

**Hausbesuch oder Visite**

Wie erleben Hausärzte und Pflegekräfte den Heimb Besuch im Pflegeheim?

Eine qualitative Analyse

Dissertation

zur Erlangung des

humanwissenschaftlichen Doktorgrads

in der Medizin

der Georg-August-Universität Göttingen

vorgelegt von

**Nina Fleischmann**

aus

Seesen

Göttingen 2017

## Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlich oder sinngemäß den Schriften anderer entnommenen Stellen habe ich unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht. Dies gilt auch für beigefügte Zeichnungen, Skizzen, bildliche Darstellungen und dergleichen.

Ort und Datum

Hannover, den 18.3.17

Unterschrift

B. Fliedm

**Betreuungsausschuss**

Erstbetreuer/in:	Prof. Dr. Wolfgang Himmel, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Weitere Betreuer/innen:	Prof. Dr. Roland Nau, Evangelisches Krankenhaus Weende, Göttingen Prof. Dr. Barbara Hellige, Fakultät V – Diakonie, Gesundheit und Soziales, Hochschule Hannover Prof. Dr. Eva Hummers-Pradier, Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Weitere Mitglieder der Prüfungskommission	Prof. Dr. Friedemann Nauck, Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen Prof. Dr. Michael Pfingsten, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsmedizin Göttingen

Tag der mündlichen Prüfung: 08.06.2017

## Zusammenfassung

Hintergrund: Die Zahl der Pflegeheimbewohner mit ihren komplexen gesundheitlichen Versorgungsbedarfen wird zukünftig steigen. Der Heimb Besuch des Hausarztes ist ein essentielles Element in der medizinischen Versorgung der Bewohner.

Fragestellung: Diese Arbeit widmet sich der Fragestellung, wie Hausärzte und Pflegekräfte den Heimb Besuch und die wechselseitige Zusammenarbeit erleben. Ziel ist ein vertieftes Wissen und Verstehen der Situation des Heimb Besuchs und die Sichtweisen der Berufsgruppen, um Erkenntnisse für die kommunikativen und interaktiven Strukturen der interprofessionellen Kooperation in der stationären Altenpflege zu gewinnen.

**Design:** Die Datenerhebung und -analyse folgte dem Forschungsansatz der Grounded Theory. 30 Hausärzte und 18 Pflegekräfte wurden in offenen Leitfadeninterviews zum Ablauf der Hausbesuche, zur interprofessionellen Aufgabenverteilung und zur Zusammenarbeit befragt.

**Ergebnisse:** Die Pflegekräfte erleben beim Heimb Besuch das „Dabei-Sein“ als zentral. Zur Beeinflussung der Qualität des „Dabei-Seins“ ergreifen sie Strategien wie beispielsweise die Priorisierung der Anliegen der Bewohner vor dem Heimb Besuch. In der Konsequenz der Strategien ergeben sich eine adäquate Versorgungsqualität, ein Sicherheitsgefühl, aber auch das Dilemma doppelter Anforderung. Hausärzte streben die Gestaltung eines „produktiven Heimb Besuchs“ an. Sie ergreifen dazu vorbereitende, vor-Ort- und investierende Strategien. Als Konsequenz erleben sie individuelle Zufriedenheit, äußern aber teilweise auch Ärger und Geringschätzung für die Kompetenzen der Pflegekräfte. Bisweilen kommt es bei Konflikten zur Kontaktvermeidung mit den Pflegekräften oder auch zur Aufgabe der Versorgung.

**Diskussion:** Die vertiefte Sichtweise der Hausärzte und Pflegekräfte auf den Heimb Besuch und interaktionsbezogene Aspekte ergänzen bisherige Studien mit strukturellem Fokus. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sollten den „produktiven Heimb Besuch“ der Hausärzte wie auch das „Dabei-Sein“ der Pflegekräfte ermöglichen. Zukünftige Forschung kann messbare Effekte der Modelle auf bewohnerrelevante Ergebnisparameter untersuchen.

## Abstract

**Background:** The increasing number of residents in nursing homes and their complex health status will challenge medical care and the interaction between nurses and general practitioners (GPs). The nursing home visit is a key element in medical care, but underrepresented in research.

**Aim:** This study explores GPs' and nurses' perspectives on interprofessional collaboration with a focus on GP's visits to nursing homes in order to understand the experiences of both professions. We aim to understand the nursing home visit to gain insights to communicative and interactive structure of the interprofessional collaboration.

**Methods:** Open guideline interviews covering the visit process, interprofessional allocation of tasks and collaboration were conducted with 30 GPs and 18 nurses in three study centers and analyzed with grounded theory methodology.

**Results:** Nurses experience "being-involved" as core category. Their strategies to ensure "being-involved" were e.g. to decide and prepare prior to the visit. Therefore, nurses perceived a higher quality of care and a feeling of security, but also conflicting demands for commitment. Nurses influenced residents' choice of GP to ensure "being-involved".

In the GPs' interviews, the core category was "productive performance". GPs used different strategies to perform a productive home visit: preparing strategies, on-site strategies and investing strategies. As a result of striving for "productive performance", GPs feel satisfaction, but sometimes also annoyance or disrespect for the nurses. When conflicts arise, GPs avoid contacting nurses or give up care altogether.

**Discussion:** The findings provide a deeper understanding of the relationship and interaction between nurses and GPs and supplement earlier research focusing on structural aspects. Both the nurses' need for "being involved" as well as the GPs focus on a "productive performance" should be considered when aiming to improve nursing home care. Effects on the health and well-being of resident should be subject of future research.

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	6
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	6
1 Einleitung .....	7
2 Stand der Forschung .....	10
3 Fragestellung und Ziel.....	13
4 Methoden .....	14
4.1 Wahl und Begründung der Methoden.....	14
4.2 Feldzugang und Samplingstrategie .....	16
4.3 Datenerhebung .....	17
4.4 Datenauswertung.....	18
4.5 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethikkommission.....	20
5 Ergebnisse .....	21
5.1 Stichprobe.....	21
5.2 Ergebnisse.....	22
5.2.1 Wie erleben Hausärzte den Heimb Besuch? .....	22
5.2.2 Wie erleben Pflegekräfte den Heimb Besuch? .....	25
6 Diskussion .....	28
6.1 Stärken und Schwächen der Untersuchung .....	28
6.2 Diskussion der Ergebnisse.....	29
6.3 Visite oder Hausbesuch? .....	34
7 Schlussfolgerungen .....	34
Literaturverzeichnis .....	37
Curriculum Vitae.....	44
Anhang.....	47
Publikationen.....	72

## Abkürzungsverzeichnis

EBM	–	einheitlicher Bewertungsmaßstab
SGB	–	Sozialgesetzbuch

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Kodierprozess – offenes und axiales Kodieren	19
Abbildung 2:	Paradigmatisches Modell: Hausarzteleben	24
Abbildung 3:	Paradigmatisches Modell: Pflegekrfterleben	27
Tabelle 1:	Soziodemografische Daten der Interviewteilnehmer	21

## 1 Einleitung

„Eine unendliche Tragödie“, „Quadratur des Kreises“, „ernüchternde Bilanz“ – das derzeitige Urteil über die medizinische Versorgung in Einrichtungen stationärer Altenpflege fällt wenig positiv aus. Gute Versorgung sei nur gegeben, wenn engagierte Ärzte und innovative Einrichtungen zusammenarbeiten, dabei seien Einrichtungen auf das Wohlwollen der Ärzte angewiesen (Richter-Kuhlmann 2015; El-Nawab 2016; Schrader 2016; Arend 2016). Was charakterisiert die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern? Welche Hürden und Chancen zeigen sich, wenn Hausärzte und Pflegekräfte beim Heimb Besuch aufeinander treffen? Diese Arbeit nimmt den hausärztlichen Besuch in Einrichtungen der stationären Altenpflege in den Fokus. Mit einer qualitativen Herangehensweise werden die subjektiven Sichtweisen der beiden Berufsgruppen aufgezeigt, um mit vertieftem Wissen um die Situation des Heimb Besuchs eine adäquate Zusammenarbeit ableiten zu können.

Der demografische und epidemiologische Wandel ist zu einer der größten Herausforderungen unserer Zeit geworden. Nach Vorausberechnungen des Pflegereports werden im Jahr 2050 geschätzt 4,53 Millionen Menschen pflegebedürftig sein, was einer Wachstumsrate von 65% entspricht (Rothgang *et al.* 2016). Auch wenn Unterstützungsbedarfe in allen Lebensphasen entstehen können, ist Pflegebedürftigkeit im hohen Maße mit Hochaltrigkeit assoziiert (Block *et al.* 2012; Balzer *et al.* 2013; Lühmann *et al.* 2013). Ein knappes Drittel aller pflegebedürftigen Personen in Deutschland lebt in einer der rund 13.600 nach §71 SGB XI per Versorgungsvertrag zugelassenen Einrichtungen stationärer Altenpflege (Destatis 2017), auch als Pflegeheim bezeichnet. Pflegeheimbewohner sind im Vergleich zu ihrer Altersgruppe in Privathaushalten überproportional häufiger multimorbid, chronisch krank, eingeschränkter in der Alltagskompetenz und schwerer pflegebedürftig. Rund die Hälfte der Pflegeheimbewohner leidet an Demenz oder Herzerkrankungen. 75% sind in ihrer Mobilität schwer eingeschränkt. Diabetes Mellitus, psychische Störungen, neurologische Erkrankungen und schwere Einschränkungen der Sinnesorgane sind in einer Größenordnung von jeweils 20 bis 30% zu beobachten (Hallauer J *et al.* 2005; Rothgang *et al.* 2008; Balzer *et al.* 2013; Lühmann *et al.* 2013; Destatis 2017a, 2017a). Diese Beeinträchtigungen erschweren die eigenständige Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung und das Aufsuchen einer Arztpraxis bei signifikant mehr Arztkontakten in der Primärversorgung und verlagern die Veranlassung und Organisation hauptsächlich in die Hände der in den Einrichtungen tätigen Pflegekräfte (Hallauer *et al.* 2005; Rothgang *et al.* 2008). Die freie Arztwahl wird Befragungen von Einrichtungsleitungen zufolge nicht (mehr) wahrgenommen (Hallauer *et al.* 2005). Oftmals erfolgt mit dem Umzug in die Einrichtung auch ein Wechsel des Hausarztes (Diakonie 2007).

Pflegekräfte übernehmen im Allgemeinen Leistungen der Grund- und Behandlungspflege, soziale Betreuung und Aufgaben im Rahmen von Unterbringung und Verpflegung (Balzer *et al.* 2013). Von den 730.000 in Einrichtungen stationärer Altenpflege Tätigen entfallen 34% auf Altenpflegende, 10% auf Gesundheits- und Krankenpflegende und ein geringer Anteil (1%) auf Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende (Destatis 2017). Da die Übernahme behandlungspflegerischer Tätigkeiten und die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Hausärzten in den Aufgabenbereich pflegerischer Fachkräfte fällt, werden die Assistenzberufe der Pflege in dieser Arbeit nicht betrachtet.

Einrichtungen der stationären Altenpflege werden als Wohneinrichtungen betrachtet, somit sind niedergelassene Ärzte für die Versorgung zuständig. Eine wichtige Rolle haben hier Allgemeinmediziner bzw. hausärztlich tätige Internisten, die im Folgenden als Hausärzte bezeichnet werden. Im Idealfall steuern sie in einer Lotsenfunktion die weitere Versorgung durch Fachärzte oder andere Leistungserbringer (van den Bussche *et al.* 2009a; Struppek 2010). Diese ärztliche Gruppe steht im Mittelpunkt dieser Arbeit. Kostenträger in der medizinischen Versorgung der Heimbewohner sind die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. 2008 zielte das Pflegeweiterentwicklungsgesetz im §119b SGB V auf eine Verbesserung heimärztlicher Versorgung ab. 2012 präzisierte der Gesetzgeber die Regelungen im Pflege-Neuausrichtungsgesetz. 2013 hatten 18% der Einrichtungen verbindliche Abmachungen mit den Hausärzten in Form von z.B. Kooperationsverträgen getroffen, nur wenige Einrichtungen verfügen über eine integrierte Arztpraxis (3%) oder einen angestellten Arzt (1%) (Balzer *et al.* 2013). Seit 01.07.2016 wird die Versorgung in den Einrichtungen stationärer Altenpflege durch die Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für Hausärzte mit den oben genannten Kooperationsverträgen nach §119b Absatz 2 SGB V gestärkt (KBV 2016). Diese neuen EBM-Ziffern sollen den erhöhten Aufwand für u.a. Kooperation zwischen Ärzten und einbezogenen Pflegekräften, den Besuch der Bewohner und bewohnerorientierte Fallkonferenzen vergüten. Die Einrichtungen erhalten für ihre Aufwände in der Koordination keine Vergütung (El-Nawab 2016).

Der Heimbefuch als eine Form des Hausbesuchs ist ein zentrales Element der Versorgung. Hausärzte diskutieren hierzu Formen angemessener Zusammenarbeit (Theile *et al.* 2011), die Rollen und Aufgaben, die Wahrnehmungen und Wünsche der beteiligten Akteure sind nach momentaner Datenlage jedoch unklar. In bisherigen Studien sind die Befunde zum Pflegeheimbesuch Randbefunde im Rahmen anderer Fragestellungen. Diese Arbeit nimmt den Heimbefuch in den Fokus und untersucht, wie die beteiligten Pflegekräfte und Hausärzte diese Situation erleben. Ziel ist ein vertieftes Wissen um die Sichtweisen der Berufsgruppen, um den Blickwinkel zu vergrößern und Erkenntnisse für die kommunikativen und interaktiven Strukturen interprofessioneller Zusammenarbeit in diesem Setting zu gewinnen.

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim: eine qualitative Untersuchung von Problemen in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern und Entwicklung von Verbesserungsstrategien – *interprof* (Förderkennzeichen BMBF 01GY1124)“. In diesem Vorhaben mit multizentrischer Umsetzung wurden 2012 bis 2015 die Bedürfnisse und Wünsche in Bezug auf die medizinische Versorgung aus Sicht der Hausärzte, der Pflegekräfte, der Bewohner sowie ihrer Angehörigen analysiert. Ziel war es dabei, Chancen und Barrieren in der Versorgung aufzudecken und dadurch einen positiven Beitrag zur medizinischen Versorgungsqualität zu leisten (Mueller *et al.* 2015). Im Zuge dieses Projekts wurde deutlich, dass der Heimb Besuch eine essentielle Rolle im Versorgungsgeschehen spielt, in der Literatur jedoch unterrepräsentiert ist. Demzufolge setzt die vorliegende Arbeit den Fokus auf den Heimb Besuch aus der Sicht der daran beteiligten professionellen Akteure: Hausärzte und Pflegekräfte.

Dieser Einleitung schließt sich die Darlegung des derzeitigen Forschungsstands über die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegekräften in der stationären Altenpflege und über den Heimb Besuch an. Daraus wird die Fragestellung abgeleitet. Nach dem Abschnitt zum Forschungsdesign und dem verwendeten Datenmaterial werden die Ergebnisse der Analyse dargestellt. Die Diskussion und die Schlussfolgerung setzen die Ergebnisse in den Zusammenhang zum bisherigen Wissensstand und zeigen die Implikationen für Forschung, Praxis und Bildung auf.

## 2 Stand der Forschung

Einrichtungen der stationären Altenpflege und niedergelassene Hausärzte verfolgen beide ein grundlegendes Ziel: das Wohl der Bewohner. Die interprofessionelle Kommunikation gilt als ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Patientensicherheit (The Joint Commission 2015) und als Qualitätsmerkmal (Diakonie 2007). Wirksamkeitsstudien weisen auf die positiven Einflüsse interprofessioneller Zusammenarbeit auf bewohnernahe Outcomeparameter wie einer geringeren Anwendung von Antipsychotika, Verbesserung im Mobilitäts- und Kontinenzstatus oder einer höheren Patientenzufriedenheit hin (Schmidt *et al.* 1998; Antoni 2010; Nazir *et al.* 2013). Der Einbezug des Hausarztes oder des Apothekers sowie Teamkommunikation und -kooperation erweist sich als wichtige Bestandteile wirksamer Interventionen zur Verbesserung der Zusammenarbeit, (Nazir *et al.* 2013). Positive Zusammenhänge zwischen besserer Teamarbeit und kürzerer stationärer Verweildauer, höherer Patientenzufriedenheit und einer risikoadjustierten Sterblichkeit werden diskutiert, wenn auch einige der eingeschlossenen Studien Teamarbeit als Teil einer komplexen Intervention untersucht haben und der Effekt hier nicht trennscharf messbar ist (Sorbero 2008). Team-Meetings, die Diversität der vorhandenen klinischen Expertisen, etablierte Kommunikationsstrukturen und Konfliktlösungskompetenzen sowie das Kohäsionsgefühl der Akteure können zu positiven Veränderungen wie z.B. einer verringerten Sturzrate führen (Lemieux-Charles 2006; Zwarenstein *et al.* 2009).

Dem in der Einleitung skizzierten komplexen Bedarf an ärztlicher und pflegerischer Versorgung stehen strukturelle, wirtschaftliche und organisatorische Barrieren entgegen. Im Schnitt sind in einer Einrichtung 12 verschiedene Hausärzte tätig (van den Bussche *et al.* 2009a). Unter Berücksichtigung der Arbeitsorganisation der Pflegekräfte im Schichtbetrieb kommt es zu einer Vielzahl personeller Konstellation in der Zusammenarbeit. Zudem existieren keine verbindlichen Standards in der Versorgung, jeder Hausarzt bringt seine individuellen Konzepte und Erwartungen in die ebenso spezifischen Strukturen und Organisationsformen der Einrichtung mit (Diakonie 2007). Damit wird die synchrone Umsetzung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen besonders in akuten Versorgungssituationen erschwert und das Risiko von Medikationsfehlern erhöht (Balzer *et al.* 2013). Die Managementebene der Einrichtungen bewerten in einer Befragung die Zusammenarbeit als generell positiv, üben aber Kritik an speziellen Versorgungsfeldern wie Wundmanagement und Schmerztherapie (van den Bussche *et al.* 2009b). Hausärzte sehen infrastrukturelle Aspekte wie z.B. Dokumentationsanforderungen und die unzureichende Vergütung als problematisch an (van den Bussche, H *et al.* 2009b; Lühmann *et al.* 2013; Balzer *et al.* 2013; Meyer-Kühling *et al.* 2015). Zudem sind Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der jeweils anderen Berufsgruppen eine Hürde. Einrichtungsinterner Personalmangel, fehlende Ansprechpartner und dadurch mangelnde Kontinuität verstärken die Kommunikationsbrüche (Diakonie 2007; Tjia *et al.* 2009; Kalitzkus 2011; Lühmann *et al.* 2013;

Balzer *et al.* 2013; Meyer-Kühling *et al.* 2015). Auch im Umgang entstehen Hindernisse: Pflegekräfte fühlen sich von Hausärzten wenig wertgeschätzt (Meyer-Kühling *et al.* 2015), sie wünschen sich mehr Respekt und Bereitschaft zur Zusammenarbeit (Tjia *et al.* 2009). Hierarchische Denkweisen erschweren die Kommunikation auf gleicher Ebene (Diakonie 2007; Kalitzkus 2011). Hausärzte nehmen eine schwankende Qualität der Einrichtungen und der Mitarbeiter wahr (Kalitzkus 2011), wird doch die medizinische Kompetenz der Pflegekräfte als essentieller Einflussfaktor betrachtet (Truscott 2007) und hohe Weiterbildungsbedarfe für z.B. Schmerzmanagement als Thema mit hoher Schnittmenge zwischen ärztlicher und pflegerischer Expertise berichtet (Hallauer *et al.* 2005). Es zeigen sich Konflikte über die Delegation von Behandlungspflege, damit verbundene haftungsrechtliche Fragen oder über Art und Umfang von Dokumentation durch den Hausarzt (Diakonie 2007).

Karsch-Völk *et al.* (Karsch-Völk *et al.* 2015b) leiten aus ihren Erhebungen im Mixed-Methods-Design folgende Kriterien für eine gelungene Versorgung ab: Sicherstellung der medizinischen Versorgung mit bedarfsgerechter fach- und zahnärztlicher Versorgung, Vermeiden von Lücken in der Kommunikation, eine sichergestellte Versorgung außerhalb regulärer Praxisöffnungszeiten, so wenig Krankenhauseinweisungen wie nötig sowie praktikable und tolerable Organisationsabläufe. Diese Regeln basieren idealerweise auf einer schriftlichen Vereinbarung, die Verantwortlichkeiten, Kommunikationsabläufe, generelle Regeln zur Zusammenarbeit und zur Evaluation der Versorgung beinhaltet (Truscott 2007). Strukturelle Anpassungen zur Förderung ärztlicher Versorgung von Pflegeheimbewohnern, z.B. im Rahmen des Pflegeeneuausrichtungsgesetzes, zeigen Ansätze zur Verbesserung der Bewohnerzufriedenheit (Jordan *et al.* 2014) oder zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen (Dahlhoff 2007; KVMV 2011). Valide Zahlen zu tatsächlichen Effekten dieser Kooperationsmodelle liegen nicht vor (Balzer *et al.* 2013).

Die Besuchsfrequenz in den Einrichtungen zeigt sich in der Literatur heterogen: wöchentlich (Hallauer *et al.* 2005), alle vier Wochen (Schneekloth & Wahl 2007) bis einmal pro Quartal (Balzer *et al.* 2013). Durchschnittlich versorgt ein Hausarzt 60 Bewohner in 3,5 Einrichtungen stationärer Altenpflege und verbringt dort 1,7 Stunden pro Besuch (Theile *et al.* 2011; Buck 2011). Die Frage zur angemessenen Häufigkeit von Arztbesuchen lässt sich schwer beziffern (Rothgang *et al.* 2008). Aktuell berichtete Rückgänge in der Behandlungsquote lassen sich mit dem Rückgang der Zahlen von Allgemeinärzten erklären (Rothgang *et al.* 2016). Die Einrichtungen beobachten Heimbefuche zu ungünstigen Zeiten (Diakonie 2007; Theile *et al.* 2011).

In Befragungen und aus empirischen Daten erstellten Konzepten zur Optimierung der Zusammenarbeit ist eine feste, regelmäßige Visite ein Element von zentraler Bedeutung (Diakonie

2007; Struppek 2010; Meyer-Kühling *et al.* 2015; Karsch-Völk *et al.* 2015a; Zwick 2016). Daten aus einem Mixed-Methods-Design bereichern dieses Element um Aspekte wie Verlässlichkeit, Bedarfsgerechtigkeit und effektives Zeitmanagement und eine Vorbereitung durch die Pflegekräfte (Karsch-Völk *et al.* 2015a). Der Kontakt zu Pflegekräften ist ein grundlegender Bestandteil, mit ihnen besprechen die Hausärzte die aktuellen Anliegen und sie begleiten den Besuch. Oftmals verbleibt der Besuch ohne Bewohnerkontakt bei einer sogenannten Kurvenvisite und steht unter Zeitdruck (van den Bussche, H *et al.* 2009b; Theile *et al.* 2011; Buck 2011). Pflegekräfte halten es für zielführend und wertvoll, wenn sie den Besuch vorbereiten und begleiten (Struppek 2010). Der Hausarzt sieht sich selbst in supervisorischer (Buck 2011; Theile *et al.* 2011), vermittelnder (Bolmsjö *et al.* 2015) oder beratender Rolle (Modin *et al.* 2010).

Die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften wird in qualitativen Erhebungen von Hausärzten unterschiedlich bewertet. Pflegekräfte werden als kompetente Partner betrachtet, wenn sie erfahren, verlässlich und sorgfältig sind, während des Besuchs assistieren und eine gemeinsame Problembesprechung stattfindet. Hausärzte erwarten selbständige Entscheidungen und realistische Einschätzungen der medizinischen Bedarfslage der Bewohner durch die Pflegekräfte (Buck 2011; Theile *et al.* 2011). Heterogene Qualifikationen, Personalmangel und hohe Fluktuation begünstigen Kommunikationsbrüche und erschweren die Zusammenarbeit (Theile *et al.* 2011; Buck 2011). Hausärzte sind unzufrieden mit der Zusammenarbeit, wenn sie die Pflegekräfte für inkompetent, schwach in der Teamkommunikation und unzuverlässig in der Informationsweitergabe halten (Buck 2011; Meyer-Kühling *et al.* 2015). Oftmals ziehen Hausärzte in der Betrachtung des Heimbefuchs Parallelen zur Visite im Krankenhaus (Theile *et al.* 2011; Buck 2011), was sich auch aus der häufigen Nennung des Begriffs der Visite für den Besuch in der Einrichtung stationärer Altenpflege ableitet (Diakonie 2007; Struppek 2010; Meyer-Kühling *et al.* 2015; Karsch-Völk *et al.* 2015a; Zwick 2016). Pflegekräften ist es wichtig, dass der Hausarzt auch außerhalb der Sprechzeiten erreichbar ist. Eine gewachsene und verlässliche Kommunikation ist ebenso wertvoll wie die räumliche Nähe einer Praxis und bekannte Vertretungsregelungen (Struppek 2010).

Aus den obigen Ergebnissen quantitativer Arbeiten ergibt sich ein struktureller Rahmen mit ersten Hinweisen zum Heimbefuch. Diese Arbeit greift die orientierenden Befunde und die entstehende Forschungslücke auf und stellt das Erleben der Hausärzte und Pflegekräfte des Heimbefuchs in den Mittelpunkt.

### 3 Fragestellung und Ziel

Die bisherigen Ausführungen zeigen den Stand des Wissens zur Wirksamkeit interprofessioneller Kooperation sowie die organisatorischen und kommunikativen Hürden. Hausärzte und Pflegekräfte bewerten die Kooperation heterogen. Lösungsansätze für eine gelungene Zusammenarbeit verbleiben auf struktureller Ebene. Qualitative Studien auf der Basis von Interviews zur Autonomie von Heimbewohnern (Struppek 2010), zu Hausbesuchen aus der Perspektive der Hausärzte (Buck 2011; Theile *et al.* 2011) oder generellen Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegekräften im Setting stationärer und häuslicher Versorgung (Block *et al.* 2012) streifen den Heimbesuch als Nebenbefund.

Die Forschungsfragen dieser Arbeit setzen hier an und analysieren mit qualitativer Methodik das Wesen des Heimbesuchs aus der Sicht der beteiligten Berufsgruppen.

Die Fragestellungen dieser Arbeit lauten:

- Wie erleben Hausärzte den Heimbesuch?
- Wie erleben Pflegekräfte den Heimbesuch?

Ziel ist ein vertieftes Wissen und Verstehen der Situation des Heimbesuchs und die Sichtweisen der Berufsgruppen, um Erkenntnisse für die kommunikativen und interaktiven Strukturen der interprofessionellen Kooperation in der stationären Altenpflege zu gewinnen und damit die medizinische Versorgung der Bewohner zu stärken.

## 4 Methoden

In diesem Abschnitt wird das methodische Vorgehen der Untersuchung aufgezeigt. Ausgehend von der Begründung der Wahl der qualitativen Herangehensweise wird der Forschungsansatz der Grounded Theory mit den dazugehörigen analytischen Schritten, das Sampling und der Feldzugang sowie die Datenerhebungsmethode der Leitfadeninterviews vorgestellt. Neben dem Vorgehen der Auswertung kommen im Weiteren Aspekte des Datenschutzes und der Forschungsethik zum Tragen.

### 4.1 Wahl und Begründung der Methoden

Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht das Erleben der Hausärzte und Pflegekräfte während der sozialen Situation des Heimbessuchs (Schulz-Schaeffer 2008). Über dieses Erleben ist bisher wenig bekannt. Die subjektive Perspektive der Hausärzte und Pflegekräfte nachzuvollziehen und zu verstehen dient dem Ziel, tiefe Einsichten in die kommunikativen und interaktiven Strukturen des Heimbessuchs als komplexe Situation zu erhalten. Für dieses Verstehen in der explorativen Herangehensweise bedarf es qualitativer Erhebungs- und Auswertungsverfahren. Diese umfassen gemäß Breuer „lebensweltliche Phänomene, Probleme und Prozesse sowie deren Ausdruck in den Sichtweisen, Aushandlungs- und Präsentationsformen der involvierten Akteure“ (Breuer 2010b). Vom Forschungsgegenstand aus betrachtet ist die Methodik daher angemessen. Die Nähe zum Gegenstand, die offene Herangehensweise mit der Darlegung des Vorverständnisses und die geringe, sich im Forschungsprozess ergebende Fallzahl sind für die qualitative Forschung charakteristisch (Prakke 2007). In gesundheitsbezogener Forschung und insbesondere in der Pflegewissenschaft sind qualitative Methoden gut etabliert, was sich in größer werdender Methodenvielfalt, Einbindung in die universitäre Lehre und in die Publikationslandschaft zeigt (Mayer 2016). Ziel ist es, die soziale Wirklichkeit der Akteure zu rekonstruieren (Flick 2013). Mit dieser Arbeit soll ein in seinen Bestandteilen noch fragmentarischer Ansatz aus der Sichtweise zweier beruflicher Akteursgruppen im Gesundheitswesen lebensweltlich verankert, konzeptionell modelliert und auf Übertragbarkeit hin diskutiert werden.

Der symbolische Interaktionismus nach Mead bildet den theoretischen Bezugspunkt der Arbeit. Der symbolische Interaktionismus begreift „das Selbst als einen Prozess, das den Menschen mit der Fähigkeit zur Selbst-Interaktion und damit zur Selbstreflexivität ausstattet“ (Winter 2010). Eine Grundannahme ist es, dass soziale Situationen wie der Heimbessuch durch die subjektiven Bedeutungen der Handelnden gestaltet werden.

Die vorliegende Arbeit nutzt den Forschungsansatz der Grounded Theory – wie von Strauss und Corbin vertreten – zur Beantwortung der Forschungsfragen. Dieser Forschungsstil hat sich zu einer wichtigen Methode zur Untersuchung pflegewissenschaftlicher und allgemeinmedizinischer Themen etabliert und dient als Basis der Entwicklung von Theorien mittlerer Reichweite (Polit *et al.* 2004; Marx & Wollny 2009; Nagl-Cupal 2010, 2010). Dieser sozial und personal geprägte Ansatz bietet Forschenden Gestaltungsspielraum bezüglich der Umsetzung, eint sich aber auf ein Ziel: eine Theorie als ein gegenstands begründetes theoretisches Modell auf hoher Abstraktionsebene zu entwickeln, ohne Bindung an spezielle Datentypen oder theoretische Interessen (Strauss *et al.* 1998). Die Entwicklung theoretischer Konzepte und Modelle wird dabei fortlaufend an die Erfahrungsebene zurückgebunden (Breuer 2010a). Einer Reduktion der Inhalte durch einen bestehenden Rahmen wird entgegengewirkt (Marx & Wollny 2009). Der Forschende bringt sein Kontextwissen mit ein und stellt generative Fragen an das Datenmaterial, zeigt aber mit der theoretischen Sensitivität die Reflexion über die Daten in theoretischen Begriffen. Typisch ist der fluide und dynamische Charakter der Datenerhebung und -analyse. Die Phasen laufen nicht getrennt, sondern parallel ab und nehmen aufeinander Einfluss. Im Kodierprozess werden das offene, das axiale und das selektive Kodieren unterschieden (Flick 2011). Dem Aufbrechen der Daten in Konzepte im offenen Kodieren (Konzept-Indikator-Modell) folgt im axialen Kodieren das Erstellen von Zusammenhängen untereinander hin zu einer konzeptuell dichten Theorie unter Zuhilfenahme des Kodierparadigmas mit den Bedingungen, den Interaktionen, Strategien und Konsequenzen der relevanten Phänomene. Das selektive Kodieren arbeitet die Beziehungen der Kategorien untereinander auf und legt den roten Faden als Kernkategorie dar (Strauss *et al.* 1998). Durch fortwährendes Vergleichen, Überprüfen und Generalisieren der Ergebnisse wird das Verstehen sozialer Phänomene angestrebt und die Ebene des Beschreibens verlassen (Marx & Wollny 2009; Breuer 2010a). Ein weiteres Merkmal ist das theoretische Sampling, unter der die Auswahl und Einbeziehung weiterer Daten entlang der Theorieentwicklung verstanden wird. Sich entwickelnde Kategorien werden auf ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin dimensionalisiert. Das kontinuierliche Verfassen analytischer Memos dokumentiert den Forschungsprozess, unterstützt transparent die Interaktion mit den Daten und bildet den Prozess der Theoriebildung ab. Ziel ist es, Muster in den Daten zu identifizieren, durch stetige Vergleichsprozesse auf Ähnlichkeiten und Unterschiede hin und Fragen an das Material mit überprüfenden Rückkopplungsschleifen die Daten zu einem Kategoriensystem hin zu verdichten (Strauss *et al.* 1998; Strauss & Corbin 2010).

Interviewpartner haben in Leitfadeninterviews die Möglichkeit, ihr individuelles Relevanzsystem darzulegen. Mit dem Leitfaden ist ein thematischer Rahmen vorgegeben, der Impulse für den Interviewpartner setzt, aber Freiraum für die individuelle Erzählstruktur lässt und Flexibilität für neue Themen ermöglicht. Gleichzeitig ergibt der Leitfaden ein Gerüst für die Datenerhebung und -analyse. Damit entsteht eine gesprächsstrukturelle Ähnlichkeit über die interviewten Akteursgruppen hinweg (Bortz & Döring 2006).

#### **4.2 Feldzugang und Samplingstrategie**

Der Zugang zum Feld erfolgte für die einbezogenen Berufsgruppen mit zwei Strategien. Die Pflegekräfte wurden über an der Studie *interprof* teilnehmende Einrichtungen stationärer Altenpflege in Hamburg, Göttingen und Mannheim und der Umgebung dieser Städte rekrutiert. Diese Vorgehensweise stellte Teilnehmende aus städtischer und ländlicher Umgebung sicher. Es wurden zunächst unter Zuhilfenahme onlinebasierter Adressverzeichnisse („Pflegeheimnavigator“) Einrichtungen postalisch adressiert (siehe Anhang 1) und telefonisch bei den Pflegedienstleitungen nachgefasst. Die Pflegedienstleitungen, die zur Teilnahme im *interprof*-Projekt einwilligten, fungierten als Türöffner in den Einrichtungen, ebneten den Weg zur Teilnahme mit Informationen zum Forschungsprojekt und stellten unter anderem räumliche und zeitliche Ressourcen der Pflegekräfte zur Verfügung (siehe Anhang 2 und 3). In Teambesprechungen und persönlichen Gesprächen wurden die Pflegekräfte über das Forschungsprojekt informiert und Interviews terminiert. Einschlusskriterien waren ein Mindestalter von 18 Jahren, ausreichende Deutschkenntnisse, eine abgeschlossene Pflegeausbildung und mindestens einjährige Berufserfahrung.

Die zweite Strategie zielte auf die Rekrutierung von Hausärzten ab. Zum einen wurden über Adressverzeichnisse die Arztpraxen postalisch angeschrieben (siehe Anhang 4) und telefonisch nachgefasst. Zum anderen wurden Hausärzte in bestehenden Netzwerken (z.B. Lehrpraxen) und bei regionalen Veranstaltungen („Tag der Allgemeinmedizin“) um Teilnahme gebeten. Bei Bereitschaft zur Teilnahme wurden die Hausärzte über das Projekt informiert. Einschlusskriterien waren ausreichende Deutschkenntnisse, als niedergelassener Hausarzt oder hausärztlicher Internist tätig und Heimbewohner im Patientenstamm.

Alle Teilnehmenden erhielten eine Aufwandsentschädigung von 50€. Da die Teilnahme der Pflegekräfte und Hausärzte auf Freiwilligkeit beruhte, wurden keine Daten zur Nicht-Teilnahme erhoben.

### 4.3 Datenerhebung

Der Erhebung lagen Leitfadeninterviews zugrunde (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014). Die Interviews wurden von sechs geschulten Interviewern, darunter die Verfasserin, im Rahmen der *interprof*-Studie zwischen Oktober 2012 und August 2013 erhoben, aufgezeichnet und wortwörtlich transkribiert (Rosenthal 2014). Die Transkriptionszeichen sind dem Anhang 5 zu entnehmen. Die Transkription wurde anhand der Audioaufnahme auf Korrektheit geprüft. Die Interviewer wiesen unterschiedliche Merkmale hinsichtlich Geschlecht, Alter und beruflichen Hintergrund (Pflegewissenschaft, akademische Ergotherapie, Gerontologie, Medizin/Gesundheitswissenschaft, Soziologie) auf. Jedes Interview begann mit der Frage nach der Beschreibung des Arbeitsalltags, gefolgt von Fragen nach typischen Situationen medizinischer Versorgung, dem letzten Besuch des Hausarztes in der Einrichtung, der Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen und den Wünschen für die Zukunft (siehe Anhang 6 und 7). Der Interviewleitfaden wurde einem Pre-Test unterzogen. Gemäß dem Ansatz der Grounded Theory wurde der Interviewleitfaden der Pflegekräfte im Verlauf der Erhebung um eine Leitfrage zur Delegation von Aufgaben ergänzt. Die Interviews wurden persönlich geführt, während oder im Anschluss an die Arbeitszeit der Pflegekraft oder des Hausarztes, am Arbeitsplatz oder in der häuslichen Umgebung. Die Erhebenden informierten über die generellen Ziele des Projekts, nicht aber über ihre eigene berufliche Herkunft oder ihre Einstellung zur Forschungsgegenstand. Ein kurzer Fragebogen komplettierte die Interviews um die soziodemografischen Angaben (siehe Anhang 8 und 9). Nach den Interviews wurden Feldnotizen über die Interviewsituation in Memos festgehalten. Datensättigung war nach 14 beziehungsweise 18 Interviews erreicht und wurde durch die Analyse weiterer Interviews bestätigt.

Die offene Kodierung wurde mit MAXQDA 10 vorgenommen, einer Software zur Analyse qualitativer Daten. Die axiale und selektive Kodierung wurde durch handschriftlich und digital erstellte Mind-Maps und theoretische Memos unterstützt.

#### 4.4 Datenauswertung

Jedes transkribierte Interview wurde zunächst gemeinsam mit den soziodemografischen Daten und Situations-Memos im Gesamten gelesen und theoretische Memos zum ersten Eindruck und Darlegen der Vorannahmen angefertigt. Diesem Schritt folgte das offene Kodieren. Zeile für Zeile, auch Wort für Wort oder Satz für Satz wurde das Transkript auf Kategorien und Subkategorien hin analysiert, also genuine Kategorien ausgemacht und benannt: die Daten wurden aufgebrochen. Fragen an das Material wurden aufgeworfen und im Memo notiert. Konzepte, die zu einem Phänomen gehören, wurden gruppiert und damit kategorisiert (Strauss & Corbin 2010). Die Eigenschaften der Kategorien wurden deutlicher, je mehr Interviews bearbeitet und verglichen wurden. Gezielt wurden gemäß des theoretischen Samplings Kontraste gesucht: wo sind Ähnlichkeiten in den Ausprägungen, den sogenannten Dimensionen, wo sind starke Abweichungen? Strauss bezeichnet diesen Schritt als Sprungbrettfunktion, „[der Forscher] springt schnell heraus, um nachzudenken, zu spekulieren oder Hypothesen zu bilden“ (Strauss *et al.* 1998). Es ergaben sich einzelne Kategorien, die sich im axialen Kodieren intensiver und konzentrierter darstellten. Die Daten wurden nach dem offenen Kodieren auf die Verbindungen zwischen den Kategorien hin neu zusammengesetzt (Strauss & Corbin 2010). Ihre Beziehungen untereinander wurden im oben beschriebenen Kodierparadigma spezifiziert. Der letzte Kodierschritt setzte die Kategorien systematisch zur Kernkategorie in Bezug und stellt mit der Geschichte dieses Phänomens dem roten Faden her. Diese Kodierprozesse verlaufen dabei nicht linear, sondern im zirkulären stetigen Rückgriff auf das Material ab. Die Analyse gestaltet sich unter Einbezug des interdisziplinären Teams der Studie *interprof* sowie stetiger Reflexion der entstehenden Kategorien und der Prozesse. Ein Beispiel mit Interviewdaten einer Pflegekraft (AP6, Absatz 57 des Interviews) veranschaulicht den Kodierprozess in Abbildung 1.

Offenes Kodieren:

Hausarztbesuch/Routine/Beteiligung der Pflege: „nur dabei statt mit-tendrin/Arztvisiten werden so nebenbei gemacht

Hausarztbesuch/Routine/Vorbereitung/Visitenplanung/die Hausärzte wissen schon, wo sie sich melden müssen

„also der, der, der kommt zu uns. Kommt zum Stationszimmer. So und entweder ist da jemand, oder er sucht uns eben im Wohnbereich.“ (AP6/57)

Analytisches Memo: Der Arzt hat hier eine aktive Rolle, er „kommt“, „sucht“, er ist zu Besuch (= vorübergehender Aufenthalt an einem bestimmten Ort). Der Aufenthaltsort der Pflegekraft scheint nicht immer gleich: Stationszimmer, im Wohnbereich (weitere Orte?). Dies könnte auf einen nicht bekannten Termin hinweisen: Hausarzt und Pflegekraft haben sich nicht zu einer Zeit an einem Ort verabredet. Es bestehen für den Aufenthaltsort anscheinend nur wenige Optionen, die der Arzt kennt, er hat die Alternative „Im Wohnbereich zu suchen“, wenn im Stationszimmer keiner ist. Das Eintreffen des Arztes und sein aktives Herbeiführen eines Kontaktes zur Pflegekraft zeigen sich ebenso als intervenierende Bedingung wie der Aufenthaltsort der Pflegekraft. Die Strategien, den Kontakt herbeizuführen, die der Arzt wählt: ins Stationszimmer kommen oder bei Nicht-Antreffen im Wohnbereich zu suchen.

Strukturierte Anwendung des Paradigmatischen Modells im axialen Kodieren

„Kontaktaufnahme“

Ursache	Arzt trifft im Pflegeheim ein
Kontext	Deutet auf ungeplanten Besuch, ohne festen Termin hin
Intervenierende Bedingungen	Aufenthaltsort der Pflegekraft Eintreffen des Arztes
Strategien	Arzt kommt ins Stationszimmer Arzt sucht Pflegekraft im Wohnbereich
Konsequenzen	Arzt findet Pflegekraft

Abbildung 1: Kodierprozess – offenes und axiales Kodieren (eigene Darstellung)

Das offene Kodieren ergab erste Erwartungen, Erfahrungen und Strategien der Interviewteilnehmer. Im axialen Kodieren wurden die Kategorien geclustert und mit dem paradigmatischen Modell als heuristischem Werkzeug neu organisiert. In einem iterativ-vergleichenden Prozess wurden in den Interviews Ähnlichkeiten und Unterschiede weiter ausdifferenziert, bis Datensättigung eintrat. Nach der Identifikation der Kernkategorien wurde relevante Literatur zur Vervollständigung des Modells herangezogen.

#### **4.5 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethikkommission**

Die Ethikkommission der Universitätsmedizin Göttingen beschied am 02.10.2012 keine ethischen und rechtlichen Bedenken für das Projekt *interprof* (Antragsnummer 17/5/12) ebenso entschieden die Ethikkommissionen in den weiteren datenerhebenden Standorten die Ethikkommission der Ärztekammer in Hamburg (MC241/12) und die Medizinische Ethikkommission der Universitätsmedizin Mannheim (2012-337N-MA). Die Hausärzte und Pflegekräfte wurden vor dem Interview durch den Projektmitarbeiter in einem Aufklärungsgespräch über die Studie und die Verwendung der Daten informiert und willigten schriftlich in die Teilnahme ein (siehe Anhang 10 und 12). Alle teilnehmenden Personen erhielten eine schriftliche Information (siehe Anhang 11 und 13). Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig, das Einverständnis konnte jederzeit ohne Begründung widerrufen werden, ohne Nachteile für die Person. Die Originaldaten werden auf Datenträgern zehn Jahre nach Studienende im Institut für Allgemeinmedizin unter begrenztem Zugriff archiviert. Die Analyse der Daten erfolgte in pseudonymisierter Form, ein Rückschluss auf die Personen ist damit nicht möglich.

## 5 Ergebnisse

Der Ergebnisteil gliedert sich eine Beschreibung der Stichprobe zu Beginn, gefolgt von den Analysen der Interviews mit den Hausärzten und den Pflegekräften.

### 5.1 Stichprobe

Insgesamt wurden in 48 Interviews Daten von 30 Hausärzten und 18 Pflegekräften erhoben. Die Teilnehmer sind 25 Männer und 23 Frauen. Die Spanne in Alter und Berufserfahrung ist weit und sichert damit eine kontrastreiche Stichprobe. Tabelle 1 zeigt die detaillierten soziodemografischen Daten der teilnehmenden Hausärzte und Pflegekräfte auf.

Die teilnehmenden Pflegekräfte stammen aus 14 Einrichtungen stationärer Pflege. Neun dieser Einrichtungen sind in gemeinnütziger, vier in privater und eine in öffentlicher Trägerschaft. Die Größe variiert zwischen 26 und 257 Bewohnern. Die 48 Interviews sind zwischen 19 und 77 Aufnahmeminuten lang.

**Tabelle 1: Soziodemografische Daten der Interviewteilnehmer**

	Hausärzte	Pflegekräfte
Geschlecht	21 Männer 9 Frauen	4 Männer 14 Frauen
Alter	36 bis 71 Jahre	26 bis 61 Jahre
Berufserfahrung	11 bis 38 Jahre	4 bis 30 Jahre
Zahl der betreuten Bewohner/ Zahl der betreuten Einrichtungen	zwischen 4 und 250 Bewo- ohner in 1 bis 10 Einrich- tungen	-
Stunden pro Woche in der Einrichtung	1 bis 30 „täglich“ „nach Bedarf“	-
Berufsausbildung	-	16 Altenpflegende 2 Gesundheits- und Krankenpflegende
Leitungsposition	-	4 Pflegekräfte

## 5.2 Ergebnisse

Die im folgenden Abschnitt dargestellten Ergebnisse beantworten die Forschungsfragen anhand der veröffentlichten Analysen (Fleischmann *et al.* 2016; Fleischmann *et al.* 2017b).

### 5.2.1 Wie erleben Hausärzte den Heimb Besuch?

Die Kernkategorie im Erleben der Hausärzte zeigt sich als der „produktive Heimb Besuch“. Hierunter wird die Balance zwischen Einsatz und Nutzen unter Beachtung der Zweckdienlichkeit für die Bewohner, des persönlichen Engagements der Hausärzte und der Eigenschaft als Praxisinhaber mit ökonomischer Verantwortung verstanden. Der „produktive Heimb Besuch“ zeigt sich in vier Dimensionen: angeforderte Besuche, regelmäßige Routinebesuche, Heimvisiten und ad-hoc-Besuche, deren Aufwand und Ausmaß spontan vor Ort entschieden werden. Diese Besuchsformen unterscheiden sich nach den Abstufungen der Planbarkeit, Regelmäßigkeit, Terminierung sowie der inhaltsbezogenen Ausgestaltung. Angeforderte Besuche sind am wenigsten planbar. In der Regel geht eine akute Veränderung im Gesundheitszustand der Bewohner voraus, von der die Hausärzte durch die Pflegekräfte, die Bewohner selbst oder die Angehörigen erfahren, in der Regel via Telefon oder Fax. Regelmäßige Routinebesuche zeigen sich als planbarer und effizienter, werden aber nicht zwingend als produktiver wahrgenommen. Häufig dienen diese Besuche dem Monitoring chronisch kranker Bewohner. Betreuen Hausärzte mehrere Bewohner in einer Einrichtung, zeigt sich oft die dritte Dimension, die Heimvisite. Hier zeigen sich Ähnlichkeiten zu einer strukturierten Visite im Krankenhaus, ein Bewohner nach dem anderen wird aufgesucht. Eine weitere Form ist der ad-hoc-Besuch. Hier entscheiden die Hausärzte während des Besuchs spontan und individuell die Ausdehnung, ob sie weitere Bewohner aufsuchen, dringliche Anfragen bearbeiten oder organisatorische Belange mit erledigen.

Ursachen und intervenierende Bedingungen für den „produktiven Heimb Besuch“ sind die Charakteristika der Pflegekräfte und der Bewohner sowie die Struktur der Einrichtung der stationären Altenpflege. Die Pflegekräfte nehmen mit ihrem individuellen Charakter, ihrer formalen Qualifikation, ihrer Einsatzbereitschaft und ihrem Sicherheitsbedürfnis Einfluss auf den „produktiven Heimb Besuch“. Hausärzte erleben diese Faktoren als Folge gesetzlicher Regelungen im deutschen Gesundheitswesen wie beispielsweise Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen. Der Kontakt mit Pflegekräften, die Berufserfahrung im Krankenhaus oder leitende Funktionen haben, wird für einen „produktiven Heimb Besuch“ bevorzugt. Pflegekräfte werden als Informationsquelle wahrgenommen, der Kontakt rahmt den Besuch. Je stärker Pflegekräfte die Erwartungen der Hausärzte erfüllen, desto mehr erleben diese den Heimb Besuch als „produktiv“ – sofern eine Kontaktaufnahme nicht bereits beim Auffinden der zuständigen Pflegekräfte im Wohnbereich scheitert.

Die Bewohner beeinflussen den Heimb Besuch ebenso. Hausärzte erleben divergente Emotionen gegenüber den Bewohnern. Sie erleben die Bewohner als passiv, mitunter auch aggressiv und sich selbst als hilflos, andererseits verspüren sie die Dankbarkeit der Bewohner und ihre besondere ärztliche Rolle als Vertrauensperson, die im Lebensverlauf begleitet und Abwechslung in den Alltag in einer Einrichtung stationärer Altenpflege bringt. Auch die Struktur des Pflegeheims wirkt auf den „produktiven Heimb Besuch“ ein, da die Hausärzte sich mangels einrichtungsübergreifender Standards auf die jeweiligen Strukturen und Gegebenheiten der Einrichtung anpassen müssen. Zudem erhöht die Arbeitsorganisation der Pflegenden im Schichtbetrieb die Zahl der Kontaktpersonen und damit das Risiko von Kommunikationsbrüchen. Erlebte Parallelen zum Krankenhausbetrieb hingegen stützen den „produktiven Heimb Besuch“.

Zur Stärkung eines „produktiven Heimb Besuchs“ werden die Hausärzte aktiv. Diese Strategien zeigen sich als vorbereitende, vor-Ort- und investierende Maßnahmen, die sich im Ablauf eines Heimb Besuchs chronologisch einordnen lassen, aber nicht bei allen Besuchen auftreten müssen. Vorbereitende Strategien gehen dem Heimb Besuch voraus. Hausärzte terminieren und planen den Besuch. Sie verabreden Besuchstermine mit den Pflegekräften und erwarten eine Einhaltung dieser Termine. Eine Flexibilität in der Termingestaltung eröffnet den Hausärzten eine größere Chance auf ein Zusammentreffen mit einer Pflegekraft mit zeitlichen Ressourcen. Ein „produktiver Heimb Besuch“ bedarf der Vorbereitung, z.B. der Übersendung einer Liste von Anliegen per Fax durch die Pflegekräfte in die Hausarztpraxis oder dem Zusammenstellen (potentiell) benötigter Unterlagen wie Verordnungen oder anderer Formulare.

Vor-Ort-Strategien werden beim Besuch der Einrichtung ergriffen und stehen im engen Zusammenhang zu den dort angetroffenen Akteuren. Für einen „produktiven Heimb Besuch“ ist es den Hausärzten wichtig, zu Beginn einen Überblick zu gewinnen. Mit der Kontaktaufnahme zu den Pflegekräften, ergänzt durch Kurvenvisiten, erhalten die Hausärzte Informationen, die über den weiteren Verlauf des Heimb Besuchs entscheiden und den Bewohnerkontakt strukturieren. Die Begleitung des Besuchs durch die Pflegekräfte stärkt den „produktiven Heimb Besuch“, da Bedarfe an Informationen oder Assistenz umgehend nachgekommen werden kann. Abhängig von der Arzt-Bewohner-Beziehung kann aber auch von einer Begleitung durch die Pflegekräfte abgesehen werden. Zum „produktiven Heimb Besuch“ gehört es auch, Entscheidungen zu treffen. Diese reichen von Maßnahmen geringer Tragweite wie eine Dosisanpassung nach einem Medikamentenschema bis hin zu komplexen Entscheidungen in palliativen Situationen unter Einbezug aller betroffenen Akteure und biografischer Aspekte. Sich um die Bewohner zu kümmern ist eine weitere Strategie. Hierunter fallen neben der medizinischen Versorgung auch die menschliche Zuwendung und der soziale Kontakt.

Investierende Strategien zur Stärkung des „produktiven Heimbessuchs“ lassen sich zum Ende des Besuchs einordnen und sollen (aus hausärztlicher Perspektive unnötigen) Anfragen bis zum nächsten Besuch vorbeugen. Hausärzte lehren und unterweisen die Pflegekräfte zu medizinischen Themen, um deren Wissen zu vergrößern und ihnen ein eigenständiges Handeln zwischen den Besuchen zu ermöglichen. Der Umgang mit der Dokumentation in der Einrichtung ist ein Thema, bei dem die Hausärzte in den Interviews emotional reagierten. Auf den Druck zur Dokumentation, der an sie herangetragen wird, reagieren einige unwillig und ungehalten, andere sehen klare Dokumentation als unterstützend an und investieren mit ihrer Bereitwilligkeit zur Dokumentation in die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften. Die Strategie, Absprachen zu treffen, schließt den Heimbessuch ab, sichert den Verlauf bis zum nächsten Besuch und verringert (aus hausärztlicher Perspektive unnötige) Anfragen dazwischen.

In der Konsequenz der Strategien ergibt sich für die Hausärzte in ihrem Erleben zum einen eine individuelle Zufriedenheit. Der Heimbessuch wird als Abwechslung vom Praxisalltag betrachtet und eine berufliche, bisweilen auch zwischenmenschliche Interaktion wird positiv bewertet. Bemerkten die Hausärzte bei den Bewohnern eine Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung, so erleben sie selbst auch ein solches Gefühl. Zum anderen empfinden Hausärzte aber auch Ärger über die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften und Geringschätzung für deren Kompetenzen sowie dem Gefühl, beim Heimbessuch Zeit zu verschwenden. Mitunter wird bei Konflikten der Kontakt der Pflegekraft vermieden oder die Versorgung des Heims aufgegeben (Fleischmann *et al.* 2016).



Abbildung 3: Paradigmatisches Modell: Hausarztterleben (eigene Darstellung)

Abbildung 2: Paradigmatisches Modell: Hausarztterleben

### 5.2.2 Wie erleben Pflegekräfte den Heimb Besuch?

Die Analyse der Interviews mit den Pflegekräften zeigte das Bedürfnis des „Dabei-Seins“ als Kernkategorie. „Dabei-Sein“ wird zum einen als die Präsenz der Pflegekräfte während des Heimb suchs verstanden, zum anderen als der Grad der Einbezogenheit in Entscheidungen der medizinischen Versorgung der Bewohner.

„Dabei-Sein“ zeigt sich in unterschiedlichen Dimensionen: selbstverständliches, passives, teilhabendes „Dabei-Sein“, das „Dabei-Sein“ als Mittelsmann oder das Nicht-„Dabei-Sein“. Im selbstverständlichen „Dabei-Sein“ ist die Begleitung des gesamten Heimb suchs üblich. Die Pflegekräfte können dabei ihre Fragen und Anliegen zum Gesundheitszustand der Bewohner vorbringen. Für den Informationsfluss fungieren sie als Filter zu den Hausärzten. Das passive „Dabei-Sein“ beinhaltet eine Begleitung des Heimb suchs in nicht-gestaltender Rolle. Beim teilhabenden „Dabei-Sein“ ist eine ständige Präsenz beim Heimb such selbst nicht erforderlich, wohl aber ein enger Einbezug und Abstimmung der medizinischen Versorgungsprozesse. „Dabei-Sein“ als Mittelsmann zeigt sich als Dimension, wenn die Pflegekräfte als Informationszentrum zwischen den Akteuren dienen, was wiederum ihrem Bedürfnis nach Informiertheit entgegenkommt. Nicht-„Dabei-Sein“ tritt dann auf, wenn Pflegekräfte keinen Anteil am Heimb such haben.

Ursachen und intervenierende Bedingungen sind die Charakteristika der Pflegekräfte selbst, die der Hausärzte und der Bewohner. Pflegekräfte sehen sich selbst als Zentrum der Informationen. Sie nehmen in der medizinischen Versorgung eine Anwaltsfunktion für die Bewohner gegenüber den Hausärzten ein, einhergehend mit dem Gefühl der Verantwortlichkeit. Die Zeit, die die Hausärzte gegenüber den Pflegekräften beim Heimb such aufbringen, wird als Repräsentation der Zeit gegenüber den Bewohnern gesehen – und oft als zu gering beklagt. Pflegekräfte bringen beim Heimb such ihr Fachwissen ein und fühlen sich abgewertet, wenn dieses Wissen bei den Hausärzten keine Beachtung findet. Der Qualifikationsgrad beeinflusst ebenso das „Dabei-Sein“. Zudem ist die Beziehung zu den Hausärzten eine Bedingung. Eine lang bestehende, vertrauensvolle und verlässliche Bindung stärkt das „Dabei-Sein“.

Die beeinflussenden Charakteristika der Hausärzte beinhalten, wie sie nach persönlichem Charakter und individuellen Präferenzen den Heimb Besuch gestalten. Deren Kontaktaufnahme zu Beginn des Besuchs und das daraus resultierende Vorgespräch sichert das „Dabei-Sein“. Zudem profitieren die Hausärzte von den Informationen der Pflegekräfte und ihrer Assistenz beim Besuch. Als Bewohnercharakteristika, die das „Dabei-Sein“ beeinflussen, zeigen sich der Gesundheitszustand und der Grad der Autonomie. Je unselbständiger die Bewohner im Alltag sind und je akuter die Symptomatik einer Erkrankung, desto stärker zeigt sich das „Dabei-Sein“. Es wird akzeptiert, dass manche Bewohner beim Heimb Besuch der Hausärzte die Pflegekräfte ausschließen.

Pflegekräfte ergreifen Strategien, um die Qualität des „Dabei-Seins“ zu verändern. Bereits vor dem Heimb Besuch entscheiden sie über den Informationsverlauf, priorisieren die Anliegen der Bewohner anhand ihres Fachwissens, der Dringlichkeit, zugrundeliegender Daten oder der Einschätzungen im Team. Sie bereiten sich vor und legen Dokumente zur Vereinfachung organisatorischer Prozesse bereit. Während des Heimb Besuchs, insbesondere in der Phase des direkten Bewohnerbesuchs, nehmen die Pflegekräfte eine assistierende Rolle ein. Die Gestaltungshoheit über den Besuch überlassen sie dabei den Hausärzten und passen sich deren Auslegung bezüglich zeitlicher und thematischer Struktur an. Um „Dabei-Sein“ zu ermöglichen, setzen Pflegekräfte bestehende Regeln wie z.B. nach schriftlicher Anordnung durch. Fühlen sie sich nicht ausreichend einbezogen, drängen sie ihr „Dabei-Sein“ auf, insbesondere in Situationen, in denen sie sich durch Eile des Hausarztes missachtet fühlen.

Als Konsequenz der Strategien der Pflegekräfte erleben diese eine Verbesserung der Versorgungsqualität der Bewohner, da das „Dabei-Sein“ die zeitnahe und adäquate Umsetzung von Maßnahmen medizinischer Versorgung ermöglicht. „Dabei-Sein“ erlaubt ein Gefühl der Sicherheit im Handeln, insbesondere in Situationen, in denen der Verantwortungsumfang der Pflegekräfte nicht klar umrissen scheint. Pflegekräfte erleben allerdings auch ein Dilemma doppelter Anforderung, da ihr „Dabei-Sein“ Ressourcen verbraucht, die sie zur Erfüllung von z.B. Bewohnerbedürfnissen an anderer Stelle benötigen. Wird das Bedürfnis nach „Dabei-Sein“ über einen längeren Zeitraum nicht erfüllt und häufen sich weitere Barrieren in der Zusammenarbeit mit den Hausärzten, wirken Pflegekräfte auf eine Auflösung der Versorgungsstruktur hin (Fleischmann *et al.* 2017b). Abbildung 2 zeigt die Kategorien und ihre Beziehungen untereinander im Überblick.

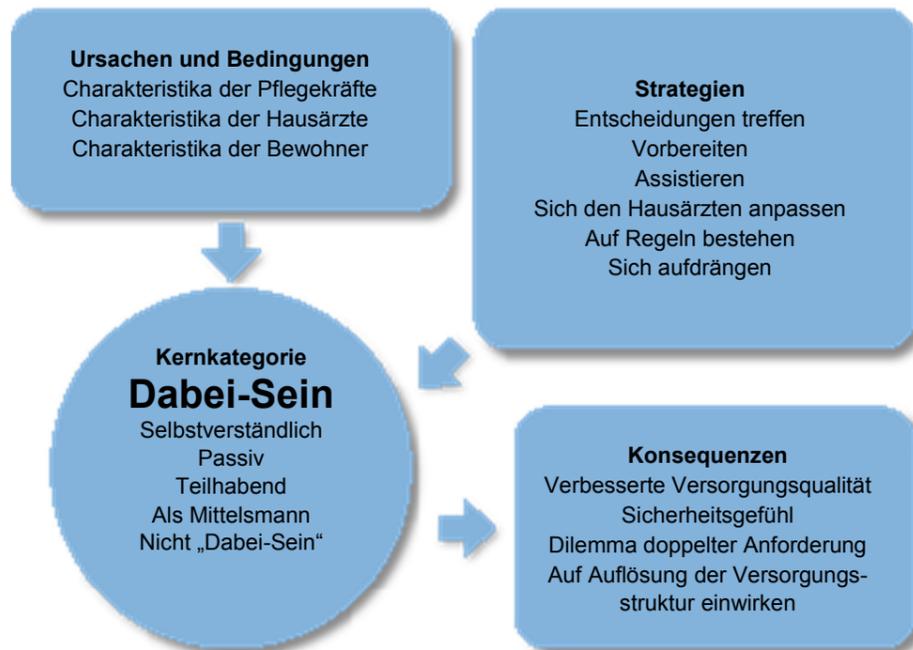


Abbildung 2: Paradigmatisches Modell: Pflegekrafteerleben (eigene Darstellung)

## 6 Diskussion

Ziel der Arbeit war es, mittels qualitativer Analyseverfahren das Erleben der Hausärzte und Pflegekräfte beim Heimb Besuch sichtbar zu machen und damit Erkenntnisse über die kommunikativen und interaktionalen Strukturen zu gewinnen. Mit der Entwicklung des „Dabei-Seins“ als Kernkategorie der Pflegekräfte und des „produktiven Heimb Besuchs“ als Kernkategorie der Hausärzte mit den jeweiligen Ursachen, Bedingungen, Strategien und sich daraus ergebenden Konsequenzen wurde das subjektive Erleben konzeptualisiert und in Modelle überführt.

Der nachfolgende Abschnitt diskutiert zu Beginn die methodischen Stärken und Schwächen dieser Arbeit. Danach werden die Untersuchungsergebnisse in den Kontext der Literatur gestellt sowie die kommunikativen und interaktionalen Strukturen herausgearbeitet. Die Übertragbarkeit der Modelle sowie weiterer Forschungsbedarf wird skizziert.

### 6.1 Stärken und Schwächen der Untersuchung

Das durch die Analyse und Modellentwicklung mittels des Ansatzes der Grounded Theory (Strauss *et al.* 1998; Strauss & Corbin 2010) entstandene vertiefte Wissen und die fokussierte Exploration der Sichtweisen der Pflegekräfte und Hausärzte zum Heimb Besuch ist eine der Stärken dieser Arbeit.

Der Kodierprozess erfolgte im Sinne einer Triangulation (Flick 2000) zur Stärkung der Validität durch Zweierteams aus Personen unterschiedlicher Professionen. Methodenworkshops, Projektbesprechungen und eine stetige Reflexion der Vorgehensweise stützten eine objektive Betrachtung des Materials. Die Heterogenität der Interviewer hinsichtlich Geschlecht, Alter und beruflicher Disziplin bereicherte den Prozess ebenfalls.

Eine Schwäche der Studie ist, dass ein theoretisches Sampling wie im Ansatz der Grounded Theory vorgesehen (Strauss *et al.* 1998) nicht vollständig durchführbar war. Die Rekrutierungs- und Analysephasen fanden über weite Strecken zwar parallel statt, aus dem Material heraus generierte Merkmale für weitere Teilnehmer ließen aber nicht in allen Fällen eine gezielte weitere Teilnehmerauswahl zu; teilweise weil diese Merkmale vor einem Interview überhaupt nicht bekannt oder quantifizierbar waren, wie z.B. die Haltung der Interviewpartner zu den Bewohnern, teilweise aus Machbarkeitsgründen. Möglicherweise hätte eine konsequenterere Umsetzung des theoretischen Samplings weitere Kontraste und Ausprägungen der Kategorien gezeigt – dies erwies sich jedoch als nicht machbar. Da aber die Grundsätze des theoretischen Sampling in der Fallanalyse umgesetzt wurden, indem die Interviews auf Kontraste und Ähnlichkeiten hin untersucht wurden, war die gewählte Stichprobe zielführend für die Analyse.

In der Geschlechterverteilung sind im Vergleich zu den gesamten Berufsgruppen Männer hier etwas stärker berücksichtigt (BÄK 2015; Destatis 2015). Auch in der Verteilung der Trägerschaften der teilnehmenden Einrichtungen sind frei-gemeinnützige stärker und private Träger geringer vertreten als in der Verteilung gesamtdeutscher Einrichtungen (Destatis 2017). Die Stichprobe erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität der Einrichtungen, Pflegekräfte oder Hausärzte. Dies ist in einer qualitativen Untersuchung auch nicht erforderlich und wurde nicht angestrebt, vielmehr stand der Kontrastreichtum der Erfahrungen im Mittelpunkt. Die teilnehmenden Pflegekräfte wurden über ihre Arbeitgeber über das Forschungsprojekt informiert. Trotz Betonung der Freiwilligkeit der Teilnahme und Zusicherung des Datenschutzes ist ein Anteil sozial erwünschter Antworten nicht in Gänze auszuschließen. Die Interviewtechnik mit Erzählaufforderungen und der Bitte um Schilderungen von Erlebnissen trug hier jedoch zu einer hohen Datenqualität bei. Schilderungen von typischen Abläufen, wie sich die medizinische Versorgung von Heimbewohnern zeigen sollte und die Nacherzählung des jeweils zuletzt stattgefundenen Heimbesuchs flossen in die Analyse ein. Sie zeigten bei einigen Interviewteilnehmern die Diskrepanz zwischen Anspruch und Erleben. Außerhalb der Thematik des Heimbesuchs übten einige Interviewteilnehmer Kritik am Gesundheitssystem in Deutschland und den Bedingungen pflegerischer und ärztlicher Tätigkeit in Einrichtungen stationärer Altenpflege. Diese Offenheit gegenüber den Datenerhebenden lässt ein reelles Bild der erlebten Situationen annehmen. Datensättigung wurde erreicht.

## 6.2 Diskussion der Ergebnisse

Pflegekräfte erleben beim Heimbesuch das „Dabei-Sein“ als Kernkategorie, Hausärzte den „produktiven Heimbesuch“. Im Vergleich der beiden Kernkategorien zeigt sich, dass bestimmte Gemeinsamkeiten bestehen, die die Bedürfnisse nach „Dabei-Sein“ wie auch nach dem „produktiven Heimbesuch“ stärken können. Auf den ersten – sachlich gerichteten – Blick haben die Kernkategorien wenig gemeinsame Anteile. Die Dimensionen hingegen zeigen sich als untereinander kombinierbar. Das selbstverständliche „Dabei-Sein“ kann beispielsweise bei der Heimvisite erfolgen oder beim ad-hoc-Besuch, das passive „Dabei-Sein“ bei einem angeforderten oder bei einem regelmäßigen Heimbesuch. Diese Gemeinsamkeiten im Erleben der beiden Berufsgruppen zeigen die Potentiale zur Stärkung und ihre Annäherungsmöglichkeiten. Die Kombinationen ermöglichen beiden Berufsgruppen, gleichsam ihre erlebte Kernkategorie in den Fokus zu rücken und die Interaktion während des Heimbesuchs aktiv und zielgerichtet mit der jeweils anderen Berufsgruppe zu gestalten. Dies kann als gute Basis für eine auf beiden Seiten positiv konnotierte Zusammenarbeit gesehen werden und letztlich die medizinische Versorgung der Bewohner stärken.

Bei beiden Berufsgruppen setzen das erlebte Handeln schon weit vor dem Heimb Besuch mit der Vorbereitung ein. Ursachen und Bedingungen sind für beide Akteure die Bewohner und das jeweilige Gegenüber. Dieser Fokus auf die Interaktion zeigt sich auch in den Strategien. Hausärzte gestalten den Heimb Besuch aktiv und streben in den Strategien die Balance für einen „produktiven Heimb Besuch“ an. Die Pflegekräfte nehmen dies als Charakteristik des Hausarztes wahr, was wiederum auf ihr Erleben des „Dabei-Seins“ einwirkt. Damit wird die reziproke Beeinflussung deutlich.

Die Begleitung des Heimb Besuchs durch die Pflegekräfte wurde bisher als essentiell angesehen (Buck 2011; Theile *et al.* 2011). Dass der Heimb Besuch eine kooperative Situation ist, unterstützen weitgehend alle Konzepte, die sich mit der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern auseinandersetzen (Anliker *et al.* 2005). Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die Kontaktaufnahme und das interaktionale Geschehen der Kern sind. Die Restrukturierung gemeinsamer Arbeitsprozesse und die Mitwirkungsmöglichkeit an Entscheidungsprozessen sind Faktoren, die auf ein gemeinsames bewohnerorientiertes Verständnis der Aufgaben der Berufsgruppen einwirken und in einem funktional-kooperativen Arbeitsprozess münden können (Dahlgaard 2010).

Ein weiteres verbindendes Element ist der Informationsaustausch während des persönlichen Aufeinandertreffens, der beiden Modellen dienlich ist. Informationen zu geben und zu erhalten zeigen sich als Strategien bei beiden Berufsgruppen. Die Informationsweitergabe und -aufnahme ist ein verbindender Bestandteil beider Modelle, das sich mit Ergebnissen anderer Untersuchungen deckt (van den Bussche *et al.* 2009b; Buck 2011).

Die Qualifikation der Pflegekräfte als beeinflussender Aspekt zeigt sich in beiden Modellen. Dies hat seine Begründung in den Sozialgesetzen, die den Anteil an der medizinischen Versorgung – die sogenannte Behandlungspflege – den Pflegefachkräften zuschreibt (SGB V §37 Abs. 2). Da eine heterogene Qualifikation als Barriere in der Versorgung betrachtet wird (Theile *et al.* 2011; Buck 2011), ist eine adäquate Personalplanung für die Einrichtungen zur Gewährleistung hochwertiger medizinischer Versorgungsqualität des Bewohners essentiell.

Beide Berufsgruppen durchlaufen in der Situation des Heimb Besuchs Adaptionenprozesse. Die Pflegekräfte passen sich an das Verhalten der Hausärzte an, besonders deutlich zeigt sich dies im passiven „Dabei-Sein“. Hausärzte adaptieren sich an die strukturelle Heterogenität der Einrichtungen sowie die Kompetenzniveaus der Pflegekräfte. Die Strukturen der Einrichtungen der stationären Altenpflege kommen im Erleben der Hausärzte deutlicher zum Ausdruck als bei den Pflegekräften. Dies könnte durch die gastähnliche Rolle der Hausärzte begründet sein, die in ihre Adaptionenprozesse die organisatorischen Aspekte mit einbeziehen, während die Pflegekräfte diese Adaptionenprozesse auf die verschiedenen besuchenden Hausärzte richten.

Die Indikatoren wie Planbarkeit und Regelmäßigkeit, die die Form des „produktiven Heimbesuches“ bestimmen, zeigen sich für die Pflegekräfte als beeinflussende Faktoren ihres „Dabei-Seins“. Diese Befunde bestätigen vorausgehende Arbeiten, in denen diese Indikatoren für eine gelungene Kooperation ebenso als wichtig betrachtet werden (Karsch-Völk *et al.* 2015a) und sollten daher für Heimbesuche fest verankert werden. Ein geplanter, verlässlicher Heimbesuch, bei dem die Kommunikation der Akteure zielorientiert, wertschätzend und einbeziehend gestaltet wird begünstigt den „produktiven Heimbesuch“ der Hausärzte wie auch das „Dabei-Sein“ der Pflegekräfte.

Deutlich wird in den Ausführungen, dass die Bewohner, deren stabiler oder instabiler Gesundheitszustand der Anlass eines Heimbesuchs ist, das Erleben des Heimbesuchs beider Berufsgruppen wesentlich beeinflusst, die Strategien der Hausärzte und Pflegekräfte sich aber mehr dem eigenen Beitrag oder dem kooperativen Anteil der Berufsgruppen am Heimbesuch widmen. Block *et al.* benennen ähnliche Beobachtungen als einen Fokus auf die interprofessionellen Statusverhandlungen anstelle der Bewohnerorientierung, die zum Teil auch Interessen von Bewohnern instrumentalisiert, um berufliche Positionen durchzusetzen (Block *et al.* 2012). Die Analyse von Bewohnerinterviews im Rahmen der Studie *interprof* zu ihrem Erleben medizinischer Versorgung in der stationären Altenpflege zeigt das „Autonomsein“ als Kernkategorie. Heimbewohner legen Wert auf ihr „Autonomsein“ und geben der medizinischen Versorgung keinen hohen Stellenwert. Dies hat für den Heimbesuch bestimmte Konsequenzen. Zum einen äußern Bewohner das Bedürfnis, nicht auf Besuche des Hausarztes angewiesen zu sein und lehnen diese teilweise unter Rückbezug auf ihr „Autonomsein“ ab. In anderer Ausprägung des „Autonomseins“ zeigt sich allerdings auch der Wunsch nach mehr Besuchen. Viele Bewohner sehen sich selbst in Bezug auf ihre medizinische Versorgung als handlungs- und entscheidungsfähig und wollen auch so wahrgenommen werden, andere stellen sich auf die Gegebenheiten ein (Hummers-Pradier & Müller 2016). Die Bewohnersouveränität als Interaktionsprozess zwischen der Fürsorge der Berufsgruppen und der Eigenverantwortung der Bewohner wird zudem durch Rahmenbedingungen wie Zeitdruck und Personalmangel, aber auch Wertekonflikte und Missverständnisse beeinflusst. (Struppek 2010). Jordan *et al.* konnten in ihrer Bewohnerbefragung zur Zufriedenheit eines Modellprojekts der integrierten Versorgung zeigen, dass aus Bewohnersicht die Zufriedenheit mit der interprofessionellen Versorgung mit der Zufriedenheit mit dem Heimbesuch korreliert (Jordan *et al.* 2014). Hausärzte und Pflegekräfte haben hier die Chance, sich als Team zu präsentieren. Langen untersuchte, welche Erfahrungen Angehörige im Pflegeheim mit der medizinischen Versorgung machen, wie sie die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften wahrnehmen und welche eigenen Aufgaben sie in diesem Kontext übernehmen. Angehörige erleben ein „Einbezogensein“ und nehmen zum einen aktiv Einfluss auf die medizinische Versorgung, fühlen sich aber auch

durch bewusste Verantwortungsabgabe an die Einrichtung der stationären Altenpflege entlastet (Langen 2016). Die Sichtweise der anderen, am Heimb Besuch und an der medizinischen Versorgung im unterschiedlichen Maß beteiligten Akteursgruppen ist ein essentieller Baustein zur Vervollständigung.

Die qualitative Herangehensweise rekonstruiert in dieser Arbeit die subjektive Wirklichkeit der beteiligten Berufsgruppen beim Heimb Besuch und leitet aus der Mikroebene Modelle des Heimb Besuchs ab. Die soziale Situation ist eingebettet in den Kontext der Gesamtversorgung in Einrichtungen stationärer Altenpflege. Braun skizziert Faktoren und Gründe, die die Umsetzung interprofessioneller Kooperation im Krankenhaus behindern und fördern (Braun 2011). In Anlehnung an Braun werden hier Faktoren der Mesoebene im Setting stationärer Altenpflege in die Überlegungen mit einbezogen. Die Kooperation und Kommunikation wird beeinflusst durch quantitative, qualitative und strukturelle Aspekte. Zum einen haben sich Art und Umfang der Nachfrage der Versorgung in Einrichtungen stationärer Altenpflege verändert. Die Zahl der Pflegebedürftigen ist insgesamt gestiegen und damit auch die Nachfrage nach Pflegeleistungen (Simon 2012). Gut die Hälfte aller Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 3 (seit dem 01.01.2017 Pflegegrad 4 bzw. 5) wird vollstationär versorgt (BGW 2015) und weist eine komplexe gesundheitliche Lage auf (Hallauer J *et al.* 2005; Rothgang *et al.* 2008; Balzer *et al.* 2013, 2013). Gleichzeitig wandeln sich die Gesundheitsberufe. Dem beobachteten Beschäftigungszuwachs in der stationären Altenpflege liegt eine Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung als Strategie zur Senkung der Personalkosten zugrunde (Simon 2012). Die Zahl der Einrichtungen in privater Trägerschaft hat zugenommen (BGW 2015). Diese Entwicklungen führen für die Berufsgruppe der Pflegekräfte dazu, sich eher um sich und die Zukunft ihres eigenen Berufes zu kümmern als um die Kooperation mit anderen Berufsgruppen (Braun 2011) – Profession(alität) ist eine Voraussetzung für Interprofessionalität. Zudem behindern äußere Bedingungen wie die Bewohnerklientel, die Veränderungen in den Berufsgruppen und die im Hintergrund geschilderten Barrieren der Zusammenarbeit die praxisbezogene Verschränkung der Handlungs- und Sichtweisen der Pflegekräfte und Hausärzte und die Entstehung eines Teamgefühls (Braun 2011).

Neuerungen im EBM 2016 lassen eine Vergütung für die Delegation des Heimb Besuchs an qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten zu (KBV 2016). Mit dieser Entwicklung rückt die Berufsgruppe der medizinischen Fachangestellten mehr in den Fokus, auch wenn zum momentanen Zeitpunkt und ohne allgemeine Auswertungen von Abrechnungsziffern unklar ist, wieviel von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird. Zukünftig sollten die genannten Aspekte sowie die Neuzuschnitte von Aufgabenfeldern im kooperativen Geschehen berücksichtigt werden. Durch die neue Abrechnungsziffer könnte ein Kooperationsvertrag für Hausärzte attraktiver, dementsprechend der Heimb Besuch planbarer und verlässlicher in der Umsetzung werden. Die Strukturen können dazu beitragen, den „produktiven Heimb Besuch“ zu stärken. Die

Neuerungen im EBM betreffen die Hausärzte. Für Einrichtungen der stationären Altenpflege und insbesondere die Pflegekräfte werden hier keine Anreize geschaffen. Das „Dabei-Sein“ zu ermöglichen ist eine individuelle Ressourcenfrage in den Einrichtungen.

Die aus der Analyse entstandenen Modelle sind als Ansätze einer Theorie mittlerer Reichweite zu verstehen. Der Heimb Besuch ist eine der Situationen, in denen sich Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegekräften zeigt. Neben dem Heimb Besuch finden weitere Kommunikationswege und -situationen statt, beispielsweise via Fax und Telefon. Tija et al. haben in einer Befragung die Barrieren dieser Kommunikation herausgestellt und dabei betont, dass Kommunikationssituationen einer Vorbereitung bedürfen (Tija et al. 2009). „Dabei-Sein“ und der „produktive Heimb Besuch“ sind aus dem Erleben der Akteure der stationären Altenpflege entwickelt und setzen hier die Bezugspunkte. Dennoch sind die Erkenntnisse für weitere Bereiche wertvoll. In der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in der Häuslichkeit ist die Situation der medizinischen Betreuung eine ähnliche. Auch hier sind Hausärzte in der Verantwortung und oftmals ambulante Pflegedienste in das Pflegearrangement eingebunden. Eine Befragung deutet auf eine hohe Zufriedenheit der Pflegedienste mit der Kooperation mit Hausärzten hin (Isfort et al. 2016), eine qualitative Studie hat dennoch Hürden der Kommunikation, die Bedeutung von Vertrauen in der Zusammenarbeit, die Konflikte zwischen Patientenorientierung und Statusverhandlung sowie Team- und Hierarchieorientierung und die arztzentrierte Versorgung als Themen identifiziert (Block et al. 2012). Für ein vollständiges Modell des gesamten kommunikativen Geschehens im Kontext des deutschen Gesundheitssystems sind weitere Untersuchungen nötig.

Die Prüfung des Modells unter Berücksichtigung der Besonderheiten und Rahmenbedingungen der häuslichen und Sekundärversorgung sollte im Mittelpunkt weiterer Analysen stehen. Hausärzte verantworten einen wesentlichen Anteil an der medizinischen Versorgung und stehen deshalb im Fokus dieser Arbeit. Zur fachärztlichen Versorgung lassen sich eine geringere Kontaktdichte, eine sinkende Facharztdichte im ländlichen Raum und ein unzureichender Austausch zwischen Haus- und Fachärzten konstatieren (Hallauer J et al. 2005; Balzer et al. 2013; Schmiemann 2016). Eine weitere Untersuchung zum Erleben der fachärztlichen Versorgung könnte diese strukturellen Aspekte erweitern.

Zudem könnte zukünftige Forschung das obige Modell bestätigen, erweitern und mit Blick auf messbare Effekte bewohnerrelevante Ergebnisparameter oder die Arbeitszufriedenheit der beteiligten Berufsgruppen (Körner et al. 2014) untersuchen.

### 6.3 Visite oder Hausbesuch?

Der Heimb Besuch als eine Form des hausärztlichen Hausbesuchs weist in dieser Untersuchung wie auch in der Literatur (Diakonie 2007; Meyer-Kühling *et al.* 2015; Karsch-Völk *et al.* 2015b) deutliche Parallelen zur Visite im Krankenhaus auf. Diese Visite und ihre interaktionalen Strukturen mit Blick auf die Zusammenarbeit sind gut untersucht. Die Visite bietet für das Behandlungsteam die Möglichkeit, gemeinsam den Zustand des Patienten zu überprüfen und einen koordinierten Therapie- und Pflegeplan zu entwickeln. Doch auch in Kliniken ist das „Dabei-Sein“ für die Pflegekräfte nicht selbstverständlich, eine geplante und organisierte Visite verliert hier an Bedeutung (Teigeler 2017). Best-Practice-Ansätze definieren Rahmenbedingungen idealer Visite: die Nutzung von Kommunikationstools wie SBAR, Festlegung von Rollen und Aufgaben sowie Vor- und Nachbereitung des Visitengesprächs (RCP and RCN 2012).

Interdisziplinäre Visiten im Krankenhaus zeigen positive Effekte auf die Versorgungsqualität, stützen eine effiziente Kommunikation und stärken das Selbstvertrauen der Pflegekräfte in der Interaktion (Tang *et al.* 2013). Der Einbezug der Pflegekräfte wird als Schlüssel des Visitenprozesses gesehen (Herring *et al.* 2013). Dennoch zeigen sich Kommunikationsmuster, die das „Dabei-Sein“ der Pflegekräfte einschränken, ein Gefühl des Ausgeschlossen-Seins vermitteln und die Pflegekräfte sich unterrepräsentiert sehen. Zur Stärkung der Versorgungsqualität sind Pflegekräfte angehalten, sich in der Visite aktiver einzubringen (Weber *et al.* 2007; Parissopoulos *et al.* 2013). Ähnlich zu den Ergebnissen dieser Analyse ist auch in der Krankenhausvisite der Patient ein eher passiver Akteur (Busby & Gilchrist 1992; Sweet & Wilson 2011). Ärztliche Entscheidungen stehen in der Visite häufig isoliert. Besonders für Personen mit komplexen gesundheitlichen Lagen, wie die Heimbewohner in dieser Untersuchung, ist ein kommunikativer Austausch mit den Akteuren in der Versorgung ratsam (Zwarenstein *et al.* 2013).

## 7 Schlussfolgerungen

Diese Arbeit zeigt das Erleben des Heimb Besuchs aus der Perspektive der Hausärzte und der Pflegekräfte anhand einer qualitativen Analyse von Interviews auf. Die daraus entstandenen Modelle des „Dabei-Seins“ und des „produktiven Heimb Besuchs“ weisen auf Parallelen in den interaktionalen Strukturen, das Bedürfnis nach Informationsaustausch und den reziproken Adaptionsprozessen hin. Das bisherige, auf Strukturen gerichtete, Wissen zum Heimb Besuch wird damit wirkungsvoll ergänzt. Weitere Forschung kann die Wirksamkeit der Modelle und der Kooperation in weiteren Situationen und Settings in den Blick nehmen. Die Erkenntnisse sind für die Entwicklung interprofessioneller Edukation nutzbar. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sollten den „produktiven Heimb Besuch“ der Hausärzte wie auch das „Dabei-Sein“ der Pflegekräfte ermöglichen.

Kooperation, verstanden als eine „dauerhafte, gemeinsam abgestimmte Ausrichtung von Handlungen zweier oder mehrerer Akteure zur Erreichung gemeinsamer Ziele“ (Dahlgaard 2010) steht unter dem Einfluss der besonderen Beziehung zwischen Pflegekräften und Ärzten. Hofmann (2001) zeigt als Gemeinsamkeit die jeweils spezifische Ausbildung, die Dienstleistung im Interesse und zum Wohl kranker und/oder pflegebedürftiger Menschen und den vergleichbaren Berufsethos auf. Sie zeichnet aber gleichzeitig die Unterschiede im beruflichen Selbstverständnis, die selbstverständliche akademische medizinische Ausbildung versus der wachsenden Akademisierung der Pflege mit weiterhin hoher Bedeutung beruflicher Ausbildung, die Orientierung an der Naturwissenschaft gegenüber dem psychosozialen Ansatz, die Entscheidungsfreiheit der Ärzte gegenüber der Weisungsgebundenheit der Pflegekräfte sowie die zeitlichen, räumlichen und statusabhängigen Differenzen in Nähe und Distanz nach. Hofmann folgert, dass diese überwiegend historisch bedingten strukturellen Aspekte den interprofessionellen Dialog erschweren.

Die Diskussion konnte ausstehende Forschungsbedarfe zeigen, unter anderem die möglichen Effekte der Kooperation während des Heimbesuchs auf bewohnerrelevante Ergebnisparameter. Im Projekt *interprof* wurde ein Maßnahmenpaket entwickelt, was neben weiteren Interventionen zur Stärkung der Zusammenarbeit dem Heimbesuch eine strukturelle Ordnung gibt. Der Heimbesuch wird dabei terminiert. Hausärzte und Pflegekräfte verständigen sich auf feste Besuchstage für Routinebesuche oder eine Ankündigung des Besuchs in einem festgelegten Zeitfenster. Im Vorfeld dieses Termins sammelt und priorisiert die Pflegekraft Bewohneranliegen. Hausärzte suchen die Pflegekräfte bei Ankunft in der Einrichtung auf und führen ein Gespräch über Anliegen und Fragen. Eine Begleitung des Bewohnerbesuchs durch die Pflegekräfte wird angeboten. Der sich dann anschließende Bewohnerbesuch resultiert in klaren Anordnungen und deren Dokumentation. Sofern erforderlich, wird ein Nachgespräch mit den Pflegekräften geführt. In einer Pilotstudie wurde diese Maßnahme auf Machbarkeit und Akzeptanz hin heterogen evaluiert. Die Terminierung ist eine Hürde für die Hausärzte in Bezug auf Flexibilität ihres Arbeitsalltags, kommt den Pflegekräften aber für ihre Abläufe entgegen. Beide Berufsgruppen schätzen einen strukturierten Heimbesuch als vorteilhaft für die Bewohner ein (Mueller *et al.* 2017b). Intensivierte Zusammenarbeit wird seitens der Bewohner positiv wahrgenommen (Jordan *et al.* 2014) und Hinweise zur Verbesserung der Versorgung durch interprofessionelle Interventionen liegen vor (Schmidt & Svarstad 2002; Nazir *et al.* 2013). Unklar bleibt jedoch, ob sich das entwickelte Maßnahmenpaket positiv auf bewohnernahe Ergebnisparameter auswirken kann. Hierzu ist weitere Forschungsarbeit notwendig. Diese wurde mit der Förderzusage zu *interprof ACT* im Januar 2017 im Rahmen des Innovationsfonds auf den Weg gebracht (Ärzteblatt 2017). Ziel von *interprof ACT* ist es, durch das Maßnahmenpaket zur besseren Zusammenarbeit und Kommunikation von Pflegekräften und Hausärzten die Krankenhausaufnahmen der Heimbewohner zu reduzieren. Es sollen belastbare, festgelegte

Kooperationsstrukturen und -prozesse zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bewohner entstehen. Am Antrag zu diesem Projekt war die Verfasserin maßgeblich beteiligt. Das Fördervolumen beträgt etwa 1,8 Millionen Euro für eine Laufzeit von drei Jahren.

Im Weiteren können die Ergebnisse in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe nützlich sein. Zur Förderung der Zusammenarbeit in der Berufsrealität wird die interprofessionelle Edukation als sinnvolle Maßnahme diskutiert (Reeves *et al.* 2013; Koch & Horn 2013). Interprofessionelles Lernen eignet sich auch dazu, Unterschiede in der Haltung zur Zusammenarbeit auszugleichen (Sollami *et al.* 2015). Im Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen werden zwei Lehrprojekte zur Förderung interprofessioneller Kompetenzen umgesetzt. Zum einen wird seit dem Wintersemester 2013/2014 ein Lehrprojekt mit Medizinstudierenden im praktischen Jahr und Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege umgesetzt. Die Lehrinheit „Anamnese- und Planungsgespräch im häuslichen Umfeld nach Entlassung aus dem Krankenhaus“ beinhaltet die Umsetzung einer berufsgruppenübergreifenden Anamnese bei einer mittels Simulationspatientin vermittelten Situation nach Krankenhausentlassung in der Häuslichkeit. Die teilnehmenden Auszubildenden und Studierenden diskutieren dabei ihre Rollen und Erkenntnisse aus dem simulierten Gespräch (Müller *et al.* 2017). Zum anderen wurde eine weitere Lehrinheit im Modul „Medizinische Basisfertigkeiten“ curricular verankert. Praktische Fertigkeiten wie die subcutane Injektion, die Blutzuckermessung und der Umgang mit dem Insulinpen sind Bestandteil der Ausbildung von Medizinstudierenden wie auch Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege. Da letztere zudem Anleitung als Lernziel verfolgen, wird diese Lehrinheit als Sequenz für die Studierenden durch die Auszubildenden realisiert. Die Evaluation ergab einen Lernzuwachs bei den Teilnehmenden in der Reflexion der eigenen Rolle, eine positive Gesamtbewertung des Anleitungsformates und zahlreichen Vorschlägen für weitere Themen, die interprofessionell gelehrt werden könnten (Fleischmann *et al.* 2017a).

## Literaturverzeichnis

Anliker, M., Beyeler, L. & Kissling, A. (2005) Erwartungen der Alters- und Pflegeheime an die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten. *Primary Care* **5**, 30–31.

Antoni, C.H. (2010) Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* **104**(1), 18–24. DOI: 10.1016/j.zefq.2009.12.027.

Arend, S. (2016) Eine unendliche Tragödie. *Altenheim*(9), 16–19.

Ärzteblatt (2017) *Innovationsausschuss veröffentlicht geförderte Projekte zur Versorgungsforschung*. Retrieved from <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/72325> on 2 February 2017.

BÄK (2015) *Ärztetätigkeit 2015: Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte*. Retrieved from <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztetätigkeit/aerztetätigkeit-2015/> on 3 February 2017.

Balzer, K., Butz, S., Bentzle, J., Boulkhemair, D. & Lühmann, D. (2013) *Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland*. Schriftenreihe Health Technology Assessment in der Bundesrepublik Deutschland. Retrieved from [https://portal.dimdi.de/de/hta/hta\\_berichte/hta298\\_bericht\\_de.pdf](https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta298_bericht_de.pdf) on 3 February 2017.

BGW (2015) *Altenpflege in Deutschland.: Zahlen - Daten - Fakten*. Retrieved from [https://www.bgw-online.de/DE/Medien-Service/Medien-Center/Medientypen/bgw\\_forschung/Trendbericht-Altenpflege-2015.html](https://www.bgw-online.de/DE/Medien-Service/Medien-Center/Medientypen/bgw_forschung/Trendbericht-Altenpflege-2015.html) on 3 February 2017.

Bienstein, C. & Bohnet-Joschko, S. (2016) *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*. Retrieved from [https://www.uni-wh.de/fileadmin/user\\_upload/04\\_W/07\\_Professuren/Walcker\\_Management\\_Gesundheitswesen/iva-abschlussbericht.pdf](https://www.uni-wh.de/fileadmin/user_upload/04_W/07_Professuren/Walcker_Management_Gesundheitswesen/iva-abschlussbericht.pdf) on 22 August 2016.

Block, K., Foth T, Stamer M & Schmacke N (2012) *Allgemeinmedizin und Pflege in der ambulanten und heimstationären Versorgung: Der weite Weg zur Kooperation*. Gesundheitsforschung. Beltz Juventa, Weinheim.

Bolmsjö, B.B., Strandberg, E.L., Midlöv, P. & Brorsson, A. (2015) "It is meaningful; I feel that I can make a difference" -A qualitative study about GPs' experiences of work at nursing homes in Sweden. *BMC Family Practice* **16**(1), 16. DOI: 10.1186/s12875-015-0326-6.

Bortz, J. & Döring, N. (2006) *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler: Mit 87 Tabellen*. 4., überarb. Aufl. Springer-Lehrbuch Bachelor, Master. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.

- Braun, B. (2011) Wunsch und Wirklichkeit berufsgruppenübergreifender Kooperation im Krankenhaus. *Pflege & Gesellschaft* **16**(4), 303–322.
- Breuer, F. (2010a) *Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis*. 2nd ed. SpringerLink Bücher. VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, Wiesbaden.
- Breuer, F. (2010b) Wissenschaftstheoretische Grundlagen qualitativer Methodik in der Psychologie. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (ed. by G. Mey and K. Mruck): VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden. Wiesbaden.
- Buck, M. (2011) *Die hausärztliche Sicht auf Gegenwart und Zukunft von Hausbesuchen in der allgemein-ärztlichen Praxis - eine qualitative Befragung: Dissertation*. Retrieved from <http://d-nb.info/1016975015/34> on 25 January 2017.
- Busby, A. & Gilchrist, B. (1992) The role of the nurse in the medical ward round. *Journal of advanced nursing* **17**(3), 339–346.
- Dahlgard, K. (2010) Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden – Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegenden. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* **104**(1), 32–38. DOI: 10.1016/j.zefq.2009.12.004.
- Dahlhoff, G. (2007) Medizinische Versorgung im Heimen verbessern. *Altenheim* **2007**(4), 28–31.
- Destatis (2015) *Pflegestatistik 2013 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. Retrieved from [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege-/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege-/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile) on 23 June 2015.
- Destatis (2017a) *Pflegestatistik 2015: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/-Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html> on 25 January 2017.
- Destatis (2017b) *Pflegestatistik 2015 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/-Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html> on 3 February 2017.
- Diakonie (2007) *Ärztliche Versorgung im Pflegeheim*. Handreichung. 1 October 2015.
- El-Nawab, S. (2016) Kommt jetzt die Trendwende? *Altenheim*(9), 22–25.
- Fleischmann, N, Eichner, I., Simmenroth-Nayda, A., Zarnack, F. & Müller, C. (2017a) Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen: Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege leiten Medizinstudierende in der curricularen Lehreinheit „Diabetes mellitus“ an. *PADUA*. zur Veröffentlichung angenommen.

- Fleischmann, N., Geister, C., Hoell, A., Hummers-Pradier, E. & Mueller, C.A. (2017b) Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): A grounded theory study of nurse experiences of general practitioner visits. *Applied Nursing Research* **35**, 118–125. DOI: 10.1016/j.apnr.2017.02.021.
- Fleischmann, N., Tetzlaff, B., Werle, J., Geister, C., Scherer, M., Weyerer, S., Hummers-Pradier, E. & Mueller, C.A. (2016) Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. *BMC family practice* **17**(1), 123. DOI: 10.1186/s12875-016-0522-z.
- Flick, U. (2011) *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Vollst. überarb. und erw. Neuausg. 2007, 4. Aufl. Rowohlt's Enzyklopädie, 55694. Rowohlt-Taschenbuch-Verl., Reinbek bei Hamburg.
- Flick, U. (2013) *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Orig.-ausg., 10. Aufl. Rowohlt's Enzyklopädie. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Hallauer J, Bienstein C, Lehr U & Rönsch H (2005) *SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen*. 23 June 2015.
- Herring, R., Richardson, T. & Caldwell, G. (2013) Ward rounds: what goes around comes around. *Lancet* **381**(9864), 373–374. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60169-5.
- Hofmann, I. (2001) Schwierigkeiten im interprofessionellen Dialog zwischen ärztlichem und pflegerischem Kollegium. *Pflege* **14**(3), 207–213. DOI: 10.1024/1012-5302.14.3.207.
- Isfort, M., Rottländer, R., Weidner, F., Tucman, D., Gehlen, D. & Hylla J (2016) *Pflegethermometer 2016: Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der ambulanten Pflege*. Retrieved from [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht\\_Pflege-Thermometer\\_2016-MI-2.pdf](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht_Pflege-Thermometer_2016-MI-2.pdf).
- Jordan, J., Gittel, J. & Gräske, J. (2014) Interdisziplinäre Zusammenarbeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen am Beispiel von careplus – Eine Zufriedenheitsbefragung. *Pflege & Gesellschaft* **19**(1), 30–39.
- Kalitzkus, V. (2011) *ZuVerSicht: Die Zukunft der hausärztlichen Versorgung aus gesundheitsberuflicher und Patienten-Sicht: Ein qualitative Regionalstudie in zwei ländlichen Versorgungsregionen Nordrhein-Westfalens*. Retrieved from [https://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/medi/g\\_med\\_i\\_allgemeinmedizin/Forschung/Projekte/ZuVerSicht\\_Projektbericht\\_7April2011.pdf](https://www.uni-wh.de/fileadmin/media/g/medi/g_med_i_allgemeinmedizin/Forschung/Projekte/ZuVerSicht_Projektbericht_7April2011.pdf).
- Karsch-Völk, M., Lussenheide, J., Linde, K., Schmid, E. & Schneider, A. (2015a) Entwicklung eines Kriterienkatalogs für eine gelungene ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* **109**(8), 570–577. DOI: 10.1016/j.zefq.2015.06.008.
- Karsch-Völk, M., Lussenheide, J., Linde, K., Schmid, E. & Schneider, A. (2015b) Was sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten? - Ergebnisse einer Mixed Methods Querschnittserhebung in bayerischen Pflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. DOI: 10.1055/s-0035-1548856.

KBV (2016) *Stärkung der Pflegeheimversorgung: Praxisassistenten jetzt auch für Fachärzte*. Retrieved from [http://www.kbv.de/html/1150\\_23291.php](http://www.kbv.de/html/1150_23291.php) on 3 February 2017.

Koch, L.F. & Horn, H. (2013) Interprofessionelles Lehren und Lernen. *PADUA* 8(2), 103–107. DOI: 10.1024/1861-6186/a000115.

Körner, M., Göritz, A.S. & Bengel, J. (2014) Healthcare professionals' evaluation of interprofessional teamwork and job satisfaction / Evaluation der Teamarbeit und der Arbeitszufriedenheit von Gesundheitsfachberufen. *International Journal of Health Professions* 1(1). DOI: 10.2478/ijhp-2014-0006.

KVMV (2011) *Gemeinsame Medieninformation: Erfolgsmodell „Pflegeheim Plus“: 50. Pflegeheim in fester Betreuung eines Hausarztteams*. 2 May 2016.

Langen, J. (2016) Die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern: Perspektiven und Bedürfnisse von Angehörigen. Dissertation. Retrieved from <https://ediss.uni-goettingen.de/handle/11858/00-1735-0000-002B-7CC5-7>.

Lemieux-Charles, L. (2006) What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review* 63(3), 263–300. DOI: 10.1177/1077558706287003.

Lühmann, D., Butz, S. & Balzer, K. (2013) HTA-Bericht zur fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern - Eine Bestandsaufnahme von Modellprojekten. *Das Gesundheitswesen* 75(08/09). DOI: 10.1055/s-0033-1354168.

Marx, G. & Wollny A (2009) Qualitative Sozialforschung: Ausgangspunkte und Ansätze für eine forschende Allgemeinmedizin: Teil 1: Theorie und Grundlagen der qualitativen Forschung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 85(3), 105–113. 25 January 2017.

Mayer, H. (2016) Qualitative Forschung in der Konjunktur - (k)ein Anlass zur Freude? *Pflege & Gesellschaft*(1).

Meyer-Kühling, I., Frankenberg, C. & Schröder, J. (2015) Erwartungshaltungen, Kommunikation und Kooperation von Pflegenden und Ärzten in der stationären Altenpflege. *HeilberufeScience* 6(3), 70–75. DOI: 10.1007/s16024-015-0246-3.

Modin, S., Törnkvist, L., Furhoff, A.-K. & Hylander, I. (2010) Family physicians' experiences when collaborating with district nurses in home care-based medical treatment. A grounded theory study. *BMC family practice* 11, 82. DOI: 10.1186/1471-2296-11-82.

Mueller, C.A., Tetzlaff, B., Theile, G., Fleischmann, N., Cavazzini, C., Geister, C., Scherer, M., Weyerer, S., van den Bussche, Hendrik & Hummers-Pradier, E. (2015) Interprofessional collaboration and communication in nursing homes: a qualitative exploration of problems in medical care for nursing home residents - study protocol. *Journal of advanced nursing* 71(2), 451–457. DOI: 10.1111/jan.12545.

Müller, C.A., Simmenroth, A., Ruwe, G., Zarnack, F., Hummers, E. & Fleischmann, N. (2017) Anamnese und Planungsgespräch in der häuslichen Versorgung im interprofessionellen Team: Lehrprojekt mit

- Schauspielpatienten für Medizinstudierende und Lernende der Gesundheits- und Krankenpflege. *Pflegewissenschaft* **19**(7/8), 154–159. 24 June 2017.
- Nagl-Cupal (ed.) (2010) *Grounded Theory: Menschen verstehen*.
- Nazir, A., Unroe, K., Tegeler, M., Khan, B., Azar, J. & Boustani, M. (2013) Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association* **14**(7), 471–478. DOI: 10.1016/j.jamda.2013.02.005.
- Parissopoulos, S., Timmins, F. & Daly, L. (2013) Re-exploring the ritual of the ward round. *Nursing in critical Care* **18**(5), 219–221.
- Polit, D.F., Beck, C.T., Hungler, B.P. & Bartholomeyczik, S. (2004) *Lehrbuch Pflegeforschung: Methodik, Beurteilung und Anwendung*. 1. Aufl. Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Prakke (2007) Naturalistische Designs. *Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung*. 1. Aufl. (ed. by H. Brandenburg), pp. 55–56: Huber. Bern.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014) *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. 4., erw. Aufl. Lehr- und Handbücher der Soziologie. Oldenbourg, München.
- RCP and RCN (2012) *Ward rounds in medicine: Principles for best practice*. 1 October 2015.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Della Freeth & Zwarenstein, M. (2013) Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *The Cochrane database of systematic reviews* **3**, CD002213. DOI: 10.1002/14651858.CD002213.pub3.
- Richter-Kuhlmann, E. (2015) Versorgung von Pflegebedürftigen: Quaratur des Kreises. *Deutsches Ärzteblatt* **112**(119), A837.
- Rosenthal, G. (2014) *Interpretative Sozialforschung: Eine Einführung*. 4. Aufl. Grundlagentexte Soziologie. Beltz Juventa, Weinheim [u.a.].
- Rothgang, H., Borchert L, Müller R & Unger R (2008) *GEK-Pflegereport 2008: Schwerpunkttema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, BAnd 66. 15 July 2015.
- Rothgang, H., Borchert L, Müller R & Unger R (2016) *GEK-Pflegereport 2016*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42. 3 February 2017.
- Schmidt, I., Claesson, C.B, Westerholm, B., Nilsson, L.G. & Svarstad, B.L. (1998) The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society* **46**(1), 77–82.
- Schmidt, I.K. & Svarstad, B.L. (2002) Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. *Social science & medicine (1982)* **54**(12), 1767–1777.

Schneekloth U & Wahl HW (2007) *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Eirrichtungen (MuG IV)*. 24 June 2015.

Schrader, S. (2016) Keine Insellösungen. *Altenheim*(9), 2.

Schulz-Schaeffer, I. (2008) Die drei Logiken der Selektion: Handlungstheorie als Theorie der Situationsdefinition. *Zeitschrift für Soziologie* **37**(5), 362–379. Retrieved from <https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/zfsoz.2008.37.issue-5/zfsoz-2008-0501/zfsoz-2008-0501.pdf>.

SGB V §37 Abs. 2 (1988) *Häusliche Krankenpflege*.

Simon, M. (2012) *Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen: Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009*. Retrieved from <http://www.hs-hannover.de/oem/service/aktuelles/presseinformationen/sys/2012/neue-studie-zur-zahl-der-beschaeftigten-in-pflegeberufen1/index.html> on 12 August 2015.

Sollami, A., Caricati, L. & Sarli, L. (2015) Nurse-physician collaboration: a meta-analytical investigation of survey scores. *Journal of interprofessional care* **29**(3), 223–229. DOI: 10.3109/13561820.2014.955912.

Sorbero, M.E. (2008) *Outcome measures for effective teamwork in inpatient care: Final report*. Technical report, TR-462-AHRQ. RAND Corp, Santa Monica, CA.

Strauss, A.L. & Corbin, J.M. (2010) *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Beltz, PsychologieVerlagsUnion, Weinheim.

Strauss, A.L., Hildenbrand, A. & Hildenbrand, B. (1998) *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. 2. Aufl. UTB für Wissenschaft Uni-Taschenbücher Soziologie, 1776. Fink, München.

Struppek, D. (2010) *Patientensouveränität im Pflegeheim: Möglichkeiten und Grenzen aus der Sicht von hochaltrigen, mehrfach erkrankten Pflegeheimbewohnern, ihren Ärzten, Pflegekräften und privaten Bezugspersonen*. Dissertation. 15 July 2015. Retrieved from [http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCR-FileNodeServlet/FUDISS\\_derivate\\_000000008123/diss\\_struppek.pdf](http://www.diss.fu-berlin.de/diss/servlets/MCR-FileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000008123/diss_struppek.pdf) on 7 March 2017

Sweet, G.S. & Wilson, H.J. (2011) A patient's experience of ward rounds. *Patient Education and Counseling* **84**(2), 150–151. DOI: 10.1016/j.pec.2010.08.016.

Tang, C.J., Chan, S.W., Zhou, W.T. & Liaw, S.Y. (2013) Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *International nursing review* **60**(3), 291–302. DOI: 10.1111/inr.12034.

Teigeler B (2017) Spielregeln für die Visite. *Die Schwester/Der Pfleger* **56**(2), 18–22.

The Joint Commission (2015) *National Patient Safety Goals 2015*. Retrieved from [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2015\\_NPSG\\_HAP.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2015_NPSG_HAP.pdf) on 7 March 2016.

- Theile, G., Kruschinski, C., Buck, M., Müller, C.A. & Hummers-Pradier, E. (2011) Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Family Practice* **12**(1), 24. DOI: 10.1186/1471-2296-12-24.
- Tjia, J., Mazor, K.M., Field, T., Meterko, V., Spenard, A. & Gurwitz, J.H. (2009) Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. *Journal of patient safety* **5**(3), 145–152. DOI: 10.1097/PTS.0b013e3181b53f9b.
- Truscott, J.E. (2007) Nurse practitioners and GPs: Addressing the needs of older persons living in residential aged care. *Australian Family Physician* **36**(9), 765–768. 19 October 2015.
- van den Bussche, H, Lübke, N., Schröfel, S.D. & Dietsche, S. (2009a) Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* **85**(6), 240–246.
- van den Bussche, H, Schröfel, S.C., Löschmann, C. & Lübke, N. (2009b) Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 296–301.
- Weber, H, Stöckli, M., Nübling, M. & Langewitz, W. (2007) Communication during ward rounds in Internal Medicine. *Patient Education and Counseling* **67**(3), 343–348. DOI: 10.1016/j.pec.2007.04.011.
- Winter, R. (2010) Symbolischer Interaktionismus. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (ed. by G. Mey and K. Mruck): VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien. Wiesbaden.
- Zwarenstein, M., Goldman J & Reeves S (2009) Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*(3), CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.
- Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C. & Reeves, S. (2013) Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC health services research* **13**, 494. DOI: 10.1186/1472-6963-13-494.
- Zwick, M. (2016) Warten auf KV und Kassen. *Altenheim*(9), 20–21.

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die männliche oder neutrale Form personenbezogener Hauptwörter gewählt. Dies impliziert keine Benachteiligung eines Geschlechts.

*Mein Dank gilt allen, die mich während der  
Zeit des Forschens und Schreibens begleitet,  
unterstützt und diese Arbeit ermöglicht haben:  
allen Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmern,*

*Praxisteams und Pflegekräften der Einrichtungen der stationären Altenpflege*

*Prof. Dr. Wolfgang Himmel, Prof. Dr. Roland Nau, Prof. Dr. Barbara Hellige und Prof. Dr. Eva  
Hummers als Mitglieder des Thesis Committees  
sowie den Mitgliedern des Promotionskomitees*

*Dr. med. Christiane Müller*

*Prof. Dr. Christina Geister*

*Britta Tetzlaff, Andreas Hoell, Christoph Cavazzini, Dr. Jochen Werle, Prof. Dr. Martin Sche-  
rer, Prof. Dr. Siegfried Weyerer und Dr. Gabriella Marx vom interprof-Team*

## Anhang

### Dokumente

1. Rekrutierungsschreiben für die Einrichtungen der stationären Altenpflege
2. Information für Heimleitungen zur Teilnahme an der Studie
3. Einverständnis für Heimleitungen
4. Rekrutierungsschreiben für hausärztliche Praxen
5. Transkriptionszeichen
6. Interviewleitfaden Hausarzt
7. Interviewleitfaden Pflegekraft
8. Demografische Daten Hausarzt
9. Demografische Daten Pflegekraft
10. Einverständniserklärung Pflegekraft
11. Information für Pflegekräfte zur Teilnahme an der Studie
12. Einverständniserklärung Hausarzt
13. Information für Hausärzte zur Teilnahme an der Studie

**Bitte um Unterstützung des Projekts „interprof“**

**„Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim“**

Sehr geehrter [Name Pflegedienstleitung],

wie arbeiten Pflegekräfte und Hausärzte zusammen? Wir sind an Ihren Erfahrungen interessiert und bitten Sie um Ihre Mitarbeit an dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projekt „interprof“.

Die Studie untersucht die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Pflegeheim. Gerne würden wir mit Ihnen innerhalb der nächsten Wochen (oder auch im neuen Jahr) einen Termin vereinbaren, in dem wir Sie über das Studienvorhaben informieren und ihre Fragen beantworten. Im Projekt selbst würden wir gerne wenige Gespräche (Interviews) mit Ärzten, der Pflege sowie den BewohnerInnen und ihren Familien führen und möglicherweise auch einen Arztbesuch begleiten. Die Interviews mit Pflegekräften werden außerhalb der Arbeitszeit geführt und mit einer Aufwandsentschädigung vergütet.

Wir würden Sie in den nächsten Tag anrufen, um Ihr Interesse zu erfragen; oder Sie senden das beiliegende Antwortblatt per Fax oder Post an uns zurück. Eventuelle Fragen beantwortet Dr. Christiane Müller gerne telefonisch (0551-3922691). Mit Ihrer Teilnahme an der Studie leisten Sie einen wertvollen Beitrag zur allgemeinmedizinischen und Pflegeforschung. Wir bedanken uns im Voraus für Ihr freundliches Interesse und würden uns über eine zustimmende Rückmeldung sehr freuen!

Mit besten Grüßen

Ihre



Prof. Dr. med. Eva Hummers –Pradier  
Abteilungsleiterin

Dr. med. Christiane Müller, MPH  
Projektleitung



Absender

an FAX: 0551-399530

[Adresse]

Abteilung Allgemeinmedizin  
Universitätsmedizin Göttingen  
Dr. med. Christiane Müller  
Humboldtallee 38  
37073 Göttingen



**JA,**

ich bin an einem Informationsgespräch für das Forschungsprojekt „*interprof*„ interessiert.

Dieser Zeitraum wäre für den Termin besonders günstig: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

**NEIN,**

eine Projektteilnahme kommt für mich nicht in Frage

---

Datum

Unterschrift

Stempel

# Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim



Anlage F1x

## Projektleitung:

Prof. Dr. UNIVERSITÄTSMEDIZIN  
GÖTTINGEN **UMG** Dr. med. Christiane Müller, MPH  
Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen

## Information für Heimleitungen zur Teilnahme an der Studie „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern wird von verschiedenen Berufsgruppen, hauptsächlich der Pflege und von Ärzten, geleistet. Wir wollen in unserer qualitativen Studie mehr über die Sichtweisen und Bedürfnisse aller Beteiligten erfahren sowie untersuchen, wie sich die Zusammenarbeit und Kommunikation gestalten kann. Letztlich wollen einen Beitrag dazu leisten, die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu stärken.

### 1. Übersicht über die Studie

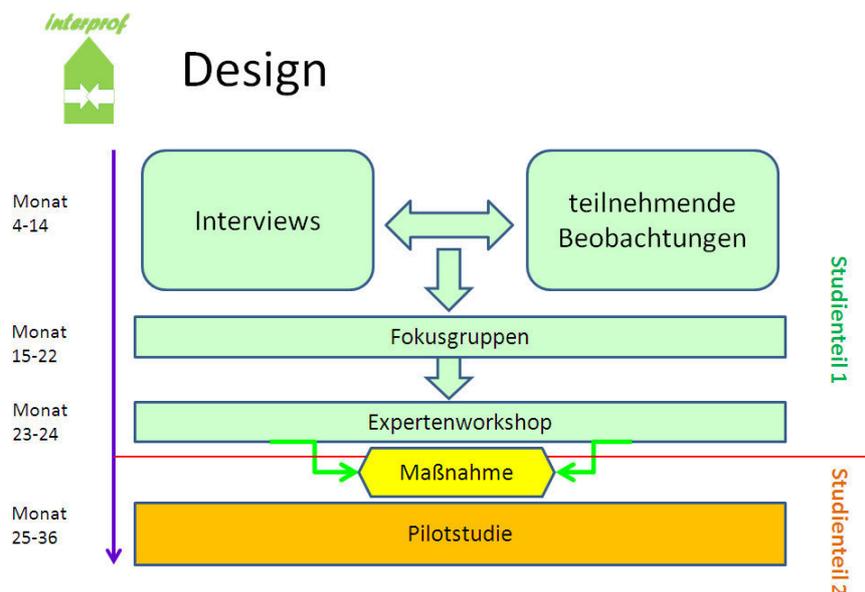
Der 3-jährige Studienablauf ist in mehrere Stufen unterteilt:

1. Im ersten Jahr werden Möglichkeiten, Probleme und Wünsche in der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen durch Interviews mit Hausärzten, Pflegekräften, Bewohnern und Angehörigen in mehreren Regionen Deutschlands untersucht. Zudem wollen wir hier einen Einblick in die Bedürfnisse der Beteiligten erhalten. Ergänzend werden teilnehmende Beobachtungen von Arztbesuchen im Heim durch Studienmitarbeiter durchgeführt.

2. Die wesentlichen Erkenntnisse werden dann im zweiten Jahr in Fokusgruppen (moderierten Gesprächsrunden) von Pflegekräften und Hausärzten diskutiert. Ziel ist hierbei, die Einblicke zu vervollständigen und Verbesserungen bei möglichen Defiziten in der Zusammenarbeit zu erarbeiten.

Aufbauend auf die gewonnenen Erkenntnisse, wird in einem Expertenworkshop ein Kommunikations- und Kooperationsmodell entwickelt, das die Bedürfnisse aller Gruppen berücksichtigt.

3. Abschließend, im letzten Jahr, wird das beschlossene Kooperations- und Kommunikationsmodells in einer Pilotstudie in weiteren Pflegeheimen getestet.



## 2. Dauer der Teilnahme

Das Heim kann der ersten und/oder zweiten Stufe teilnehmen, auch die Teilnahme nur an den Interviews oder den teilnehmenden Beobachtungen ist möglich. Für die Pilotstudie werden erst im Frühjahr 2014 Teilnehmer gesucht.

## 4. Genauere Ablaufbeschreibung

### Interviewdurchführung

Wir wollen jeweils 10 Interviews mit Bewohnern, Bezugspersonen, Pflegekräften und Ärzten durchführen. Da wir diese in mehreren Einrichtungen planen, würde es pro Heim bedeuten, dass jeweils ein Interview mit 2-3 Bewohnern, Bezugspersonen und Pflegekräften innerhalb mehrerer Monate durchgeführt würde. Falls das Heim besuchende Ärzte sich an einer Teilnahme interessiert zeigen, werden wir diese ebenfalls gerne interviewen, allerdings ist primär eine Befragung anders gewonnener Ärzte geplant. Ärzte und Pflegekräfte erhalten 50 Euro Aufwandsentschädigung für die Teilnahme. In den Interviews werden für den Untersuchungsgegenstand relevanten Fragestellungen thematisiert. Die Interviewdauer beträgt ca. 30-60 min, wird von geschulten Projektmitarbeitern durchgeführt und mittels eines digitalen Tonbandgeräts aufgezeichnet. Die Gespräche

mit den Akteuren werden an einem Ort ihrer Wahl durchgeführt, voraussichtlich werden Pflegeheimbewohner und Pflegefachkräfte im Pflegeheim, Hausärzte in ihren Praxen und Bezugspersonen in ihrer häuslicher Umgebung interviewt. Sollten Bewohner die Anwesenheit ihrer Bezugsperson wünschen, ist dies möglich. Das Einverständnis der Teilnehmer wird vor der Durchführung der Leitfadenterviews nach einem Aufklärungsgespräch mit einem Projektmitarbeiter in einer Einverständniserklärung eingeholt. Der Einverständniserklärung wird eine Studieninformation vorangestellt. Zusätzlich werden wenige Angaben zur Demografie erfasst. Das Interview wird anschließend pseudonymisiert transkribiert und nach der Methode Grounded Theory ausgewertet.

### **Teilnehmende Beobachtungen**

Parallel zu den leitfadengestützten Interviews werden in mehreren Pflegeheimen verschiedener Träger insgesamt ca. 15 (pro Heim ca. 3-5) offene, passiv-teilnehmende, unsystematische Beobachtungen durchgeführt. Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich dabei vom Eintreffen des Hausarztes im Wohnbereich bis zu dem Zeitpunkt, zu dem er den Wohnbereich verlässt, bzw. dem Besuch eines weiteren Bewohners. Das Untersuchungsziel ist dabei u.a. die Aufdeckung von Formen der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Pflegefachkraft. Unmittelbar nach der Beobachtung erfolgt eine kurze Nachbefragung (max. 5 min) der Akteure, um zu eruieren, ob es sich um einen typischen Ablauf eines Hausarztbesuches handelte. Die Beobachtungen werden von den geschulten Studienmitarbeitern in kurzen Feldnotizen während der Beobachtung und in einem anschließenden ausführlichen Beobachtungsprotokoll festgehalten. Zwischen den einzelnen Beobachtungseinheiten verfassen die Projektmitarbeiter Memos und ein Forschungstagebuch. Alle potentiell teilnehmenden Pflegekräfte, Pflegeheimbewohner des entsprechenden Wohnbereichs sowie Hausärzte müssen im Vorfeld der teilnehmenden Beobachtung ihr Einverständnis abgeben. Auch voraussichtlich anwesende Bezugspersonen müssen im Vorfeld zustimmen. Der Einholung der Einverständniserklärung werden eine ausführliche schriftliche Studieninformation und ein Aufklärungsgespräch vorangestellt. Zusätzlich werden wenige Angaben

zur Demografie erfasst. Personen, die einer Beobachtung nicht zugestimmt haben oder nicht zustimmen konnten, werden nicht protokolliert. Die Auswertung erfolgt mittels Grounded Theory.

### **Fokusgruppen**

Die gewonnenen Erkenntnisse werden von den Standorten Göttingen, Hamburg und Mannheim in sechs monoprofessionellen Fokusgruppen, jeweils einer mit Hausärzten und einer mit Pflegekräften diskutiert. Die Gruppengröße liegt zwischen 6 und 8 Teilnehmern. Inhaltlich geht es vornehmlich um die Identifizierung von Problembereichen und positiven Formen der Zusammenarbeit. Abschließend wird an jedem Standort eine multiprofessionelle Fokusgruppe ausgerichtet, bei der verstärkt an Lösungsansätzen und Verbesserungsmöglichkeiten gearbeitet werden soll. Das Einverständnis der Teilnehmer wird vor der Durchführung der Fokusgruppen durch eine Einverständniserklärung eingeholt. Der Einverständniserklärung wird eine schriftliche und mündliche Information der Teilnehmer vorangestellt. Zusätzlich werden wenige Angaben zur Demografie erfasst. Alle Fokusgruppen werden per Video aufgezeichnet. Die Fokusgruppen werden mit dem „Knowledge Mapping-Verfahren“ ausgewertet.

## **4. Ein- und Ausschlusskriterien der Teilnehmer**

### **Pflegeheimbewohner**

#### Einschlusskriterien

- unterschriebene Einverständniserklärung
- ausreichende Deutschkenntnisse
- Wohndauer im Pflegeheim  $\geq$  3 Monate
- Alter  $\geq$  65 Jahre

#### Ausschlusskriterien

- höhergradige kognitive Einschränkungen z.B. Demenz
- körperliche Versehrtheit, die ein Interview nicht möglich macht, z.B. Taubheit
- Isolation bei vorliegender infektiöse Erkrankungen, z.B. ORSA
- Betreuung (nur Interview)

Eine Betreuung stellt lediglich für die Durchführung von Interviews ein Ausschlusskriterium dar. Hier kann jedoch ein Interview mit dem Betreuer durchgeführt werden. Eine teilnehmende Beobachtung hingegen kann durchaus auch bei betreuten, z.B. dementen Patienten durchgeführt werden, wenn der Betreuer sein Einverständnis gibt.

## **Bezugspersonen**

### Einschlusskriterien

- unterschriebene Einverständniserklärung
- Volljährigkeit
- Hauptbezugsperson
- ausreichende Deutschkenntnisse
- mindestens 1 Kontakt pro Monat zum Pflegeheimbewohner

## **Pflegekräfte**

### Einschlusskriterien

- unterschriebene Einverständniserklärung
- Volljährigkeit
- ausreichende Deutschkenntnisse
- ein- oder dreijährige Berufsausbildung in der Alten-, Gesundheits- oder Krankenpflege
- $\geq 1$  Jahr Berufserfahrung

## **Hausärzte**

### Einschlusskriterien

- unterschriebene Einverständniserklärung
- ausreichende Deutschkenntnisse

Tätigkeit als Hausarzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Internist)

## **5. Rekrutierung**

### **für die Leitfadeninterviews:**

#### Pflegeheime

Verschiedene Pflegeheime werden von den Standorten Göttingen, Hamburg und Mannheim schriftlich oder telefonisch kontaktiert und über die geplante Studie informiert. In einem Telefongespräch wird das Vorgehen weiter konkretisiert und ein Termin zu einem Gespräch mit der Pflegeheimleitung und ggf. den verschie-

denen Wohnbereichsleitungen vereinbart. Bei Bereitschaft zur Teilnahme werden die Pflegeheime nach dem Prinzip des „Theoretical Sampling“ (Auswahl der Heime aufgrund der empirischen Forschungsergebnisse) herangezogen.

#### Pflegekräfte

Diese werden bei der Schichtübergabe und/oder Dienstbesprechung durch die Bereichsleitung sowie durch Projektmitarbeiter über die Studie informiert. Zusätzliches Informationsmaterial sind ein Poster sowie die Studieninformation. Die Pflegekräfte melden sich dann telefonisch oder schriftlich bei den Projektmitarbeitern.

#### Pflegeheimbewohner

Der Kontakt zu den Bewohnern erfolgt über die Bereichsleitung. Diese erstellt gemäß der Einschluss- und Ausschlusskriterien eine Vorschlagsliste mit maximal 5 Pflegeheimbewohnern, die sich interessiert an einer Teilnahme äußerten. Von diesen werden durch die Studienmitarbeiter 1-2 Bewohner wiederum nach dem Prinzip des „Theoretical Sampling“ zur Teilnahme ausgewählt. Ein Informationsgespräch inklusive Einwilligung und Terminabsprache erfolgt durch die Studienmitarbeiter persönlich im Vorfeld des Interviews. Zudem wird in Aushängen im Wohnbereich über die Studie informiert.

#### Bezugspersonen

Die Rekrutierung der Bezugspersonen erfolgt über die ausgewählten Pflegeheimbewohner oder direkt über Informationsposter im Wohnbereich. Weitere Bezugspersonen werden über die Pflegeheimleitung/Bereichsleitung/Pflegekräfte angesprochen. Die interessierten Bezugspersonen melden sich über die Pflegekraft oder direkt beim Projektteam. Der Termin für das Interview wird telefonisch vereinbart.

#### Hausärzte

Die Hausärzte werden über Ärztenetze oder das Verzeichnis der KV recherchiert. Auch die Teilnahme von direkt oder indirekt bekannten Ärzten, die an der Versorgung von Pflegeheimpatienten beteiligt sind, ist möglich. Anschließend werden die Hausärzte durch die Studienmitarbeiter telefonisch informiert.

#### **für die teilnehmende Beobachtung:**

##### Pflegeheime

Rekrutiert werden Pflegeheime, die bereits für die Leitfadeninterviews zur Verfügung standen oder auch weitere, nach dem unter Leitfadeninterviews beschriebenen Schema.

##### Pflegekräfte, Pflegeheimbewohner und ggf. Bezugspersonen

siehe Interviewrekrutierung.

##### Hausärzte

Die Heim-/Wohnbereichsleitung entscheidet, ob sie die Hausärzte selbst rekrutiert oder dies den Studienmitarbeitern überlässt. Anschließend werden die Hausärzte durch die Studienmitarbeiter telefonisch informiert.

#### **für die Fokusgruppen:**

##### Pflegefachkräfte und Hausärzte

siehe Interviewrekrutierung

## **6. Datenschutz**

Nach einer ausführlichen schriftlichen und mündlichen Aufklärung über die Studie ist ein Unterschreiben der Einverständnisklärung durch den Teilnehmer (Bewohner, Angehöriger, Betreuer, Arzt, Pflegekraft, Pflegeheim) erforderlich. Die Teilnehmer können jederzeit und ohne Angabe von Gründen ihr Einverständnis zurückziehen und aus der Studie ausscheiden, ohne dass sich daraus Nachteile für sie ergeben. Bei Widerruf der Zustimmung werden die Daten sofort und endgültig

gelöscht. Seitens des Pflegeheims ist eine Rücknahme der Einwilligung bei gravierenden, darzustellenden Gründen ebenfalls möglich, was eine Löschung sämtlicher über das Heim erhobener Daten (Interviews, teilnehmende Beobachtungen, Fokusgruppenbeiträge) zur Folge hätte. Bei jeglicher Form der Datenerhebung werden die Teilnehmer noch einmal auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und den vertraulichen Umgang mit den erhaltenen Informationen hingewiesen. Die Teilnehmer können vor, während und nach der Datenerhebung mit den Projektmitarbeitern, dem Projektleiter oder den Abteilungsleitern der Standorte Fragen besprechen. Alle Projektmitarbeiter werden mit den Bestimmungen des Datenschutzes vertraut gemacht und auf die Wahrung des Datengeheimnisses nach § 5 NDSG verpflichtet. Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten werden in pseudonymisierter Form auf Papier und elektronischen Datenträgern im Institut für Allgemeinmedizin gespeichert. Jegliche Nutzung der erhobenen Daten erfolgt ebenfalls nur in pseudonymisierter Form. Von der Audioaufnahme jedes Interviews und den Videoaufnahmen der Fokusgruppen und des Expertenworkshops wird eine DVD als Sicherheits-Kopie in einem gesicherten Datenschrank gelagert. Die Zwischenspeicherungen auf der Festplatte des Aufnahmegerätes werden nach Erstellung der DVDs gelöscht. Nach Abschluss der Studie werden Transkriptionen, Beobachtungsprotokolle, Audio- und Videoaufnahmen für die Dauer von 10 Jahren nach Studienende in einem verschließbarer Stahlschrank archiviert, zu dem nur Projektleiterin Dr. Christiane Müller, eine Vertretung oder die Abteilungsleiterin Frau Prof. Dr. Eva Hummers-Pradier Zugang hat. Danach werden sie unwiederbringlich zerstört. Bei Widerruf der Zustimmung durch die Teilnehmer (Bewohner, Angehörige, Betreuer, Pflegekräfte) werden die entsprechenden Daten und die Audio- oder Videoaufnahmen im Original sowie die DVD als Sicherheitskopie sofort gelöscht.

## **7. Umgang mit „Zufallserkenntnissen“**

Wenn die Studienmitarbeiter von bedenklichen Ereignissen und schweren Missständen (z.B. Formen der Körperverletzung gegenüber Patienten) Kenntnis erlangen, werden sie sofort versuchen, die betreffenden Pflegeleitung bzw. Heimleitung in einem vertraulichen Gespräch hierüber zu informieren. Es dürfte nicht

zu den Verpflichtungen der beteiligten Wissenschaftler gehören, hier juristisch tätig zu werden, aber die Form eines intensiven Gesprächs mit den Beteiligten bzw. den Aufsichtspersonen sehen wir für uns als verpflichtend an.

*interprof* ist eine Multicenterstudie mit folgenden Partnern:

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Arbeitsgruppe psychiatrische Epidemiologie und demografischer Wandel,

Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim

Abteilung Pflege und Gesundheit, Fakultät V-Diakonie, Gesundheit und Soziales,

Hochschule Hannover

Die Studie wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

Sofern Sie noch Fragen haben, beantworte ich diese gerne.

Dr. med. Christiane Müller, MPH

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

## **Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim**

**Projektleitung:**

Prof. Dr. med. Eva Hummers-Pradier und Dr. med. Christiane Müller, MPH

Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen

## Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie

### „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim“

Ich wurde über die o. g. Studie von einer Studienmitarbeiterin informiert und habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen dazu zu stellen. Die Antworten habe ich verstanden und akzeptiert.

Ich hatte genügend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden. Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig und mit keinem unmittelbaren persönlichen Nutzen oder Nachteilen für die von mir geleitete Einrichtung verbunden ist. Ich weiß, dass ich beim Vorliegen gravierender Gründe nach Darstellung derselben jederzeit diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich oder das Heim entstehen. Sämtliche über das Heim erhobenen Daten (Interviews, teilnehmende Beobachtungsaufzeichnungen, Fokusgruppenbeiträge und – videos) würden in diesem Fall unverzüglich vernichtet. Ich bin damit einverstanden, dass die Studienmitarbeiter Pflegekräfte, BewohnerInnen und Angehörige sowie behandelnde HausärztInnen zunächst rekrutieren und später interviewen oder beobachten. Ich bin darüber hinaus einverstanden, dass Pflegekräfte an Gruppendiskussionen teilnehmen dürfen.

Im Falle eines Widerrufs werden zudem keine weiteren Interviews oder teilnehmenden Beobachtungen in dem Heim durchgeführt, sowie keine Teilnehmer für die Gruppendiskussionen gewonnen.

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Studie erhobenen Daten, Audiodaten und Videodaten pseudonymisiert **unter den Bedingungen des Datenschutzes** für einen Zeitraum von 10 Jahren gespeichert und zu Forschungszwecken verwendet werden. Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich habe den Informationstext und eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.

---

Vor- und Nachname Einrichtungsleitung

Ort, Datum, Unterschrift Einrichtungsleitung

---

Ort, Datum, Unterschrift StudienmitarbeiterIn

**Bitte um Unterstützung der Studie „*interprof*“  
„Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim“**

«Anrede» «Titel» «Nachname»,

betreuen Sie als «gender\_hausarzt» Patientinnen und Patienten, die in einem Alten- oder Pflegeheim leben? Ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Pflegeheimen interessieren uns sehr!

Wir bitten Sie um Ihre Mitarbeit an der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie „*interprof*“.

Die Studie untersucht die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Pflegeheim. Darüber hinaus wollen wir mehr über die Sichtweisen der Ärzte, der Pflege sowie der Bewohner und ihrer Familien erfahren. Wir würden gerne mit Ihnen innerhalb der nächsten Monate einen Termin für ein persönliches Gespräch (Interview) vereinbaren. In diesem geht es um Ihre Perspektive und Ihre Erfahrungen bei der Zusammenarbeit mit Pflegeheimen und Pflegepersonal. Das Interview dauert ca. 60 Minuten, Ort und Zeitpunkt bestimmen Sie. Für Ihren Aufwand erhalten Sie eine Entschädigung in Höhe von 50 Euro.

Gerne rufen wir Sie in den nächsten Tag an, um Ihre Teilnahmebereitschaft zu erfragen; oder Sie senden das beiliegende Antwortblatt per Fax oder Post an uns zurück. Eventuelle Fragen beantwortet Dr. Christiane Müller gerne telefonisch (0551-3922691). Mit Ihrer Teilnahme an der Studie leisten Sie einen wertvollen Beitrag zur allgemeinmedizinischen Forschung. Wir bedanken uns im Voraus für Ihr freundliches Interesse und würden uns über eine zustimmende Rückmeldung sehr freuen!

Mit besten Grüßen

Ihre

Prof. Dr. med. Eva Hummers –Pradier  
Abteilungsdirektorin

Dr. med. Christiane Müller, MPH  
Projektleitung



«Titel» «Vorname» «Nachname»

«Strasse»

«PLZ\_und\_Ort»

Abteilung Allgemeinmedizin  
Universitätsmedizin Göttingen  
Dr. med. Christiane Müller  
Humboldtallee 38  
37073 Göttingen

*interprof*



**JA,**

ich bin an einer Teilnahme am Forschungsprojekt „*interprof*„ interessiert.

Dieser Zeitraum wäre für ein Interview besonders günstig: \_\_\_\_\_

**NEIN,**

eine Studienteilnahme kommt für mich nicht in Frage

---

Datum

Unterschrift

Stempel

### Transkriptionsregeln nach Rosenthal

,.....kurzes Absetzen

.....deutlicheres Absetzen

(4) ..... Dauer der Pause in Sekunden

Ja:.....Dehnung

((lachend))..... Kommentar der Transkribierenden

/.....Einsetzen des kommentierten Phänomens

//hm//.....Gebrummel der Interviewerin

nein..... betont

viel-.....Abbruch

>nein<.....leise

.....Auslassung im Transkript

( )..... Inhalt der Äußerung ist unverständlich; Länge der Klammer entspricht etwa der Dauer der Äußerung

(sagte er)..... unsichere Transkription

Ja=ja.....schneller Anschluss

Ja so war

Ich gleichzeitiges Sprechen ab „so“

### 1. Erzählung eines typischen Hausbesuchs im Pflegeheim

*Sie arbeiten ja schon einige Zeit hier im Pflegeheim. Uns interessieren nun Ihre Erfahrungen - Wie verläuft ein Besuch im Pflegeheim denn üblicherweise? Was sind denn übliche Situationen? Erzählen Sie doch mal...*

*Wie läuft es wenn B A sehen will? Ablauf typisch-untypisch, Was passiert danach?*

*Kontinuität Versorgung durch weitere Ärzte, Medikation*

*Kommunikation mit Bewohnern? Kontakte zu den Angehörigen?*

*Es läuft ja nicht immer alles so glatt. Welche positiven bzw. negativen Erfahrungen haben Sie denn bei den Besuchen gemacht? Können Sie beispielhafte Situationen beschreiben?*

*(Rahmenbedingungen, Organisation von Abläufen, Zuständigkeiten)*

### 2. Beschreibung des letzten Hausarztbesuchs

*Können Sie sich noch an Ihren letzten Hausbesuch bei einem Pflegeheimbewohner erinnern? Wie war das denn so in diesem konkreten Fall? Schildern Sie doch mal den genauen Ablauf.*

*Auslöser – Ablauf – Erleben- Was passiert dann? Verfolgung Gesundheitszustand B?*

### 3. Erfahrungen mit Zuständigkeitsbereichen und Aufgabenverteilungen

*Uns interessiert, wie Aufgaben im Pflegeheim verteilt sind. Welche Aufgaben übernehmen Sie und für was ist das Pflegepersonal zuständig?*

*Vielleicht können Sie sich auch an einzelne Situationen erinnern die Ihnen in Bezug auf die Aufgabenverteilung positiv oder negativ aufgefallen sind?! Erzählen sie...*

*Aufgaben Bewohner, Angehörige, welche pflegerischen Aufgaben besonders wichtig? Sehen Pflegekräfte Situation anders? Verständnis eines guten Arztes im Heim*

### 4. Vorstellungen und Phantasien über die ideale Situation/Versorgung im Pflegeheim

*Lassen Sie Ihrer Phantasie freien Lauf. Was wäre für Sie die ideale medizinische Versorgung im Pflegeheim? Was würden Sie sich da wünschen?*

***Was würden Sie sich für die medizinische Versorgung wünschen, wenn Ihre Eltern ins Pflegeheim kämen?***

*die ideale Aufgabenteilung, optimale Zusammenarbeit bei freien Ressourcen?*

*Was davon im aktuellen Rahmen umsetzbar, konkrete Verbesserungsvorschläge*

*Welche Aufgaben könnten Sie sich vorstellen, an Pflegekräfte komplett abzugeben. Dies bedeutet, dass die Anordnungs- und Durchführungsverantwortung nur noch bei der Pflege läge? Welche Tätigkeiten wären dies?*

***Was denken Sie, was wünschen sich die Pflegekräfte? Welche Abläufe wären für die Pflegekräfte wohl optimal? Was denken Sie?***

***Und die Bewohner? Was wünschen die sich wahrscheinlich?***

**Kurzversion Leitfadenterview Pflegekraft  
31.07.2013**

**1. Erzählung eines typischen Arbeitstags im Pflegeheim**

*Sie arbeiten ja schon einige Zeit hier im Pflegeheim. Uns interessieren nun Ihre Erfahrungen - Wie verläuft ein Arbeitstag im Pflegeheim denn üblicherweise? Was sind denn übliche Situationen? Erzählen Sie doch mal...*

*Es läuft ja nicht immer alles so glatt. Welche positiven bzw. negativen Erfahrungen haben Sie denn bei der Arbeit gemacht? Könnten Sie beispielhafte Situationen beschreiben?*

*(Rahmenbedingungen, Organisation von Abläufen, Zuständigkeiten)*

*Wie verläuft bei Ihnen im Heim denn üblicherweise die ärztliche Versorgung?*

*Wie läuft es wenn B A sehen will? Ablauf typisch-untypisch, Was passiert danach?*

*Kontinuität Versorgung durch weitere Ärzte  
Medikation*

**2. Beschreibung des letzten Hausarztbesuchs**

*Können Sie sich noch an den letzten Besuch eines Hausarztes bei einem Bewohner erinnern? Wie war das denn so? Erzählen Sie doch mal...*

*Auslöser, Ablauf, Erleben, was passierte danach?*

**3. Erfahrungen mit Zuständigkeitsbereichen und Aufgabenverteilungen**

*Uns interessiert, wie Aufgaben im Pflegeheim verteilt sind. Welche Aufgaben übernehmen Sie und für was sind die Ärzte zuständig? Vielleicht können Sie sich auch an einzelne Situationen erinnern die Ihnen in Bezug auf die Aufgabenverteilung positiv oder negativ aufgefallen sind?! Erzählen sie doch mal... Aufgaben Bewohner, Angehörige, welche pflegerischen Aufgaben besonders wichtig? Sehen Pflegekräfte Situation anders? Verständnis eines guten Arztes im Heim*

**4. Vorstellungen und Phantasien über die ideale Situation/Versorgung im Pflegeheim**

*Lassen Sie Ihrer Phantasie freien Lauf. Wie sähe in Ihren Augen die ideale Versorgung im Pflegeheim aus? Was würden Sie sich da wünschen? Was würden Sie sich für die medizinische Versorgung wünschen, wenn Ihre Eltern ins Heim kämen?*

*die ideale Aufgabenteilung, optimale Zusammenarbeit bei freien Ressourcen?  
Was davon im aktuellen Rahmen umsetzbar, konkrete Verbesserungsvorschläge*

*Welche Aufgaben könnten Sie sich vorstellen, von Ärzten komplett zu übernehmen. Dies bedeutet, dass die Anordnungs-und Durchführungsverantwortung nur noch bei Ihnen liegt? Welche Tätigkeiten wären dies?*

*Was denken Sie denn, was wünschen sich die Ärzte? Welche Abläufe wären für die Ärzte wohl optimal? Was denken Sie...*

*Und die Bewohner? Was wünschen die sich wahrscheinlich?*

# Demografische Angaben

## Ärztin/Arzt



--	--	--	--	--

Methode  Interview  Einrichtungsträger  
 Teilnehmende Beobachtung  kommunal/öffentlich  
 Fokusgruppe  frei-gemeinnützig  
 Expertenworkshop  privat

Datum: \_\_\_\_\_

Größe der Einrichtung

\_\_\_\_\_ Plätze

1. Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

2. Geschlecht:

männlich

weiblich

Stadt (>5000 Einwohner)

Land (<5000 Einwohner)

3. Haben Sie außer Medizin noch ein weiteres Fach studiert?

nein

ja, und zwar \_\_\_\_\_

4. Verfügen Sie über eine zusätzliche Berufsausbildung?

nein

ja, und zwar \_\_\_\_\_

5. Jahre ärztlicher Tätigkeit (ohne Studium) \_\_\_\_\_

Facharzt \_\_\_\_\_

6. Üben Sie zurzeit eine weitere als die praktische Arzttätigkeit aus?

nein

ja, und zwar \_\_\_\_\_

7. Niederlassung

Einzelpraxis  Gemeinschaftspraxis

8. Führen Sie aktuell Hausbesuche im Heim durch?

ja  nein

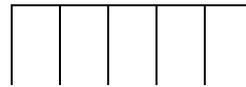
9. Jahre Tätigkeit Heim insgesamt \_\_\_\_\_

10. Anzahl besuchter Heime zurzeit \_\_\_\_\_

11. Anzahl Patienten im Heim (gesamt) \_\_\_\_\_

12. Stunden pro Woche im Heim (gesamt) \_\_\_\_\_

13. *Nur bei Beobachtungen:* Was ist der Grund der heutigen Konsultation?  
 \_\_\_\_\_



# Demografische Angaben

- Methode  Interview  Teilnehmende Beobachtung  Fokusgruppe  Expertenworkshop
- Einrichtungsträger  kommunal/öffentlich  frei-gemeinnützig  privat

Datum: \_\_\_\_\_  
tung

Größe der Einrichtung

\_\_\_\_\_ Plätze

1. Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

2. Geschlecht:

männlich

weiblich

Stadt (>5000 Einwohner)

Land (<5000 Einwohner)

3. Welche Berufsausbildung haben Sie?

Gesundheits- und Krankenpflege

Altenpflege

Gesundheits- und Krankenpflegehelfer

Altenpflegehelfer

sonstige, und zwar \_\_\_\_\_

4. Jahre pflegerischer Tätigkeit gesamt  
\_\_\_\_\_

5. Jahre in der stationären Altenpflege  
\_\_\_\_\_

6. Jahre in der derzeitigen Einrichtung  
\_\_\_\_\_

7. Arbeiten Sie derzeit in Vollzeit?

ja

nein, in Teilzeit mit \_\_\_\_\_ %/Stunden

8. Haben Sie eine der folgenden Funktionen inne?

PDL

Wohnbereichsleitung

Abteilungsleitung

Gruppenlei-

tung

# Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim

interprof



Anlage A2x

## Projekteitung:

Prof. Dr. med. Christiane Müller, MPH  
 UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN  
 Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen  
 Humboldtallee 38  
 D-37073 Göttingen

## Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie

### „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim“

#### (Interview)

Ich wurde über die o. g. Studie von einer Studienmitarbeiterin vollständig aufgeklärt und habe den Informationstext gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen dazu zu stellen. Die Antworten habe ich verstanden und akzeptiert. Ich hatte genügend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden. Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig und mit keinem unmittelbaren persönlichen Nutzen oder Nachteilen für mich verbunden ist.

Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen. Alle bis dahin erhobenen Daten, sowie die Audioaufnahmen im Original und der DVD als Sicherheitskopie würden in diesem Fall unverzüglich vernichtet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Studie erhobenen Daten und Audiodaten pseudonymisiert **unter den Bedingungen des Datenschutzes** für einen Zeitraum von 10 Jahren gespeichert und zu Forschungszwecken verwendet werden. Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass das Interview auf Tonband aufgezeichnet wird.

Ich habe den Informationstext und eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.

Vor- und Nachname TeilnehmerIn

Ort, Datum, Unterschrift TeilnehmerIn

Ort, Datum, Unterschrift StudienmitarbeiterIn

# Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim



Anlage A5x

## Projektleitung:

Prof. Dr. m UNIVERSITÄTSMEDIZIN **UMG** GÖTTINGEN med. Christiane Müller, MPH

Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen

Humboldtallee 38

D-37073 Göttingen

## Information für Pflegekräfte zur Teilnahme an der Studie „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflege- heim“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern wird von verschiedenen Berufsgruppen, hauptsächlich der Pflege und von Ärzten, geleistet. Wir wollen in unserer Studie mehr über die Sichtweisen und Bedürfnisse aller Beteiligten erfahren sowie untersuchen, wie sich die Zusammenarbeit und Kommunikation gestalten kann. Letztlich wollen wir einen Beitrag dazu leisten, die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu stärken.

Deshalb würden wir gerne mit Bewohnern, Bezugspersonen, Ärzten und Pflegekräften persönliche Gespräche (**Interviews**) führen. In diesen geht es jeweils um ihre Perspektive und persönlichen Erfahrungen zur Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Pflegeheim. Während des Interviews können Sie jederzeit eigene Themen ansprechen sowie Sie auch das Gespräch jederzeit unterbrechen oder abbrechen können. Das Interview findet an einem Ort und zu einer Zeit Ihrer Wahl statt und dauert bis zu einer Stunde. Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig, eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren. Für Ihren Aufwand erhalten Sie eine Entschädigung von 50 Euro.

Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet, um es im Anschluss wissenschaftlich auswerten zu können. Nach Beendigung der Studie wird es zwar archiviert, aber nicht für weitere Studien oder im Unterricht für die Studierenden verwendet. Die Auswertung des Interviews sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert, d.h. ohne Verwendung Ihres Namens oder Ihrer persönlichen Daten; Rückschlüsse auf Ihre Person werden daher nicht möglich sein.

Entsprechend den Regeln guter wissenschaftlicher Praxis werden Ihre Daten sowie die Aufnahme für einen Zeitraum von 10 Jahren unter den Bedingungen des Datenschutzes gespeichert, eine Weitergabe an Dritte (z.B. an ihren Vorgesetzten) ist ausgeschlossen. Sie können Ihr einmal gegebenes Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen. Alle bis dahin erhobenen Daten (einschließlich der angefertigten Interviewtranskription) sowie die Audioaufnahmen im Original und der DVD als Sicherheitskopie würden in diesem Fall unverzüglich vernichtet werden.

Sofern Sie noch Fragen haben, beantworte ich diese gerne.

Dr. med. Christiane Müller, MPH

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Tel.: 0551/3922691

## Publikationen

- I. Mueller CA, Tetzlaff B, Theile G, **Fleischmann** N, Cavazzini C, Geister C, Scherer M, Weyerer S, van den Bussche H & Hummers-Pradier E (2015) Interprofessional collaboration and communication in nursing homes: a qualitative exploration of problems in medical care for nursing home residents - study protocol. *Journal of advanced nursing* 71(2), 451-457. DOI: 10.1111/jan.12545.
- II. **Fleischmann** N\*, Tetzlaff B\*, Werle J, Geister C, Scherer M, Weyerer S, Hummers-Pradier E & Mueller CA (2016) Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. *BMC family practice* 17(1), 123. DOI: 10.1186/s12875-016-0522-z.  
\*geteilte Erstautorenschaft
- III. **Fleischmann**, N., Geister, C., Hoell, A., Hummers-Pradier, E. & Mueller, C.A. (2017) Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): A grounded theory study of nurse experiences of general practitioner visits. *Applied Nursing Research* 35, 118–125. DOI: 10.1016/j.apnr.2017.02.021.
- IV. Müller, C.A., Simmenroth, A., Ruwe, G., Zarnack, F., Hummers, E. & **Fleischmann**, N. (2017a) Anamnese und Planungsgespräch in der häuslichen Versorgung im interprofessionellen Team: Lehrprojekt mit Schauspielpatienten für Medizinstudierende und Lernende der Gesundheits- und Krankenpflege. *Pflegewissenschaft* 19(7/8), 154–159. 24 June 2017.

Mueller, C.A., Tetzlaff, B., Theile, G., Fleischmann, N., Cavazzini, C., Geister, C., Scherer, M., Weyerer, S., van den Bussche, Hendrik & Hummers-Pradier, E. (2015) Interprofessional collaboration and communication in nursing homes: a qualitative exploration of problems in medical care for nursing home residents - study protocol. *Journal of advanced nursing* **71**(2), 451–457. DOI: 10.1111/jan.12545.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12545/abstract;jsessionid=473A4FD4A1C77101A5664FE1882C8A18.f03t03>

RESEARCH ARTICLE

Open Access



# Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits

Nina Fleischmann<sup>1\*†</sup>, Britta Tetzlaff<sup>2†</sup>, Jochen Werle<sup>4</sup>, Christina Geister<sup>3^</sup>, Martin Scherer<sup>2</sup>, Siegfried Weyerer<sup>4</sup>, Eva Hummers-Pradier<sup>1</sup> and Christiane A. Mueller<sup>1</sup>

## Abstract

**Background:** Interprofessionalism, considered as collaboration between medical professionals, has gained prominence over recent decades and evidence for its impact has grown. The steadily increasing number of residents in nursing homes will challenge medical care and the interaction across professions, especially nurses and general practitioners (GPs). The nursing home visit, a key element of medical care, has been underrepresented in research. This study explores GP perspectives on interprofessional collaboration with a focus on their visits to nursing homes in order to understand their experiences and expectations. This research represents an aspect of the interprof study, which explores medical care needs as well as the perceived collaboration and communication by nursing home residents, their families, GPs and nurses. This paper focusses on GPs' views, investigating in particular their visits to nursing homes in order to understand their experiences.

**Methods:** Open guideline-interviews covering interprofessional collaboration and the visit process were conducted with 30 GPs in three study centers and analyzed with grounded theory methodology. GPs were recruited via postal request and existing networks of the research partners.

**Results:** Four different types of nursing home visits were found: visits on demand, periodical visits, nursing home rounds and ad-hoc-decision based visits. We identified the core category "productive performance" of home visits in nursing homes which stands for the balance of GPs' individual efforts and rewards. GPs used different strategies to perform a productive home visit: preparing strategies, on-site strategies and investing strategies.

**Conclusion:** We compiled a theory of GPs home visits in nursing homes in Germany. The findings will be useful for research, and scientific and management purposes to generate a deeper understanding of GP perspectives and thereby improve interprofessional collaboration to ensure a high quality of care.

**Keywords:** Grounded theory, General practitioners, Interdisciplinary communication, Nursing homes, Primary health care, Physician-nurse relations, Qualitative research, Residential facilities

**Abbreviations:** GP, general practitioner

\* Correspondence: nina.fleischmann@med.uni-goettingen.de

†Equal contributors

<sup>^</sup>Deceased

<sup>1</sup>Department of General Practice, University Medical Center Göttingen, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen, Germany

Full list of author information is available at the end of the article



## Background

Interprofessionalism, considered as collaboration among the health professions, has gained prominence over recent decades [1, 2] and evidence for its impact has grown [3–5]. Interprofessionalism is built on common perceptions, understanding and the effectiveness of working relationships [6]. The increasing number of residents in nursing homes will challenge medical care and the interaction across the professions, especially nurses and general practitioners (GPs). In Germany, currently 29 % of people needing long-term care live in more than 13,000 nursing homes [7]. Most of them suffer from chronic diseases and multimorbidity [8], which results in a complex care requirement and reliance on GPs, who provide coverage for this patient group in Germany and are usually self-employed in either single-handed or in small group practices with 2–4 physicians. Although nursing home residents are free to choose their GP by law, in practice the selection is often made by nurses [9–11]. Nursing homes are allowed to make firm arrangements with GPs [12], but only a quarter of these, generally the smaller nursing homes, achieve this. Even less frequently is a medical practice located within a nursing home [13]. International studies have found various forms of collaboration between nursing homes and GPs, ranging from weekly visits to difficulties even scheduling GPs to visit the nursing home [14]. In Germany, on average, 23 physicians visit a single nursing home. Together with the nurses' working shift pattern this results in a wide variety of collaboration patterns [12]. A GP typically spends 1.7 h/week in a nursing home, caring for up to 20 residents in this period [13]. Nursing home staff usually consist of specialized geriatric nurses with three years of professional education and training, and nursing aids as well as temporary staff with or without vocational training [15].

Previous studies in Germany have mainly focused on either the frequency of home visits [10] or the health status of the residents using quantitative surveys or secondary data analysis [16, 17]. Only a few authors have analyzed the structure of home visits and the interprofessional collaboration between GPs and nurses, where it has been found that agreements between the professional groups, reliable contact persons and periodic visits at fixed times, as well as limiting the number of GPs caring for one nursing home, were essential factors for successful collaboration [18]. From the GP perspective, standardized communication, training, case conferences or more nursing staff presented opportunities for improvement in communication [19]. Further issues for GPs included complaints regarding the working conditions e.g. insufficient remuneration as stipulated by the German medical fee schedule and the degree of collaboration with qualified nurses [20].

This research was part of the interprof study, which explores medical care needs as well as the perceived collaboration and communication by nursing home residents, their families, GPs and nurses. The interprof study aims to uncover limitations and opportunities in interprofessional collaboration thereby permitting development of a model for improvement [21]. This particular project explores GP perspectives on interprofessional collaboration with a focus on their visits to nursing homes in order to understand their experiences and expectations. We describe the core category, its context and influencing conditions as well as the related strategies and consequences [22].

## Methods

### Research design

In this Grounded Theory Study we used open guideline interviews [23] to explore the experiences and expectations of GPs concerning interprofessional collaboration during home visits to nursing homes (Table 1).

### Participants

Purposive sampling was used to recruit GPs ( $n = 30$ ) in three study centers: Goettingen, Hamburg and Mannheim as well as their surrounding areas. The diversity of sites allowed participant recruitment from both urban and rural settings. To gain a broad insight, we also recruited GPs from a range of demography's (see Table 2). Participants provide care to 4 to 250 residents in one to ten nursing homes. The hours per week spent attending

**Table 1** Interview guideline

Narrative of a typical home visit in nursing homes	You have been working here in a nursing home for some time. Today we are interested in your experience of how a nursing home visit is usually carried out. Tell us about typical situations as well as positive and negative experiences during the visits? Can you describe exemplary situations?
Description of the last GP visit	Could you please recall your last home visit to a nursing home resident? How did this particular visit go? Please describe the visit in detail.
Experience with areas of responsibility and distribution of tasks	We are interested in the distribution of tasks in a nursing home. What are your tasks and responsibilities, and what are the tasks and responsibilities of the nursing home staff?
Ideas and vision about the ideal care in a nursing home	Give your imagination free reign. How do you imagine ideal medical care in a nursing home would be provided? What would you like to see; also in the case if your parents were residents there? What do you think the nurses would expect? What process might be optimal for the nurses? And what processes would be best for the residents and what would they likely prefer?

**Table 2** Demographic details of participating GPs

Characteristics	Number included
Gender	
male	21
female	9
Age	
36–40	2
41–50	8
51–60	12
61–71	8
Years of work experience as a physician	
11–15	4
16–20	5
21–25	6
26–30	5
31–38	10

a nursing home varied from 1 to 30, two GPs answered “every day” and “as required”.

GPs were recruited via postal requests and using existing contacts of the research institutes and at conferences, with the goal of exploring and extending the theoretical construct of the emergent theory and to capture diverse experiences. Inclusion criteria were sufficient German language skills and working as a GP in the community. Respondents were provided with detailed information and an interview appointment scheduled. Given that participation was voluntary, we did not collect information regarding non-participation.

#### Data collection

Open guideline interviews were conducted by four female researchers (NF, BT, CAM and a doctoral student, not an author) and three male researchers (JW and two others, not authors) with different professional backgrounds (nursing science, occupational therapy, medicine/public health, gerontology, sports science, sociology) and aged 28 to 44 years. All interviewers were trained repeatedly by experienced qualitative researchers (including CG) in interview techniques and theoretical background. Face-to-face interviews were carried out in German language, between September 2012 and December 2013 mainly in GPs’ practices and occasionally in the research departments of the respective study centers. The researchers’ professions or their assumptions were not shared with the interviewees. Field notes were written after each interview and memos during the analysis process. Interviews were digitally audio-recorded, transcribed verbatim and checked against the original recordings. For publication purposes interview quotes were translated by an English native speaker and reviewed by the

authors. MAXQDA 10 (Qualitative Data Analysis Software) facilitated data analysis. Information on the rigor of the procedure can be found in our study protocol [21].

#### Data analysis

Similarities and differences of phenomena and concepts within the interviews were assessed in an iterative comparative process (Fig. 1). To extract the various perspectives on the meaning of the data, we analysed the interviews in a team of four researchers with different professional backgrounds (nursing science, occupational therapy, gerontology, medicine). In regular meetings of the entire research group we discussed the findings and presented them additionally to staff external to the core analysis team. Open coding identified GPs’ expectations, experiences and strategies. Axial coding was used to cluster and organize the data. We used the coding paradigm as a heuristic tool developed by Corbin and Strauss [22]. As the recruitment based on method of theoretical sampling was not feasible we followed the principles of theoretical sampling and constant comparison method within our analysis until our categories were saturated. Once the core category had been identified by selective coding we additionally reviewed the literature relevant to the emerging theory.

#### Results

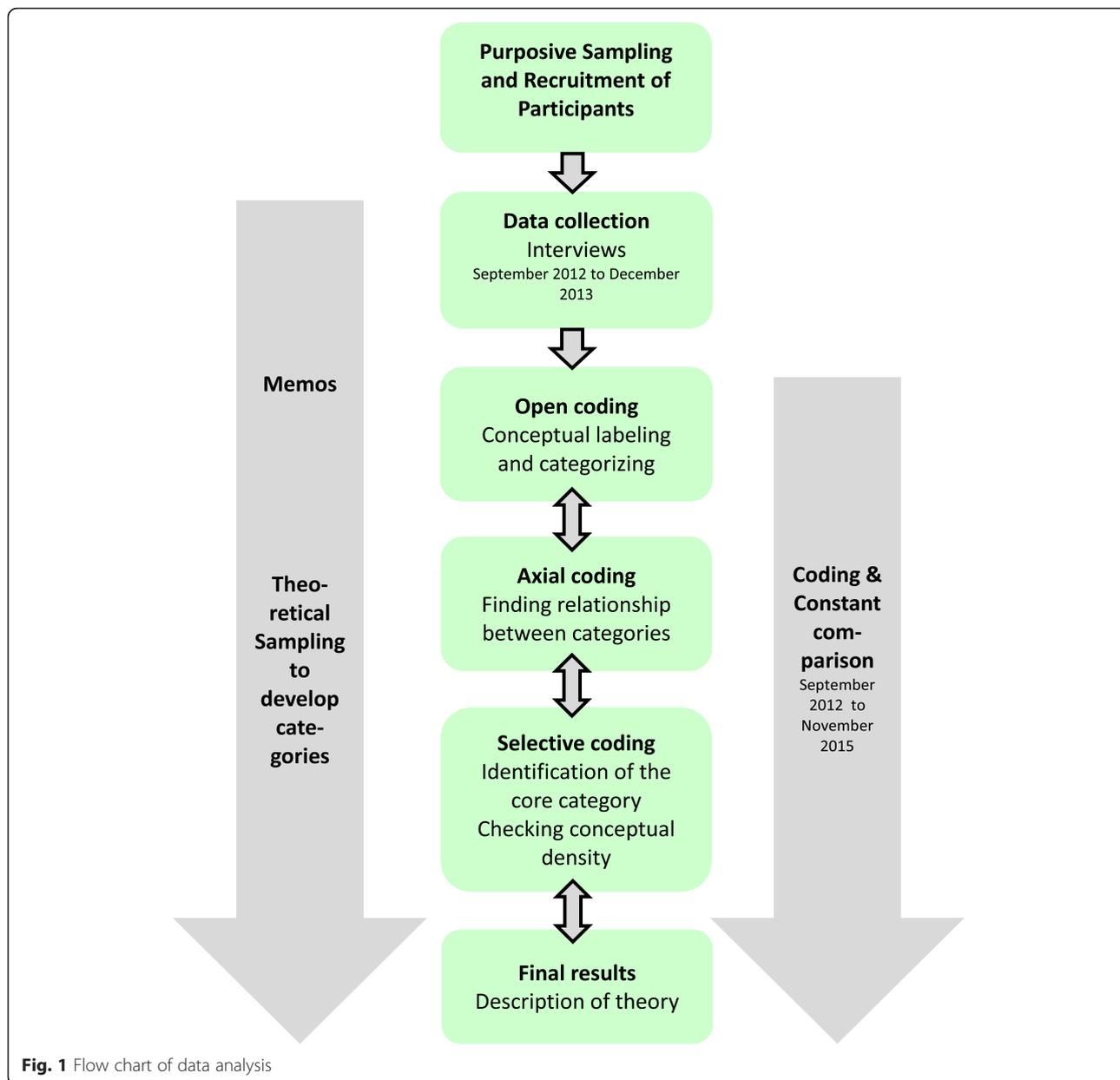
##### Core category “productive performance” of home visits and its context

“Productive performance” was identified as the core category of GPs’ perception of their nursing home visits. GPs aimed to achieve “productive performance” by balancing individual effort and reward. The feeling that the visit was worthwhile served to strengthen this balance. This process was influenced by their evaluation of the benefit for their patients, their personal commitment, the maintenance of their own medical practice as an independent business and the wish to provide care in nursing homes, with an overall economic thought kept in mind.

*“so that a reasonable mixed calculation is somehow profitable in the end. You can’t care for too many residents in nursing homes who, ah, disrupt the schedule so much so that surgery appointments aren’t possible” (AA6/42)*

##### Types of home visits

The “productive performance” approach was found in the context of four different types of home visits: 1. on demand, 2. periodic, 3. nursing home round and 4. based on ad-hoc-decisions. These different types of home visits could be differentiated by their regularity, plannability, routine in time-scheduling as well as content-related planning and practical preparation. An overview of the types of home visits and the paradigm model of “productive performance” is given in Table 3.



**Visits on demand** were the least plannable, but required by a change in resident health status as perceived by the residents themselves, their relatives or nurses. Residents or their relatives informed the GPs or reported the change to a nurse, who decided in their filtering function to contact the GP practice by phone or fax, depending on the perceived urgency and existing arrangements with the GP. Usually the practice assistants received this information from the nursing home and forwarded it to the GPs.

*“the nursing home calls me, the patient complains of foot pain, I would like to check that”(BA2/7)*

Depending on the health problem and previous experience with the nursing staff, the GP then decides whether to visit the nursing home or to call for an ambulance. This initial referral to hospital instead of a home visit was also a part of “productive performance” because the conditions in the nursing home are not appropriate for severe, acute health problems or specific diagnostics.

*“the resident has dyspnea, ah, I won’t visit but will call the ambulance instead. There’s no reason to attend because I would be on my own without the necessary equipment or staff to assist me”(CA3/4)*

**Table 3** Overview of “productive performance” in types of home visits, influencing conditions and causes, strategies and consequences

Types of home visits	Influencing conditions and causes	Strategies to achieve “productive performance”	Consequences of “productive performance”
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visits on demand</li> <li>• Periodic visits</li> <li>• Nursing home round</li> <li>• Visits based on ad-hoc-decisions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nurse characteristics</li> <li>• Resident characteristics</li> <li>• Nursing home environment</li> </ul>	Preparing strategies <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scheduling and planning</li> <li>• Preparing</li> </ul> On-site strategies <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gathering information</li> <li>• Seeking nurses’ attendance</li> <li>• Decision making</li> <li>• Taking care of the resident</li> </ul> Investing strategies <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instructing and teaching</li> <li>• Dealing with documentation</li> <li>• Providing information</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction</li> <li>• Annoyance</li> <li>• Disrespect</li> <li>• Avoiding contact to the nurses</li> <li>• Give up care</li> </ul>

Although **periodic visits** were generally more routine for the GP, they were not automatically perceived as more productive. Periodic home visits are planned and focus on regularly monitoring the health of residents with chronic diseases. They are characterized by short duration and unidirectional communication: the GPs inform the nurses only briefly of the reason for the visit. Such advance scheduling led to “productive performance” as some activities could also be delegated to the practice assistant, e.g. blood sampling.

*“I personally do the rounds in two nursing homes, today I saw about 40 residents on two wards in one nursing home between 7:30 and 11:30. I went there, was expected, the nursing staff were waiting for me and had prepared a book with the questions of the day. I advised them to set up this book” (AA1/3)*

Caring for at least two residents in one nursing home is often associated with a **nursing home round**. This is perceived to be similar to a hospital ward round in which the GP visits all his residents, one after another. GPs adapted this process to the residents’ needs; they asked for the health update and monitored existing chronic diseases. This type of visit followed a highly structured, time-saving routine.

*“first I meet up with the nurse (...) we sit down together and talk theoretically who should be visited and what I have to sign and so on. After that I go through the nursing home to the individual residents” (AA10/54)*

The **visits based on ad-hoc-decision** represented a hybrid of the demand and periodic visit and depended on the particular situation. The decision to extend the visit was influenced by the other residents’ health status, the perceived urgency and operational requests such as

prescriptions and signatures – which was renegotiated in every visit.

*“depends whether there was something out of the ordinary”(CA1/2).*

#### Influencing conditions and causes

Nursing home residents and nursing staff represented the most important counterparts during the home visit. Additionally structures within the nursing home and general conditions of the health care system influenced the “productive performance”.

#### Nurse characteristics

Apart from the individual characters, nurses’ qualifications influenced “productive performance”. Wide variations were perceived by the GPs in the level of commitment, formal qualification and the nurses’ need for reassurance by the GP. GPs believed these aspects to be influenced by requirements of the German health care system e.g. quality controls of Review Board of the Health Insurance Funds. GPs preferred nurses experienced in hospital care – which is very unusual for geriatric nurses - as well as nurses performing management functions (charge nurse).

*“for example I currently undertake wound management for a resident who has very bad ... problematic wounds and I do this exclusively with the head nurse” (BA1/4)*

The more a nurse fulfilled GP expectations, the better GPs experienced the collaboration and the “productive performance” during the visit. GPs did not like being ignored by the nursing staff or having to wait if nurses continued their own tasks or were unfamiliar with a situation. Moreover the “productive performance” was decreased by temporary staff and/or insufficient German

language skills. Nurses' qualifications also influenced the time required for the visit.

*“well, [the claiming of time] varies between the nursing homes, depending on nurse or the geriatric nurses qualifications” (BA3/32)*

Nurses influenced GPs' "productive performance" by acting as a source of information. Many nurses knew the residents well, including their actual physical health status i.e. blood sugar levels, and/or mental and social situations. In this context, a clear role assignment by the nursing home eased the contact. Furthermore nurses represented a familiar face to residents who are new in a GP's care, or suffering from cognitive deficits, or were otherwise unable to talk to the GP about their symptoms and requests.

*“How are the blood glucose levels? (...) This often gives the opportunity to obtain a lot of information from the [nursing staff] (...) often very precise and exact statements about the mental status of the patient, especially from the experienced nurses. How well [the resident] is integrated, are there any changes or mental problems? This is also often very helpful” (CA1/10)*

Furthermore nurses represented a familiar face to residents who were new in a GP's care, suffered from cognitive impairment, or were otherwise unable to talk to the GP about their symptoms and requests.

*“one of them suffers from Alzheimer's disease, the other is over 100 and also has dementia. I only visit them with the same nurse because [the resident] is anxious with people she doesn't see regularly” (BA4/54)*

Contact to the nurses is experienced within a framework of the visit to the resident. GPs viewed the nurses as navigators and partners. The ideal nurse was friendly, well prepared on time, knew the current health status of the residents and had time to accompany the home visit (or even the chart round) immediately with her full attention.

*“where someone is quasi waiting for me” (AA3/14)*

But often the reality is different. GPs had to seek the nurses in their office, in the residents' rooms or by using the nurse call system with variable success, which lessened their "productive performance".

*“and then you initially have to search for a quarter of an hour until you find a nurse” (CA5/46-48)*

### Resident characteristics

GPs experience ambivalent emotions towards the nursing home and its residents such as helplessness or not being able to please everybody. GPs sometimes encountered aggressive challenging behavior of the residents during their visits. The residents were viewed as "occupants" (BA1/127) who sat around "one is babbling, the one next to her is screaming and the rest of them sit around, staring" (BA1/131) consequently GPs were glad to leave the "musty atmosphere of severe illness" (AA3/33). In contrast, GPs could also acknowledge that the residents were very pleased about their visit. GPs enjoyed this special role providing a change in routine and as a person to be respected and highly regarded. This mix of appreciation and burden reflects the GP ambivalence.

*“people are glad to be visited so they don't have to go to the practice. Many of them couldn't even come. Well, this is always really pleasant” (AA6/22)*

### Nursing home environment

GPs continually had to adjust to the different structures and organization of the nursing homes they visited. Standards of visiting did not seem to be known by the nursing staff and varied from one home to another, affecting "productive performance". The nurses' shift system increased the number of contact persons and therefore the risk of communication barriers.

Working in a nursing home was compared with treatment and collaboration with nurses in the hospital, which had a positive connotation for the GPs.

*“well, the opportunity to work with a team of nursing staff. It's a bit like that in a hospital. In the practice, you are on your own, I am alone with my patient and [in the nursing home] the nurse is attending and this seems to me like a hospital atmosphere – I like that” (AA10/100)*

### Strategies to achieve "productive performance"

GPs applied different strategies to achieve "productive performance". These could be classified into three types: preparing strategies, on-site strategies and investing strategies (Fig. 2). Preparing strategies were pre-visit preparations to facilitate "productive performance" prior to entering the nursing home. On-site-strategies included all procedures during the visit and were influenced by the visit partners, namely, the nurses and residents. At the end of the visit, GPs often undertook investing strategies (providing resources and/or information) attempting to ensure fewer requests prior to the next visit. All strategies served to strengthen GP feelings that visiting nursing homes were a worthwhile "productive performance". While not all the strategies necessarily occurred at each



home visit, each individual element reflects the richness of the data.

### Preparing strategies

#### Scheduling and planning

Time-scheduling and content-related planning in advance of the actual nursing home visit contributed to the "productive performance" and represented the start of every nursing home visit. GPs determined the time, length and structure of the home visits in a way they considered most productive. They also made appointments with nurses and expected strict adherence to the time schedule. Some GPs agreed *quid pro quo* to adjust their time to the nurses' daily routine if they rated the meeting important. Flexibility with regard to standard or regular visiting routines often provided a better chance to meet a nurse with enough time for them and was experienced as more relaxed.

*"the typical days for home visits in City1 are the afternoons of Wednesday and Friday. You can imagine, on these two days, one or two nurses and ten GPs are ready to visit. I think it's more relaxed to visit the nursing home in the morning when no one else is there. I have all the time in the world, there is no pressure (laughing) the nurses normally have finished breakfast and that has proven its worth"*(CA5/20)

#### Preparing

For a "productive performance", GPs expected the nurses to prepare for (in particular) periodic home visits and nursing home rounds, namely to collect requests and send a fax or an email in advance.

*"we ask the nurses for a fax detailing which of the residents require a visit so that we know who requires a smear test or if suture material is needed, or anything else that we additionally have to bring. The list is sent back a day before the visit, mostly in time. And I take all the relevant patient-records with me"* (AA2/8)

Nurses' frequently failed to send the preparation list, which generally led to a reserved and bleak atmosphere during the home visit, clearly diminishing the "productive performance". GPs expected to receive all important information in advance without needing to prompt. For example if GPs were not informed about a resident's hospital admission, they would arrive unnecessarily to the home visit.

*"I immediately expressed my upset that I want to know something like this [hospital admission]"* (CA4/34)

The practical preparations of GPs for a "productive performance" included taking everything that might be needed, e.g. blank forms and prescriptions. Individual scheme for preparing the home visit helped the GP to remain informed. This included GPs periodical chart review of residents medication, need for signatures or referrals to other health professionals.

### On-site strategies

#### Gathering information

An important strategy of achieving "productive performance" during the visit was gathering information about the residents. Arriving at the nursing home, the GPs initially would seek to get an overview. GPs initially went to the nursing office either to catch up directly a nurse or to check the medical records. For periodic home visits and nursing home rounds in particular, the chart-round (in which the residents' medical issues are discussed based on their charts) contributes information and establishes appropriate care requirements and confirms or disproves any spontaneous decisions "*depending on particular requests*"(CA1/2). GPs considered it important to receive an impression of the resident and verification of the information they had received in advance. Perception of residents' health status could differ between GPs and nurses. GPs expected nurses to share their perceptions of residents' health. "*What is the matter?*"(AA8/2) was one of the leading questions used so that an acute problem, a medical question or a symptom could be rated during a structured preparation ahead of meeting the residents.

#### Seeking nurses' attendance

Another strategy was to choose specific contact persons to obtain the necessary information and achieve continuity or

assistance depending on the health and cognitive status of the residents. GPs generally insisted that this specific nurse the home visit and therefore made appointments in advance. Moreover, nurses' attendance from the beginning of the visit avoided delays when there was a sudden need for assistance or information. Nurses in attendance had the opportunity to quickly perform tasks resulting from GPs' decisions.

In some cases, depending on the doctor-resident-relationship and the GP role as a trustworthy, familiar person, a nurse's attendance however could be perceived as unhelpful to a "productive performance" and their attendance not desirable. A confidential atmosphere in a private conversation boosted the GPs' relationship with the resident.

*"they [the residents] tell me things they won't tell to other people and therefore nobody else should come along" (AA7/118)*

#### Decision making

We found several dimensions to the decision making strategy, ranging from a basic treatment course to complex decisions for holistic problems. To be able to make decisions, the reported situation was matched with the medical history and laboratory results. Particularly in palliative situations or before decisions of admission to the hospital, GPs communicated with nurses, residents and relatives, before arriving at a final decision. In conflict situations, for example, they would give instructions that would affirm their authority.

*"so I decided with the others and against the explicit instructions of [the head nurse], that [the resident] will stay here. I cannot do otherwise" (CA5/128)*

#### Taking care of the resident

For GPs, taking care implied medical care as well as being a social contact for the residents. Many GPs regarded listening to residents part of their medical remit. Even on requested visits, GPs would often take time to talk about non-medical topics with the resident e.g. which family member came to visit or how to spend Christmas – this was not perceived as contrary to a "productive performance".

*"Finally I talked to [the resident] for only twenty minutes and otherwise we didn't change anything concerning the therapy? And then she was also satisfied" (AA/50-54)*

GPs viewed their role as not strictly limited to medical care but also includes social contact and caregiving.

*"however they are socially isolated to some degree. Relatives don't come around and sometimes there aren't any friends any more. In this respect, I am just a conversation partner and simply listen to one or other minor problem which is sometimes outside the medical sphere"(CA2/28)*

#### Investing strategies

##### Instructing and teaching

"Productive performance" could be strengthened through teaching and instruction of nurses to achieve a common appreciation of residents' health status as well as facilitating nurses' autonomous decisions. While with the resident, GPs would give advice and instruct the nurses as well as offer further training to improve their knowledge and to enable them to assess the health status of the resident in an appropriate way. This was considered useful particularly when nurses either had poor medical competencies or felt pressured by organizational constraints, e.g. quality management. Such teaching is consequently expected to strengthen the nurses' knowledge and to result in fewer requests of unnecessary home visits.

*"I observed while she [the resident] was being tested and recognized that she wasn't inhaling correctly (...) I took the opportunity to go through all details about the application with the nurses" (AA9/68-76)*

##### Dealing with documentation

GPs experienced pressure when dealing with documentation. Nurses insisted on written prescriptions referring to the quality control regulations of the German Health Insurance Medical Service. In the opinion of the GPs, these do not need to be followed to the letter. GPs were found to adopt one of two possible strategies to deal with documentation demands. On the one hand such details were considered "annoying and time-consuming" (CA3/26), "produces work for nothing" (AA6/108), "recording is rewarding" (AA8/66), "like a writing-jackass" (AA8/66). Such GPs felt their "productive performance" was affected by the paperwork they considered to be senseless. On the other hand, GPs decided that complying in order to do a favour to the nurses was a good investment for "productive performance" and further collaboration. Documentation was sometimes also seen as a supporting work tool, increasing transparency and clarifying prescriptions.

*"they [nurses] print it for me to sign so that it is documented and then taken forward" (CA/25)*

The heterogeneity of record systems, pen-and-paper or electronic versions, complicated the situation. GPs had no

access to every database or keys to filing cabinets and therefore needed a nurse as an intermediary.

### Providing information

GPs would leave prescriptions and information to ensure continuous care between visits and this therefore indirectly strengthened “productive performance”.

*“well, I try to do it in a personally way, that seems to be the best for me. If that doesn't work because they [the nurses] are in the resident rooms, I go to their office and put it properly on the table”(AA2/87)*

Clear orders and instructions avoided inquiries between visits which would reduce the “productive performance”. Contact however was considered unnecessary if there were no new prescriptions or changes in therapy and GPs then generally left the nursing home without speaking to the nurses.

### Consequences of “productive performance”

#### Satisfaction

Thorough preparation of home visits (preparing strategies) and a good, valued interaction with the nurses on site was reminiscent of the “the hospital atmosphere” (AA10/100). Direct bidirectional communication led to a positive team environment that differed to the daily routine of the medical practice *“That's fun! (...) It's another type of working, eh?”* (AA6/150). *If the on-site strategies worked, nurses' attendance created a communicative and supportive atmosphere for all stakeholders.*

*“it represents a sensible ward round, that both professionals have the same level of knowledge. This happens best when the same is seen at the same time”* (AA5/21)

The satisfaction which results from this atmosphere might even lead to familiar conversations beyond work tasks.

*“and I even get a coffee and some cookies and we [the nurse and I] talked privately, something normally that there is no time for. I found that was very nice. (...) and we chatted a bit.”(AA2 / 51–53)*

The GPs own satisfaction with the work was perceived as corresponding with the satisfaction of the residents. The strategy of taking care of the resident led to the feeling of having done something meaningful for them. When the strategies performed by GPs to achieve a “productive performance” are successful they were expected to lead to fewer inquiries for on demand home visits.

*“finally I talked to her [the resident] for twenty minutes and otherwise we didn't change anything, eh? Therefore she was satisfied”* (AA/50-54)

#### Annoyance

If the strategies for a “productive performance” did not work, annoyance of the GP could be the first reaction. If they perceived nurses as unorganized or lacking structure, GPs felt their visit to be superfluous and a waste of time. They expected nurses to share their perception of the resident health status. From GPs view, nurses should create communication strategies within the nursing staff team to avoid unnecessary GPs' visits.

*“the resident had a swollen hand and I arrived but I couldn't see any swelling. I was upset, I can tell you (...) And none of the nurses could even say why they called me”* (AA7/94-96)

#### Disrespect

Unstructured preparation and information as well as a lower qualification increased GP disrespect for the nurses. One manifestation of this was that GPs did not regard all of the nurses to be capable of understanding medical issues.

*“and in the time required for me to spell Hydrochlorothiazide for them [the nurses],it would have been faster if I had written it down myself”* (AA1/129-133)

#### Avoiding contact to the nurses

When the visit resulted in *“no new prescriptions or changes in therapy”(CA3/18)*, some GPs avoided further contact to the nurses, as they deemed it unnecessary and left the nursing home. Searching and/or waiting for nursing staff or confronting them with a potentially unwanted decision affected “productive performance”. In situations perceived as poor collaboration, GPs sometimes chose to avoid contact to the nurses altogether or consulted the nursing home management.

*“on one ward I experienced very poor collaboration, so I decided not to go to the nurses' office any more. I just collected the documents I needed, went to the residents and communicated by fax (...) that is definitely not good behavior for a physician“* (AA8/128)

#### Give up care

In cases where the conflicts could not be solved, GPs decided to give up providing care at that nursing home.

*“the care became more and more disputed, so I asked to be replaced by another GP”* (AA07/213)

## Discussion

### Principal findings

This in depth study in the context of nursing home visits revealed that “productive performance”, a balance of individual effort and reward, was the key issue for GPs visiting nursing homes. We identified four types of visits and were able to show that nurse and resident characteristics, as well as the nursing home environment, were influencing factors. GPs clearly sought to actively influence the structure of the visits: They applied strategies to achieve a “productive performance”: starting the visit long before they entered the nursing home and also maintaining indirectly the “productive performance” after leaving its premises.

### Strengths and weaknesses of the study

The strength of our study is the detailed exploration of the nursing home visit using the grounded theory approach [22]. We found rich contrasts of opinions and behaviors of GPs, although social desirability and appealing presentation of GPs (inter-) action during the visit cannot be fully excluded. A larger group of interviewees with diverse professional backgrounds may have been a source of heterogeneity, but at the same time this also enriched the data collection with different precognitions and experiences influencing their questions and understanding. An interdisciplinary team of three researchers coded the data to ensure credibility [21]. The limitations included time or organizational constraints of the parallel interview analyses and the conduction of new interviews for sampling according to the principles of theoretical sampling [22]. Consequently we mainly performed a purposive sampling. However data could be analyzed with regard to high and low contrast in the characteristics of the participants and content of previous interviews resulting in more purposive recruitment.

### Findings compared to other studies and literature

While previous studies have considered GP nursing home visits, these have been ancillary to alternative primary research questions and study designs. Therefore our findings supplement and deepen the knowledge obtained to date.

We found four different types of home visits to nursing homes (visits on demand, periodic visits, nursing home round and visits based on ad hoc decisions) Theile [20] thus distinguished between supportive and urgent and routine home visits. In Theile's findings, the routine visits supported GPs monitoring of the resident and were perceived as the least challenging by them. According to our findings, visits on a routine basis (periodic visits and nursing home rounds) had high productivity in contrast to more urgent visits (visits on demand and ad hoc decision-based visits) which were experienced with a high workload that negatively affected the

“productive performance”. Considering these findings and our results, “productive performance” is determined by the perceived workload in addition to regularity, plannability and routine. Also Block et al. [24] have found that GPs generally sought to ease their workload, but were unable to indicate the strategies whereby this was achieved. Our core category, “productive performance”, was influenced by several conditions and causes. Nurse characteristics were crucial for “productive performance”. Similar to other studies, GPs had a positive experience working in cooperation with a friendly, familiar, reliable and dedicated nurse with professional competence [24, 25], and expected nurses to meet this ideal in order to achieve a “productive performance”. “Productive performance” was also influenced by residents' characteristics. When residents were pleased about their GP visit, GPs were also more satisfied with the situation and their role; when resident behavior was challenging, GPs felt burdened. Other studies have described emotional GP perspectives towards the nursing home either as places of resignation, incapacitation, loneliness and despair [20] or as an enjoyable, important and meaningful work for the GP's [26], but not the ambivalence we found. The resolution of such ambivalent emotions may influence “productive performance” and should be explored in further studies. Different nursing home environments contribute to a feeling of imbalanced efforts and rewards, as GPs must adapt to the respective structures of each nursing home. GPs do not have much influence on organizational issues, staffing or corporate policy and therefore felt less effective in managing their “productive performance”. Other authors found GPs struggled with nursing staff shortages (19). GPs used several strategies to achieve “productive performance”. Similar to our findings other authors also found that GPs established strategies before the visit [25]. Seeking nurse attendance was one on-site strategy of our interviewees; GPs also chose specific contact persons and made appointments with them – small, but efficient interventions, depending on the individual effort of a GP. Theile [20] as well as Struppek [25] also cited nurse attendance as an essential component of the visit for information exchange, interaction and assistance. GPs experienced nurses as supportive during the visit, but appreciated that they themselves were disruptive for the nursing routines [25]. Block et al. [24] found nurses rarely accompanying GP visits due to different time schedules, but the lack of time was cited as an obstacle for collaborative work. GPs and nurses seemed to have dealt with the reported deficiencies [24], which is indicative could also be regarded as a type of strategy. Another important on-site strategy for our GPs was to gather information. According to our data, chart-reviews added information, but the GP's own impression of the resident had more emphasis. In another study, chart reviewing was also

considered a time-saving opportunity instead of visiting every resident personally [20]. We also detected many emotive and mainly negative statements about “dealing with documentation”. While this issue may represent an outlet for GPs’ emotions, GPs also tried to minimize such non-conforming frustrations toward the residents and nursing homes in general. Achieving “productive performance” had positive consequences for the GPs as they were more satisfied with different aspects of their work. In a qualitative study of GP perspectives on nursing home care in Sweden, GPs also considered their work in nursing homes as “enjoyable, important and meaningful” [27, 28]. Consistent with this, a number of consequences became apparent when “productive performance” could not be realized: annoyance, disrespect, avoidance of contact to nurses and give up care shown in our theory and these were comparable to GP passivity in conflict regulation found by Block [24]. Open conflicts could threaten collaboration with the nurses and therefore led to avoidance passivity. GPs then preferred to give up care at a home rather than to work out a solution for all parties. In our data, nurses appear as a key person in the majority of the strategies to attain “productive performance” next to minor e.g. supportive and service roles. GPs see nurses in contradictory roles as preparer, informer, partner and student. In a Swedish study GPs gave the nurses the role of the mediator, negotiator and/or coordinator [26]. Different roles of GPs in nursing homes were described in other studies: supervisor [20], consultant or conductor [27]. Roles extracted from our data might include the decision-maker, the teacher and the carer, which could mostly be related to Modin’s conducting roles [27]. In our study GPs described themselves as preparer, informer and partner within their strategies. Nurses’ seemed to have a more positive attitude towards collaboration than GPs [28]. GPs regarded themselves as highly independent [27, 29, 30]. Cooperation with the nursing staff during the nursing home visit has also been broadly discussed in other studies [20, 25, 26]. An interesting additional observation from our interviews was that GPs drew a parallel between their work in nursing homes and the hospital setting, which has also been described in other studies [20, 26]. This comparison was positive for the GPs not at least with regard to “productive performance”. Ward rounds in hospital settings and the nurse-physician-relationship in this context have been well studied [31–33], however differences and parallels between the settings have to be considered carefully.

#### **Implications for research and practice**

“Productive performance” is the main theme of German GPs with regard to their nursing home visits. Our results suggest that it would be beneficial if nursing homes could create and provide structural arrangements which

enable the GP and nursing staff to perform more productively. Examples could include nursing homes providing defined procedures both for planning and preparing GPs’ nursing home visit and also during the nursing home visit itself by ensuring provision of an accompanying nurse. If GPs do not consider their performance sufficiently productive, they could also be motivated themselves to structure their visits better, to prepare it differently or to offer training to nurses. Truscott proposed the negotiation of a written, standardized contract of responsibilities and communication patterns for collaboration in nursing homes [6]. A recent German law, adopted in 2012, seeks general agreement for interprofessional collaboration on a structural basis, but has to date only been implemented in a few model-projects. Moreover these coordinating activities need to be included in the contract negotiations with the health insurance fund alongside the GP payment system [34].

Visits to the nursing home should be defined independently in structural and organizational aspects as compared to other types of home visits. In the Netherlands and France, specialized GPs are in charge of care of nursing homes or co-ordinate and perform an advisory role between the nursing homes and the residents’ regular GPs [35].

Our findings could also serve as the basis for the development of educational concepts on “the nursing home visit” as part of the vocational training for GPs and nurse education and training. This may result in a deeper understanding of the GP perspective. This could underpin closer collaboration, constructive discussions and better integrate the GP into the team of nursing home staff and possibly. Moreover it will be helpful to anticipate the scope of GPs’ influence for young professionals also additional professional groups e.g. social support or therapists. Indeed, the evaluation of the views of these other stakeholders involved in nursing home visits, namely, residents, relatives and nurses are in preparation in the inter-prof study. These will complete the detailed in depth view on the nursing home visit. Such perspectives and wishes of all the involved groups will ultimately facilitate better collaboration in nursing homes and improve resident care. Finally further research is needed to explore the impact of “productive performance” on GP job satisfaction as described in [35] and on resident-related outcomes.

#### **Conclusion**

Our theory and findings of GP views on their nursing home visits will be useful for future research by various health professional researchers and nursing home management to generate a deeper understanding of GP perspectives. Collaborative working and open discussions between all care providers should facilitate visit preparation and on-site procedures as well as training, dealing

with documentation and the provision of information. Such a scenario would be anticipated to improve interprofessional collaboration and ensure a high quality of care.

#### Acknowledgements

We thank all general practitioners who participated in this study. We are also grateful to Christoph Cavazzini, Andreas Hoell and Franziska Blank for data collection and partly participation in the analyzing process. We would also like to thank the researchers who were involved in designing the interprof study: Gudrun Theile and Hendrik van den Bussche. Special thanks go to Susan Smith for copy-editing.

#### Funding

This study was supported by a (peer reviewed) research grant from the German Federal Ministry of Education and Research (BMBF) – "Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim – interprof (FK 01GY1124)". The funding body did not have any role in the design of the study nor the data collection, analyses, interpretation and the writing of the manuscript.

#### Availability of data and material

The data our paper is based on transcripts of audio recorded interviews. Data supporting our findings are found in the translated quotes in this article. Letters at the end of each quote refer to the study center and the number of the interview partner. We confirm that all personal identifiers have been removed or disguised so that none of the participants are identifiable. We cannot provide open access to the transcripts because the ethical committees required and informed consent forms thus stated that the study staff will only access the interviews and only used for the purpose of the interprof study. Moreover, one of the ethical committees required that after the analyses, data must be stored on a separate storage medium and not on a server. Consequently, we cannot share the original data.

#### Authors' contributions

BT and NF contributed substantially to data analysis, interpretation and development of the theory, with methodological support by CG and supervision by CAM. NF, BT, and JW performed data collection and open coding. BT, NF and CAM wrote the manuscript, EHP, SW and MS revised in all stages of finalization. All authors read and approved the final manuscript.

#### Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

#### Consent for publication

Not applicable.

#### Ethics approval and consent to participate

The Research Ethics Committees in all three locations approved the study (University Medical Center Goettingen Reference Number 17/5/12; Ethics Committee of the Medical Association of Hamburg Reference Number MC-241/12, Ethics Committee of the Medical Faculty Mannheim/Heidelberg University 2012-337 N-MA). All participants provided written informed consent.

#### Author details

<sup>1</sup>Department of General Practice, University Medical Center Göttingen, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen, Germany. <sup>2</sup>Department of Primary Medical Care, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Germany. <sup>3</sup>University of Applied Sciences and Arts, Faculty V – Health, Religious Education, Social Affairs, Blumhardtstraße 2, 30625 Hannover, Germany. <sup>4</sup>Psychiatric Epidemiology and Demographic Change, Central Institute of Mental Health, Medical Faculty Mannheim/Heidelberg University, J5, 68159 Mannheim, Germany.

Received: 27 March 2016 Accepted: 17 August 2016

Published online: 30 August 2016

#### References

- Schmacke N. Professionenmix in der Patientenversorgung: ein weiterer steiniger Weg. *Gesundheits- und Sozialpolitik*. 2010;64:35–9.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens [http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14]. Accessed 23 Aug 2016.
- Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S: Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009:CD000072. doi:10.1002/14651858.CD000072.pub2
- Nazir A, Unroe K, Tegeler M, Khan B, Azar J, Boustani M. Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14:471–8.
- Lemieux-Charles L. What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. *Med Care Res Rev*. 2006;63:263–300.
- Truscott JE. Nurse practitioners and GPs. Addressing the needs of older persons living in residential aged care. *Aust Fam Physician*. 2007;36:765–8.
- Destatis: Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?\_\_blob=publicationFile]. Accessed 23 Aug 2016.
- Nowossadeck E. Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 3(2) www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 11.04.2012); 2012. Accessed 23 Aug 2016.
- Hallauer J, Bienenstein C, Lehr U, Rönsch H: SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Vincentz Network Marketing Service, Hannover; 2005.
- Snijder E, Kersting M, Theile G, Kruschinski C, Koschak J, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U. Hausbesuche: Versorgungsforschung mit hausärztlichen Routinedaten von 158.000 Patienten/Home visit. *Healthcare Research with primary care data of 158.000 patients. Gesundheitswesen*. 2007;69:679–85.
- Balzer K, Butz S, Bentzle J, Boulkhemair D, Lühmann D: Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 125, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln, 2013. http://portal.dimdi.de/de/hta/hta\_berichte/hta\_298\_bericht\_de.pdf. Accessed 23 Aug 2016.
- Hibbeler B. Mehr Geld für Arztbesuche im Heim. Vereinbarung zu Kooperationsverträgen. *Deutsches Ärzteblatt*. 2014;111:386.
- Schneekloth U, Wahl HW: Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München; 2005.
- Gage H, Dickinson A, Victor C, Williams P, Cheynel J, Davies SL, Illife S, Froggatt K, Martin W, Goodman C. Integrated working between residential care homes and primary care: a survey of care homes in England. *BMC Geriatr*. 2012;12:71.
- Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A. Pflege-Report 2016: Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. 1st ed. Stuttgart: Schattauer; 2016.
- Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R: GEK-Pflegereport 2008/GEK Care report 2008. Schwerpunkt: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Schwäbisch Gmünd: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, BAnd 66
- Schneekloth U, Törne I von: Entwicklungstrends in der stationären Versorgung-Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung; 2007, 53-168.
- Karsch-Völk M, Lüssenheide J, Linde K, Schmid E, Schneider A: Was sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten? Ergebnisse einer Mixed Methods Querschnittserhebung in bayerischen Pflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 2015.
- Meyer-Kühling I, Frankenberg C, Schröder J. Erwartungshaltungen, Kommunikation und Kooperation von Pflegenden und Ärzten in der stationären Altenpflege. *HB Sci*. 2015;6:70–5.
- Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2011;12:24.
- Mueller CA, Tetzlaff B, Theile G, Fleischmann N, Cavazzini C, Geister C, Scherer M, Weyerer S, van den Bussche, Hendrik, Hummers-Pradier E. Interprofessional collaboration and communication in nursing homes: a qualitative exploration of problems in medical care for nursing home residents - study protocol. *J Adv Nurs*. 2015;71:451–7.
- Corbin JM, Strauss AL: Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory; 2008

23. Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. Qualitative Sozialforschung/Qualitative social research: Ein Arbeitsbuch. 4th ed. München: Oldenbourg; 2014 [Lehr- und Handbücher der Soziologie].
24. Block K, Foth T, Stamer M, Schmacke N. Allgemeinmedizin und Pflege in der ambulanten und heilstationären Versorgung: Der weite Weg zur Kooperation. Weinheim: Beltz Juventa; 2012 [Gesundheitsforschung].
25. Struppek D: Patientensouveränität im Pflegeheim/Patient autonomy in nursing homes. Möglichkeiten und Grenzen aus der Sicht von hochaltrigen, mehrfach erkrankten Pflegeheimbewohnern, ihren Ärzten, Pflegekräften und privaten Bezugspersonen. Dissertation.
26. Bolmsjö BB, Strandberg EL, Midlöv P, Brorsson A. "It is meaningful; I feel that I can make a difference" -A qualitative study about GPs' experiences of work at nursing homes in Sweden. *BMC Fam Pract*. 2015;16:16.
27. Modin S, Törnkvist L, Furhoff A, Hylander I. Family physicians' experiences when collaborating with district nurses in home care-based medical treatment. A grounded theory study. *BMC Fam Pract*. 2010;11:82.
28. Hansson A, Arvemo T, Marklund B, Gedda B, Mattsson B. Working together—primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. *Scand J Public Health*. 2010;38:78–85.
29. Rice K, Zwarenstein M, Conn LG, Kenaszchuk C, Russell A, Reeves S. An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: a comparative qualitative study. *J Interprof Care*. 2010;24:350–61.
30. Zwarenstein M, Rice K, Gotlib-Conn L, Kenaszchuk C, Reeves S. Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:494.
31. Hill K. The sound of silence—nurses' non-verbal interaction within the ward round. *Nurs Crit Care*. 2003;8:231–9.
32. Weber H, Stöckli M, Nübling M, Langewitz W. Communication during ward rounds in Internal Medicine. *Patient Educ Couns*. 2007;67:343–8.
33. Tang CJ, Chan SW, Zhou WT, Liaw SY. Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review. *Int Nurs Rev*. 2013;60:291–302.
34. Klingbeil D. Die Bewohner profitieren. *Altenheim* 2015;7:16–20.
35. Körner M, Göritz AS, Bengel J. Healthcare professionals' evaluation of interprofessional teamwork and job satisfaction/Evaluation der Teamarbeit und der Arbeitszufriedenheit von Gesundheitsfachberufen. *Int J Health Prof*. 2014;1:5–12.

Submit your next manuscript to BioMed Central and we will help you at every step:

- We accept pre-submission inquiries
- Our selector tool helps you to find the most relevant journal
- We provide round the clock customer support
- Convenient online submission
- Thorough peer review
- Inclusion in PubMed and all major indexing services
- Maximum visibility for your research

Submit your manuscript at  
[www.biomedcentral.com/submit](http://www.biomedcentral.com/submit)





## Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): A grounded theory study of nurse experiences of general practitioner visits



Nina Fleischmann, MA, RN<sup>a,\*</sup>, Christina Geister, MPH, PhD, RN<sup>b,1</sup>, Andreas Hoell, MA<sup>c</sup>,  
Eva Hummers-Pradier, MD, PhD<sup>a</sup>, Christiane A. Mueller, MD, MPH<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Department of General Practice, University Medical Center Goettingen, Humboldtallee 38, 37073 Goettingen, Germany

<sup>b</sup> University of Applied Sciences and Arts, Faculty V – Health, Religious Education, Social Affairs, Blumhardtstraße 2, 30625 Hannover, Germany

<sup>c</sup> Psychiatric Epidemiology and Demographic Change, Central Institute of Mental Health, Medical Faculty Mannheim/Heidelberg University, J5, 68159, Mannheim, Germany

### ARTICLE INFO

#### Article history:

Received 18 July 2016

Revised 2 November 2016

Accepted 1 February 2017

Available online xxxx

© 2017 Elsevier Inc. All rights reserved.

### 1. Background

Improvement of long term care for older people is indisputably one of the great challenges in healthcare debated in Germany and other Western countries. Interprofessional collaboration can lead to positive changes in healthcare in general, and improved interprofessional care can more specifically benefit nursing home residents (Nazir et al., 2013; Renz & Carrington, 2016; Zwarenstein, Goldman, & Reeves, 2009). To obtain a deeper understanding of the current interprofessional collaboration in the delivery of medical care in German nursing homes, we explored the perspectives of the involved persons. In this article the nurses' views on general practitioners' (GPs') nursing home visits is in the focus.

In Germany almost one-third of dependent elderly people live in nursing homes; half of them are 85 years or older, frequently suffer from multiple morbidities and dementia (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2013). Residents are often unable to organise an appointment or visit a medical practice independently and rely on relatives or nurses to do this (Balzer, Butz, Bentzle, Boulkhemair, & Lühmann, 2013) (Bienstein, Hallauer, Lehr, & Rönsch, 2005). Therefore GPs' visits to nursing home residents are a key element of medical care (Theile, Kruschinski, Buck, Müller, & Hummers-Pradier, 2011).

In the Netherlands, specialised GPs (“verpleeghuisarts”) are in charge of care. In Belgium and France, some GPs co-ordinate and perform an advisory role between the nursing homes and the residents' regular GPs (van den Bussche, Schröfel, Löschmann, & Lübke, 2009). Medical care in German nursing homes is integrated into primary care provided by GPs. Residents are by law free to choose a physician (SGB V §76, 1988). This results in a variety of contacts of GPs and nurses in nursing homes. Primary care in nursing homes in Germany has deficits in coordination between physicians and nursing home staff (Block, Foth, Stamer, & Schmacke, 2012; van den Bussche, Ernst, Jahncke-Latteck, & Schramm, 2009). Given the complex care needs of nursing home residents, it is critically important to ensure information exchange and to manage expectations of the health professionals involved (Weber, Stöckli, Nübling, & Langewitz, 2007). Nurse-physician communication is a complex process including intentional sharing of knowledge as well as common responsibility for residents' care (Renz & Carrington, 2016). Furthermore, systematic exchange of information is neither standardized nor widely disseminated. German nurses are trained through a 3-year course tailored to the care recipient (adult, children or the elderly). Nurses are autonomous in conducting basic care e.g. body care or mobility assistance, but all medical interventions must be prescribed by a physician. Due to the absence of onsite medical providers in nursing homes, nurses have a central role in collecting information for clinical decision making (Renz & Carrington, 2016; Robbins, Gordon, Dyas, Logan, & Gladman, 2013).

Studies on medical care in German nursing homes have tended to address resident health status (Schneekloth & von Törne, 2009) (Rothgang, Borchert, Müller, & Unger, 2008), the physicians in charge of care, the

\* Corresponding author.

E-mail addresses: [nina.fleischmann@med.uni-goettingen.de](mailto:nina.fleischmann@med.uni-goettingen.de) (N. Fleischmann), [christina.geister@hs-hannover.de](mailto:christina.geister@hs-hannover.de) (C. Geister),

[eva.hummers-pradier@med.uni-goettingen.de](mailto:eva.hummers-pradier@med.uni-goettingen.de) (E. Hummers-Pradier),

[christiane.mueller@med.uni-goettingen.de](mailto:christiane.mueller@med.uni-goettingen.de) (C.A. Mueller).

<sup>1</sup> Deceased.

general frequency of home visits (Balzer et al., 2013) (Snijder et al., 2007; Voigt et al., 2014) and the perceived quality of care (van den Bussche, Lübke, Schröfel, & Dietsche, 2009). The views of nurses and their experiences of GP nursing home visits have rarely been the focus of empirical investigations. Recent studies have investigated interprofessional collaboration in nursing homes. Barriers were seen in nurses' insufficient assessment skills (Renz, Boltz, Wagner, Capezuti, & Lawrence, 2013a), physicians' lack of openness to communication (Schmidt & Svarstad, 2002; Tjia et al., 2009), lack of professionalism, language problems (Cardogan, Franzi, Osterweil, & Hill, 1999; Tjia et al., 2009), uncertainty about responsibilities (Robbins et al., 2013) and difficulty of nurses to reach the GP (Tjia et al., 2009). A lack of time was discussed as an obstacle for collaborative changes (Renz et al., 2013a). Alternatives to existing interaction patterns were barely developed and innovative concepts e.g. interprofessional case conferences have ceased due to timetabling problems (Block et al., 2012). The quality of communication between nurses and GPs varies significantly across nursing homes (Schmidt & Svarstad, 2002). General visiting regulations varied from one institution to another and did not seem to be known by the involved staff.

Success factors were binding agreements between the professional groups, a reliable designated contact person and regular, pre-arranged visits. Nurses were more likely than GPs to perceive a training need to improve collaboration and would prefer a limited number of GPs attending one nursing home (Karsch-Völk, Lüssenheide, Linde, Schmid, & Schneider, 2015). GP visits together with nurses were seen as important to information exchange and interaction, but could rarely be performed due to the different time schedules (Block et al., 2012).

In a time of demographic and epidemiologic change, health care service provision requires cooperation between professional staff. Consistent and coordinated aims, tasks and roles as well as competencies should be defined to ensure quality and effectiveness (SVR, 2007). Key elements are interprofessional collaboration and communication. Accurate and complete communication between health professions is a basic requirement for patient safety (The Joint Commission, 2015). Interventions to improve interprofessional collaboration in the workplace, e.g. communication tools like the SBAR protocol (Farin, Meixner, Follert, Jäckel, & Jacob, 2002; Renz & Carrington, 2016; Renz et al., 2013a), can impact patient-related outcomes positively (Zwarenstein et al., 2009). Such efforts and the participation of the residents' own GP have been found to reduce inappropriate antibiotic use, fall rate as well as depression symptoms in residents (Nazir et al., 2013). In addition, hospitalization rates, often associated with increased morbidity and iatrogenic complications, might be reduced by improving collaboration and communication (Dahlhoff, 2007; Kinzigal, 2012; KVMV, 2011).

## 2. Research purpose

The aim of this study was to explore how nurses experience GP visits to the nursing home and interprofessional communication and collaboration. It is part of the *interprof* study, which explores the views of nurses, GPs, nursing home residents and their relatives and seeks to uncover deficits and opportunities in interprofessional collaboration related to medical care in nursing homes (Mueller et al., 2015). We want to generate a conceptual and substantive model that assumes human behaviour depends on interactional re-negotiating with the social environment (Morse & Field, 1998).

## 3. Research methods

### 3.1. Design

Since the research focuses on subjective expectations and experiences, the qualitative grounded theory approach (Corbin & Strauss, 2008) was chosen.

### 3.2. Sample

Nursing homes were recruited in the city and vicinity of the three study centres Goettingen, Mannheim and Hamburg. Invitation letters were addressed to all nursing homes in the region, followed by a phone-call to the manager. Once general consent was given, the nurses were informed in team meetings and personal contacts. Within participating nursing homes, nurses were addresses, at first according to purposive sampling, followed by modified theoretical sampling to achieve a maximal diversity in biographical details and content of previous interviews. Participants came from 14 nursing homes varying in size from 26 to 257 residents and run as either non-profit organisations (9 nursing homes), private companies (4 nursing homes) or as community facilities (1 nursing home). Inclusion criteria were a minimum age of 18 years, sufficient German language skills, completed vocational training and at least one year of professional experience. We provided further information about the aim of the study and scheduled an appointment for the interview. Participants received an expenditure allowance of 50€. Nursing assistants were not included in the sample.

Nurses recruited to this study were 26–61 years old and had 4–30 years of working experience. Most ( $n = 16$ ) were geriatric nurses; 22% were male. All participants were involved in direct care of residents. Four nurses additionally held management roles.

### 3.3. Instruments

Interviews were the main data source (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). 18 open-guideline interviews (26 to 77 min) were conducted by 6 trained interviewers (Table 1), audio recorded and transcribed verbatim (Rosenthal, 2014) between October 2012 and August 2013. Each interview began with a question to describe experiences of routine working in the nursing home, followed by questions on typical medical care, the most recent GP visit, the allocation of tasks, and wishes for the future. The interview guideline was pre-tested with colleagues not involved in the study. According to the grounded theory approach, we modified the guideline adding further questions regarding delegation of tasks. Interviews were conducted confidentially face to face during or after the nurses' working hours, in the nursing home or nurses' private homes. The researchers' professions or their assumptions were not shared with participants. A short questionnaire captured data on sex, age, education, work experience and management functions. Field notes were taken after each interview. No repeat interviews were carried out. Transcripts or findings were not returned to participants for

**Table 1**  
Interview guideline.

Narrative of a typical home visit in nursing homes	You have been working in a nursing home for quite a while. We are interested in your everyday work experience. How does a regular day look for you? What are typical situations? What are the positive and negative experiences during your daily work? Can you describe exemplary situations? How does the medical care proceed usually?
Description of the last GP visit	Please remember the last home visit of a general practitioner in the nursing home. How was it in this particular case? Please describe the exact process.
Experience with areas of responsibility and distribution of task	We are interested in the distribution of tasks in a nursing home. What are your tasks and responsibilities and what are the tasks and responsibilities of the general practitioner?
Ideas and phantasies about the ideal care in a nursing home	Let your imagination run wild. What would be the ideal medical care in a nursing home for you? What would you like to see there? What do you think would the general practitioner expect? And what processes would be optimal for the residents? What would they most likely prefer?

comment or feedback. Data saturation was reached after 14 interviews. Four more interviews were added to the analysis to check saturation.

Research Ethics Committee approval for each of the three locations was given by the respective ethics research boards between August–November 2012. All participants were informed orally and in writing and supplied informed consent (Mueller et al., 2015).

### 3.4. Analyses

Data analysis based on grounded theory methodology was in part performed concurrently with further sampling and data collection. We followed the principle of constant comparison as well as open, axial and selective coding (Strauss & Corbin, 2010). Topics and phenomena for the analysis were derived inductively from the data. We wrote memos during the analysis procedure. Data handling was managed and supported by MAXQDA 10 (Qualitative Data Analysis Software).

We approached credibility, fittingness, auditability and confirmability (Guba & Lincoln, 1981) by carrying out the coding process in an interdisciplinary team (female nurse/nursing scientist and male sport scientist/gerontologist) to ensure objectivity, to reflect and discuss the process to find a common language. Phenomena were described in detail, transparency was ascertained by precise documentation of all proceedings and developed codes. Detailed information is shown in our study protocol (Mueller et al., 2015).

## 4. Results

### 4.1. Definition and dimensions of “being-involved”

“Being-involved” was identified as the core category of nurse perspectives on GP visits to nursing homes. “Being-involved” represented both nurse attendance during a GP visit and the level of participation in medical care decisions. Five dimensions of “being-involved” emerged from the data and are presented in the first part of the findings below. The dimensions are basically of equal value and do not follow a hierarchical structure. In the second part the relation of “being-involved” to

conditions and causes is described as well as the variety of nurses' strategies and tactics to change the dimension of “being-involved” using the paradigm model (Strauss & Corbin, 2010). Fig. 1 gives an overview of the categories in the paradigm model of “being-involved”. In the following, quotes were assigned with letters labelling the research center (A, B, C) and N for nurses. Numbers reflect the interviewee and the paragraph of the transcribed interview.

### 4.2. The five dimensions of “being-involved”

#### 4.2.1. Self-evident “being-involved”

Being present at GPs' visits was self-evident for nurses. Nurses had the opportunity to present their knowledge and queries about resident health-related, social and mental status. Nurses acted as a filter for information to enable the GPs to focus on important issues.

We take the visit book and the GP takes his stethoscope and we start to go from room to room  
(BN2/32)

#### 4.2.2. Passive “being-involved”

On occasion nurses would defer to the GP and retreat to a passive role during the visit. Nurses were present and attentive, but only to answer questions and to carry out GP instructions. Communication to residents during such visits was vague as GPs often spoke in an undirected way without sending a clear message. It remained unclear if the conversation was directed to the resident, the nurse or solely voiced a reflection. Nurses decoded unclear messages and extracted the information they rated as important. There was a perceived lack of agreement between GPs and nurses regarding the key content of the visit.

Then we go to every resident and he [the GP] looks at them and asks for the latest news or if the medication is right and well-adjusted and then he gives the written prescription or changes the antibiotics and such- he does all that  
(BN4/38)

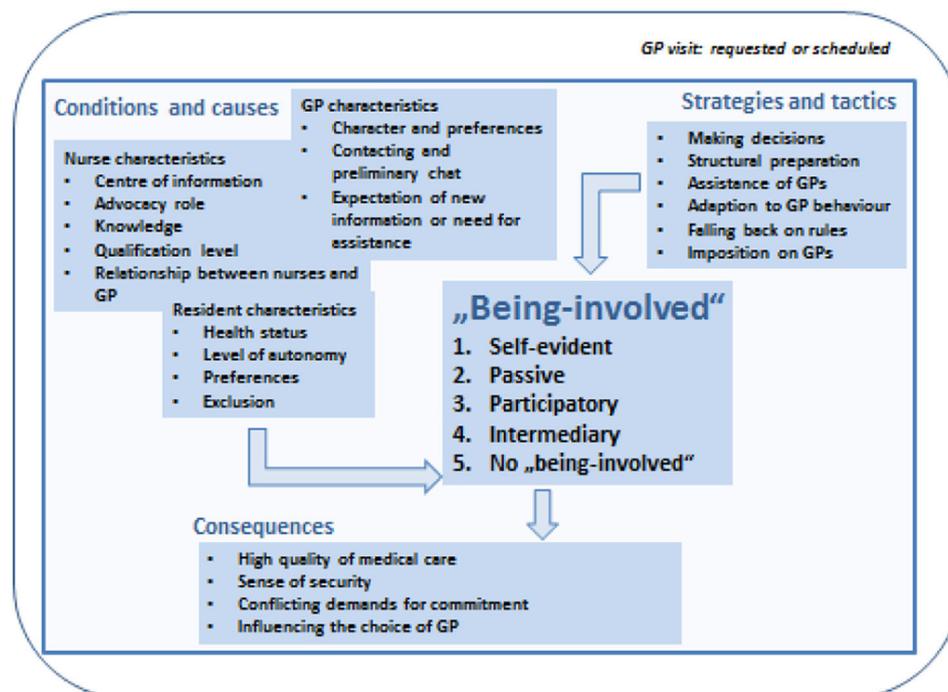


Fig. 1. Paradigm model of the core category “being-involved”: overview of categories, conditions and causes, strategies and tactics as well as consequences without illustration of interrelations.

#### 4.2.3. Participatory “being-involved”

In this situation nurses felt integrated into the care proceedings even if they did not accompany the GPs as GPs explained their thoughts after their visit to the resident. Both parties mutually agreed further procedures.

She [the GP] came by for [resident] details and then went to the resident firstly on her own (...), then again with us, she altered the medication and then back in the office she modified the medication again and we agreed that I will contact her if things don't get any better  
(AN5/82)

Another form of participatory “being-involved” was a nurses' active decision not to accompany the visit, when important requests had already been submitted.

if I know there is nothing bad at all and nothing important is coming up (...) I say please go on your own  
(CN2/35)

#### 4.2.4. “Being-involved” as an intermediary

Nurses could act as “an intermediary”(AP3/62) to ensure efficient use of medical professional time. This supported their need to be always fully informed.

We ask him [the wound therapist] when he will be here again, whether the GP has time too. Meanwhile they don't need us as an intermediary, so we don't have to call back and forth, but they arrange with themselves  
(AN3/62)

#### 4.2.5. No “being-involved”

If nurses were not contacted or involved by GPs, the meeting did not score because nurses were by choice of the GP excluded. Therefore, nurses were only able to participate again when they were aware of a consequence of the visit (e.g. drug delivery).

The last visit was easy; we were not there as we were in a staff meeting on the floor below. He [GP] did a ward round and on Friday suddenly pills were delivered. Therefore [the meeting] this does not score (laughing)  
(AN5/72-73)

Fig. 1.

### 4.3. Influencing conditions and causes

#### 4.3.1. Nurse characteristics

Nurses considered themselves as the **centre of information** which represents an important origin of their need for “being-involved”. Nurses expected to receive any resident-related information and they felt they knew a resident's circumstances better than the GPs because of their closer proximity, better relationship and trust. By being sidelined or ignored by the GP there was a loss of control and knowledge – which affected their “being-involved”. Moreover information from the visit was needed to organise health-related duties e.g. shift hand-over or drug ordering.

Somehow ...it is.it would be better if we were present, because the GP usually doesn't know the resident that well to make progress or to be shown something  
(AN1/42)

Nurses felt responsible for the residents and the residents' well-being at several levels, namely, social assistance, basic care and also medical care. Ideally, nurses expected GPs to see every resident on

every visit, described as “a proper ward round” (BP2/26). They wanted to be involved in their **advocacy role**. Even GPs' time taken for the nurses was perceived as representative time by the residents. Nurses also expected GPs to spend more time with residents on the visit, either addressing medical problems or as a welcome change into residents' daily routine.

I am missing that [frequent visit] a little because on the one hand residents should feel at home and at home blood pressure is not measured every day or week, but on the other hand they are seniors and because of that a little bit more attention from the physician would be a good idea  
(CN2/61)

Nurses continuously followed GP activities during the visit and matched them with their own expert **knowledge**. They felt neglected and discounted with regard to their expertise when GPs preferred to draw their own conclusions of a resident's status. Nurses found their area of responsibility restricted by regulation, laws or quality reviews.

“Yes, but why, Dr. so and so said that”. “Yes, that's fine, that's what he said, but we need that in writing. Definitely” So no drug can be handed out, if we do not have...., a prescription  
(AN1/243)

**Nurses' qualification level** influenced “being-involved” as treatment care was the responsibility of nurses who had completed a specific 3-year-curriculum, so “being-involved” was reserved for a certain nursing team member:

The one who is doing the shift at that time. The registered nurse. That is always only one  
(AN1/169)

**Building the relationship** to the GP, namely, knowing each other, trust and a long, close cooperation caring for many residents influenced the favourable “being-involved” of nurses in GPs visits. While the relationship between nurse and GP was considered as good the presence of nurses during the visit was not absolutely necessary. The nurse's need to be informed was still maintained.

“The visits are mainly positive because we have only physicians with whom we collaborate well”  
(AN6/94)

#### 4.3.2. GP characteristics

**GP's individual character and preferences** certainly influenced the visit from the nurses' perspective. Dates and times of visits scheduled in advance increased GP reliability and strengthened “being-involved”. Unplanned visits constituted a break in daily nursing routine and moreover weakened “being-involved”.

If we are lucky – many of them come into the office and say: hello, I'm around. But there is also a number of GPs who visit the resident's room, conduct an examination and prescribe something without any contact to us. They notify us through the resident and then they are gone again. We ask ourselves: Has anybody been here?  
(AN5/10)

GPs enabled “being-involved” of nurses by **contacting** them at the beginning of the visit, to find out new information or by expressing a clear desire to be accompanied and needing assistance. Seeking nurses out for a **preliminary chat** before GPs visited the resident was viewed positively by nurses. Sometimes nurses met GPs fortuitously in the corridor. Nurses expected GP to seek them out at the beginning of the visit, given their knowledge.

**GPs' expectations for new information or need for assistance** also ensured "being-involved" on side of the nurses as well as new members in the nursing team who had to be incorporated in the work routine.

#### 4.3.3. Resident characteristics

**Residents' health status** influenced the dimension of "being-involved". Acute symptoms induced nurses to contact GPs and request a visit. The more serious the health status, the more the nurses felt "being-involved" and were present.

"Being-involved" is also affected by **resident's level of autonomy**. Nurses were involved and present when a resident had low level autonomy, was not able to communicate with the GP or could not take action following the visit on their own (e.g. procure and take medication).

They [residents] care for themselves, take their medication on their own, talk to their physicians on their own. We have basically [nothing to do] with them, they come and go

(AN2/199)

Also **residents' preferences** influenced nurses' "being-involved". Autonomous residents in particular **excluded** nurses from the visit due to their need for a doctor-patient-conversation, to talk about "private things" (CP3/36) or for other unknown reasons. Nurses could accept such individual resident decisions as they saw fulfilling residents' individual wishes as their superordinate duty and did not feel restricted in their "being-involved". Nurses however did not appreciate GPs taking such action and criticised their exclusion.

We have many residents who are independent and they don't want us to be there during GP visits

(AN2/121)

#### 4.4. Strategies and tactics

Nurses used a variety of strategies and tactics to influence or even change the dimension of "being-involved". Nurses collected and prioritised their requests and questions using written notes or a visit book. They **made decisions** based on their knowledge to grade symptoms e.g. via the measurement of vital signs, intuition or by seeking second opinions from colleagues. From such assessment, nurses decided the time period, through whom and how they would relay or withhold information. By filtering information nurses could influence "being-involved".

We say: okay, let's wait, we can't disturb the GP in his office every time. I think we don't need to disturb them, you have to decide with your professional knowledge: when to call or when not to call?

(BN2/8)

**Structural preparation** of the visit was found to be another strategy. For the ideal home visit, nurses knew GP arrival times and had been able to prepare notes beforehand – i.e. consolidating their role as "center of information". Additionally, they had arranged documents to ease the organisational procedure and had sorted their requests according to their relevance (in advocacy for the resident), compiled by the whole nursing team. "Being-involved" was an opportunity to present and discuss the collated and prioritised requests.

When the GP arrives, we always try to print the current prescription sheet, so that he can add his changes on this

(AN4/85)

Nurses **assisted GPs'** physical examinations of residents by supporting residents' physical, linguistic or cognitive deficits. They even offered their assistance with GP visits to more autonomous

residents to increase their level of information. In this way, nurses strengthened their "being-involved".

The residents are not able any more. They don't understand their diseases, with dementia for example, they can't say what's wrong with them. They can't say if they have any pain. They can't even locate it

(AN7/36)

Nurses left the sovereignty to the GPs to carry out the visit and **adapt on GPs' behaviour**, although GPs would frequently change the time, extend visits or issues to talk about. Nurses felt however that they could not influence this situation and accepted their "being-involved" as limited. Consequently, spontaneous GP visits had low priority for nurses, because they were not able to prepare beforehand or make decisions - "such things were done along the way" (AN1/6). Rushed or unreliable GP home visits were viewed negatively and nurses felt disregarded and stressed. Queries might be forgotten or the prepared request-list was reduced to the highest priorities. Nevertheless, nurses appreciated that GPs were both running their own practice and caring for nursing homes.

He [GP] is always leaving rather than arriving (...) He enters quickly, puts down his bag, "what's going on?" ...with his manner you feel that he must leave quickly. Because of that we keep special books for every physician in which we note things .... If you have to think half an hour about what you would like to ask, then he is already gone, you get no chance

(BN3/50–52)

Given their official areas of responsibility nurses **fell back on rules** to maintain or even strengthen "being-involved". In this context, nurses e.g. would require a signature on a prescription to ensure that they can carry out the request.

If the GP changes the medication, I ensure that he completes the documentation (...) otherwise I am not able to act

(BN3/68)

Nurses **imposed on GPs** to fulfil their need for "being-involved". When a GP visited a resident on their own, nurses emphasised their frustration through their choice of strong language: "put on the brake and pull back" (AN5/88), "you have to pin him down on the floor" (BN3/50), "hold tight" (BN3/68) or "don't get off his back" (CN2/35). Nurses felt that rushing was a sign of disrespect for themselves and their role.

Let's have a look at GP number1. The visit is ...is quite different. He is a really good physician, there's no doubt, but he is [imitation of a noise of speed], you have to put on the brake and pull him back. He enters the office: "Here I am, I'll do a round" "Mhm-Mhm [not agreeing] We'll come along"

(AN5/88)

#### 4.5. Consequences

The strategies described above to ensure "being-involved" did have various consequences for the nurses. "Being-involved" with GPs enabled nurses to be up to date with information about the medical care of residents. This affected the **quality of residents' medical care** positively: interventions could be initiated and performed promptly.

There are GPs who touch base with us so we are able to accompany them (...) this is the best. Because we are able to make our requests (...) and we immediately know what's going on

(AN5/10)

"Being-involved" gave a **sense of security** which nurses utilised in situations where their scope of responsibility was unclear. If a resident's

health situation deteriorated nurses took more medical decisions on their own when they felt well informed and had a good relationship to the GPs. “Being-involved” increased nurses' capabilities.

For me it's important that the GP appears so we have the feeling that he is present. So we don't have to work all on our own without any support

(AN3/86)

Although “being-involved” was normally pursued by the nurses, it had also disadvantages when undivided attention was requested by many stakeholders (e.g. GPs, residents, relatives). This resulted in **conflicting demands for commitment**. By spending time with the GP on a visit, residents, for example, would receive less attention. Nurses felt guilty in such situations by not spending enough time in fulfilling the existential needs of the residents.

If I take enough time to be with the [GP] visit, my ward upstairs is left alone. That means no one is positioned properly, no one gets drinks or food. It's possible that a resident falls and I won't notice because I'm not there. I can't be anywhere permanently. That simply does not work!

(AN1/276)

Another consequence of no “being-involved” was found in nurses' attempts to **influence the choice of GP** and to replace those who were perceived as not sufficiently committed. Nurses usually did not discuss this problem openly with the GP concerned. Instead, they influenced residents in an indirect way to replace their GP to someone who respects nurse roles and wishes.

If we are unhappy with the GP because he comes rarely or not at all, we will talk to the residents and they are often very, very grateful and will follow our advice. And they will often change the GP

(AN6/94)

## 5. Conclusion

This qualitative study illustrates nurses' perspectives on GPs' nursing home visits for the first time in an explorative way using grounded theory. It can be considered as a theoretical construct of German nurses' experiences of GPs' visits embedded in their relationships to the other protagonists. We identified five dimensions of the core category “being-involved”, differing in their structure and the involvement of nurses during GPs' visits. Nurses' characteristics as well as GPs' and residents' characteristics, which could be regarded as external factors, affected the core category. Nurses' strategies to ensure “being-involved” were to filter information and decide prior to the visit which requests were important. They strengthened their “being-involved” by assisting the GP during the visit. The decision about the performance of the visit remained with the GP and nurses adapted their behaviour. To maintain “being-involved”, nurses fell back to rules or imposed themselves on the GPs. As consequence, nurses witnessed a higher quality of care for the resident and a sense of security, but also perceived conflicting demands for commitment. Nurses influenced residents' choice of GP to ensure that they were “being-involved”.

The strength of this study was the type of in-depth knowledge and exploration of German nurses' perspective. To increase validity, we performed the analytical process in a team of two researchers and by a permanent reflection of the research process via external expertise. The limitations include time or organisational constraints of the parallel interview transcription/analyses and the conduction of new interviews according to theoretical sampling. Nevertheless, cases could be analysed with regard to high and low contrast concerning the characteristics (sociodemographic details and content of previous interviews)

resulting in more purposive recruitment. Furthermore, we reached data saturation.

Participating nursing homes might be those with good cooperative structures. Study participants were recruited via the management of nursing homes. Consequently, selection bias can be anticipated to some extent. We tried to reduce management influence by inviting the participants to narrate procedures and experiences, rather than directly asking them for their personal opinion.

Our findings supplement and deepen the knowledge about nurses' perspectives on medical care in nursing homes so far. Previous studies with differing research questions and study designs touched GPs' visits through the eyes of the nurses solely as a spin-off. In this analysis it was the focus of interest and the core category “being-involved” was found. One component of “being-involved” was the level of physical presence at GP visits. This was consistent to findings of a study where nurses emphasised their presence during the ward round to have more influence (Hill, 2003). The interviewed nurses experience themselves as intermediaries. Their role as communicators between the protagonists, being a valuable source of knowledge and advice and being key actors in managing chronic diseases is also described in recent studies (Aguirre-Duarte, 2015; Lopez, 2009).

Indeed, in our study nurses compared GP nursing home visits sometimes to hospital ward rounds as a reference framework, as they also included visits of one resident after another, assessments of the current health status and the information exchange of professional medical staff. In contrast to the position of nurses in a nursing home, the remit of nurses in hospital has been studied well. Although nurses held a central position in the hospital multidisciplinary venture (Royal College of Physicians and Royal College of Nursing, 2012) and are considered as “the key to the ward round process” (Herring, Richardson, & Caldwell, 2013), their contributions are underrepresented in care homes (Weber et al., 2007). The need for “being-involved” suggested by our data could also be interpreted a form of underrepresentation. Especially in nursing homes, where nurses see residents every day without daily GP input, this aspect is more important than in hospitals. Zwarenstein et al. (Zwarenstein, Rice, Gotlib-Conn, Kenaszchuk, & Reeves, 2013) found patterns of communication in which physicians disengaged from other health professionals, who then reported consequent problems with physician behaviour when facing complex health situations. Insufficient involvement of nurses in the hospital setting may lead to latent tension or open confrontation in the team, linked with patients' adverse health outcomes and staff dissatisfaction (Parissopoulos, Timmins, & Daly, 2013). The collaboration is affected by the following aspects: communication, mutual respect, understanding professional roles and prioritization of tasks. Interprofessional education and interdisciplinary ward-rounds have shown a potential to improve it (Tang, Chan, Zhou, & Liaw, 2013). Although hospital and nursing homes differ in structural, organisational and financial patterns, elements of collaboration between physicians and nurses may be transferable and desirable. In our data “being-involved” was influenced by several conditions and causes. Similar to other studies (Block et al., 2012; Struppek, 2010), nurses' characteristics as professional competence, their reliability and friendliness and familiarity affected a visit positively. A regular and scheduled visit of GPs was preferred in those studies by nurses (Block et al., 2012; Struppek, 2010) as we found in influencing GPs' characteristics. Nurses' competences, GPs' being unpleasant and not appreciating nurses' opinions, mutual understanding and language problems were found to be barriers of communication and collaboration in earlier studies (Cardogan et al., 1999). Nurses and physicians disagreed about nurses' competencies to assess a resident before calling the GP or to identify urgent from non-urgent problems (Cardogan et al., 1999). Beyond the home visits, nurses often experience themselves simultaneously omnipotent and limited in the field of medical care according to our data.

In our findings, the preparation of the visit and the attendance of the GPs were essential tasks of nurses in our findings and were

perceived as positive. Nurses emphasised the value of a reliable cooperative relationship to the GP, which also became clear in our data. Consequently positive relationships with GPs seem to be an important factor for successful collaboration. Our data shows that nurses' strategies involve a great amount of communication. Using a protocol to improve communication structures (Field et al., 2011; Renz, Boltz, Wagner, Capezuti, & Lawrence, 2013b; Renz & Carrington, 2016) can facilitate communication and allow nurses to strengthen their "being-involved".

It should be discussed how such interactions are characterised by educational, social and gender aspects, by traditional role models and recent developments in allocation of tasks (SVR, 2007). Nurses' role in medical care in Germany is still mostly traditional and physician-assisting, shaped by Christian ideas of helping, and only a quite recent professionalisation. Therefore, nurses tend to be passive and assistive and when they impose this seems more like a rebellion than a legal right to ensure good quality of care. There has been a move to strengthen the autonomous role of nurses in Germany (GBA, 2012), but the day-to-care caring situation is however characterised by shortage of professional skills (Simon, 2012).

Overall our results extend previous research which focused on structural issues (Karsch-Völk et al., 2015) (van den Bussche, Lübke, et al., 2009). It adds the importance to be aware of attitudes, experiences and relationships of the stakeholders providing care for nursing home residents. In our recently published findings of GPs' experiences of nursing home visits, four different types of nursing home visits were identified: visits on demand, periodical visits, nursing home rounds and ad-hoc-decision based visits. The core category "productive performance" stands for the balance of GPs' individual efforts and rewards (Fleischmann et al., 2016). Studies indicate that nurses show a greater inclination towards interprofessional collaboration than physicians (Alcuskus et al., 2016; Sollami, Caricati, & Sarli, 2015), so the professionals should be addresses with tailored interventions to improve collaboration. In our *interprof* study, we currently analyze qualitative data of the perspectives of the persons concerned by medical care in nursing homes: residents as well as their relatives. Publications are in preparation. With the deeper understanding of nurse experiences of GP visits to nursing home, we are able to give practical advice for personal interaction. As a prerequisite, structures in nursing homes should allow nurse "being-involved". It is important to clarify nurse roles and responsibilities via a straightforward task description (Diakonie, 2007). Until now, a few pilot projects have tested scheduled visits of GPs in nursing homes, but were rarely evaluated or implemented for a longer period of time (Balzer et al., 2013). A study conducted in Canada emphasises the need of ongoing input of definition and development of roles and structures as well as educational strategies to role expectations (Bailey, Jones, & Way, 2006). Considering the differing health care conditions, some aspects are transferable to our results. Deeper understanding of nurses' perspectives might support the development of interprofessional skills teaching units in nurses' training and education.

The overall aim of this paper was to identify how nurses experience GPs nursing home visits. Our findings demonstrate that nurses perceive nursing home visits by GPs as a differentiated social construct. Previous research has focused mainly on structural aspects, we have provided a deeper understanding of nurses' views their contribution to medical care and the potential optimisation of collaboration in nursing homes by allowing "being-involved". Early inclusion of "nursing home visits" into medical and nursing educational curricula might improve the situation. Finally, our findings can be anticipated to help with developing tailored interventions for better interprofessional resident centered care in the nursing home setting. Further research is needed to verify our model of the issue "being-involved" and its measurable effects on the quality of residents' health care. Moreover, our findings may be transferable to other health care settings such as home care.

## Conflicts of interest

None.

## Funding

This work was supported by the German Federal Ministry of Education and Research (grant number: 01GY1124). The funding source had no involvement in study design, in the collection, analysis and interpretation of data, in report writing or the decision to submit the article for publication.

## Acknowledgements

We thank all nurses and nursing home managers who participated in this study. We are grateful to Dr. Gabriella Marx for her expertise in quality research assisting with the implementation of this project and Dr. Jochen Werle, Christoph Cavazzini and Britta Tetzlaff for participating in data collection. We would also like to thank the researchers who were initially involved in creating and realizing the interprof study: Gudrun Theile, Hendrik van den Bussche and Siegfried Weyerer. Special thanks go to Susan Smith for copy-editing

## References

- Aguirre-Duarte, N. A. (2015). Increasing collaboration between health professionals: Clues and challenges. *Colombia medica (Cali, Colombia)*, 46(2), 66–70.
- Alcuskus, M., Ferrari, L., Rossi, G., Liu, M., Hojat, M., & Maio, V. (2016). Attitudes toward collaboration among practitioners in newly established medical homes: A survey of nurses, general practitioners, and specialists. *American Journal of Medical Quality: the Official Journal of the American College of Medical Quality*, 31(6), 526–535.
- Bailey, P., Jones, L., & Way, D. (2006). Family physician/nurse practitioner: Stories of collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 381–391.
- Balzer, K., Butz, S., Bentzle, J., Boulkhemair, D., & Lühmann, D. (2013). Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. *Schriftenreihe Health Technology Assessment*, 75(08/09).
- Bienstein, C., Hallauer, J., Lehr, U., & Rönsch, H. (2005). *SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen*. Hannover: Vincentz Network.
- Block, K., Foth, T., Stamer, M., & Schmacke, N. (2012). *Allgemeinmedizin und Pflege in der ambulanten und heimstationären Versorgung: Der weite Weg zur Kooperation*. Beltz Juventa: Weinheim (Gesundheitsforschung).
- Bundesausschuss, G. (2012). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach §63 Abs. 3c SGB V*. [cited 2015 Jul 28].
- van den Bussche, H., Ernst, A., Jahncke-Latteck, Ä., & Schramm, U. (2009a). Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegediensten bei Demenzpatienten – Erste Ergebnisse der Interventionsstudie KOVERDEM. *Gesundheitswesen*, 71(08/09).
- van den Bussche, H., Lübke, N., Schröfel, S. D., & Dietsche, S. (2009b). Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien./Medical care in nursing homes in Germany – A critical review of actual studies. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 85(6), 240–246.
- van den Bussche, H., Schröfel, S. C., Löschmann, C., & Lübke, N. (2009c). Organisationsformen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland und im benachbarten Ausland. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 296–301.
- Cardogan, M. P., Franzi, C., Osterweil, D., & Hill, T. (1999). Barriers to effective communication in skilled nursing facilities: Differences in perception between nurses and physicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(1), 71–75.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4th ed.).
- Dahlhoff, G. (2007). Medizinische Versorgung im Heimen verbessern. *Altenheim*, 2007(4), 28–31.
- Diakonie (2007). *Ärztliche Versorgung im Pflegeheim [Handreichung]*. [cited 2015 Oct 1].
- Farin, E., Meixner, K., Follert, P., Jäckel, W. H., & Jacob, A. (2002). Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken: Entwicklung des MiZu-Reha-Fragebogens und Anwendung in der Qualitätssicherung. *Die Rehabilitation*, 41(4), 258–267.
- Field, T. S., Tjia, J., Mazor, K. M., Donovan, J. L., Kanaan, A. O., Harrold, L. R., et al. (2011). Randomized trial of a warfarin communication protocol for nursing homes: an SBAR-based approach. *The American Journal of Medicine*, 124(2), 179.e1–7.
- Fleischmann, N., Tetzlaff, B., Werle, J., Geister, C., Scherer, M., Weyerer, S., et al. (2016). Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): A grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. *BMC Family Practice*, 17(1), 123.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers (A joint publication in the Jossey-Bass higher education and Social and behavioral sciences series).

- Herring, R., Richardson, T., & Caldwell, G. (2013). Ward rounds: What goes around comes around. *Lancet*, 381(9864), 373–374.
- Hill, K. (2003). The sound of silence—Nurses' non-verbal interaction within the ward round. *Nursing in Critical Care*, 8(6), 231–239.
- Karsch-Völk, M., Lüssenheide, J., Linde, K., Schmid, E., & Schneider, A. (2015). Was sind die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtung und Ärzten?: Ergebnisse einer Mixed Methods Querschnittserhebung in bayerischen Pflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*(7).
- Kinzigtal, G. (2012). ÄrztePlusPflege - reduziert Krankenhaus-Fälle bei Heimbewohnern. [cited 2016 May 2]. Available from: URL: [http://www.gesundes-kinzigtal.de/media/documents/C3%84rztePlusPflege\\_final\\_04122012.pdf](http://www.gesundes-kinzigtal.de/media/documents/C3%84rztePlusPflege_final_04122012.pdf).
- KVMV (2011). *Gemeinsame Medieninformation: Erfolgsmodell, "Pflegeheim Plus": 50. Pflegeheim in fester Betreuung eines Hausarztteams*. [cited 2016 May 2].
- Lopez, R. P. (2009). Decision-making for acutely ill nursing home residents: Nurses in the middle. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1001–1009.
- Morse, J., & Field, P. (1998). *Qualitative Pflegeforschung: Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege/Qualitative Nursing Research*. Bern: Hans Huber.
- Mueller, C. A., Tetzlaff, B., Theile, G., Fleischmann, N., Cavazzini, C., Geister, C., et al. (2015). Interprofessional collaboration and communication in nursing homes: A qualitative exploration of problems in medical care for nursing home residents - study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 451–457.
- Nazir, A., Unroe, K., Tegeler, M., Khan, B., Azar, J., & Boustani, M. (2013). Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(7), 471–478.
- Parissopoulos, S., Timmins, F., & Daly, L. (2013). Re-exploring the ritual of the ward round. *Nursing in Critical Care*, 18(5), 219–221.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung/Qualitative social research: Ein Arbeitsbuch. 4., erw. Aufl. München: Oldenbourg. Lehr- und Handbücher der Soziologie*.
- Renz, S. M., Boltz, M. P., Wagner, L. M., Capezuti, E. A., & Lawrence, T. E. (2013a). Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 34(4), 295–301.
- Renz, S. M., Boltz, M. P., Wagner, L. M., Capezuti, E. A., & Lawrence, T. E. (2013b). Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 34(4), 295–301.
- Renz, S. M., & Carrington, J. M. (2016). Nurse-physician communication in long-term care: Literature review. *Journal of Gerontological Nursing*, 1–8.
- Robbins, I., Gordon, A., Dyas, J., Logan, P., & Gladman, J. (2013). Explaining the barriers to and tensions in delivering effective healthcare in UK care homes: a qualitative study. *BMJ Open*, 3(7).
- Rosenthal, G. (2014). *Interpretative Sozialforschung/Interpretative social research: Eine Einführung. 4. Aufl. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa. Grundlagentexte Soziologie*.
- Rothgang, H., Borchert, L., Müller, R., & Unger, R. (2008). *GEK-Pflegereport 2008/GEK Care report 2008: Schwerpunkttema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen [Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, BAnd 66]*. [cited 2015 Jul 15].
- Royal College of Physicians and Royal College of Nursing (2012). Ward rounds in medicine: Principles for best practice. [cited 2016 Nov 22]. Available from: URL: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/ward-rounds-medicine-principles-best-practice>.
- Schmidt, I. K., & Svarstad, B. L. (2002). Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes. *Social Science & Medicine*, 54(12), 1767–1777.
- Schneekloth, U., & von Törne, I. (2009). Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest- Repräsentativerhebung/Developmental trends in inpatient care: Kohlhammer. [cited 2016 Nov 22]. Available from: URL: [https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&src=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi8j8mjrzzQAhWF5xoKHV0\\_DOQQFgggMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.bmfjsfj.de%2Fblob%2F78928%2F9465bec83edaf4027f25bb5433ea702e%2Fabschlussbericht-mug4-data.pdf&usq=AFQjCNHwLhEw1GuZoRCPogfCs9AoQzXMyA&sig2=YSOdgXp5vX4asJkgXW2HMg&bvm=bv.139250283.d.d2s](https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&src=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi8j8mjrzzQAhWF5xoKHV0_DOQQFgggMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.bmfjsfj.de%2Fblob%2F78928%2F9465bec83edaf4027f25bb5433ea702e%2Fabschlussbericht-mug4-data.pdf&usq=AFQjCNHwLhEw1GuZoRCPogfCs9AoQzXMyA&sig2=YSOdgXp5vX4asJkgXW2HMg&bvm=bv.139250283.d.d2s).
- SGB V §76 Freie Arztwahl/Free choice of physician; 1988.
- Simon, M. (2012). Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen/Employees and structure of employment in nursing: Eine Analyse der Jahre 1999 bis 2009. [cited 2015 Aug 12]. Available from: URL: <http://www.hs-hannover.de/oem/service/aktuelles/presseinformationen/sys/2012/neue-studie-zur-zahl-der-beschaeftigten-in-pflegeberufen1/index.html>.
- Snijder, E., Kersting, M., Theile, G., Kruschinski, C., Koschak, J., Hummers-Pradier, E., et al. (2007). Hausbesuche: Versorgungsforschung mit hausärztlichen Routinedaten von 158.000 patienten/home visit. Healthcare research with primary care data of 158.000 patients. *Gesundheitswesen*, 69(12), 679–685 [cited 2015 Jun 19].
- Sollami, A., Caricati, L., & Sarli, L. (2015). Nurse-physician collaboration: A meta-analytical investigation of survey scores. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), 223–229.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2013). *Pflegestatistik 2013 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. [cited 2015 Mar 30].
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (2010). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Beltz, PsychologieVerlagsUnion: Weinheim.
- Struppek, D. (2010). *Patientensouveränität im Pflegeheim/Patient autonomy in nursing homes: Möglichkeiten und Grenzen aus der Sicht von hochaltrigen, mehrfach erkrankten Pflegeheimbewohnern, ihren Ärzten, Pflegekräften und privaten Bezugspersonen*. [Dissertation] Freie Universität Berlin [cited 2015 Jul 15]. Available from: URL: [http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS\\_thesis\\_00000018761](http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_00000018761).
- SVR (2007). Kooperation und Verantwortung/Collaboration and responsibility: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. [cited 2015 Mar 30]. Available from: URL: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15>.
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T., & Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), 291–302.
- The Joint Commission. National Patient Safety Goals (2015). 2015 [cited 2016 Mar 7]. Available from: URL: <http://www.jointcommission.org/>.
- Theile, G., Kruschinski, C., Buck, M., Müller, C. A., & Hummers-Pradier, E. (2011). Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Family Practice*, 12(1), 24.
- Tjia, J., Mazor, K. M., Field, T., Meterko, V., Spenard, A., & Gurwitz, J. H. (2009). Nurse-physician communication in the long-term care setting: Perceived barriers and impact on patient safety. *Journal of Patient Safety*, 5(3), 145–152.
- Voigt, K., Tache, S., Klement, A., Fankhaeuel, T., Bojanowski, S., & Bergmann, A. (2014). Gaining information about home visits in primary care: Methodological issues from a feasibility study. *BMC Family Practice*, 15, 87.
- Weber, H., Stöckli, M., Nübling, M., & Langewitz, W. (2007). Communication during ward rounds in Internal Medicine. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 343–348 [cited 2016 Nov 22].
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000072.
- Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C., & Reeves, S. (2013). Disengaged: A qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Services Research*, 13, 494.

# Anamnese und Planungsgespräch in der häuslichen Versorgung im interprofessionellen Team

Lehrprojekt mit Schauspielpatienten für Medizinstudierende und Lernende der Gesundheits- und Krankenpflege

Christiane A. Müller, Anne Simmenroth, Gisela Ruwe, Frauke Zarnack, Eva Hummers,  
Nina Fleischmann

*Der wachsende Anteil häuslich pflegebedürftiger Patienten stellt hohe Anforderungen an die Interaktion von Pflegekräften und Hausärzten. Interprofessionelles Lernen wird hierfür als effektive Maßnahme diskutiert. Wir beschreiben ein Lehrprojekt mit PJ-Studierenden und Lernenden der Gesundheits- und Krankenpflege. Die dreistündige Lehrinheit „Anamnese- und Planungsgespräch im häuslichen Umfeld nach Entlassung aus dem Krankenhaus“ wurde mit 13 Teilnehmern in zwei Kleingruppen durchgeführt. Die Teilnehmer diskutierten im Anschluss ihre Rollen und formulierten Erkenntnisse aus dem simulierten Gespräch. Interprofessioneller Unterricht sollte in den Curricula beider Ausbildungen verankert und mit einem größeren Stellenwert in der Ausbildung aller Gesundheitsberufe versehen werden.*

## History taking and home care planning with an interprofessional team in home care

An educational project with simulated patients for medical and nursing students

*The growing number of people needing care in their home environment causes high demands on interprofessional collaboration of nurses and general practitioners. Interprofessional education is discussed as effective in enhancing collaboration. We describe an educational project with nursing and medical students. In a three-hour teaching session “Patient history and home care planning after hospital discharge” 13 students in 2 groups took a medical history and discussed further care planning. The students discussed their professional roles and expressed their new insights of the interprofessional collaboration. This approach should be anchored in both curricula.*

## Korrespondenzadresse

Dr. med. Christiane A. Müller  
Universitätsmedizin Göttingen  
Institut für Allgemeinmedizin  
Humboldtallee 38  
37073 Göttingen  
christiane.mueller@med.uni-goettingen.de

Eingereicht am 28.09.2016

Akzeptiert am 15.11.2016

DOI: 10.3936/1477

## EINLEITUNG

Die Bedeutung der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin, aber auch von weiteren gesundheitsbezogenen Professionen erfährt – nicht zuletzt aufgrund des demografischen Wandels und der rückläufigen ärztlichen Versorgung in einigen Regionen Deutschlands - neue Impulse und eine zunehmende Relevanz. 2009 befasste sich der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen intensiv mit der „Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung“ (SVR, 2009). Bereits in den 80er Jahren wurde von der WHO ein Konzept für gemeinsames Lernen erarbeitet und 2010 spezifiziert (WHO, 1988) (WHO, 2010). Sowohl zentrale Eigenschaften als auch der direkte Nutzen von interprofessioneller Lehre konnten bislang nicht generalisierbar abgebildet werden (Reeves et al. 1996) (Olson & Bialocerkowski, 2014). Übersichtsarbeiten stellen dar, dass interprofessionelle Zusammenarbeit zu positiven Outcomes für Patienten führen kann (Zwarenstein et al. 1996) (Nazir et al., 2013).

## HINTERGRUND UND MOTIVATION

Pflegekräfte und Ärzte arbeiten täglich sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich zusammen, sie werden in Deutschland jedoch nahezu immer getrennt ausgebildet. Die gemeinsame Ausbildung, bzw. gemeinsames Arbeiten kann nach der Kontakthypothese zu einem Abbau von Vorurteilen führen (Allport, 1954), (Mohaupt et al., 2012). Es existieren neben zahlreichen englischsprachigen Studien mehrere Übersichtsarbeiten zur interprofessionellen Lehre (z.B. (Reeves et al., 1996), (Olson & Bialocerkowski, 2014), (Abu-Rish et al., 2012), (Brandt et al. 2014)) aber aktuell nur eine zur interprofessionellen (undergraduate) Lehre, die auf Simulation basiert (IPE) (Gough et al., 2012). Vom Unterricht mit Simulationspatienten (SP) ist belegt, dass er im medizinischen Kontext zu einem nachhaltigen und effektiven Lernen kommunikativer Fähigkeiten führt (Yedidia et al., 2003), (Barrows, 1993), (Simmenroth-Nayda et al., 2007), (Bagnasco et al., 2014). Bis vor einem Jahr gab es wenige deutschsprachig publizierte Lehrprojekte zur Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Medizinstudierenden (Neitzke, 2005), (Schildmann et al., 2006), (Fragemann et al., 2012), (Hibeler, 2012), (Quandt et al., 2010), (Bastami et al., 2012). Einige von diesen berichteten von der Einbeziehung von Schauspielpatienten (SP) (Schildmann et al., 2006), (Hibeler, 2012), (Quandt et al., 2010), (Bastami et al., 2012). Seit 2013 fördert die Robert-Bosch Stiftung im Programm „Operation Team“ mehrere interprofessionelle Lehrprojekte, die zum Teil auch mit Simulationen arbeiten. Diese sind in einem Themenheft des GMS Journal for Medical Education veröffentlicht (Klapper & Schirlo, 2016). Die zunehmende Relevanz von Interprofessionalität in der Lehre in Deutschland lässt sich unter anderem daran erkennen, dass seit 2011 ein Studiengang zur interprofessionellen Gesundheitsversorgung in Heidelberg angeboten wird. In den letzten Jahren kamen einige weitere interprofessionelle Studiengänge, z.B. am Gesundheitscampus Göttingen und der

Dualen Hochschule Baden-Württemberg dazu. Außerdem gründete die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung vor wenigen Jahren einen Ausschuss zum Thema, welcher bereits ein Positionspapier zum Thema erstellt hat (Walkenhorst et al., 2015).

Der aktuelle Gegenstandskatalog für das Humanmedizinstudium beinhaltet den Themenbereich „interprofessionelle Zusammenarbeit“ nicht (IMPP, 2013). Im „Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalog“ (NKLM) wird jedoch in Kapitel 8 „Die Ärztin und der Arzt als Mitglied eines Teams“ als wesentlicher Bereich beschrieben (Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V., 2015). In der Ausbildung zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn ist der Themenkomplex „In Gruppen und Teams zusammenarbeiten“ bereits vorgesehen (Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege, 2003).

In einigen angloamerikanischen Ländern ist die gemeinsame Ausbildung der Professionen schon fester verankert. So fördert das US Department of Health and Human Sciences ein „National Center for Interprofessional Practice and Education“. Kürzlich ergab eine Befragung von 68 amerikanischen Universitäten, dass interprofessionelle gemeinsame Lernerfahrungen in Kursen bei 85% der Fakultäten vorliegen bzw. in Praktika/Rotationen gewonnen werden (80%) (Greer et al., 2014).

In diesem Beitrag stellen wir ein Lehrprojekt des Instituts für Allgemeinmedizin und der Kinder- und Krankenpflegeschule der Universitätsmedizin Göttingen vor, bei dem die Durchführung von Anamnese- und Planungsgesprächen durch Lernende beider Berufe im Zentrum steht. Es ging uns darum, die Rollen voneinander und füreinander transparent zu machen und die Sinnhaftigkeit interprofessioneller Zusammenarbeit zu erarbeiten.

Um das ambulante Setting realistisch abzubilden, wurde eine typische Gesprächssituation gewählt: Eine pflegebedürftige ältere Patientin wird aus dem Krankenhaus in ihre häusliche Umgebung zurück entlassen und führt zunächst nacheinander, im Anschluss noch einmal gleichzeitig ein Gespräch mit einem Hausarzt (Medizinstudierendem) und einer ambulanten Pflegekraft (Lernende der Gesundheits- und Krankenpflege (GuK)) durch.

## BESCHREIBUNG DES PROJEKTS

### Kursformat und Kursleitung

Die dreistündige Lehrveranstaltung wird einmal pro Semester für Lernende der GuK am Ende des zweiten oder im dritten Ausbildungsjahr und für Medizinstudierende im Wahltertial „Allgemeinmedizin“ des Praktischen Jahres (PJ) angeboten. Die Teilnahme der PJler war verpflichtend, die GuK Lernenden nahmen auf freiwilliger Basis teil, erhielten jedoch ein „ausgleichsfrei“. Im Unterricht wurde eine gleiche Anzahl beider Professionen angestrebt. Zwei Mitarbeiterinnen des Instituts für Allgemeinmedizin sowie zwei der Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule der Universitätsmedizin Göttingen unterrichteten gemeinsam im Team. Die

Einführung und Abschlussbesprechung im Plenum wurden von allen vier Lehrenden geleitet, während gemischte Tandems der Lehrenden die Kleingruppenarbeiten gemeinsam moderierten. Die Rollenentwicklung für die SPs erfolgte berufsgruppenübergreifend, die beiden Ärztinnen im Auto-  
 reamteam, beide erfahren mit der SP-Methode, führten die Rollenschulungen durch.

Im Winter 2013 wurde bereits eine kürzere Lehrveranstaltung zum gleichen Thema pilotiert. Aufbauend auf die damalige Evaluation wurde die Veranstaltung inhaltlich modifiziert und um eine Stunde verlängert. Es wurde ein problemorientierter Ansatz gewählt: Die Teilnehmer nehmen ein klinisch-realistisches Problem wahr (subjektives Erleben des Unterschiedes zwischen zunächst mono- und dann interprofessionellem Arbeiten) und finden in der anschließenden Reflexion selber einen Lösungsansatz (interprofessionelle Anamnese), den sie sofort in die Praxis umsetzen können. Diese Art des Lernens hat nachgewiesener Weise bessere Ergebnisse auf der Behaltens- und Anwendungsebene als z.B. eine Frontalveranstaltung, in der Problem und Lösungen direkt vom Dozenten präsentiert werden (Barrows, 1983).

**Lernziele des Kurses**

- Die Teilnehmenden sollen:
1. ihre eigene Rolle reflektieren und gegenüber der anderen Profession vertreten,
  2. ein professionsbezogenes und ein gemeinsames Anamnese- und Planungsgespräch mit einer SP erheben,
  3. Gemeinsamkeiten und Unterschiede von ärztlicher und pflegerischer Anamnese und Planungsgespräch erkennen und benennen,
  4. Schlussfolgerungen zur Sinnhaftigkeit der Zusammenarbeit beider Professionen ziehen.

**Lerninhalte und Unterrichtsmethoden**

Ablauf und Inhalte der Veranstaltung sind Tabelle 1 zu entnehmen.

Ein theoretischer Input zu rechtlichen, finanziellen und praktischen Aspekten bei der Inanspruchnahme häuslicher Pflege, Physiotherapie und hauswirtschaftlicher Unterstützung leitet die Einheit im Plenum ein. Wissen zu diesen Bereichen wurde im bisherigen Studium/Ausbildung bei beiden Professionen nicht vermittelt. Die Einleitung soll den Teilnehmern helfen, in den folgenden Anamnese- und Planungsgesprächen konkrete Hilfestellungen anzubieten. Dann erfolgt die Aufteilung in zwei gemischt-professionelle Kleingruppen. Im ersten Teil der Kleingruppen-Phase erhalten Studierende und GuK-Lernende zunächst getrennt voneinander einen ärztlichen Krankenhausentlassungsbrief der (Simulations-) Patientin. Dies stellt sicher, dass eine möglichst reale Situation abgebildet wird und beiden Berufsgruppen die gleichen Informationen zur Verfügung stehen. Professionsintern werden nun die Inhalte des Anamnese-/Planungsgesprächs kurz vorbesprochen. Für das Abhalten der Gespräche in der professionsgemischten Kleingruppe werden spezifische Beobachtungsaufgaben verteilt. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf den angespro-

Zeit	Kursinhalt	
15.30 – 15.35	<b>Plenum:</b> Begrüßung Vorstellung der Dozenten und des Themas Interprofessionelle Zusammenarbeit	
15.35 – 15.40	<b>Plenum:</b> Vorstellungsrunde Teilnehmende Name und momentane Ausbildungssituation, berufliche Ziele	
15.40 – 15.55	<b>Plenum:</b> Präsentation und kurze Diskussion zu Möglichkeiten pflegerischer und hauswirtschaftlicher Unterstützung in häuslicher Umgebung Verordnung häuslicher Krankenpflege	
15.55 – 16.00	<b>Plenum:</b> Aufteilung in 2 Kleingruppen und Vergabe der Aufgabenstellung	
16.00 – 17.00 Teil 1	<b>Kleingruppe 1:</b> Erhalt Entlassungsbrief A Vorbesprechen der Gesprächsinhalte in eigener Profession  1. Gespräch mit Simulationspatientin A (z.B. Lernende GuK)  2. Gespräch mit Simulationspatientin A (z.B. Medizinstudierende)  Feedback für beide Rollenspiele	<b>Kleingruppe 2:</b> Erhalt Entlassungsbrief B Vorbesprechen der Gesprächsinhalte in eigener Profession  1. Gespräch mit Simulationspatientin B (z.B. Lernende GuK)  2. Gespräch mit Simulationspatientin B (z.B. Medizinstudierende)  Feedback für beide Rollenspiele
17.00 – 17.15	<b>Pause</b>	
17.15 – 18.15 Teil 2	<b>Kleingruppe 1:</b> Erhalt Entlassungsbrief B Vorbesprechung Gesprächsinhalte beide Professionen gemeinsam  3. Gespräch mit Simulationspatientin B (Lernende GuK und Medizinstudierende gemeinsam)  Feedback zum gemeinsamen Gespräch	<b>Kleingruppe 2:</b> Erhalt Entlassungsbrief A Vorbesprechung Gesprächsinhalte beide Professionen gemeinsam  3. Gespräch mit Simulationspatientin A (Lernende GuK und Medizinstudierende gemeinsam)  Feedback zum gemeinsamen Gespräch
18.15 – 18.30	<b>Plenum:</b> Vorstellung der Ergebnisse der Kleingruppenarbeit Vergleich von mono- und interprofessionellen Anamnesen Parallele Visualisierung der Beiträge auf Flipchart Erfassen der Wünsche an zukünftige interprofessionelle Zusammenarbeit	
18.30 – 18.45	<b>Plenum:</b> Abschlussblitzlicht und schriftliche Evaluation	

Tabelle 1: Übersicht über den Unterrichtsablauf

chenen Themenbereichen, um gemeinsame und berufsspezifische Inhalte herauszuarbeiten. Zunächst führt der PJler das Gespräch mit der SP. Der GuK-Lernende, der das anschließende Gespräch führen soll, verlässt dabei den Raum. Die zweite Anamnese wird im Anschluss von dem GUK-Lernenden durchgeführt. Eine strukturierte Feedbackrunde in der Kleingruppe erfolgt erst nach beiden Simulationen.

Das gemeinsame Patientengespräch erfolgt ebenfalls in der Kleingruppe unter Moderation des Dozententeams. Beim Kleingruppenfeedback dieser gemeinsamen Anamnese liegt der Schwerpunkt nun auf der Beschreibung der Interaktion zwischen den Professionen: Wer moderiert im Gespräch? Wie wechseln sich die Gesprächspartner ab? Wer übernimmt welchen Themenbereich? Gibt es eine Hierarchie?

Es folgt eine Zusammenführung aller Lernenden im Plenum, hier werden abschließend Beobachtungen, Erfahrungen und Erkenntnisse aus den Kleingruppen diskutiert und fixiert.

Am Ende der Unterrichtseinheit wurde schriftlich anonym evaluiert: der Bogen beinhaltete 4 offene und 5 geschlossene Fragen.

**Resultate**

Am Unterricht nahmen 7 Lernende der GuK und 6 PJ-Studierende teil, aus Datenschutzgründen wurden detaillierte demografische Daten nicht erhoben.

Der Zeitplan konnte gut eingehalten werden, auch wenn ein straffes Arbeiten notwendig war. Nach engagiert durch-

geführten Rollenspielen kam es zu einem lebendigen Austausch bei den Feedbackrunden in den Kleingruppen und in der Abschlussbesprechung im Plenum. Die direkte Gegenüberstellung der professionseigenen und der gemeinsamen Anamnese regte die Teilnehmer zur Reflexion der eigenen Rolle und Einordnung in den interprofessionellen Kontext an. Auch die Besonderheiten, sowie die Vor- und Nachteile der verschiedenen Gesprächsformen (mono-, interprofessionell) wurden in den Feedbackrunden lebhaft diskutiert. In der Abschlussbesprechung wurde noch einmal herausgestellt, dass die Teilnehmer das interprofessionelle Gespräch mit der Patientin sowohl inhaltlich als auch für die Beziehung zwischen allen Akteuren als vorteilhaft empfanden. Auch die SP äußerte, sich vom „Team“ besser behandelt gefühlt zu haben. Rückmeldungen der Studierenden während der Abschlussbesprechung wurden auf Flipcharts gesammelt und im Nachhinein strukturiert, sie sind in Tabelle 2 zu finden.

Die Lehreinheit wurde von allen Teilnehmern im Mittel mit der Schulnote 1,5 bewertet. Hierbei vergaben die Lernenden der GuK mit 1,4 durchschnittlich die besseren Noten als die Medizinstudierenden (1,7). Auch bei den quantitativen Fragen der Evaluation (zusammengefasst in Tabelle 3) vergaben die Lernenden der GuK die etwas besseren Bewertungen.

In den Freitexten gaben die meisten Teilnehmer (8 von 13) an, dass ihnen die Interaktivität mit der anderen Profession am besten gefallen habe. Die Lernenden der GuK hoben zudem den Einsatz der SPs als positiv heraus; es war für sie der erste Kontakt mit SP im Rahmen ihrer Ausbildung. Die

<p><b>Interaktion Pflegekraft-Arzt</b>                  Vertrauensbildung zwischen Arzt und Pflegekraft                  Pflegekraft und Arzt auf einer Ebene, keine Hierarchie                  Pflegekraft und Arzt ziehen am selben Strang                  Arzt und Pflegekraft können sich gegenseitig helfen                  Gemeinsam Unklarheiten begegnen                  Aufgaben auf mehreren Schultern, geteilte Verantwortung                  Zeitgleicher Eindruck vom Patienten</p>	<p><b>Wahrnehmung gemeinsames Gespräch</b>                  Weniger Informationsverlust                  Aufgabenverteilung klarer                  Zeitsparender                  Fokussierter und „runder“                  „Zu zweit ist besser als allein“</p>
<p><b>Mögliche Auswirkungen auf Patienten</b>                  Klarer Ansprechpartner, da Bezug besser möglich                  Patient kann schnell nachfragen                  Patient fühlt sich stärker im Mittelpunkt                  Intimere Themen möglicherweise schwerer anzusprechen</p>	<p><b>Weitere Ideen</b>                  Absprache Arzt und Pflegekraft ohne Patient im Vor- oder Nachhinein                  Alternativ: Getrennte Patientenbesuche, nacheinander besprechen                  Im Klinikalltag schwer vorstellbar, besser im ambulanten Bereich</p>

Tabelle 2: Inhalte der Abschlussbesprechung

Item	trifft sehr zu	trifft zu	wenig	gar nicht
Das Unterrichtsformat hat mir sehr gefallen	8	4	1	-
Ich habe gelernt, wie wichtig es ist, mit anderen Berufsgruppen zusammen zu arbeiten	11	2	-	-
Die Auswahl der Themen war für mich relevant	8	5	-	-
Meine Erwartungen sind erfüllt worden	9	4	-	-

Tabelle 3: Beurteilung der Lehreinheit durch die Teilnehmer (n=13)

Länge der Veranstaltungen wurde unterschiedlich bewertet - von zu knappem Zeitrahmen (Lernende GuK) bis zeitlich zu langer Veranstaltung (Studierende). Angeregt wurde letztlich, interprofessionellen Unterricht schon eher ins Medizinstudium - und dann für alle Studierende verpflichtend- zu integrieren.

## ERFOLGSFAKTOREN

Die Lernenden beider Professionen weisen unterschiedliche Stundenpläne auf. Die Festlegung des Termins erfolgte zudem zu einem Zeitpunkt, an dem möglichst viele PJler zur Verfügung standen. Pro Jahr entscheiden sich etwa 16 bis 18 Studierende für einen Ausbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin, pro Tertial sind dies dann 4 bis 8 PJler. Trotz der damit kleinen Teilnehmerzahl ist die Umsetzung als gelungen zu betrachten. Die enge Abstimmung zwischen den Lehrenden trug hier zum Erfolg bei. Wir verzichteten auf eine schriftliche Lernziel-Evaluation direkt vor und nach der Unterrichtseinheit; die potentiellen Ergebnisse erschienen uns dem mündlichen Feedback nicht überlegen. Die direkten Rückmeldungen der Teilnehmer sowie die Benotung der gesamten Unterrichtseinheit waren uns wichtiger als eine Wissens- oder Fertigkeiten-Überprüfung. Die leicht positiveren Bewertungen durch die GuK Lernenden könnten in ihrer freiwilligen Teilnahme (besonders interessierte Personen) oder auch in dem erstmaligen Kontakt zu den SPs begründete sein.

Unsere Lernziele konnten auch in dem begrenzten Zeitrahmen erreicht werden. Im Sinne der Kontakthypothese konnten wir beobachten, dass die Lernenden im Verlauf der Veranstaltung auch Vorstellungen und Vorurteile übereinander äußerten dann im Miteinander diskutierten und anpassten (Allport, 1954). Dies zeigte uns, dass eine Aufgeschlossenheit füreinander besteht und Zusammenarbeit bei unserem Beispiel, aber auch in Folge generell positiv bewertet wird.

Kritisch betrachtet werden sollte der Umstand, dass die Gewinnung der Teilnehmer (auf Freiwilligkeit bei den Lernenden der GuK beruhend) sowie die Form des meistens sehr betreuungsintensiven Kleingruppenunterrichts mit SPs oder auch die Tatsache, dass hier verschiedenen Professionen gemeinsam unterrichtet wurden, zu einer positiven Verzerrung der Evaluation geführt haben könnten. Die Literatur zeigt auf, dass einige dieser Faktoren in besseren Bewertungen münden können (Rindermann, 2009), (Schiekirka & Raupach, 2015). Allerdings war bei unserem Projekt nicht möglich, diese Faktoren einzeln oder auch in ihrer Gesamtheit zu kontrollieren oder die Ergebnisse durch eine (virtuelle) Kontrollgruppe in Relation zu setzen, da an unseren Instituten keine Nichtteilnehmer oder weitere Freiwillige zur Verfügung gestanden hätten. Zudem ist eine gewisse Beeinflussung der Evaluationsergebnisse durch die bestehenden Verhältnisse zwischen Lernenden und Lehrenden nicht auszuschließen.

## AUSBLICK

Das Unterrichtsprojekt mit Lernenden der GuK und PJ-Studierenden mit Wahlfach Allgemeinmedizin zum Thema „interprofessionelle Anamnese in der häuslichen Versorgung“ ist gut umsetzbar und wird von den Teilnehmern sehr positiv evaluiert. Die Besonderheit unseres Ansatzes besteht darin, dass die Teilnehmer in einer Lehreinheit zunächst getrennt und dann gemeinsam die Anamnese durchführen.

Das beschriebene Projekt wird zukünftig weiterhin in dieser Form einmal pro Semester unterrichtet werden, inhaltlich werden wir zunächst keine Änderungen vornehmen, eine Erweiterung der Evaluation nach Barr et al. ist geplant (Barr, 2005). Hier werden wir nun am Ende der Veranstaltung die retrospektiv eingeschätzte Bewertung der Lernenden zum Wissen/Einstellungen zu Unterrichtsbeginn abfragen, um den Lernzuwachs beurteilen zu können. Wünschenswert wäre eine Verlängerung der Veranstaltung. Da die Studierenden aber die Vormittage in der Regel in ihren Lehrpraxen verbringen und zum Teil über 100 km anreisen, ist ein früherer Beginn nicht möglich. Eine Verlängerung nach hinten zeichnet sich ebenfalls als schwierig ab, da schon aktuell die Veranstaltung bis in den frühen Abend reicht.

Gewünscht und geplant ist von Seiten der Lehrenden, weitere Kooperationsformen im Unterricht zu finden und gemeinsam im Team zu unterrichten. Zudem wäre ein Konzept zu entwickeln, wie ca. 150 Medizinstudierende pro Semester mit 67 Lernenden der GuK pro Jahr sinnvoll gemeinsam unterrichtet werden können. Möglicherweise könnten weitere Krankenpflegesschulen aus der Umgebung einbezogen werden, was den organisatorischen Aufwand jedoch deutlich steigern würde.

Interprofessioneller Unterricht sollte in den Curricula beider Ausbildungen verankert werden und einen größeren Stellenwert in der Ausbildung aller Gesundheitsberufe einnehmen. Das übergeordnete Ziel des gemeinsamen Lernens bleibt hierbei weiterhin, das Wohl des Patienten zu verbessern.

## LITERATUR

- Abu-Rish, E., Kim, S., Choe, L., Varpio, L., Malik, E., White, A.A., Craddick, K., Blondon, K., Ribins, L., Nagasawa, P., Thigpen, A., Chen, L., Rich, J., & Zierler, B. (2012). Current trends in interprofessional education of health sciences students: A literature review. *Journal of Interprofessional Care*, 26(6), 444–451. doi:10.3109/13561820.2012.715604
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice* (1st ed.). Reading, Mass: Addison-Wesley Pub. Co.
- Bagnasco, A., Pagnucci, N., Tolotti, A., Rosa, F., Torre, G., & Sasso, L. (2014). The role of simulation in developing communication and gestural skills in medical students. *BMC Medical Education*, 14(1), 106. doi:10.1186/1472-6920-14-106
- Barrows, H. S. (1983). Problem-based, self-directed learning. *JAMA*, 250(22), 3077–3080.
- Barrows, H. S. (1993). An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *AAMC. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 68(6), 443-51; discussion 451-3.
- Bastami, S., Kronen, T., Schroeder, G., Schirlo, C., Schäfer, M., Aeberhard, R., & Biller-Andorno, N. (2012). Interprofessionelle Kommunikationsprozesse – schwierige Gesprächssituationen mit Patientinnen und Patienten. *Ethik in der Medizin*, 24(3), 241–244. doi:10.1007/s00481-011-0177-1
- Brandt, B., Lutfiyya, M. N., King, J. A., & Chioreso, C. (2014). A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *Journal of Interprofessional Care*, 28(5), 393–399. doi:10.3109/13561820.2014.906391
- Fragemann, K., Meyer, N., Graf, B. M., & Wiese, C. H. (2012). Interprofessionelle Lehre in der Schmerzmedizin. *Der Schmerz*, 26(4), 369–382. doi:10.1007/s00482-012-1158-0
- Gough, S., Hellaby, M., Jones, N., & MacKinnon, R. (2012). A review of undergraduate interprofessional simulation-based education (IPSE). *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 19(3), 153–170.
- Greer, A. G., Clay, M., Blue, A., Evans, C., & Garr, D. (2014). The Status of Interprofessional Education and Interprofessional Prevention Education in Academic Health Centers. *Academic Medicine*, 89(5), 799–805. doi:10.1097/ACM.0000000000000232
- Hibbeler B. (2012). Ärzte und Pflegekräfte: Keine Chance für Vorurteile. *Deutsches Ärzteblatt*, 46(109), 2294–2295.
- IMPP. (2013). Gegenstandskataloge für den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (IMPP-GK2). Retrieved from <https://www.impp.de/internet/de/medizin/articles/gegenstandskataloge.html>
- Klapper, B., & Schirlo, C. (2016). *Interprofessional Training - Published by the Robert Bosch Stiftung and the Gesellschaft für Medizinische Ausbildung: Special edition booklet*. *GMS journal for medical education*, 33(2), Doc38. doi:10.3205/zma001037
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege, KrPflAPrV 2003. Retrieved from: [http://www.gesetze-im-internet.de/krpflapr\\_v\\_2004/KrPflAPrV.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/krpflapr_v_2004/KrPflAPrV.pdf)
- Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (2015). *Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)*.
- Mohaupt, J., van Soeren, M., Andrusyszyn, M.-A., MacMillan, K., Devlin-Cop, S., & Reeves, S. (2012). Understanding interprofessional relationships by the use of contact theory. *Journal of Interprofessional Care*, 26(5), 370–375. doi:10.3109/13561820.2012.673512
- Nazir, A., Unroe, K., Tegeler, M., Khan, B., Azar, J., & Boustani, M. (2013). Systematic Review of Interdisciplinary Interventions in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(7), 471–478. doi:10.1016/j.jamda.2013.02.005
- Neitzke G. (2005). *Interprofessioneller Ethikunterricht*. *Gesellschaft für medizinische Ausbildung*, 2(22). Retrieved from <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2005-22/zma000024.shtml>
- Olson, R., & Bialocerkowski, A. (2014). Interprofessional education in allied health: a systematic review. *Medical Education*, 48(3), 236–246. doi:10.1111/medu.12290
- Quandt M, Schmidt A, Segarra L, Beetz-Leipold C, Degirmenci Ü, Kornhuber J, & Weih M. (2010). *Wahlfach Teamarbeit: Ergebnisse eines Pilotprojektes zur interprofessionellen und interdisziplinären Ausbildung mit formativem Team-OSCE (TOSCE)*. *Gesellschaft für medizinische Ausbildung*. (27(4)). Retrieved from <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2010-27/zma000697.shtml>
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (1996). *Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update)*. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/14651858.CD002213.pub3
- Robert-Bosch-Stiftung. (2015). *Operation Team - Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen*. Retrieved from <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/44080.asp>
- Schildmann, J., Härlein, J., Burchardi, N., Schlögl, M. & Vollmann, J. (2006). *Die Aufklärung schwer kranker Patienten im interprofessionellen Kontext: Ein Lehrprojekt für Medizinstudenten und Krankenpflegeschüler: Breaking bad news: an interprofessional course for medical and nursing students*. *Gesellschaft für medizinische Ausbildung*, 4(23). Retrieved from <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2006-23/zma000286.shtml>
- SSimmenroth-Nayda, A., Chenot, J.F., Fischer, T., Scherer, M., Stanske, B., & Kochen, MM. (2007). *Medizinstudium: Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren*. *Deutsches Ärzteblatt*, 13(104), 847–852.
- SVR. (2009). *Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Bonn. Retrieved from <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14>
- Walkenhorst, U., Mahler, C., Aistleithner, R., Hahn, E.G., Kaap-Fröhlich, S., Karstens, S., Sottas, B. (2015). *Positionspapier GMA-Ausschuss – „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen*. *Gesellschaft für medizinische Ausbildung*. (32(2)). Retrieved from <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2015-32/zma000964.shtml>
- WHO. (1988). *Learning together to work together for health: Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel : the team approach*. Geneva. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_769.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_769.pdf)
- WHO. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva. Retrieved from [http://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)
- Yedidia, M. J., Gillespie, C. C., Kachur, E., Schwartz, M. D., Ockene, J., Chepaitis, A. E., Lipkin, M., JR. (2003). Effect of communications training on medical student performance. *JAMA*, 290(9), 1157–1165. doi:10.1001/jama.290.9.1157
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (1996). *Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes*. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. doi:10.1002/14651858.CD000072.pub2