

Dringende Hausbesuche

-

**eine qualitative Studie über die Organisation der
hausärztlichen Notfallversorgung in Alten- und Pflegeheimen**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

Bonn

David Ashrafnia

aus Düsseldorf

2019

Angefertigt mit der Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. Klaus Weckbecker
2. Gutachter: Prof. Dr. Nicole Ernstmann

Tag der Mündlichen Prüfung: 02.05.2019

Aus dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Bonn
Direktorin: Prof. Dr. med. Birgitta Weltermann

Ich widme diese Dissertation meinen Eltern, die mich Zeit meines Lebens zur Ergündung und Lösung von Problemen ermutigt haben und meiner Ehefrau Bahar Ashrafnia, die mich während meines gesamten Studiums einschließlich dieser Promotion begleitet und zu jeder Zeit unterstützt hat.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	7
1 Einleitung.....	8
1.1 Die Rolle des Hausarztes bei der Durchführung der Heimbesuche	8
1.2 Demographischer Wandel im Gesundheitssystem	9
1.3 Medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen	9
1.4 Notfälle in Pflegeeinrichtungen	12
1.5 Dringende Heimbesuche.....	13
1.6 Fragestellung	14
2 Methoden.....	15
2.1 Qualitative Forschung	15
2.2 Rekrutierung der Interviewpartner	17
2.3 Vorbereitung der Interviews	18
2.4 Ablauf der Interviews	18
2.5 Auswertung der Interviews.....	21
2.6 Kodierleitfaden.....	24
3 Ergebnisse.....	27
3.1 Deskriptive Analyse der Stichprobe.....	27
3.2 Organisation der Heimbesuche	31
3.3 Verbesserungsvorschläge.....	38
3.4 Heimarztmodell.....	39
3.5 Fremdsprachiges Personal	41
3.6 Vergütung der Heimbesuche	42
3.7 Zukünftige Entwicklung	42
4 Diskussion	45
4.1 Diskussion der Methode.....	45

4.2	Diskussion der Stichprobe	47
4.3	Organisation der dringenden Heimbesuche	48
4.4	Diskussion der Verbesserungsvorschläge	50
4.5	Diskussion des Heimarztmodells	53
4.6	Diskussion der Vergütung der Heimbesuche	55
4.7	Zukünftige Entwicklung	56
4.8	Fazit	57
5	Zusammenfassung.....	58
6	Anhang	59
6.1	Anschreiben an die Lehrärzte	60
6.2	Datenschutzerklärung	61
6.3	Bewilligung des Ethikantrags	62
6.4	Beispielansicht MAXQDA.....	63
6.5	Veröffentlichung der Ergebnisse in „Das Gesundheitswesen“	64
6.6	Abstract zum Vortrag auf dem DEGAM Kongress 2016.....	65
6.7	COREQ Checkliste.....	66
7	Abbildungsverzeichnis	68
8	Tabellenverzeichnis	68
9	Literaturverzeichnis	69
10	Danksagung	78

Abkürzungsverzeichnis

HZV	Hausarztzentrierte Versorgung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
Scheine	Abrechnungsschein der Kassenärztlichen Vereinigung
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
MFA	Medizinische(r) Fachangestellte(r)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
KV NO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KV RLP	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz

1 Einleitung

1.1 Die Rolle des Hausarztes bei der Durchführung der Heimbefuche

„Hausärzte sind in der Regel die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen und funktionellen Problemen. In Deutschland ist davon auszugehen, dass 90 % aller über 65-jährigen Patientinnen und Patienten einen Hausarzt regelmäßig konsultieren.“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002)

Die ambulante medizinische Grundversorgung im deutschen Gesundheitssystem übernehmen zum größten Teil die niedergelassenen Hausärzte (Robert-Koch-Institut, 2015). Der Hausarzt betreut in Deutschland durchgängig über Jahre hinweg seine Patienten, welche sich allzeit in den verschiedensten Lebenssituationen befinden. In der regelmäßigen medizinischen Betreuung weist dabei das ältere Patientenkollektiv einen häufigeren Kontakt zu Ärzten auf als jüngere Patienten (Winter et al., 2006, Grobe et al., 2010). Gründe für die häufigen Arztkonsultationen liegen vor allem in der auftretenden Multimorbidität im Alter. Das Risiko an einer bzw. mehreren chronischen Erkrankungen zu leiden steigt mit der Altersklasse, in Deutschland leiden Menschen über 65 Jahre durchschnittlich an drei verschiedenen chronischen Erkrankungen (Fuchs et al., 2012). Zu der Multimorbidität kommt die Polypharmazie hinzu, welche aufgrund der Verschreibungspflicht ebenfalls einen häufigen Arztkontakt erfordert (Schaufler et al., 2016). Angesichts des demographischen Wandels steigt die Zahl der Patienten in diesem Kollektiv mit hohem Therapiebedarf auch in Zukunft weiter an. Dem entgegen stehen jedoch begrenzte zeitliche und finanzielle Ressourcen. So führen stetig steigende Zahlen von immobilen Pflegebedürftigen dazu, dass Hausärzte immer häufiger ihre langjährig betreuten Patienten regelmäßig außerhalb der eigenen Praxis therapieren müssen. Da bei älteren pflegebedürftigen Patienten häufig ein Wechsel zwischen chronischem und akutem Verlauf stattfindet sind neben regelmäßigen Besuchen auch immer wieder kurzzeitig angesetzte, dringende Heimbefuche notwendig. Dies führt zu einem organisatorischen und finanziellen Mehraufwand für niedergelassene Hausärzte.

Aufgrund der bisherigen Datenlage haben wir uns entschlossen, Hausärzte direkt zum Thema der dringenden Heimbefuche und Verbesserungspotential in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu befragen.

1.2 Demographischer Wandel im Gesundheitssystem

Der voranschreitende demographische Wandel hat einen zunehmenden Einfluss auf das deutsche Gesundheitssystem. Aufgrund veränderter Lebensumstände im Vergleich zu früher und einem sehr hohen medizinischen Versorgungsgrad, ist die Lebenserwartung in Deutschland gestiegen (Murray et al., 2015, Robert-Koch-Institut, 2015), wodurch zeitgleich die Pflegebedürftigkeit einer hohen Anzahl an Patienten steigt. Während in Deutschland aktuell jeder fünfte über 65 Jahre alt ist, soll im Jahr 2030 bereits jeder vierte Bürger dieser Altersklasse angehören (Starmann et al., 2015). Auch wenn viele dieser über 65-jährigen wahrscheinlich bis kurz vor Ihrem Tod ein eigenständiges Leben führen können, so wird doch ein großer Teil dieser Menschen zumindest teilweise auf pflegerische Hilfe zurückgreifen müssen. Die Kosten im deutschen Gesundheitssystem für diese Bevölkerungsgruppe betragen aktuell circa 168,4 Mrd. Euro. Dies entspricht einem Anteil von 49,8 % an den Krankheitskosten der Gesamtpopulation (Statistisches Bundesamt, 2017). Mit steigender Lebenserwartung steigt zeitgleich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland. Im Jahr 2015 lag die Zahl der Pflegebedürftigen bei knapp 2,9 Mio., dies entspricht einem Zuwachs von 740.000 Menschen seit 2005 (Statistisches Bundesamt, 2017). Bis zum Jahr 2030 wird die Zahl der Pflegebedürftigen mutmaßlich auf 3,6 Mio. Menschen ansteigen (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2017).

1.3 Medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen

Derzeitig gibt es keine einheitliche Regelung zur Versorgung von Patienten in Pflegeeinrichtungen. Die primäre medizinische Grundversorgung von Menschen in Pflegeeinrichtungen erfolgt in Deutschland durch die fast 34.000 niedergelassenen Hausärzte (Bundesärztekammer, 2014; Gágyor et al., 2013). Im Jahr 2013 versorgten diese die rund 2,6 Millionen Pflegebedürftigen, von denen etwas mehr als 760.000 (29 %) in 13.000 Pflegeheimen versorgt wurden (Statistisches Bundesamt, 2015).

Außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten der Hausärzte übernimmt der kassenärztliche Bereitschaftsdienst die flächendeckende ambulante medizinische Versorgung von Patienten. Neben dem Angebot von sogenannten Notfallpraxen, die der Patient auch zu später Stunde aufsuchen kann, wird für immobile Patienten ein ärztlicher Fahrdienst angeboten. Der Bereitschaftsdienst kommt insbesondere dann zum Einsatz, wenn die Rettungsdienstleitstelle keine Indikation für einen Rettungsdiensteinsatz sieht.

Generell ist die Betreuung älterer Patienten in Pflegeheimen für Hausärzte aufwendiger, da diese Patientengruppe wie zuvor erwähnt aufgrund ihrer Immobilität nicht in der Lage sind selber die Praxis aufzusuchen, so dass der Hausarzt regelmäßig Heimbefuche durchführen muss (Fischer et al., 2001). Überdies hinaus ist bei vielen Pflegeheimpatienten aufgrund kognitiver Defizite eine Fremdanamnese durch das Pflegepersonal nötig. Hinzukommend ist die Diagnostik außerhalb der Praxis aufgrund fehlender technischer Geräte erschwert und oftmals kann nur anhand der Klinik eine Therapie getroffen werden. Bei der Ausführung der Therapie ist der behandelnde Arzt auf das Pflegepersonal bzw. den „Prinzipien der Heimführung“ angewiesen, auf welche er keinen Einfluss hat (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002).

Der demographische Wandel macht sich auch unter den Ärzten bemerkbar; die Anzahl der niedergelassenen Hausärzte ging in den letzten Jahren kontinuierlich zurück. Während die Zahl der Patienten in Pflegeeinrichtungen zwischen 2005 und 2013 um 23 % stieg, sank im selben Zeitraum die Zahl der niedergelassenen Hausärzte um 7 %. Die genaue Entwicklung ist in der Abb. 1 auf Seite 12 dargestellt. Die sinkende Zahl von Hausärzten führt auf Dauer zu einer Versorgungslücke in der ambulanten Betreuung von pflegebedürftigen Patienten, letztendlich kann dies zu höheren Hospitalisationsraten führen. Die Gefahr, welche von einer Hospitalisation für ältere Patienten aus Pflegeeinrichtungen ausgeht wurde bereits untersucht (Bally et al., 2013). Hierzu zählen unter anderem eine Progredienz der Demenz, Delir sowie erhöhte Mortalitätsraten im Vergleich zu Pflegebedürftigen welche nicht in Pflegeeinrichtungen leben. Ferner ist das Risiko für Pflegebedürftige an einer im Krankenhaus erworbenen nosokomialen Infektion zu erkranken höher (Bienstein et al., 2015). Um einer Hospitalisation, verbunden mit

hohen Kosten für die Leistungsträger, entgegenzuwirken, erfordert es einer regelhaften ambulanten medizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen.

Um eine bessere medizinische Versorgung für Heimpatienten zu etablieren, wurde seitens des Gesetzgebers 2008 ein Gesetz zur Erschaffung eines Heimarztes verabschiedet, welches den Heimen erlaubt, einen Arzt festanzustellen (Sozialgesetzbuch XI, 2015). Jedoch hat sich dieses Modell bis heute in Deutschland nicht durchsetzen können, gleichwohl zahlreiche Modellprojekte die Hausärzte einer Region entlasten konnten (van den Bussche, 2009).

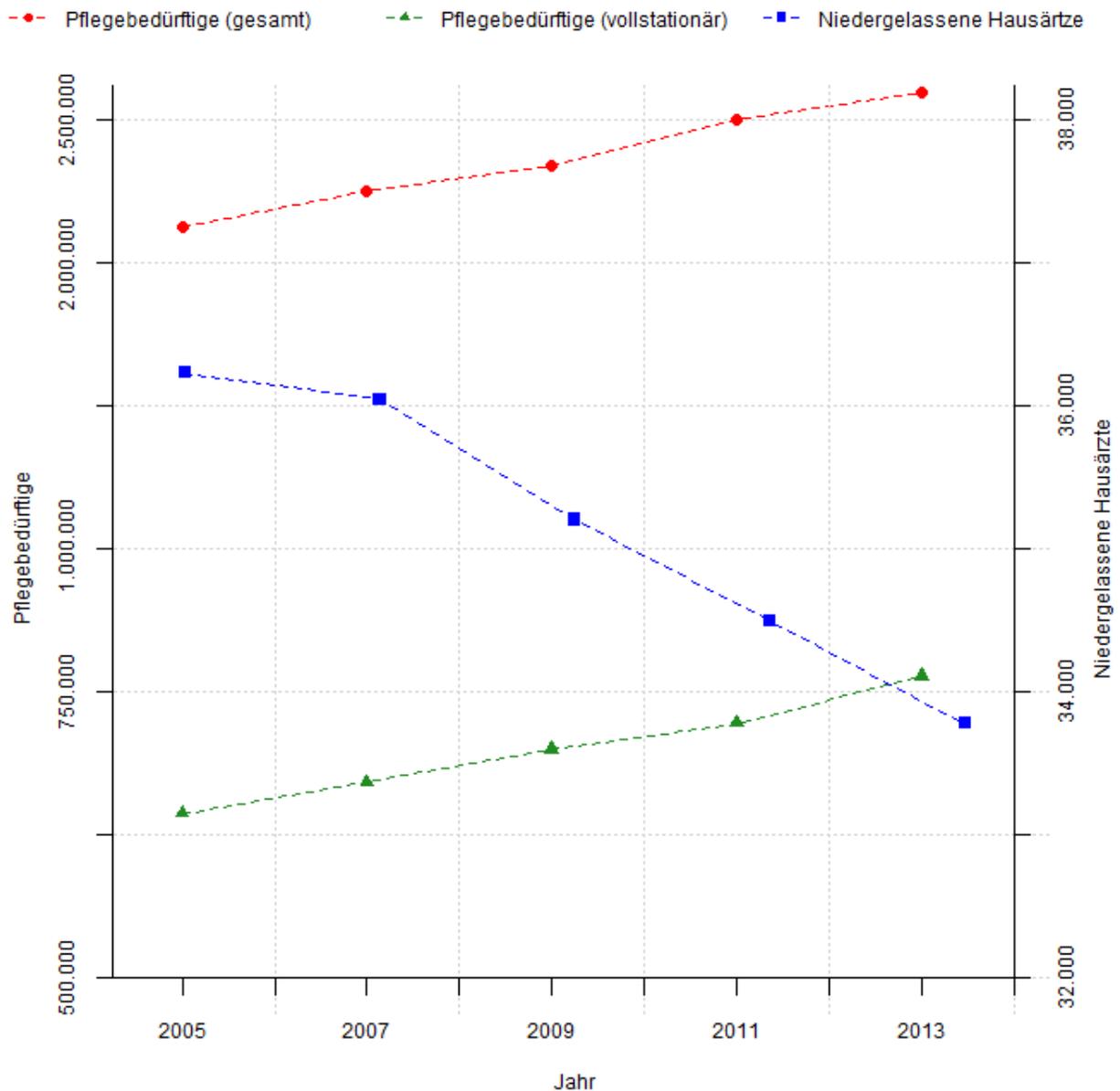


Abb. 1: Zahl der Pflegebedürftigen, der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege und der niedergelassenen Hausärzte zwischen 2005 und 2013 (Quelle: Eigene Grafik, Daten: Bundesärztekammer, Statistisches Bundesamt)

1.4 Notfälle in Pflegeeinrichtungen

Medizinische Notfälle in Pflegeeinrichtungen kommen täglich vor. Das Pflegepersonal fordert auf Grundlage seiner Einschätzung einen Hausbesuch an. Die herbeigerufene Hilfe ist dann entweder der Hausarzt oder der Rettungsdienst. Auswertungen des Rettungsdienstes ergaben, dass jeder 12. Einsatz (8,3 %) in Deutschland in einer Pflegeeinrichtung stattfindet (Schmiedel et al., 2011). Die Einsätze bedeuten für den Rettungsdienst häufig die Behandlung eines zuvor nicht bekannten, multimorbiden

Patienten mit eingeschränkter Anamneseerhebung. Eine Veröffentlichung aus dem Jahr 2014 kam zu einem ähnlichen Ergebnis: Der Anteil der Notarzteinsätze in einer deutschen Großstadt in Pflegeeinrichtungen lag bei 13,6 % und fand im Vergleich zu Notarzteinsätzen außerhalb von Pflegeeinrichtungen nicht überproportional häufig statt. Es ist also nicht davon auszugehen, dass Notarzteinsätze in Pflegeeinrichtungen öfters auftreten als im häuslichen Umfeld. Zu den häufigsten Indikationen gehörten hier kardiovaskuläre, neurologische und pulmonale Diagnosen (Mochmann et al., 2014). Andere, vor allem internationale, Studien gingen bislang verstärkt auf die Häufigkeit, Beweggründe und Indikationen von Krankenhauseinweisungen im Pflegeheim lebender Patienten ein (Finn et al., 2006; O'Malley et al., 2010; Ramroth et al., 2006). Es konnte unter anderem gezeigt werden, dass Pflegeheimbewohner häufiger Krankenhauseinweisungen erhalten als Pflegebedürftige die außerhalb einer Pflegeeinrichtung wohnen (Grabowski et al., 2008). Im Vergleich zu Gleichaltrigen werden Bewohner aus Pflegeeinrichtungen bis zu zweimal häufiger hospitalisiert (Graverholt et al., 2011).

Im Gegensatz dazu gibt es bislang zum Thema der (ambulanten) medizinischen Notfallversorgung in deutschen Pflegeeinrichtungen durch Hausärzte keine validen Daten. Eine durchgeführte nicht systematische Literaturrecherche in verschiedenen medizinischen Datenbanken wie Researchgate, PubMed und Google Scholar zum Themengebiet ergab, dass deutschsprachige Ergebnisse eher auf die Allgemeinen Tätigkeiten der Allgemeinmedizin bzw. der hausarztzentrierten Versorgung eingehen bzw. generell den Hausbesuchen in jeglicher Form (Buck, 2011, Laux et al., 2015). Es gibt auch Literatur die sich mit der ärztlichen Versorgung von Patienten in Pflegeeinrichtungen beschäftigt, jedoch gehen diese nicht gezielt auf die Anforderung dringender Heimbesuche ein (Hallhauer et al., 2005, Bienstein et al., 2015).

Direkte Anfragen bei der KBV und KVNO ergaben, dass derartige Daten bzw. Statistiken nicht veröffentlicht bzw. aufgearbeitet werden und damit auch nicht herausgegeben werden können.

1.5 Dringende Heimbesuche

Es gibt zwei Arten von Heimbesuchen, welche es zu unterscheiden gilt: Elektive bzw. regelmäßige Heimbesuche und dringende Heimbesuche. Während erstere

entsprechend in den Tagesablauf des Hausarztes eingebaut und auch an nicht-ärztliches Personal delegiert werden können, stellen die dringlichen Heimbesuche zumeist eine Störung des Tages- bzw. Arbeitsablaufs in der Praxis dar, wodurch auch immer die in der Praxis anwesenden Patienten nachteilig betroffen sind (Kochen et al., 2006). Dringende Heimbesuche, auf die in dieser Arbeit vermehrt eingegangen werden soll, stellen für Hausärzte eine logistische Schwierigkeit dar, auch wenn der Anteil dieser an der Gesamtzahl der Hausbesuche nur einen kleinen Teil ausmachen (Snijder et al., 2007). Ein wichtiger Punkt hierbei ist, dass es für einen dringenden Heimbesuch in Deutschland keine feste Definition gibt. Der gemeinsame Bewertungsausschuss definiert den dringenden Heimbesuch im EBM lediglich wie folgt:

„Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt.“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2015)

Die notwendigen Symptome für die Indikation des Besuchs bedarf somit der subjektiven Einschätzung des Pflegepersonals oder dem betreuenden Hausarzt. Dies kann angesichts der gegensätzlich wachsenden Zahlen aus Abb. 1 auf Seite 12 zu Problemen in der ambulanten Versorgung führen. Eine effektive und zielorientierende medizinische Notfallversorgung ohne festgelegte Indikationen ist bei einer durchschnittlich steigenden Zahl an Pflegeheimpatienten pro Hausarzt schwerer durchführbar.

1.6 Fragestellung

Wie organisieren Hausärzte die medizinische Notfallversorgung von Altenheimen und wie könnte die medizinische Versorgung von Pflegeheimpatienten aus Sicht der Hausärzte verbessert werden?

2 Methoden

2.1 Qualitative Forschung

Auf Grundlagen des bisherigen Wissens ist zur Beantwortung der Forschungsfrage ein qualitativer Forschungsansatz besonders geeignet. Zunächst wurde zwischen einer quantitativen Datenerhebung mittels standardisierten Fragebögen mit anschließender statistischer Auswertung und einer qualitativen Datenerhebung durch Interviews abgewogen. Obwohl die qualitative Forschung in der Medizin derzeit noch nicht weit verbreitet ist, ist der qualitative Forschungsansatz zur Gewinnung von Hypothesen sehr wichtig und gewinnt insbesondere in der forschenden Allgemeinmedizin zunehmend an Bedeutung (Marx et al., 2009).

Während in den weitverbreiteten quantitativen Studien vor der Datenerhebung eine Hypothese aufgestellt wird, die es mittels einem standardisierten und reproduzierbarem Verfahren zu beweisen oder entkräften gilt, steckt der Vorteil der qualitativen Forschung in der offenen Erfassung relevanter Aspekte des Forschungsthemas. Ein qualitativer Ansatz lässt eine höhere Dynamik in der Erhebung dieser Aspekte zu, da hierbei die Chance besteht, anhand von offenen Fragen eine subjektive Meinung des Gegenübers zu erlangen, die dem Forscher immer wieder neue Sichtweisen auf die Thematik geben. (Dunkelmann, 2005; Marx et al., 2009) Diese kann er in folgenden Befragungen miteinfließen lassen, was sich für wenig erforschtes Umfeld als geeignet erweist. Mithilfe dieser erhobenen Daten können im Anschluss der Auswertung neue Hypothesen und Theorien entwickelt werden, welche sich gegebenenfalls quantitativ auswerten lassen.

Durch die offene und flexible Herangehensweise können die Erfahrungen und Einschätzungen der Hausärzte über das Thema Notfallheimbesuch festgehalten werden. Nachteile des hier gewählten qualitativen Ansatzes sind zum einen die zeitlich länger dauernde Auswertung der Daten als auch das Fehlen eines repräsentativen Stichprobenergebnisses, da es sich um eine Auswertung interaktiver Kommunikation handelt, welche in jedem Interview eine andere Gewichtung annehmen kann. Auch kann keine Aussage über die quantitative Bedeutung der ermittelten Aspekte des Problems Heimbesuch gemacht werden. Letztendlich eignet sich jedoch die qualitative Forschung insbesondere für Themen, die bisher weitgehend noch nicht erforscht wurden, um so

eine erste Übersicht zu erlangen und neue Hypothesen entwerfen zu können. Das heißt, neue Erkenntnisse entstehen durch die detaillierte Analyse einzelner Interviews. Die Erhebung der Daten kann zum Beispiel anhand von nonverbalen Beobachtungen oder auch durch Durchführung von Interviews erfolgen. Lamnek charakterisiert qualitative Interviews wie folgt (Lamnek et al., 2010):

- Qualitative Befragungen sind mündlich-persönlich (...)
- Es handelt sich um nicht-standardisierte Interviews (...)
- Es werden ausschließlich offene Fragen gestellt.
- Der Interviewerstil ist offen bis weich.
- Aufgrund der häufig recht intimen und sehr persönlichen Themen versteht sich, dass ein qualitatives Interview als Einzelbefragung durchgeführt wird.

Ferner zählt Lamnek zur Durchführung der Interviews u.a. folgende Aspekte auf:

- Qualitative Interviews erfolgen im alltäglichen Milieu des Befragten, um eine möglichst natürliche Situation herzustellen und authentische Informationen zu erhalten.
- Große Fallzahlen sind aus zeitlichen Gründen ausgeschlossen. (...)
- Qualitative Interviews erfordern vom Interviewer höhere Kompetenz als standardisierte Befragungen. Daher wird der Interviewer im Regelfall der Forscher sein.
- Es ist eine offene Gesprächstechnik zu praktizieren; der Interviewer ist anregend-passiv.
- Die Asymmetrie der Kommunikationssituation im qualitativen Interview (...) wirkt (...) als positive Sanktion.
- Aufzeichnungsgeräte (...) sind unverzichtbar (...)

Letztendlich wurde für diese Fragestellung ein qualitativer Ansatz gewählt um ein möglichst breites Spektrum an Informationen über das Thema Heimb Besuch zu gewinnen. Dies liegt darin begründet, als dass es in der Literatur bislang zu wenige Informationen über das Thema gibt. Dadurch bedingt ist die Erstellung einer Hypothese, die es mittels statistischer Auswertung zu beweisen oder entkräften gilt, nicht ohne weiteres möglich, bzw. wäre maßgeblich durch die Erfahrung und Perspektive des

Forschern geprägt. Auch ginge eine gewisse Diversität durch das Fehlen von Dynamik in der Erhebung neuer subjektiver Ansichten mehrerer unterschiedlicher Personen verloren. Damit die quantitative Erforschung einer Hypothese nicht lediglich die subjektive Ansicht des Fragestellers objektiv beantwortet, ist eine zuvor durchgeführte qualitative Forschung notwendig. Um eine möglichst hohe Transparenz der Auswertung zu erhalten wurde diese Arbeit gemäß der Empfehlung des „Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research“ erstellt (Tong et al., 2007).

2.2 Rekrutierung der Interviewpartner

Die Rekrutierung der Interviewpartner erfolgte ausschließlich aus dem Kontingent der vorhandenen Lehrärzte des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Bonn. Es wurden lediglich Ärzte aus dem Bonner Stadtgebiet und den unmittelbaren Nachbarstädten Bonn im Kreis Rhein-Sieg und Kreis Rhein-Erft, jeweils Versorgungsgebiete der KVNO, ausgewählt. Ferner wurden nur 50 % der gesamten Lehrärzte randomisiert angeschrieben, da die andere Hälfte für ein anderes Forschungsprojekt ausgewählt wurde und auf eine gleichmäßige Verteilung der Projekte geachtet wurde. Letztendlich wurden 84 Lehrärzte im Juni 2015 per Brief angeschrieben und um eine Teilnahme an einem Interview zum Thema „dringende Hausbesuche in Altenheimen“ gebeten. Dem Anschreiben war ein vorgefertigtes Antwortformular beigelegt, in dem man der Teilnahme zustimmen oder die Teilnahme ablehnen konnte. Das Anschreiben ist im Anhang auf Seite 60 einsehbar. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurden Ärzte aus dem angrenzenden Kreis Ahrweiler (Rheinland-Pfalz) nicht in die Studie miteingeschlossen, da diese einem anderen Versorgungsgebiet (KVRLP) mit anderen Strukturen angeschlossen sind.

Nach einer 14-tägigen Wartezeit wurden die Rückmeldungen ausgewertet und die sich zur Teilnahme bereit erklärten Ärzte telefonisch kontaktiert, um einen Termin auszumachen. Da jedoch einige Ärzte keine Zeit für ein Interview fanden, konnte nicht mit allen sich zur Teilnahme bereit erklärenden Ärzten ein Termin vereinbart werden. Zeitgleich wurde versucht, eine möglichst heterogene Gruppe zu erhalten, das heißt sowohl Ärzte als auch Ärztinnen und sowohl Ärzten aus Einzel- als auch aus Gemeinschaftspraxen zu interviewen. Die Rücklaufquote betrug 38 %, eine genaue Übersicht über die Rücklaufmeldungen ist auf Seite 30 ersichtlich.

2.3 Vorbereitung der Interviews

Der Ethikantrag mit der Nummer 171/15 wurde am 24.06.2015 seitens der Ethik-Kommission der medizinischen Fakultät genehmigt. Danach wurde damit begonnen, einen Leitfaden für die Interviews zu entwickeln.

Vor den eigentlichen Interviews wurde als Pretest ein Interview mit einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin des Instituts für Hausarztmedizin und Fachärztin für Allgemeinmedizin durchgeführt. Dieser diente die Verständlichkeit der Fragen und den Zeitumfang eines Interviews herauszufinden (Flick, 2007; Lamnek, 2007). Hierbei wurden die Fragen nochmal abgeändert und eine andere Reihenfolge festgelegt, um den Ablauf des Interviews zu optimieren.

2.4 Ablauf der Interviews

Das Ziel der qualitativen Forschung ist eine ausführlichere Darstellung oder auch Ansichten zu einem Thema von verschiedenen Menschen zu erlangen. Für die Erhebung eines Interviews, „eine alte und zeitgleich moderne Methode, die sich heute großer Beliebtheit und Verbreitung erfreut“ (Lamnek, 2010) gibt es verschiedene Interviewformen.

Die Grundlage dieser Arbeit ist das Leitfadeninterview. In einem Leitfadeninterview werden vor den eigentlichen Interviews offene Fragen zusammengestellt, die den Befragten die Thematik ausführlich erörtern lassen können, wobei die Reihenfolge der Fragen eine untergeordnete Rolle spielt. Dies bedeutet, dass der Interviewer immer auf die Ausführungen des Interviewten eingeht und teilweise passende Rückfragen stellt, die die Thematik noch detaillierter ans Licht bringen können.

Die Mehrheit der Interviews fand in den Praxen der Hausärzte statt, lediglich ein einzelnes Interview wurde auf besonderen Wunsch des Arztes in den Räumlichkeiten des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Bonn durchgeführt.

Jeder Arzt bekam nach einer kurzen Erläuterung der Thematik und dem Überreichen der Datenschutzerklärung die gleichen Fragen gestellt, die allesamt offen beantwortet werden konnten. Die Fragen, die jedem Arzt gestellt wurden, sind nachfolgend

aufgezählt und wurden immer genau in dieser Reihenfolge gefragt. Teilweise wurden noch weitere Fragen dem Arzt gestellt, falls eine Aussage des Arztes dies ergeben hat.

Die folgenden Fragen bildeten den Leitfaden des Interviews:

1. Frage: Wie haben Sie die Betreuung der Heime in Ihrer Praxis organisiert?
2. Frage: Wie sind die Abläufe in Ihrer Praxis, wenn das Heim einen dringenden Hausbesuch bestellt?
3. Frage: Was versteht das Heim unter dringenden Hausbesuchen?
4. Frage: Wie könnte man Ihrer Meinung nach die organisatorischen Abläufe von Anforderung bis Hausbesuch verbessern?
5. Frage: Was denken Sie über die Installation eines Heimarztes?
6. Frage: Wie sehen Sie die Vergütung der Hausbesuche in den Heimen?
7. Frage: Wie wird sich Ihrer Meinung nach die Heimversorgung in den nächsten Jahren entwickeln?
8. Frage: Gibt es sonst noch Aspekte / Vorschläge zu dem Thema dringende Hausbesuche im Altenheim ihrerseits?

Nach den Interviews wurden noch 6 geschlossene Fragen gestellt, die jedoch nicht mit aufgezeichnet wurden, jedoch schriftlich festgehalten und zur Vergleichbarkeit mit in die Auswertung geflossen sind:

1. Frage: Wie lange sind Sie als Hausarzt bereits tätig?
2. Frage: Würden Sie später in ein Altenheim gehen wollen?
3. Frage: Wie hoch ist ihre Scheinzahl?
4. Frage: Wie lange brauchen Sie im Schnitt zu den Heimen?
5. Frage: Wie viele Heime betreuen Sie?
6. Frage: Wie oft kommt der dringende Heimbefuch bei Ihnen vor?

Die Interviews waren auf eine Dauer von circa 20 Minuten ausgelegt, die genauen Interviewlängen sind im Abschnitt Ergebnisse in Tabelle 2 auf Seite 30 einzusehen. Es fand eine Aufzeichnung der Interviews mittels eines digitalen Diktiergerätes statt. Die

Teilnehmer wurden zu Beginn darauf hingewiesen, dass die Interviews aufgezeichnet und aufgrund des Datenschutzes anonym durchgeführt werden sollen. Das heißt es wurde darauf verzichtet Namen zu nennen, weder von Ärzten, noch von Pflegeeinrichtungen. Sollte die befragte Person während der Aufzeichnung des Gesprächs dennoch versehentlich einen spezifischen Namen genannt haben, so wurde dieser später in der Transkribierung unkenntlich gemacht. Jegliche Namen, die für den Kontext dennoch von Nöten waren sind frei erfunden bzw. wurden pseudonymisiert.

2.5 Auswertung der Interviews

Nach Abschluss der Datenerhebung wurden die aufgezeichneten Gespräche auf einen Computer übertragen. Danach folgten die vier Phasen, die Lamnek (Lamnek, 2010) zur Auswertung qualitativen Materials empfiehlt:

1. Transkription
2. Einzelanalyse
3. Generalisierte Analyse
4. Kontrollphase

Die Transkription der Interviews erfolgte von November bis Dezember 2015 mit Hilfe der Software „f4transkript®“, wobei die Gespräche wörtlich transkribiert wurden, allerdings ohne Übernehmen von Lückenfüllern, Denkpausen oder paraverbalen Äußerungen des Gesprächspartners. Umgangssprache bzw. umgangssprachliche Redewendungen wurden dem Schriftdeutsch angepasst. Die Software wurde so eingestellt, dass die Audiodateien nur mit der 0,25-fachen Geschwindigkeit abgespielt wurden. Für 10 Minuten Interview wurden circa 90 Minuten zum transkribieren benötigt, je nachdem wie schnell und deutlich die befragte Person gesprochen hat. Die Transkribierung hat somit zusammengerechnet rund 57 Arbeitsstunden benötigt.

Die transkribierten Interviews sind anschließend im Zeitraum Januar 2016 bis April 2016 mit dem Programm „MAXQDA®“ hinsichtlich einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring systematisch analysiert und ausgewertet worden. Im Programm selbst wurden verschiedene Kategorien („Codings“) festgelegt. Nach 3 Ansätzen der Kategorisierung wurde schließlich das finale Kategoriensystem etabliert.

Das Kategoriensystem wurde hierarchisch aufgebaut und in 2 Ebenen erstellt. Die erste Ebene stellt das deduktive Kategoriensystem dar, welches, wie bei Leitfadeninterviews üblich, anhand des Interviewleitfadens gebildet wurde und gleichzeitig die Oberkategorien ausbildet. Im Gegensatz dazu wurden die Unterkategorien induktiv, das heißt beim Auswerten der Inhalte des Interviewmaterials, erstellt. Dies liegt darin

begründet, dass, um eine grobe Übersicht zu erlangen, sich das deduktive Vorgehen, also die Erarbeitung des Materials an einem theoretischen Ansatz, besser eignet. In diesem Fall anhand der Leitfragen der Interviews. Im Kontrast dazu steht die induktive Kategorienbildung, hierbei werden direkt aus dem Material heraus Kodierungen erstellt und später auf das restliche Material (Interviews) ebenfalls angewandt (Kuckarzt, 2010). Dies resultiert oft in einer erneuten Kodierung der vorherigen bereits bearbeiteten Interviews.

Insofern entstanden zu Beginn durch das induktive Vorgehen noch viele Unterkategorien, während es später zu einer Sättigung kam. In dieser hat eine weitere Unterkategorisierung keinen weiteren Erkenntnisgewinn mehr erbracht. Die Kategorien wurden von einem zweiten Mitarbeiter des Instituts auf ihre Plausibilität hin geprüft (Mayring, 2010).

Im Anschluss erfolgte eine weitere Reduktion des Datenmaterials durch Paraphrasierung. Hierbei wurden die Aussagen zu den jeweiligen Oberkategorien einzeln betrachtet und auf das wesentliche zusammengefasst und in eine Kurzform gebracht. Somit gab es zu jeder Oberkategorie und jedem Interviewten eine kurze Zusammenfassung, welche anschließend in eine tabellarische Übersicht übernommen wurden (Mayring, 2010).

Daraufhin folgte die generalisierte Analyse, in welcher sowohl nach Gemeinsamkeiten als auch Unterschieden sowie Grundtendenzen Ausschau gehalten wurde. Es sollte dabei zwingend nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden in den Aussagen der Interviewten gesucht werden, um keine artifizielle Homogenität entstehen zu lassen.

Nach Abschluss der generalisierten Analyse erfolgte die Kontrollphase. Hierbei wurden die sinnesgemäß zusammengefassten Aussagen, also Interpretationen, mit den Originalaussagen in den Interviews verglichen und kritisch in einer Forschungswerkstatt des Instituts nochmals durchgesprochen und überprüft. Dabei sind minimale Änderungen bezüglich der Zusammenfassung durchgeführt worden.

Allgemeine Daten wie das Geschlecht des Interviewpartners, die Anzahl der Scheine, die Fahrzeit zu den Pflegeheimen oder auch ob es sich um eine Einzel- oder

Gemeinschaftspraxis sind ferner als Fallvariable in MAXQDA® hinterlegt worden. Sie dienen zu einem späteren Zeitpunkt der Analyse dem Erkennen von Zusammenhängen zwischen den einzelnen Aussagen der Interviewten (Kuckartz, 2010).

Bereits vorhandene Statistiken der Bundesärztekammer, der KBV oder des Statistischen Amtes des Bundes und der Länder über den demographischen Wandel und die Pflegebedürftigkeit von Patienten sollen in die Auswertung miteinfließen und gegebenenfalls die Argumente der Ärzte untermauern. Die entsprechenden Literaturquellen wurden in eine Citavi Datenbank aufgenommen.

2.6 Kodierleitfaden

Die folgende Tabelle zeigt den Kodierleitfaden, anhand dessen die Interviews analysiert wurden. Der Kodierleitfaden wurde nach Mayring (Mayring, 2010) angefertigt.

Tab. 1: Kodierleitfaden

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
Organisation der Betreuung der Heime	Alle Textstellen, die beschreiben, wie der Arzt die Organisation der Heimbefuche durchführt	Interview 1: „Also ich betreue im Wesentlichen zwei Heime und da habe ich das so organisiert, dass ich (...)“ Interview 12: „Wir machen regelmäßige Hausbesuche in den Heimen, wir haben uns das aufgeteilt(...)“	Nur inhaltliches Verständnis
Ablauf, wenn das Heim anruft	Alle Textstellen, die beschreiben, wie der allgemeine Ablauf in der Praxis aussieht, wenn das Pflegepersonal aus dem Heim anruft und einen dringenden Heimbefuch anfordert	Interview 3: „Also, wenn ein Hausbesuch bestellt wird und das ein klarer Fall ist, nimmt das die Helferin an, trägt das in den Terminplaner ein.“	<ul style="list-style-type: none"> • Fährt in der Sprechstunde (nicht) raus • Rezeptbestellung • Anforderung per Telefon • MFA filtert und gibt Arzt Bescheid • Arzt spricht telefonisch mit den Pflegekräften • Anforderung per Fax • Hat einen festen Ansprechpartner vor Ort • Vitalparameter
Was versteht das Heim unter dringend	Alle Textstellen, die wiedergeben was das Heim aus Sicht des Arztes als dringend deklariert	Interview 4: „Ein dringender Hausbesuch ist eingewachsener Zehennagel, Patient hat Husten. Kleinigkeiten (...)“ Interview 15: „Oh, das ist ganz unterschiedlich. Ein häufiger Grund, für einen sogenannten dringenden Hausbesuch ist: Der Patient ist (...)“	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Ankunft weiß das Personal nichts über den Grund der Bestellung • Notfallhausbesuch • Fährt während Sprechstunde nicht raus • Versteht etwas Anderes / Keine dringende medizinische Indikation • Wie oft kommen dringende Hausbesuche vor?

Organisatorische Verbesserung	Alle Textstellen, in denen Ärzte Verbesserungsmöglichkeiten in der Praxis erwähnen	<p>Interview 4: „Ja, organisatorisch könnte man eine Menge verbessern, wenn diese Dokumentationspflicht vom MDK wegfallen würde. (...)“</p> <p>Interview 3: „Also ich denke, dass der Faxweg eigentlich schon als erster Schritt gut ist, weil da ist dokumentiert, man hat was Schriftliches (...)“</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliches Gespräch zwischen Arzt und Pflegekraft • Wünscht sich festen Ansprechpartner vor Ort • Angehörige • Aufsuchen einer Pflegekraft • EDV • Qualifikation/Schulung der Pflegekräfte • regelmäßige Visiten • Patientenakte vor Ort • (standardisiertes) Faxformular • Besprechung mit dem Pflorgeteam • Meinung über Fachkollegen • Erfahrene Pflegekraft • Zufrieden mit dem Ablauf • Einspielungszeit zwischen Arzt und Pflegekräften / Heim • Mehr Patienten pro Heim dafür weniger Heime insgesamt • Anruf in Telefonsprechstunde • Vitalparameter sollten vorher erhoben sein • Nimmt Akte aus Praxis mit
Heimarztmodell	Alle Textstellen, in denen die Ärzte auf das Heimarztmodell eingehen	Interview 1: „Das ist glaube ich vom praktischen her sehr schwierig also ich meine es gibt hier sogar einen Arzt (...)“	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht abgeneigt • Kennt bereits das Heimarztmodell • Abgeneigt, Zweifel an der Durchführbarkeit • Konkurrenz
Vergütung	Alle Textstellen, in denen die Ärzte auf die Vergütung der (dringenden) Heimbesuche eingehen	<p>Interview 3: „Also grundsätzlich, betriebswirtschaftlich sind diese Hausbesuche nicht lukrativ. Das muss man klar sagen(...)“</p> <p>Interview 6: „Schlecht. Ach ja... Also von finanzieller Seite her. (...)“</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftlichkeit der Besuche

Entwicklung der Heimversorgung	Alle Textstellen, in denen die Ärzte auf die zukünftige Entwicklung der pflegebedürftigen Menschen eingehen, insbesondere die Entwicklung der Pflegeheime	Interview 1: „Schwer zu sagen, es werden mehr Patienten werden. Keine Frage. (...)“ Interview 8: „Ich denke sie wird schlechter werden. (...)“	<ul style="list-style-type: none"> • Kleinere Einheiten • Mehr Pflegekräfte • Entwicklung der Pflegekräfteanzahl • Fremdsprachige Pflegekräfte • Entwicklung der Patientenzahlen • Entwicklung der Heimanzahl/Bettenanzahl • vermehrt ungeschultes Personal • Mehr Pflegeheimpatienten für die Ärzte
Vorschläge oder Aspekte zum Thema	Alle Textstellen, die weitere Aspekte zum Thema der dringenden Heimbesuche enthalten	Interview 2: „Also grundsätzlich kann ich nur sagen, Altenheimbetreuung ist sinnvoll, macht auch irgendwo Spaß. (...)“ Interview 9: „Ja es ist schon ein spannendes Thema und Geld spielt natürlich eine Rolle dabei. Aber ich denke irgendwann werden die Krankenkasse, die Politiker und alle Menschen feststellen (...)“	<ul style="list-style-type: none"> • VERAH • Weniger Dokumentation • Fluktuation der Pflegekräfte • zu wenig Pflegekräfte • Kompetente Pflegekräfte • Es werden mehr Hausärzte benötigt • Standardisierte Anfrage / Formulare / VP Erhebungen
AUTOCODE Notarzt, dringend	Alle Textstellen, die die Wörter „Notarzt“, „Rettungsdienst“, „dringend“ beinhalten		

3 Ergebnisse

3.1 Deskriptive Analyse der Stichprobe

Von den 84 angeschriebenen Lehrärzten des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Bonn, haben insgesamt 32 Lehrärzte eine Rückmeldung geschickt, 25 davon haben der Teilnahme zugestimmt, 7 haben die Teilnahme abgelehnt. Letztendlich zeigte sich nach 15 Interviews eine Wiederholung der bereits bekannten Antworten zu den gestellten offenen Fragen. Daher wurde von weiteren Interviews abgesehen.

Von den 15 Hausärzten waren 5 im Kreis Rhein-Sieg, 3 im Kreis Rhein-Erft und 7 in der Stadt Bonn niedergelassen, darunter 6 Frauen und 9 Männer. 8 Hausärzte arbeiteten in einer Einzelpraxis, die anderen 7 in einer Gemeinschaftspraxis, wobei auf die verschiedenen Rechtsformen der Gemeinschaftspraxen nicht näher eingegangen worden ist. Hierbei ist anzumerken, dass es aus Gründen des Datenschutzes nur 3 Kategorien für den Sitz bzw. Ort der Praxis gibt. War die Praxis in einer Stadt des Kreises Rhein-Sieg oder Rhein-Erft, so wurde diese dem jeweiligen Kreis zugeordnet. War der Sitz der Praxis in der Stadt Bonn, wurde Bonn als Kategorie gewählt.

Die interviewten Ärzte gaben in dieser Stichprobe an, dass sie zwischen 3 und 29 Jahren bereits als niedergelassener Hausarzt praktizieren, der Durchschnitt lag bei 16,5 Jahren.

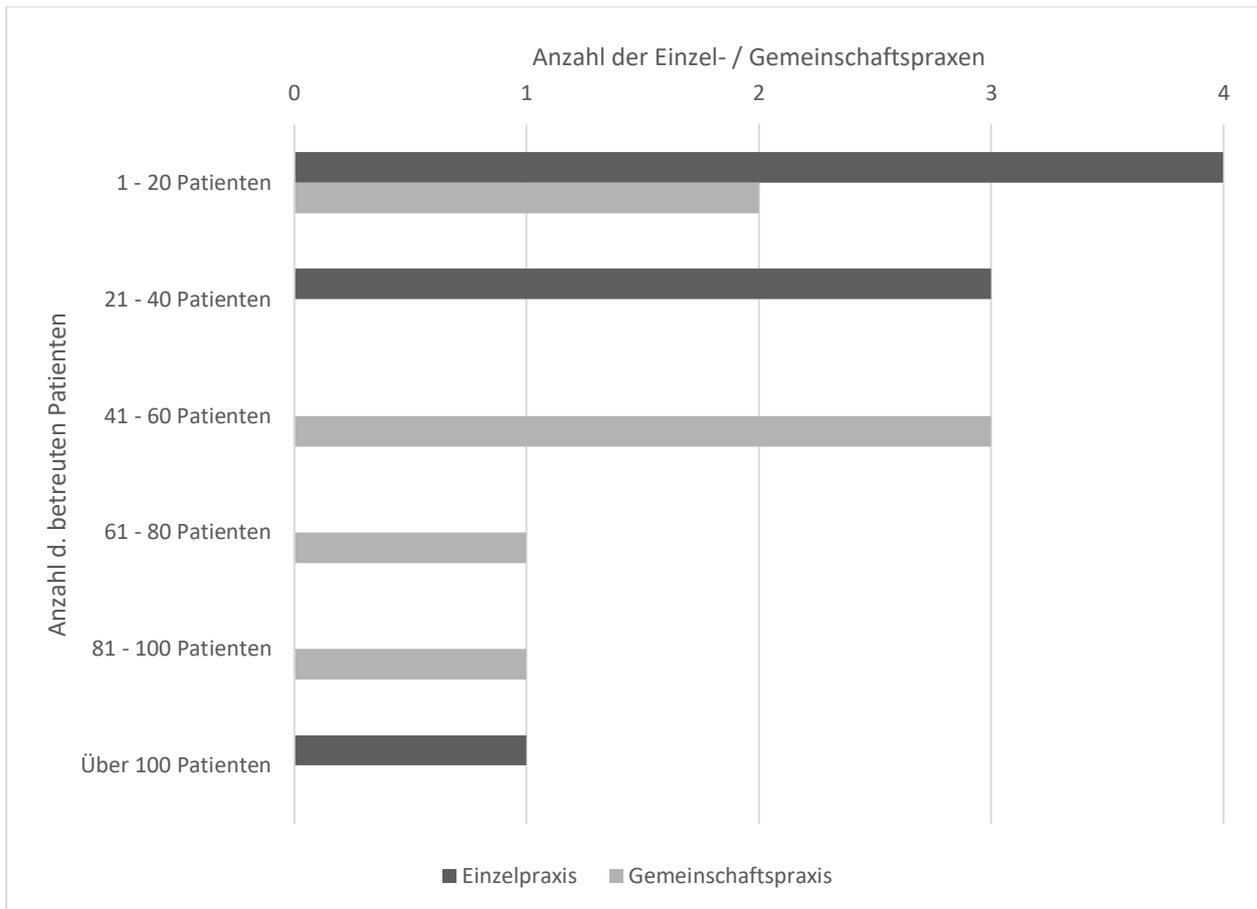


Abb. 2: Verteilung der Anzahl der betreuten Pflegeheimpatienten pro Einzel- / Gemeinschaftspraxis

Die Zahl der betreuten Patienten in Pflegeheimen pro Arztpraxis lag zwischen 5 bis 120, wobei die meisten Patienten eine Hausärztin in einer Einzelniederlassung betreut hat. Tendenziell haben in dieser nicht repräsentativen Stichprobe Gemeinschaftspraxen eher mehr Patienten in Pflegeeinrichtungen als Einzelpraxen. Abb. 1 zeigt, dass 5 Gemeinschaftspraxen 41 und mehr zu betreuende Patienten in Pflegeeinrichtungen hatten, hingegen hatten 7 Einzelpraxen weniger als 40 Patienten.

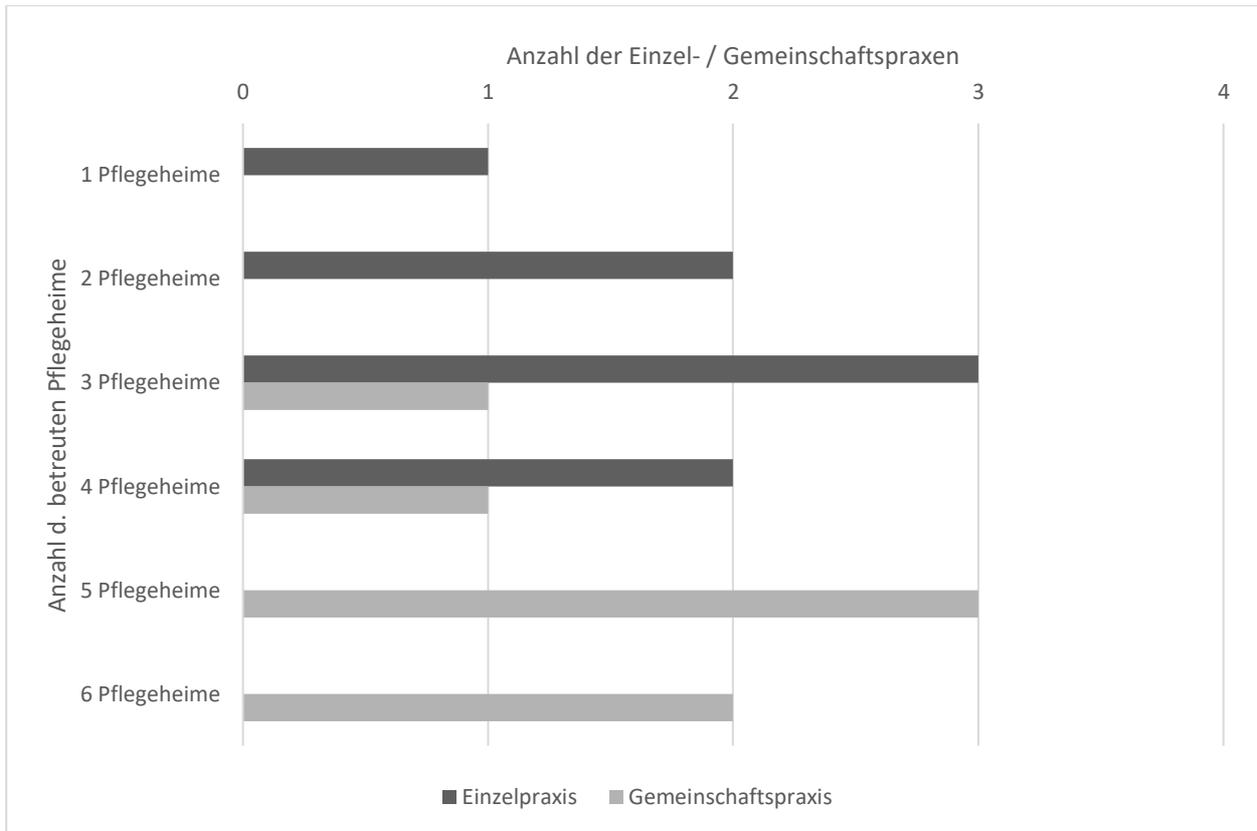


Abb. 3: Zahl der betreuten Pflegeeinrichtungen pro Einzel- / Gemeinschaftspraxis

Weiterhin gaben die befragten Ärzte an, ihre Patienten in bis zu 6 Heimen zu betreuen. Hier zeigt sich, dass die Verteilung in Pflegeeinrichtungen der durch Gemeinschaftspraxen betreuten Patienten heterogener ist. Kombiniert zeigen die Daten aus Abb. 2 und Abb. 3, dass Ärzte in Gemeinschaftspraxen durch ihre im Vergleich generell höhere Patientenzahl in Pflegeeinrichtungen gleichzeitig mehr Patienten in verschiedenen Pflegeeinrichtungen haben.

Tab. 2 auf Seite 30 gibt einen genauen Überblick über die einzelnen Interviews bzw. Interviewpartner.

Die Interviews dauerten im Schnitt annähernd 25 Minuten, was auch der beim Pretest angesetzten Zeit von 20 Minuten in etwa entsprach. Dabei dauerte das kürzeste Interview 17 Minuten, das längste 40 Minuten.

Tab. 2: Übersicht der Stichprobe

Interview	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Dauer ¹	17:35	27:49	25:39	39:59	18:30	18:51	20:00	24:32	28:00	26:32	20:11	22:52	27:07	32:54	30:05
Ort ²	SU	BN	SU	BM	BM	BM	BN	BN	BN	SU	SU	BN	BN	BN	SU
Geschlecht	m	w	m	m	m	w	w	m	w	w	m	w	m	m	m
Scheinzahl ³	1000	600	1600	k.A.	800	k.A.	1000	1400	3000	900	1600	1100	2000	1500	1400
Art der Praxis ⁴	EP	EP	GP	EP	EP	EP	EP	GP	GP	EP	GP	GP	GP	EP	GP
Hausarzt seit ⁵	12	23	29	25	24	13	3	13	12	10	24	15	8	20	17
Pflegeheime ⁶	2	4	5	3	3	2	3	6	3	1	4	5	5	4	6
Heimpatienten ⁷	25	120	10	25	5	10	20	80	50	15	100	20	60	25	60
Dringende Heimbesuche ⁸	mtl	wö	mtl	mtl	mtl	wö	mtl	wö	mtl	mtl	wö	wö	wö	wö	wö
Fahrzeit zu Heimen ⁹	5 - 10	5 - 10	10	5	5 - 10	10 - 20	10	5-10	15	10	5	5 - 10	5	15	5

1 Dauer des aufgezeichneten Interviews in Minuten, 2 SU = Rhein-Sieg-Kreis, BN = Stadt Bonn, BM = Rhein-Erft-Kreis, 3 Bezogen auf die gesamte Praxis, k.A. = keine Angabe, 4 EP = Einzelpraxis, GP = Gemeinschaftspraxis, 5 In Jahren niedergelassen, 6 Anzahl der Pflegeheime in denen Patienten betreut werden, 7 Anzahl der im Durchschnitt betreuten Pflegeheimpatienten (geschätzt), 8 mtl= monatlich, wö= Wöchentlich, 9 Durchschnittliche Fahrzeit zu den Pflegeheimen mit dem Auto in Minuten

3.2 Organisation der Heimbesuche

Im Folgenden werden die Abläufe von der Anforderung bis zur Durchführung eines dringenden Heimbesuchs dargestellt.

3.2.1 Hausbesuchsanforderungen durch die Pflegeheime

Die Hausarztpraxen erhalten die Heimbesuchsanfragen entweder per Telefon oder Fax. Die Hausbesuchsanfragen werden dabei in der Regel durch die medizinischen Fachangestellten (MFA) oder anderes nicht-ärztliches Personal angenommen.

Einige Hausärzte gaben an, bei dringenden Heimbesuchsanfragen sich direkt mit der Pflegekraft verbinden zu lassen, um unmittelbar selber die Situation klären zu können. In der Regel notieren die MFA das Anliegen der Pflegekräfte und der Arzt nimmt nach der Sprechstunde Kontakt mit dem Pflegeheim auf.

„(...)Dann wird das notiert und mir vorgelegt. Und dann ist das so, dass ich da anrufe, höre was die Schwester sagt, was sie schon für Befunde erhoben hat, was das Anliegen ist.“ (Interview 7: 10 - 10)

Kommt die Anforderung per Fax, ruft der Großteil der Ärzte zu einem späteren Zeitpunkt im Pflegeheim an und hält, wenn möglich, ebenfalls mit der zuständigen Pflegekraft über die Indikation des Besuchs Rücksprache.

„Die mittlerweile häufigere Variante ist aber, dass die Heime ein Fax schicken, wo sie kurz das Problem darstellen und wir rufen dann zurück (...)“ (Interview 11: 12 - 12)

Ein genereller Nutzen für die Anforderung per Telefon oder per Fax lässt sich nicht erkennen, viel mehr hat der jeweilige Arzt seine eigene Präferenz, die er als vollkommen richtig empfindet. Der Aspekt der Abklärung eines Anliegens per Telefon bedeutet für die einen unter anderem eine schnelle Erreichbarkeit und Rücksprachemöglichkeit mit den Pflegekräften, während die anderen eine initiale Abklärung per Telefon als Störung eines Arzt-Patientengesprächs während der allgemeinen Sprechstunde sehen.

3.2.2 Einschätzung der Dringlichkeit von Heimbisuchen

Die Einschätzung, ob ein angeforderter Besuch wirklich als dringend indiziert ist, klärt die medizinische Fachangestellte, die dann auch den weiteren Ablauf bestimmt:

„Also, wenn ein Hausbesuch bestellt wird und das ein klarer Fall ist, nimmt das die Helferin an, trägt das in den Terminplaner ein.“ (Interview 3: 6 - 6)

Aber oft kommt es auch vor, dass der Arzt dies im persönlichen Gespräch mit den Pflegekräften klärt:

„Dann müssen die mit mir reden. Das heißt, die werden zu mir durchgestellt und schildern was die Problematik ist und dann entscheiden wir gemeinsam, was zu tun ist und ob ich fahre oder nicht fahre.“ (Interview 8: 16 - 16)

Üblich ist auch, dass die Pflegekräfte direkt zum Arzt durchgestellt werden, dieser kann dann persönlich anhand der geschilderten Beschwerden und gemessenen Vitalparametern die Dringlichkeit des Heimbisuches feststellen.

„Ja gut, am besten ist es immer, wenn man sich möglichst schnell zu mir durchstellen lässt, sprich ein persönliches Gespräch mit der Pflegekraft, die die Situation am ehesten einstufen kann, um die Dringlichkeit rauszuhören.“ (Interview 10: 50 - 50)

Im persönlichen Gespräch werden dann unter anderem neben der klinischen Symptomatik noch Vitalparameter abgefragt, um sich ein besseres Bild über die Dringlichkeit machen zu können. Als zu erhebende Parameter wurden Puls, Blutdruck und Temperatur genannt.

Ein kleiner Teil der interviewten Ärzte gab an, selbst einen Anforderungsbogen für Heimbisuche entworfen zu haben, welcher ausgefüllt gefaxt werden muss, wenn die Heime einen Hausbesuch anfordern.

„Dort müssen sie (...) Vitalparameter eintragen, Temperatur ist wichtig, es geht ja oft um Infekte, Puls, Blutdruck und dann sollen die auch eintragen, ob die den Hausbesuch noch am selben Tag wünschen, innerhalb von einer Woche oder beim nächsten Routinebesuch.“ (Interview 15: 2- 2)

Auf die Nachfrage, was seitens der Pflege alles einen dringenden Heimbesuch erfordert, wurden verschiedene Symptome genannt. Für die befragten Ärzte gehören zu den häufigen und typischen Indikationen unter anderem gastrointestinale Beschwerden, Husten, Luftnot, Fieber, Stürze und hypertensive Entgleisungen. Als eher selten, aber dennoch von der Pflege als dringend empfunden worden, gehören Anforderungen für „Schwellung am Fuße“, „eingewachsener Zehennagel“ oder „blaue Flecken“

3.2.3 Übergabe an den Rettungsdienst

Sollte sich im persönlichen Gespräch bereits herausstellen, dass die Situation ein nicht ambulant behandelbares Ereignis darstellt oder der Hausarzt aufgrund anderer Gegebenheiten nicht sofort behandeln kann, wird gegebenenfalls direkt an den Rettungsdienst verwiesen. Jedoch hat sich dies in den Interviews nicht als die Regel dargestellt. Es konnte auch kein festes Schema eruiert werden, bei dem immer der Rettungsdienst alarmiert wird.

„(...) dann muss man zusammen abwägen ob es sich über einen Hausbesuch regeln lässt oder ob ein Notarzt vor Ort kommen muss, bei Sturz mit Blutung oder Ähnlichem.“ (Interview 10: 14 - 14)

„Wenn es ein Heim ist, das relativ weit weg und es ist etwas Akutes, dann sagen wir denen die sollen den Notarzt rufen und dann muss der das klären.“ (Interview 13: 10 - 10)

3.2.4 Durchführung des Heimbisuches

Entscheidet sich der Arzt schließlich den Heimbisuch durchzuführen, fährt dieser entweder noch während der Sprechstunde zum Patienten in die Pflegeeinrichtung oder verschiebt diesen Besuch in seine folgende Mittagspause bzw. in den Feierabend. In einigen Praxen werden die dringenden Heimbisuche auch an die medizinischen Fachangestellten, mit VERAH®-Qualifikation, delegiert, zum Beispiel, wenn der Arzt gerade nicht aus der Sprechstunde heraus kann, den Patienten aber dennoch adäquat medizinisch versorgt haben möchte.

Abb. 4 zeigt den zuvor beschriebenen Ablauf schematisch zusammengefasst:

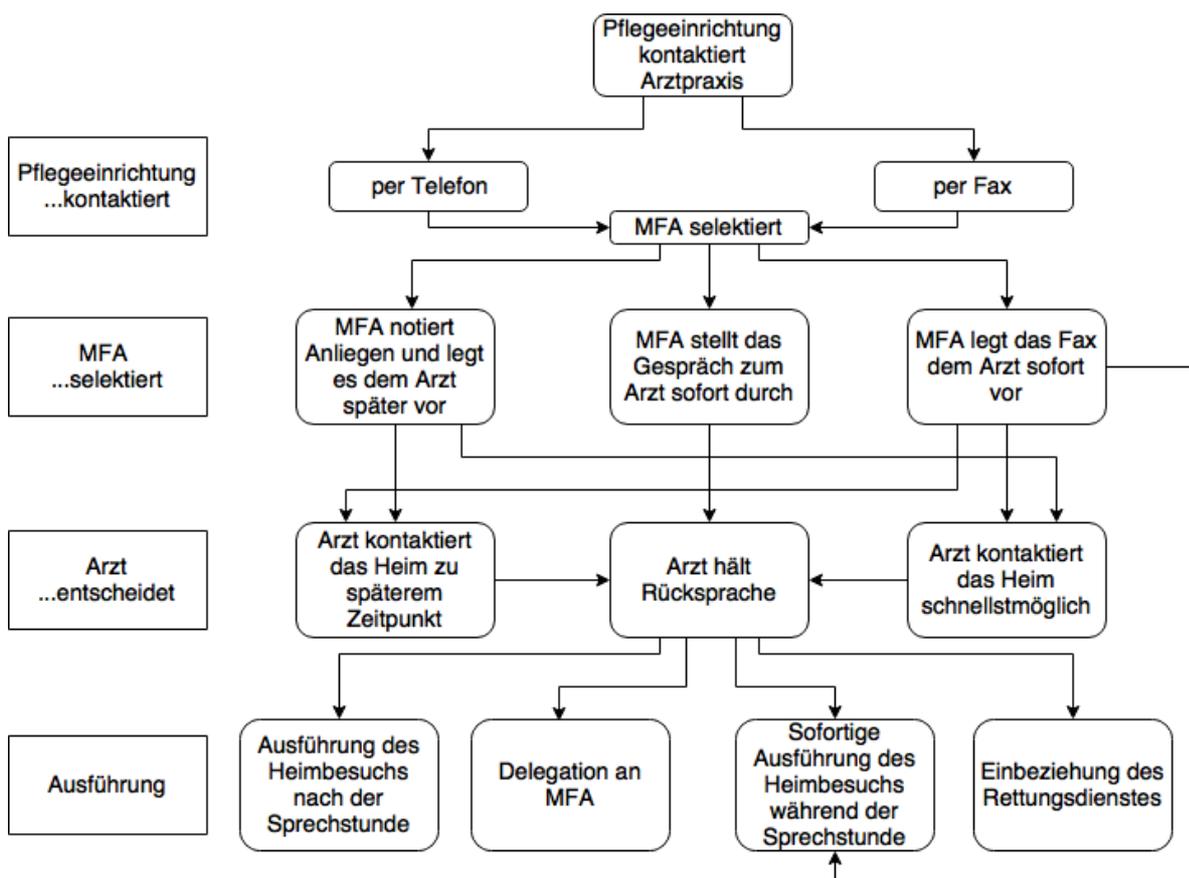


Abb. 4: Ablauf des Kontakts zwischen Hausarzt und Pflegeeinrichtung anhand einer Swimlane-Prozessdarstellung

3.2.5 Probleme bei der Durchführung des Heimbisuches

Nach Ankunft im Pflegeheim suchen die Hausärzte meistens erst einmal eine Pflegekraft auf. Für das Auffinden einer Pflegekraft wurde eine Zeitspanne zwischen 2 und 15 Minuten angegeben, teilweise wird nach Auffinden einer Pflegekraft an eine andere, dafür zuständige Kraft verwiesen, die erneut hinzugerufen werden muss. Dies kostet in den Augen des Arztes unnötige Zeit, was auch als ärgerlich wahrgenommen wird.

„(...) man findet dann oft so eine Hilfsschwester oder die Mitarbeiterin, die da das Essen austeilt, aber bis man dann einen Kompetenten oder für diesen Patienten zuständige Schwester findet, das kann dauern. Da gehen auch mal 15 Minuten schnell ins Land“ (Interview 15: 89 – 89)

Nach einem kurzen Austausch mit der Pflegekraft wird im Anschluss der Patient besucht.

Als ärgerlichen Vorfall gab auch ein Teil der interviewten Ärzte die Situation an, dass man ein paar Stunden später nach der Anforderung im Pflegeheim auftaucht und der Spätdienst den Grund für die Anforderung nicht mehr weiß.

„Das ist für mich ganz viel Zeitaufwand, Zeit, die ich verliere und wie Sie sagen, dann wird die Schwester geholt und dann weiß keiner Bescheid, das ist natürlich auch oft ein Problem.“ (Interview 7: 55 - 56)

„Die kommunizieren ja teilweise auch nur über die Einträge der einzelnen Schichten. Und (...) dann wissen die teilweise noch nicht einmal wen ich dort betreue, welche Bewohner das sind...“ (Interview 9: 69 - 72)

Tritt ein ernster Notfall ein, für den der Arzt sofort aus der Sprechstunde rausfährt, steht jedoch eine Pflegekraft direkt vor oder im Patientenzimmer.

„Also wenn es wirklich dringend ist, dann stehen die Schwestern schon vor der Tür des Patienten, bis ich komme.“ (Interview 14: 56 - 56)

3.2.6 Unzureichenden Qualifikation der Altenpflegekräfte

Die Ärzte legen Wert auf erfahrene Pflegekräfte, da diese als kompetenter wahrgenommen werden. Dies fördere die reibungslose Zusammenarbeit. Insbesondere wird kritisiert, dass die Träger der Pflegeheime immer öfter unqualifiziertes Personal bzw. nichtstaatlich examinierte Pflegekräfte einstellen, um Kosten zu sparen. Dies führt aus der Sicht der Ärzte sowohl zu verminderter Qualität in der Pflege, als auch zu Problemen in der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegekraft.

Die jeweilige Meinung unter den Ärzten über Pflegekräfte ist sehr heterogen verteilt. Zum einen werden Aussagen getätigt wie:

„(...) Die sind immerhin Pflegeschwestern, die können auch nicht alles, das weiß ich, das verlange ich auch nicht von denen, schreibe ich selber alles auf und unterschreibe auch.“ (Interview 14: 41 - 41)

Zum anderen wird zwischen den verschiedenen Ausbildungsgraden der Pflegekräfte weiter differenziert, wobei die staatlich examinierten Pflegekräfte vom Hausarzt positiv betrachtet werden:

„Ne, die examinierten sind top, aber die sind natürlich total überfordert mit 20 Bewohnern, wenn die da alleine sind und haben noch eine polnische sprechende Stationshilfe.“ (Interview 9: 78 - 78)

Die Ärzte geben zur Kenntnis, dass Pflegekraft nicht gleich Pflegekraft ist:

„Man sieht ja auch wer gerade im Dienst ist und erfahrene Pflegekräfte rufen mich auch nicht wegen Kleinigkeiten an. Oft sind das Mitarbeiter von Zeitarbeitsfirmen und die kennen den Patienten dann nicht, die kennen die Strukturen nicht.“ (Interview 9: 58 - 58)

Für eine bessere Zusammenarbeit empfiehlt die Mehrheit der befragten Hausärzte medizinische Schulungen bzw. Fortbildungen der Pflegekräfte, um Notfälle besser behandeln zu können und zeitgleich mehr Kompetenz im Alltag in der Behandlung zu erlangen. Ebenfalls werden von den Ärzten Fließdiagramme oder Checklisten für verschiedene Erkrankungen bzw. Notfälle angedacht.

„Genau. Checkliste Bein, Checkliste Luftnot... Also das halt klar sein muss, dass bevor beim Arzt angerufen wird, schon mal die Temperatur oder Puls gemessen werden muss.“ (Interview 12: 46 - 46)

3.3 Verbesserungsvorschläge

3.3.1 Prävention von Notfällen

In Anblick auf Verbesserungsvorschläge für Kollegen im Umgang mit dringenden Heimbisuchen wird zum einen angegeben, präventiv zu arbeiten, das heißt regelmäßige Heimbisuche durchzuführen und dabei visitenartig sowohl mit dem Pflegepersonal als auch mit den Patienten zu reden und so wohlmögliche Exazerbationen frühzeitig zu erkennen und verhindern zu können.

„(...) da habe ich das so organisiert, dass ich einmal im Monat hinfahre und sozusagen die Patienten besuche gehe (...)“ (Interview 1: 2 - 2)

„Regelmäßig, ich besuche jeden Patienten min. einmal im Monat um Kontakt zu halten zum Patienten und aber vor allem zum Pflegepersonal um die Entwicklung der Krankheit und des Allgemeinzustands zu beobachten.“ (Interview 2: 2 - 2)

„In dem Heim, wo wir so viele Patienten betreuen, schafft man das nicht, alle Patienten zu sehen, da gucke ich einfach jedes Mal nach ein paar anderen und man macht eine Kurvenvisite und ob es etwas Besonderes gibt.“ (Interview 15: 43 - 43)

3.3.2 Teambildung

Ferner wird eine Teambildung empfohlen. Dabei sollte man sich als Arzt gemeinsam mit den Pflegekräften regelmäßig zusammensetzen und über Geschehnisse in der letzten Zeit, Probleme oder Abläufe reden und gegebenenfalls Kritik äußern, jedoch auch der Kritik der Pflegekräfte offen gegenüberstehen.

„Ich kann mich erinnern, in dieser neuen Einrichtung von der ich sprach, da wurden wir auch gerufen zu einem Patienten mit Luftnot und als wir dann bei diesem Patienten waren und ich sagte "ja ich komme, weil es hieß Sie haben Luftnot", da sagte der wörtlich "ja hier brauch man ja nur Husten, da rufen die schon einen Arzt". Also das ist

gemeint mit man muss da eine gewisse Übereinstimmung mit der Zusammenarbeit finden.“ (Interview 3: 32 - 32)

Die Dauer der Teambildung, auch Einspielungszeit genannt, kann stark variieren. Es wurden Zeiträume von weniger als einem Jahr, bis hin zu zehn Jahren genannt. Die Ärzte erklären dies durch die unterschiedlich hohen Fluktuationsraten in den Pflegeheimen. Es wird zudem als

„ein kontinuierlicher Prozess, der immer mal wieder angepasst werden muss“ (Interview 14: 121 - 122)

betrachtet. Eine gezielte Offenlegung der eigenen Verfahrensweisen kann dabei helfen, die Anforderungen bzw. Kontaktierungen zu reduzieren, denn

„dann haben die sich darauf eingestellt, wie ich zum Beispiel Sterbebegleitung mache, wann ich gerufen werden will, (...) dann lernen die mich kennen, dann wissen die, dass ich hinter ihnen stehe, auf der anderen Seite, dass ich erwarte, dass die selbstständig arbeiten“ (Interview 15: 118 - 119)

3.4 Heimarztmodell

Auf die Einführung eines Heimarztes bezogen, äußerten die Ärzte Zweifel an der Durchführbarkeit. Hauptargument gegen den Heimarzt war die in Deutschland herrschende freie Arztwahl:

„Das ist ein Argument, das man berücksichtigen muss, aber letztlich nicht das ausschlaggebende. Ich glaube, dass da eher ein anderes Problem auftauchen wird. In Deutschland ist es ja nach wie vor so, dass die freie Arztwahl eine heilige Kuh ist.“ (Interview 3: 40 - 40)

„Wir haben ja freie Arztwahl und man kann schlecht von einem Patienten verlangen, der jetzt in ein Heim kommt, dass er mit dem Eintritt ins Heim auch den Hausarzt wechselt. Das finde ich ehrlich gesagt schwierig.“ (Interview 11: 46 - 46)

Außerdem stellt der Hausarzt idealerweise einen Lebensbegleiter für die Patienten dar und zwar auch am Lebensende:

„Davon halte ich persönlich nichts, weil ja der gewohnte Hausarzt natürlich bleiben, wenn der Patient ihm am meisten braucht und am kränksten ist und auch aufs Lebensende zu geht, da sollte er einfach weiterhin zur Verfügung stehen.“ (Interview 5: 26 - 26)

Eine generelle Ablehnung gegenüber dem Modell besteht jedoch nicht, als positiv erachtet wird zum Beispiel, dass ein derartiger Arzt immer vor Ort wäre:

„Ja. Finde ich eine gute Idee, grundsätzlich, weil ich mir vorstelle, dass er regelmäßiger die Leute sieht als ich das kann und dass der schneller vor Ort ist (...)“ (Interview 12: 50 - 50)

„Aber prinzipiell fände ich es schon in Ordnung. Ich könnte mir einerseits vorstellen, dass wenn weniger Ärzte im Heim wären, die kontinuierliche Betreuung verbessert und das Vertrauensverhältnis zum Pflegepersonal verbessert wird (...)“ (Interview 4: 34 - 34)

„Vielleicht läuft es mal auf einen Heimarzt aus, aber ich höre diese Diskussion sicher seit 8 Jahren(...)“ (Interview 10: 70 - 70)

3.5 Fremdsprachiges Personal

Als teilweise schwierig wird die Kommunikation mit fremdsprachigen Personal empfunden, da so aufgrund der Sprachbarriere Probleme entstehen könnten, z.B. bei der Therapieanordnung:

„Es muss ja auch kommuniziert werden können und wenn ich eine Therapie anordne oder vorschlage, dann muss die natürlich adäquat umgesetzt werden. Oder wenn es beim Dekubitus um Lagerung geht, dann wird es schon schwierig, das jemandem zu erläutern, der halt nicht versteht was ich sage.“ (Interview 8: 88 - 88)

oder Telefongesprächen, wobei es dennoch nicht zu Fehlern kam:

„Das halt nicht, gerade am Telefon, nicht richtig kommuniziert werden kann. Es kam da auch schon mal zu Fehlern, war zwar nichts Dramatisches, aber die verstehen halt nicht was man sagt.“ (Interview 7: 82 - 82).

„Das denke ich mal, da gehe ich von aus. Das kann halt insbesondere im telefonischen Kontakt schwierig sein, so vor Ort habe ich das nicht als schwierig erlebt. Aber da ja auch viel per Fax und Telefon organisiert wird, könnte das schwierig sein.“ (Interview 12: 62 - 62)

Auf die Beobachtungen im Heim bezogen, bescheinigen die Ärzte dem fremdsprachigen Pflegepersonal jedoch, dass es

„(...) lieb und nett und fürsorglich(...)“ (Interview 8: 88 - 88)

ist und ebenfalls

„dass die ausländischen Pflegekräfte oft viel engagierter sind und viel netter zu den Leuten sind als deutsche. Also das heißt gar nichts. Sie müssen sich natürlich verständigen können.“ (Interview 11: 66 - 66)

3.6 Vergütung der Heimbesuche

Die derzeitige Vergütung der Heimbesuche wird insgesamt als zu niedrig betrachtet, es gehört zur hausärztlichen Grundversorgung:

„Es ist eine Mischkalkulation, man lebt ja von allem und ich will ja auch nicht klagen, das tue ich auch nicht. Aber trotzdem würde kein anderer Akademiker für den Preis durch die Gegend fahren.“ (Interview 5: 30 - 30)

„Aufwand und Nutzen stehen in keinem Verhältnis.“ (Interview 7: 52 - 52)

„Betriebswirtschaftlich wäre es sicherlich sinnvoller, hier zu arbeiten, weil vom Zeitaufwand ist das schon recht umfangreich.“ (Interview 8: 70 - 70)

„Naja das gehört mit zur hausärztlichen Versorgung. Aber wirtschaftlich ist das meines Erachtens nicht tragend.“ (Interview 15: 111 - 111)

3.7 Zukünftige Entwicklung

Auf die Frage, wie sich die Hausärzte die Zukunft bzw. Entwicklung der Versorgung von Menschen in Pflegeheimen vorstellen, wurden verschiedene Hypothesen aufgestellt, wobei sich einige davon dennoch in ihrem Grundgedanken überschneiden. Es wird vor allem mit einer steigenden Anzahl von Pflegeheimpatienten gerechnet:

„(...) ich habe mich damit jetzt noch nicht beschäftigt, aber die Entwicklung, wenn es so bleibt, wird die Bevölkerung immer älter und wir werden mehr ältere Patienten haben, mehr Heimunterbringung haben.“ (Interview 6: 52 - 52)

„Also es wird ja in jedem Fall zunehmen, die Anzahl der Patienten.“ (Interview 9: 114 - 114)

Dies wird demnach zu einer Mehrbelastung für die Hausärzte führen, was Probleme mit sich bringen wird:

„Also ich glaube, die Bereitschaft der Ärzte wird nachlassen, aber die Arbeit und die Anzahl wird zunehmen.“ (Interview 9: 114 - 114)

„Meiner Meinung gibt das aber die nächsten 20 Jahre eine Katastrophe. Also a) der demografische Wandel, b) der Ärztemangel im Hausarztbereich, der dann bedeutet, die wenigen die übrigbleiben, haben noch mehr Heimbesuche, noch mehr Heime, noch mehr Dokumentationspflichten, noch mehr Anwesenheitssachen.“ (Interview 4: 42 - 42)

Des Weiteren wird eine Abnahme der Qualität der Pflege befürchtet, da der Kostendruck in den Pflegeheimen noch weiter steigen wird und dadurch vermehrt Aushilfs- bzw. nicht-examinierte Pflegekräfte sich um das Wohl der Patienten kümmern müssen:

„Wenn wir da kein qualifiziertes Personal haben, dann wird sich das langsam in eine Richtung entwickeln, die wir eben nicht wollen.“ (Interview 5: 32 - 32)

„Ich denke, dass es immer weniger richtig Ausgebildete geben wird, weil es ein hoher Arbeitsaufwand ist und schlechte Bezahlung, soweit ich mitbekommen habe und ich denke auch physisch und psychische Belastung für die Schwester oder Pflegerinnen. Wodurch man eher dazu übergehen wird, kostengünstigere Alternativen zu finde, die natürlich keine Ausbildung haben, wodurch erst recht der Arztbedarf erhöht wird.“ (Interview 7: 74 - 74)

„Weil die Heimträger versuchen Kosten zu sparen und weniger auf geschultes Personal, weniger auf Personal setzen. Ich habe schon den Eindruck, dass manchmal Heimbewohner auch verwaltet werden. Das dass einfach mit Würde nicht mehr viel zu tun hat.“ (Interview 8: 76 - 76)

Ebenfalls wird die Idee geäußert, aus organisatorischen Gründen zukünftig mehr Patienten pro Heim, aber dafür weniger Heime generell zu betreuen.

„(...)Ich habe zum Beispiel ein Heim, wo ich nur einen Patienten habe und dies ist für mich wirtschaftlich nicht lohnend. Da wäre es halt geschickter, wenn einer ein Heim alleine macht (...)“ (Interview 4: 34 - 34)

„(...) warum geben wir uns die nicht gegenseitig ab, wenn ich eh schon ins Haus A fahre, weil ich dort 30 Patienten habe. Dann würde ich die 2 Patienten noch mitmachen und die 2 im Haus B abgeben.“ (Interview 9: 94 - 94)

„Was insgesamt ein Riesenvorteil wäre, wenn man nicht 6 Heime betreuen würde, sondern 2 mit einer entsprechend höheren Anzahl an Patienten.“ (Interview 15: 59 – 59)

4 Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Organisation von dringlichen Heimbesuchen durch Hausärzte, trotz kleiner Differenzen in der eigentlichen Ausführung, eine insgesamt große Homogenität aufweist. Zur Verbesserung der derzeitigen Versorgungssituation wird eine bessere Aus- u. Fortbildung des Pflegepersonals gefordert sowie die Schaffung klarer Organisationsstrukturen zwischen den Pflegeeinrichtungen und Ärzten. In mehreren Studien wurde dem Hausarzt bereits die zentrale Rolle in der Grundversorgung von Patienten in Pflegeeinrichtungen attestiert, da diese aufgrund ihrer Immobilität nicht immer in der Lage sind, den Arzt eigenständig aufzusuchen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002; Saß et al, 2015; van den Bussche et al, 2009).

Ziel dieser Arbeit war es unter anderem die von den Hausärzten angewendeten Vorgehensweisen zu dokumentieren. Es wurden Gründe für die Vielzahl an Hausbesuchen in Altenheimen eruiert, insbesondere in Hinsicht auf die als „dringend“ herbeigerufenen Hausbesuche.

4.1 Diskussion der Methode

Aufgaben der qualitativen Forschung ist die Hypothesenfindung und Theoriebildung. Dafür müssen jedoch gewisse Prinzipien eingehalten werden: Asymmetrische Kommunikation durch Zurückhaltung des Forschers, einzig der Befragte gilt als einziger Datenlieferant. Dabei muss sich der Forscher dem kommunikativen Regelsystem des Befragten anpassen. Ferner bestimmt der Befragte die Relevanz eines Themas, der Forscher steht dem offen gegenüber und geht zu jederzeit flexibel auf die Bedürfnisse des Befragten ein. Dies bedeutet, dass der genaue Ablauf des Interviews nicht vorab festgelegt sein kann, die Reihenfolge geplanter Fragen kann zu jederzeit geändert werden (Lamnek, 2010). Verschiedene Aspekte der Datenerhebung durch qualitative Interviews ermöglichen also ein umfassendes Gebilde zu einem Thema zu erlangen, so dass die einzelnen Aussagen im Kontext zu einer Theorie gebildet werden können. Neben der Aufdeckung relevanter Einzelfaktoren einer spezifischen Thematik beinhaltet qualitative Forschung auch die Konstruktion möglicher Zusammenhänge dieser Faktoren. Nachteile bei dieser Methode bestehen zum einen in der geringen Repräsentativbarkeit der Ergebnisse, aufgrund der niedrigen Fallzahlen. Außerdem

erfolgt keine Zufallsstichprobe, vielmehr wird eine durch den Forscher vordefinierte (Sub-)Population befragt. Dadurch kann das Ergebnis verfälscht sein, da aus der bereits klein gewählten Population wiederum zumeist nur an der Thematik Interessierte teilnehmen. Die Ergebnisse dieser Arbeit repräsentieren somit auch nur die Meinungen und Ansichten einer spezifischen Subpopulation. Beschreiben lässt sich diese Subpopulation als an der Lehre von Medizinstudenten interessierte Hausärzte im Raum Bonn, welche hinzukommend explizit zugestimmt haben, sich mit der Thematik auseinander setzen zu wollen.

Zum anderen erfolgt in der Auswertung eine Interpretation der getätigten Aussagen durch den Forscher. Dabei besteht die Gefahr, dass der Forscher aufgrund seiner eigenen Deutungskompetenz oder der gewonnenen Eindrücke während des Interviews beeinflusst ist, was zu Fehlinterpretationen führen kann (Lamnek, 2010).

Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse liegt dabei im systematischen Vorgehen durch Anwendung von Gütekriterien. Die Gütekriterien umfassen dabei das Vorhandensein von Reliabilität und Validität (Mayring, 2010). Wie zu Beginn im Methodenteil erläutert, fand im Rahmen der angesetzten Kontrollphase die Reliabilität der Ergebnisse unter Zuhilfenahme eines zweiten Lesers statt anhand derer das Kategoriensystem und die darauf bezogene Auswertung überprüft wurde. Die Validität der Ergebnisse wird im Folgenden diskutiert.

Die gewählten Leitfragen erwiesen sich als gut ausgewählt, zu jeder Frage konnte ausreichend Daten erhoben werden, Antworten zu den offenen Fragen wurden nicht verweigert oder ausgewichen. Dem zu Gute kam einerseits die Befragung innerhalb des persönlichen Milieus und andererseits wahrscheinlich die zugesagte Anonymisierung der Daten, wie auch durch Lamnek (Lamnek, 2010) gefordert. Bei den geschlossenen Fragen wollten lediglich zwei Ärzte keine näheren Angaben über ihre Scheinzahl tätigen. Die Verwendung eines EDV gestützten hierarchisch deduktivem Kategoriensystems half bei der anschließenden systematischen und übersichtlichen Auswertung der Daten durch eine einzelne Person und ist durchaus empfehlenswert für qualitative Datenerhebungen in der Medizin.

4.2 Diskussion der Stichprobe

Durch die für die Stichprobe verwendeten verschiedenen geführten Praxisformen (Einzelpraxis – Gemeinschaftspraxis, ländlich – städtisch) wurde versucht eine möglichst große Bandbreite der verschiedenen Formen der hausärztlichen Tätigkeit abzubilden um mannigfaltige Meinungen bzw. Ansichten und verschiedene Organisationsstrukturen kennenzulernen. Dabei stellte sich heraus, dass Gemeinschaftspraxen tendenziell mehr Patienten in Pflegeeinrichtungen und generell mehr Pflegeeinrichtungen betreuen. Zu ähnlichem Ergebnis kamen auch andere Autoren (Theile et al., 2011). Auffälligkeiten bezüglich der Fahrtzeit zu den Pflegeeinrichtungen konnten nicht erkannt werden. Die betreuten Heime liegen oft nah an den Praxen und sind innerhalb weniger Autominuten gut erreichbar. Bezogen auf die Häufigkeit von dringlichen Heimbesuchen wurden Angaben zwischen mehrmals wöchentlich und monatlich gemacht, dabei hatten die befragten Ärzte aber auch keine feste Definition was letztendlich einen dringenden Heimbesuch ausmacht. Es erscheint, dass die genannte Häufigkeit eines dringenden Heimbesuchs davon abhängt, was der Arzt persönlich als dringende Indikation erachtet. Darüber hinaus handelt es sich vielmehr um eine geschätzte Angabe, es wurden keine Abrechnung spezifischer Leistungen eingesehen, wobei dies während einem Interview angeboten wurde.

Die Zeit seitdem ein Hausarzt niedergelassen tätig ist, übt keinen Einfluss hinsichtlich der Versorgung von Pflegeheimpatienten auf. Ebenfalls konnte kein Unterschied zwischen der Anzahl von Pflegeheimpatienten und dem Standort Bonn und dem ländlicheren Bonner Umland festgestellt werden. Als Fehler in der Datenerhebung lässt sich im Nachhinein feststellen nicht das Alter der Interviewpartner festgehalten zu haben um dies mit anderen Veröffentlichungen vergleichen zu können.

Generell liegt die häufige Überschreitung der zuvor angesetzten Zeit für ein Interview nahe, dass das Thema durchaus von Relevanz für die Hausärzte ist und sie sich auch bereits im Vorfeld mit der Thematik beschäftigt haben. Aufgaben zukünftiger Forschung könnte die Ausarbeitung der hervorgebrachten Verbesserungsvorschläge sein und diese anschließend quantitativ in einer größeren Stichprobe auszuwerten.

4.3 Organisation der dringenden Heimbesuche

Es konnten verschiedene Aspekte bezüglich der Organisation aufgezeigt werden. Einerseits schilderten die Hausärzte, die für ihre Praxis festgelegten Ablaufpläne für einen angeforderten dringenden Heimbesuch. Diese decken sich im Grunde genommen untereinander. Andererseits gibt es noch kein einheitliches Verfahren: Anforderungen durch die Pflegeheime kommen per Telefon oder Fax, moderne Kommunikationsmittel wie E-Mails werden für Anfragen bzw. Anforderungen derzeit noch nicht benutzt, obwohl die Technik dafür in Deutschland bereits flächendeckend bereitsteht und es eine zügigere, günstigere und umweltschonendere Bearbeitung erlauben würde.

Als wichtiges Glied in dieser Kette kristallisierte sich die MFA durch die Selektion der Anfragen an den Hausarzt heraus. Im Umkehrschluss kann daraus interpretiert werden, dass die Pflegekraft zuerst die MFA vom Vorhandensein einer Dringlichkeit überzeugen muss. Allerdings wurde dies in diesem Zusammenhang nicht durch die Hausärzte wiedergegeben.

Nach Anforderung durch die Pflegeeinrichtung wird durch Rücksprache mit der Pflege seitens des Hausarztes entschieden, inwiefern eine dringliche Indikation besteht und wie schnell der Besuch durchgeführt werden muss. Ferner zeigen die auf Nachfrage hervorgebrachten Vorschläge, dass es durchaus Verbesserungspotential in der medizinischen Grundversorgung von Heimpatienten geben kann, welche zur Arbeitsentlastung eines Hausarztes führen könnte.

Das Ziel der befragten Hausärzte hinsichtlich dringender Anforderungen ist, durch Rückfragen an die Pflege initial ein besseres klinisches Bild über den Zustand des Patienten zu erlangen. Durch die Rückfragen sieht er sich in der Lage, Entscheidungen bezüglich des weiteren Procedere besser treffen zu können. Das Procedere umfasst sodann drei Optionen: Die Unterbrechung der laufenden Sprechstunde und sofortige Fahrt in die Pflegeeinrichtung, Fortführung der Sprechstunde und Aufsuchen des Patienten außerhalb der Sprechstundenzeit mit gegebenenfalls telefonischer Therapieanordnung oder die Übergabe an den Rettungsdienst, da die (telefonische) Diagnose eine akute Krankenhausbehandlung verlangt. Die zweite Option konnte in den Interviews als Präferenz herausgehört werden und lässt sich aus organisatorischer und

ökonomischer Sicht für den Praxisinhaber als sinnvoll erachten bei gleichzeitiger Vermeidung einer Hospitalisation im Sinne des Patientenwohls. Die in anderen Ländern geübte Kritik an telefonischen Anfragen im Hinblick auf die Qualität der Anfragen der Pflege stimmte mit den Ergebnissen dieser Arbeit überein (Anliker, 2005). Bei der Ermittlung des Procedere hilft dem Hausarzt, dass er den Patienten bereits seit langer Zeit betreut und dadurch über ausreichende Kenntnisse des Gesundheitszustands sowie den patienteneigenen Willen hat. Dadurch mag ihm die Entscheidung gegen eine Hospitalisation leichter fallen als einem Arzt im Rettungsdienst der auf einen bis dato unbekanntem, multimorbiden Patienten stößt. Die genannten als dringend eingestuften Indikationen decken sich größtenteils mit den Indikationen für Notarzteinsätze in Pflegeeinrichtungen (Mochmann et al., 2014).

Auffallend in der Auswertung der Ergebnisse bezüglich der Indikationen für dringende Heimbesuche und deren Durchführung ist, dass keiner der befragten Hausärzte das Thema Patientenverfügung bzw. Therapielimitation angesprochen hat. Erklären ließe sich dies jedoch damit, dass bei reanimationspflichtigen Patienten wahrscheinlich häufig direkt der Rettungsdienst durch die Pflege alarmiert wird.

4.4 Diskussion der Verbesserungsvorschläge

Auffallend in der Durchführung der Interviews war, dass die Befragten grundsätzlich wenig positive Äußerungen bzw. Lob über die Pflegekräfte oder generelle Zusammenarbeit tätigten. Eine reibungslose Kooperation zwischen Hausärzten und Pflege im Hinblick auf die Versorgung ist jedoch im Sinne der Pflegebedürftigen wünschenswert. Größtes Verbesserungspotenzial in der Organisation der Heimbefuche sowie medizinischer Versorgung von Pflegeheimpatienten sehen die befragten Hausärzte in einer besseren medizinischen Aus- bzw. Weiterbildung der Pflegekräfte. Dass die Qualifikation der Pflege als unzureichend aufgefasst wird, konnte auch in einer anderen Untersuchung als Ergebnis bestimmt werden (Bienstein et al., 2015). Dies wurde vom Gesetzgeber erkannt, so dass zwischen 2018 und 2020 eine neue Pflegeausbildung eingeführt werden soll, welche die derzeitigen verschiedenen Ausbildungen der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege zu einer einzigen zusammenführen soll (Bundesministerium für Gesundheit, 2016). In anderen Ländern der EU durchläuft die Pflegefachkraft oftmals bereits eine dreijährige Hochschulausbildung (Waldhausen et al., 2014).

Eine weitere Option stellt die Möglichkeit dar, die hohe Zahl der Pflegehilfskräfte nachzuqualifizieren, jedoch müssten diese Programme den unterschiedlichen Kenntnisständen der Pflegehilfskräfte berücksichtigen (Blumenauer et al., 2013). Im Nachbarland Österreich konnte bereits in einem Projekt eine Reduzierung der Krankenhauseinweisungen der Bewohner von Pflegeeinrichtungen durch Fortbildungen in der Pflege nachgewiesen werden (Kada et al., 2013).

Die zukünftig medizinisch besser geschulten Pflegekräfte können dadurch zum einen souveräner mit den Krankheiten der Patienten umgehen und gegebenenfalls eigenständiger therapieren, was sich auch einige Ärzte in den Interviews gewünscht haben. Zum anderen könnte hierdurch die Verständigung zwischen Pflegepersonal und Ärzten intensiviert und verbessert werden, da der Austausch medizinischer Fachtermini Situationen bzw. Krankheitsbilder besser beschreibt. Hinzukommend ließe sich die Zahl der Rettungsdiensteinsätze bzw. Krankenhauseinweisungen wahrscheinlich reduzieren, da Exazerbationen durch geschultes Personal frühzeitig erkannt werden können.

Die erwähnte Teambildung sollte ebenfalls dazu beitragen können, die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegepersonal effizienter zu gestalten. Durch regelmäßige Gespräche, in denen bilateral sowohl positive als auch negative Kritik ausgeübt werden kann, können Verbesserungsvorschläge eruiert werden sowie feste Standards für gewisse Abläufe definiert werden. Der Hausarzt kann in solchen Teamgesprächen dem Pflegepersonal vermitteln in welchen Fällen er sofort informiert werden möchte und was den dringenden Heimbesuch rechtfertigt, aber auch Situationen definieren die keinen sofortigen Besuch erfordern.

Der größte Nutzen für alle Beteiligten wäre die Festlegung sektorübergreifender, einfacher und klarer Strukturen für eine gesamte Region zu bestimmten Themengebieten. Dafür bedarf es jedoch zunächst der Beratung der einzelnen Hausärzte in ihren jeweiligen Ärztenetzen, der Konzeption fester Schemata für die spezifischen Themen und deren Einführung in den betreuten Pflegeheimen, nach Absprache mit den Heimträgern. Die Etablierung solcher Systematiken könnte bei den Pflegekräften zu einer Entlastung der alltäglichen Arbeit führen, da die Hausärzte momentan unterschiedliche Herangehensweisen für die Betreuung ihrer Heimpatienten haben. Zeitgleich lernen neue Pflegekräfte schnell die Vorgehensweise in der Kommunikation zwischen Patient, Pflegeheim und Hausarzt, wodurch eine Arbeitserleichterung des Arztes beim Heimbesuch stattfindet.

Als Vorreiter in der Erarbeitung solcher Schemata oder gar Richtlinien für die Vorgehensweise bei verschiedenen Symptomen in den Pflegeheimen könnten auch die jeweiligen Institute für Hausarztmedizin der Universitäten in Erscheinung treten. Zu erhebende Vitalparameter und Dringlichkeitsstufen könnten hier definiert und festgelegt werden. Ebenfalls als sinnvoll erachtet, wenn auch nicht in dieser Arbeit von den Ärzten genannt, könnte die Erarbeitung individueller Notfallleitlinien für jeden Patienten bei Aufnahme unter Zunahme des Patienten und der Angehörigen sowie die Anlegung eines patientenspezifischen Notfallordners sein (Bienstein et al., 2015).

Ein weiterer Verbesserungsvorschlag bezog sich auf die Erhöhung der Anzahl der examinieren Altenpfleger in den Einrichtungen. Die von den Hausärzten negativ

empfundene hohe Zahl der Pflegehilfen auf den Stationen lässt sich statistisch nicht belegen: So besaßen 2013 von den rund 450.790 Beschäftigten in den Pflegeheimen und in der Pflege Tätigen knapp 35 % einen Abschluss als staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in und 12 % einen Abschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in. Lediglich 9 % der Mitarbeiter hatten einen Abschluss als staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in. Auffallend ist, dass 19 % der in der Pflege arbeitenden Mitarbeiter die Tätigkeit ohne einen Berufsabschluss ausüben (Statistisches Bundesamt, 2013). Dennoch kann es natürlich vorkommen, dass Hausärzte des Öfteren auf Altenpflegehelfer/-innen stoßen. Erklären lässt sich dies eventuell durch den Umstand, dass die Heimbefuche oft in der Mittagspause getätigt werden, zu einer Zeit, in der das Pflegepersonal häufig die Schichtübergabe ausübt und dann für Anfragen erst einmal eine Helferkraft entsandt wird. Dieser Umstand lässt sich nicht allzu einfach ändern, da die Pflegekräfte, anders als der Hausarzt, im Schichtsystem arbeiten und es dadurch natürlicherweise zu Zeitüberschneidungen mit dem Besuch des Hausarztes kommen kann. Helfen würden hier ebenfalls klare Strukturen in einer Region zu etablieren die für alle Akteure gelten. Ein Vorschlag wäre zum Beispiel ein festes Zeitfenster in der Mittagszeit für Heimbefuche zu etablieren, in denen keine Übergabe oder Essensausgabe stattfindet und genug Altenpfleger/-innen für die Hausärzte bereitstehen.

Generell fällt bei der Auswertung der aufgeführten Verbesserungsvorschläge auf, dass die Ärzte diese lediglich auf der Seite der Pflege benennen. Das eigene Konzept funktioniert dem Anschein nach gut und bedarf subjektiv keiner weiteren Optimierung. Ob dieses vielleicht seit Jahren für die Praxen ausgereifte und nicht hinterfragte System die nächsten Jahre bei stetig steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen weiterhin funktionieren kann, ist fraglich.

4.5 Diskussion des Heimarztmodells

Obwohl bereits seit etlichen Jahren im Sozialgesetzbuch V §119b verankert ist, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen dürfen und Ärzte anstellen können, hat sich diese Konstellation bis auf wenige Ausnahmen noch nicht durchsetzen können. Als Gründe dafür werden an anderer Stelle unter anderem Haftungsunsicherheiten der Pflegeheime als auch das eingeschränkte Spektrum an medizinischen Wissen, das ein einzelner Arzt liefern kann, genannt (Laschet, 2014).

Die diversen getätigten Aussagen der Befragten zum Heimarztmodell zeigen weitere Erklärungen darüber auf warum sich dieses Modell derzeit noch nicht verbreiten konnte. So wurde zum einen angemerkt, dass ein Hausarzt einen Patienten auch im hohen Alter als Begleiter zur Seite stehen sollte. Die Kritik gilt als gerechtfertigt und wurde einleitend bereits begründet.

Zum anderen wurde wiederkehrend die Notwendigkeit der freien Arztwahl als Grund für die Unpopularität des Modells angegeben. Dem entgegen einzuwenden ist jedoch, dass im aktuellen Gesetzestext die freie Arztwahl weiterhin als gewährt gilt und nicht beschnitten werden soll. Die freie Arztwahl gilt in unserer Gesellschaft nach wie vor als hohes Gut für Patienten. Zu diesem Urteil kam unter anderem auch der Bezirksrat eines schweizerischen Kantons nachdem mehrere kommunale Heimträger die Einführung eines festen Heimarztes ohne Zustimmung der Patienten beschlossen und die freie Arztwahl damit unterbunden haben. Der Bezirksrat verpflichtete daraufhin die Träger wieder zu Einführung der freien Arztwahl (Bochsler, 2006).

Im Gesetzestext wird ferner eine enge Zusammenarbeit mit den übrigen Leistungserbringern gefordert. Dass durch die Entstehung eines Kollektivs zwischen Hausarzt und Pflege Verbesserungen mit sich führt konnte bereits durch die Aussagen der Hausärzte attestiert werden. In einem Projekt zur Ermittlung von Parametern zur Reduzierung von Krankenhausbehandlungen von Pflegeheimbewohnern konnte dies als positiver Faktor nachgewiesen werden (Kada et al., 2013). Allerdings weist das Gesetz noch Lücken hinsichtlich der Zusammenarbeit auf. So wird an anderer Stelle empfohlen

das Gesetz in dem Sinne zu verbessern, als dass der Hausarzt nicht nur ärztliche Tätigkeiten an Patienten ausüben, sondern viel mehr als Schnittstelle zwischen ambulanter Krankenbehandlung und stationärer Pflege dienen soll. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass es in Deutschland einerseits die gesetzliche Krankenversicherung und andererseits die gesetzliche Pflegeversicherung gibt, welche unterschiedlichen Gesetzen unterliegen und teilweise verschiedene Ansätze verfolgen (Diehm, 2007).

Ob das derzeitige vom Bundesgesundheitsministerium präferierte Hausarztmodell somit auch noch zukünftig Bestand hat oder grundlegend geändert werden muss, wird sich somit erst noch zeigen. Dass die Einführung eines Hausarztes oder ein Äquivalent funktionieren kann zeigen diverse Systeme anderer Länder. So gibt es in den Niederlanden bereits seit 1990 den Pflegeheimfacharzt (verpleeghuisarts, VPHA), welcher sich nur um die Bewohner eines Pflegeheimes kümmert und diese versorgt (Koopmans et al., 2010). In Belgien (coördinerend en raadgevend arts, CRA) bzw. Frankreich (médecin coordonnateur, MC) wird von den Pflegeeinrichtungen ein Arzt angestellt, welcher die Rolle eines regionalen Organisationsleiters übernimmt. Heimpatienten behalten, falls möglich, ihren ehemaligen Hausarzt, der bei Therapiefragen auch vom Organisator hinzugerufen wird. Für regelmäßige Fortbildungen des Pflegepersonals sowie für die medizinische Qualitätssicherung und Einhaltung gewisser Standards sorgt jedoch der Organisator. Im ebenso benachbarten Österreich sind in den Pflegeeinrichtungen ebenfalls auf Geriatrie spezialisierte Ärzte festangestellt, da die komplexe Multimorbidität chronisch Erkrankter eine kontinuierliche spezialisierte Betreuung benötigt (Fasching, 2007). Der geriatrische Konsiliardienst („GEKO“) übernimmt dabei Aufgaben wie die Schulung des Pflegepersonals, Sicherstellung eines professionellen Informationsaustausches zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung sowie die Durchführung einer Therapie jedoch nur in Abstimmung mit dem betreuenden Hausarzt (Kada et al., 2015). In jedem der letztgenannten Modellen besitzt der jeweilige „Hausarzt“ eine spezielle Weiterbildung mit geriatrischem Schwerpunkt (van den Bussche et al., 2009, Kada et al., 2015).

Aufgrund der funktionierenden Strukturen in unmittelbaren Nachbarländern mit ähnlichen demographischen Topographien und der dennoch positiv gesinnten Stimmung der befragten Ärzte in dieser Arbeit sollte dennoch an der Einführung des Heimarztes festgehalten werden.

4.6 Diskussion der Vergütung der Heimbesuche

Die Äußerungen hinsichtlich der momentanen Vergütung der Heimbesuche und die damit verbundene tendenzielle Unzufriedenheit zeigen, dass sich eine Vergütungserhöhung empfiehlt. Durch die bereits erwähnte stetig steigende Zahl der Pflegeheimpatienten und einer damit zunehmenden Verlagerung der Patientenversorgung in die Pflegeheime hinein muss für eine ausreichende Wirtschaftlichkeit dieser Art der ambulanten Betreuung Sorge getragen werden. Denn sollten die behandelnden Ärzte in den kommenden Jahren eine stärkere Unwirtschaftlichkeit dieser Behandlungsform wahrnehmen, könnte die Zahl der durchgeführten Heimbesuche sinken oder gar die Betreuung von Heimpatienten abgelehnt werden, da die Durchführung dieser Behandlungsform durch andere wirtschaftlichere Behandlungsformen innerhalb der Praxisräumlichkeiten nicht mehr decken könnten. Die Folge wäre eine nicht mehr adäquate medizinische Versorgung der Pflegeheimpatienten. Diese voraussichtlich eintretende Entwicklung wurde bereits in der Politik erkannt. Im Pflege-Neuausrichtungsgesetz im Oktober 2012 wurde festgelegt, dass durch finanzielle Anreize die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen verbessert werden soll, unter anderem durch zusätzliche Honorare als Vergütungszuschlag (Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

Eine Anpassung wurde im bereits EBM durchgeführt, die Ergebnisse zeigen jedoch, dass dies für einige Praxen immer noch nicht ausreichend wirtschaftlich deckend ist. Demnach kann die Vergütung für einen Heimbesuch durch einen Hausarzt zwischen 11 bis 56 Euro betragen, je nach Zeit und Umfang des Besuchs (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2015). Ob dies die teilweise niedrige Anzahl an betreuten Pflegeheimpatienten in dieser Stichprobe erklärt, lässt sich jedoch nicht sagen und wurde in dieser Arbeit auch nicht näher untersucht. Zwischenzeitlich erfolgte eine weitere Anpassung des EBM hinsichtlich der Vergütung von Heimbesuchen durch

nichtärztliches Personal, so dass Hausärzte in ihrer Arbeit entlastet werden (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2017).

4.7 Zukünftige Entwicklung

Den Interviewpartner ist das in der Einleitung skizzierte Problem der demographischen Entwicklung bewusst. Durch den demographischen Wandel in Deutschland bedingt, wird zwangsläufig die Zahl der Pflegebedürftigen einen höheren Anteil an der Gesamtbevölkerung ausmachen.

Dabei entsteht die Kontroverse, dass die Zahl der Menschen in vollstationärer Pflege stark ansteigen, die Zahl der zur Verfügung stehenden Hausärzte jedoch abnehmen wird. Dies haben die befragten Hausärzte ebenfalls zu bedenken gegeben mit dem Hinweis, dass die Anzahl der zu betreuenden Pflegeheimpatienten pro Hausarzt demnach ansteigen wird und damit zeitgleich die Zahl der Hausbesuche pro Arzt in den Pflegeheimen. Solch ein Prozess erfordert hinsichtlich der Versorgung von Patienten in Pflegeeinrichtungen das Loslösen von alten Versorgungsideologien und die Einführung neuer Herangehensweisen. Beides ist zwingend notwendig um trotz knapper Ressourcen im Gesundheitssystem eine ausgeglichene Versorgung der Patienten sicherstellen zu können. Ein Vorschlag in diesem Kontext wäre, wie in den Interviews genannt, mehr Patienten pro Heim zu versorgen, aber dafür generell weniger Pflegeheime insgesamt zu betreiben. Ebenfalls könnte sich in Anlehnung an das niederländische bzw. österreichische System ein Facharzt für Geriatrie um mehrere Pflegeeinrichtungen kümmern. So stünde er in engem Kontakt zum langjährig behandelnden Hausarzt. Gemeinsam wäre auf diese Weise die regelhafte medizinische Betreuung des Patienten gewährleistet.

Trotz der angesprochenen zukünftigen Mehrbelastung würde ein Großteil der Hausärzte die Versorgung von Heimbesuchen nicht einstellen oder verringern. Dafür spricht die in den Interviews vernommene enge Beziehung zu den langjährig betreuten Patienten. Generell war eine tendenziell positive Einstellung gegenüber der Betreuung von Patienten aus Pflegeeinrichtungen in der Analyse empfunden worden. Die Durchführung von Haus- bzw. Heimbesuchen gehört für viele Hausärzte standesgemäß zum Berufsbild (Theile et al., 2011).

4.8 Fazit

Zur Verbesserung der Patientenversorgung ist im Versorgungsstrukturgesetz bereits eine Fort- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen vorgesehen. So könnten Curricula zur Einschätzung von Notfällen entwickelt werden, um die Kommunikation zwischen Hausärzten und Pflegekräften bei der Anfrage von dringenden Heimbisuchen zielführend zu verbessern. Außerdem besteht die Möglichkeit durch präventive Hausbesuche von geschulten, nichtärztlichen Fachkräften gefährliche Verläufe frühzeitig zu erkennen, um dringende Hausbesuche zu reduzieren resp. zu verhindern. Zudem sollten durch eine optimalere Vernetzung zukunftsfähige Konzepte zur Notfallversorgung der Altenheime entwickelt werden.

Da es in Zukunft jedoch zu einer erhöhten Anzahl an zu versorgenden Patienten in Pflegeheimen kommen wird, ist es äußerst ratsam, zumindest regional einheitliche Abläufe sowohl für Indikation als auch für den Besuch vor Ort bei den regionalen Akteuren festzuhalten. Diesbezüglich gibt es jedoch noch weiteren Forschungsbedarf, insbesondere die Pflegekräfte müssen, als Schnittstelle zwischen Arzt und Patient, zur Thematik befragt werden und zu etwaigen Verbesserungsvorschlägen Stellung beziehen. Ferner sollten auch sie an einer besseren medizinischen Versorgungsstruktur mitagieren können.

Weiterhin sollte bei einer weiter voranschreitenden Abnahme der Hausarztzahlen über eine Reform der Vergütung der Heimbetreuung angedacht werden, um den Status Quo der Versorgung von Pflegeheimpatienten beibehalten zu können. Ein weiterer Punkt zur Erhaltung bzw. zum Ausbau des Versorgungslevels bestünde im sukzessiven Ausbau von Heimärzten durch den Gesetzgeber bzw. auf politischer Ebene. Gleichzeitig sollte seitens der Politik und vor allem der KBV die Rolle der hausärztlichen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen noch mehr gestärkt und unterstützt sowie die hausärztliche Niederlassung von jungen Ärzten auf breiter Ebene gefördert werden. Auf diese Weise könnte der Hausarzt als attraktives Berufsziel erhalten werden und damit der Grundpfeiler der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland.

5 Zusammenfassung

Die Zahl der multimorbiden Patienten in Pflegeeinrichtungen steigt kontinuierlich, was die hausärztliche Grundversorgung vor neue Herausforderungen stellt. Es bedarf einer komplexen medizinischen Betreuung, welche, durch Immobilität bedingt, mittels Heimbisuchen gewährleistet werden muss. Ziel der Studie war es den derzeitigen Umgang niedergelassener Hausärzte bezüglich der Organisation und Betreuung im Rahmen von Notfallbesuchen von Patienten in Pflegeheimen zu eruieren.

Es wurde mit Hausärzten ein leitfadengestütztes Interview zum Thema durchgeführt. Die aufgezeichneten Interviews sind anschließend transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring unterzogen worden. Die Auswertung erfolgte durch ein deduktives Kategoriensystem, das anschließend induktiv ergänzt wurde.

Die Limitierungen der Studie liegen in der begrenzten Repräsentierbarkeit der Ergebnisse, da lediglich eine vordefinierte Subpopulation des Gesundheitswesens befragt wurde.

Die 15 befragten Ärzte haben für dringende Heimbisuche individuelle Lösungen erarbeitet. Trotz der jahrelangen Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegeheimen gibt es noch keine festen, standardisierte Abläufe die die Zusammenarbeit vereinheitlichen. Anforderung für Heimbisuche kommen per Telefon oder Fax. Es wurde angegeben, dass es oft eine Diskrepanz über die Dringlichkeit eines Besuchs zwischen dem Pflegepersonal und Hausarzt gibt, meist mangels fehlendem medizinischem Wissen seitens der Pflege. Deshalb empfehlen viele der Interviewten die Einführung von medizinischen Fort- und Weiterbildungen für Pflegekräfte. Ferner hilft der Verbesserung der Zusammenarbeit eine Teambildung zwischen Hausarzt und Pflegepersonal mit regelmäßigen Besprechungen. In diesem Kontext sollte das Heimarztmodell als möglicher Lösungsweg weiter erforscht werden, unter Berücksichtigung der durchaus ambivalenten Aussagen in dieser Studie hierzu.

Ausgewählte Ergebnisse dieser Dissertation wurden auf dem DEGAM Kongress 2016 vorgestellt und in „Das Gesundheitswesen“ (06/2017) publiziert.

6 Anhang

6.1 Anschreiben an die Lehrärzte



Universitätsklinikum Bonn, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn

Herr
Dr. Max Mustermann

Sigmund-Freud-Str. 25
53129 Bonn

Prof. Dr. med. Klaus Weckbecker,
Direktor Institut für Hausarztmedizin



Bonn, 1. Juni 2015

Institut für Hausarztmedizin
Universitätsklinikum Bonn
Haus 303
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn

Tel: 0228 287-11156
Fax: 0228 287-11160
Klaus.weckbecker@ukb.uni-bonn.de

Stellv. Direktoren
Prof. Dr. Michael Rothe
Prof. Dr. Detmar Jobst
Prof. Dr. Hanna Liese

Sekretariat
Bettina Weber/Inge Schnitzler
Tel: 0228 287-11156
Fax: 0228 287-11160
Bettina.weber@ukb.uni-bonn.de

www.ukb.uni-bonn.de/allgemeinmedizin

Studie bezüglich dringender Hausbesuche im Altenheim

Sehr geehrter Herr Dr. Mustermann,

im Zuge einer medizinischen Dissertation möchte unser Institut für Hausarztmedizin der Uniklinik Bonn die Anlässe für dringende Hausbesuche in Altenheimen genauer untersuchen. Patienten in Altenheimen zu betreuen, gehört sicherlich zu Ihrem Praxisalltag, sodass Sie uns in dieser Studie unterstützen könnten. In einer bereits zuvor gelaufenen wissenschaftlichen Untersuchung unseres Instituts, kam heraus, dass oftmals nicht nur eine medizinische Indikation das Pflegepersonal veranlasst, Sie als betreuenden Hausarzt anzurufen und um einen Besuch zu bitten. Um diese Gründe besser verstehen zu können, möchten wir gerne mit Ihnen ein ca. 20 minütiges Interview durchführen. Diese Befragung kann entweder in Ihrer Praxis oder in einem unserer Institutsräume erfolgen. Das Gespräch mit unserem Doktoranden Herrn Ashrafnia wird anonymisiert aufgezeichnet.

Mit Hilfe der gewonnenen Erkenntnisse werden wir einen Fragebogen entwickeln. Dieser wird an alle Lehrärzte des Instituts für Hausarztmedizin der Uniklinik Bonn verschickt. Das Ziel ist letztendlich, aus den gewonnenen Daten die Koordinierungsprozesse für Hausbesuche zwischen Hausarzt und Altenheim verbessern zu können.

Wir würden uns sehr über Ihre Teilnahme an unserer Studie freuen. Vielen Dank im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. K. Weckbecker
Direktor

Dr. med. M. Bleckwenn
Wissenschaftlicher
Mitarbeiter

David Ashrafnia
Doktorand



6.2 Datenschutzerklärung



Universitätsklinikum Bonn, Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn

Herr Dr.
Max Mustermann
Musterstr. 1

50127 Bonn



Prof. Dr. med. Klaus Weckbecker,
Direktor Institut für Hausarztmedizin



Bonn, 01.07.2015

Institut für Hausarztmedizin
Universitätsklinikum Bonn
Haus 303
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn

Tel: 0228 287-11156
Fax: 0228 287-11160
Klaus.weckbecker@ukb.uni-bonn.de

Stellv. Direktoren
Prof. Dr. Michael Rothe
Prof. Dr. Detmar Jobst
Prof. Dr. Hanna Liese

Sekretariat
Bettina Weber/Inge Schnitzler
Tel: 0228 287-11156
Fax: 0228 287-11160
Bettina.weber@ukb.uni-bonn.de

www.ukb.uni-
bonn.de/allgemeinmedizin

Datenschutzerklärung

Sehr geehrter Herr Dr. Mustermann,

hiermit bestätigen wir Ihnen schriftlich, dass wir keine von Ihnen genannten Inhalte des Interviews vom 15.07.2015 an Dritte weitergeben und die Auswertung anonymisiert durchführen werden.

Mit freundlichen Grüßen

David Ashrafnia



Vorstand: Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Wolfgang Holzgreve, MBA Vorsitzender und Ärztlicher Direktor • Dipl.-Kfm. Damian Grüttner, komm. Kaufmännischer Direktor • Prof. Dr. Nicolas Wernert, Dekan der Med. Fakultät • Prof. Dr. Andreas Hoeft, stellv. Ärztlicher Direktor • Alexander Pröbstl, Vorstand Pflege und Patientenservice • Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Dr. h.c. Hugo Van Aken
Anstalt öffentlichen Rechts • Gerichtsstand Bonn • Finanzamt Bonn Innenstadt • Steuernummer: 205-5783-1215 • Ust-IdNr.: DE 811 917 555

2015UKB-mSek-Logo-2

6.3 Bewilligung des Ethikantrags



Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität
Medizinische Fakultät
Ethik-Kommission

Ethik-Kommission - Medizinische Fakultät Bonn
 Biomedizinisches Zentrum, Sigmund-Freud-Str. 25, 53127 Bonn

Herr
 Prof. Dr. Klaus Weckbecker
 Institut für Hausarztmedizin – UK Bonn
 Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn / durch Boten



53127 Bonn, den 24.06.15
 Sigmund-Freud-Str. 25
 Biomedizinisches Zentrum
 Zimmer 2G 029

Prof. Dr. med. Kurt Racké
 Vorsitzender

Sachbearbeiterin:
 Monika Braun
 Durchwahl: 287 – 51 931

Sachbearbeiterin:
 Bettina Roßbach
 Durchwahl: 287 – 51 282

Telefax: 287 – 51 932
 (Vorwahl national: 02 28-;
 international: + 49 -2 28-)
 e-mail: ethik@uni-bonn.de
 Internet: <http://ethik.meb.uni-bonn.de>

KRa/ BR

Lfd. Nr. 171/15
 Bitte stets angeben!

Betr.: Ihr Antrag an die Ethik-Kommission
Studientitel: Dringende Arztbesuche im Altenheim
Sponsor: Ø

- Checkliste/Antrag
- Informationsschreiben für Lehrärzte
- Informationsschreiben für die Altenpflege

Sehr geehrter Herr Kollege Weckbecker,

die Ethik-Kommission für klinische Versuche am Menschen und epidemiologische Forschung mit personenbezogenen Daten der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn ist nach Beratung des o.g. Antrags auf ihrer Sitzung am 22.06.2015 zu dem Beschluss gekommen, dass für die geplanten Befragungen keine Beratungspflicht gemäß § 15 der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte besteht.

Die Ethik-Kommission weist allerdings darauf hin, dass im Falle, dass die Einrichtungen Betriebsräte haben, für die Befragung der Angestellten diese zu befassen wären.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. K. Racké
 Vorsitzender der Ethik-Kommission

Bankverbindung: Deutsche Bank Bonn SEPA: IBAN: DE91380700590031379100; BIC: DEUTDE330
 BLZ: 380 700 59; Konto-Nr. 313 791, Unterkonto "Ethik-Kommission V-099.0068"
 Bei Auslandsüberweisungen: Deutsche Bundesbank, Filiale Köln, BLZ 370 000 00, Konto-Nr. 38 0015 22).
 SEPA : IBAN: DE5837000000038001522, BIC MARKDEF1380

The screenshot displays the MAXQDA software interface with the following components:

- Top Panel:** A toolbar with various icons for file operations, search, and editing, along with a progress bar showing 00:00:00/00:00:00.
- Liste der Dokumente (Documents List):** A tree view showing 680 documents, including Interview 1 through Interview 8 with their respective page counts.
- Liste der Codes (Codes List):** A tree view showing a list of codes such as "1 Wie haben Sie die Betreuung der Heime in Ihrer Praxis org...", "2 Wie ist der Ablauf, wenn das Altenheim anruft...", and "3 Was versteht das Heim unter dringenden Hausbesuchen?".
- Dokument-Browser: Interview 9:** A text editor window displaying the content of Interview 9. The text includes:

1 Wie haben Sie die Betreuung der Heime in Ihrer Praxis organisiert.

2 Das ist ja direkt schon eine schwierige Frage. Ich habe zu jedem Heim so einen Zettel mit der Anzahl der Patienten. Die liegt von bei den Helferinnen, die Helferinnen ziffern also auch die Heimbesuche, also die nehmen auch erst mal die Anrufe entgegen, also wer jetzt visitiert werden möchte... Ausfragen außerhalb der regelmäßigen Hausbesuche kommen auch an, also ich führe sonst einmal wöchentlich Hausbesuche in den jeweiligen Heimen durch, fest, also einen Fixtermin. Das wissen die Schwestern, also wann ich immer ins Haus komme. Wenn jetzt irgendwas aus der Reihe ist, dann faxen die uns das meistens zu. Eine Anforderung über xxx oder auch einen Hausbesuch. Das wird dann von der Helferin koordiniert und die legt mir das dann auf den Tisch und entscheide dann letzten Endes ob ich das auch aus Reihe noch mache oder ob ich sage "Nein das hat noch Zeit und ich mache das nächste Woche." Und sonst gibt es aber noch so eine Klarsichthülle pro Heim und da sammeln wir dann eine Woche lang Überweisungen, Arztbriefe aus Krankenhäusern die wir eingescannt haben oder sonst was. Wenn ich dann der entsprechende Tag da ist an dem ich ins Heim fahre, dann nehme ich diese Mappe mit, damit ich das dann auch immer dabei habe und weiß was ansteht.
- Liste der Codings (Codings List):** A table showing the application of codes to the document text. For example, code "1" is applied to the first sentence, and code "2" is applied to the second paragraph.
- Bottom Panel:** A status bar showing search results for "Einfache Coding-Suche (Oder-Kombination von Codes)" with 0 results.

6.5 Veröffentlichung der Ergebnisse in „Das Gesundheitswesen“

Dringende Hausbesuche in Altenheimen – ein Status Quo aus hausärztlicher Sicht**Urgent Visits to Nursing Homes: A General Practitioner's Perspective****Autoren**

Markus Bleckwenn, David Ashrafnia, Rieke Schnakenberg, Klaus Weckbecker

Institute

Institut für Hausarztmedizin der medizinischen Fakultät der Universität Bonn, Bonn

Schlüsselwörter

Heimversorgung, dringender Hausbesuch, Hausarzt, Altenpflege, Notfall, Triage-System

Key words

home care, urgent house visit, family doctor, care of the elderly, emergency, triage system

BibliografieDOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-110852>

Online-Publikation: 2017

Gesundheitswesen

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0941-3790

KorrespondenzadresseDr. Markus Bleckwenn
Institut für Hausarztmedizin der medizinischen Fakultät der Universität Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25
53127 Bonn
markus.bleckwenn@ukb.uni-bonn.de**ZUSAMMENFASSUNG**

Ziel der Studie Aufgrund des demografischen Wandels nehmen v. a. Hausbesuche in Altenpflegeeinrichtungen zu. Eine besondere Herausforderung an die Logistik der Hausarztpraxen stellen dabei dringende Hausbesuche dar. Bisher gibt es keine Handlungsempfehlungen für die Durchführung von dringenden Hausbesuchen. Daher wurde in dieser Studie untersucht, wie Hausarztpraxen mit Anfragen zu dringenden Heimbisuchen umgehen und welche Verbesserungsmöglichkeiten sich dabei für die ärztliche Notfallversorgung zeigen.

Methodik Es wurden insgesamt 15 Lehrärzte des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Bonn mittels leitfadengestützten Interviews zum Thema befragt. Wir werteten die Interviews mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring aus.

Ergebnisse Dringende Hausbesuche werden per Telefon oder per Fax angefordert. Die Hausbesuche werden in der Regel nach der Sprechstunde in der Mittagspause von den Ärzten durchgeführt. Eine Weiterleitung an den Rettungsdienst schildern die Hausärzte als absolute Ausnahme. Angekommen im Heim entstehen Wartezeiten, bis die verantwortliche Pflegekraft Zeit für den gemeinsamen Notfallbesuch hat. Zudem werden deutliche Unterschiede in der Qualifikation der Pflegekräfte und im Umgang mit Notfallsituationen angegeben. Verbesserungsmöglichkeiten sahen die Ärzte daher in der Weiterqualifizierung der Pflegekräfte, in präventiven Hausbesuchen und bei der Einschätzung der Dringlichkeit von Heimbisuchen.

Schlussfolgerung Um die Notfallversorgung in Altenheimen zu verbessern, sollten die von den Hausärzten vorgebrachten Verbesserungsvorschläge in kontrollierten Studien überprüft werden. Zudem könnten durch eine gemeinsame Schulung in der geriatrischen Notfallversorgung die Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxen und Altenpflegeeinrichtungen verstärkt werden.

ABSTRACT

Aim of the study Due to demographic changes, home visits to nursing care facilities are increasing. Urgent home visits represent a challenge for general practitioners. There are no recommendations for the implementation of urgent home visits. Therefore, in this study, we investigated how GP practices deal with urgent home visits and what improvements can be made to the medical emergency care.

Methods A total of 15 teaching doctors of the Department of Family Medicine at the University of Bonn were interviewed using semi-structured interviews on the subject. We evaluated the interviews with the qualitative content analysis according to Mayring.

Results Urgent house visits were requested by telephone or fax. The home visits were carried out usually after the consultation hours during the lunch break of the doctors. General practitioners consider forwarding the request for a house visit to the rescue service as an absolute exception. At the nursing home, there were waiting times until the responsible nursing staff could do a joint emergency visit. In addition, there were

6.6 Abstract zum Vortrag auf dem DEGAM Kongress 2016

Abstract | Freitag, 30. September 2016

T06-S1 | V2

Dringende Hausbesuche in Altenheimen - Ein Status Quo der hausärztlichen Versorgung und Organisation von Patienten in Pflegeeinrichtungen im Raum Bonn*D. Ashrafnia, R. Schnakenberg, K. Weckbecker, M. Bleckwenn*
Universität Bonn, Institut für Hausarztmedizin, Bonn**Hintergrund**

Die Zahl von Patienten in Pflegeeinrichtungen steigt kontinuierlich, was die hausärztliche Versorgung vor neue Herausforderungen stellt. Die oftmals multimorbiden Patienten bedürfen einer komplexen medizinischen Betreuung, welche aufgrund der häufigen Immobilisation in der Regel durch Hausbesuche geleistet wird. Eine besondere Herausforderung an die Logistik stellen dabei dringende Hausbesuche dar.

Fragestellung

Wie gehen Hausarztpraxen mit Anfragen zu dringenden Hausbesuchen um, die während der Sprechstunde eintreffen und wie könnte die Versorgung von Pflegeheimpatienten effizienter werden?

Methoden

Es wurden insgesamt 15 Lehrärzte des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Bonn mittels leitfadengestützten Interviews zum Thema befragt und mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse

Eine Anforderung für einen dringenden Hausbesuch erhalten die befragten Hausarztpraxen im Schnitt einmal wöchentlich. Je größer die Praxis, desto strukturierter wirkt die Organisation. Ein erhebliches Verbesserungspotential sehen die interviewten Ärzte in Schulungen der Pflegekräfte, um die medizinische Einschätzung dieser zu verbessern und so unnötige Besuche abzuwenden. Mit Blick auf die Zukunft hoffen die Ärzte auf entlastende Maßnahmen, wie weniger Pflegeheime pro Arzt, dafür mehr Patienten pro Pflegeheim. Das Heimarztmodell wird jedoch durchgängig abgelehnt.

Diskussion

Zur Verbesserung der Patientenversorgung ist im Versorgungsstrukturgesetz bereits eine Fort- und Weiterbildung von Pflegefachpersonen vorgesehen. So könnten Curricula zur Einschätzung von Notfällen entwickelt werden, um die Kommunikation zwischen Hausärzten und Pflegekräften bei der Anfrage von dringenden Hausbesuchen zu verbessern. Außerdem könnten durch präventive Hausbesuche von geschulten, nichtärztlichen Fachkräften gefährliche Verläufe frühzeitig erkannt und dringende Hausbesuche verhindert werden. Zudem könnten durch eine bessere Vernetzung zukunftsfähige Konzepte zur Notfallversorgung der Altenheime entwickelt werden.

6.7 COREQ Checkliste

COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	1
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	73
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	73
Gender	4	Was the researcher male or female?	N/A
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	N/A
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	17
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	60
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	73
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	22
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	17
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	17
Sample size	12	How many participants were in the study?	17
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	17
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	18
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	19
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	30
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	18
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	N/A
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	19
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	N/A
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	30
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	27
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	N/A

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	1
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	24
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	19
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	21
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	N/A
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	31 ff.
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	48 ff.
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	31 ff.
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	48 ff.

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

7 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Zahl der Pflegebedürftigen, der Pflegebedürftigen in stationärer Pflege und der niedergelassenen Hausärzte zwischen 2005 und 2013 (Quelle: Eigene Grafik, Daten: Bundesärztekammer, Statistisches Bundesamt).....	12
Abb. 2: Verteilung der Anzahl der betreuten Pflegeheimpatienten pro Einzel- / Gemeinschaftspraxis	28
Abb. 3: Zahl der betreuten Pflegeeinrichtungen pro Einzel- / Gemeinschaftspraxis	29
Abb. 4: Ablauf des Kontakts zwischen Hausarzt und Pflegeeinrichtung anhand einer Swimlane-Prozessdarstellung.....	34

8 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Kodierleitfaden.....	24
Tab. 2: Übersicht der Stichprobe.....	30

9 Literaturverzeichnis

Anliker M, Beyeler L, Kissling A. Erwartungen der Alters- und Pflegeheime an die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten. *PrimaryCare (fr)*. 2005. 5 (30): 647–649

Bally KW, Nickel C. Wann sollen Pflegeheimbewohner hospitalisiert werden und wann nicht? *Praxis*. 2013. 102 (16): 987–991

Bienstein C, Bohnet-Joschko S. Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim. Abschlussbericht zum gleichnamigen Forschungsvorhaben, gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen innerhalb des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung. Departement für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Witten. 2015

Blumenauer H, Voigt B, Bickel T. Nachqualifizierung in der Altenpflege. Konzeption, Instrumente und Empfehlungen. Offenbach: Institut für berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik (INBAS GmbH). 2013

Bochsler HP. Heimarzt- oder Belegarztmodell in Pflegeheimen? *Schweiz Ärzteztg*. 2006. 87 (40): 1739–1741

Buck M. Die hausärztliche Sicht auf Gegenwart und Zukunft von Hausbesuchen in der allgemeinärztlichen Praxis - eine qualitative Befragung. 2011

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. 2017. Anzahl der Pflegebedürftigen steigt vor allem bei den Hochbetagten. Verfügbar unter http://www.demografieportal.de/SharedDocs/Informieren/DE/ZahlenFakten/Pflegebeduerftige_Anzahl.html (Zugriffsdatum: 25.10.2017)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundesanzeiger Verl.-GmbH. 2002

Das Pflege-Neuausrichtung-Gesetz. Bundesministerium für Gesundheit, Reg. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. 2012

Bundesministerium für Gesundheit. 2016. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe - Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG. Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160113_KabinettentwurfPflBG.pdf (Zugriffsdatum: 04.12.2016)

Die Bundesärztekammer. 2006. Ärzttestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2005. Verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatik/aerzttestatik-der-vorjahre/aerzttestatik-2005/> (Zugriffsdatum: 13.06.2015)

Die Bundesärztekammer. 2008. Ärzttestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2007. Verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatik/aerzttestatik-der-vorjahre/aerzttestatik-2007/> (Zugriffsdatum: 13.06.2015)

Die Bundesärztekammer. 2010. Ergebnisse der Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2009. Verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatik/aerzttestatik-der-vorjahre/aerzttestatik-2009/> (Zugriffsdatum: 13.06.2015)

Die Bundesärztekammer. 2012. Ergebnisse der Ärzttestatistik zum 31. Dezember 2011 - Kein Widerspruch - Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen. Verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatik/aerzttestatik-der-vorjahre/aerzttestatik-2011/> (Zugriffsdatum: 14.06.2015)

Die Bundesärztekammer. 2014. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2013 - Ärzteschaft in der Generationenfalle. Verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-der-vorjahre/aerzttestatistik-2013/> (Zugriffsdatum: 14.06.2015)

Dunkelberg S. Wie gut ist eine qualitative Studie? Z Allg Med. 2005. 81 (6): 248–251

Fasching P. Der Hausarzt – Ein Modell zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung in Pflegeheimen. Ethik Med. 2007. 19 (4): 313–319

Finn JC, Flicker L, Mackenzie E, Jacobs IG, Fatovich DM, Drummond S, Sprivulis P. Interface between residential aged care facilities and a teaching hospital emergency department in Western Australia. The Medical Journal of Australia. 2006. 184 (9): 432–435

Fischer GC, Junius-Walker U, Aeffner K-H, Karst M. Hausärztliche Versorgung Hochaltriger und dementiell Erkrankter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Hrsg. Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band III: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung. Hannover: Vincentz Verlag, 2002:5-179

Flick U. Qualitative Sozialforschung. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag. 2007

Fuchs J, Busch M, Lange C, Scheidt-Nave C. Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Bundesgesundheitsbl. 2012. 55: 576–586

Gágyor I, Lüthke A, Jansky M, Chenot J-F. Hausärztliche Versorgung am Lebensende (HAVEL): Ergebnisse einer retrospektiven Beobachtungsstudie. Schmerz (Berlin, Germany). 2013. 27 (3): 289–295

Grabowski, D. C., Stewart, K. A., Broderick, S. M. & Coots, L.A... Predictors of nursing home hospitalization: a review of the literature. *Med Care Res Rev.* 2008. 65

Graverholt B, Riise T, Jamtvedt G, Ranhoff AH, Krüger K, Nortvedt MW. Acute hospital admissions among nursing home residents. *BMC Health Services Research.* 2011. 11: 126

Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW. BARMER GEK Arztreport. Schwerpunkt Erkrankungen und zukünftige Ausgaben: Asgard-Verlag. 2010

Große Starmann C, Klug P, Amsbeck H, Loos R. 2015. Demographischer Wandel 2030 – Aktualisierte Bevölkerungsvorausberechnung. Verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Policy_LebensWK_Febr_2015_final.pdf (Zugriffsdatum: 13.12.2015)

Hallauer JF, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network. 2005

Kada O, Janig H, Likar R, Pinter G. Versorgung optimieren, vermeidbare Krankenhaustransporte reduzieren. Vienna: Springer Vienna. 2013

Kada O, Janig H, Pinter G, Cernic K, Likar R. Innovationen der Versorgungsoptimierung in Pflegeheimen – Eine Projektübersicht. In: Kern, T., Kastner, J., Jungwirth, M., Mayr H., Rau, C. (Hrsg.), Tagungsband, 9. Forschungsforum der Österreichischen Fachhochschulen Wegbereiter - Karrierepfade durch ein Fachhochschulstudium. 2015

Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2015. Einheitlicher Bewertungsmaßstab 4. Quartal 2015 Arztgruppen EBM - Hausarzt. Verfügbar unter http://www.kbv.de/media/sp/EBM_Hausarzt_20151001_V00.pdf (Zugriffsdatum: 22.11.2015)

Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2016. Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztzahlentwicklung in Deutschland. Verfügbar unter http://www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf (Zugriffsdatum: 12.12.2016)

Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2016. Pflegeheimversorgung: Die neuen Leistungen im Überblick. Verfügbar unter http://www.kbv.de/html/1150_23356.php (Zugriffsdatum: 12.11.2016)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Mehr Geld für EVA und Co. KVNO Aktuell. 2017. 1 + 2: 12–13

Kochen MM, Abholz HH. Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Stuttgart: Thieme. 2006

Koopmans RTCM, Lavrijsen JCM, Hoek JF, Went PBM, Schols JMGA. Dutch elderly care physician. Journal of the American Geriatrics Society. 2010. 58 (9): 1807–1809

Kuckartz U. Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 2010

Lamnek S, Krell C. Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz. 2010

Laschet H. 2014. Kaum Interesse: Der Heimarzt bleibt ein Phantom. Verfügbar unter <http://www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=864980&pid=873963> (Zugriffsdatum: 21.11.2015)

Laux G, Szecsenyi J, Mergenthal K, Beyer M, Gerlach F, Stock C, Uhlmann L, Miksch A, Bauer E, Kaufmann-Kolle P, Steeb V, Lübeck R, Karimova K, GÜthlin C, Götz K. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2015. 58 (4-5): 398–407

Marx G. WA. Qualitative Sozialforschung – Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin. Z Allg Med. 2009. 11: 467–476

Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz. 2010

Mochmann H-C, Arntz HR, Bobbert P. Der Notarzt im Altenheim – Vorurteil und Wirklichkeit. Notfall Rettungsmed. 2014. 17 (2): 131–136

Murray CJL, Barber RM, Foreman KJ, Ozgoren AA, Abd-Allah. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013. The Lancet. 2015. 386: 2145–2191

O'Malley AJ, Caudry DJ, Grabowski DC. Predictors of Nursing Home Residents' Time to Hospitalization. Health Services Research. 2010. 46: 82–104

Ramroth H, Specht-Leible N, König H-H, Mohrmann M, Brenner H. Inanspruchnahme stationärer Krankenhausleistungen durch Pflegeheimbewohner. Dtsch Arztebl International. 2006. 103 (41): A2710-A2713

Rothgang H, Müller R, Unger R. 2015. Themenreport "Pflege 2030". Verfügbar unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf (Zugriffsdatum: 05.12.2016)

Saß A-C, Lampert T, Ziese Bärbel-Maria Kurth T, Kurth B-M. Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert-Koch-Institut. 2015

Schaufler J, rer. nat. Carsten Telschow. Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht. In: Schwabe U., Paffrath D. (Hrsg). Arzneiverordnungs-Report 2016. Berlin, Heidelberg: Springer, 2016: 763-773

Schmiedel R, Behrendt H. Leistungen des Rettungsdienstes 2008/09. Bergisch-Gladbach: Bundesanstalt für Straßenwesen. 2011

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. 2015 Verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/ (Zugriffsdatum 25.11.2015)

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung. 2015 Verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Zugriffsdatum 01.03.2016)

Snijder EA, Kersting M, Theile G, Kruschinski C, Koschak J, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U. Hausbesuche: Versorgungsforschung mit hausarztlichen Routinedaten von 158.000 Patienten. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)). 2007. 69: 679–685

Statistische Ämter des Bundes und der Länder. 2010. Demografischer Wandel in Deutschland. Verfügbar unter http://www.statistikportal.de/statistik-portal/demografischer_wandel_heft2.pdf (Zugriffsdatum: 13.12.2015)

Statistische Ämter des Bundes und der Länder. 2010. Pflegestatistik 2007, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeKreisvergleich5224103079004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 13.12.2015)

Statistische Ämter des Bundes und der Länder. 2011. Pflegestatistik 2009, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeKreisvergleich5224103099004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 13.12.2015)

Statistische Ämter des Bundes und der Länder. 2013. Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Kreisvergleich. Verfügbar unter http://www.statistikportal.de/statistik-portal/pflegestatistik_kreisvergleich.pdf (Zugriffsdatum: 13.12.2015)

Statistisches Bundesamt (Destatis). 2015. Pflegestatistik 2013 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 13.12.2015)

Statistisches Bundesamt (Destatis). 2017. Gesundheit - Krankheitskosten 2015. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/KrankheitskostenJahr2120721159004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 25.10.2017)

Statistisches Bundesamt (Destatis). 2017. Pflegestatistik 2015 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriffsdatum: 18.03.2017)

Theile G, Kruschinski C, Buck M, Muller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. BMC family practice. 2011. 12: 24

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care. 2007. 19 (6): 349–357

van den Bussche H, Schröfel S-C, Löschmann C, Lübke N. Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2009. 85.: 265–312

van den Bussche H, Weyerer S, Schäufele M, Lübke N, Schröfel S-C, Dietsche S. Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. Z Allg Med. 2009. 85: 240–246

Waldhausen A, Sittermann B, Matarea-Türk L. (Alten)Pflegeausbildungen in Europa - Ein Vergleich von Pflegeausbildungen und der Arbeit in der Altenpflege in ausgewählten Ländern der EU. 2014

Winter MH-J, Maaz A, Kuhlmei A. Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2006. 49: 575–582

10 Danksagung

Ich möchte meinem Betreuer Dr. med. Markus Bleckwenn meinen Dank aussprechen, da er mir bei der Erstellung dieser Dissertation immer hilfreich zur Seite stand und wertvolle Anregungen gab. Ferner möchte ich mich ebenfalls bei meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Klaus Weckbecker bedanken, der mich von Beginn an des Projekts gefördert und mich bis zum Ende hin immer mit Rat und Tat begleitet hat.