

Handlungsbedarf und Gestaltungsmöglichkeiten hausärztlicher Versorgung in Alten- und Pflegeheimen

Primary Care in Nursing Homes: Need for Action and Scope For Design

Johannes Kriegel¹, Nanni Reckwitz², Margit Mayr³, Fritz Hemedinger¹

Hintergrund: Höhere Morbidität bei gleichzeitig eingeschränkter Mobilität von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen (APH) bedingen veränderte Anforderungen und Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte hausärztliche Versorgung. Hieraus ergibt sich die Fragestellung: Welche Handlungserfordernisse und Gestaltungsmöglichkeiten lassen sich für die unterschiedlichen beteiligten Akteure im Rahmen der Sicherstellung und Optimierung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen identifizieren und realisieren?

Methoden: Im Rahmen eines Forschungsprojektes wurden Experten- und Fokusgruppeninterviews sowie standardisierte Befragungen unter Hausärzten und Pflegekräften in ausgewählten APH durchgeführt.

Ergebnisse: Auf Basis eines Vergleichs zweier APH, eines im ländlichen und das andere im städtischen Raum, wurden unterschiedliche Handlungserfordernisse und Gestaltungsmöglichkeiten zur Sicherstellung und Optimierung der hausärztlichen bzw. medizinischen Versorgung in APH identifiziert und entwickelt.

Schlussfolgerung: Es wurde deutlich, dass es gezielte Anstrengungen der beteiligten Akteure hinsichtlich Kommunikation, Koordination und Kooperation bedarf, um eine verbesserte hausärztliche Versorgung von Bewohnern in APH zu ermöglichen.

Schlüsselwörter: Hausärztliche Versorgung; Alten- und Pflegeheime; Koordination; Kooperation; Kommunikation

Background: Increased morbidity simultaneously to constricted mobility account for different requirements and general set-up for tailored primary care. This results in the question which required actions and scope for design can be identified and realized for various stakeholders to safeguard and improve of medical care in nursing homes.

Methods: This paper is based on expert and focus group interviews, standardized questionnaires among family practitioners and nurses in selected nursing homes.

Results: Comparing two nursing homes in Austria, one rural and one urban we identified and developed different strategies to secure and optimize care by family practitioners in nursing homes

Conclusion: To achieve this improvement it became apparent that concerted action is required for communication, coordination and cooperation.

Keywords: Primary Health Care; Nursing Home for Elderly; Coordination; Cooperation; Communication

¹ Fakultät für Gesundheit und Soziales, FH Oberösterreich, A-Linz/Donau

² Niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin, D-Emmerich/Rhein

³ Forschungs- und Entwicklungs-GmbH, FH Oberösterreich, A-Linz/Donau

Peer reviewed article eingereicht: 09.01.2013, akzeptiert: 08.04.2013

DOI 10.3238/zfa.2013.0280-0285

Hintergrund

Frau Andrea Hofer ist 83 Jahre und erlitt vor vier Jahren einen Schlaganfall, von dem sie sich nicht vollständig erholte. Sie musste aus ihrer Wohnung in das Alten- und Pflegeheim (APH) eines anderen Stadtteils umziehen. Seither benötigt sie zahlreiche Medikamente, um eine hypertensive Herzkrankheit mit Herzinsuffizienz und absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern zu behandeln. Folgen des Schlaganfalls sind eine Gangunsicherheit und eine spastische Parese des rechten Armes. Kurze Strecken auf Stationsebene kann sie noch mit Begleitung an einem Rollator zurücklegen, Mahlzeiten kann sie, wenn sie mündgerecht zubereitet sind, alleine zu sich nehmen, braucht jedoch viel Unterstützung in der Körperpflege. Treppensteigen ist ihr nicht mehr möglich. Insbesondere die Anpassung der gerinnungshemmenden- und Blutdruckmedikation bedarf einer kontinuierlichen hausärztlichen Betreuung. Leider kommt ihr langjähriger Hausarzt nur unregelmäßig auf Visite ins APH, ein Praxisbesuch ist der Patientin nicht ohne weiteres mehr möglich. Hieraus ergibt sich für Frau Hofer eine Vielzahl von Einschränkungen gegenüber einer optimalen medizinischen Versorgung. So stellt allein der Umstand, dass für sie nicht die in der Praxis nutzbaren diagnostischen Methoden, wie zum Beispiel EKG oder Ultraschalluntersuchung des Abdomens zur Verfügung stehen, eine Einschränkung ambulant-medizinischer Handlungsspielräume dar. Blutabnahmen sind durch den besuchenden Hausarzt möglich, aber organisatorisch umständlicher, da das abgenommene Blut z.B. noch rechtzeitig zu weiterarbeitenden Laboratorien gelangen muss. Dies könnte dazu führen, dass der Hausarzt sich gegen die mit regelmäßigen INR-Kontrollen verbundene Gabe von Phenprocoumon entscheidet, obwohl es bei Vorhofflimmern zur Verhinderung weiterer Schlaganfälle sinnvoll wäre.

Die medizinische und damit auch die hausärztliche Versorgung von Bewohnern in APH weist aktuell ein breites quantitatives und qualitatives Leistungsspektrum auf, wobei auch systembedingte, organisatorische und diagnostische sowie therapeutische Defizite attestiert werden können [1, 2, 3, 4]. Die

Alten- und Pflegeheim (APH) Ländlicher Raum	Alten- und Pflegeheim (APH) Städtischer Raum
5 verschiedene Hausärzte (HÄ)	Bis zu 35 verschiedene Hausärzte (insgesamt 55 in einer Liste geführt)
121 zu betreuende Bewohner	127 zu betreuende Bewohner
3 HÄ haben fixe Ordinationszeiten im Heim, die anderen 2 HÄ kommen bei Bedarf.	Visitenzeiten werden sehr individuell gehandhabt.
Hausärzte und Pflege kennen einander gut, dies erleichtert die Kommunikation und Zusammenarbeit.	Hausärzte und Pflege kennen einander zum Teil nicht gut bis gar nicht.

Tabelle 1 Dimensionen hausärztlicher Versorgung in ausgewählten APH

von Hausärzten durchaus geschätzte Möglichkeit des eigenverantwortlichen Zeitmanagements führt dazu, dass es sehr unterschiedliche Häufigkeiten und Abläufe eines hausärztlichen Besuchs im APH gibt. Das Spektrum reicht vom Intervall und der Intensität der hausärztlichen Versorgung über die zeitnahe Versorgung mit benötigten Arzneimitteln bis hin zur Gewährung erforderlicher diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen. Hieraus könnte sich, gegenüber einer allgemeinen hausärztlichen sowie ambulanten Versorgung, eine sowohl objektiv als auch subjektiv verminderte Versorgungsqualität ergeben [5].

Die Ursachen für Defizite in der hausärztlichen Versorgung von Bewohnern in APH sind vielfältig und lassen sich in akteursbezogene, strukturelle und prozessuale Gründe und damit verbundene Auswirkungen unterteilen [4]. Daraus ergibt sich ein komplexes System, das durch eine gezielte Ausrichtung und konzeptionelle Koordination gesteuert werden muss.

Grundsätzlich lassen sich zwei unterschiedliche Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Bewohnern in APH identifizieren [6]. Entweder betreuen mehrere externe Hausärzte die Bewohner oder ein externer bzw. fest angestellter Mediziner versorgt ein ganzes APH. Diese grundsätzlichen Organisationsformen unterscheiden sich dabei mitunter gravierend hinsichtlich z.B. Finanzierung, Wahlfreiheit, Versorgungsqualität.

Für die an der medizinischen Versorgung von Bewohnern in APH beteiligten Akteure (z.B. Hausärzte, Pflegekräfte,

Pflegedienstleitung, Kostenträger, Gesetzgeber) ergibt sich daher die Fragestellung: *Welche Handlungserfordernisse und Gestaltungsmöglichkeiten lassen sich für die unterschiedlichen beteiligten Akteure im Rahmen der Sicherstellung und Optimierung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen identifizieren und realisieren?* Im Rahmen eines Reformpoolprojektes in Oberösterreich wurde unter Beteiligung der Ärztekammer, der Gebietskrankenkasse sowie der Abteilung Soziales des Landes Oberösterreich versucht, durch Einsetzung von sogenannten medizinischen Koordinatoren (MedK) die hausärztliche Versorgung von Bewohnern in APH durch externe Hausärzte zu optimieren. Dabei wurden ein APH im ländlichen und eines im städtischen Raum ausgewählt. Die untersuchten APH unterschieden sich insbesondere hinsichtlich Anzahl der betreuenden Hausärzte, Organisation der Betreuungszeiten sowie Informationsstand und Kommunikationsverbindungen zwischen ambulantem und stationärem Bereich (Tab. 1).

Methode

Im Rahmen des Pilotprojektes wurde in den zwei APH jeweils ein medizinischer Koordinator aus den bereits in der Einrichtung tätigen Hausärzten ausgewählt, die im Verlauf des Projektes die Funktion eines medizinischen Koordinators ausfüllten und weiterentwickelten. MedK übernehmen dabei bestimmte Aufgaben bzgl. der verbesserten Abstimmung aller an der (haus)ärztlichen Versorgung in APH beteiligten

Aufgabenfeld	Akteure		Koordinatoren		Kontakter					
			MedK		PDL/HL		HÄ		WL	
	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt		
Anzahl gemeinsamer Treffen (3/2011-3/2012)	5	6	5	6	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.		
Koordinationsaufwand	↑	↑	↑	↑	→	→	→	→		
Dokumentationsaufwand	↑	→	→	→	→	→	→	→		
Informationsaustausch	↑	↑	↑	↑	→	→	→	→		
Suchaktivitäten (insb. nach Ansprechpartnern)	↓	↓	↓	↓	→	→	→	→		
Doppelarbeit	↓	↓	↓	↓	→	→	→	→		
Messbarkeit des Mehraufwandes (Koord.)	1 h/ Monat	1 h/ Monat	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.		
Messbarkeit des Mehrwertes	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.		

k.A. = keine Angaben bzw. kann nicht quantifiziert werden

MedK = Medizinische Koordinatoren HÄ = Hausärzte

↑ = gestiegen → = gleichbleibend ↓ = gesunken

PDL/HL = Pflegedienst-/Heimleitung WL = Wohngruppenleitung

Abbildung 1 Quantitative Veränderungen durch MedK

Akteure. Hierbei reicht das mögliche Spektrum der Aktivitäten von der Information und Dokumentation über die Koordination bis hin zur Entscheidung bezüglich bewohner-/patientenbezogener (haus)ärztlicher Versorgungsleistungen [7]. Als Voraussetzung für die Auswahl des medizinischen Koordinators war sowohl eine positive Einstellung gegenüber den Projektzielen als auch eine hohe Akzeptanz im Kollegenkreis sowie beim Pflegepersonal erforderlich [8]. Vorzugsweise sollte der Koordinator über ein Geriatriediplom bzw. Fortbildung verfügen.

Die Umsetzung der angestrebten Zielsetzung wurde über eine stufenweise Evaluation der unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Akteure (Medizinische Koordinatoren, Heim- und Pflegedienstleitung, betreuende Hausärzte und Wohngruppenleitungen) begleitet. Hierzu wurde eine Längsschnitterhebung durch die FH Oberösterreich (FH OÖ) mittels strukturierter Experteninterviews, standardisierter Befragungen und Fokusgruppeninterviews durchgeführt.

Die Datenerhebung erfolgte zu zwei Zeitpunkten: am Beginn des Pilotprojektes 3/2011 (t_0) und nach einem Jahr Laufzeit 3/2012 (t_1).

Die Experteninterviews erfolgten über einen entwickelten Interviewleitfa-

den in drei Schritten: Auswahl der Interviewpartner, Leitfadenerwicklung und -testung, Durchführung sowie Auswertung, Analyse und Feedback bzw. Präsentation der Ergebnisse. Die Leitfadenerwicklung beinhaltete die Schritte: Ideensammlung, Gliederung (z.B. allgemeiner Teil mit Stammdatenerhebung; spezieller Themenbereich, offene Diskussion sowie Abschluss und weiteres Vorgehen), Fragenformulierung (z.B. offene, geschlossene Fragen), Auswertungskonzept (z.B. Testverfahren), Pre-Test inkl. Kontrolle der Verständlichkeit/Antworttendenzen) [9]. Die Experteninterviews wurden mit den jeweiligen Heimleitungen, Pflegedienstleistungen und medizinischen Koordinatoren der beiden APH durchgeführt.

Im Rahmen der Evaluation wurden Fokusgruppen zur qualitativen Informationserhebung auf Seite der Wohngruppenleitungen der beiden APH eingesetzt. Das Fokusgruppeninterview ist ein Gruppeninterview, an dem in der Regel sechs bis acht Personen teilnehmen. Ziel hierbei ist es, mehrere Experten gemeinsam zu speziellen Themen und Fragestellungen zu befragen. Zur Unterstützung der Diskussion wurde ein teilstrukturierter Gesprächsleitfaden entwickelt und eingesetzt. Die einstündigen Fokusgruppeninterviews wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Bei der

Auswertung (über Sequenzierung, Segmentierung und Clusterung) wurden themen- und fragestellungsbezogene Inhalte und Aussagen heraus gefiltert [10].

Zusätzlich wurden die Einstellungen und Perspektiven der Hausärzte mittels weitgehend standardisierter Fragebögen erhoben. Diese wurden auf Basis der zur Verfügung stehenden Adressenlisten zu Projektbeginn t_0 an 55 HausärztInnen und am Projektende t_1 an 48 HausärztInnen mit beiliegendem Rücksendekувert versendet.

Ergebnisse

Die Leistungsprozesse der medizinischen Versorgung sowie deren Koordination in den beiden betrachteten APH waren sehr heterogen (z.B. bzgl. Intensität, Intervall, Informationsaustausch, Kommunikation). Insbesondere auf Seiten der beteiligten Hausärzte bestand ein distanziertes Interesse gegenüber der Einsetzung eines medizinischen Koordinators, wobei die Ärzte, die mehrere Patienten in den jeweiligen APH betreuen ein größeres Interesse sowie ein höheres Problembewusstsein und damit auch ein stärkeres Engagement aufweisen. Die betreuenden Hausärzte beteiligten sich an der Befragung

Aufgabenfeld	Akteure		Koordinatoren				Kontakter			
			MedK		PDL/HL		HÄ		WL	
	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt	Land	Stadt		
Patientenunabhängige Kooperation	↑	↑	↑	↑	→	→	→	→		
Patientenunabhängige Kommunikation	↑	↑	↑	↑	→	→	→	→		
Patientenbezogener Informationsaustausch	↑	↑	↑	↑	→	→	→	→		
Bearbeitung von Themenschwerpunkten										
<i>Visitenmanagement</i>	↑	↑	↑	↑	→	→	→	→		
<i>Medikation</i>	→	→	→	→	→	→	→	→		
<i>Fachärztebetreuung</i>	→	→	→	→	→	→	→	→		
<i>Krankenhauseinweisungen</i>	→	→	→	→	→	→	→	→		
<i>Dokumentationsmanagement</i>	→	→	→	→	→	→	→	→		
<i>Informationsmanagement</i>	↑	↑	↑	↑	→	→	→	→		
<i>Kommunikationsmanagement</i>	↑	↑	↑	↑	→	→	→	→		
Einschätzung des Mehrwertes eines MedK	↑	↑	↑	↑	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.		

k.A. = keine Angaben bzw. kann nicht quantifiziert werden MedK = Medizinische Koordinatoren HÄ = Hausärzte
 ↑ = gestiegen → = gleichbleibend ↓ = gesunken PDL/HL = Pflegedienst-/Heimleitung WL = Wohngruppenleitung

Abbildung 2 Qualitative Veränderungen durch MedK

nur mit einer geringen Rücklaufquote (t_0 : $n = 15$; 27,27 %; t_1 : $n = 10$; 20,83 %). Auf Seiten der APH und der Pflegeverantwortlichen herrschen ein übergreifend hohes Problembewusstsein sowie ein hohes Interesse an einer Optimierung der bisherigen Prozesse der hausärztlichen Versorgung im APH. Je intensiver sich die operative Umsetzung der medizinischen Versorgung der Bewohner auf die Kernprozesse der unterschiedlichen Akteure auswirkt, desto stärker ist das Interesse an einer verbesserten Ausgestaltung der Schnittstellen der übergreifenden Versorgungsprozesse, -strukturen und -ergebnisse [11]. Als prioritäre Handlungsfelder haben sich hierbei das kooperative Visitenmanagement, die gemeinsame Dokumentation sowie der transparente Informationsaustausch herauskristallisiert.

Die angestoßenen Aktivitäten im Rahmen des Pilotprojektes *Einsetzung medizinischer Koordinatoren in Alten- und Pflegeheimen in Oberösterreich* lassen sich den zwei wesentlichen Bereichen *Organisation* und *Themenschwerpunkte* zuord-

nen. Ferner lassen sich zwei Gruppen an beteiligten Akteuren identifizieren (Koordinatoren und Kontakter), die gegenüber dem Bewohner bzw. Patienten die primären medizinischen, pflegerischen und diagnostisch-therapeutischen Leistungen erbringen. Die medizinischen Koordinatoren treten hier in Doppelfunktion auf, da sie sowohl der Gruppe der Koordinatoren als auch der der Kontakter zuzuordnen sind. Im weiteren Verlauf des Projektes lassen sich diese beiden Gruppen hinsichtlich Wissensstand und Partizipation grundsätzlich unterscheiden, wobei die Gruppe der Koordinatoren aktiv und die zweite Gruppe der Kontakter eher passiv beteiligt war.

Durch die Evaluation des Projektverlaufs ließen sich, sowohl hinsichtlich der Organisation als auch bezüglich der Themenschwerpunkte, Veränderungen auf Seiten der Koordinatoren identifizieren. Die Einschätzung der MedK sowie der HL/PDL verdeutlichen, dass die beteiligten Akteure von einer Zunahme der Aktivitäten und des

damit verbundenen Aufwandes ausgehen. Ferner gehen die Koordinatoren von einer Reduzierung der Suchaktivitäten und der Doppelarbeit im Rahmen der hausärztlichen Versorgung der Bewohner der APH aus. Eine Einschätzung des quantitativen Mehrwertes (z.B. zeitliche Ersparnis) für die jeweiligen operativen Tätigkeiten konnte durch die befragten Akteure nicht gemacht werden (Abb. 1).

Die qualitativen Veränderungen im Rahmen des Projektes werden durch Kontakter und Koordinatoren unterschiedlich eingeschätzt und interpretiert. Die Kontakter gaben zum einen an, nichts bzw. wenig von möglichen Veränderungen, die auf die zusätzliche medizinische Koordination zurückzuführen sind, bemerkt zu haben. Dies betrifft sowohl die Organisation (z.B. Dokumentationsaufwand) als auch Themenschwerpunkte (z.B. Visitenmanagement). Zum anderen gaben sie an, spürbare und positive Veränderungen auszumachen (z.B. der med. Koordinator stellt den Kontakt zu den „nicht sicht-

baren“ Hausärzten her; auf beiden Seiten findet eine Zentralisierung der Schnittstellen bzgl. der Koordinationsaufgaben statt). Im Wesentlichen konzentrieren sich die wahrgenommenen Veränderungen in Verbindung mit den medizinischen Koordinatoren auf die beteiligten MedK und HL/PDL. Grundsätzlich schätzen diese die Aktivitäten in den Bereichen Kommunikation, Koordination und Informationsaustausch als durchweg positiv ein. Die Themenschwerpunkte sowie die damit im Vorfeld identifizierten bzw. benannten Defizite konnten in Teilbereichen näher diskutiert, analysiert und teilweise auch verbessert werden (z.B. Visitenmanagement mit definierten Zeitfenstern). Der Vergleich mit den Angaben der Gruppe der Kontakter verdeutlicht jedoch eine gewisse Diskrepanz hinsichtlich theoretischer Einführung und praktischer Umsetzung.

Diskussion

Im vorliegenden Projekt konnten unterschiedlich wahrgenommene Aktivitäten bzw. Veränderungen in den zwei Gruppen Koordinatoren und Kontakter identifiziert werden. Als entscheidende Ursache hierfür kann die durchgeführte bzw. unterlassene Kommunikation und Partizipation der unterschiedlichen Akteure vermutet werden. Betrachtet man die durchgeführten projektbezogenen Aktivitäten (z.B. gemeinsame Treffen, themenbezogene Besprechungen, Projektsitzungen), so wird deutlich, dass die Beteiligung an diesen Aktivitäten einen maßgeblichen Einfluss auf die Information und Partizipation in Verbindung mit dem Projekt hat. Hieraus ergibt sich die zukünftige Notwendigkeit, dass im Rahmen einer Optimierung der hausärztlichen Versorgung in APH ein zusätzlicher Schwerpunkt auf der umfassenden Information und Kommunikation in Richtung aller relevanten beteiligten Akteure zu setzen ist.

Neben dem Grad der Information und Partizipation der beteiligten Akteure haben auch die „überschaubare“ (n = 5) und die „unbegrenzte“ (n = 32) Anzahl an Hausärzten einen Einfluss auf die Intensität der Schnittstellengestaltung und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der Bewohner.

Handlungsempfehlungen auf Basis der Projektergebnisse

Auf Basis der Ergebnisse lassen sich unterschiedliche Einflussfaktoren und Stellhebel für eine verbesserte (haus)ärztliche Versorgung in APH identifizieren sowie folgende Handlungsempfehlungen und Maßnahmen postulieren:

1. Gemeinsame Zielsetzung „von Anfang an alle in einem Boot sitzen!“

Die von allen Akteuren explizit bzw. implizit gewünschte und geforderte gemeinsame Zielsetzung hinsichtlich der medizinischen Versorgung der Bewohner sollte auf ein gleiches und transparentes Niveau gebracht werden [12] und erfordert eine gemeinsame Zielformulierung in Verbindung mit dem Austausch und der Kommunikation der jeweiligen Bedürfnisse und Anforderungen unter allen beteiligten Akteuren.

2. Identifizierung und Bearbeitung thematischer Schwerpunkte z.B. Visitenmanagement, Medikation, fachärztliche Versorgung

Im Verlauf des Pilotprojekts wurden bezüglich der konkreten hausärztlichen Versorgungsstrukturen und -prozesse wesentliche Themenfelder durch die beteiligten Akteure identifiziert. Im Hinblick auf die gezielte Bearbeitung der unterschiedlichen Themenfelder sollte, in Folge einer APH bezogenen Priorisierung, die problem- und themenbezogene Umsetzung erfolgen. Das Visitenmanagement hatte beispielsweise bei allen befragten Akteuren eine hohe Priorität. Hier gilt es, über die Identifizierung der genauen Anforderungen von Seiten der Hausärzte einerseits und der Pflege/APH andererseits sowie über die Visualisierung der Ablaufprozesse die Ist-Situation und Soll-Anforderungen zu konkretisieren.

3. Entwicklung von gemeinsamen Standards z.B. bzgl. Terminierung und gemeinsame Informationsbasis

Zur Entwicklung problembezogener Lösungen sollten für die Schlüssel- und Kernprozesse (z.B. Visitedurchführung, Terminierung) Good bzw. Next Practice Beispiele mit Leitfadencharakter

entwickelt und kommuniziert werden. In Anlehnung an das Visitenmanagement stellt die Terminierung sowie die Nutzung einer gemeinsamen Informations- und Dokumentationsbasis ein weiteres prioritäres Problemfeld dar. Genaue Anforderungen von Seiten der Hausärzte einerseits und der Pflege/APH andererseits müssen – über die Visualisierung der Ablaufprozesse – konkretisiert werden. Standardisierbare und vereinheitlichte Vorgehensweisen sollten entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden.

4. „Medizin“-Jour-fixe der relevanten beteiligten Akteure

Ein wesentlicher Schlüssel zu einer optimierten Gestaltung und Umsetzung der Zusammenarbeit zwischen APH und Hausärzten ist die intensiviertere Kommunikation. Die Erfahrungen der beteiligten Akteure im Rahmen des Pilotprojektes (z.B. die Durchführung regelmäßiger Treffen und die patientenbezogene Diskussion haben u.a. zu einer abgestimmten Medikation geführt) verdeutlichen, dass ein gemeinsamer Jour-fixe die kurzfristige Bearbeitung entstehender Prozess- und Abstimmungsbarrieren sowie gemeinsamer Probleme ermöglicht.

5. MedK mehr als Mediator und/oder Moderator für auftretende Herausforderungen

Eine Verbesserung der (haus)ärztlichen Versorgung in APH lässt sich durch unterschiedliche methodische Interventionsverfahren (z.B. Kommunikationsmanagement, Problemlösungsmethoden, Zeitmanagement, Konfliktmanagement, Kreativitätsstrategien) unterstützen. Hierbei sind u.a. auch Motivationen und Hemmnisse zu berücksichtigen (z.B. kann mit dem Begriff Koordinator auch direkt eine zentralisierte Entscheidungsfunktion verknüpft werden, welche auf Seiten der Hausärzte zu einer Ablehnung führt). Als mögliche Alternativen bzgl. einer Berücksichtigung derartiger Ressentiments gegenüber dem MedK sowie einer passgenaueren Eingrenzung der anvisierten Funktionen eines MedK bieten sich u.a. die Begriffe Mediator (i.V. mit der Konfliktbewältigung) und/oder Moderator (i.V. mit der Erarbeitung von Gruppenlösungen) an.

Prof. (FH) Dr. Johannes Kriegel, MBA, MPH ...



... ist Professor für Gesundheitsmanagement an der Fachhochschule Oberösterreich in Linz. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Strategische Unternehmensführung, Dienstleistungsentwicklung und Prozessmanagement im Sozial- und Gesundheitswesen.

Weiterführende Verbesserung und Unterstützung der Versorgungsqualität

Im Verlauf des Pilotprojektes wurde deutlich(er), dass die bestehenden Strukturen und Prozesse sowie deren Umgestaltung auch veränderte Rahmenbedingungen bedürfen. Als ein wesentlicher Einflussfaktor wurde beispielsweise durch die Ärzte die Anpassung einer aufwandsadä-

quaten bzw. „motivierenden“ Vergütung der hausärztlichen Versorgung in APH gefordert. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, ein entsprechendes Vorgehensmodell zu entwickeln, das es den unterschiedlichen APH sowie den beteiligten Hausärzten ermöglicht, die individuellen Herausforderungen selbstorganisierend zu bearbeiten und mögliche Lösungsansätze zu realisieren. Für die externe medizinische Versorgung der Bewohner/Pa-

tienten in APH gilt, dass ausgehend vom identifizierten Bedarf (elektiv oder ad hoc), die unterstützenden Prozesse nach qualitativen, zeitlichen und wirtschaftlichen Kriterien standardisiert, gesteuert und evaluiert werden müssen [14].

Interessenkonflikte: M. Mayr hat ein Honorar für Ihre Mitarbeit im Rahmen der Evaluation erhalten; die anderen Autoren haben keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Johannes Kriegel, MBA, MPH
Fakultät für Gesundheit und Soziales
FH Oberösterreich
Garnisonstraße 21
4020 Linz, Österreich
Tel.: 0043 50804-52490
johannes.kriegel@fh-linz.at

Literatur

1. Fasching P. Der Heimarzt – ein Modell zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung in Pflegeheimen. *Ethik Med* 2007; 19: 313–319
2. Mayr M, Lehner M. Stationäre Versorgung älterer Menschen in Oberösterreich – Versorgungsnetzwerke und -prozesse. Linz: FH OÖ, 2008
3. Otruba B. Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen in OÖ. Linz: OÖ GKK, 2010
4. van den Bussche H, Lübke N, Schröfel SD, Dietsche S. Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. *Z Allg Med* 2009; 85: 240–246
5. Mayr M, Lehner M. Herausforderungen der Integrierten Versorgung im Alter. Linz: Wagner, 2009
6. van den Bussche H, Schröfel SD, Löschmann C, Lübke N. Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland. *Z Allg Med* 2009; 85: 296–301
7. Diehm A, Ebsen I. Ansätze zur „hausärztlichen Versorgung“ und die geplante Pflegereform. *Ethik Med* 2007; 19: 301–312
8. Beyer M, Erler A, Gerlach FM. Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. 1. Grundlagen und internationale Modelle. *Z Allg Med* 2010; 86: 93–98
9. Bortz J, Döring, N. *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer, 2006
10. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. *Qualitative Sozialforschung*. München: Oldenbourg, 2010
11. Weismann N, Huenges B, Osenberg D, Rusche H. Ablehnen, Einbestellen oder Hinfahren? *Z Allg Med* 2011; 87: 158–162
12. Bratke G, Fässler-Weibel P. Teamkonflikt um Katharina P. *Wien Med Wochenschr* 2006; 156: 233–237
13. Wilm S, in der Schmitt J. Was ist der Kern der hausärztlichen Tätigkeit? *Prim Care* 2007; 7: 481–485
14. Kada O, Brunner E, Likar R, et al.. Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück. Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2011; 105: 714–722