Plattform für eine effektivere Vernetzung mit ambulanten Pflegediensten zukünftig berücksichtigt werden sollte. Zudem wurde in der Studie mit Netzwerken als hemmender Faktor für Kooperation der Aspekt „zu viel Bürokratie“ deutlich. Die Hausärzte der vorliegenden Studie identifizierten den Bürokratieaufwand ebenso als Hemmnis für eine „gelebte“ Kooperation.

Danach zeigt sich im Ergebnis eine Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen der Netzwerkstudie und den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit. Die bisher aufgezeigten Kooperationsansätze der Netzwerke stellen wichtige Erkenntnisse für die Weiterentwicklung einer Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten dar.

Die inhaltsanalytischen Ergebnisse dieser Arbeit können auch auf die Kooperationsarchitektur, die projektbezogen auf Heimversorgung ausgerichtet ist, sowohl auf einen fördernden als auch auf hemmenden Faktor gestützt werden.

Die Interviewteilnehmer zeigten den hohen Stellenwert der Kooperation für die ambulante Patientenversorgung auf. Es wurde damit die hohe Bedeutung von Kooperation im Hinblick auf eine optimale Patientenversorgung erweitert. Eine Übertragbarkeit auf eine Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegediensten wird dadurch begründbar. Fraglich ist jedoch, ob eine Umsetzung realisierbar ist.

Ein hemmender Faktor könnte sein, ob durch diese Kooperationsarchitektur die Sicherstellung einer optimalen Patientenversorgung erreicht werden kann. Sämtliche Projekte (Abbildung 3), die sich aktuell mit dem Kooperationsaspekt im Rahmen der Heimversorgung befassen, sind auf ihre Ergebnisse für eine Praxisumsetzung und hinsichtlich der Rahmenbedingungen temporär (nach abgeschlossener Evaluation) zu prüfen.

Das in der Literatur aufgestellte Kriterium Kooperationsarchitektur im Rahmen des Gesamtentwicklungsplans (vgl. Laag 2020, S. 47) sollte in einen politischen Prozess zur konkreten Umsetzung der „gelebten“ Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten im niedergelassenen Bereich einfließen.

Durch die Existenz der unterschiedlichen SGB's gibt es keine gemeinsame Rechtsgrundlage; „[...] jeder „Versorger“ ist in seinem eigenen Rechtsrahmen „gewachsen“ und „gefangen“ (Laag 2020,

S. 48). Ziel sollte sein, dass eine klare Struktur der Umsetzung bundeseinheitlich vorgegeben wird. Diese sollte zukünftig auf gesundheitspolitischer Ebene eingesteuert werden. Ansätze dazu sind durch die Initiierung der Entwicklung eines Strategieprozesses zur interprofessionellen Zusammenarbeit ministeriell in Planung (vgl. Laag 2020, S. 40). Am Ende dieser Entwicklung sollten die gewonnen Erkenntnisse in eine Gesetzesinitiative münden.

4.2 Limitationen

Durch das qualitative Forschungsdesign wurde die Forschungsfrage der Arbeit betrachtet und die Ableitung der Ergebnisse vorgenommen. Der Stichprobenumfang von 39 Interviewpartnern und die damit verbundenen vielfältigen Aussagen boten eine Grundlage, um Hypothesen daraus zu generieren. Gleichwohl können folgende Kritikpunkte genannt werden:

In Bezug auf den Rekrutierungsumfang von Pflegeverbänden kann festgestellt werden, dass es nicht möglich war, Interviews mit privaten Pflegeverbänden zu führen. Um einen umfassenden Gesamteindruck der Interessenvertreter ambulanter Pflegediensten zu erhalten, erscheint es zielführend, auch private Pflegeverbände zu interviewen - leider war keine Bereitschaft von einigen der angesprochenen Pflegeverbände gegeben. Darüber hinaus ist kritisch anzumerken, dass die teilgenommenen Hausarztpraxen mit Blick auf ihre Patientenausrichtung nicht beschrieben wurden, sodass die spezifische Art der Praxis sowie der Patientenstamm (z.B. multimorbide Patienten) nicht zu identifizieren waren. Ausgangspunkt für die Durchführung der Interviews war eine fünfjährige Berufserfahrung als Praxisinhaber. Diese alleinige Prämisse erschien sinnvoll, da es Ziel war, ein breites Spektrum von Hausarztpraxen zur Interviewdurchführung zu erreichen. Nach Auswertung der Ergebnisse kann jedoch festgestellt werden, dass eine detailliertere Betrachtung der Praxisart sowie des Patientenstammes forschungsbasiert relevant sein kann. Durch den bereits bei dieser Arbeit gezeigten hohen Stellenwert von Kooperation ist erkennbar, dass spezifischere Fragestellungen zur Art der Praxis und des Patientenstammes eine noch höhere Akzeptanz von Kooperationen zwischen Hausärzten und Pflegediensten aufweisen könnten. Ebenso wäre die Berücksichtigung von Besonderheiten wie ländliche und städtische Strukturen als weiterer forschungsbasierter Ansatz vorstellbar, um die bereits festgestellte hohe Relevanz von Kooperationen weiter zu verfestigen.

Im Rahmen der durchgeführten Einzelinterviews kann zur Dauer der Interviewzeit festgestellt werden, dass eine konkrete Zeitvorgabe für den Interviewpartner fehlte. Hier wäre zu überlegen, ob alternativ ein zeitlicher Festansatz im Interesse des Forschungsziels effektiver gewesen wäre. Auf diese Weise wären die forschungsrelevanten Inhalte möglicherweise noch deutlicher hervorgetreten.

Grundsätzlich ist eine Selektion-Bias bei dieser Studie nicht auszuschließen, da die Teilnahme auf freiwilliger Basis erfolgte und nur dem Thema wirklich aufgeschlossene Interviewpartner teilnahmen. Die Teilnehmer erhielten keine Aufwandsentschädigung.

5 Fazit

Zum Forschungsziel dieser Studie kann zusammenfassend festgestellt werden, dass vielschichtige Ansätze zur „gelebten“, gelungenen Umsetzbarkeit einer Zusammenarbeit zwischen den Hausärzten und ambulanten Pflegediensten vorliegen. Um eine konstante ambulante Patientenversorgung zu gewährleisten, ist Kooperation von größter Wichtigkeit.

Insbesondere durch die Corona Pandemie wird deutlich, dass zur optimalen ambulanten Patientenversorgung eine verflechtende Arbeit zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten notwendig ist.

Damit eine optimale Patientenversorgung durch Kooperation erfolgen kann, bedarf es bestimmter Optimierungen. Durch eine „gelebte“ Kooperation mit ambulanten Pflegediensten könnten sowohl Hausärzte als auch Pflegedienste eine Arbeitserleichterung erfahren. Die Hausärzte sahen in den pflegerischen Leistungen der ambulanten Pflegedienste eine Fortsetzung ihrer hausärztlichen Leistungen und bezeichneten die Pflegedienste deshalb als ihren „verlängerten Arm“. Hausärzte und ambulante Pflegedienste stellten die Teamarbeit deutlich heraus. Diese ist insbesondere notwendig, da gemeinsame Entscheidungen über den zu versorgenden Patienten zu treffen sind. Der Teamgedanke wurde auch von den Wohlfahrtsverbänden übereinstimmend als hoch relevant gewichtet und als sogenannte win-win Situation bewertet. Eine klare und regelmäßige Kommunikation wurde als Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit im Hinblick auf eine optimale Patientenversorgung gefordert. Der Informationsaustausch wird als notwendig für eine „gelebte“ Kooperation angesehen. Entscheidend ist dabei der Inhalt und nicht die Häufigkeit des Austausches. Insbesondere wurde verdeutlicht, dass Hausärzte und die ambulante Pflege einen persönlichen Austausch bevorzugten. Problematisch beim Informationsaustausch ist jedoch die Erreichbarkeit des Hausarztes aus Sicht der ambulanten Pflegedienste. Die ambulanten Pflegedienste stellten die Wichtigkeit einer wertschätzenden Haltung durch die Hausärzte ihnen gegenüber deutlich heraus. Außerdem wurde der Wunsch der ambulanten Pflegedienste nach einer festen Ansprechperson in der Hausarztpraxis geäußert. Die Hausärzte wiederum wünschten sich einen verminderten Bürokratieaufwand, um den favorisierten persönlichen Austausch zu realisieren.

Sowohl die Hausärzte als auch die Pflegedienste standen vielfältigen digitalen Kommunikationsmitteln zum Austausch positiv gegenüber. Es wurde von den Hausärzten angeregt, mehr digitale Formate einzusetzen, so z.B. Videosprechstunden mit ambulanten Pflegediensten abzuhalten. Die ambulanten Pflegedienste sahen in einer Digitalisierung z.B. in einem automatischen Verordnungsmanagement Vorteile der direkten Übermittlung. Sie plädierten ebenfalls für das Arbeiten mit elektronischen Plattformen. Gerade für die Übermittlung von Arzt- sowie Laborbefunden sind aus Sicht der ambulanten Pflegedienste die digitalen Zugriffsmöglichkeiten wünschenswert. Die

Schulung für eine Kooperation wurde aus Sicht der Hausärzte und ambulanten Pflegedienste ebenso als wichtig erachtet. Während Hausärzte Fort- und Weiterbildungen für ihr Praxispersonal begrüßten, wurde von der ambulanten Pflege auf eine Schulung der Hausärzte für das Ausstellen von Verordnungen hingewiesen. Der Bereich Palliativmedizin wurde als herausfordernder Bereich von Hausärzten und Wohlfahrtsverbänden für die Kooperation genannt. Die fehlende hausärztliche Erreichbarkeit an Wochenenden gerade für diesen Bereich wurde als problematisch angesprochen.

Zudem spielt der Aspekt der Finanzierung bei der Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten eine wichtige Rolle. Aufgeworfen wird hierbei die Frage, inwiefern eine extra Budgetierung für diesen Bereich zu einer erhöhten Motivation und Kommunikation innerhalb des Informationsaustausches der beiden Berufsfelder führen würde. Eine rechtliche Grundlage für eine dauerhafte und erhöhte Budgetierung besteht derzeit noch nicht. Ziel sollte sein, dafür eine Transferrechtsreform anzustoßen. Diese sollte dazu führen, dass die Möglichkeit für eine extra Budgetierung dauerhaft eröffnet und gesichert wird. Eine höhere Versorgungsqualität könnte damit einhergehen.

Insgesamt wird ersichtlich, dass weiterer Forschungsbedarf im Hinblick auf Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten besteht. Dieser wird darin gesehen, eine bundesweite Basis mittels qualitativem und quantitativem Ansatz zu schaffen. Es sollte evaluiert werden, welche regionalen Besonderheiten für die Patientenversorgung bei einer Kooperation im ländlichen und städtischen Raum bestehen sowie welchen Patientenstamm (z.B. multimorbide Patienten) die jeweilige Hausarztpraxis und der jeweilige ambulante Pflegedienst betreut. Weiterhin sollte eine Rekrutierung von den privaten Pflegeverbänden herbeigeführt werden, da diesbezügliche Aussagen in dieser Arbeit nicht möglich waren. Ein bedeutsamer Aspekt bleibt die Frage der Finanzierung für Kooperation. Auf der Grundlage von wissenschaftlicher Arbeit sowie gesundheitspolitischen Diskussionen sollte diesem Punkt weiterhin nachgegangen werden.

6 Zusammenfassung

Die Vernetzung mit anderen Leistungserbringern unterstützt die hausärztliche Versorgung. Speziell die Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten ist zur Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität im ambulanten Bereich von elementarer Bedeutung. Bisherige Projekte aus dem Innovationsfonds des G-BA greifen zwar das Zusammenwirken zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten in Form von Substitution, Delegation oder Integration auf, jedoch wird die Kooperation als Versorgungskomponente dabei nicht explizit betrachtet.

Diese Arbeit untersuchte demzufolge die verschiedenen Perspektiven zur Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten auf ambulanter Ebene, gleichzeitig wurden Optimierungsvorschläge im Hinblick auf eine bestmögliche Patientenversorgung abgeleitet.

39 Interviews wurden im Zeitraum von September 2020 bis April 2021 durchgeführt. Davon waren 16 Hausärzte, 15 Beschäftigte von ambulanten Pflegediensten sowie vier Interessenvertreter der Hausärzte sowie jeweils zwei Ansprechpersonen von Wohlfahrtsverbänden in Nds und NRW. Die erhobenen Daten der Einzelinterviews wurden anschließend transkribiert und nach dem Auswertungsprinzip nach Mayring gemischt deduktiv und induktiv analysiert.

Alle interviewten Akteure verdeutlichten den hohen Stellenwert des Informationsaustausches unter den Beteiligten mit dem Ziel, eine stabile Patientenversorgung auf ambulanten Terrain gewährleisten zu können. Als Optimierungspotenziale stellten sich eine klare und regelmäßige Kommunikation zwischen Hausärzten und Pflegediensten, eine wertschätzende Haltung gegenüber den Pflegediensten seitens der Hausärzte, der Einsatz von digitalen Möglichkeiten sowie der Wunsch der ambulanten Pflege nach einer festen Ansprechbarkeit als entscheidende Charakteristika aus den Interviews heraus. Zudem spielt der Aspekt der Finanzierung für eine Kooperation eine bedeutende Rolle. Abhilfe für eine bessere Entlohnung für den Bereich Kooperation könnte durch eine extra Abrechnungsziffer oder durch den Selektivvertrag nach SGB V gegeben sein.

Für diese Selektivverträge fehlt es bisher an einer einheitlichen Rechtsgrundlage. Bundesweit gleiche Rahmenbedingungen zur Überführung in die Regelversorgung sollten weiter forciert werden. Die Kooperationsarchitektur ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Verbesserung der Versorgungsqualität und kann auf die Zusammenarbeit von Hausärzten und Pflegediensten übertragen werden.

7 Literaturverzeichnis

Aerts, N, Bogaert, P, Bastians H, Peremans L (2019) Integration of nurses in general practice: A thematic synthesis of the perspectives of general practitioners, practice nurses and patients living with chronic illness. *J Clin Nurs* 1-2, 251-264

Arntzen et al. (2018) Nordrhein-Westfalen in Europa:
Festschrift zum 70-jährigen Jubiläum der amtlichen Statistik für Nordrhein-Westfalen.
https://www.it.nrw/sites/default/files/atoms/files/70jahreamtlichestatistik_0.pdf
[Zugriff am 21.02.2022]

Beck J (2008) Kommentierung zu § 32. In: Schlegel R, Engelmann K (Hrsg.): *Juris Praxiskommentar Sozialgesetzbuch V. Gesetzliche Krankenversicherung*. 527-532, Juris Verlag, Saarbrücken

Berger E, Busse R, Geissler A, Spies C, Weiss B (2020) Übertragbarkeit neuer Versorgungsformen in die Regelversorgung. Chancen und Herausforderungen des Innovationsfonds. *GuS* 1, 64-70

Bundesärztekammer (2018) (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018.
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20210630_MWBO_2018.pdf [Zugriff am 02.02.2022]

Bundesärztekammer (2020) Ärztestatistik zum 31. Dezember 2020.
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf [Zugriff am 27.02.2022]

Bundesärztekammer (2021) Überblick Telemedizin.
<https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/telematiktelemedizin/ueberblick/>
[Zugriff am 08.02.2022]

Casey N, Smith R (1997) Bringing nurses and doctors closer together. Greater cooperation will benefit patients. *BMJ* 314, 617-618

Clade H (1995) Konzept für die ambulante Pflege. 18. Deutscher Hausärztetag. *DÄ* 40, 19-20

Curtis K, Tzannes A, Rudge T (2011) How to talk to doctors - a guide for effective communication. *Int Nurs Rev* 58, 13-20

Danielsen B, Sand A, Rosland J, Forland O (2018) Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. *BMC Palliat Care* 17, 95

Deutscher Hausärzteverband (2014) VERAH - Deutscher Hausärzteverband.
https://www.hausaerzteverband.de/fileadmin/user_upload/downloads/VERAH_Infobroschuere.pdf [Zugriff am 10.02.2022]

- DEGAM (2019) Fachdefinition DEGAM, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin Beschluss der Jahreshauptversammlung von 21.9.2002.
<https://www.degam.de/fachdefinition.html> [Zugriff am 08.02.2022]
- DEGAM-Positionspapier (2014) Hausärztliche Fortbildung im Qualitätszirkel, Chancen und Risiken bei der Integration von Disease-Management-Programmen 2014.
https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Fortbildung/Hausaerztliche%20Fortbildung%20im%20Qualitaetszirkel%20final.pdf [Zugriff am 02.02.2022]
- DEGAM Zukunftspositionen (2012) Allgemeinmedizin - spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis 2012.
https://www.degam.de/files/Inhalte/DegamInhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf [Zugriff am 08.02.2022]
- Delamaire M, Lafortune G (2010) Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Working Papers.
<https://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en> [Zugriff am 28.02.2022]
- Digitalstrategie der DEGAM (2021) Chancen nutzen, Risiken minimieren 2021.
https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Digitalstrategie_final.pdf [Zugriff am 28.02.2022]
- Falana T, Afolabi O, Adebayo A, Ilesanmi O (2016) Collaboration between Doctors and Nurses in a Tertiary Health: Implication for Effective Healthcare Delivery. *Int. J. of Caring Sci* 9, 165-173
- Foth T, Block K, Schmacke N (2015) The Long Way Toward Cooperation. Nurses and Family Physicians in Northern Germany. *GQNR*. <https://doi.org/10.1177/2333393614565185> [Zugriff am 03.02.2022]
- Flick U (2019) *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg
- Flum E, Magez J, Aluttis F, Hoffmann M, Joos S, Ledig T, Oeljeklaus L, Simon M, Szecsenyi, Steinhäuser J (2016) Das Schulungsprogramm der Verbundweiterbildung^{plus} Baden-Württemberg: Entwicklung und Implikation für die Implementierung von Verbundweiterbildungsprogrammen in Deutschland. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh.wesen* 112, 54-60
- Garms-Homolova` V, Maurer M, Schaeffer D (1998) Einführung - Konzepte und Voraussetzungen der Kooperation In: Garms-Homolova` V, Schaeffer D (Hrsg.): *Medizin und Pflege - Kooperation in der ambulanten Versorgung*. 1-5, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden
- Garms-Homolova` V (1998) Was verstehen niedergelassene Ärzte unter Kooperation? In: Garms-Homolova` V, Schaeffer D (Hrsg.): *Medizin und Pflege - Kooperation in der ambulanten Versorgung*. 113-126, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden

- G-BA Innovationsausschuss (2021) Der Innovationsfonds: Stand der Dinge. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/48/Der-Innovationsfonds-Stand-der-Dinge_2021-03-23.pdf [Zugriff am 06.02.2022]
- Gerlach F, Szecsenyi J (2013) Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg - Konzept und Ergebnisse der kontrollierten Begleitevaluation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh.wesen* 107, 365-371
- Gerlach F, Wille E, Greiner W, Haubitz M, Schaeffer D, Thürmann P, Thüsing G (2014) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Kurzfassung2014.pdf [Zugriff am 08.02.2022]
- Gerlach F, Wille E, Greiner W, Haubitz M, Meyer G, Schreyögg J, Thürmann P (2018) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf [Zugriff am 08.02.2022]
- Gerlach F, Greiner W, Jochimsen B, Kalle C, Meyer G, Schreyögg J, Thürmann P (2021) Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf [Zugriff am 22.02.2022]
- GKV-Spitzenverband (2021) Häusliche Krankenpflege. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/haeusliche_krankenpflege/haeusliche_krankenpflege_1.jsp [Zugriff am 08.02.2022]
- Götze H, Perner A, Anders D, Brähler E (2010) Die Kommunikation untereinander ist häufig nicht vorhanden - Interviews mit Pflegedienstmitarbeitern zur ambulanten Palliativversorgung. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0029-1242781.pdf> [Zugriff am 26.02.2022]
- Goetz K, Campell S, Steinhäuser J, Broge B, Willms S, Szecsenyi J (2011) Evaluation of job satisfaction of practice staff and general practitioners: an exploratory study. *BMC Fam Pract* 12,137
- Goetz K, Kornitzky A, Mahnkopf J, Steinhäuser J (2017) At the dawn of delegation? Experiences and attitudes of general practitioners in Germany - questionnaire survey. *BMC Fam Pract* 18, 102
- Götz K (2021) Qualitative Forschung - Erfahrungen aus der Praxis. *GuS* 3, 34-39
- Gröber-Grätz D, Mahler C, Vogel I, Siegel A, Gladis S, Joos S, Noest S, Tinsel I (2013) Erfahrungen, Einstellungen und Potenziale in der interprofessionellen Kooperation und Kommunikation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten - eine qualitative Studie. <https://www.egms.de/static/de/meetings/dkqv2013/13dkqv284.shtml> [Zugriff am 19.02.2022]

GPs at the Deep End (2010-2016) General Practitioners at the Deep End. This document comprises the summaries of 29 Deep End meetings held between January 2010 and December 2016. https://www.gla.ac.uk/media/Media_514603_smxx.pdf [Zugriff am 03.02.2022]

Guest G, Namey E, Taylor J, Eley N, McKenna K (2017) Comparing focus and individual interviews: findings from a randomized study. *Int J Soc Res Methodol* 20, 693-708

Hausärzteverband Nordrhein (2019) bpa.pressemitteilung. Ärzte und Pflegedienste können gemeinsam die Versorgung sichern. https://www.bpa.de/uploads/media/PM_NW_Netzwerke-HAEVNO._final.pdf [Zugriff am 25.02.2022]

Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (2021) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2469/HKP-RL_2021-03-18_iK-2021-04-01.pdf [Zugriff am 25.02.2022]

Hämel K, Vössing, C (2017) The collaboration of general practitioners and nurses in primary care: a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. *Prim Health Care Res Dev.* 18, 492-506

HeilM-RL (2021) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung: §§ 30 bis 34 Abs. 6: Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2506/HeilM-RL_2021-03-18_iK-2021-07-01.pdf [Zugriff am 28.02.2022]

Helfferich C (2014) Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur N, Blasius, J. (Hrsg.): *Handbuch der empirischen Sozialforschung.* 559- 574, Springer VS, Wiesbaden

Heuping M (2020) Versorgung im Münsterland ist verhältnismäßig gut. Hausärzte dringend gesucht vom 14.02.21. *WN 2020.* <https://www.wn.de/muensterland/hausarzte-dringend-gesucht-896456> [Zugriff am 03.02.2022]

Homepage AOK Sachsen-Anhalt, Faktenblatt (2021) Comm4Care (Hintergrundinformation, Stand März 2021). <https://www.presseportal.de/pm/51969/4909094> [Zugriff am 26.02.2022]

Homepage AOK Sachsen-Anhalt, Presse (2021) Fragen und Antworten zum Projekt „Comm4Care“. <https://www.presseportal.de/pm/51969/4909094> [Zugriff am 26.02.2022]

Homepage Landkreis Osnabrück (2021) EMedCare Emsland Osnabrück - digitale Brücke zwischen Hausarzt und Pflege. <https://www.gesundheitsregion-os.de/netzwerke-und-projekte/emedcare> [Zugriff am 22.02.2022]

Homepage Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2021) Ambulante Pflege und medizinische Versorgung im ländlichen Raum verbessern - Telemedizin und Pflegeprojekt in Gifhorn gestartet vom 18.10.2019. https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/service_kontakt/presseinformationen/ambulante-pflege-und-medizinische-versorgung-im-landlichen-raum-verbessern-telemedizin-und-pflegeprojekt-in-gifhorn-gestartet-181774.html [Zugriff am 25.02.2022]

- Höfert R, Meißner T (2008) Von Fall zu Fall - Ambulante Pflege im Recht. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- KBV (2015) Praxisnetze. Informationen zur Gründung, Anerkennung und Förderung. https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Praxisnetze_web.pdf [Zugriff am 25.02.2022]
- KBV (2019) Häusliche Krankenpflege - Hinweise zur Verordnung für Ärzte. https://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Haeusliche_Krankenpflege.pdf [Zugriff am 07.02.2022]
- Kimberlee R (2013) Developing a social prescribing approach for Bristol. Bristol, UK: Bristol Health and Wellbeing Board. <https://www.stokeccg.nhs.uk/your-ccg/ns-publications/generic-publications/primary-care/social-prescribing/1327-social-prescribing-report-bristol/file> [Zugriff am 10.02.2022]
- Knieps A (1998) Kooperative Versorgungs- und Versicherungsmodelle. Vom Hausarztmodell zur HMO. In: Garms-Homolová V, Schaeffer D (Hrsg): Medizin und Pflege - Kooperation in der ambulanten Versorgung. 127-135, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden
- Kraus E, DuBois J (2016) Knowing your Limits. A qualitative Study of Physician and Nurse Practitioner Perspectives on NP Independence in Primary Care 2016. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3896-7> [Zugriff am 04.02.2022]
- Kuckartz U (2018) Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Beltz Juventa, Weinheim
- Laag S (2020) Transfergruppe Pflegeheimversorgung - Koordinaten zu einer neuen Versorgungsform verbinden. GuS 3, 39-48
- Laux G, Kühlein Th, Gutscher A, Szecsenyi J (2010) Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis. Ergebnisse aus dem Content-Projekt 2006-2009. 14-17, Heidelberg, Springer Medizin GmbH
- Laux G, Kaufmann-Kolle P, Bauer E, Götz K, Stock C, Szecsenyi J (2013) Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg auf Basis von Routinedaten der AOK. Z Evid Fortbild Qual Gesundh.wesen 107, 372-378
- Masterarbeit (2019) Hochschule Osnabrück: Evaluation der Einrichtung einer Pflegeberatungssprechstunde in der Hausarztpraxis. Hochschule Osnabrück: Masterarbeit
- Matzke U (2014) Vom klassischen Pflegemanagement zur fortschrittlichen Pflegeentwicklung: Auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis in der Führung des Pflegedienstes am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart. In: Tewes R, Stockinger A (Hrsg): Personalentwicklung in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen - Erfolgreiche Konzepte und Praxisbeispiele aus dem In- und Ausland. 30-46, Springer-Verlag, Berlin
- Mayring P (2015) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12 Aufl., Beltz Juventa, Weinheim

McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E (2017) Understanding collaboration in general practice: A qualitative study. *Fam Pract* 34, 621-626

McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E (2016) A qualitative study of collaboration in general practice: Understanding the general practice nurse's role. *J Clin Nurs* 26, 1960-1968

McKay K, Narasimhan S (2012) Bridging the gap between doctors and nurses. *J Nurs Educ Pract* 4, 1-4

Meißner T (2017) Berufsbild Pflege ambulant - Schilderung aus Sicht des Managements ambulanter Pflegedienste. In: Bechtel P, Smerdka-Arhelger I, Lipp K (Hrsg.): *Pflege im Wandel gestalten - Eine Führungsaufgabe. Lösungsansätze, Strategien, Chancen.* 47-56, Springer-Verlag, Berlin

Nieuwboer M, van der Sande R, Maassen I, Rikkert M, Perry M, van der Marck M (2020) Communication between Dutch community nurses and general practitioners lacks structure: An explorative mixed methods study. *Eur J Gen Pract* 26, 86-94

o.V (2021) Influenza: Große Nachfrage nach Impfungen. *DÄ* 118, 382

o.V (2011) Integrierte Versorgung in Pflegeheimen. Landesweit einmaliger Vertrag. *ÄBW* 66, 111

Palesch A (2016) *Ambulante Pflege.* Urban & Fischer Verlag, München

Position der DEGAM zur hausärztlichen Fortbildung (2011).

https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/ueber_uns/Positionspapiere/Position_der_DEGAM_zur_hausaerztlichen_Fortbildung2010.pdf

[Zugriff am 02.02.2022]

Positionspapier der DEGAM zur geplanten Förderung der Versorgungsforschung (2014).

https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM-Positionspapier_Versorgungsforschung_final.pdf [Zugriff am 02.02.2022]

Positionspapier DEGAM Kriterien für Kompetenzzentren Allgemeinmedizin (2015).

https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Presse/Presseordner_2015/DEGAM-Positionspapier_Kriterien%20fuer%20Kompetenzzentren%20Allgemeinmedizin.pdf [Zugriff am 02.02.2022]

Positionspapier DEGAM zum Primärarztssystem (2018).

https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Primaerarztversorgung_final_NEU.pdf

[Zugriff am 02.02.2022]

Position der DEGAM zur zunehmenden Subspezialisierung in der Medizin (2019).

https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/ueber_uns/Positionspapiere/Positionspapier_Subspezialisierung_io.pdf

[Zugriff am 02.02.2022]

- Pihan K (2010) Perspektiven der Pflege in der hausärztlichen Versorgung. Fakultät Wirtschaft und Soziales Department Pflege und Management (Diplomarbeit), Hamburg
- Przyborski A, Wohlrab-Sahr M (2014) Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München
- Przyborski A, Wohlrab-Sahr M (2014) Forschungsdesigns für die qualitative Sozialforschung. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung. 117- 133, Springer VS, Wiesbaden
- Rieser S (2012) Gemeinsame Lösungen. Hausärzte und Pflege. DÄ 109, 132
- Ruppert D, Stegbauer C, Bramesfeld A, Bestmann B, Szecsenyi J, Götz K (2017) Die Hoffnung stirbt zuletzt - sektorenübergreifende Kooperation in der integrierten Versorgung - eine qualitative Studie. Psychiatr Prax 44, 134-140
- Schaeffer D (2017) Advanced Nursing Practice - Erweiterte Rollen und Aufgaben der Pflege in der Primärversorgung in Ontario/Kanada. <https://pub.uni-bielefeld.de/download/2911082/2933430/Schaeffer2017.Pflege%20%26%20Gesellschaft.pdf> [Zugriff am 28.02.2022]
- Schaeffer D, Hämel K, Ewers M (2015) Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Beltz Juventa, Weinheim
- Schlürmann B (2018) Controlling für ambulante Pflegedienste. Mit Kennzahlen den Pflegedienst erfolgreich steuern. Springer-Verlag, Berlin
- Schmidt J, Mansour J (2007) Wohlfahrtsverbände, Interesse und Dienstleistung. In: Von Winter T, Willems U (Hrsg): Interessenverbände in Deutschland - Lehrbuch. 244-270, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Schmidt S (2010) Das QM-Handbuch. Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege. Springer-Verlag, Berlin
- Schmidt S (2016) Das QM-Handbuch. Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege. Springer-Verlag, Berlin
- Smith C, Quan S, Morra D, Rossos P, Khatibi H, Lo V, Wong H, Wu R (2012) Understanding interprofessional communication: a content analysis of email communication between doctors and nurses. A Clin Inform 03, 38-51
- Southby K, Gamsu M (2018) Factors affecting general practice collaboration with voluntary and community sector organisations. Health Soc Care Community 26, e360-e369
- Siebenhofer-Kroitzsch A, Abuzahra M, Horvath K, Jeitler K, Posch N, Semlitsch T, Lohrmann Ch, Schüttengruber G (2016) Projektbericht - Tätigkeiten von Pflegefachkräften in der Hausarztpraxis: Internationale Tätigkeitsprofile und Evidenzlage 2016. https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2020/01/2015_Tätigkeiten-von-Pflegefachkräften-in-der-Hausarztpraxis.pdf [Zugriff am 03.02.2022]

- Siebolds M, Weidner F (1998) Interprofessionalität und Qualität. Probleme und Perspektiven der Kooperation zwischen Medizin und Pflege. Dr. med. Mabuse 23, 44-49
- Starfield B, Shi L, Macinko J (2005) Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 3, 457-502
- Statistisches Bundesamt (2019) Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 17.02.2022]
- Steinhäuser J, Chenot J (2013) DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung^{plus}. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Konzept_Verbundweiterbildung_plus_130621.pdf [Zugriff am 02.02.2022]
- Steinke I (2019) Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 319-331, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg
- Stock C, Szecsenyi J, Riedinger-Riebl U, Steinhäuser J (2015) Projektion des Bedarfs an hausärztlicher Versorgung auf Gemeindeebene. Gesundheitswesen 77, 939-946
- Struges J, Hanrahan K (2004) Comparing telephone and face to face qualitative interviewing: a research note. Qualitative Research 4, 107-118
- Suhr R, Büscher A (2021) Ambulante Pflege. Gute professionelle Pflege erkennen. ZQP-Ratgeber 2021. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Ratgeber-AmbulantePflege.pdf> [Zugriff am 28.02.2022]
- Stumm J, Peter L, Sonntag U, Kümpel L, Heintze C (2020) Nichtmedizinische Aspekte der Versorgung multimorbider Patient*innen in der Hausarztpraxis. Welche Unterstützung und Kooperationen werden gewünscht? Fokusgruppen mit Berliner Hausarzt*innen. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen 9, 66-73
- Szecsenyi J, Gerlach F (2018) Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Baden-Württemberg 2018. https://aok-bw-presse.de/fileadmin/mediathek/dokumente/hzv-evaluation_2018.pdf [Zugriff am 18.02.2022]
- Tong A, Sainsbury P, Craig J (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 19, 349-357
- Topcu I, Türkmen A, Sahiner N, Savaser S, Sen H (2017) Physicians and nurses medical errors associated with communication failures. J Pak Med Assoc 67, 600-604
- Van den Bussche H, Jahncke-Latteck Ä-D, Ernst A, Tetzlaff B, Wiese B, Schramm U (2013) Zufriedene Hausärzte und kritische Pflegenden - Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung zuhause lebender Menschen mit Demenz. Gesundheitswesen 75, 328-333

- Van den Bussche H (2019) Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. Bundesgesundheitsbl 62, 1129-1137
- Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefs der Länder vom 25. November (2020) Beschluss TOP Bekämpfung der SARS-Cov2-Pandemie.
<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/1820090/11c9749f77a71b9439759538864aa672/2020-11-25-mpk-beschluss-data.pdf> [Zugriff am 13.02.2022]
- Wangler J, Jansky M (2021) Welches Präventionspotenzial bietet die hausärztliche Praxis aus Sicht pflegender Angehöriger? - Befunde einer qualitativen Interviewstudie. Wien Med Wochenschr.
<http://doi.org/10.1007/s10354-021-00880-4> [Zugriff am 28.02.2022]
- Whitelaw S, Thirlwall C, Morrison A, Osborne J, Tatturm L, Walker S (2017) Developing and implementing a social prescribing initiative in primary care: insights into the possibility of normalization and sustainability from a UK case study. Prim Health Care Res Dev 18, 112-121
- Wille E, Scriba P, Fischer G, Glaeske G, Kuhlmeier A, Rosenbrock R, Schrappe M (2007) Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2007/Kurzfassung_2007.pdf [Zugriff am 08.02.2022]
- Wille E, Schrappe M, Gerlach F, Glaeske G, Haubitz M, Kuhlmeier A, Rosenbrock R (2009) Kooperation und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf [Zugriff am 15.02.2022]

8 Eigene Veröffentlichungen

Erdmann J, Götz K (2021) Patientenorientierte Versorgung - Kooperation zwischen Hausärzt*innen und ambulanten Pflegediensten. GMS DocV-08-01. doi: 10.3205/21degam041

Erdmann J, Götz K (2022) Kooperation zwischen Hausärzt*innen und ambulanten Pflegediensten - eine qualitative Studie. Z Allg Med, 98 (5), S. 184-189. doi: 10.53180/zfa.0184-0189

Büscher A, Erdmann J (in press) Stärkung der Primär- und Langzeitversorgung im ländlichen Raum - Pflegesprechstunde in der Hausarztpraxis. Zeitschrift für Pflegewissenschaft

9 Anhang



Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung

„Patientenorientierte Versorgung im niedergelassenen Bereich - Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten“

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen meines Promotionsvorhabens am Institut für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck führe ich eine qualitative Studie zum Thema *„Patientenorientierte Versorgung im niedergelassenen Bereich - Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten“* durch.

Ziel dieser Studie ist es, eine Bewertung hinsichtlich der Realisierbarkeit einer erfolgreichen Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten vorzunehmen. Um eine zukünftig zwischen diesen beiden Systemen verbesserte qualitätssichernde Patientenversorgung im ambulanten Bereich sicherzustellen, ist diese Studie von elementarer Bedeutung. Sie können durch Ihre Teilnahme einen wesentlichen Beitrag zur Optimierung der Patientenversorgung auf niedergelassener Ebene leisten. Die Teilnahme an der Studie beinhaltet ein ca. 45 bis 60-minütiges Interview, welches ich gern persönlich mit Ihnen durchführen möchte. Das Interview wird digital mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet.

Ihre Daten werden in pseudonymisierter* Form, d.h. ohne direkten Bezug zu Ihrem Namen, elektronisch gespeichert und ausgewertet. Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes werden eingehalten. Zugriff auf Ihre Daten haben nur Mitarbeiter der Studie, die zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird Ihr Name ebenfalls nicht genannt. Nach Beendigung der Studie werden Ihre Daten unwiederbringlich gelöscht.

Gemäß der am 25. Mai 2018 in Kraft getretenen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) möchten wir Sie auf folgende Informationen hinweisen: Die Datenverarbeitung in dem Projekt erfolgt nach §22 und §27 des Bundesdatenschutzgesetzes. Die verantwortliche Person für die Datenverarbeitung ist Frau PD Dr. Katja Götz. Die Datenschutzbeauftragte

des Instituts für Allgemeinmedizin ist Frau PD Dr. Katja Götz, Tel. 0451-3101-8010; katja.goetz@uni-luebeck.de und steht Ihnen für Rückfragen gern zur Verfügung.

Des Weiteren möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Beschwerderechts bei dem Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein in Kiel und der zuständigen Landesdatenschutzbeauftragten (Frau Marit Hansen, Tel. 0431-9881200) besteht.

Sie haben das Recht Auskunft (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie) über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten sowie ggf. deren Berichtigung oder Löschung zu verlangen.

Die Ethikkommission der Universität zu Lübeck hat im Rahmen des Ethikvotums vomkeine Bedenken an der Durchführung dieser Studie geäußert. Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig und Sie können ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen, ohne dass daraus Nachteile für Sie entstehen. Sollten Sie weitere Fragen zu dieser Studie haben, wenden Sie sich gerne an Frau PD Dr. Götz (Tel.: 0451 3101-8010; E-Mail: katja.goetz@uni-luebeck.de).

[*Pseudonymisieren (nach BDSG §3 Abs.6a) ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.]

Einwilligungserklärung

**Promotionsprojekt „Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten -
Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten“ -**

Durchführung eines Interviews

| | |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname : | |
| Geburtsjahr: | |
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |

Ich habe die schriftliche Information zur oben genannten Studie erhalten, gelesen und verstanden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Teilnahme freiwillig ist, und dass ich das Recht habe, diese jederzeit ohne Angabe von Gründen sowie ohne daraus resultierende Nachteile zu beenden.

Ich bin damit einverstanden, dass das persönliche Interview digital mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet und in pseudonymisierter Form vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck transkribiert, ausgewertet und veröffentlicht wird.

Bei Rücktritt von der Studie kann auf Wunsch bereits gewonnenes Datenmaterial vernichtet werden. Ich kann mich beim Ausscheiden aus der Studie entscheiden, ob ich mit der Auswertung des Materials bzw. der Studiendaten einverstanden bin oder nicht. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt meine Entscheidung ändern wollen, setze ich mich mit dem Studienleiter in Verbindung.

Ich erhalte eine Kopie dieser Einwilligungserklärung und das Original verbleibt bei der Studienleitung.

Ich wurde über meine Datenschutzrechte informiert. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner Daten sowie der Übermittlung im Rahmen der Studie bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Studienteilnehmers

Name des aufklärenden Forschers:

Juliane Erdmann

Ort, Datum

Juliane Erdmann

Unterschrift des aufklärenden Forschers

Leitfadeninterview mit Hausärzten sowie Hausarztverbänden in Niedersachsen und NRW

Themenbereich 1: Nutzen einer Kooperation mit ambulanten Pflegediensten für hausärztliche Leistungen

„Erst einmal interessiere ich mich für Ihre Einschätzung, inwiefern Sie eine Kooperation mit ambulanten Pflegediensten für hausärztliche Leistungen als notwendig bzw. nützlich betrachten?“

Themenbereich 2: Optimierter Informationsaustausch zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten für eine Kooperation

„Inwiefern betrachten Sie einen optimierten Informationsaustausch zwischen Hausarzt und ambulanten Pflegedienst für eine Kooperation als zielführend?“

Themenbereich 3: Ambulante patientenorientierte Versorgung zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten durch Kooperation

„Inwiefern betrachten Sie eine patientenorientierte Versorgung durch eine Kooperation mit dem ambulanten Pflegedienst als verbessert?“

Themenbereich 4: Finanzierungsmodelle für eine Kooperation

„Welche Finanzierungsmodelle (KVèn Pflege- und Krankenkassen) könnten Sie sich aus Ihrer Sicht für eine Kooperation vorstellen?“

Leitfrage ausschließlich an Hausarztverbände

„Wo sehen Sie Ansätze für eine finanzielle Entlastung durch die KVèn bzw. Pflege- und Krankenkassen für eine Kooperation?“

Themenbereich 5: Hausärztlicher und pflegerischer personeller Einsatz für eine Kooperation

„Welche personellen Ressourcen sind nach Ihrer Auffassung erforderlich, um eine Kooperation erfolgreich umzusetzen?“

Themenbereich 6: Auswirkung von Projekten in der Digitalisierung im hausärztlichen Bereich für eine Kooperation

„Inwiefern sehen Sie die Digitalisierung als Unterstützungsmöglichkeit für eine Kooperation mit dem ambulanten Pflegedienst?“

***Leitfadeninterview mit ambulanten Pflegediensten sowie
Wohlfahrtsverbänden in Niedersachsen und NRW***

Themenbereich 1: Nutzen einer Kooperation mit Hausärzten für pflegerische Leistungen

„Erst einmal interessiere ich mich für Ihre Einschätzung, inwiefern Sie eine Kooperation mit dem Hausarzt für ambulante Leistungen als notwendig bzw. nützlich betrachten?“

Leitfrage ausschließlich an Wohlfahrtsverbände

„Inwiefern könnte aus Ihrer Sicht die Kooperation für die zentrale Absicht des Verbandes dienlich sein?“

Themenbereich 2: Optimierter Informationsaustausch zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten für eine Kooperation

„Inwiefern betrachten Sie einen optimierten Informationsaustausch zwischen Hausarzt und ambulanten Pflegedienst für eine Kooperation mit dem Hausarzt als zielführend?“

Themenbereich 3: Ambulante patientenorientierte Versorgung zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten durch Kooperation

„Inwiefern betrachten Sie eine patientenorientierte Versorgung durch eine Kooperation mit dem Hausarzt als verbessert?“

Themenbereich 4: Finanzierungsmodelle für eine Kooperation

„Welche Finanzierungsmodelle (KVèn Pflege- und Krankenkassen) könnten Sie sich aus Ihrer Sicht für eine Kooperation vorstellen?“

Themenbereich 5: Hausärztlicher und pflegerischer personeller Einsatz für eine Kooperation

„Welche personellen Ressourcen sind nach Ihrer Auffassung erforderlich, um eine Kooperation erfolgreich umzusetzen?“

Themenbereich 6: Auswirkung von Projekten in der Digitalisierung im hausärztlichen Bereich für eine Kooperation

„Inwiefern sehen Sie die Digitalisierung als Unterstützungsmöglichkeit für eine Kooperation mit dem ambulanten Pflegedienst?“

Leitfadeninterview mit Institutionen im Gesundheitswesen (Niedersachsen/NRW)

Themenbereich 1: Nutzen einer Kooperation mit ambulanten Pflegediensten für hausärztliche Leistungen

„Erst einmal interessiere ich mich für Ihre Einschätzung, inwiefern Sie eine Kooperation zwischen Hausarzt und ambulantem Pflegedienst für hausärztliche Leistungen als notwendig bzw. nützlich betrachten?“

Themenbereich 2: Optimierter Informationsaustausch zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten für eine Kooperation

„Inwiefern betrachten Sie einen optimierten Informationsaustausch des Hausarztes mit dem ambulanten Pflegedienst für eine Kooperation als zielführend?“

Themenbereich 3: Ambulante patientenorientierte Versorgung zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten durch Kooperation

„Für wie relevant und warum betrachten Sie eine derartige Kooperation zwischen Hausarzt und ambulantem Pflegedienst als sinnvoll?“

Themenbereich 4: Bedingungen der Praxisnetze nach § 87 b SGB V für eine Kooperation

„Es besteht die Möglichkeit sog. Praxisnetze zur regionalen Versorgungsstruktur aufzubauen?“
„Inwiefern wäre eine Anerkennung vergleichbar mit den der Praxisnetze für eine Kooperation mit dem ambulanten Pflegedienst?“

Themenbereich 5: Finanzierungsmodelle für eine Kooperation

„Zuvor bin ich auf die Praxisnetze eingegangen. Besondere Vergütungsregeln gelten in diesem Netzwerk. „Wo sehen Sie da Übertragungsmöglichkeiten im Hinblick auf eine spezielle Kooperation mit dem ambulanten Pflegedienst?“

Themenbereich 6: Auswirkung von Projekten in der Digitalisierung im hausärztlichen Bereich für eine Kooperation

„Inwiefern sehen Sie die Digitalisierung als Unterstützungsmöglichkeit für eine Kooperation mit dem ambulanten Pflegedienst?“

Transkriptionsregeln in Anlehnung an Kuckartz (2018, S. 167)

- Die Sprache wird geglättet, d.h. an das Schriftdeutsch angenähert. Beispiel: „Ich muss über den Patienten mit dem Hausarzt kooperieren können, um **halt** Informationen vom Patienten zu bekommen → „Ich muss über den Patienten mit dem Hausarzt kooperieren können, um Informationen vom Patienten zu bekommen“.
- nichtverbale Äußerungen (z.B. Räuspern, Husten, Stottern oder auch Lachen) werden bei der Transkription nicht berücksichtigt.
- Auffälligkeiten bei Antworten (zögernd, gedehnt oder lachend) werden nicht dokumentiert.
- Unterbrechungen in Form von Störgeräuschen etc. werden nicht transkribiert.
- Aussagen, die keine Relevanz für die Thematik „*Patientenorientierte Versorgung im niedergelassenen Bereich - Kooperation zwischen Hausärzt*innen und ambulanten Pflegediensten*“ haben, werden nicht verschriftlicht.
- Es wird wörtlich transkribiert, d.h. nicht bilanzierend oder lautsprachlich.
- Aussagen der Interviewteilnehmer*in werden exakt wiedergegeben.

Übersicht Kategoriensystem qualitative Inhaltsanalyse zum Dissertationsthema:

„Patientenorientierte Versorgung - Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten“

Einstellungen zur Kooperation

Definition: Einschätzung von Wichtigkeit der Kooperation

Unterkategorien: **Relevanz Kooperation, Teamansatz, Rolle des Verbandes**

Informationsaustausch

Definition: Notwendigkeit von Informationsaustausch für eine Kooperation

Unterkategorien: **Stellenwert Informationsaustausch, Wunsch nach direkter Ansprechperson, Vorteil von persönlichem Austausch, Kommunikation über technische Wege**

Bessere Patientenversorgung durch Kooperation

Definition: Sicherung der ambulanten Patientenversorgung durch Kooperation

Unterkategorien: **Individuelle Patientenbehandlung, gegenseitige Informationsübermittlung, Bedingungen der Praxisnetze nach § 87b SGB V für Kooperation**

Finanzierbarkeit der Kooperation

Definition: Finanzierungsmöglichkeiten für Kooperation (über EBM-Ziffer oder Pflege- und Krankenkassen)

Unterkategorien: **Klassische Finanzierung, Verbesserung der Entlohnung, aufwandsbezogene Bezahlung, Vorschläge für bessere Entlohnung, Finanzielle Entlastung durch die KV'n bzw. Pflege- oder Krankenkassen**

Personelle Ressourcen/Notwendigkeit von Personal für eine Kooperation

Definition: Personeller Aufwand für Umsetzung einer erfolgreichen Kooperation

Unterkategorien: **Ohne Veränderung, Aufwertung der Pflege, klare Zuständigkeit**

Digitalisierung als Unterstützungsmöglichkeit für eine Kooperation

Definition: Einsatz von Digitalisierung als unterstützender Charakter für Kooperation

Unterkategorien: **Arten von Digitalisierung, persönliche Einstellungen, Funktion der Entlastung, Gewinn für Patientenversorgung, Kostenaspekte**

Sonstiges/Wünsche

Definition: Ergänzungen zum Thema Kooperation (Einstellungen, Auffassungen etc.).

Unterkategorien: **Schulung Arztpraxen, Kooperation am Beispiel Palliativmedizin**



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Frau
Dr. phil. Katja Götz
Institut für Allgemeinmedizin

im Hause

katja.goetz@uni-luebeck.de

nachrichtlich:

Herrn Prof. Dr. med. Steinhäuser
Direktor des Institutes für Allgemeinmedizin
jost.steinhaeuser@uksh.de

Ethik-Kommission

Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Universität zu Lübeck
Stellv. Vorsitzender:
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann
Tel.: +49 451 3101 1008
Fax: +49 451 3101 1024

ethikkommission@uni-luebeck.de

Aktenzeichen: 20-278

Datum: 13. August 2020

Sitzung der Ethik-Kommission am 06. August 2020

Antragsteller: Frau Dr. Götz

Titel: Patientenorientierte Versorgung im niedergelassenen Bereich - Kooperation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten

Sehr geehrte Frau Dr. Götz,

der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft.

Die Kommission hat keine Bedenken.

Die allfälligen Einschränkungen des öffentlichen Lebens haben auch Auswirkungen auf eine Protokoll-konforme Durchführung von Studienvorhaben. Die Kommission erwartet von den Antragstellern, dass bei anstehenden Entscheidungen zuallererst die Sicherheit und das Wohlergehen der Studienteilnehmenden sichergestellt werden. Dies kann u.a. eine Verschiebung des Studienstarts verlangen.

☐ Herr Prof. Dr. Katalinic (Sozialmedizin, Vorsitzender)
☐ Hr. Prof. Dr. Gieseler (Onkologie, Stellv. Vorsitzender)
☐ Hr. Prof. Dr. Borck (Medizingeschichte)
☐ Hr. Prof. Dr. Dr. Habermann (Humangenetik)
☐ Fr. Hendelkes (Richterin)
☐ Herr PD Dr. Hummel (Chirurgie)
☐ Frau Prof. Dr. Krämer (Neurologie)

☐ Hr. Prof. Dr. Lauten (Pädiatrie)
☐ Frau Martini (Lain)
☐ Hr. Prof. Dr. Moser (Neurologie)
☐ Hr. Petit (Richter)
☐ Hr. Prof. Dr. Raasch (Pharmakologie)
☐ Hr. Prof. Dr. Rehmann-Sutter (Medizinethik)
☐ Fr. Prof. em. Dr. Schrader (Plastische Chirurgie)
☐ Hr. PD Dr. Vortheim (Biometrie)

Seite 2

Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden.
Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, ist die Kommission umgehend zu benachrichtigen.
Die Deklaration von Helsinki in der aktuellen Fassung fordert in § 35 dazu auf, jedes medizinische Forschungsvorhaben mit Menschen zu registrieren. Daher empfiehlt die Kommission grundsätzlich die Studienregistrierung in einem öffentlichen Register (z.B. unter www.drks.de).
Die ärztliche und juristische Verantwortung des Studienleiters und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.
Datenschutzrechtliche Aspekte von Forschungsvorhaben werden durch die Ethikkommission grundsätzlich nur kursorisch geprüft. Dieses Votum / diese Bewertung ersetzt mithin nicht die Konsultation des zuständigen Datenschutzbeauftragten.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Alexander Katalinic
Vorsitzender

10 Danksagung

Für die konstante Unterstützung danke ich meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. Katja Götz. Ihre vielfältigen Hinweise und Impulse gaben entscheidende Ankerpunkte für die inhaltliche Ausgestaltung der Doktorarbeit.

Meiner Familie, insbesondere meiner Mutter, danke ich für die mentale Betreuung im Verlauf der Dissertation.

11 Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die Dissertation ohne fremde Hilfe angefertigt und keine anderen als die in der Arbeit genannten personellen, technischen und sachlichen Hilfen oder Hilfsmittel benutzt habe.“

Lübeck, den _____

Ort, Datum

Unterschrift