Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universität Göttingen - Universitätsmedizin Göttingen
Förderkennzeichen:	01VSF16029
Akronym:	*interprof* ACT
Projekttitel:	Effekte von Strategien zur Verbesserung ärztlich-pflegerischer Zusammenarbeit auf Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohner*innen
Autor*innen:	Ana Mazur, Christiane Müller, Britta Tetzlaff, Martin Scherer, Sascha Köpke, Katrin Balzer, Linda Gärtner, Anja Kühn, Fredericke Lüth, Indre Maurer, Clarissa Weber, Christian Kortkamp, Tim Friede, Sebastian Pfeifer, Anna-Maria Kloidt, Hans-Helmut König, Alexander Konnopka, Eva Hummers
Förderzeitraum:	1. April 2017 – 31. März 2021

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis ... 3
II. Abbildungsverzeichnis ... 3
III. Tabellenverzeichnis ... 3
1. Zusammenfassung ... 5
2. Beteiligte Projektpartner ... 6
3. Projektziele ... 7
3.1 Hintergrund ... 7
3.2 Hauptstudie ... 8
3.3 Quantitative Prozessevaluation ... 8
3.4 Qualitative Prozessevaluation ... 9
3.5 Gesundheitsökonomische Evaluation ... 9
4. Projektdurchführung ... 9
5. Methodik ... 12
5.1 Studiendesign ... 12
5.2 Studienteilnehmer*innen und Rekrutierung ... 13
5.3 Fallzahlberechnung ... 14
5.4 Randomisierung und Verblindung ... 14
5.5 Datenerhebung und Datenqualität ... 14
5.6 Datenauswertung ... 15
5.7 Datenmanagement ... 15

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

5.8 Quantitative Prozessevaluation 15
5.9 Qualitative Prozessevaluation 17
5.10 Gesundheitsökonomische Evaluation 21
5.11 Expert*innenworkshop 22
6. Projektergebnisse 22
6.1 Ergebnisse zu den primären und sekundären Endpunkten 22
6.2 Ergebnisse der quantitativen Prozessevaluation 27
6.3 Ergebnisse der qualitativen Prozessevaluation 31
6.4 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation 34
7. Diskussion der Projektergebnisse 35
7.1 Diskussion der Ergebnisse zu den primären und sekundären Endpunkten 35
7.2 Diskussion zur quantitativen Prozessevaluation 36
7.3 Diskussion zur qualitativen Prozessevaluation 37
7.4 Diskussion zur gesundheitsökonomischen Evaluation 39
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung 39
9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen 40
10. Literaturverzeichnis 41
11. Anhang 44
12. Anlagen 45

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

I. Abkürzungsverzeichnis

DSS ..... *Demenz-Screening-Skala*
GCP ..... *Good Clinical Practice*
GEE ..... *Generalized Estimating Equations*
GLMM ..... *Generalisiertes lineares gemischtes Modell*
ICC ..... *Intra-cluster Korrelation*
IG ..... *Interventionsgruppe*
IPAV ..... *interprof ACT-Verantwortliche*
ITT ..... *Intention-to-treat*
KG ..... *Kontrollgruppe*
KI ..... *Konfidenzintervall*
MFA ..... *Medizinische Fachangestellte*
OR ..... *Odds Ratio*
UKE ..... *Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*
UMG ..... *Universitätsmedizin Göttingen*
UZL ..... *Universität zu Lübeck*

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Maßnahmenpaket interprof ACT *10*
Abbildung 2: Implementierungsverlauf von interprof ACT *12*
Abbildung 3: Studiendesign interprof ACT *13*
Abbildung 4: CONSORT Flow-Diagramm *23*
Abbildung 5: Entscheidungen im Kick-off-Treffen *29*
*Abbildung 6: Die idealtypischen Arbeitsprozesse des regelmäßigen Hausarztbesuches und der Versorgung einer Zustandsverschlechterung von Bewohner*innen* *32*
Abbildung 7: Kosteneffektivitäts-Akzeptanz-Kurven *35*

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: interprof ACT Projektpartner *6*
Tabelle 2: Informationsressourcen pro Messzeitpunkt *16*
Tabelle 3: Ergebnisse des verallgemeinerten linearen gemischten Modells (primärer Endpunkt) *23*
Tabelle 4: Ergebnisse der Negativ-Binomial Regressionen für Anzahl der Hospitalisierungen und Tage im Krankenhaus *24*
Tabelle 5: Ergebnisse des verallgemeinerten linearen gemischten Modells (Mortalität) *25*
Tabelle 6: Ergebnisse des hierarchischen Modells mit zufälligen Clustereffekten (Lebensqualität) *26*

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

*Tabelle 7: Zusammenfassende Übersicht der Rückläufe von den Fragebögen der Bewohner*innen, Leitungsebene der Pflegeheime, Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen, T0a und T2* *27*

Tabelle 8: Anzahl der Einrichtungen mit Rückläufen im Rahmen der IPAV-Befragung und dem Kick-off-Treffen *27*

Tabelle 9:Ergebnisse der Kosteneffektivitätsanalyse *34*

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1. Zusammenfassung

Hintergrund: In Deutschland werden bis zu 50 % der Pflegeheimbewohner*innen mindestens einmal im Jahr in ein Krankenhaus eingewiesen. Krankenhausaufnahmen sind für Pflegeheimbewohner*innen belastende Ereignisse mit unklarem Nutzen für den weiteren Verlauf. Da eine unzureichende interprofessionelle Zusammenarbeit häufig in Verbindung mit unnötigen Krankenhauseinweisungen gebracht wird, wurden in unserer Vorgängerstudie (*interprof*)[1] sechs Maßnahmen eines Interventionspakets (*interprof* ACT) entwickelt, um die Zusammenarbeit zwischen Hausärzt*innen und Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Ziel der vorliegenden Studie war es, die Auswirkungen der *interprof* ACT-Intervention im Hinblick auf die Inzidenz von Krankenhausaufenthalten und weitere klinische Parameter bei Pflegeheimbewohner*innen zu bewerten sowie die Prozesse bei der Einführung und während des Follow-ups zu untersuchen.

Methodik: In dieser multizentrischen, cluster-randomisierten, kontrollierten Studie erhielten die Pflegeeinrichtungen der Kontrollgruppe die übliche Versorgung, während in den Pflegeeinrichtungen der Interventionsgruppe das Maßnahmenpaket *interprof* ACT eingeführt wurde. In den Pflegeeinrichtungen der Interventionsgruppe wurden Pflegefachpersonen als Schlüsselpersonen (*interprof* ACT-Verantwortliche - IPAVs) benannt, um die Einführung der Intervention zu begleiten und zu unterstützen. Primärer Endpunkt war die kumulative Inzidenz von Krankenhausaufenthalten innerhalb von 12 Monaten. Zu den sekundären Endpunkten gehörten u.a. Krankenhauseinweisungen, Krankenhausaufenthaltstage, Inanspruchnahme anderer medizinischer Leistungen, und Lebensqualität. Zusätzlich wurden eine gesundheitsökonomische sowie eine qualitative und eine quantitative Prozessevaluation durchgeführt. Am Ende der Studie erfolgte die Bewertung der Ergebnisse durch ein Expertengremium hinsichtlich ihrer Stärken und Limitationen.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 643 Bewohner*innen aus 34 Pflegeeinrichtungen in die Studie eingeschlossen. In den 17 Einrichtungen der Kontrollgruppe nahmen 323 und in den 17 Einrichtungen der Interventionsgruppe 320 Bewohner*innen an der Studie teil. In den Pflegeeinrichtungen der Kontrollgruppe wurden 151 (46.7%) Bewohner*innen mindestens einmal innerhalb von 12 Monaten hospitalisiert, in den Pflegeeinrichtungen der Interventionsgruppe waren es 136 (42.5%). Die durchschnittliche Anzahl der Hospitalisierungen in dem Erhebungszeitraum war in beiden Studiengruppen gleich groß, sie lag bei 0,8 Hospitalisierungen im Mittelwert pro Person. Die Krankenhausaufenthalte dauerten durchschnittlich 6,5 Tage (Maximum: 100 Tage) bei Bewohner*innen in der Kontrollgruppe und 5,7 Tage (Maximum: 125 Tage) bei Bewohner*innen in der Interventionsgruppe. Stürze waren die am häufigsten vorkommenden unerwünschten Ereignisse in beiden Studiengruppen, bei Bewohner*innen in der Kontrollgruppe waren es 147 (45,5%) und bei Bewohner*innen in der Interventionsgruppe 149 (46,6%). Die zweithäufigsten unerwünschten Ereignisse waren chronische Wunden bzw. Hautveränderungen in beiden Studiengruppen. Bei den Bewohner*innen in der Kontrollgruppe gab es 82 Fälle (25,4%) und bei Bewohner*innen in der Interventionsgruppe 78 Fälle (24,4%). Die Analyse der primären und sekundären Endpunkte ergab zwischen den beiden Studienarmen keinen statistischen Unterschied.

Diskussion: Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen die Erkenntnisse anderer Studien zum nicht-nachweisbaren statistischen Effekt der Interprofessionellen Zusammenarbeit bei der Reduzierung von Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohner*innen.

[1] Vgl. Fleischmann et al. 2016. Förderer Bundesministerium für Bildung und Forschung, Projektträger DLR Gesundheitsforschung, Förderkennzeichen 01GY1124.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die begleitenden Prozessevaluationen weisen auf potentielle förderliche und hinderliche Faktoren hin, die mit einer erfolgreichen Einführung des Maßnahmenpakets interprof ACT zusammenhängen können.

2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1: interprof ACT Projektpartner

***Interprof* ACT**		
	Institut und Institutsleitung	**Verantwortlichkeiten**
Konsortialführung Projektleitung	**Universitätsmedizin Göttingen (UMG)** Institut für Allgemeinmedizin **Prof. Dr. med. Eva Hummers**	Studienkoordination, Rekrutierung, Datenerhebung, Supervision und Training Studienmitarbeiter*innen, Publikationen
	Institut für Medizinische Statistik **Prof. Dr. Tim Friede**	Biometrie, Datenbank
	Ressort Forschung und Lehre Studienzentrum UMG **Rainer Bredenkamp**	Datenmanagement
Konsortialpartner	**Georg-August-Universität Göttingen (GAU)** Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät **Prof Dr. Indre Maurer**	Prozessentwicklung, Prozessmanagement, Qualitative Prozessevaluation Vorbereitung eines Roll-Out
	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin **Prof. Dr. med. Martin Scherer** Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung **Prof. Dr. Hans-Helmut König**	Rekrutierung, Datenerhebung, Supervision und Training Studienmitarbeiter*innen, Publikationen Gesundheitsökonomische Evaluation
	Universität zu Lübeck (UZL) Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege **Prof. Dr. Katrin Balzer**	Expertise Pflegewissenschaft, Rekrutierung, Fragebogenvalidierung, Quantitative Prozessevaluation
Kooperation (Beratervertrag)	**Universitätsklinik Köln** Institut für Pflegewissenschaft **Prof. Dr. Sascha Köpke** Ehemalige Sektionsleitung Universität zu Lübeck (UZL), Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege	Mitantragsteller, Expertise Pflegewissenschaft, Fachliche Beratung
Fachliche Ansprechperson nach Projektende	**Universitätsmedizin Göttingen (UMG)** Institut für Allgemeinmedizin **Dr. med. Christiane Müller, MPH** Tel.0551-39-68192 christiane.mueller@med.uni-goettingen.de	

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3. Projektziele

3.1 Hintergrund

Der klinische Nutzen von Krankenhauseinweisungen ist für Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen häufig unklar, so sind sie während eines Krankenhausaufenthalts erhöhten Risiken für unerwünschte Ereignisse ausgesetzt (Dwyer et al., 2014). Bewohner*innen mit Demenzerkrankungen erleben die räumliche Veränderung und die Versorgung durch unvertraute Pflegepersonen zudem als stressige Ereignisse (Digby et al., 2017; Mukadam & Sampson, 2011). In Deutschland werden 30−60 % der Pflegeheimbewohner*innen mindestens einmal pro Jahr in ein Krankenhaus verlegt (Balzer et al., 2013; Günster et al., 2012). Bis zu 40 % der Krankenhauseinweisungen werden als vermeidbar eingeschätzt (Kada et al., 2011), was vergleichbar mit internationalen Daten ist (Haber et al., 2017; Kirsebom et al., 2014). Rund die Hälfte der Krankenhauseinweisungen erfolgt ungeplant und ist oft Folge erhöhter Entscheidungsunsicherheit seitens der Pflegenden und/oder der Not-/Bereitschaftsärzte bei der Beurteilung der Schwere akuter Symptome bzw. wegen fehlender Handlungskorridore in Situationen der individuellen Zustandsverschlechterung (Bienstein & Bohnet-Joschko, 2015; McDermott et al., 2012).

Seit Januar 2019 sind Pflegeeinrichtungen gesetzlich verpflichtet, Kooperationsvereinbarungen mit Ärzt*innen in der ambulanten Versorgung zu treffen, um den Informationsfluss zwischen diesen Einrichtungen und Haus- oder anderen ambulanten Fachärzt*innen zu verbessern, besonders wenn die Einrichtungen akute Verschlechterungen chronisch erkrankter Bewohner*innen oder akute Komplikationen, wie sturzbedingte Verletzungen oder Lungenentzündungen, feststellen (§ 119b SGB V). Es wird davon ausgegangen, dass die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärzt*innen bei der medizinischen Versorgung von Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen eine wichtige Voraussetzung für die Vermeidung potenziell vermeidbarer Krankenhauseinweisungen in dieser gefährdeten Bevölkerungsgruppe ist. Dies legt nahe, dass eine systematische Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Hausärzt*innen wirksam dazu beitragen kann, die Anzahl von Krankenhausaufnahmen und damit das Risiko unerwünschter Ereignisse zu reduzieren.

Wenige Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen interprofessioneller praxisbezogener Interventionen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung, insbesondere auf patientenrelevante Ergebnisse, liegen vor (Reeves et al., 2017). Einige untersuchte Strategien zur Vorbeugung von Krankenhausaufenthalten der Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen erbrachten keine konsistenten Ergebnisse und befassten sich nicht primär mit der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen (Graverholt et al., 2014). Andere interprofessionelle Interventionen zeigten allerdings eine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Pflegeheimbewohner*innen (z. B. Verringerung depressiver Symptome oder unruhigen Verhaltens bei Pflegeheimbewohner*innen mit Demenzerkrankungen). Die Einbeziehung der niedergelassenen Hausärzt*innen war hierfür von Bedeutung (Nazir et al., 2013). Hinsichtlich der Reduzierung von Krankenhausaufenthalten durch die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und vor allem Ärzt*innen in Pflegeeinrichtungen liegen unterschiedliche Ergebnisse vor: Während in einer nicht-randomisierten österreichischen Studie eine signifikante Verringerung der Krankenhausverlegungen festgestellt wurde (Kada et al., 2011), zeigte die letzte große Studie der Reihe INTERACT im Gegensatz zu bereits erzielten positiven Effekten (Ouslander et al., 2011) keine Verringerung der Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten oder der Zahl der Besuche in der Notaufnahme (Kane et al., 2017). Vor dem Hintergrund dieser unsicheren Evidenzlage werden durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses weitere interprofessionelle Interventionsstudien in der Langzeitpflege in Deutschland gefördert, darunter die HIOPP-3-iTBX-Studie (Krause et al., 2019), CoCare (Brühmann et al., 2019), SaarPHIR (Innovationsfonds) sowie die vorliegende Studie *interprof* ACT (Müller et al., 2020).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.2 Hauptstudie

In unserer Vorläuferstudie *interprof* (Fleischmann et al., 2016) wurden in einem, mehrstufigen Prozesses sechs Maßnahmen entwickelt, die für die Verbesserung der Zusammenarbeit von Hausärzt*innen und professionell Pflegenden bei der Versorgung von Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden können (Fleischmann et al., 2016). Dieses Maßnahmenpaket, *interprof* ACT, wurde als Intervention in der vorliegenden Studie genutzt und evaluiert. Das Hauptinteresse der Studie lag in der Untersuchung der klinischen Wirksamkeit von *interprof* ACT.

Haupthypothese: Die Einführung von *interprof* ACT kann die kumulative Inzidenz von Krankenhausaufenthalten innerhalb von 12 Monaten von 50 % auf 35 % reduzieren (15 % absolute Reduzierung).

Sekundärhypothesen:

- Die Anzahl der Krankenhaustage der stationär behandelten Bewohner*innen nimmt ab
- Die Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohner*innen nimmt zu
- Die Mortalitätszahlen werden positiv beeinflusst
- Unerwünschte Ereignisse, wie Stürze, Dekubitus und chronische Wunden, nehmen durch die Intervention ab.

Aus diesen Hypothesen ließen sich folgende primäre und sekundäre Endpunkte für die Untersuchung ableiten:

Primärer Endpunkt:

Kumulative Inzidenz von Krankenhausaufenthalten innerhalb von 12 Monaten: Jeder Aufenthalt im Krankenhaus der mehr als 24 Stunden Abwesenheit aus der Pflegeeinrichtung bedeutet, oder bei dem eine Verlegung mit Änderung des Aufnahmedatums erfolgt, wird als Krankenhausaufenthalt gezählt.

Sekundäre Endpunkte:

- Anzahl der Krankenhausaufenthalte innerhalb von 12 Monaten
- Krankenhaustage innerhalb von 12 Monaten
- Sterblichkeit innerhalb von 12 Monaten
- Unerwünschte Ereignisse innerhalb von 12 Monaten
- Lebensqualität der Bewohner*innen zu Beginn der Studie und bei der Nachuntersuchung nach 12 Monaten
- Inanspruchnahme anderer medizinischer Leistungen innerhalb von 12 Monaten

3.3 Quantitative Prozessevaluation

Die quantitative Prozessevaluation basierte auf aktuellen Rahmenwerken zur Evaluation komplexer Interventionen (Grant et al., 2013; Moore et al., 2015). Das übergeordnete Ziel der *interprof* ACT-Prozessevaluation bestand in der Bewertung der Quantität und Qualität der Umsetzung des *interprof* ACT-Maßnahmenpaketes und der hierdurch initiierten Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Diese Prozessevaluation zielte auf die Untersuchung folgender Fragestellungen:

- Inwieweit wurden die Implementierungsstrategien wie geplant umgesetzt?
- Mit welcher Reichweite, Häufigkeit und Dauer sowie Genauigkeit (Umsetzungstreue) wurde das *interprof* ACT-Maßnahmenpaket wie geplant umgesetzt?
- Wie hat sich die Qualität der Zusammenarbeit und der medizinischen Versorgung der Bewohner*innen aus der Perspektive der verschiedenen Beteiligten verändert?

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

- Welche Kontextfaktoren beeinflussten die Umsetzung des *interprof* ACT-Maßnahmenpakets und die Zusammenarbeit?

Grundlage für die Prozessevaluation war ein logisches Modell, das den erwarteten Kausalpfad (Wirkmodell), inkl. angenommener Veränderungsmechanismen (Effekte auf die interprofessionelle Zusammenarbeit) und moderierender Kontextfaktoren, darstellt (Pfadenhauer et al., 2017; Wolpert et al., 2016).

3.4 Qualitative Prozessevaluation

Die qualitative Prozessevaluation hatte zum Ziel, die *interprof* ACT Intervention hinsichtlich der Machbarkeit, der Auswirkungen auf Versorgungsprozesse und förderliche und hinderliche Kontextbedingungen für eine potenzielle Einführung in die Regelversorgung zu evaluieren. Spezifisch wurden die folgenden Forschungsfragen beantwortet:

- Wie verändern sich relevante Arbeitsabläufe auf der Versorgungsebene durch die Einführung von *interprof* ACT?
- Wie können effektive Arbeitsprozesse auf der Versorgungsebene beschrieben und in standardisierter Form (Prozessmap) definiert werden?

3.5 Gesundheitsökonomische Evaluation

Die wirtschaftliche Bewertung hatte zum Ziel, die Effizienz und die Kosteneinsparungen der *interprof* ACT-Intervention aus Sicht der Kostenträger und der Gesellschaft zu erfassen. Zielgröße der ökonomischen Evaluation war die inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relation (ICER), welche die zusätzlichen Kosten in der Interventionsgruppe (IG) zu den zusätzlichen Effekten in Relation setzt. Als primäres Effektivitätsmaß in der Kosten-Effektivitätsanalyse wurden qualitätsgewichtete Lebensjahre (QALYs) auf Grundlage des EQ-5D 5L (Herdman et al., 2011) gewählt und als sekundäres Effektivitätsmaß die vermiedenen Krankenhausaufnahmen.

4. Projektdurchführung

Während das Studiendesign, die Rekrutierung, Datenerhebung und Datenauswertung im Kapitel 5 behandelt werden, steht die Intervention *interprof* ACT im Fokus dieses Kapitels. Das Projekt startete im Frühjahr 2017. Vor allem die Konkretisierung der Intervention (Anlagen Vorbereitungsphase: 1-16) und die Erstellung notwendiger Materialien für die Rekrutierung der Studienteilnehmer*innen wurden bis Dezember 2017 verfolgt. Die Einführung von *interprof* ACT in alle Pflegeeinrichtungen der Interventionsgruppe (Anlagen Intervention: 17-51) und die damit zusammenhängende Datenerhebung (Anlagen Datenerhebung: 52 -65) in den Einrichtungen (Follow-up 12 Monate) erfolgten zwischen Februar 2018 („erste Einrichtung“ und „erster Bewohner ein“) und Juli 2020 (Ende der Erhebung der Daten für die Evaluation).

Die primäre Gesundheitsversorgung der Pflegeheimbewohner*innen basierte sowohl in Einrichtungen der Kontroll- als auch in der Interventionsgruppe (jeweils KG und IG) auf den bestehenden Pflegevereinbarungen und den individuellen Behandlungsbedingungen der Bewohner*innen. Für Pflegeeinrichtungen, die der Interventionsgruppe zugeordnet wurden, wurde das Interventionspaket *interprof* ACT eingeführt. In diesen Einrichtungen der Interventionsgruppe erhielt die Einrichtungsleitung Informationen über die Maßnahmen von *interprof* ACT und den Implementierungsprozess. Das Interventionspaket *interprof* ACT besteht aus folgenden 6 Maßnahmen (*Abbildung 1*):

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

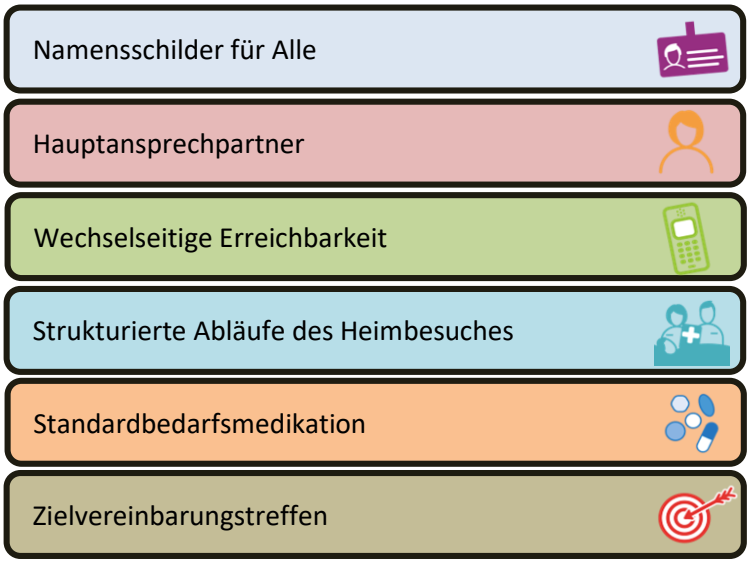


Abbildung 1: Maßnahmenpaket *interprof* ACT

1. **Namensschilder für Alle:** Hausärzt*innen und professionell Pflegende tragen während des ärztlichen Heimbesuchs Namensschilder (ggf. mit Funktion) zur besseren gegenseitigen Erkennbarkeit. Sollte es in der Pflegeeinrichtung eine*n Hauptansprechpartner*in geben, wird das Namensschild dahingehend gekennzeichnet.
2. **Hauptansprechpartner*in:** Sowohl innerhalb eines Wohnbereiches der Pflegeeinrichtung als auch in der hausärztlichen Praxis wird jeweils eine Pflegefachperson und eine Praxismitarbeiter*in oder die Ärzt*in persönlich als Hauptansprechpartner*in für die Kommunikation zwischen Pflegeeinrichtung und hausärztlicher Praxis benannt (Anlage Intervention: 40). Eine personelle Beständigkeit ist dabei wünschenswert. Wichtige Aufgaben dieser Hauptansprechpartner*innen sind die Sicherung der teaminternen Kommunikation, die Kommunikation mit Hausärzt*innen bzw. Pflegefachpersonen, die Organisation der Visitenbegleitung und die Sicherstellung der Umsetzung von getroffenen Anordnungen.
3. **Wechselseitige Erreichbarkeit:** Zwischen dem Wohnbereich und dem/der Hausärzt*in sollte eine wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon und Fax bestehen. Es gibt die Möglichkeit der Absprachen für die hausärztliche Versorgung der Bewohner*innen auch außerhalb der Sprechzeiten. So könnte eine Sondernummer bereitgestellt werden, um die*den Hausärzt*in oder die Medizinischen Fachangestellte*n (MFA) während der Sprechzeiten schneller zu erreichen (Anlage Intervention: 41, 42).
4. **Strukturierte Abläufe des Heimbesuches:** Die Terminierung von Heimbesuchen in der Einrichtung können als Routinebesuch mit festem Zeitschema, als Routinebesuch ohne festes Schema (Rhythmus) und als Besuch aus einem akuten Anlass erfolgen. Sie sollten in einem gewissen Vorlauf anberaumt werden und einem bestimmten Ablauf folgen (Anlage Intervention: 43).
5. **Standardbedarfsmedikation:** Im Bedarfsfall wird für individuell (zu erwartende, bzw. noch nicht eingetretene) Gesundheitsprobleme verbindliche Anordnungen für /die jeweilige*n Bewohner*in durch die Hausärzt*in festgelegt. Die Festlegung von Bedarfsmedikamenten kann im Rahmen von Zielvereinbarungstreffen oder auch während eines Heimbesuches stattfinden (Anlage Intervention: 44).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6. **Zielvereinbarungstreffen:** Übergeordnete und längerfristige Ziele werden für die medizinische Versorgung /der jeweilige*n Bewohner*in und die Vorgehensweisen der beteiligte Akteur*innen festgelegt und in einem Zielvereinbarungsformular notiert (Anlagen Intervention: 45-48). Während dieser Treffen, die einmal im Quartal stattfinden sollten die Ziele und Wünsche des*der Bewohner*in berücksichtigt werden.

Diese sechs Interventionskomponenten wurden einrichtungsindividuell zusammengestellt und angepasst. Um eine konsequente Umsetzung sicherzustellen, wurden mehrere Implementierungsstrategien miteinander kombiniert, die bekannte Umsetzungsdeterminanten adressieren, wie das Wissen, die Aufmerksamkeit und die Selbstwirksamkeit der handelnden Akteur*innen sowie lokale soziale Normen (Flo et al., 2016; Weening-Verbree et al., 2013):

- Benennung, Schulung (Anlagen Intervention: 17-20) und Supervision (Anlagen quant Prozessevaluation: 85, 86) von ***interprof* ACT-Verantwortlichen** (IPAVs) pro Pflegeeinrichtung (Minimum 1 Verantwortliche*r/40 Bewohner*innen), die zusammen mit den Pflegeteams und den behandelnden Hausärzt*innen entschieden, welche Interventionskomponenten wie umgesetzt werden sollten, und dies vor Ort begleiten konnten.
- **Einbindung der Hausärzt*innen** der teilnehmenden Bewohner*innen: Diese wurden schriftlich und mündlich durch das Studienzentrum über die Zuweisung der betreffenden Einrichtung zur *interprof* ACT-Gruppe und die in der jeweiligen Einrichtung verantwortliche Umsetzungsbeauftragte (Anlagen Intervention: 24-27 & 37-38).
- Gemeinsames **Kick off-Meeting aller Beteiligten** (insbesondere professionell Pflegende, Einrichtungsleitung, Bewohner*innen und Angehörige, Hausärzt*innen) pro Einrichtung oder Wohnbereich: Hier wurden die gewählten *interprof* ACT-Komponenten und konsentiert (Anlagen Intervention: 21-38). Das Meeting diente der inhaltlichen Abstimmung wie auch dem persönlichen Kennenlernen der beteiligten Personen. Vorrangiges Ziel war es, den persönlichen Austausch sowie die Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen im Rahmen interprofessioneller Kooperationsbereitschaft zu stärken).
- **Einbindung der Bewohner*innen**: Alle teilnehmenden Bewohner*innen und/oder ihre Betreuer*innen oder bevollmächtigte Personen erhielten schriftliche Informationen über die geplanten Veränderungen in der pflegerisch-hausärztlichen Zusammenarbeit (Anlagen Intervention: 35). Die Studie und das Interventionspaket *interprof* ACT wurden bei mindestens einem regulären Treffen des Heimbeirats und ggf. weiterer Gremien der Bewohner*innenvertretungen vorgestellt, sofern solche stattfanden.
- **Implementierungshilfen** und Materialien für die Kommunikation nach innen und außen: Den Einrichtungen wurden Materialien für die Unterstützung der Implementierung zur Verfügung gestellt, darunter praktische Hilfen (Namensschilder, Leitfäden, Dokumentationsblätter) und Materialien für die Bekanntmachung von *interprof* ACT in der Einrichtung, wie Poster, Aufsteller, Flyer und Präsentationen (Anlagen Vorbereitungsphase: 1, Anlagen Intervention: 39-50).

Um die Projektdurchführung im Hinblick auf die beschriebenen Implementierungsstrategien von *interprof* ACT chronologisch zu verorten, bietet *Abbildung 2* einen Überblick über den Projektablauf von der Zuordnung in die Kontroll- und Interventionsgruppe nach T0 (blauer Bereich) bis hin zur Supervision der IPAV durch das Studienteam (grüner Bereich):

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

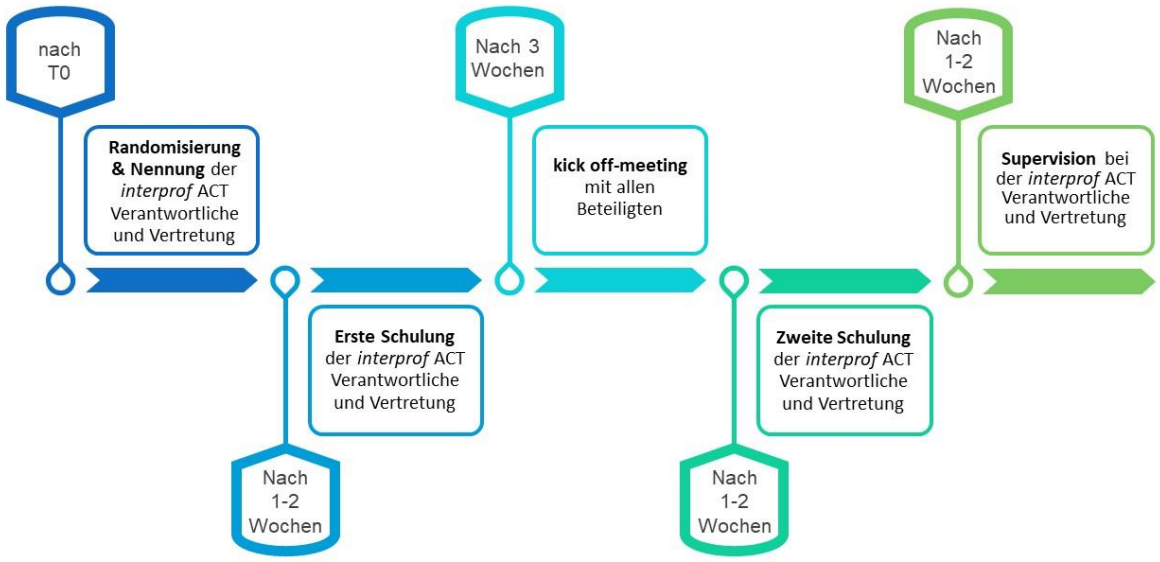


Abbildung 2: Implementierungsverlauf von *interprof* ACT

Der in Abbildung 2 dargestellten Implementierungsverlauf der Intervention betrug ca. 9 Wochen, exklusive der anschließenden Supervision der IPAVs. Die IPAV galt hierbei als wichtiges Bindeglied zwischen dem Pflegeteam, den Bewohnern*innen und ihren Hausärzt*innen sowie bei der Kommunikation mit den jeweiligen Studienteams. Die wesentliche Aufgabe der IPAV bestand darin, die Einführung der Maßnahmen vorzubereiten und zu begleiten (Anlage Vorbereitungsphase: 1). IPAV und Vertretung wurden zu Beginn von der Einrichtung gewählt und nach ca. 2 Wochen vom Studienteam geschult (Anlage Vorbereitungsphase: 1). Nach der Organisation des Kick-off Meetings aller Beteiligten, in dem die Intervention angesichts der Versorgungssituation der jeweiligen Einrichtung diskutiert wurde, erfolgte eine zweite Schulung (Anlagen Intervention: 20), bei der die Einführung der (angepassten) Maßnahmen und der Umgang mit Hindernissen besprochen wurden. Schließlich wurden die IPAV oder Vertretungin regelmäßigen, vorab definierten Abständen innerhalb der 12 Monate Follow-up vom Studienteam beraten (Anlagen quant. Prozessevaluation: 85-86).

Im Beobachtungszeitraum arbeiteten professionell Pflegende und Hausärzt*innen in der Kontrollgruppe wie üblich miteinander (Care as usual). Die Einrichtungen der Kontrollgruppen erhielten eine schriftliche Kurzinformation über die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit für die Qualität der Versorgung von Pflegeheimbewohner*innen (Anlage Intervention: 51). Mit dem Ende der Interventions- bzw. Erhebungsphase im Juli 2020 konnten die vollständigen Daten zu den primären und sekundären Endpunkten in die Datenbank eingetragen, geprüft und Ende Januar 2021 ausgewertet werden. Die Auswertung der erhobenen Prozessdaten erfolgte im März 2021.

5. Methodik

5.1 Studiendesign

Interprof ACT wurde als eine multizentrische, Cluster-randomisierte kontrollierte Studie durchgeführt. Drei Studienzentren waren beteiligt: Göttingen (UMG), Hamburg (UKE) und Lübeck (UZL). In jedem dieser Zentren wurden stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 71 SGB

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

XI sowie Ihre Bewohner*innen als ein Cluster betrachtet, da in der Regel mehrere Bewohner*innen einer Einrichtung vom der- oder demselben Ärzt:in betreut werden und *interprof* ACT daher bewohnerübergreifend implementiert werden musste. Nach der Rekrutierung (siehe Kriterien unten) erfolgte die T0-Baselinedatenerhebung (1 Monat) und erst danach die Randomisierung auf Einrichtungsebene, um das Risiko der Übertragung von Interventionseffekten auf die Kontrollgruppe zu senken. Das Ziel war die Rekrutierung von 34 Pflegeeinrichtungen und 680 Bewohner*innen, die jeweils zur Hälfte in die zwei Studienarme verteilt werden sollten (siehe *Abbildung 3*). Daten für die primären und sekundären Endpunkte sowie für die Prozess- und gesundheitsökonomische Evaluationen wurden ebenfalls nach 6 (T1) und 12 Monaten (T2) erhoben (siehe *Abbildung 3*).

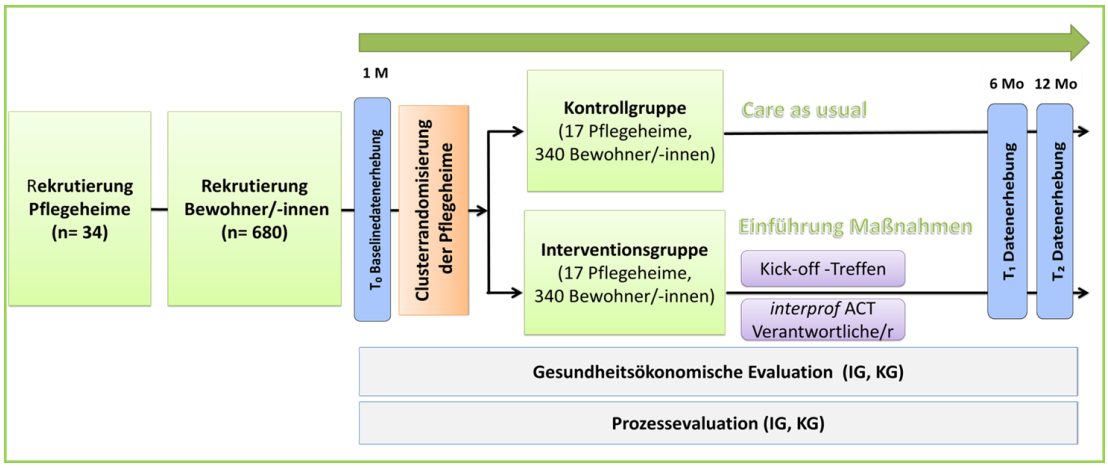


Abbildung 3: Studiendesign *interprof* ACT

5.2 Studienteilnehmer*innen und Rekrutierung

Die Pflegeeinrichtungen wurden nach Postleitzahlen aus einem lokalen Einrichtungsregister ausgewählt. Zunächst wurden die Einrichtungsleiter*innen schriftlich und später in mündlicher Form über die Studie informiert und zur Teilnahme eingeladen. Die Rekrutierungen der Einrichtungen sowie der jeweiligen Bewohner*innen erfolgte nach folgenden Ein- und Ausschlusskriterien:

<u>Pflegeeinrichtungen</u>

- Belegung: mindestens 40 Bewohner*innen
- Abgabe einer Einverständniserklärung zur Teilnahme vor der Randomisierung
- Keine Teilnahme an anderen Projekten zur interprofessionellen Zusammenarbeit

<u>Bewohner*innen</u>

- Mindestens ein hausärztlicher Kontakt in den letzten drei Monaten, zwei hausärztliche Kontakte in den letzten 6 Monaten oder innerhalb den vorangegangenen 6 Monaten unabhängig von dokumentierten hausärztlichen Kontakten Aufnahme in die Pflegeeinrichtung
- Abgabe einer eigenen Einverständniserklärung oder einer solchen durch den/die gesetzliche*n Vertreter*in
- Mindestalter von 18 Jahren
- Keine Aufnahme für Kurzzeitpflege

Die Eignung der Bewohner*innen wurde von einer Pflegefachperson der ausgewählten Pflegeeinrichtungen nach den oben genannten Kriterien überprüft. Die geeigneten Bewohner*in-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

nen oder ihre gesetzlichen Vertreter*innen erhielten schriftliche Informationen über die Studie, über die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie über den Datenschutz[2]. Diejenigen, die zur Teilnahme bereit waren, unterzeichneten nach ausführlicher schriftlicher und mündlicher Aufklärung durch eine*n wissenschaftliche*n Mitarbeiter*in eine Einverständniserklärung. Die Bewohner*innen oder ihre gesetzlichen Vertreter*innen erlaubten dem Studienteam, die jeweiligen Hausärzt*innen zu kontaktieren. Hausärzt*innen in der Region erhielten zunächst allgemeine Informationen über das Projekt, z. B. über bestehende lokale Newsletter oder Präsentationen in lokalen Hausärzt*innennetzwerken. Die Hausärzt*innen der rekrutierten Bewohner*innen wurden gezielt schriftlich und mündlich durch das Studienteam kontaktiert und um eine Teilnahme vor der Randomisierung gebeten. Die Einbeziehung der Bewohner*innen erfolgte allerdings unabhängig von der Entscheidung der Hausärzt*in über die ihre Teilnahme an der Studie. Hausärzt*innen und Pflegeeinrichtungen erhielten jeweils eine Aufwandsentschädigung von 150 EUR pro eingeschlossener Bewohner*in der Interventionsgruppe und von 50 EUR pro Bewohner*in der Kontrollgruppe.

5.3 Fallzahlberechnung

Der Anteil der Bewohner*innen, die innerhalb von 12 Monaten mindestens einmal ins Krankenhaus eingewiesen werden, wurde auf ca. 50% geschätzt (Engels & Pfeuffer, 2007; Günster et al., 2012). Eine absolute Reduktion um 15 Prozentpunkte von 50% auf 35% wurde als relevanter Unterschied angesehen. Eine Fallzahl von 170 Bewohner*innen pro Gruppe (340 gesamt) ergab eine statistische Power von 80% bei einem zweiseitigen Signifikanzniveau von 5%. Eine Anpassung für eine Dropout-Rate von 20% ergab eine Gesamtfallzahl von 425 Bewohner*innen. Bewohner*innen, die wegziehen oder versterben, wurden nicht ersetzt und die bis dahin beobachteten Daten wurden in die Analyse mit einbezogen. Um mögliche Korrelationen innerhalb der Cluster zu berücksichtigen, wurde für die Stichprobengröße der Designeffekt berücksichtigt. Dafür wurde eine durchschnittliche Clustergröße von 20 Bewohner*innen pro Pflegeheim und eine Intra-Cluster Korrelation (ICC) von 0.021 angenommen, somit ergab sich ein Designeffekt von 1.4 und eine Gesamtfallzahl von 600 Bewohner*innen (30 Cluster insgesamt (15 Cluster pro Gruppe) mit einer durchschnittlichen Anzahl von 20 Bewohner*innen pro Cluster). Pflegeeinrichtungen, die keine Bewohner*innen rekrutieren, wurden ersetzt. Hier wurde davon ausgegangen, dass vier Pflegeeinrichtungen ausscheiden würden, daher wurden insgesamt 34 Pflegeeinrichtungen randomisiert.

5.4 Randomisierung und Verblindung

Die Randomisierung erfolgte 1:1 in die beiden Gruppen und stets paarweise. Dazu wurde eine Randomisierungsliste mit einer zufälligen Reihenfolge von Randomisierungsblöcken der Länge 2, d.h. ein Block enthält jeweils einmal Intervention und Kontrolle, vom Institut für Medizinische Statistik mit nQuery Advisor 4.0 generiert. Hierbei wurde vorher ein zufällig ausgewählter random seed verwendet, um eine reproduzierbare Liste zu erhalten. Eine Verblindung auf Bewohner*innenebene und aller Parteien, die in die Pflege involviert waren, war nicht möglich. Allerdings waren die Studienmitarbeiter*innen auf Ebene der Datenerhebung verblindet.

5.5 Datenerhebung und Datenqualität

Die Daten wurden aus den Akten der Bewohner*innen und durch eine standardisierte Befragung der Bewohner*innen oder deren Betreuer*innen zum Zeitpunkt des Einschlusses (T0) und nach 6 Monaten (T1) und 12 Monaten (T2) erhoben (Anhang 1 Paper Müller et al. 2020, S. 7f). Durch mehrfache Plausibilitätschecks und einen blinded data review wurde die Datenqualität erhöht. Unklarheiten oder fehlerhafte Eintragungen wurden durch Queries gekenn-

[2] Alle Phasen des Projekts *interprof* ACT wurden datenschutzrechtlich gemäß der geltenden Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie unter den Prinzipien der guten klinischen Praxis (Good Clinical Practice, GCP) durchgeführt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

zeichnet und konnten in Folge von den Zentren korrigiert werden. Zusätzlich wurden alle Eingaben nach einem Vier-Augen-Prinzip (Review A) kontrolliert (Anlagen Vorbereitungsphase: 12-14). Das Studienzentrum der Universitätsmedizin Göttingen, das von der Förderorganisation unabhängig ist, überwachte den Cluster-RCT. Ein Audit durch das Studienzentrum stellte einen einheitlichen Studienablauf an allen drei Forschungsstandorten sicher. Das Datenmonitoring erfolgte gemäß eines Datenüberwachungshandbuchs nach den Prinzipien der Good Clinical Practice (GCP) (Anlage Monitoring: 105).

5.6 Datenauswertung

Die Analysen wurden nach dem intention-to-treat (ITT)-Prinzip ausgewertet, d.h., alle Pflegeeinrichtungen wurden in der Gruppe analysiert, in die sie auch randomisiert wurden.

Der primäre Endpunkt, der Anteil der Bewohner*innen, die innerhalb der zwölf Monate mindestens einmal hospitalisiert wurden, wurde mit einem generalisierten linearen gemischten Modell (GLMM) mit Logit-Funktion und festen Effekten für Intervention und wichtigen prognostischen Faktoren sowie zufälligen Effekten für die Cluster analysiert. Die zufälligen Effekte wurden miteinbezogen, um mögliche Intra-Cluster-Korrelationen zu berücksichtigen. Feste (vorher definierte) prognostische Faktoren waren: Studiengruppe (Intervention vs. Kontrolle), Geschlecht, Alter zur Baseline-Erhebung, Pflegegrad und die Größe der Pflegeeinrichtungen. Die sekundären Endpunkte Gesamtanzahl der Hospitalisierungen und Gesamtanzahl der Tage im Krankenhaus wurden mit einer Negativ-Binomial-Regression ausgewertet, die implizit die Gamma-zufälligen Effekte für die Berücksichtigung der Heterogenität zwischen den Bewohnern (Überdispersion) enthielt. Um die Mortalität zu analysieren, wurde das gleiche Modell wie für den primären Endpunkt gewählt. Lebensqualität (QoL-AD-NH self/proxy) wurde mit einem hierarchischen Modell mit zufälligen Cluster-Effekten ausgewertet. Die Nutzung von anderen medizinischen Leistungen und die Demenz-Screening-Skala (DSS) wurden deskriptiv analysiert. Unerwünschte Ereignisse (Sturz, Knochenbruch, Pneumonie und chronische Wunden bzw. Hautveränderungen) wurden analog zum primären Endpunkt ausgewertet und als Sensitivitätsanalyse dient das GEE-Modell (Generalized Estimating Equations).

5.7 Datenmanagement

Alle Daten wurden pseudonymisiert. Die personenbezogenen Daten wurden getrennt von den Studiendaten aufbewahrt. Eine Zuordnung zu einer Person war nur mit Hilfe eines "Schlüssels" möglich, der im Studienzentrum getrennt und ebenfalls verschlossen aufbewahrt wird. Die pseudonymisierten Daten wurden in den teilnehmenden Studienzentren in Papierform (in verschlossenen Schränken) und elektronisch in der Datenbank auf einem passwortgeschützten Server gespeichert. Die Studiendaten wurden in der Prozessauswertung sowohl pseudonymisiert als auch anonymisiert (nach Aggregation) erfasst. Alle Originaldaten werden 10 Jahre lang aufbewahrt und danach vernichtet.

5.8 Quantitative Prozessevaluation

Grundlage für die Prozessevaluation war ein logisches Modell (Anhang 6), das den erwarteten Kausalpfad (Wirkmodell), inkl. angenommener Veränderungsmechanismen (Effekte auf die interprofessionelle Zusammenarbeit) und moderierender Kontextfaktoren, darstellt (Pfadenhauer et al., 2017; Wolpert et al., 2016). Zentraler Gegenstand der Prozessevaluation sind die Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen und die Effekte auf die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie relevante Kontextfaktoren. Es wurde angenommen, dass das *interprof* ACT-Maßnahmenpaket folgende Kernelemente der interprofessionellen Zusammenarbeit (Tsakitzidis et al., 2016) direkt oder indirekt adressiert: Zielsetzung, interprofessionelle Kommunikation, Koordination von Versorgungsentscheidungen und -planung, Einbindung der Bewohner*innen und Art des Beitrags der beteiligten Berufe. Die im Modell angenommenen Kontextfaktoren stützen sich auf aktuelle theoretische und empirische Evidenz zu Einflüssen ge-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

sellschaftlicher, organisations- und personenbezogener Faktoren auf die Qualität der multiprofessionellen Versorgung älterer chronisch und/oder mehrfach erkrankter Menschen und sind nach Makro-, Meso- und Mikroebene differenziert (Threapleton et al., 2017).

Studienpopulation

Die quantitative Prozessevaluation berücksichtigte die Perspektiven der Bewohner*innen, professionell Pflegenden, Hausärzt*innen, *interprof* ACT-Verantwortlichen (IPAVs), und Leitungsebene der Pflegeeinrichtungen sowie der Teilnehmer*innen des Kick-off-Treffens und Studienmitarbeiter*innen (Tabelle 2). Die Zielgruppen der Bewohner*innen und Leitenden deckten sich hierbei mit den entsprechenden Untersuchungspopulationen der Hauptstudie (s. Kapitel 5.2). Zusätzlich wurden Pflegefachpersonen der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen und Hausärzt*innen befragt. Eingeschlossen waren alle Pflegefachpersonen (d. h. Personen mit abgeschlossener dreijähriger Ausbildung in einem Pflegeberuf), die am Tag der Datenhebung am Arbeitsplatz waren, sowie Hausärzt*innen, die an der Versorgung der teilnehmenden Bewohner*innen beteiligt waren. Die IPAVs waren Pflegefachpersonen, die einrichtungsintern als „change agents" zur Förderung der Implementierung benannt werden sollten (s. Kapitel 4). Alle nominierten IPAVs oder IPAV-Stellvertreter*innen waren zu mehreren Zeitpunkten Zielgruppe der quantitativen Prozessevaluation. Darüber hinaus erfolgten schriftliche standardisierte Befragungen aller Teilnehmenden an den Kick off-Veranstaltungen (s. Kapitel 4), außerdem dokumentierten die Studienmitarbeiter*innen, die in die IPAV-Schulungen, die Moderation oder Protokollierung der Kick-off-Treffen oder die IPAV-Supervision involviert waren (Anlagen quant. Prozessevaluation: 85, 86), Daten für die quantitative Prozessevaluation.

Tabelle 2: Informationsressourcen pro Messzeitpunkt

	Messzeitpunkte			
	T0a	**T0b**	**T1**	**T2**
Bewohner*innen (IG und KG)	F	(F)		F
Leitungsebene der Pflegeheime (IG und KG)	F	(F)		F
Pflegefachpersonen (IG und KG)	F	(F)		F
Hausärzt*innen (IG und KG)	F	(F)		F
***interprof* ACT-Verantwortliche (IG)**		F	F	F
Teilnehmer*innen des Kick off-Treffens (IG)		F		
Studienmitarbeiter*innen (IG)		P	P	

Anmerkungen: T0a=vor Randomisierung, T0b=nach Randomisierung (Schulungen, Kick off-Treffen, Supervision), T1=6 Monate nach Randomisierung, T2=12 Monate nach Randomisierung; F=Fragebogen, (F)=sofern beim Kick-off-Treffen anwesend, IG=Interventionsgruppe. KG=Kontrollgruppe. P=Protokoll.

Datenquellen

Die Daten wurden mittels schriftlicher oder mündlicher standardisierter Befragungen sowie (semi-)strukturierter Protokolle erhoben. Schriftliche Befragungen erfolgten mit Pflegefachpersonen (T0 und T2), IPAVs (nach den Schulungen sowie T1 und T2), Leitenden der Pflegeeinrichtungen (T0 und T2), Hausärzt*innen (T0 und T2) sowie Teilnehmenden an und Moderierenden der Kick-off-Treffen (zu Beginn und am Ende der Treffen) (Anlagen quant. Prozessevaluation: 67-70, 72-79). Mündliche standardisierte Befragungen wurden mit den Bewohner*innen (T0 und T2) sowie mit den IPAVs im Rahmen der Vor-Ort-Supervisionskontakte durchgeführt. Strukturierte oder semistrukturierte Protokolle wurden von den Studienmitarbeiter*innen zur Dokumentation der IPAV-Schulungen, der Kick-off-Treffen und der Supervisionskontakte angewandt (Anlagen quant. Prozessevaluation: 67-70, 72-79).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Alle Erhebungsinstrumente wurden auf der Basis des logischen Modells konzipiert und erfassten, je nach Messzeitpunkt und Zielgruppe, folgende Zielgrößendomänen: Umsetzung der Implementierungsstrategien (Reichweite, Häufigkeit, Qualität/Zufriedenheit), Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen (Reichweite, Einstellungen, Häufigkeit (aktuelle Praxis), Qualität/Zufriedenheit), interprofessionelle Zusammenarbeit (Einstellungen, Häufigkeit (aktuelle Praxis), Qualität/Zufriedenheit), Qualität der medizinischen Versorgung sowie Kontextfaktoren. Die Messung der interprofessionellen Zusammenarbeit erfolgte anhand mehrerer Subdomänen: Zusammenarbeit im Allgemeinen, interprofessionelle Kommunikation, Einbindung der Bewohner*innen, Beiträge der beteiligten Berufsgruppen, Koordination der Versorgungsentscheidungen und -planung. Die vier letztgenannten entsprechen Kernelementen der interprofessionellen Zusammenarbeit (Tsakitzidis et al., 2016). Für die Erfassung der Zielgrößen wurden etablierte Instrumente (Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health, 2002; Holle et al., 2011; Richter et al., 2019; van den Bussche et al., 2013) und selbst entwickelte Items genutzt. Die Fragebögen für die Pflegefachpersonen und die Hausärzt*innen enthielten jeweils einen allgemeinen Teil A und einen Teil B, der sich spezifisch auf die Beurteilung der Zusammenarbeit mit den jeweils kooperierenden Hausärzt*innen bzw. Pflegeeinrichtungenbezog. Die detaillierten Zielgrößen, Instrumente und Erhebungsprozeduren pro Zielgruppe sind in den Anhängen 7-16 dokumentiert.

Datenanalyse

Die statistische Analyse erfolgte deskriptiv unter Zuhilfenahme der Programme IBM SPSS Statistics 22 und Microsoft Excel. Dabei wurden die Kennzahlen Mittelwert, Interquartilsabstand, Median, Standardabweichung (SD), Spannweite (Min–Max) absolute und prozentuale Häufigkeit berechnet und grafisch, tabellarisch und/oder narrativ dargestellt.

Zur deskriptiven Analyse von Prä-Post-Veränderungen in den Einstellungen sowie der aktuellen Praxis, Qualität und Zufriedenheit bezogen auf die *interprof* ACT-Maßnahmen, die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Qualität der (medizinischen) Versorgung wurden die rohen Mittelwertdifferenzen (MWD) zwischen T0 und T2 pro Item für jede Studiengruppe (Interventions- bzw. Kontrollgruppe) wie folgt kategorisiert: Verbesserung um MWD ≥0,2 = positive Veränderung, Verschlechterung um MWD ≥0,2 = negative Veränderung und MWD zwischen >-0,2 und <+0,2 = keine Veränderung. Die Grenze der MWD von 0,2 wurde basierend auf der Definition der Effektschätzung nach Cohens d gewählt, wonach ab einem Wert von 0,2 (entsprechend 20 % der gepoolten SD) mindestens ein minimaler Effekt angenommen werden kann (Streiner et al., 2015). Da die SD der einzelnen Items überwiegend Werte von 1,0±0,2 umfassten, wurde für die deskriptive Analyse itemübergreifend diese konservative Grenze gewählt. Für die deskriptive Analyse von Daten, die für eine direkte Veränderungsmessung (retrospektive Bewertung selbst wahrgenommener Veränderungen im Verlauf) ausschließlich zu T2 erhoben worden waren, wurde analog eine Einstufung des Ergebnisses basierend auf MW und SD vorgenommen: MW, die mit ≥20 % SD entfernt vom neutralen Skalenwert (keine Veränderung) im positiven Skalenbereich liegen, wurden als positiv wahrgenommene Veränderung eingestuft. Äquivalent wurden MW mit ≥20 % SD entfernt vom neutralen Skalenwert (keine Veränderung) im negativen Skalenbereich als negative Veränderung und alle anderen MW als „keine Veränderung“ klassifiziert. Die Ergebnisse dieser Kategorisierung wurden itemweise mittels „vote counting“ für jede Zielgrößendomäne und -subdomäne pro Studiengruppe aggregiert und tabellarisch zusammenfassend visualisiert.

5.9 Qualitative Prozessevaluation

Zur Beantwortung der Forschungsfragen (s. Kap. 3.4) wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, welches nicht-teilnehmende Beobachtungen und halbstrukturierte Interviews beinhaltet. Daten wurden in einer Teilstichprobe bestehend aus insgesamt 10 Einrichtungen (5 Interventions- und 5 Kontrollgruppe) erhoben. Je Einrichtung waren drei Personengruppen in die Datenerhebung involviert: examinierte Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen und Pflegeheimbewohner*innen, wobei letztere nur Teil der Beobachtungen waren. Die Daten wurden

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

zu allen drei Zeitpunkten (T0, T1, T2) erhoben. Zusätzlich wurden bei den Kick-Off-Treffen der Interventionseinrichtungen aus der Teilstichprobe nicht-teilnehmende Beobachtungen durchgeführt. Darüber hinaus wurden die Supervisionsprotokolle gesichtet.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Rekrutierung der Pflegeeinrichtungen

Die Teilstichprobe von 10 Pflegeeinrichtungen wurde nach Verfügbarkeit rekrutiert bis fünf Einrichtungen je Studiengruppe eingeschlossen waren. Es wurde zudem darauf geachtet, dass mindestens zwei Einrichtungen aus jedem Standort eingeschlossen wurden. Zusätzlich zur Verfügbarkeit der Einrichtungen wurden Kriterien wie z.B. Größe und Ort der Einrichtungen berücksichtigt, um eine heterogene Stichprobe abzubilden. Die Einrichtungen wurden von den jeweiligen Standorten zur Teilnahme eingeladen. Interessierte Einrichtungen erhielten schriftliche Informationen über die qualitative Prozessevaluation und wurden schriftlich sowie mündlich von Studienmitarbeiter*innen aufgeklärt. Nach der Aufklärung wurden die Einrichtungsleitungen gebeten, ihre schriftliche informierte Einwilligung zur Studie zu geben (Anlagen qual. Prozessevaluation: 89, 90).

Rekrutierung der examinierten Pflegefachpersonen

Pflegefachpersonen wurden durch die Einrichtungsleitung ausgewählt und durch Studienmitarbeiter*innen zur Teilnahme an Interviews und nicht-teilnehmenden Beobachtungen zu allen drei Zeitpunkten eingeladen. Vor der ersten Datenerhebung erhielten die teilnehmenden Pflegefachpersonen schriftliche und mündliche Informationen zum Umfang und Ablauf der Studie, zusammen mit einer schriftlichen Einverständniserklärung. Nach Aufklärung durch Studienmitarbeiter*innen wurden die Pflegefachpersonen gebeten, ihre schriftliche informierte Einwilligung zur Studie zu geben. Vor jeder weiteren Datenerhebung wurden die Pflegefachpersonen erneut aufgeklärt und erhielten die Möglichkeit, Fragen zu stellen, bzw. ihre Einwilligung zur Teilnahme zurückzuziehen (Anlagen qual. Prozessevaluation: 91-96).

Rekrutierung der Hausärzt*innen

Hausärzt*innen, die Pflegeheimbewohner*innen in den eingeschlossenen Einrichtungen als Patient*innen haben und bereits die Teilnahme an der Gesamtstudie zugesagt hatten, wurden eingeladen, an der qualitativen Prozessevaluation teilzunehmen. Sie wurden schriftlich und mündlich durch Studienmitarbeiter*innen aufgeklärt und gebeten, eine schriftliche informierte Einwilligung zu geben. Vor jeder weiteren Datenerhebung wurden die Hausärzt*innen erneut aufgeklärt und erhielten die Möglichkeit, Fragen zu stellen bzw. ihre Einwilligung zur Teilnahme zurückzuziehen (Anlagen qual. Prozessevaluation: 95-98).

Rekrutierung der Pflegeheimbewohner*innen

Interprofessionelle Kollaboration zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen geschieht in Situationen, in denen Pflegeheimbewohner*innen anwesend sind, z.B. während des Heimbesuches der Hausärzt*in. Diese Situationen waren relevant zur Beantwortung der Forschungsfragen, jedoch beschränkten sich die Beobachtungen in diesen Situationen auf die Kollaboration und Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen. Eine direkte und alleinige Beobachtung von Bewohner*innen wurde nicht durchgeführt. Es wurden keine Interviews mit Bewohner*innen geführt und keine Daten über die Bewohner*innen erhoben.

Um den Pflegeheimbewohner*innen ausreichend Zeit für die Entscheidung zur Teilnahme an Beobachtungen zu ermöglichen, wurden den Bewohner*innen durch die Pflegefachpersonen im Vorhinein Informationen zur Studie und zur Beobachtung zur Verfügung gestellt. Ein*e Studienmitarbeiter*in hat zusätzlich vor der Beobachtung die Bewohner*innen mündlich aufgeklärt und ggf. Fragen beantwortet. Die Bewohner*innen wurden um schriftliche informierte Einwilligung gebeten (Anlagen qual. Prozessevaluation: 99, 100). Direkt vor den jeweiligen Beobachtungen wurde die Bereitschaft zur Teilnahme erneut abgefragt. Falls Bewohner*innen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

die Teilnahme zurückgezogen haben oder Bewohner*innen anwesend waren, die keine schriftliche Zustimmung gegeben haben, wurde die Beobachtung unmittelbar unterbrochen.

Datenerhebung - Nicht-teilnehmende Beobachtungen

Das Beobachtungsdesign folgte wissenschaftlichen Kriterien und war somit systematisch. Aufgrund des explorativen Charakters der Studie wurde die Beobachtung mittels eines halbstrukturierten (Beobachtungs-)Leitfadens durchgeführt (Anlage qual. Prozessevaluation: 101). Aus Gründen der Transparenz wurde die Beobachtung als offen gekennzeichnet, was bedeutet, dass der*die Beobachter*in explizit als Wissenschaftler*in aufgetreten ist. Der Grad der Beteiligung war gering, was bedeutete, dass Interaktionen zwischen Beobachter*innen und den beobachteten Personen auf ein Minimum beschränkt wurden.

Für die Beobachtungen besuchten die Studienmitarbeiter*innen die Pflegeheime der Stichprobe und beobachteten die Kommunikation und Zusammenarbeit des/der Hausärzt*in und der Pflegefachpersonen. Wenn möglich, wurden im Anschluss kurze Gespräche mit Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen zu den beobachteten Situationen geführt. Die Beobachter*innen machten sich während der Beobachtung Notizen. Die Notizen wurden pseudonymisiert und anschließend in einem Textverarbeitungsprogramm (z.B. Microsoft Word) gespeichert.

Datenerhebung - Interviews

Zusätzlich zu den nicht-teilnehmenden Beobachtungen wurden Interviews mit Hausärzt*innen und examinierten Pflegefachpersonen durchgeführt (Anlagen qual. Prozessevaluation: 102-104). Diese Interviews ergänzten die Beobachtungsdaten für die Beschreibung der interprofessionellen Zusammenarbeit und die Bewertung von Prozessveränderungen durch die interprof ACT-Maßnahmen. Darüber hinaus dienten sie der Klärung von Beobachtungen sowie der Erfassung der Einschätzung der Prozesswahrnehmung der Befragten.

Es wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden verwendet, der aus offenen Fragen bestand und eine unvoreingenommene und flexible Annäherung an den Forschungsgegenstand ermöglichte. Zusätzliche Fragen, z.B. zur Klärung, wurden im Verlauf des Interviews hinzugefügt, wenn es dem Interviewer notwendig erschien. Es handelte sich um eine persönliche Befragung mit einem Interviewer und hauptsächlich einer befragten Person zur gleichen Zeit. Die Interviews fanden in den Pflegeheimen, an einem anderen, von den Interviewpartnern gewählten, Ort oder per Telefon statt. Die Interviews wurden mit einem Audiorecorder aufgezeichnet und anschließend transkribiert und pseudonymisiert.

Auswertung der qualitativen Prozessdaten

Die qualitative Datenanalyse diente der Exploration von Prozessen der interprofessionellen Zusammenarbeit und der Identifikation von interventionsinduzierten Prozessveränderungen in der Interventionsgruppe auf der Basis von Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse (Miles et al., 2014). Zunächst wurden die Daten je Einrichtung analysiert. Dabei wurden die Prozesse und insbesondere die Handlungen der beteiligten Akteure für jedes Pflegeheim zu verschiedenen Zeitpunkten mit Hilfe von Prozessmodellierungstechniken beschrieben und Kontextbedingungen untersucht. Anschließend wurden die Daten zwischen den Einrichtungen verglichen und Gemeinsamkeiten und Unterschiede analysiert, um effektive Prozesse zu beschreiben, in einer standardisierten Form zu definieren und Veränderungen aufzuzeigen. Um eine zuverlässige Analyse der qualitativen Daten zu gewährleisten, wurden die Analysen von zwei Codierer*innen (d.h. zwei Forscher*innen) durchgeführt, die unabhängig voneinander Codes vergaben, die dann im Forschungsteam verglichen und diskutiert wurden. Ziel dieses iterati-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ven Prozesses war es, fallübergreifend bestimmte Prozessmuster zu identifizieren, die uns ermöglichten, allgemeinere Prozessbeschreibungen in Form von Prozesslandkarten zu generieren.

5.10 Gesundheitsökonomische Evaluation

Datenerhebung und Datenaufbereitung

Zur Durchführung der ökonomischen Evaluation wurde zunächst die Inanspruchnahme von relevanten Gesundheitsleistungen der Heimbewohner*innen mit Hilfe eines Fragebogens bei den Pflegefachpersonen abgefragt. Grundlage des Fragebogens war der FIMA-Fragebogen, aus dem relevante Items ausgewählt wurden. Die Items wurden anschließend um weitere relevante Items ergänzt, welche durch das Konsortium diskursiv ausgewählt wurden. Die Erfassung der Inanspruchnahme erfolgte für retrospektive Zeiträume von 6 Monaten zu T6 und T12. Zusätzlich zur Inanspruchnahme wurde zu T0 und T12 der EQ-5D-5L erhoben. Nach Erhalt des Datensatzes wurden durchschnittliche monetäre Bewertungssätze (Bock et al., 2015) verwendet, um auf Grundlage der gemessenen Inanspruchnahme Versorgungskosten für beide Studienarme zu ermitteln. Die Angaben auf dem EQ-5D-5L wurden genutzt, um mit Hilfe publizierter Nutzengewichte (Ludwig et al., 2018) qualitätsgewichtete Lebensjahre (QALYs) zu berechnen. Dabei wird die Zeit unter Beobachtung mit einem Indexmaß der gesundheitsbezogenen Lebensqualität - dem Nutzengewicht - gewichtet.

Datenauswertung

Die Kosteneffektivitätsanalyse wurde in einem Basisszenario als intention-to-treat-Analyse durchgeführt, d. h., fehlende Werte bei einzelnen Kostenkategorien und/oder QALYs wurden durch den letzten im Datensatz verfügbaren Wert (last observation carried forward) ersetzt. Zusätzlich wurden drei Szenarioanalysen durchgeführt: In Szenarioanalyse 1 wurde das QALY-Nutzengewicht für verstorbene Studienteilnehmer*innen zum Todeszeitpunkt auf „0“ gesetzt (in der Basisanalyse erscheint bei Verstorbenen ein Missing, das durch den Baselinewert ersetzt wird). In Szenarioanalyse 2 wurde eine Complete-Case-Analyse durchgeführt, und in Szenarioanalyse 3 wurde eine Subgruppenanalyse für Studienteilnehmer*innen mit den Pflegegraden 4 und 5 durchgeführt. In alle Szenarien wurden zunächst die Kosten und QALYs zwischen den Gruppen verglichen und als Outcomemaß die sogenannte inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relation (ICER) berechnet. Dabei werden die zusätzlichen Kosten in der Interventionsgruppe (zusütztlich gegenüber der kontrollgruppe) zu den zusätzlichen QALYs ins Verhältnis gesetzt. Die ICER gibt an, wie viel Geld ein durch die Intervention zusätzlich gewonnenes QALY kostet. Um das Signifikanzniveau für Kosten- und QALY-Unterschiede zu bestimmen, wurden Regressionsanalysen durchgeführt mit Alter, Geschlecht, Pflegegrad, Anzahl Vorerkrankungen und Gruppe als unabhängigen Variablen. Den Besonderheiten der statistischen Verteilung von Kostendaten entsprechend, wurde für die Analyse der Kosten ein sogenanntes generalisiertes lineares Modell mit Gamma-Verteilung und Log-Link-Funktion verwendet. Für die Analyse der QLAYs wurde eine gewöhnliche lineare Regression (OLS-Regression) genutzt.

Um die Unsicherheit abzuschätzen, wurde eine sogenannte Net-Benefit-Regression durchgeführt. Dabei wird dem Entscheidungsträger eine maximale Zahlungsbereitschaft pro zusätzlich gewonnenem QALY unterstellt, auf deren Grundlage die gemessenen Kosten und QALY in einer Einheit (dem Net-Benefit) zusammengeführt werden. Dieser kann anschließend in einer Regressionsanalyse als abhängige Variable eingesetzt werden, um ein Signifikanzniveau für die Kosteneffektivität zu ermitteln. Diese Prozedur wird für verschiedene Werte der antizipierten Zahlungsbereitschaft (von 0 Euro/QALY bis 250.000 Euro/QALY; in Schritten ansteigend von 1.000 bis 5.000 Euro) wiederholt, um den Zusammenhang zwischen Zahlungsbereitschaft

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

und Kosteneffektivität im Rahmen sogenannter Kosteneffektivitäts-Akzeptanz-Kurven darzustellen. Üblicherweise ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Intervention kosteneffektiv ist, umso höher, je höher die Zahlungsbereitschaft für ein zusätzliches QALY ist.

Alle Analysen wurden aus einer Sozialversicherungsperspektive durchgeführt. Da alle Studienteilnehmer*innen Pflegeheimbewohner*innen waren und daher per definitionem nicht mehr berufstätig waren, waren keine Auswirkungen der Intervention auf indirekte Kosten zu erwarten, alle anderen analysierten Kosten wurde durch die Sozialversicherung getragen. Eine zusätzliche Analyse aus gesellschaftlicher Perspektive war daher nicht sinnvoll. Laut Antrag sollte ursprünglich eine Kosten-Vergleichs-Analyse mittels Difference-in-Difference-Regression erfolgen. Dieses Verfahren war jedoch auf der Grundlage der verfügbaren Daten nicht anwendbar. Der Kostenvergleich wurde daher im Rahmen der Kosten-Effektivitäts-Analyse durchgeführt.

5.11 Expert*innenworkshop

Die Ergebnisse der statistischen Auswertung, der qualitativen Prozessevaluation und von Teilen der quantitativen Prozessevaluation wurden abschließend in einem Expert*innenworkshop im Rahmen einer Videokonferenz mit Vertreter*innen von Pflegefachpersonen, Heimleitung, Hausärzt*innen, Kostenträgern, Patientenvertretern, des Sozialministeriums Niedersachsen und Angehörigen diskutiert. Zudem wurden Perspektiven für eine Implementierung in die Regelversorgung eruiert.

6. Projektergebnisse

6.1 Ergebnisse zu den primären und sekundären Endpunkten

Für die Studie wurden insgesamt 725 Bewohner*innen in 34 Pflegeheimen auf Eignung geprüft. Davon konnten insgesamt 82 Bewohner*innen nicht eingeschlossen werden, da sie entweder nicht die Einschlusskriterien erfüllten, nicht in die Teilnahme einwilligten oder vor der Randomisierung verstarben. Somit ergab sich eine Gesamtanzahl an teilnehmenden Bewohner*innen von 643. Davon sind 323 Bewohner*innen der Kontrollgruppe und 320 Bewohner*innen der Interventionsgruppe zugeordnet. Vor der Zwischenvisite nach 6 Monaten starben 29 Bewohner*innen in der Kontrollgruppe und 45 Bewohner*innen in der Interventionsgruppe. Eine Person in der Kontrollgruppe ist weggezogen. Somit schlossen 293 Bewohner*innen in der Kontrollgruppe und 275 Bewohner*innen in der Interventionsgruppe die Visite nach 6 Monaten ab. Vor der Endvisite nach 12 Monaten starben in der Kontrollgruppe 36 Bewohner*innen, 6 Bewohner*innen sind wegegezogen und 10 Bewohner*innen schieden aus, da das Pflegeheim geschlossen wurde. In der Interventionsgruppe starben 28 Bewohner*innen und zwei sind weggezogen. Somit schlossen in der Kontrollgruppe 241 und in der Interventionsgruppe 245 Bewohner*innen die Endvisite nach 12 Monaten ab (s. Abbildung 4).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

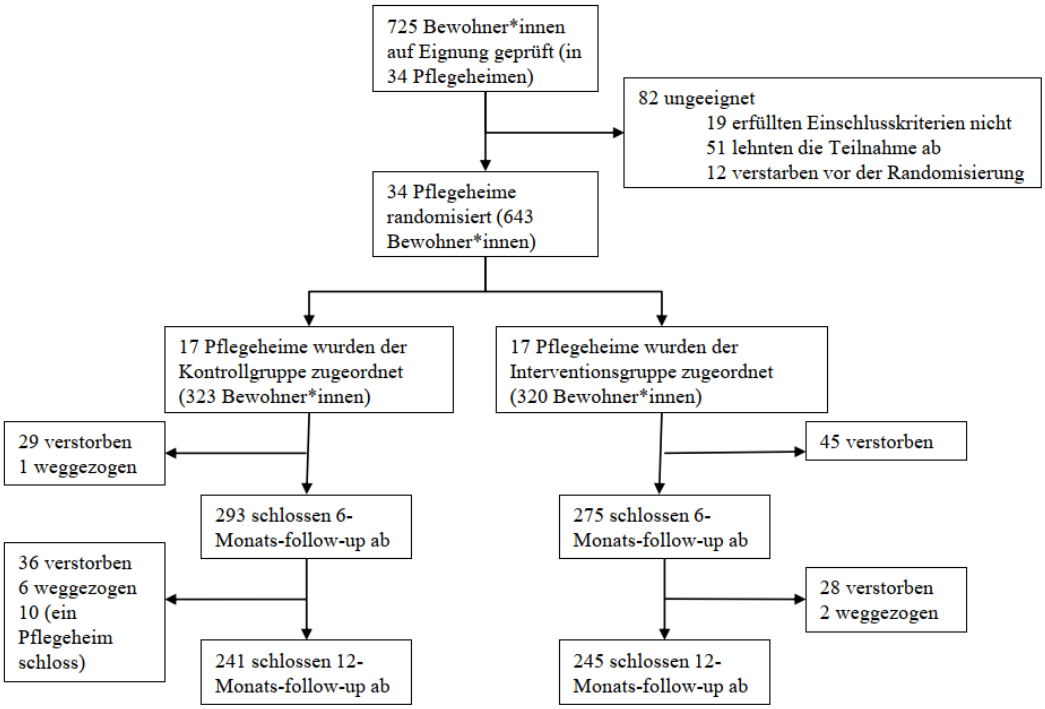


Abbildung 4: CONSORT Flow-Diagramm

Die Baselinecharakteristika der Pflegeeinrichtungen und der teilnehmenden Bewohner*innen sind im Anhang 2 (Tabellen 1 und 2) dargestellt.

Primärer Endpunkt

Die Haupthypothese dieser Studie ist, dass die Einführung von *interprof* ACT die kumulative Inzidenz von Krankenhausaufenthalten innerhalb von 12 Monaten von 50 % auf 35 % reduzieren kann (15 % absolute Reduzierung). In der Kontrollgruppe wurden 151 (46.7%) Bewohner*innen mindestens einmal innerhalb von 12 Monaten hospitalisiert, in der Interventionsgruppe waren es 136 (42.5%) Bewohner*innen. Die Nullhypothese kann nicht abgelehnt werden, die Wahrscheinlichkeit innerhalb von 12 Monaten hospitalisiert zu werden, ist nicht statistisch signifikant kleiner in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (OR: 0.82, 95%-KI: [0.55; 1.22]). Auch das Geschlecht und der Pflegegrad sind nicht statistisch signifikant unterschiedlich in den beiden Gruppen. Die Wahrscheinlichkeit hospitalisiert zu werden, ist für Bewohner*innen mit höherem Alter (in Jahren) geringer (OR: 0.983, 95%-KI: [0.968; 0.999]) und größer für Pflegeheime mit einer größeren Anzahl an Bewohner*innen (je Bewohner*in) (OR: 1.006, 95%-KI: [1.001; 1.011]) (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Ergebnisse des verallgemeinerten linearen gemischten Modells (primärer Endpunkt)

Faktor	Odds Ratio (95%-KI)	p-Wert
Intervention vs. Kontrolle	0.82 (0.55, 1.22)	0.33
Geschlecht: männlich vs. weiblich	1.29 (0.90, 1.86)	0.17
Pflegegrad:		0.57
PG0 vs. PG2	1.96 (0.43, 9.07)	0.39
PG1 vs. PG2	0.77 (0.24, 2.43)	0.66

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

PG3 vs. PG2	1.19 (0.79, 1.79)	0.41
PG4 vs. PG2	1.14 (0.72, 1.81)	0.57
PG5 vs. PG2	0.77 (0.45, 1.32)	0.34
Alter zum Einschluss	0.983 (0.968, 0.999)	0.035
Pflegeheimgröße *(je Bewohner*in)*	*1.006 (1.001, 1.011)*	*0.019*
Cluster-Effekt (Kovarianz)	**Schätzer**	**Standardfehler**
Pflegeheim	0.113	0.087

Sekundäre Endpunkte

Gesamtanzahl der Hospitalisierungen

Die erste Sekundärhypothese bezieht sich auf die Gesamtanzahl der Hospitalisierungen. Durch die Einführung von *interprof* ACT nimmt die Anzahl der Bewohner, die innerhalb eines Jahres ins Krankenhaus eingewiesen werden, ab. Die durchschnittliche Anzahl der Hospitalisierungen pro Bewohner*in innerhalb von 12 Monaten liegt in der Kontrollgruppe bei 0.8 (Min: 0, Max: 10) und in der Interventionsgruppe bei 0.8 (Min: 0, Max: 12). Die Anzahl an Hospitalisierungen bei den Bewohner*innen über die 12 Monate ist nicht statistisch signifikant kleiner in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (Schätzer: -0.10, 95%-KI: [-0.41; 0.22]). Auch der Pflegegrad, Alter zu Baseline (in Jahren) und die Wohnheimgröße (je Bewohner*in) haben keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Hospitalisierungen über beide Gruppen. Nur die Anzahl der Hospitalisierungen der Männer im Vergleich zu den Frauen ist größer (Schätzer: 0.31, 95%-KI: [0.04; 0.58]) (s. Tabelle 4).

Gesamtanzahl der Tage im Krankenhaus

Die zweite Sekundärhypothese bezieht sich auf die Gesamtanzahl der Tage im Krankenhaus: Durch die Einführung von *interprof* ACT nimmt auch die Anzahl der Krankenhaustage innerhalb eines Jahres ab. In der Kontrollgruppe waren die Bewohner*innen durchschnittlich 6.5 Tage (Max: 100 Tage) innerhalb von 12 Monaten im Krankenhaus, in der Interventionsgruppe waren es durchschnittlich 5.7 Tage (Max: 125 Tage). Auch hier ist die Anzahl der Tage im Krankenhaus nicht statistisch signifikant kleiner in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (Schätzer: -0.35, 95%-KI: [-0.80; 0.10]). Auch das Geschlecht und der Pflegegrad haben keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Gesamtzahl der Tage im Krankenhaus über beide Gruppen. Mit höherem Alter (in Jahren) sinkt die Anzahl der Tage im Krankenhaus (Schätzer: -0.022, 95%-KI: [-0.038; -0.006]) und mit einer höheren Anzahl an Bewohner*innen im Pflegeheim (je Bewohner*in) steigt die Anzahl der Tage im Krankenhaus (Schätzer: 0.006, 95%-KI: [0.000; 0.011]) (s. Tabelle 4).

Tabelle 4: Ergebnisse der Negativ-Binomial Regressionen für Anzahl der Hospitalisierungen und Tage im Krankenhaus

Faktor	**Gesamtanzahl der Hospitalisierungen**		**Gesamtanzahl der Tage im Krankenhaus**	
	Schätzer (95%-KI)	**p-Wert**	**Schätzer (95%-KI)**	**p-Wert**
Intervention vs. Kontrolle	-0.10 (-0.41, 0.22)	0.54	-0.35 (-0.80, 0.10)	0.13
Geschlecht: männlich vs. weiblich	0.31 (0.04, 0.58)	0.026	0.16 (-0.21, 0.53)	0.39
Pflegegrad:		0.87		0.14
PG3 vs. PG2	0.08 (-0.24, 0.39)	0.63	-0.23 (-0.64, 0.18)	0.27
PG4 vs. PG2	0.19 (-0.17, 0.55)	0.29	-0.14 (-0.61, 0.32)	0.54
PG5 vs. PG2	0.11 (-0.31, 0.53)	0.60	-0.55 (-1.09, 0.00)	0.051

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Alter zum Einschluss	-0.111 (-0.023, 0.001)	0.065	-0.022(-0.038, -0.006)	0.0076
Pflegeheimgröße (je Bewohner*in)	0.003 (-0.001, 0.007)	0.18	0.006 (0.000, 0.011)	0.039

Mortalität

Eine weitere Hypothese ist, dass die Einführung von *interprof* ACT auch die Mortalitätsrate verringert. In der Kontrollgruppe verstarben 65 (20.1%) Bewohner*innen und in der Interventionsgruppe 73 (22.8%) Bewohner*innen in den 12 Monaten Beobachtungszeitraum. Auch hier ist der Anteil der Verstorbenen in der Interventionsgruppe nicht statistisch signifikant geringer im Vergleich zur Kontrollgruppe (OR: 1.12, 95%-KI: [0.80; 1.58]). Auch die Wohnheimgröße (je Bewohner*in) hat keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Mortalität über die Gruppen. Auch alle anderen Faktoren haben keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Mortalität. Die Wahrscheinlichkeit zu versterben ist bei Bewohnern höher als bei Bewohnerinnen (OR: 1.87, 95%-KI: [1.20; 2.93]). Sie ist auch höher bei Bewohner*innen mit Pflegegrad 4 (OR: 2.23, 95%-KI: [1.29; 3.85]) und 5 (OR: 3.40, 95%-KI: [1.87; 6.17]) im Vergleich zu Pflegegrad 2 und auch mit höherem Alter (in Jahren). Mit jedem Jahr, dass die Patienten zum Einschluss älter waren, steigt das Risiko zu versterben um ca. 7%. (1.07, 95%-KI: [1.04; 1.09]) über die Gruppen (s. Tabelle 5).

Tabelle 5: Ergebnisse des verallgemeinerten linearen gemischten Modells (Mortalität)

Faktor	Odds Ratio (95%-KI)	p-Wert
Intervention vs. Kontrolle	1.12 (0.80, 1.58)	0.50
Geschlecht: männlich vs. weiblich	1.87 (1.20, 2.93)	0.0063
Pflegegrad:		0.0002
PG3 vs. PG2	1.31 (0.77, 2.23)	0.32
PG4 vs. PG2	2.23 (1.29, 3.85)	0.0040
PG5 vs. PG2	3.40 (1.87, 6.17)	<0.0001
Alter zum Einschluss (in Jahren)	1.07 (1.04, 1.09)	<0.0001
Pflegeheimgröße *(in Anzahl Bewohner*in)*	*1.001 (0.997, 1.005)*	*0.60*

Lebensqualität

Eine weitere Hypothese war, dass auch durch die Einführung von *interprof* ACT die Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohner*innen positiv beeinflusst wird. In der Interventionsgruppe haben 173 Bewohner*innen und in der Kontrollgruppe 167 Bewohner*innen sowohl den Fragebogen (QoL-AD-NH) bei Einschluss als auch zur Endvisite nach 12 Monatenbeantwortet. Die durchschnittliche Differenz zwischen der T2 Erhebung und der Baseline in der Interventionsgruppe beträgt -0.9 (Min: -23.9, Max: 11.7) und in der Kontrollgruppe 0.3 (Min: -17.8, Max: 23.3). Die Änderung der Lebensqualität ist nicht statistisch signifikant höher bei den Bewohner*innen in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Geschlecht und Alter (in Jahren) haben keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität über die Gruppen. Aber die Lebensqualität ist statistisch signifikant geringer in den Pflegegraden 4 (Schätzer: -3.40, 95%-KI: [-5.3; -1.5]) und 5 (Schätzer: -3.50, 95%-KI: [-6.1; -0.8]) im Vergleich zu Pflegegrad 2 (s. Tabelle 6).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tabelle 6: Ergebnisse des hierarchischen Modells mit zufälligen Clustereffekten (Lebensqualität)

Faktor	Schätzer (95%-KI)	p-Wert
Intervention vs. Kontrolle	-0.6 (-1.90, 0.6)	0.34
Geschlecht: männlich vs. weiblich	-0.2 (-1.6, 1.2)	0.77
Pflegegrad:		0.0076
PG3 vs. PG2	-1.00 (-2.60, 0.50)	0.20
PG4 vs. PG2	-3.40 (-5.30, -1.50)	0.004
PG5 vs. PG2	-3.50 (-6.10, -0.80)	0.011
Alter zum Einschluss	-0.03 (-0.09, 0.04)	0.37

Nutzung von anderen medizinischen Leistungen

Es wurden die Rehabilitationen, die Inanspruchnahme von Notdienst und Rettungsdienst, die hausärztliche Versorgung, unterschieden zwischen Hausarztkontakt ohne resultierenden Besuch, Hausarztbesuch im Heim und Hausarztbesuch in der Praxis, die Krankentransporte, die Besuche bei Fachspezialisten und die Inanspruchnahme von therapeutischen Leistungen dokumentiert. Der Anhang 3 stellt die deskriptiven Ergebnisse dieser Nutzung von anderen medizinischen Leistungen dar.

Demenz-Screening-Skala

Die Demenz-Screening-Skala wurde eingesetzt, um die Entscheidung über das Format der Interviewführung zu treffen, ob die Fragen mithilfe der Pflegeperson oder durch die Bewohner*innen selbst beantwortet werden (s. Kapitel 5.2). Außerdem diente die Skala der Stichprobenbeschreibung hinsichtlich kognitiver Unterschiede zwischen den Studienarmen. Die Ergebnisse der Demenz-Screening-Skala sind im Anhang 4 aufgelistet. Es wurden zusätzlich noch die Differenzen zwischen den beiden Gruppen anhand des Wilcoxon Rangsummentests verglichen, es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen.

Unerwünschte Ereignisse

Eine weitere Hypothese ist, dass *interprof* ACT die Sicherheitsergebnisse, wie Stürze, Dekubitus und chronische Wunden beeinflusst. Stürze waren die am häufigsten vorkommenden unerwünschten Ereignisse in beiden Gruppen. In der Kontrollgruppe wurden 147 (45.5%) Bewohner*innen mit mindestens einem Sturz über den Beobachtungszeitraum von 12 Monaten dokumentiert, in der Interventionsgruppe waren es 149 (46.6%). Insgesamt hatten 82 (25.4%) Bewohner*innen in der Kontrollgruppe mindestens einen Fall von chronischen Wunden bzw. Hautveränderungen, in der Interventionsgruppe waren es 78 (24.4%). Dieses unerwünschte Ereignis kam in beiden Gruppen am zweithäufigsten vor. In der Kontrollgruppe wurden Pneumonien bei 15 Bewohner*innen (4.6%) dokumentiert und in der Interventionsgruppe bei 17 Bewohner*innen (5.3%). Auch Knochenbrüche wurden bei 15 Bewohner*innen (4.6%) in der Kontrollgruppe und bei 17 Bewohner*innen (5.3%) in der Interventionsgruppe dokumentiert. Die Anteile der Bewohner*innen mit unerwünschten Ereignissen in beiden Gruppen wurden jeweils anhand des verallgemeinerten linearen gemischten Modells und des linearen Schätzungsgleichungsmodells verglichen. Die Wahrscheinlichkeit für Patient*innen über die 12 Monate mindestens ein unerwünschtes Ereignis zu erfahren ist nicht signifikant kleiner in der Interventionsgruppe, im Vergleich zur Kontrollgruppe (Anhang 5).

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6.2 Ergebnisse der quantitativen Prozessevaluation

Stichprobenumfänge und –charakteristika

Tabelle 7 zeigt die Rückläufe der Bewohner*innen, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen und Einrichtungsleitungen. Die Stichprobenmerkmale der Bewohner*innen entsprechen denen der korrespondierenden Stichproben in der Hauptstudie (s. Kapitel 6.1). Die Leitenden waren in beiden Gruppen mit jeweils >40% überwiegend die Einrichtungs- oder die Pflegedienstleitung. Die Pflegefachpersonen-Stichprobe bezieht sich auf jeweils 30 Einrichtungen, da aus je 4 Einrichtungen (T0: n=1 IG, n=3 KG, T2: n=2 IG, n=2 KG) keine ausgefüllten Fragebögen vorlagen. Die Pflegefachpersonen unterschieden sich zu beiden Messzeitpunkten kaum zwischen IG und KG, abgesehen von geringen Unterschieden im mittleren Alter (IG: 41, KG 37 bzw. 38 Jahre) und der mittleren Tätigkeitsdauer in der Altenpflege (IG: 12 bzw. 13, KG 9 bzw. 10). Die hausärztliche Stichprobe umfasste zu T0 über 40% der beteiligten Hausärzt*innen, zu T2 rund 33%. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen IG und KG im Rücklauf und in den Stichprobenmerkmalen. Die Hausärzt*innen haben überwiegend nur jeweils Bewohner*innen in der IG oder der KG betreut. Am Standort Lübeck haben zwei Hausärzte Bewohner*innen in beiden Studiengruppen betreut. Im Mittel versorgte eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt 2–3 teilnehmende Bewohner*innen. In der IG wie in der KG gaben 40–50% der Hausärzt*innen eine formale Kooperationsvereinbarung mit den teilnehmenden Pflegeheimen an, am häufigsten für die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V (IG: 22 bzw. 23%, KG: 15 bzw. 18%) oder die heimärztliche Versorgung nach § 119b Abs. 2 SGB V (IG: 15 bzw. 28%, KG: 22 bzw. 31%).

Die Rückläufe aus der IPAV-Befragung und den Kick-off-Treffen sind in Tabelle 8 ersichtlich. In jeder Einrichtung konnte mindestens eine IPAV nominiert werden. Insgesamt liegen auswertbare Daten von 51 IPAVs vor, mit folgenden Merkmalen: mittleres Alter 41 Jahre, 64 % Altenpfleger*in, 81% mit Zusatzqualifikation, mittlere Berufserfahrung 14 Jahre.

*Tabelle 7: Zusammenfassende Übersicht der Rückläufe von den Fragebögen der Bewohner*innen, Leitungsebene der Pflegeheime, Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen, T0a und T2*

	T0a	T2	Gesamt
Bewohner*innen	323	190	**513**
Pflegefachpersonen	144	132	**276**
Hausärzt*innen	103	85	**188**
Leitungsebene der Pflegeheime	33	31	**64**

Anmerkungen: T0a=vor Randomisierung, T2=12 Monate nach Randomisierung.

Tabelle 8: Anzahl der Einrichtungen mit Rückläufen im Rahmen der IPAV-Befragung und dem Kick-off-Treffen

	Schulung 1	Schulung 2	Kick-off-Treffen	T1	T2
IPAVS	17	16	-	13	14
Teilnehmer*innen des Kick-off-Treffens			17		
Moderator*innen des Kick-off-Treffens			15		

Anmerkungen: T1=6 Monate nach Randomisierung, T2=12 Monate nach Randomisierung.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Implementierungsstrategien

Die Implementierungsstrategien wurden im Wesentlichen wie geplant umgesetzt. In jeder Pflegeeinrichtung der IG wurde mindestens eine IPAV benannt, die IPAV-Schulungen und Kick-off-Veranstaltungen wurden zu den geplanten Zeitpunkten, in der angestrebten Anzahl und überwiegend mit dem angestrebten Kreis an Teilnehmenden sowie den angestrebten Inhalten durchgeführt. Allerdings verliefen die Schulungen konsistent um 0,75 Stunden kürzer als geplant (2 Stunden). In der Supervision der IPAV erfolgten die regelmäßigen telefonischen oder elektronischen Kurzkontakte annähernd in vorab geplanter Frequenz (MW 20, Min–Max: 5–46 pro Einrichtung), während Vor-Ort-Kontakte seltener (MW 2, Min–Max: 1-5 pro Einrichtung) und auch später (z. B. erster Kontakt: Median 4 Monate und zweiter Kontakt: Median 7 Monate nach Randomisierung) als geplant durchgeführt wurden. Die Schulungen und die Supervision wurden von >80% IPAVs zum Abschluss der Studie rückblickend als sehr oder überwiegend hilfreich bewertet. In jeder Einrichtung der IG wurde ein Kick-off-Treffen durchgeführt. Im Mittel waren je 2 Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen und Bewohner*innen anwesend sowie je 1 Leitungsperson und 1 Angehörige, bei deutlichen Schwankungen zwischen den Treffen. Die *interprof* ACT-Maßnahme strukturierter Hausbesuch wurde mit 13 Minuten im Mittel am längsten und die Maßnahme Namensschilder mit 5 Minuten am kürzesten besprochen. Rund zwei Drittel (67 % von 96 Teilnehmenden mit auswertbaren Daten) gaben am Ende der Treffen an, mit den Ergebnissen zufrieden zu sein.

Lokale Entscheidungen zu den *interprof* ACT-Maßnahmen

Im Rahmen des Kick-off-Treffens wurde die einrichtungsspezifische Anpassung des *interprof* ACT-Maßnahmenpakets diskutiert. Pro Maßnahme wurden hierbei Entscheidungen über 4–8 Teilaspekte pro Maßnahme getroffen (Anhang 17). Diese Entscheidungen reichen von „vorliegend“ (keine Umsetzung erforderlich, da Aspekt bereits vor Ort erfüllt) über Umsetzung mit oder ohne Anpassung bis hin zur definitiven Nichteinführung eines Aspekts. Daneben kam es auch vor, dass keine Entscheidungen getroffen wurden. Für die Maßnahmen Namensschilder, wechselseitige Erreichbarkeit und strukturierter Hausbesuch wurde am häufigsten (>20% aller diskutierten Entscheidungen) die Entscheidung zur Umsetzung (mit oder ohne Anpassung) getroffen, am seltensten (10% aller diskutierten Entscheidungen) war dies für die Zielvereinbarungstreffen der Fall (Abbildung 5). Mit Ausnahme der Namensschilder war für alle Maßnahmen in über 60 % der diskutierten Entscheidungen kein finales Votum vermerkt (Entscheidung unklar). Dieser Anteil war für die Zielvereinbarungstreffen mit >80% am höchsten. Einrichtungsspezifisch konnten deutliche Unterschiede beobachtet werden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

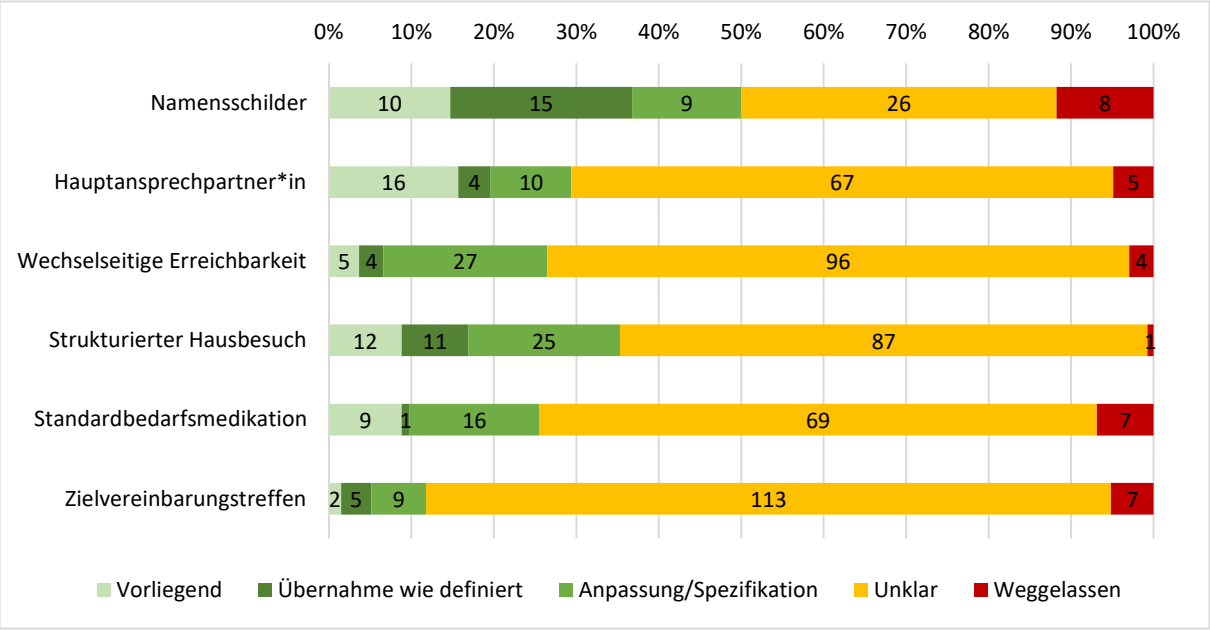


Abbildung 5: Entscheidungen im Kick-off-Treffen

Umsetzung der ausgewählten interprof ACT-Maßnahmen

Zur Beurteilung der Umsetzung lagen IPAV-Einschätzungen zur Reichweite (Grad) der Umsetzung zu mehreren Messzeitpunkten (3 Monate nach Randomisierung bis Abschlussgespräch) sowie T0- und T2-Daten (Ergebnisse des „vote counting“) aller untersuchten Populationen zu den Einstellungen, der aktuellen Praxis und der Qualität/Zufriedenheit (detaillierte Ergebnisse s. Anhang 18) vor.

Namensschilder für Alle:

Im Studienverlauf zeigte sich eine Verbesserung des Umsetzungsgrades aus IPAV-Perspektive von im Mittel 6,5 (SD 3,9, n=4) auf 7,9 (SD 2,2, n=22) auf einer zehnstufigen Skala von 1=“sehr unzufrieden (mit der Umsetzung)“ bis 10=“sehr zufrieden“. Die Einschätzungen der Hausärzt*innen, Pflegenden und Leitenden zeigen für die IG eine verbesserte aktuelle Praxis von T0 bis T2, während für die KG für alle drei Perspektiven keine solchen konsistenten Veränderungen identifiziert werden konnten.

*Hauptansprechpartner*in:*

Im Studienverlauf zeigte sich ein deutlicher Anstieg des Umsetzungsgrades in Bezug auf die Maßnahme aus Sicht der IPAV von MW 5,8 (SD 3,8, n=3) bis MW 8,4 (SD 1,6, n=23). Die Einschätzungen zur aktuellen Praxis (Einrichtungsleitung- und Hausärzt*innenperspektive) zeigen eine positive Veränderung in der IG und inkonsistente Veränderungen in der KG. Qualität und Zufriedenheit hat sich in der IG aus Sicht der Hausärzt*innen verbessert, in der KG nicht verändert (Pflegenden-Perspektive nicht erfasst).

Wechselseitige Erreichbarkeit:

Die IPAVs bewerteten die Umsetzung zunehmend positiver (von MW 6,5 (SD 2,1, n=4) bis MW 8,1 (SD 18, n=24). Die Einstellungen der Hausärzt*innen veränderten sich teils positiv,

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

während sie sich von den Pflegenden teils verschlechterten (jeweils IG und KG). Die Einschätzungen zur aktuellen Praxis zeigen in der IG positive Veränderungen im Verglcih zur KG aus Sicht der Hausärzt*innen, heterogene Ergebnisse aus Sicht der Pflegenden sowie negative Veränderungen in der IG aus Sicht der IPAVs. Bezogen auf die Qualität und Zufriedenheit wurden aus allen Perspektiven (Einrichtungsleitung, Hausärzt*innen, Pflegende) in der IG häufiger als in der KG positive Veränderungen im Verlauf festgestellt.

Strukturierter Hausbesuch:

Es zeigte sich ein von Beginn an relativ hoher Umsetzungsgrad (MW 7,3 (SD 2,2, n=4)), der sich im Verlauf auf einen MW 8,1 (SD 1,5, n=24) erhöhte. Es sind keine positiven Veränderungen in den Einstellungen der Professionellen und deren Einschätzungen der aktuellen Praxis in der IG im Vergleich zur KG festzustellen. Die Bewohner*innen beider Untersuchungsgruppen waren zu T0 und T2 auf einer Skala von 1=“sehr zufrieden“ bis 4=“sehr unzufrieden“ im Mittel „zufrieden“ (MW 2,0, SD: 0,8) mit der Anzahl der Hausbesuche. Die Bewertung der Qualität zeigte positive Veränderungen in der IG aus IPAV-, Pflegenden-, Leitungs- und Hausärzt*innensicht, für die KG wurden heterogene Veränderungen beobachtet.

Standardbedarfsmedikation:

Der Umsetzungsgrad variierte bei einem durchgängig hohen Umsetzungsniveau über den Studienverlauf zwischen MW 7,6 (SD 2,4, n=10) und 8,7 (SD 2,0, n=15). Die aktuelle Praxis entwickelte sich in IG und KG positiv aus Hausärzt*innenperspektive. Für die Pflegenden zeigten sich keine Veränderungen. Für die Qualität konnten positive Veränderungen in der IG (alle Perspektiven) und keine Veränderungen in der KG (v.a. Hausärzt*innen- und Pflegenden-Perspektive) beobachtet werden.

Zielvereinbarungstreffen:

Im Verlauf zeigte sich hierfür der geringste Umsetzungsgrad (IPAV-Einschätzungen zwischen MW 4,6 (SD 3,6, n=5) und 6,3 (SD 1,5, n=9)). Die breite Streuung erklärt sich durch eine konstant geringe Anzahl auswertbaren Einschätzungen, da die Maßnahme stets von >50% IPAVs als „nicht eingeführt“ eingestuft wurde. Die Einstellungen veränderten sich negativ in IG und KG aus Hausärzt*innen- und Pflegenden-Sicht. Für die aktuelle Praxis zeigte sich in der IG eine Verbesserung aus Leitungsperspektive, in der KG keine Veränderungen. Die Qualität bzw. Zufriedenheit entwickelte sich aus Leitungs- und Hausärzt*innen-Sicht positiv in beiden Gruppen, aus IPAV-Sicht zeigte sich keine Veränderung. Aus Pflegenden-Sicht konnte in der IG, nicht jedoch in der KG teils eine Verbesserung beobachtet werden.

<u>Interprofessionelle Zusammenarbeit</u>

Im deskriptiven Vergleich („vote counting“, detaillierte Ergebnisse s. Anhang 19) zeigen sich für die aktuelle Praxis und die Qualitäts- bzw. Zufriedenheitsbewertung in allen genannten Zielgrößen-Domänen tendenziell mehr Items mit positiver Veränderung im Studienverlauf in der IG als in der KG. Dies betrifft besonders die Einschätzung der Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit im Allgemeinen, die Qualität der Rollen- und Aufgabenverteilung (Beiträge) der Hausärzt*innen und Pflegenden sowie die aktuelle Praxis der Koordination von Versorgungsentscheidungen und der Versorgungsplanungen. Positive Veränderungen im Verlauf zugunsten der IG wurden hierbei eher von den Leitungen der Pflegeeinrichtungen und den Hausärzt*innen als von den anderen untersuchten Populationen berichtet. Deskriptive positive Veränderungen in der IG (im Vergleich zur KG) aus Sicht der Bewohner*innen finden sich ausschließlich in einem Item zur interprofessionellen Kommunikation, aus Sicht der Pflegenden nur in einzelnen Items zur Qualität der Zusammenarbeit im Allgemeinen sowie der Rollen- und Aufgabenverteilung. In den untersuchten Einstellungen zur Zusammenarbeit sind dagegen kaum Unterschiede im Verlauf zwischen IG und KG zu erkennen; dies gilt insbesondere für

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

die Einstellungen zur Aufgaben- und Rollenverteilung (Beiträge) der Pflegenden und Hausärzt*innen. In der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Anzahl der untersuchten Items von Domäne zu Domäne schwankt, ebenso zwischen den untersuchten Dimensionen und Populationen. Zudem weisen die Daten der Pflegenden und Bewohner*innen verhältnismäßig oft Streuungen über die avisierte SD ≤1,2 hinaus auf.

Qualität der (medizinischen) Versorgung

Aus folgenden Perspektiven wurden zu T0 und/oder T2 Daten zur subjektiv eingeschätzten Qualität der (medizinischen) Versorgung erhoben: Bewohner*innen, Pflegende, Leitungen, Hausärzt*innen und IPAVs. Während sich die Einschätzungen der Professionellen auf generische Items zur Qualität der Versorgung beziehen, thematisieren die von den Bewohner*innen bewerteten Items zusätzlich spezielle Aspekte wie z. B. die Effektivität einer raschen Hilfe bei akuten Gesundheitsproblemen. Im deskriptiven Vergleich („vote counting“, detaillierte Ergebnisse s. Anhang 19) zeigen sich in der IG aus Sicht der Professionellen positive Veränderungen, während die Bewohnereinschätzungen keine Veränderungen signalisieren. Das Ergebnisbild in der KG ähnelt dem in der IG, mit der Ausnahme, dass die Bewohner*innen die allgemeine Qualität der medizinischen Versorgung in dieser Gruppe zu T2 besser einschätzten als zu T0. Im Gegensatz dazu registrierten die Hausärzt*innen der KG im Mittel keine Veränderungen.

Förderliche und hinderliche Faktoren

Hierzu liegen aus der quantitativen Prozessevaluation Einschätzungen der IPAVs vor. Als besonders häufige erleichternde Faktoren (>80 % der Einschätzungen als „sehr hilfreich“ oder „hilfreich“) wurden auf organisationsbezogener Ebene die Unterstützung durch die Vorgesetzten sowie auf der Mikroebene (Personal) die eigenen beruflichen Erfahrungen und Kompetenzen, die Erfahrungen aus der IPAV-Arbeit und die medizinischen Fachkompetenzen der Hausärzt*innen genannt. Als am wenigsten förderlich (<50% der Einschätzungen als „sehr hilfreich“ oder „hilfreich“) wahrgenommene Faktoren betreffen ausschließlich die organisationsbezogene Ebene und umfassen die (zu knappen) verfügbaren zeitlichen Ressourcen für die IPAV-Arbeit und die erfahrene Anerkennung für die IPAV-Arbeit durch die eigenen Kolleg*innen, die Bewohner*innen und deren Angehörigen

6.3 Ergebnisse der qualitativen Prozessevaluation

Insgesamt wurden 97 Interviews mit Hausärzt*innen (49) und Pflegefachpersonen (48) geführt, die im Durchschnitt 34 Minuten dauerten. Zusätzlich wurden 2490 Minuten Beobachtungen durchgeführt. Im Durchschnitt dauerte jede Beobachtung 60 Minuten.

Teil A: *Wie können effektive Arbeitsprozesse auf der Versorgungsebene beschrieben und in standardisierter Form (Prozessmap) definiert werden?*

Zunächst ist zu beobachten, dass durch die Einführung des interprof ACT Maßnahmenpakets die Hauptprozessschritte der beiden relevanten Arbeitsabläufe auf Versorgungsebene—der regelmäßige Hausarztbesuch und die Versorgung einer Zustandsverschlechterung von Bewohner*innen—unverändert bleiben und auch einheitlich über die eingeschlossenen Einrichtungen sind. Die Arbeitsabläufe sind in Abbildung 6 dargestellt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

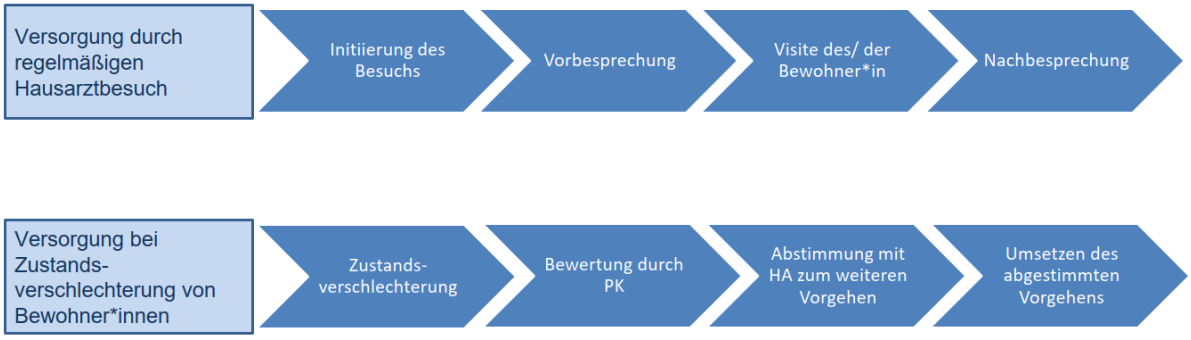


Abbildung 6: Die idealtypischen Arbeitsprozesse des regelmäßigen Hausarztbesuches und der Versorgung einer Zustandsverschlechterung von Bewohner*innen

Der regelmäßige Hausärzt*innenbesuch

Bei der Versorgung durch den regelmäßigen Hausärzt*innenbesuch findet zunächst eine Initiierung des Besuchs statt. Diese kann vorab durch eine Anmeldung des Besuchs durch den/die Hausärzt*in oder die Praxis erfolgen. Vor Ort erfolgt die Initiierung dadurch, dass der/die Hausärzt*in die Pflegefachperson antrifft, z.B. im Stationszimmer, oder sich bemerkbar macht, z.B. durch das Betätigen einer Klingel. Die Pflegefachperson beendet oder unterbricht daraufhin ihre aktuelle Tätigkeit und bereitet die Vorbesprechung vor, z.B. indem er/sie die Akte der jeweiligen Patient*innen holt.

Wenn beide Akteure bereit sind, startet die Vorbesprechung, die für gewöhnlich im Stationszimmer stattfindet. Der/die Hausärzt*in erfragt den aktuellen Zustand seiner/ihrer Patient*innen, der von den Pflegefachpersonen erläutert wird. Hierfür werden z.B. die Patient*innenakten herangezogen. Zudem werden häufig administrative Angelegenheiten, wie z.B. Übergaben von KH-Briefen oder Unterschriften, geleistet. Auf Basis der erhaltenen Informationen wird entschieden, welche Patient*innen visitiert werden und es wird zum dritten Prozessschritt übergeleitet, der Visite der Bewohner*innen.

Die Visite findet meist im Zimmer der Bewohner*innen statt, kann aber auch in einem Aufenthaltsraum stattfinden – je nach aktuellem Aufenthalt der Bewohner*innen und dem Zweck der Visite. Der/die Hausärzt*in spricht mit dem/der Patient*in, erhebt Vitalwerte und führt ggf. weitere Untersuchungen durch. Die Pflegefachperson assistiert indem Hintergrundinformationen bereitgestellt werden oder Unterstützung bei den Untersuchungen geleistet wird, z.B. beim Drehen der Patient*innen.

Wenn die Visite beendet ist, findet die Nachbesprechung statt. Diese kann im Zimmer der Bewohner*innen, auf dem Flur, oder im Stationszimmer stattfinden. Der/die Hausärzt*in gibt weitere Informationen, z.B. zur weiteren Behandlung, an die Pflegefachperson. Zudem werden Materialien zur weiteren Behandlung bereitgestellt, vorwiegend durch Rezepte. Die Pflegefachperson stellt ggf. Rückfragen und kümmert sich um die Dokumentation. Der Prozess ist dann beendet. Wenn der/die Hausärzt*in noch weitere Patient*innen unter den Bewohner*innen einer Einrichtung hat, beginnt der Prozess auf einer anderen Station von vorne.

Die Versorgung einer Zustandsverschlechterung von Bewohner*innen

Bei der Versorgung einer Zustandsverschlechterung von Bewohner*innen muss zunächst die Verschlechterung erkannt werden, z.B. indem der/die Bewohner*in sich entsprechend äußert oder die Pflegefachperson eine Zustandsverschlechterung selbst feststellt. Anschließend be-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

wertet die Pflegefachperson die Verschlechterung und zieht ggf. Kolleg*innen oder Angehörige hinzu, um die Dringlichkeit der Verschlechterung zu bestimmen. Je nach Dringlichkeit findet dann eine Abstimmung mit einem/einer Ärzt*in zum weiteren Vorgehen statt.

Wenn eine akute Situation vorliegt, kann die Pflegefachperson direkt einen RTW oder ggf. eine*n Notärzt*in anfordern. Wenn die Situation etwas weniger dringend ist, aber dennoch direkter Abstimmungsbedarf besteht, wendet sich die Pflegefachperson telefonisch an den/die Hausärzt*in – wenn diese*r nicht erreichbar ist, z.B. außerhalb der Sprechstunden, wird der ärztliche Bereitschaftsdienst kontaktiert. Wenn die Situation nicht bedrohlich erscheint, schicken die Pflegefachpersonen meistens ein Fax an die Praxis, beschreiben die Situation und fragen, welche Maßnahmen ergriffen werden sollen.

Nach der Abstimmung wird das abgestimmte Vorgehen umgesetzt. Das beinhaltet z.B. den/die Bewohner*in für den Transport mit dem RTW vorzubereiten oder Medikamente zu verabreichen.

Die beschriebenen Handlungen sind die Hauptprozessschritte der relevanten Arbeitsabläufe auf Versorgungsebene und bleiben durch die Einführung von interprof ACT unverändert. Allerdings kann es je nach Situation zu Abweichungen kommen, z.B. wenn eine Pflegefachperson mit einer/einem anderen Bewohner*in beschäftigt ist, wenn der/die Hausärzt*in im Pflegeheim ankommt, oder wenn der/die Hausärzt*in telefonisch nicht erreicht werden kann.

Teil B: *Wie verändern sich relevante Arbeitsabläufe auf der Versorgungsebene durch die Einführung von interprof ACT?*

Auf Ebene der konkreten Arbeitsschritte innerhalb der Hauptprozessschritte wurde zunächst eine große Varianz bei der Ausführung durch Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen festgestellt. Die Abweichungen werden hauptsächlich durch die Einrichtung und den/die Hausärzt*in getrieben, z.B. gibt es je nach Bauart der Einrichtung und nach Präferenz des/der Hausärzt*in verschiedene Möglichkeiten, die Visite zu initiieren: Per Klingel am Eingang, per vorab Ankündigung oder per Mobiltelefon vor Ort.

Durch die Einführung von interprof ACT kam es zu einer Vereinheitlichung der Arbeitsschritte, d.h., die Varianz in der Prozessausführung über die Pflegeheime hinweg wurde reduziert. Dies wurde durch vier Mechanismen erreicht: (i) Durch die Reduzierung von Prozessschleifen wurden die Prozesse einfacher. (ii) Durch klare Absprachen zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen sind einheitliche Prozessschritte entstanden und die Prozesse weniger variantenreich geworden. (iii) Durch die Schaffung von einheitlichen Abstimmungssystemen und Prozessverantwortung wurde die Kontaktaufnahme zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen sowie die Art und Weise der Rückmeldung vereinheitlicht, sodass die Koordination einfacher wurde. (iv) Durch den Aufbau von Informationssystemen konnte der Informationsaustausch zwischen den Akteur*innen gefördert und formalisiert werden.

Wie im Vorhinein erläutert, ist auf der Prozessebene zu erkennen, dass die Einführung von interprof ACT zu einer Vereinheitlichung der Abläufe durch die vier oben genannten Mechanismen führt und die Varianz bei der Prozessausführung reduziert wird. Interessanterweise stellten wir bei unserer Analyse fest, dass auf Akteur*innenebene die Standardisierung der Abläufe zu mehr Flexibilität geführt hat, weil größere Handlungsspielräume für Pflegefachpersonen entstanden sind, eine effizientere Interaktion zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen vorherrscht und eine stärkere Absicherung für Pflegefachpersonen möglich ist.

Insgesamt ist also zu erkennen, dass interprof ACT auf Prozessebene Abläufe vereinheitlicht und dadurch auf Akteur*innenebene mehr Flexibilität erzeugt wird.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

6.4 Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation

Im Basisszenario fanden sich weder für Kosten noch für QALYs signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Im Durchschnitt war die Intervention im Basisszenario mit weniger QALYs, aber auch weniger Kosten assoziiert, mit einer ICER in einer international als kosteneffektiv akzeptierten Größenordnung für die Kontrollgruppe. Lediglich in Szenario drei war die Intervention besser und zugleich auch billiger und konnte die Kontrollbedingung damit dominieren. Die Kosten-Effektivitäts-Akzeptanz-Kurven zeigen, dass keine der beiden Untersuchungsbedingungen mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 95% kosteneffektiv ist. In Szenario 3 steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Intervention kosteneffektiv ist, für Zahlungsbereitschaften von deutlich deutlich über 50.000€ pro QALY auf mehr als 90% (s. Tabelle 9).

Tabelle 9:Ergebnisse der Kosteneffektivitätsanalyse

Szenario	Parameter	IG	KG	Delta	p-Wert	ICER
Basisanalyse	Kosten	4.985,67 €	5.383,44 €	- 397,76 €	0,217	
	QALY	0,5000	0,5212	-0,021	0,773	
						18.737,56 € / QALY
Szenario-analyse 1	Kosten	4.985,67 €	5.383,44 €	- 397,76 €	0,544	
	QALY	0,4914	0,5040	-0,013	0,569	
						31.566,64 € / QALY
Szenario-analyse 2	Kosten	4.750,69 €	4.885,56 €	- 134,87 €	0,314	
	QALY	0,4938	0,5271	-0,033	0,494	
						4.045,90 € / QALY
Szenario-analyse 3	Kosten	4.357,68 €	5.550,39 €	- 1.192,71 €	0,458	
	QALY	0,3420	0,2923	0,050	0,123	
						Dominanz

In der Basisanalyse war die Intervention mit einer nicht signifikanten Kosteneinsparung in Höhe von 397,76€ und einem ebenfalls nicht signifikanten QALY-Verlust in Höhe von 0,021 QALYs verbunden. Da in der Kontrollgruppe mehr Todesfälle als in der Interventionsgruppe auftraten, wurde der QALY-Verlust in Szenarioanalyse 1 auf 0,013 QALYs reduziert. Lediglich in Szenarioanalyse 3 fand sich ein deutlicher QALY-Gewinn von 0,05 QALYs, der jedoch ebenfalls nicht signifikant war. Darüber hinaus fand sich im Szenario 3 auch die größte Kosteneinsparung durch die Intervention in Höhe von 1.192,71€ (nicht signifikant).

Die ICER variierte zwischen Dominanz der Intervention in Szenarioanalyse 3 und 31.566,64€/QALY in Szenarioanalyse 1. Dabei ist zu beachten, dass in der Basisanalyse und den Szenarioanalysen 1 und 2 die Intervention gleichzeitig schlechter (weniger QALYs) und günstiger war. Das bedeutet, dass die ICER als eine ICER der Kontrollgruppe interpretiert werden muss: umso niedriger die ICER, umso kosteneffektiver ist die Kontrollbedingung, umso

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

höher die ICER, umso kosteneffektiver ist die Intervention. Dies spiegelt sich in den Kosteneffektivitätsakzeptanzkurven wieder, welche für das Basisszenario und die Szenarioanalysen 1 und 2 zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit für eine Kosteneffektivität der Intervention mit zunehmender Zahlungsbereitschaft kontinuierlich abnimmt, während sie in Szenarioanalyse 3 steigt, und die 90%-Schwelle überschreitet – wenn auch erst bei relativ hohen Zahlungsbereitschaften. Hier ist zu beachten, dass die Stichprobengröße bei Szenarioanalyse 3 deutlich reduziert ist (s. Abbildung 7).

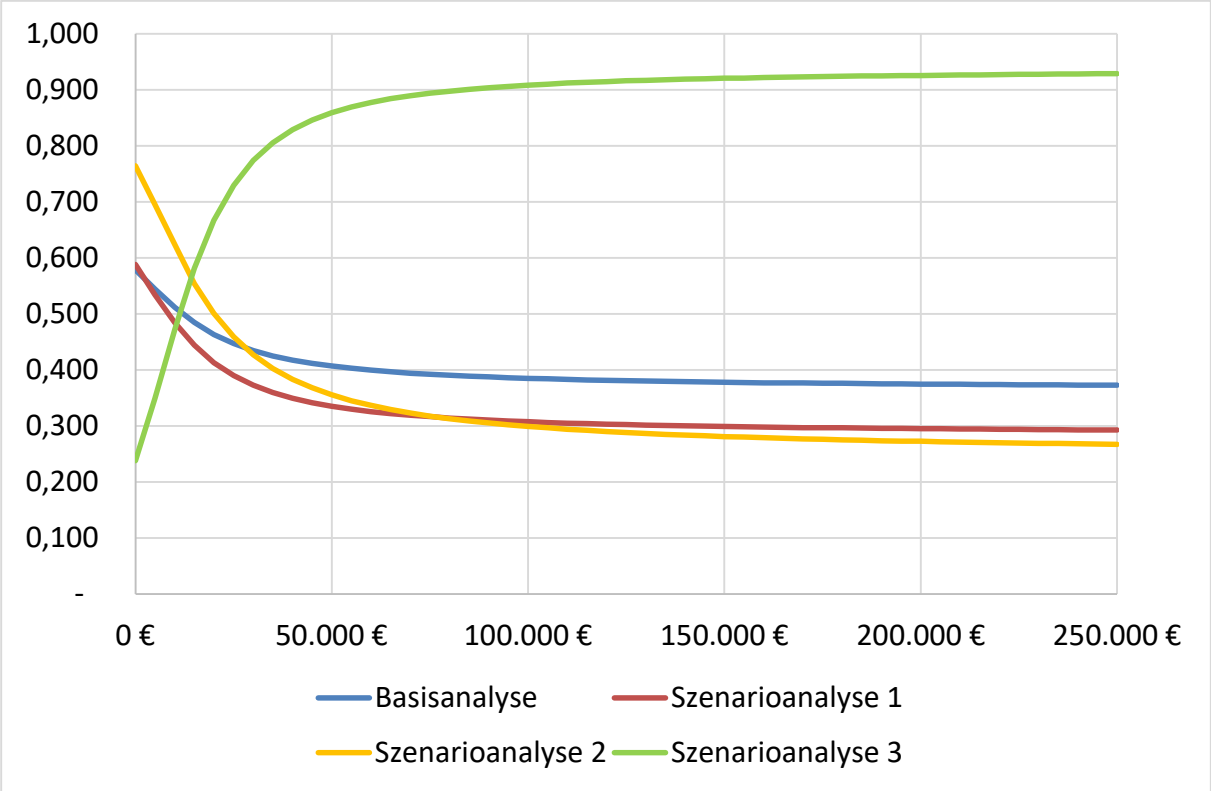


Abbildung 7: Kosteneffektivitäts-Akzeptanz-Kurven

7. Diskussion der Projektergebnisse

7.1 Diskussion der Ergebnisse zu den primären und sekundären Endpunkten

Durch die Einführung von *interprof* ACT wurde eine geringe Abnahme der Anzahl von Bewohner*innen festgestellt, die innerhalb eines Jahres ins Krankenhaus eingewiesen werden. Dennoch war diese Reduzierung nicht statistisch signifikant im Vergleich zu den Krankenhausaufnahmen in der Kontrollgruppe. Auch die untersuchten sekundären Endpunkte, wie Mortalität, Lebensqualität und vermeidbare klinische Ereignisse, zeigten keine statistischen signifikanten Unterschiede zwischen den Studienarmen.

Ein kontinuierlicher Informationsaustausch zwischen Hausärzt*innen und Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen durch Maßnahmen, ähnlich denjenigen, die *interprof* ACT bereitstellt, wird in deskriptiven Studien als potenziell hilfreiche Strategie für die Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten dargestellt (Harrison et al., 2016; McDermott et al., 2012). Auch Kada und Kolleg*innen (2011) weisen in einer kleineren nicht-randomisierten Studie darauf

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

hin, dass eine zusätzliche Qualifizierung des Pflegepersonals sowie Interventionen zur Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation/Zusammenarbeit eine signifikante Verringerung der Krankenhausverlegungen hervorbrachten (Kada et al., 2011). Die vorliegende größere cluster-randomisierte Studie *interprof* ACT kann demgegenüber keine Reduzierung der Hospitalisierungen nachweisen. Unsere Ergebnisse sind somit mit den Ergebnissen der letzten breit angelegten INTERACT-Studie (Kane et al., 2017) konsistent, die mithilfe einer multistrategischen interprofessionellen Intervention die frühzeitige Identifizierung von akuten klinischen Veränderungen verfolgte, um Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Auch Kane und Kolleg*innen (2017) stellen keine statistische signifikante Verringerung der Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten oder der Zahl der Besuche in der Notaufnahme bei den Pflegeheimbewohner*innen der Interventionsgruppe im Vergleich zu denen der Kontrollgruppe fest.

Mögliche Gründe für die Ergebnisse in *interprof ACT* werden hinsichtlich des Einführungsprozesses des Maßnahmenpakets in die Interventionsgruppe weiter betrachtet (vgl. weitere Diskussionsabschnitte). Die Erkenntnisse beider begleitenden Prozessevaluationen weisen auf förderliche und hinderliche Faktoren für eine erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen hin, die die Befunde der Hauptstudie besser verorten können. Untersucht wurden dabei die Perspektiven der unterschiedlichen Studienteilnehmer*innen als auch die individuelle Anpassung der einzelnen Maßnahmen in den Interventionseinrichtungen.

Die vorliegende Studie hat Limitationen, die möglicherweise Einfluss auf die Studienergebnisse hatten. Bei der Rekrutierung der Pflegeheime könnte es zu einem Selektionsbias gekommen sein. Wenn die Leitung der Pflegeeinrichtungen bereits an interprofessionellen Interaktionen interessiert war, könnte dies die Teilnahme an der Studie begünstigt haben. Eine zweite Limitation könnte die individuelle Anpassung der *interprof* ACT-Intervention an lokalen Strukturen betreffen. Dieses Verfahren ist auf der einen Seite eine Stärke im Studiendesign, denn es u.a. die Akzeptanz der Intervention erhöht (Sekhon et al., 2017). Auf der anderen Seite ist es nicht ausschließen, dass einige Komponenten von *interprof* ACT nicht integriert wurden, weil sie bereits Bestandteil der Routineversorgung waren, auch derjenigen, die in der Studie als Kontrollgruppe eingeschlossen wurden. Unsere Ergebnisse könnten somit auf konservative Weise beeinflusst sein.

7.2 Diskussion zur quantitativen Prozessevaluation

In der Gesamtbetrachtung kann für alle interprof ACT-Maßnahmen eine im Vergleich zur Ausgangssituation erhöhte Umsetzung und/oder subjektiv verbesserte Qualität festgehalten werden. Allerdings zeigt sich dieses Ergebnisbild nicht konsistent für alle Maßnahmen, alle Zielgrößendomänen und alle Perspektiven. Die mit Abstand geringste Umsetzung wurde für die Zielvereinbarungstreffen registriert. Äquivalent zeigen sich die meisten positiven Veränderungen in der wahrgenommenen Qualität der interprofessionellen Aufgabenverteilung und der gemeinsamen Versorgungskoordination und -planung sowie in der allgemeinen Qualität der Zusammenarbeit, dagegen kaum in der Praxis oder Qualität der Bewohner*inneneinbindung sowie in den Einstellungen zu den verschiedenen Domänen der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Bewohner*innen nahmen Verbesserungen in der aktuellen Praxis der interprofessionellen Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Hausärzt*innen wahr, aber ansonsten keine Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit im Vergleich zur KG. Dies gilt auch für die von ihnen bewertete Qualität der (medizinischen) Versorgung, z. B. hinsichtlich der Rechtzeitigkeit und Effektivität der Hilfe bei akuten Gesundheitsproblemen

Aufgrund der ausschließlich deskriptiven Analyse und der teilweise starken Streuung der Daten lässt sich die Stärke der subjektiv wahrgenommenen Verbesserungen nicht näher einschätzen. Die Ergebnisse legen jedoch nahe, dass die bewirkten Veränderungen sich nicht in für die Bewohner*innen wahrnehmbare Versorgungsprozesse und -erfahrungen niederschlu-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

gen, sondern bewohnerfernere Prozesse und Ergebnisse betrafen und/oder keine ausreichende Stärke für eine wirksame Beeinflussung der Versorgungserfahrungen der Bewohner*innen erreichten. Insbesondere die Zielvereinbarungstreffen, die eine direkte Einbindung der Bewohner*innen und ggf. deren Angehörigen beinhalten, wurden im vergleichsweise geringen Maße umgesetzt.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass der überwiegende Teil der befragten Bewohner*innen bereits zu Beginn eine (sehr) hohe Zufriedenheit mit den erfragten Parametern der interprofessionellen Zusammenarbeit und Qualität der (medizinischen) Versorgung angab. Ein erhöhtes Risiko von Bias infolge sozialer Erwünschtheit ist nicht auszuschließen. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass ca. 40 % der in die Hauptstudie eingeschlossenen Bewohner*innen aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen nicht an der Befragung teilnehmen konnten.

Aus IPAV-Sicht wurden mehrere förderliche und hinderliche Faktoren für die Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen berichtet. Die förderlichen Faktoren betreffen insbesondere die IPAV-eigenen Kompetenzen und Erfahrungen, die Kompetenzen der kooperierenden Hausärzt*innen sowie die Unterstützung durch die Einrichtungsleitung. Als wenig förderlich wurden die eigenen verfügbaren Zeitressourcen sowie die Anerkennung durch das Team und die Bewohner*innen und Angehörigen wahrgenommen. Für künftige Strategien zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit sind stärker teamorientierte Implementierungsstrategien zu erwägen.

Trotz der Limitationen und der heterogenen Ergebnisse demonstrieren die Daten der Prozessevaluation, dass die *interprof* ACT-Maßnahmen mit Ausnahme der Zielvereinbarungstreffen lokal umsetzbar sind und das Potenzial haben, Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der pflegerisch-hausärztlichen Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegeheimbewohner*innen positiv zu beeinflussen. Für die Zielvereinbarungstreffen sind in Folgearbeiten die spezifischen Barrieren zu untersuchen und Strategien zur machbaren und effektiven Umsetzung zu erproben

7.3 Diskussion zur qualitativen Prozessevaluation

Die aufgezeigten Veränderungen durch die Einführung des interprof ACT Maßnahmenpakets auf Prozess- und Akteur*innenebene leisten einen Beitrag zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen in der stationären Altenpflege durch eine verbesserte Abstimmung und Informationsweitergabe zwischen den Akteur*innen. Um diese Verbesserung zu erreichen, ist jedoch die konsequente Implementierung und Beibehaltung des interprof ACT Maßnahmen notwendig. Hierzu gilt es die folgenden Problembereiche, die wir innerhalb unserer Untersuchungen beobachtet haben, zu adressieren.

Erstens, wird aus unseren Daten deutlich, dass Hausärzt*innen oftmals ein Kosten-Nutzen-Kalkül für die Implementierung der Maßnahmen anlegen. Vielen Hausärzt*innen ist jedoch der allgemeine und individuelle Nutzen der Maßnahmen unklar.

Als zweiter Problembereich wird aus den Daten eine unpräzise Informationsweitergabe in den Pflegeeinrichtungen bzgl. der Einführung und Umsetzung der Maßnahmen deutlich. Dadurch, dass die Pflegefachpersonen nicht ausreichend über die Maßnahmen informiert waren, wurde eine Stabilisierung, also Beibehaltung, der Maßnahmen verhindert. Durch die unzureichende Informierung wurde die Maßnahme nicht regelmäßig genug genutzt und Automatismen wurden nicht erzeugt.

Als dritter Problembereich werden unklare Verantwortlichkeiten und das Vergessen der Maßnahmen aus den Daten deutlich. Dadurch, dass Verantwortlichkeiten unklar sind und Maßnahmen in Vergessenheit geraten, wird eine dauerhafte Verankerung der Maßnahmen in der Organisation eingeschränkt.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Insgesamt führen diese Probleme dazu, dass, 1) die Implementierung der Maßnahmen schleppend verläuft, 2) die Maßnahmen wenig stabilisiert werden und 3) keine dauerhafte Verankerung der Maßnahmen erfolgt. Unsere Daten zeigen, dass drei Akteursgruppen zentral für diese Problembereiche der Einführung sind: die Hausärzt*innen für die Implementierung, die Pflegefachpersonen für die Stabilisierung und die Einrichtungsleitungen für die Verankerung der Maßnahmen. Um die Projektergebnisse nachhaltig zu gewährleisten, sollte an diesen Akteursgruppen ansetzen werden, um die Problembereiche zu adressieren und *interprof* ACT reibungslos einzuführen. Auf Basis unserer Daten geben wir im weiteren Verlauf Hinweise zur Weiterverwendung der Ergebnisse und für weiteren Forschungsbedarf.

Hinsichtlich der Hausärzt*innen beobachten wir, dass diese die Kosten und Nutzen der Maßnahmeneinführung abwägen. Bei einer positiven Einschätzung der Kosten-Nutzen-Relation kann es zu mehr Engagement von Hausärzt*innen bei der Maßnahmeneinführung kommen und somit die Implementierung von interprof ACT verbessert werden. Deshalb ist unsere Empfehlung, vorwiegend Hausärzt*innen an der Umsetzung von interprof ACT zu überzeugen, bei denen eine positive Kosten-Nutzen-Relation wahrscheinlich ist. Unsere Daten deuten darauf hin, dass das eher der Fall bei Hausärzt*innen ist, die viele Bewohner*innen in einer Pflegeeinrichtung haben, weil hier der positive Einfluss von *interprof* ACT, z.B. weniger Anfragen in der Praxis, besonders schnell und besonders deutlich spürbar ist. Aus Sicht der Einrichtung ist die Überzeugung dieser Hausärzt*innen ebenfalls von Vorteil, weil diese ein hohes Volumen an Bewohner*innen betreuen und damit die Zusammenarbeit mit Hauptärzt*innen verbessert wird. Wenn die Hauptärzt*innen die *interprof* ACT Maßnahmen unterstützen, dann steigt zudem die Wahrscheinlichkeit von Spill-Over Effekten – also die Beeinflussung von anderen Hausärzt*innen – weil z.B. die Hausärzt*innen untereinander darüber sprechen oder die Pflegefachpersonen von den Maßnahmen berichten. Insgesamt kann dadurch eine straffere Implementierung erreicht werden. Ebenfalls sollten Hausärzt*innen überzeugt werden, die eine längere Anfahrt zur Einrichtung haben, weil hier der Einfluss von *interprof* ACT ebenfalls deutlicher spürbar wird, z.B. dadurch, dass die Anfahrten sich mehr lohnen. Ferner sollten Hausärzt*innen aus Gemeinschaftspraxen überzeugt werden. Die Erfahrungen aus *interprof* ACT deuten darauf hin, dass Gemeinschaftspraxen häufig mehr Patient*innen in Einrichtungen haben und zudem eine stärkere Spezialisierung der Ärzt*innen vorliegt, z.B. dass ein*e Hausärzt*in sich vorrangig um die Altenpflege kümmert. Diese Hausärzt*innen haben dann tendenziell mehr Kapazitäten für die Implementierung der Maßnahmen und der positive Einfluss der Maßnahmen wird schneller spürbar.

Hinsichtlich der Einbindung von Pflegefachpersonen wurde deutlich, dass diese aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen ein Bedürfnis zur Absicherung ihrer Handlungen haben. Eine Absicherung kann durch die *interprof* ACT Maßnahmen unterstützt werden, z.B. durch eine schnelle und präzise Abstimmung zwischen Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen. Indem die Absicherungsfunktion der Maßnahmen gegenüber den Pflegefachpersonen verdeutlicht wird, kann somit das Engagement der Pflegefachpersonen bei der Stabilisierung der Maßnahmen gesteigert werden.

Unsere Empfehlung ist deshalb eine gezielte Einbeziehung von Pflegefachpersonen in die Einführung und Umsetzung der *interprof* ACT Maßnahmen. Unsere Daten deuten an, dass insbesondere Pflegefachpersonen, die ein hohes Absicherungsbedürfnis haben, in die Einführung involviert werden sollten. Die Wirkungen, die durch diese Auswahl erzielt werden können, sind zum einen, dass der Nutzen der Maßnahmen schneller und direkter spürbar wird, und zum anderen, dass Pflegefachpersonen weniger Unsicherheit bei der Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen haben, weil sie besser abgesichert sind. Insgesamt kann dadurch erwartet werden, dass, aufgrund eines schnell spürbaren Nutzens der Maßnahmen, Pflegefachpersonen über die Erfolge der Maßnahmen im Team berichten und es dadurch zu einer Stabilisierung der Maßnahmen kommt. Welche weiteren Einflussfaktoren die Einbindung von Pflege-

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

fachpersonen begünstigten, z.B. das Alter der Pflegefachpersonen und die Ausführung weitere Funktionen und Rollen innerhalb der Einrichtung, kann in weiterer Forschung untersucht werden.

Letztlich kann man bei den Einrichtungsleiter*innen ansetzten, um die *interprof* ACT Maßnahmen langfristig in den Einrichtungen zu verankern. Leiter*innen können entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen, um zu ermöglichen, dass die Maßnahmen in den Strukturen, Routinen und Rollen der Einrichtungen eingebettet und somit nachhaltig in der Einrichtung verankert werden. Unsere Beobachtungen deuten darauf hin, dass die Leitungen an einer Verbesserung der Abläufe in den Einrichtungen interessiert sind, sich aber häufig nicht oder nur sehr begrenzt in die Umsetzung von *interprof* ACT einbringen. Weitere Forschung könnte hier ansetzen und untersuchen, durch welche Einflussnahme Einrichtungsleiter*innen die Umsetzung des *interprof* ACT Maßnahmenpakets fördert und die Einbettung der Maßnahmen in der Einrichtung unterstützen können. Beispielsweise könnte untersucht werden, ob eine Formalisierung der Maßnahmen z.B. durch das Zuweisen von konkreten Rollen unter den Pflegefachpersonen zu mehr Verantwortung bei der Einführung und Stabilisierung der Maßnahmen führt.

7.4 Diskussion zur gesundheitsökonomischen Evaluation

In der Gesamtschau fällt auf, dass die Intervention gesundheitsökonomisch umso besser dasteht, umso größer der Einfluss „schwerer Fälle“ auf das Ergebnis ist. Die ungünstigste ICER liefert Szenarioanalyse 2, in der durch den Complete-Case-Ansatz alle Verstorbenen ausgeschlossen wurden. Die günstigste ICER liefert Szenarioanalyse 3, in der nur Studienteilnehmer*innen mit Pflegestufe 4 oder 5 berücksichtigt wurden. Dies kann – bei aller Vorsicht bezüglich des Fehlens jedweder statistischen Signifikanz – dahingehend interpretiert werden, dass die Intervention aus der gesundheitsökonomischen Perspektive vor allem dann Potenztial hat, wenn Personen schwer beeinträchtigt sind und dementsprechend eine große Wahrscheinlichkeit für z.B. (potenziell vermeidbare) Krankenhauseinweisungen besteht.

Die Kostenvergleichsanalyse zeigte, dass die Intervention in allen Szenarien mit niedrigeren Kosten assoziiert ist als die Kontrollbedingung, allerdings in keinem Szenario mit statistischer Signifikanz. Zusammenfassend können die Ergebnisse dahingehend interpretiert werden, das zwischen Interventions- und Kontrollbedingung keine validen interpretierbaren Unterschiede bezüglich Kosten und QALYs gefunden wurden. Es zeigten sich jedoch klare Hinweise darauf, dass die Intervention desto günstigere Kosteneffektivitätsrelationen aufzeigt, umso schwerer die Beeinträchtigung der Studienteilnehmer*innen war.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Unsere Studie konnte die statistische Signifikante Reduzierung von vermeidbaren Krankenhausaufenthalten durch die Intervention *interprof* ACT nicht nachweisen. Dennoch können die Ergebnisse der Prozessevaluationen sowie der gesundheitsökonomischen Evaluation für weitere Untersuchungen nach der Veröffentlichung der vollständigen Studienergebnisse weiter genutzt werden. Diese Begleitstudien weisen darauf hin, dass die einzelnen *interprof* ACT-Maßnahmen grundsätzlich lokal umsetzbar sind (abgesehen von Zielvereinbarungstreffen) und lokal zu Anpassungen in den Strukturen und Prozessen der Zusammenarbeit geführt haben. Dies wurde aber nicht konsistent in allen Einrichtungen und in allen Bereichen der Zusammenarbeit und medizinischen Versorgung, nicht stabil über die Zeit und nicht mit gleicher Einbindung und Mitwirkung aller Beteiligten, insbesondere mit unzureichender Bewohner*innen- und Pflegeteameinbindung umgesetzt. Diese Aspekte können in Folgestudien bei der (Weiter-) Entwicklung von Interventionen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Hausärtz*innen und Pflegefachpersonen in der stationären Pflege Berücksichtigung finden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Auch die deutlichen Hinweise der gesundheitsökonomischen Evaluation zum besseren Kosten-Nutzen-Verhältnis der Intervention unter Bewohner*innen mit höherem Beeinträchtigungsgrad kann für die Fokussierung auf den Bedarf dieser spezifischen Bewohner*innenzielgruppe genutzt werden.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Erfolgte Publikation

Müller, C., Hesjedal-Streller, B., Fleischmann, N., Tetzlaff, B., Mallon, T., Scherer, M., Köpke, S., Balzer, K., Gärtner, L., Maurer, I., Friede, T., König, H.-H. & Hummers, E. (2020). Effects of strategies to improve general practitioner-nurse collaboration and communication in regard to hospital admissions of nursing home residents (interprof ACT): study protocol for a cluster randomised controlled trial. Trials, 21(1), 913. https://doi.org/10.1186/s13063-020-04736-x

Geplante Publikationen

Kortkamp, Weber. (2022). Upholding of routines in interprofessional collaboration: A qualitative study in nursing homes. Konferenzpapier. Angestrebtes Journal: noch nicht festgelegt.

Lüth**,** F. et al. (2022). Determinants of implementation of the interprof ACT interventions: Resuls of a mixed methods process evaluation (working title). Angestrebtes Journal: Implementation Science (Einreichung März 2022, nach erfolgreicher Verteidigung der Masterarbeit von Frederike Lüth zu diesem Thema)

Mazur, A., Tetzlaff, B.[3], Scherer, M., Köpke, S., Balzer, K., Gärtner, L., Lüth, F., Maurer, I., Weber, C., Kortkamp, C., Friede, T., Pfeifer, S., Kloidt, A.-M., König, H.-H., Konnopla, A., Hummers, E., Müller, C. (2022). Effects of strategies to improve general practitioner-nurse collaboration and communication in regard to hospital admissions of nursing home residents (interprof ACT): a cluster randomised controlled trial (working title). Angestrebtes Journal: BMJ

Muntendorf, L., Konnopka, A., König, H.-H., Friede, T., Pfeifer, S., Hummers, E. (2022). Cost-effectiveness of inter-professional collaboration to reduce hospitalisations in nursing home residents: Results from the German interprof ACT trial. Angestrebtes Journal: Value in Health. Alternatives Journal: European Journal of Health Economics.

Weber**,** C., Kortkamp, C., Maurer, I., Hummers, E. (2022). Boundary work in response to professionals' contextual constraints: Micro-strategies in interprofessional collaboration. Angestrebtes Journal: Eingereicht beim Journal *Organization Studies*, zurzeit in der 2. Bearbeitungsrunde.

[3] Geteilte Erstautorenschaft.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

10. Literaturverzeichnis

Balzer, K., Butz, S., Bentzel, J., Boulkhemair, D. & Lühmann, D. (2013). *Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland*. DIMDI. https://doi.org/10.3205/hta000108L

Bienstein, C. & Bohnet-Joschko, S. (2015). *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. Witten. Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit.

Bock, J.-O., Brettschneider, C., Seidl, H., Bowles, D., Holle, R., Greiner, W. & König, H.-H. (2015). Ermittlung standardisierter Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheitsökonomische Evaluation: Calculation of standardised unit costs from a societal perspective for health economic evaluation. *Das Gesundheitswesen: Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, medizinischer Dienst, public health, öffentlicher Gesundheitsdienst, Versorgungsforschung*, *77*(1), 53–61.

Brühmann, B. A., Reese, C., Kaier, K., Ott, M., Maurer, C., Kunert, S., Saurer, B. R. & Farin, E. (2019). A complex health services intervention to improve medical care in long-term care homes: study protocol of the controlled coordinated medical care (CoCare) study. *1472-6963*, *19*(1), 332. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4156-4

Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health. (2002). *Partnership Self-Assessment Tool-Questionaire (PSAT)*. https://atrium.lib.uoguelph.ca/xmlui/bitstream/handle/10214/3129/Partnership_Self-Assessment_Tool-Questionnaire_complete.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Digby, R., Lee, S. & Williams, A. (2017). The experience of people with dementia and nurses in hospital: an integrative review. *Journal of clinical nursing*, *26*(9-10), 1152–1171. https://doi.org/10.1111/jocn.13429.

Dwyer, R., Gabbe, B., Stoelwinder, J. U. & Lowthian, J. (2014). A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age and ageing*, *43*(6), 759–766. https://doi.org/10.1093/ageing/afu117

Engels, D. & Pfeuffer, F. (2007). Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen. In U. Schneekloth & W. H. Wahl (Hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) –: Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für „Good Practice". Integrierter Abschlussbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (S. 233–300).

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. https://doi.org/10.1186/s12875-016-0522-z

Flo, E., Husebo, B. S., Bruusgaard, P., Gjerberg, E., Thoresen, L., Lillemoen, L. & Pedersen, R. (2016). A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes. *1471-2318*, *16*, 24. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0179-4

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Grant, A., Treweek, S., Dreischulte, T., Foy, R. & Guthrie, B. (2013). Process evaluations for cluster-randomised trials of complex interventions: a proposed framework for design and reporting. *1468-6694*, *14*, 15. https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-15

Graverholt, B., Forsetlund, L. & Jamtvedt, G. (2014). Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *1472-6963*, *14*, 36. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-36

Günster, C., Klose, J., Schmacke, N. & Bartholomeyzik, S. (Hrsg.). (2012). *Versorgungsreport 2012: Schwerpunkt: Gesundheit im Alter; mit 64 Tabellen* (1. Nachdr). Schattauer.

Haber, S. G., Wensky, S. G. & McCall, N. T. (2017). Reducing Inpatient Hospital and Emergency Room Utilization Among Nursing Home Residents. *Journal of aging and health*, *29*(3), 510–530. https://doi.org/10.1177/0898264316641074

Harrison, J. K., McKay, I. K., Grant, P., Hannah, J. & Quinn, T. J. (2016). Appropriateness of unscheduled hospital admissions from care homes. *Clinical medicine (London, England)*, *16*(2), 103–108. https://doi.org/10.7861/clinmedicine.16-2-103

Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M., Kind, P., Parkin, D., Bonsel, G. & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *1573-2649*, *20*(10), 1727–1736. https://doi.org/10.1007/s11136-011-9903-x

Holle, D., Halek, M., Mayer, H. & Bartholomeyczik, S. (2011). Die Auswirkungen der Verstehenden Diagnostik auf das Belastungserleben Pflegender im Umgang mit Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe [The influence of understanding diagnostics on perceived stress of nurses caring for nursing home residents with dementia]. *Pflege*, *24*(5), 303–316. https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000143

Innovationsfonds. *SaarPHIR - Saarländische Pflegeheimversorgung Integriert Regelhaft*. https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/saarphir-saarlaendische-pflegeheimversorgung-integriert-regelhaft.95.

Kada, O., Brunner, E., Likar, R., Pinter, G., Leutgeb, I., Francisci, N., Pfeiffer, B. & Janig, H. (2011). Vom pflegeheim ins krankenhaus und wieder zurück… Eine multimethodale analyse von krankenhaustransporten aus alten- und pflegeheimen [From the nursing home to hospital and back again… A mixed methods study on hospital transfers from nursing homes]. *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*, *105*(10), 714–722. https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.03.023

Kane, R. L., Huckfeldt, P., Tappen, R., Engstrom, G., Rojido, C., Newman, D., Yang, Z. & Ouslander, J. G. (2017). Effects of an Intervention to Reduce Hospitalizations From Nursing Homes: A Randomized Implementation Trial of the INTERACT Program. *JAMA internal medicine*, *177*(9), 1257–1264. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.2657

Kirsebom, M., Hedström, M., Wadensten, B. & Pöder, U. (2014). The frequency of and reasons for acute hospital transfers of older nursing home residents. *Archives of gerontology and geriatrics*, *58*(1), 115–120. https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.08.002

Krause, O., Wiese, B., Doyle, I.-M., Kirsch, C., Thürmann, P., Wilm, S., Sparenberg, L., Stolz, R., Freytag, A., Bleidorn, J. & Junius-Walker, U. (2019). Multidisciplinary intervention to improve medication safety in nursing home residents: protocol of a cluster randomised controlled trial (HIOPP-3-iTBX study). *1471-2318*, *19*(1), 24. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1027-0

Ludwig, K., Graf von der Schulenburg, J.-M. & Greiner, W. (2018). German Value Set for the EQ-5D-5L. *PharmacoEconomics*, *36*(6), 663–674. https://doi.org/10.1007/s40273-018-0615-8

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

McDermott, C., Coppin, R., Little, P. & Leydon, G. (2012). Hospital admissions from nursing homes: a qualitative study of GP decision making. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, *62*(601), e538-45. https://doi.org/10.3399/bjgp12X653589

Miles, M. B., Huberman, A. M. & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (Edition 3). Sage.

Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'Cathain, A., Tinati, T., Wight, D. & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *1756-1833*, *350*, h1258. https://doi.org/10.1136/bmj.h1258

Mukadam, N. & Sampson, E. L. (2011). A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. *International psychogeriatrics*, *23*(3), 344–355. https://doi.org/10.1017/S1041610210001717

Müller, C., Hesjedal-Streller, B., Fleischmann, N., Tetzlaff, B., Mallon, T., Scherer, M., Köpke, S., Balzer, K., Gärtner, L., Maurer, I., Friede, T., König, H.-H. & Hummers, E. (2020). Effects of strategies to improve general practitioner-nurse collaboration and communication in regard to hospital admissions of nursing home residents (interprof ACT): study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*, *21*(1), 913. https://doi.org/10.1186/s13063-020-04736-x

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. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.02.005

Ouslander, J. G., Lamb, G., Tappen, R., Herndon, L., Diaz, S., Roos, B. A., Grabowski, D. C. & Bonner, A. (2011). Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. *Journal of the American Geriatrics Society*, *59*(4), 745–753. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03333.x

Pfadenhauer, L. M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl, K. B., Booth, A., Hofmann, B., Wahlster, P., Polus, S., Burns, J., Brereton, L. & Rehfuess, E. (2017). Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation science: IS*, *12*(1), 21. https://doi.org/10.1186/s13012-017-0552-5

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, *6*, CD000072. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3

Richter, C., Berg, A., Langner, H., Meyer, G., Köpke, S., Balzer, K., Wolschon, E.-M., Silies, K., Sönnichsen, A., Löscher, S., Haastert, B., Icks, A., Wolf, U. & Fleischer, S. (2019). Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): a cluster-randomised controlled trial. *Age and ageing*, *48*(3), 419–425. https://doi.org/10.1093/ageing/afz016

Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. BMC Health Services Research, 17, 88. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8

Threapleton, D. E., Chung, R. Y., Wong, S. Y. S., Wong, E., Chau, P., Woo, J., Chung, V. C. H. & Yeoh, E.-K. (2017). Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, *29*(3), 327–334. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx041

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Tsakitzidis, G., Timmermans, O., Callewaert, N., Verhoeven, V., Lopez-Hartmann, M., Truijen, S., Meulemans, H. & van Royen, P. (2016). Outcome Indicators on Interprofessional Collaboration Interventions for Elderly. *1568-4156*, *16*(2), 5. https://doi.org/10.5334/ijic.2017

van den Bussche, H., Jahncke-Latteck, Ä.-D., Ernst, A., Tetzlaff, B., Wiese, B. & Schramm, U. (2013). Zufriedene Hausärzte und kritische Pflegende - Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung zu Hause lebender Menschen mit Demenz. *1439-4421*, *75*(5), 328–333. https://doi.org/10.1055/s-0032-1321754

Weening-Verbree, L., Huisman-de Waal, G., van Dusseldorp, L., van Achterberg, T. & Schoonhoven, L. (2013). Oral health care in older people in long term care facilities: a systematic review of implementation strategies. *International journal of nursing studies*, *50*(4), 569–582. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.004

Wolpert, M., Sharpe, H., Humphrey, N., Patalay, P. & Deighton, J. (2016). *EBPU Logic Model*. https://www.ucl.ac.uk/evidence-based-practice-unit/sites/evidence-based-practice-unit/files/pub_and_resources_resrouces_for_profs_logic_model_2017.pdf.

11. Anhang

Veröffentlichung

Anhang 1: *interprof* ACT Study Protocol

Biometrie

Anhang 2: Baselinecharakteristika

Anhang 3: Nutzung von anderen medizinischen Dienstleistungen

Anhang 4: Demenz-Screening-Skala

Anhang 5: Unerwünschte Ereignisse

Quantitative Prozessesvaluation

Anhang 6: Logisches Modell

Anhang 7: Schriftliche Befragung der Bewohner*innen

Anhang 8: Schriftliche Befragung der Leitungsebene innerhalb der Pflegeheime

Anhang 9: Schriftliche Befragung der Pflegefachpersonen

Anhang 10: Schriftliche Befragung der Hausärzt*innen

Anhang 11: Schriftliche und mündliche Befragung der interprof ACT-Verantwortlichen

Anhang 12: Fragebögen zur Schulung

Anhang 13: Fragebögen zu den Messzeitpunkten T1 und T2

Anhang 14: Supervision

Anhang 15: Schriftliche Befragung der Teilnehmer*innen des Kick-off-Treffens

Anhang 16: Dokumentation durch die Studienmitarbeiter*innen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anhang 17: Diskutierte Teilaspekte der interprof ACT-Maßnahmen

Anhang 18: Veränderungen in den Einstellungen, aktuellen Praxis, Qualität und Zufriedenheit zu den interprof ACT-Maßnahmen

Anhang 19: Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie in der Qualität der medizinischen Versorgung

12. Anlagen

Vorbereitungsphase

Anlage 1: Handbuch für die interprof ACT Verantwortlichen

Anlage 2: Hand- und Arbeitsbuch für die interprof ACT Verantwortlichen - Kontrollgruppe

Anlage 3: SOP1 Vorgehen, Rekrutierung und Einschluss Bewohner

Anlage 4: Anlage SOP2 Benutzerleitfaden für verblindete Datenerheber bei T1 und T2

Anlage 5: SOP2 Vorgehen Basisdatenerhebung T0

Anlage 6: SOP2 Vorgehen Datenerhebung T1

Anlage 7: SOP2 Vorgehen Datenerhebung T2

Anlage 8: SOP3 Vorgehen vor und nach der Randomisierung

Anlage 9: Anlage SOP3 Randomisierungstabelle

Anlage 10: Anlage SOP3 Standardtexte zur Mitteilung der Gruppenzuteilung an die Pflegeeinrichtung

Anlage 11: SOP4 Kick-off Treffen

Anlage 12: SOP5 zur Dateneingabe

Anlage 13: SOP Dateneingabe und Review A im Rahmen PE-Datenbank

Anlage 14: SOP7 Manual zur IPA-Supervision

Anlage 15: Protokoll zur Begleitung der IPAV

Anlage 16: SOP8 Review A

Intervention

Anlage 17: Agenda der ersten Schulung der/des IPAV

Anlage 18: Tabelle Meinungsbild Pflege

Anlage 19: Checkliste zur Einführung der Maßnahmen Maximalversion

Anlage 20: Checkliste Maßnahmeneinführung

Anlage 21: Ablauf und Rollenverteilung während der Kick-off Veranstaltung

Anlage 22: Ablaufplan für die Kick-off Veranstaltung

Anlage 23: Tabellen Einladungen zum Kick-off Treffen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlage 24: Einladung zum Kick-off Treffen für alle außer Hausärzt*innen

Anlage 25: Einladung zum Kick-off Treffen für Hausärzt*innen

Anlage 26: Anschreiben für Hausärzt*inne bei Nicht-Teilnahme am Kick-off Treffen

Anlage 27: Tabelle Meinungsbild Hausärzt*innen bei Nicht-Teilnahme am Kick-off Treffen

Anlage 28: Kurzer Überblick über Inhalte und Ablauf des Kick-off Treffens

Anlage 29: Formularen zum Maßnahmenpaket

Anlage 30: Checkliste zur Vorbereitung des IPAV auf das Kick-off Treffen

Anlage 31: Agenda für das Kick-off Treffen - Flip Chart

Anlage 32: PowerPoint Präsentation für das Kick-off Treffen

Anlage 33: Tabelle Meinungsbild für das Kick-off Treffen

Anlage 34: Moderationsleitfaden für das Kick-off Treffen via Videokonferenz

Anlage 35: Ergebniszusammenfassung des Kick-off Treffens

Anlage 36: Protokoll des Kick-off Treffens für IPAV

Anlage 37: Anschreiben zu den Ergebnissen des Kick-off Treffens für teilnehmende Hausärzt*innen

Anlage 38: Anschreiben zu den Ergebnissen des Kick-off Treffens für nicht-teilnehmende Hausärzt*innen

Anlage 39: Übersichtsplan interprof ACT für IPAV

Anlage 40: Aushang zu Hauptansprechpartner*in im Heim

Anlage 41: Kontaktliste Erreichbarkeit der Hausärzt*innen und Hauptansprechpartner*innen

Anlage 42: Faxformular

Anlage 43: Ablauf Hausbesuch

Anlage 44: Formular zur Standardbedarfsmedikation

Anlage 45: Informationen zum Zielvereinbarungstreffen für Bewohner*innen

Anlage 46: Zielvereinbarungsformular

Anlage 47: Kleine Kitteltaschenkarte für Zielvereinbarungstreffen

Anlage 48: Große Kitteltaschenkarte für Zielvereinbarungstreffen

Anlage 49: Mitteilung zur Interventionseinführung für Bewohner*innen und Betreuer*innen

Anlage 50: Faxvorlage zum Versenden der Checkliste an das interprof ACT-Studienteam

Anlage 51: Information zum Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit für das Heim

Datenerhebung

Anlage 52: Tabelle zur Übersicht der Datenerhebungen

Anlage 53: CRF Ein- und Ausschlusskriterien der Einrichtung

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlage 54: CRF Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung T0

Anlage 55: CRF Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung T2

Anlage 56: CRF B Ein- und Ausschlusskriterien der Bewohner*innen

Anlage 57: CRF Stammdaten der Bewohner*innen T0

Anlage 58: CRF Primäre/Sekundäre Outcomes der Bewohner*innen T0

Anlage 59: CRF Dementia Screening Scale der Bewohner*innen T0

Anlage 60: CRF Fragen zur Lebensqualität bei Alzheimer-Demenz proxy

Anlage 61: CRF Fragen zur Lebensqualität bei Alzheimer-Demenz self

Anlage 62: CRF EQ-5D-5L T0

Anlage 63: CRF Primäre/Sekundäre Outcomes der Bewohner*innen T1

Anlage 64: CRF Primäre/Sekundäre Outcomes der Bewohner*innen T2

Anlage 65: CRF Nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte

Datenauswertung

Anlage 66: Statistical Analysis Plan

Quantitative Prozessevaluation

Anlage 67: Fragebogen für Hausärzt*innen T0

Anlage 68: Fragebogen für Hausärzt*innen T2

Anlage 69: Fragebogen für Pflegenden T0

Anlage 70: Fragebogen für Pflegenden T2

Anlage 71: Fragebogen für Bewohner*innen T2

Anlage 72: Fragebogen zur Evaluation des Kick-off Treffens für Teilnehmer*innen

Anlage 73: Fragebogen zur Evaluation des Kick-off Treffens für Moderator*innen

Anlage 74: Fragebogen zur Evaluation der ersten IPAV-Schulung für IPAV

Anlage 75: Fragebogen zur Evaluation der zweiten IPAV-Schulung für IPAV

Anlage 76: IPAV-Fragebogen T1

Anlage 77: IPAV-Fragebogen T2

Anlage 78: Fragebogen zum IPAV-Wechsel

Anlage 79: Basis-Fragebogen IPAV-Wechsel

Anlage 80: Fragebogen zu Allgemeinen Angaben der Schulenden

Anlage 81: Befragung der Erfasserin/ des Erfassers zur Verblindung

Anlage 82: Protokoll zur ersten IPAV-Schulung

Anlage 83: Protokoll zur zweiten IPAV-Schulung

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anlage 84: Protokoll zur IPAV-Nachschulung

Anlage 85: Protokoll zur Supervision der IPAV

Anlage 86: Kurzbogen zur Supervision der Einrichtung

Anlage 87: Protokoll des Kick-off Treffens

Anlage 88: Detaillierte Übersicht über die Prozessevaluation

Qualitative Prozessevaluation

Anlage 89: Information für die Heimleitung

Anlage 90: Einverständniserklärung für die Heimleitung

Anlage 91: Information zur Beobachtung für die Pflegenden

Anlage 92: Information zum Interview für die Pflegenden

Anlage 93: Information zur Beobachtung für die IPAV

Anlage 94: Information zum Interview für die IPAV

Anlage 95: Einverständniserklärung für die Beobachtung

Anlage 96: Einverständniserklärung für das Interview

Anlage 97: Information zum Interview für die Hausärzt*innen

Anlage 98: Information zur Beobachtung für die Hausärzt*innen

Anlage 99: Information zur Beobachtung für die Bewohner*innen

Anlage 100: Einverständniserklärung für die Beobachtung – Bewohner*innen

Anlage 101: Leitfaden für die nicht-teilnehmende Beobachtung

Anlage 102: Leitfaden für das halbstrukturierte Interview T0

Anlage 103: Leitfaden für das halbstrukturierte Interview Kontrollgruppe T1 T2

Anlage 104: Leitfaden für das halbstrukturierte Interview Interventionsgruppe T1 T2

Monitoring

Anlage 105: Monitoring Plan

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Anhang 1:
Müller, C., Hesjedal-Streller, B., Fleischmann, N., Tetzlaff, B., Mallon, T., Scherer, M., ... & Hummers, E. (2020). Effects of strategies to improve general practitioner-nurse collaboration and communication in regard to hospital admissions of nursing home residents (interprof ACT): study protocol for a cluster randomised controlled trial. Trials, 21(1), 1-14.

abrufbar unter:
https://doi.org/10.1186/s13063-020-04736-x

Anhang 2: Baselinecharakteristika

Die Baselinecharakteristika der Pflegeeinrichtungen und der teilnehmenden Bewohner*innen sind in Tabelle 1 und Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 1: Wohnheim-Charakteristika (Einschluss).

	Kontrolle (n=17)	**Intervention (n=17)**
Trägerschaft [N (%)]:		
(Frei)gemeinnützig	3 (18%)	7/ (44%)
Privat	13 (76%)	8 (50%)
Kommunal/öffentlich	1 (6%)	0
Kirchlich	0	1 (6%)
(Kontrolle n=16)		
Population <100.000 [N (%)]	8 (47%)	8 (50%)
Vollstationäre Langzeitpflege (Mittelwert [Min, Max]):		
Tatsächliche Plätze *(Kontrolle n=16)*	96 [41, 162]	103 [42, 255]
Belegte Plätze *(n=16)*	89 [41, 151]	94 [39, 211]
Auslastung (%) *(n=16)*	94 [77, 100]	93 [80, 100]
Davon eingestreut in Kurzzeitpflege *(n=15)*	4 [0, 16]	3 [0, 8]
Belegte Plätze *(n=16)*	3 [0, 10]	2 [0, 7]
Auslastung (%) *(Intervention n=8, Kontrolle n=10)*	45 [0, 100]	46 [0, 100]
Anzahl der Wohnbereiche (Mittelwert [Min, Max])	3 [1, 6]	4 [1, 8]
Pflegegrad (Mittelwert [Min, Max])	3.2 [2.6, 3.9]	3.3 [2.8, 4.3]
Mit pflegefachlichem Schwerpunkt [N (%)] *(Kontrolle n=15)*	1 (6%)	3 (20%)

*Tabelle 2: Bewohner*innen-Charakteristika (Einschluss).*

		Kontrolle (n=323)	**Intervention (n=320)**	**Gesamt (n=643)**
Alter zu Baseline (in Jahren)	Mittelwert (SD)	82.1 (11.1)	81.4 (12.2)	81.8 (11.7)
	Median (IQR)	84.0 (78.0 - 90.0)	84.0 (76.0 - 90.0)	84.0 (77.0 – 90.0)
Geschlecht [N (%)]	Männlich	108 (33.4%)	99 (30.9%)	207 (32.2%)
	Weiblich	215 (66.6%)	221 (69.1%)	436 (67.8%)

Versicherungsart [N (%)] ***(Intervention n=319, Kontrolle n=321, Gesamt n=640)***	Gesetzlich versichert	309 (96.3%)	291 (91.2%)	600 (93.8%)
	Über Beihilfe privat	1 (0.3%)	3 (0.9%)	4 (0.6%)
	Privat versichert (nur Vollversicherung, keine Zusatzversicherung)	11 (3.4%)	25 (7.8%)	36 (5.6%)
Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfe [N (%)] ***(Intervention n=317, Kontrolle n=320, Gesamt n=637)***	Ja	110 (34.4%)	78 (24.6%)	188 (29.5%)
	Nein	210 (65.6%)	239 (75.4%)	449 (70.5%)
Pflegegrad ***(Intervention n=319, Kontrolle n=322, Gesamt n=641)***	Mittelwert (SD)	3.0 (1.1)	3.2 (1.1)	3.1 (1.1)
	Median (IQR)	3.0 (2.0 – 4.0)	3.0 (2.0 – 4.0)	3.0 (2.0 – 4.
	PG0	5 (1.6%)	3 (0.9%)	8 (1.2%)
	PG1	10 (3.1%)	5 (1.6%)	15 (2.3%)
	PG2	108 (33.5%)	87 (27.3%)	195 (30.4%)
	PG3	102 (31.7%)	94 (29.5%)	196 (30.6%)
	PG4	57 (17.7%)	79 (24.8%)	136 (21.2%)
	PG5	40 (12.4%)	51 (16.0%)	91 (14.2%)
Gesetzliche Betreuung für die Gesundheitssorge vorhanden [N (%)] ***(Intervention n=315, Gesamt n=638)***	Ja	171 (52.9%)	173 (54.9%)	344 (53.9%)
	Nein	152 (47.1%)	142 (45.1%)	294 (46.1%)
Zeit vom Einzug des Bewohners bis zur Randomisierung (Jahre)	Mittelwert (SD)	*3.2 (3.7)*	*3.9 (4.4)*	*3.5 (4.1)*
	Median (IQR)	*2.0 (0.9 – 4.0)*	*2.9 (1.5 – 5.1)*	*2.5 (1.2 – 4.7)*
Dokumentierte Diagnose [N (%)]	Ja	*321 (99.4%)*	*314 (98.1%)*	*635 (98.8%)*
	Nein	*2 (0.6%)*	*6 (1.9%)*	*8 (1.2%)*

Anhang 3: Nutzung von anderen medizinischen Dienstleistungen

Tabelle 3: Deskriptive Ergebnisse der Nutzung von anderen medizinischen Leistungen

Andere medizinische Leistungen	Kontrolle (n=323)	Intervention (n=320)

Rehabilitation [N (%)]		8 (2.5%)	4 (1.3%)
Kassenärztlicher Notdienst (Mittelwert [Min, Max])		0.4 [0, 4]	0.6 [0, 5]
Rettungsdienst (Mittelwert [Min, Max])	0.6 [0, 13]		0.6 [0, 7]
Hausärztliche Versorgung (Mittelwert [Min, Max]):			
Hausärztlicher Kontakt (ohne resultierenden Besuch)		12.4 [0, 67]	14.2 [0, 108]
Hausarzt-Besuch im Heim		14.1 [0, 68]	10.0 [0, 43]
Hausarzt-Besuch in Praxis		0.3 [0, 19]	0.2 [0, 11]
Fachspezialist, ausgewählte (Gesamtanzahl (Verhältnis)):			
Neurologe/Psychiater		821 (2.54)	846 (2.64)
Zahnarzt		295 (0.91)	354 (1.11)
Fachärztlicher Internist		184 (0.57)	181 (0.57)
Hals-Nasen- Ohren-Arzt		158 (0.49)	223 (0.70)
Urologe		145 (0.45)	236 (0.74)
Therapeutische Leistungen (Gesamtanzahl (Verhältnis)):			
Ergotherapie oder Arbeitstherapie		3421 (10.59)	143 (0.45)
Krankengymnastik		1088 (3.37)	620 (1.94)
Medizinische Fußpflege		96 (0.30)	118 (0.37)
Sprachtherapie		72 (0.22)	159 (0.50)
Heilpraktiker/Osteopath		0 (0.0)	0 (0.0)
Krankentransport (Mittelwert [Min, Max])		0.8 [0, 12]	0.8 [0, 8]

Anhang 4: Demenz-Screening-Skala

Tabelle 4: Deskriptive Analyse der Demenz-Screening-Skala.

Erhebungs-zeitpunkt	Studiengruppe	N	Mittelwert (SD)	Median	[Min, Max]
DSS-Werte aller Bewohner*innen:					
BL	Kontrolle	321	4.1 (4.5)	3.0	[0, 14]
BL	Intervention	316	4.6 (4.6)	3.0	[0, 14]
FU 12	Kontrolle	207	4.0 (4.5)	2.0	[0, 14]
FU 12	Intervention	209	4.9 (4.9)	3.0	[0, 14]
DSS-Werte der Bewohner*innen, bei denen beide Werte vorhanden waren:					
BL	Kontrolle	206	3.3 (4.0)	2.0	[0, 14]
BL	Intervention	207	4.0 (4.3)	2.0	[0, 14]
FU 12	Kontrolle	206	4.0 (4.5)	2.0	[0, 14]

FU 12	Intervention	207	4.9 (4.9)	3.0	[0, 14]
Ergebnis Wilcoxon-Rangsummentest für die Differenzen der DSS-Werte					
			Teststatistik		**p-Wert**
			0.0570		0.95

Erklärungen: DSS: Dementia Screening Scale, BS: Baseline, FU 12: 12-Monats Follow-Up

Anhang 5: Unerwünschte Ereignisse

Tabelle 5: Ergebnisse des verallgemeinerten linearen gemischten Modells (GLMM) und des linearen Schätzungsgleichungsmodells (GEE) für die unerwünschten Ereignisse.

Ereignis	Kontrolle (n=323)	Intervention (n=320)	p-Wert
Sturz	147 (45.5%)	149 (46.6%)	
GLMM			0.72
GEE			0.71
Knochenbruch*	15 (4.6%)	17 (5.3%)	
GLMM			-
GEE			0.65
Pneumonie*	15 (4.6%)	17 (5.3%)	
GLMM			-
GEE			0.65
Chronische Wunden/Hautveränderungen:	82 (25.4%)	78 (24.4%)	
GLMM			0.85
GEE			0.67
****Dieses Modell konvergiert nicht aufgrund der geringen Anzahl an Ereignissen bezüglich der Anzahl der Wohnheime*			

Anhang 6: Logisches Modell

Grundlage für die Prozessevaluation war ein logisches Modell (Abbildung 1), das den erwarteten Kausalpfad (Wirkmodell) des *interprof* ACT-Maßnahmenpakets und mögliche moderierende Effekte relevanter Kontextfaktoren veranschaulicht (Threapleton et al. 2017; Pfadenhauer et al. 2017, Wolpert et al. 2016). Die Prozessevaluation untersuchte die Umsetzung der Implementierungsstrategien und des Maßnahmenpakets, die Effekte in den Veränderungsmechanismen („change mechanisms“) sowie die auf den unterschiedlichen Ebenen liegenden Kontextfaktoren.

Die im logischen Modell dargestellten Veränderungsmechanismen entsprachen den intermediären Zielgrößen in der Evaluation von *interprof* ACT und beinhalteten die folgenden Kernelemente der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Primärversorgung älterer, chronisch und/oder mehrfach erkrankter Menschen (Tsakitzidis et al. 2017): Zielsetzung, interprofessionelle Kommunikation, Koordination von Versorgungsentscheidungen und -planung, Einbindung der Bewohner*innen und Art des Beitrags der beteiligten Berufe. Diese genannten

Kernelemente wurden von dem *interprof* ACT-Maßnahmenpaket direkt oder indirekt adressiert.

Die Kontextfaktoren stützten sich auf aktuelle theoretische und empirische Evidenz zu Einflüssen gesellschaftlicher, organisations- und personenbezogener Faktoren auf die Qualität der multiprofessionellen Versorgung älterer chronisch und/oder mehrfach erkrankter Menschen und sind nach Makro-, Meso- und Mikroebene differenziert (Threapleton et al. 2017). Im Rahmen der Prozessevaluation wurden vorrangig die Kontextfaktoren der Mikro- und Mesoebene untersucht.

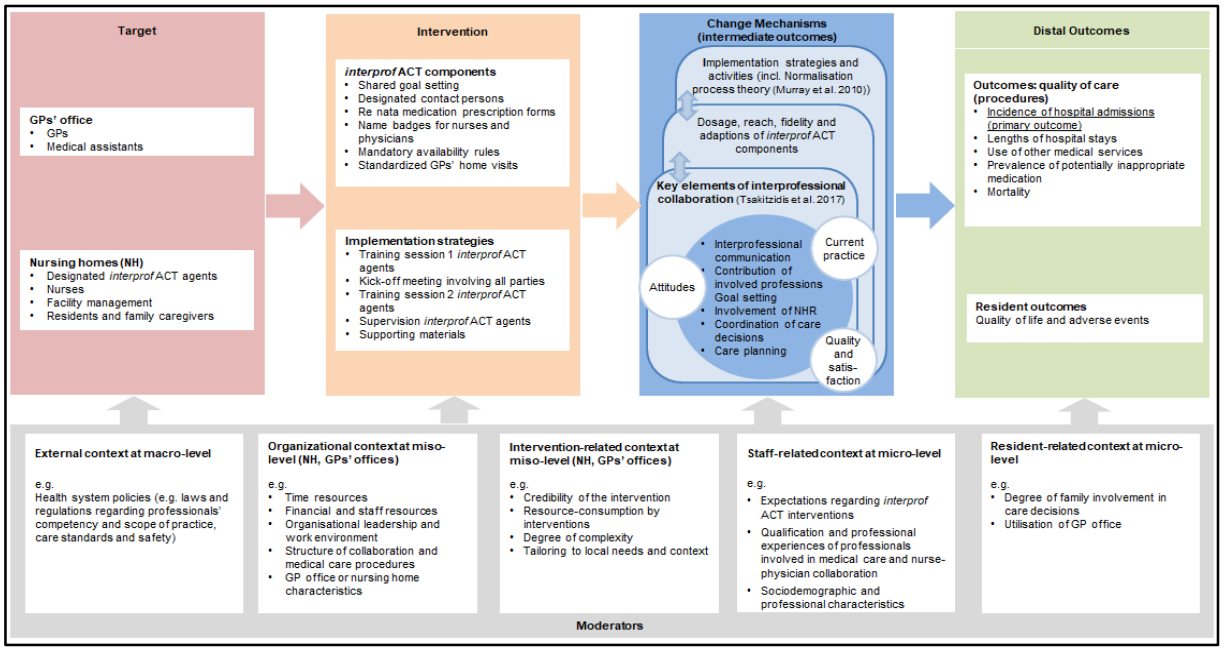


Abbildung 1: Logisches Modell der quantitativen Prozessevaluation

Anhang 7: Schriftliche Befragung der Bewohner*innen

Die Befragung erfolgte zu den Messzeitpunkten T0a (vor der Randomisierung) und T2 anhand eines Fragebogens. Dieser konnte von den Bewohner*innen entweder selbstständig ausgefüllt werden oder das Studienteam las die Fragen vor und dokumentierte die gegebenen Antworten. Der Fragebogen erhielt Items aus bereits bestehenden Instrumenten sowie selbstentwickelten Fragen. Insgesamt bestand der Fragebogen aus 14 Items verteilt auf vier Zielgrößendomänen entsprechend dem logischen Modell (Tabelle 6). Ein Prä-Test des Fragebogens auf Verständlichkeit und Beantwortbarkeit erfolgte bei den eingeschlossenen Bewohner*innen der ersten zwei Pflegeheime an den Standorten Göttingen und Hamburg.

*Tabelle 6: Konstrukte des Fragebogens der Bewohner*innen*

Zielgrößendomäne	Subdomänen	Dimensionen	Instrumente	Messzeitpunkt	
				T0a	T2
Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen	Strukturierter Hausbesuch	Qualität und Zufriedenheit	Selbst entwickelte Items	X	X
Kernelemente der interprofessionellen Zusammenarbeit	Interprofessionelle Kommunikation, Einbindung der Bewohner*innen	Aktuelle Praxis (Reichweite, Dauer), Qualität und Zufriedenheit	ZAP, Koverdem	X	X

Allgemeine (medizinische) Versorgung der Bewohner*innen	-	Qualität und Zufriedenheit	ZAP, EUROPEP, selbst entwickelte Items	X	X
Bewohnerbezogene Kontextfaktoren	Betreuung durch Hausärzt*in, Familieneinbindung	-	Koverdem, ZAP, selbst entwickelte Items	X	X

Anmerkungen: Ta0 =vor Randomisierung, T1=6 Monate nach Randomisierung, T2=12 Monate nach Randomisierung.

Quellen: Zufriedenheit in der Arztpraxis (ZAP) (Bitzer et al. 1999); Survey instruments of the research project *"Optimization of the cooperation between general practitioners and home care services" Koverdem (Van den Bussche et al. 2013);* Measures of the *European Project on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP) (Klingenberg et al. 1999).*

Anhang 8: Schriftliche Befragung der Leitungsebene innerhalb der Pflegeheime

Die Einrichtungs- oder Pflegedienstleitungen erhielten den Fragebogen am ersten Tag der Datenerhebung in den Einrichtungen zu dem jeweiligen Messzeitpunkt T0a und T2. Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgte durch die Einrichtungs- und/oder Pflegedienstleitung. Die Befragung fand ohne Beisein des Studienteams statt. Nach Erhalt des Fragebogens kontrollierte der/die Studienmitarbeiter*in den zurückerhaltenen Fragebogen auf Vollständigkeit. Die im Fragebogen adressierten Zielgrößen sind der Tabelle 7 zu entnehmen.

Tabelle 7: Konstrukte des Fragebogens für die Leitungsebene der Pflegeheime

Zielgrößendomäne	Subdomänen	Dimensionen	Instrumente	Messzeitpunkt	
				T0a	T2
Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen	Namensschilder, Hauptansprechpartner*in, wechselseitige Erreichbarkeit, strukturierter Hausbesuch, Standardbedarfsmedikation, Zielvereinbarungstreffen	Aktuelle Praxis (Reichweite, Dauer), Qualität und Zufriedenheit	InDemA, selbst entwickelte Items	X	X
		Lokale Regelungen	Selbst entwickelte Items	X	X
Kernelemente der interprofessionellen Zusammen-arbeit	Interprofessionelle Kommunikation, Einbindung der Bewohner*innen, Beiträge der beteiligten Berufsgruppen, Koordination der Versorgungs-entscheidungen und -planung, Allgemeine interprofessionelle Zusammenarbeit	Einstellungen	Selbst entwickelte Items	X	X
		Aktuelle Praxis (Reichweite, Dauer), Qualität und Zufriedenheit	Selbst entwickelte Items	X	X
Allgemeine (medizinische) Versorgung der Bewohner*innen	-	Qualität und Zufriedenheit	Selbst entwickelte Items	X	X
	-	Rettungsdiensteinsätze, Krankenhauseinweisungen, adverse Ereignisse	Selbst entwickelte Items	-	X
Organisations-bezogene Kontext-faktoren	Führung und Arbeitsbedingungen, Zeitressourcen	-	Selbst entwickelte Items	X	X
	Finanzielle und personelle Ressourcen	-	Selbst entwickelte Items	-	X
	Strukturen der Zusammenarbeit und medizinischen Versorgung	-	Selbst entwickelte Items	X	X
	Charakteristika (Pflegeheim/Hausarztpraxis)	-	Selbst entwickelte Items	X	X
Personalbezogene Kontextfaktoren	Kompetenzen der Pflegefachpersonen	-	Selbst entwickelte Items	-	X
	Erwartete Effekte einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit	-	Koverdem	X	X
Weitere Kontextfaktoren	-	-	Selbst entwickelte Items (Freitext)	X	X

Anmerkungen: T0a=vor Randomisierung, T1=6 Monate nach Randomisierung, T2=12 Monate nach Randomisierung, IPAV=interprof Act-Verantwortliche.

Quellen: Measures of interprofessional collaboration designed for the pre-post evaluation study "Interdisciplinary Implementation of Quality Instruments for the Care of residents with Dementia in Nursing Homes" (InDemA) (Holle et al. 2011); Koverdem (Van den Bussche et al. 2013).

Anhang 9: Schriftliche Befragung der Pflegefachpersonen

Die Pflegefachpersonen wurden zu den Messzeitpunkten T0a und T2 schriftlich standardisiert befragt. Der Fragebogen wurde ohne Beisein des Studienteams ausgefüllt, wobei die Verteilung und der Rücklauf des Fragebogens in der Einrichtung über die einzelnen Ansprechpartner*innen zur Studie in den Pflegeheimen erfolgte. Der genutzte Fragebogen bestand aus Items bereits verfügbarer Instrumente und selbstentwickelten Items und deckte hauptsächlich folgende Zielgrößendomänen und weitere Variablen ab: Implementierungsaktivitäten, Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen, Kernelemente der interprofessionellen Zusammenarbeit, allgemeine Qualität der (medizinischen) Versorgung von Bewohner*innen, organisationsbezogene Kontextfaktoren, personalbezogene und weitere Kontextfaktoren (Tabelle

8). Die Antwortmöglichkeiten variierten je Themenbereich bzw. spezifischer Frage, bestanden in der Regel jedoch aus 4-6-stufigen Likert-Skalen.

Der Fragebogen war in einen allgemeinen und einen hausarztspezifischen Abschnitt (Teil A und B) gegliedert. Im Teil A wurden u.a. Einstellungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit, Informationen zu den allgemeinen Rahmenbedingungen sowie soziodemografische Merkmale erfragt. Der Teil B dagegen konzentrierte sich auf die Beurteilung der Zusammenarbeit mit einer bestimmten Hausärztin bzw. einem bestimmten Hausarzt. Da die Anzahl der betreuenden Hausärzt*innen und der eingeschlossenen Bewohner*innen je Pflegeheim stark variierte, erfolgte die Beantwortung des hausarztspezifischen Teils für eine randomisierte Auswahl von 30 % der Hausärzt*innen pro Einrichtung. Ein Prätest mittels kognitiver Interviews fand im Vorfeld mit acht Pflegefachpersonen aus drei nicht an der Hauptstudie beteiligten Pflegeheimen in Lübeck statt.

Tabelle 8: Konstrukte des Fragebogens der Pflegefachpersonen

Zielgrößen-domäne	Subdomänen	Dimensionen	Instrumente	Fragebo-genteil	Messzeitpunkt	
					T0a	T2
Implementierungsaktivitäten	Kognitive Partizipation, kollektives Handeln	-	NOMAD	A	-	X
Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen	Namensschilder, Hauptansprechpartner*in, wechselseitige Erreichbarkeit, strukturierter Hausbesuch, Standardbedarfsmedikation, Zielvereinbarungstreffen	Einstellungen	Selbst entwickelte Items	A	X	X
		Aktuelle Praxis (Reichweite, Dauer), Qualität und Zufriedenheit	Koverdem, InDemA, PSAT, selbst entwickelte Items	B	X	X
Kernelemente der interprofes-sionellen Zusammenarbeit	Interprofessionelle Kommunikation, Einbindung der Bewohner*innen, Beiträge der beteiligten Berufsgruppen, Koordination der Versorgungs-entscheidungen und -planung, Allgemeine interprofessionelle Zusammenarbeit	Einstellungen	Jefferson Scale, InDemA, selbst entwickelte Items	A	X	X
		Aktuelle Praxis (Reichweite, Dauer), Qualität und Zufriedenheit	CPAT, InDemA, PSAT, Koverdem, selbst entwickelte Items	B	X	X
		Zeitressourcen	Selbst entwickelte Items	A + B	X	X
Allgemeine (medizinische) Versorgung der Bewohner*innen	-	Qualität und Zufriedenheit	Selbst entwickelte Items	A + B	-	X
	-	Rettungsdienstein-sätze, Kranken-haus-einweisungen	Selbst entwickelte Items	B	-	X
Organisations-bezogene Kontextfaktoren	Führung und Arbeits-bedingungen, Zeitressourcen	-	PES-NWI	A	-	X
	Finanzielle und personelle Ressourcen	-	Selbst entwickelte Items	A	X	X
	Strukturen der Zusammen-arbeit und medizinischen Versorgung	-	InDemA, selbst entwickelte Items	A + B	X	X
Personalbezogene Kontextfaktoren	Soziodemografische und professionelle Merkmale	-	Selbst entwickelte Items	A	X	X
	Kompetenzen der Pflegefachpersonen	-	Koverdem, selbst entwickelte Items	A	-	X
	Kompetenzen der Hausärzt*innen	-	Koverdem	B	X	X
	Erwartete Effekte einer gelingenden interprofessio-nellen Zusammenarbeit	-	Koverdem, selbst entwickelte Items	A	X	X
Weitere Kontextfaktoren	-	-	Selbst entwickelte Items (Freitext)	A	X	X

Anmerkungen: A=Allgemeiner Teil, B=Heim-/Hausarztspezifischer Teil, T0a =vor Randomisierung, T1=6 Monate nach Randomisierung, T2=12 Monate nach Randomisierung, IPAV=interprof Act-Verantwortliche.

Quellen: Normalization Measure Development QUES (NoMAD) (Rapley et al. 2018, Finch et al. 2018); InDemA (Holle et al. 2011); Koverdem (Van den Bussche et al. 2013); Partnership Self-Assessment Tool (PSAT) (Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health 2002); Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration (Lakeit 2015); Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) (Schroder et al. 2011); Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) (Aiken & Patrician 2000, Lake 2002).

Anhang 10: Schriftliche Befragung der Hausärzt*innen

Die Befragung der Hausärzt*innen erfolgte analog zur Befragung der Pflegefachpersonen. Der Fragebogen wurde postalisch allen an der Teilnahme interessierten Hausärzt*innen zugesandt. Die Rücksendung erfolgte ebenfalls per Post oder Fax an das Studienzentrum.

Der Fragebogen bestand aus einem allgemeinen Teil A und einen einrichtungsspezifischen Teil B. Der Fragebogen enthielt Items bereits verfügbarer Instrumente und selbstentwickelte Items und deckte hauptsächlich folgende Zielgrößendomänen entsprechend dem logischen Modell (Abbildung 1) ab: Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen, Kernelemente der interprofessionellen Zusammenarbeit, allgemeine Qualität der (medizinischen) Versorgung von Bewohner*innen, organisationsbezogene Kontextfaktoren, personalbezogene und weitere Kontextfaktoren (Tabelle 9).

Der Prätest fand in gleicher Vorgehensweise wie die Fragebogentestung bei den Pflegefachpersonen statt und umfasste insgesamt 10 an der Hauptstudie unbeteiligte Hausärzt*innen aus Lübeck und Umgebung.

*Tabelle 9: Konstrukte der Fragebogen der Hausärzt*innen*

Zielgrößendomäne	Subdomänen	Dimensionen	Instrumente	Fragebogenteil	Messzeitpunkt	
					T0a	T2
Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen	Namensschilder, Hauptansprechpartner*in, wechselseitige Erreichbarkeit, strukturierter Hausbesuch, Standardbedarfsmedikation, Zielvereinbarungstreffen	Einstellungen	Selbst entwickelte Items	A	X	X
		Aktuelle Praxis (Reichweite, Dauer), Qualität und Zufriedenheit	InDemA, PSAT, Koverdem, selbst entwickelte Items	B	X	X
Kernelemente der interprofessionellen Zusammenarbeit	Interprofessionelle Kommunikation, Einbindung der Bewohner*innen, Beiträge der beteiligten Berufsgruppen, Koordination der Versorgungs-entscheidungen und -planung, Allgemeine interprofessionelle Zusammenarbeit	Einstellungen	Jefferson Scale, InDemA, Selbst entwickelte Items	A	X	X
		Aktuelle Praxis (Reichweite, Dauer), Qualität und Zufriedenheit	CPAT, InDemA, PSAT, Koverdem, selbst entwickelte Items	B	X	X
Allgemeine (medizinische) Versorgung der Bewohner*innen	-	Qualität und Zufriedenheit	Selbst entwickelte Items	B	-	X
	-	Rettungsdiensteinsätze, Krankenhaus-einweisungen	Selbst entwickelte Items	B	-	X
Organisations-bezogene Kontext-faktoren	Finanzielle und personelle Ressourcen	-	selbst entwickelte Items	A	X	X
	Strukturen der Zusammen-arbeit und medizinischen Versorgung	-	InDemA, selbst entwickelte Items	A + B	X	X

Zielgrößendomäne	Subdomänen	Dimensionen	Instrumente	Fragebogenteil	Messzeitpunkt	
					T0a	T2
	Charakteristika (Pflegeheim/Hausarztpraxis)	-	Koverdem, selbst entwickelte Items	A	X	X
Personalbezogene Kontextfaktoren	Soziodemografische und professionelle Merkmale	-	Selbst entwickelte Items	A	X	-
	Kompetenzen der Pflegefachpersonen	-	Koverdem, selbst entwickelte Items	B	X	X
	Kompetenzen der Hausärzt*innen	-	Selbst entwickelte Items	A	-	X
	Erwartete Effekte einer gelingenden interprofes-sionellen Zusammenarbeit	-	Koverdem, selbst entwickelte Items	A	X	X
Weitere Kontextfaktoren	-	-	Selbst entwickelte Items (Freitext)	A	X	X

Anmerkungen A=Allgemeiner Teil, B=Heim-/Hausarztspezifischer Teil, T0a =vor Randomisierung, T1=6 Monate nach Randomisierung, T2=12 Monate nach Randomisierung, IPAV=interprof Act-Verantwortliche.

Quellen: InDemA (Holle et al. 2011); Koverdem (Van den Bussche et al. 2013); PSAT (Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health 2002); Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration (Lakeit 2015); CPAT (Schroder et al. 2011).

Anhang 11: Schriftliche und mündliche Befragung der interprof ACT-Verantwortlichen

Die Befragung der IPAVs startete nach der Randomisierung mit der schriftlichen Beurteilung der beiden Schulungen. Im Anschluss der zweiten Schulung begannen die Supervisionskontakte, wo die mündlichen Einschätzungen der IPAVs schriftlich durch die Studienmitarbeiter*innen dokumentiert wurden. Darüber hinaus fand je eine schriftliche Befragung zu den Messzeitpunkten T1 (6 Monate nach Randomisierung) und T2 (12 Monate nach Randomisierung) statt. Die zur IPAV-Befragung genutzten Fragebögen bzw. Protokolle basierten zum Teil auf den Fragebögen aus der Studie EpCent-Care (Richter et al. 2019) und bestanden aus Items vorhandener Instrumente sowie aus selbstentwickelten Items (Tabelle 10). Ein separater Prätest der unterschiedlichen Fragebögen erfolgte nicht, vielmehr wurden im Rahmen der Datenerhebung in den ersten beiden teilnehmenden Pflegeheimen an den Studienstandorten Göttingen und Hamburg die Verständlichkeit der Erhebungsinstrumente sowie die Verfügbarkeit intendierter Informationen bzw. die Beantwortbarkeit der Fragen kritisch geprüft.

Anhang 12: Fragebögen zur Schulung

Die IPAVs wurden zunächst nach den beiden Schulungen zur Zufriedenheit mit den Schulungen und Zuversicht zur Ausübung der Rolle bzw. Umsetzung der Maßnahmen schriftlich befragt. Die dabei adressierten Konstrukte des logischen Modells sind in Tabelle 10 aufgeführt. Der Fragebogen wurde nach den Schulungen jeweils von der/dem Studienmitarbeiter*in ausgegeben und eingesammelt. Die Fragebögen waren mit einem persönlichen Code gekennzeichnet, der eine personenbezogene Verknüpfung der einzelnen Fragebögen der IPAVs ermöglichte. Der persönliche Code wurde von der IPAVs gebildet und notiert.

Anhang 13: Fragebögen zu den Messzeitpunkten T1 und T2

Zusätzlich erfolgte eine schriftliche und teils mündliche Befragung zu den Messzeitpunkten T1 und T2. Die Fragebögen decken die folgenden Zielgrößendomänen ab: Implementierungsaktivitäten, Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen, Kernelemente der interprofessionellen

Zusammenarbeit, Allgemeine (medizinische) Versorgung der Bewohner*innen, Organisationsbezogene Kontextfaktoren, Personalbezogene (und weitere) Kontextfaktoren (Tabelle 10). Die beiden Fragebögen wurden durch das Studienteam persönlich ausgeteilt und beim nächsten Supervisionsgespräch eingesammelt.

Anhang 14: Supervision

Ziel der Supervision waren die Begleitung der IPAV, die Erfassung der aktuellen Maßnahmenumsetzung, die Identifizierung aufgetretener Probleme und die gemeinsame Diskussion möglicher Lösungsstrategien. Die Supervisionsgespräche fanden in regelmäßigen Abständen statt. Die Kontaktart variierte zwischen telefonischen/elektronischen und Vor-Ort-Gesprächen. Für die Prozessevaluation wurden von den beteiligten Studienmitarbeiter*innen regelmäßig die Rahmenfaktoren der Supervision (z. B. Zeitpunkt, Art des Kontaktes, etc.), die Inhalte der Supervision inklusive des Grades der Maßnahmenumsetzung sowie beeinflussende Faktoren basierend auf den mündlichen Einschätzungen der IPAVs notiert. Zur Dokumentation der IPAV-Einschätzungen wurden zwei strukturierte Protokolle genutzt: ein Kurzbogen zur Su-pervision sowie ein detaillierteres Vor-Ort-Protokoll. In Tabelle 10 sind die Themenbereiche der beiden Protokolle aufgeführt.

Tabelle 10: Konstrukte der IPAV-Fragebögen

Zielgrößen-domäne	Subdomänen	Dimensionen	Instrumente	Messzeitpunkt			
				Schulungen (F)	Super-vision (P)	T1 (F)	T2 (F)
Implementierungsaktivitäten	Implementierungsstrategien (Schulung, Kick-off-Treffen, Supervision)	-	Selbst entwickelte Items	X	X	X	X
	IPAV-Tätigkeiten (Selbstwirksamkeit, Zusammenarbeit I-PAV/-Vertretung, In-House-Schulungen, Diskussionen)	-	Selbst entwickelte Items	X	X	X	X
	Kohärenz, kognitive Partizipation, kollektives Handeln, reflexives Monitoring	-	NOMAD	-	-	X	X
Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen	Namensschilder, Hauptansprechpartner*in, wechselseitige Erreichbarkeit, strukturierter Hausbesuch, Standard-bedarfsmedikation, Zielvereinbarungstreffen	Implementierungsgrad	Selbst entwickelte Items	-	X	X	X
		Aktuelle Praxis (Reichweite, Dauer), Qualität und Zufriedenheit	Selbst entwickelte Items	-	-	X	X
Kernelemente der interprofessionellen Zusammenarbeit	Interprofessionelle Kommunikation, Einbindung der Bewohner*innen, Beiträge der beteiligten Berufsgruppen, Allgemeine interprofessionelle Zusammenarbeit	Einstellungen	Selbst entwickelte Items	-	-	X	X
		Aktuelle Praxis (Reichweite, Dauer), Qualität und Zufriedenheit	PSAT, InDemA, selbst entwickelte Items	-	-	X	X
Allgemeine (medizinische) Versorgung der Bewohner*innen	-	Qualität und Zufriedenheit	Selbst entwickelte Items	-	-	-	X
	-	Rettungsdiensteinsätze, Krankenhauseinweisungen	Selbst entwickelte Items	-	-	-	X
	-	Adverse Ereignisse	Selbst entwickelte Items	-	-	X	X

Zielgrößen-domäne	Subdomänen	Dimensionen	Instrumente	Messzeitpunkt			
				Schulungen (F)	Super-vision (P)	T1 (F)	T2 (F)
Organisations-bezogene Kontextfaktoren	Führung und Arbeitsbedingungen, Zeitressourcen	-	PES (Nursing Work Index), selbst entwickelte Items	-	X	X	X
	Zeitliche Ressourcen	-	Selbst entwickelte Items	-	X	-	-
	Finanzielle und personelle Ressourcen	-	Selbst entwickelte Items	-	X	-	X
	Strukturen der Zusammenarbeit und medizinischen Versorgung	-	Selbst entwickelte Items	-	X	-	X
Personal-bezogene Kontextfaktoren	Kompetenzen der Pflegefachpersonen	-	Selbst entwickelte Items	-	X	-	X
	Kompetenzen der Hausärzt*innen	-	Koverdem	-	X	-	X
	Kompetenzen der IPAV	-	Selbst entwickelte Items	-	X	-	X
Weitere Kontextfaktoren	-	-	Selbst entwickelte Items (Freitext)	-	X	-	X

Anmerkungen: T1=6 Monate nach Randomisierung, T2=12 Monate nach Randomisierung, F=Fragebogen. IPAV=interprof ACT-Verantwortliche. P=strukturierte Protokolle.

Quellen: NoMAD (Rapley et al. 2018, Finch et al. 2018); InDemA (Holle et al. 2011); Koverdem (Van den Bussche et al. 2013); PSAT (Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health 2002); PES-NWI (Aiken & Patrician 2000, Lake 2002).

Anhang 15: Schriftliche Befragung der Teilnehmer*innen des Kick-off-Treffens

Alle Teilnehmer*innen und Moderator*innenen des Kick-off-Treffens erhielten einen zweiteiligen Fragebogen. Der erste Teil wurde direkt vor der Veranstaltung ausgefüllt und beinhaltete Fragen zu den Erwartungen der Teilnehmer*innen und deren zugrundeliegenden Rollen. Der zweite Teil wurde im Anschluss beantwortet und fokussierte die Zufriedenheit mit der Veranstaltung (Tabelle 11).

Zum Ausfüllen des Fragebogens wurde während des Kick-off-Treffens Zeit zur Verfügung gestellt. Personen, die Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens benötigten, erhielten diese durch das anwesende Studienteam. Die Fragebögen wurden am Ende der Veranstaltung eingesammelt.

Ein separater Prätest fand nicht statt, sondern die Testung der Fragebögen erfolgte in den jeweils ersten beiden teilnehmenden Pflegeheimen der Studienzentren Göttingen und Hamburg.

Tabelle 11: Konstrukte des Kick-off-Fragebogens

Zielgrößendomäne	Subdomänen	Dimensionen	Instrumente	Messzeitpunkt	
				Kick-off-Treffen: Prä	Kick-off-Treffen: Post
Implementierungsaktivitäten	Kick-Off-Treffen	Einstellungen	Selbst entwickelte Items	X	
		Qualität und Zufriedenheit	Selbst entwickelte Items		X
Personenbezogene Kontextfaktoren	Soziodemografische und professionelle Merkmale	-	Selbst entwickelte Items	X	

Anhang 16: Dokumentation durch die Studienmitarbeiter*innen

Zur Dokumentation der beiden Schulungen der IPAVs, des Kick-off-Treffens und der Supervision der IPAV wurden durch die Studienmitarbeiter*innen entsprechende semistrukturierte Protokolle erstellt. In Tabelle 12 sind die Zielgrößen aufgeführt, die in den Protokollen durch die Studienmitarbeiter*innen aus deren Perspektive erfasst wurden.

*Tabelle 12: Konstrukte der Protokolle ausgefüllt durch die Studienmitarbeiter*innen*

Zielgrößendomäne	Subdomänen	Dimensionen	Instrumente	Messzeitpunkt			
				Schulungen	Kick-off-Treffen	Supervision	T2
Implementierungs-aktivitäten	Implementierungsstrategien (Schulung, Kick-Off-Treffen, Supervision)	-	Selbst entwickelte Items	X	X	X	-
Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen	Namensschilder, Hauptansprechpartner*in, wechselseitige Erreich-barkeit, strukturierter Hausbesuch, Standard-bedarfsmedikation, Zielvereinbarungstreffen	Aktuelle Praxis	Selbst entwickelte Items	-	X	-	-
		Implementierungsentscheidung	Selbst entwickelte Items	-	X	-	-
Organisationsbezogene Kontextfaktoren	Charakteristika (Pflegeheim/ Hausarztpraxis)	-	Selbst entwickelte Items	X	X	-	-
Personalbezogene Kontextfaktoren	Soziodemografische und professionelle Merkmale	-	Selbst entwickelte Items	X	-	-	-
Weitere Kontextfaktoren	-	-	Selbst entwickelte Items (Freitext)	-	X	X	-

Anmerkungen: T2=12 Monate nach Randomisierung.

Anhang 17: Diskutierte Teilaspekte der interprof ACT-Maßnahmen

Namensschilder (n=4 Teilaspekte)

- Hausärzt*innen tragen während des ärztlichen Hausbesuchs Namensschilder (ggf. mit Funktion)
- Pflegende tragen während des ärztlichen Hausbesuchs Namensschilder (ggf. mit Funktion)
- Aufbewahrungsplatz für die Namensschilder der Hausärzt*innen wird festgelegt
- Arzt/Ärztin führt Schild mit sich oder erhält es vom Hauptansprechpartner*in im Heim

Hauptansprechpartner*in (n=6 Teilaspekte)

- Für jede Schicht im Tagdienst wird eine Pflegekraft als Hauptansprechpartner*in festgelegt, personelle Beständigkeit ist dabei wünschenswert
- Sichert teaminterne Kommunikation im Pflegeheim und externe Kommunikation mit Hausärzt*in (Telefonate und Faxverkehr) und stellt Erreichbarkeit sicher
- Organisiert die Visitenbegleitung bzw. bietet Visitenbegleitung an und stellt zeitliche Ressource für eine terminierte Visite zur Verfügung
- Stellt Umsetzung der getroffenen Anordnungen sicher
- Hausärzt*innen benennen eine*n Mitarbeiter*in ihrer Praxis als Hauptansprechpartner*in für Heim
- Hauptansprechpartner*in in Praxis leitet und priorisiert Informationen und Anfragen der Pflegenden an Hausärzt*in und bereitet sie zur Vorlage bei dem/der Arzt/Ärztin vor

Wechselseitige Erreichbarkeit (n=8 Teilaspekte)

- Ein*e Pflegende*r trägt das Telefon stets bei sich
- Für Zeiten der Nichterreichbarkeit: Verwendung eines Anrufbeantworters, zeitnahes Abhören
- Absprachen zwischen Pflegenden und Hausärzt*innen bezüglich hausärztlicher Versorgung außerhalb der Sprechzeiten, ärztlicher Mobilfunknummer bzw. Sondernummer (direkte Arztnummer in der Praxis)
- Verwendung eines *interprof* ACT standardisierten Faxbogens
- Arbeitszeiten der Hausärzt*innen einhalten
- Sender ist verantwortlich eine Antwort einzuholen, falls diese ausbleibt
- Ansprechpartner*in im Pflegeheim ist verantwortlich für Infofluss an andere Kolleg*innen,/Schicht
- Ggf. „Faxkultur“ integrieren

Strukturierter Hausbesuch (n=8 Teilaspekte)

- Hausärztlicher Besuch wird geplant und organisiert durchgeführt (standardisierte Abläufe)
- Entweder wöchentlich geplant, zwei Tage vorher angekündigt und ein Zeitfenster von ca. 2 Stunden vereinbart oder aus einem akuten Anlass
- Sollten Angehörige dabei sein, werden diese über den Ablauf des Besuchs informieren
- Pflegende strukturiert und priorisiert im Vorfeld die Anliegen
- Vorgespräch zwischen Hausärzt*in und Pflegende
- Bewohner*inbesuch mit oder ohne Begleitung durch Pflegende
- Abschlussgespräch bzw. Pflegende bei Besuch nicht anwesend: Nachgespräch durch Hausärzt*in
- Der/die Hausarzt/-ärztin dokumentiert klare Anweisungen in der Bewohnerakte

Standardbedarfsmedikation (n=6 Teilaspekte)

- Zur Bedarfsmedikation liegen verbindliche Anordnungen durch Hausärzt*innen für jede*n Bewohner*in vor
- Bedarfsfall für individuell (zu erwartende, bzw. noch nicht eingetretene) Gesundheitsprobleme
- Nutzung des Formulars: „Standardbedarfsmedikation“
- Konkrete und eindeutige Anweisung für den Bedarfsfall zu vier vorgegebenen Symptomen (Fieber, Schmerz, Übelkeit, Obstipation) vom/von Arzt/Ärztin dokumentiert
- Unterstützung bei der Vergabe von Bedarfsmedikamenten: Formulare mit Angaben zu Symptomen oder Nebenwirkungen, Dosierung und maximaler Tagesdosis
- Eine regelmäßige Kontrolle der Bedarfsmedikation ist notwendig

Zielvereinbarungstreffen (n=8 Teilaspekte)

- Übergeordnete und längerfristige Ziele für die medizinische Versorgung und bewohnerspezifische Pflege- und Therapieziele von allen beteiligten Akteuren (z.B. Hausärzt*in, Heimbewohner*in, Pflegende und ggf. Angehörige) festgelegt und dokumentiert
- Die Ziele und Wünsche des/der Bewohner*in stehen im Vordergrund
- Bewohner*innen erhalten vorbereitendes Informationsblatt, anderen Teilnehmer*innen Kitteltaschenkarte
- Nutzung des Formulars „Zielvereinbarungstreffen“
- Wird in der Pflegedokumentation archiviert (Kopie für Ärzt*in, falls gewünscht) und mit der Pflegeplanung verknüpft
- Doppeldokumentation vermeiden, die schon vorhandenen Ziele aus der Pflegeplanung nicht wiederholen
- Angestrebt werden pro Treffen drei Ziele
- Evaluation der Ziele einmal im Quartal vor Ort, online oder telefonisch

Anhang 18: Veränderungen in den Einstellungen, aktuellen Praxis, Qualität und Zufrie-denheit zu den interprof ACT-Maßnahmen

		Interventionsgruppe								Kontrollgruppe					
		Pflegeheim (Leitung)		Hausärzt*innen		Pflegende		IPAV		Pflegeheim (Leitung)		Hausärzt*innen		Pflegende	
		T0a-T2	T2	T0a-T2	T2	T0a-T2	T2	T1-T2	T2	T0a-T2	T2	T0a-T2	T2	T0a-T2	T2
Namensschilder	Einstellungen														
	Aktuelle Praxis	●●		●		●*●*				●●		●		●*●*	
	Qualität und Zufriedenheit														
Hauptansprech-partner*in	Einstellungen			●*		●						●*		●	
	Aktuelle Praxis	●		●						●		●			
	Qualität und Zufriedenheit			●								●			
Wechselseitige Erreichbarkeit	Einstellungen			●*●*		●●						●*●*		●●	
	Aktuelle Praxis			●●	●*	●*●*●*	●*		●			●●	●*	●*●*●*	●*
	Qualität und Zufriedenheit		●●	●	●	●*	●*	●	●		●●	●	●	●*	●*
Strukturierter Hausbesuch	Einstellungen			●*●		●●						●*●		●●	
	Aktuelle Praxis	●●●●	●	●●●●●●●	●	●*●*●*●	●*		●	●●●●	●	●●●●●*●●	●	●*●*●*●*	●*
	Qualität und Zufriedenheit		●	●	●●●●	●*	●*●*●*●	●	●●●●		●	●	●●●●	●*	●*●*●*●
Standardbe-darfsmedikation	Einstellungen														
	Aktuelle Praxis				●		●*		●				●		●*
	Qualität und Zufriedenheit		●	●		●*●*●*	●	●●●	●		●	●		●*●*●*	●
Zielvereinba-rungstreffen	Einstellungen			●*		●						●*		●	
	Aktuelle Praxis	●		●●●		●*				●		●●●		●*	
	Qualität und Zufriedenheit		●	●●		●*●*		●●			●	●●		●*●*	

*Anmerkungen: Jeder Punkt stellt ein Item dar, welches sich auf die Maßnahme bezieht. ●=Positive Veränderung, ●=Keine Veränderung, ●=Negative Veränderung. *Große Unsicherheit in der Einschätzung aufgrund hoher Standardabweichungen (>1,2) und/oder hoher Anzahl fehlender Werte (≥10%); T0a-T2=Prä-Post-Vergleich der Einschätzungen, T2=12 Monate nach Randomisierung (Einschätzung von subjektiven Veränderungen)*

Anhang 19: Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie in der Qualität der medizinischen Versorgung

		Interventionsgruppe										Kontrollgruppe							
		Pflegeheim (Leitung)		Hausärzt* innen		Pflegende		Bewohner* innen		IPAV		Pflegeheim (Leitung)		Hausärzt* innen		Pflegende		Bewohner* innen	
		T0a-T2	T2	T0a-T2	T2	T0a-T2	T2	T0a-T2	T2	T1-T2	T2	T0a-T2	T2	T0a-T2	T2	T0a-T2	T2	T0a-T2	T2
Allgemeine Qualität der (medizinischen) Versorgung	Qualität und Zufriedenheit	●	●		●		●	●●* ●*●*		●		●	●		●		●	●●* ●*●*	
Interprofessionelle Zusammenarbeit (allgemein)	Einstellungen	●										●							
	Aktuelle Praxis																		
	Qualität und Zufriedenheit	●	●	●●●	●	●*●*●*	●*			●●●	●	●	●	●●●	●	●●●	●		
Interprofessionelle Kommunikation	Einstellungen									●●									
	Aktuelle Praxis							●*										●*	
	Qualität und Zufriedenheit		●		●●●		●*●*●*			●●●	●●●		●		●●●		●*●*●*		
Einbindung der Bewohner*innen	Einstellungen																		
	Aktuelle Praxis	●										●							
	Qualität und Zufriedenheit		●		●		●	●*●*●*●* *●*			●		●		●		●	●*●*●*●* *●*	
Beiträge der beteiligten Berufsgruppen	Einstellungen			●●●●●●●		●●●●●●●								●●●●●●●		●●●●●●●			
	Aktuelle Praxis			●●		●*								●●		●*			
	Qualität und Zufriedenheit			●●●●●		●*●*●				●				●●●●●		●*●*●			
Koordination der Versorgungsentscheidungen und der Versorgungsplanung	Einstellungen																		
	Aktuelle Praxis	●		●								●		●					
	Qualität und Zufriedenheit																		

Anmerkungen: Jeder Punkt stellt ein Item dar, welches sich auf die Kategorie bezieht. T0a-T2=Prä-Post-Vergleich der Einschätzungen, T2=12 Monate nach Randomisierung (Einschätzung von subjektiven Veränderungen). ●=Positive Veränderung, ●=Keine Veränderung, ●=Negative Veränderung. *Große Unsicherheit in der Einschätzung aufgrund hoher Standardabweichungen (>1,2) und/oder hoher Anzahl fehlender Werte (≥10%).

Literaturverzeichnis

Aiken, L.H., Patrician, P.A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. Nurs Res., 49(3):146-53. doi: 10.1097/00006199-200005000-00006.

Bitzer, E.M., Dierks, M.L., Dörning, H. & Schwartz, FW (1999). Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive – Psychometrische Prüfung eines standardisierten Erhebungsinstrumentes. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 7(3):196-209.

Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health. Partnership Self-Assessment Tool-Questionaire (PSAT).

Finch, T.L., Girling, M., May, C.R., Mair, F.S., Murray, E., Treweek, S., McColl, E., Steen, I.N., Cook, C., Vernazza, C.R., Mackintosh, N., Sharma, S., Barbery, G., Steele, J. & Rapley, T. (2018). Improving the normalization of complex interventions: part 2 - validation of the NoMAD instrument for assessing implementation work based on normalization process theory (NPT). BMC Med Res Methodol., 18(1):135. doi: 10.1186/s12874-018-0591-x.

Holle, D., Halek, M., Mayer, H. & Bartholomeyczik, S. (2011). Die Auswirkungen der Verstehenden Diagnostik auf das Belastungserleben Pflegender im Umgang mit Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe [The influence of understanding diagnostics on perceived stress of nurses caring for nursing home residents with dementia]. Pflege, 24(5):303-16. DOI: 10.1024/1012-5302/a000143.

Pfadenhauer, L.M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Bakke Lysdahl, K., Booth, A., Hofmann, B., Wahlster, P., Polus, S., Burns, J., Brereton, L. & Rehfuess, E. (2017). Making Sense of Complexity in Context and Implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. Implement Science, 12(1):21.

Rapley, T., Girling, M., Mair, FS., Murray, E., Treweek, S., McColl, E., Steen I.N., May, C.R., Finch, T.L. (2018). Improving the normalization of complex interventions: part 1 - development of the NoMAD instrument for assessing implementation work based on normalization process theory (NPT). BMC Med Res Methodol, 18(1):133. doi: 10.1186/s12874-018-0590-y.

Richter, C., Berg, A., Langner, H., Meyer, G., Köpke, S., Balzer, K. Wolschon, EM., Silies, K., Sönnichsen, A., Löscher, S., Haastert, B., Icks, A., Wolf, U. & Fleischer, S. (2019). Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): a cluster-randomised controlled trial. Age Ageing, 48(3):419–25.

Threapleton, D.E., Chung, R.Y., Wong, S.Y.S., Wong, E.l., Chau, P., Woo, J., Chung, V.C.H. & Yeoh, E.K. (2017). Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review. International Journal for Quality in Health Care, 29(3):327–334.

Tsakitzidis, G., Timmermans, O., Callewaert, N., Verhoeven, V., Lopez-Hartmann, M., Truijen, S., Meulemans, H. & Van Royen, P. (2016). Outcome Indicators on Interprofessional Collaboration Interventions for Elderly. Int J Integr Care, 16 (2):5.

Van den Bussche, H, Jahnecke-Latteck, Ä.D, Ernst, A. (2013). Zufriedene Hausärzte und kritische Pflegende – Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung zu Hause lebender Menschen mit Demenz. Gesundheitswesen, 75:328–333.

Wolpert, M, Sharpe, H, Humphrey, N, (2017). EBPU Logic Model. 2016; Available from: https://www.ucl.ac.uk/evidence-based-practice-unit/sites/evidence-based-practice-unit/files/pub_and_resources_resrouces_for_profs_logic_model_2017.pdf

Handbuch

für die

interprof ACT

Verantwortlichen

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis ... 3

Tabellenverzeichnis ... 3

Ansprechpartnerinnen ... 4

Zweck des Handbuchs ... 4

1 Die Studie *interprof* ACT: Ziele, Ablauf und Maßnahmenpaket ... 5

1.1 Hintergrund von *interprof* ACT ... 5

1.2 Ziele von *interprof* ACT ... 5

1.3 Ablauf der Studie ... 5

1.4 Das Maßnahmenpaket „*interprof* ACT“ ... 6

2 Die Rolle der *interprof* ACT-Verantwortlichen (IPAV) ... 7

2.1 Bestimmung der IPAV ... 8

2.2 Qualifikation der IPAV ... 8

2.3 Aufgaben der IPAV ... 9

2.4 Vorstellung der Maßnahmen und Einholen des Meinungsbilds im Pflegeteam ... 9

2.4.1 Organisation und Co-Moderation des Kick-off Treffens ... 11

2.4.2 Einführung und Verstetigung der Maßnahmen ... 11

3 Die Kick-off Veranstaltung ... 12

3.1 Ziele der Kick-off Veranstaltung ... 12

3.2 Aufgaben der IPAV bei der Kick-off Veranstaltung ... 12

3.2.1 Organisation der Kick-off Veranstaltung ... 12

3.2.2 Co-Leitung der Kick-off Veranstaltung ... 14

3.3 Anpassung der Maßnahmen während der Veranstaltung ... 15

3.3.1 Vorstellung der Maßnahmen ... 15

3.3.2 Einholen des Meinungsbilds ... 15

3.3.3 Diskussion der Maßnahmen ... 16

3.4 Vorgehen nach der Kick-off Veranstaltung ... 17

4 Die Maßnahmen und ihre Einführung ... 18

4.1 Namensschilder ... 19

4.2 Hauptansprechpartner ... 21

4.3 Wechselseitige Erreichbarkeit ... 23

4.4 Einrichtungbesuche: Terminabsprache und Struktur ... 27

4.5 Festlegung von Bedarfsmedikation 30
4.6 Zielvereinbarungstreffen 33
5 Umgang mit Hindernissen 40
6 Strategien für eine nachhaltige Einführung 42
Literaturverzeichnis 44

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über den Ablauf der Studie *interprof* ACT 5

Abbildung 2: Übersicht über die Aufgaben der IPAV 7

Abbildung 3: Übersicht zu den Aufgaben der IPAV 9

Abbildung 4: Poster zum Einholen des Meinungsbildes 11

Abbildung 5: Checkliste Vorbereitung Kick-off 13

Abbildung 6: Meinungsbild Kick-off Treffen 16

Abbildung 7: Hauptansprechpartner in Pflegeeinrichtung 22

Abbildung 8: Dokument: Fax-Formular 25

Abbildung 9: Kontaktliste Hausärzte/Hauptansprechpartner Hausarztpraxis 25

Abbildung 10: Struktur für den Ablauf eines Einrichtungsbesuches 27

Abbildung 11: Dokument: Standardbedarfsmedikation 31

Abbildung 12: Beispiele zur Formulierung von Zielen im Rahmen der Zielvereinbarungstreffen 34

Abbildung 13: Informationsblatt Bewohner/Betreuer zum Zielvereinbarungstreffen 36

Abbildung 14: Kitteltaschenkarte Zielvereinbarungstreffen 37

Abbildung 15: Dokument: Zielvereinbarungstreffen 39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ablaufschema und Aufgabenverteilung Kick-off Veranstaltung 14

Tabelle 2: Hindernisse und mögliche Strategien zur Überwindung 40

Tabelle 3: Strategien für eine nachhaltige Einführung 42

Ansprechpartnerinnen

Die Mitarbeiterinnen aus der Studienzentrale werden Sie während der Maßnahmeneinführung begleiten und unterstützen. Bitte zögern Sie nicht, diese bei Fragen zu kontaktieren:

Studienzentrale Göttingen

Ihre Ansprechpartnerinnen

Maria Hendrich
E-Mail: maria.hendrich@med.uni-goettingen.de
Tel.: 0551-39-19942

Berit Hesjedal-Streller
E-Mail: berit.hesjedal@med.uni-goettingen.de
Tel.: 0551-39-19942

Anke Theuerkauf
E-Mail: anke.theuerkauf@med.uni-goettingen.de
Tel.: 0551-39-65575

Projektleitung

Prof. Dr. med. Eva Hummers
E-Mail: eva.hummers@med.uni goettingen.de

Dr. med. Christiane Müller, MPH
E-Mail: christiane.mueller@med.uni-goettingen.de
Tel.: 0551-39-22691

Zweck des Handbuchs

Dieses Handbuch ist für die *interprof* ACT-Verantwortlichen (nachfolgend IPAV) gedacht, die für die Einführung der Maßnahmen aus *interprof* ACT in den Pflegeeinrichtungen zuständig sind.

Das Handbuch bietet einen Überblick über die Aufgaben der IPAV und über das Maßnahmenpaket *interprof* ACT. Des Weiteren beinhaltet es Strategien zur Umsetzung und Aufrechterhaltung der Maßnahmen während der Projektlaufzeit.

Version vom: 11.10.2018

1 Die Studie *interprof* ACT: Ziele, Ablauf und Maßnahmenpaket

1.1 Hintergrund von *interprof* ACT

- 30−60% der Pflegeheimbewohner werden mindestens einmal pro Jahr in ein Krankenhaus verlegt (1,2,3)
- Krankenhausaufnahmen sind für Bewohner belastende Ereignisse mit einem unklaren Nutzen für den gesundheitlichen Verlauf (4)
- 40% der Krankenhausaufnahmen werden als vermeidbar eingeschätzt (5)

In einer Vorstudie von *interprof* ACT wurde ein Maßnahmenpaket zur Förderung der Zusammenarbeit von Pflegenden und Hausärzten entwickelt, welches nun zum Einsatz kommt.

1.2 Ziele von *interprof* ACT

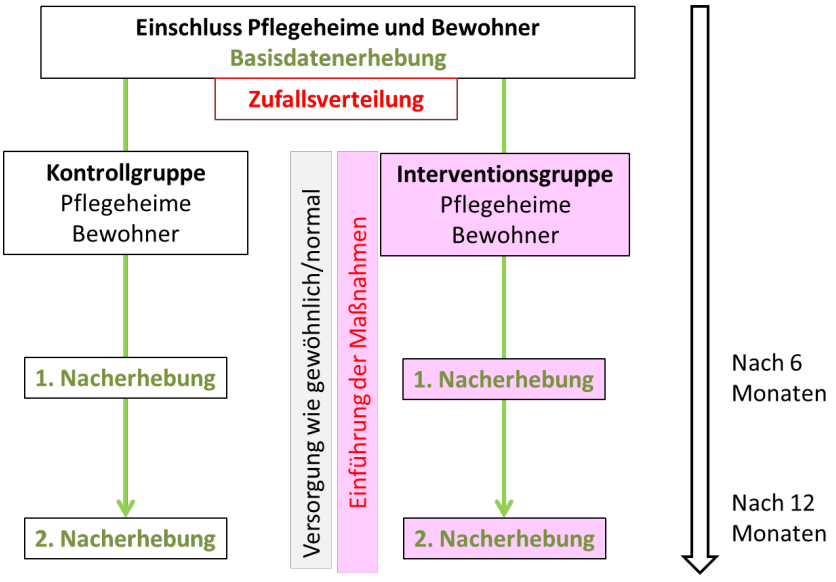
Die Ziele von *interprof* ACT sind:

- Stabile Kommunikationsstrukturen zwischen Hausärzten und Pflegenden
- Stärkung der medizinischen Versorgungsqualität der Bewohner
- Verringerung der Krankenhausaufnahmen von Bewohnern

1.3 Ablauf der Studie

Ihre Pflegeeinrichtung wurde per Zufall der sogenannten „Interventionsgruppe“ zugeordnet (siehe Abb. 1). Das bedeutet, dass Maßnahmen aus dem Maßnahmenpaket „*interprof* ACT“ für ein Jahr in den ausgewählten Wohnbereichen eingeführt werden. Während dieses Jahres werden vom Studienteam Datenerhebungen zu drei Zeitpunkten durchgeführt: Zu Studienbeginn, nach 6 Monaten und nach 12 Monaten.

Abbildung 1: Übersicht über den Ablauf der Studie *interprof* ACT



1.4 Das Maßnahmenpaket „*interprof* ACT“

Das Maßnahmenpaket „*interprof* ACT“ besteht aus Folgenden 6 Maßnahmen. Im Kapitel 4 werden die Maßnahmen und deren Implementierung näher erklärt.

Namensschilder für Alle

Hauptansprechpartner

Wechselseitige Erreichbarkeit (Telefon /Fax)

Heimbesuch: Terminabsprache und Struktur

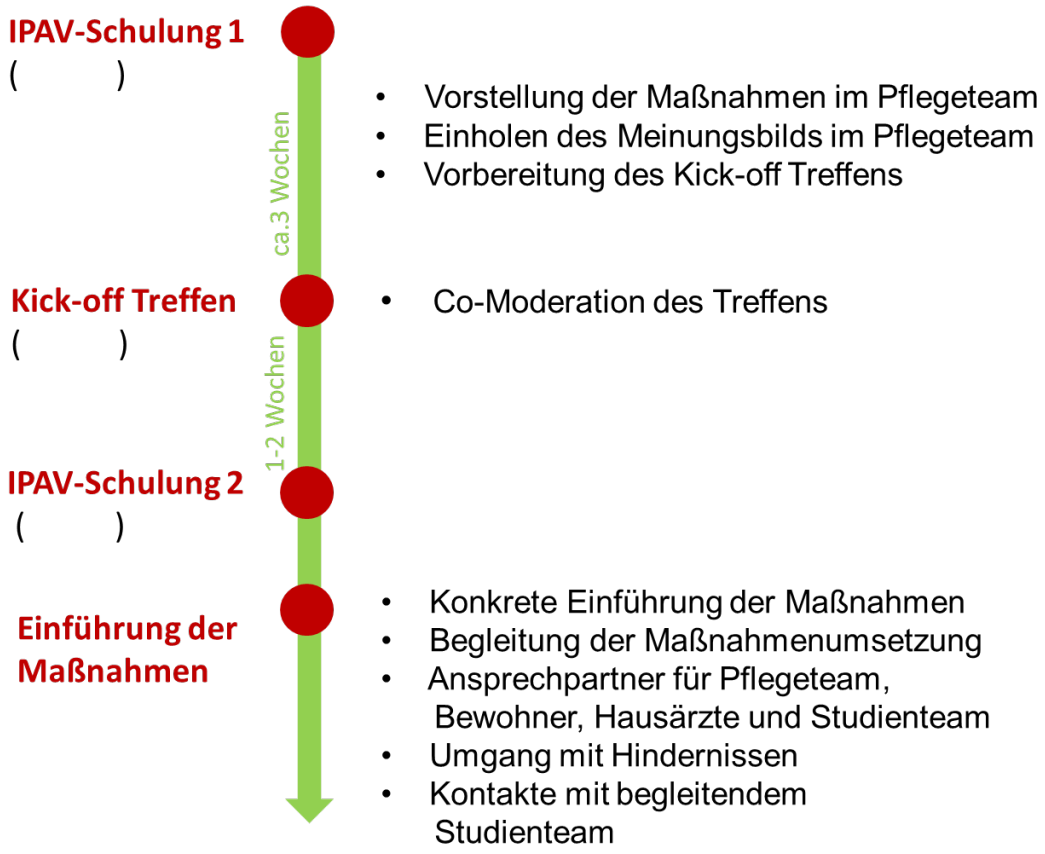
Festlegung von Bedarfsmedikation

Zielvereinbarungstreffen

2 Die Rolle der *interprof* ACT-Verantwortlichen (IPAV)

Die IPAV ist ein wichtiges Bindeglied zwischen dem Pflegeteam, den teilnehmenden Bewohnern und ihren Hausärzten sowie den Mitarbeitern aus den jeweiligen Studienzentren. Die wesentliche Aufgabe besteht darin, die Einführung der Maßnahmen vorzubereiten und zu begleiten. Während zwei Schulungen durch Studienmitarbeiter werden IPAV und Vertretung geschult, um die in den folgenden Abschnitten beschriebenen Aufgaben ausführen zu können (siehe Abb. 2).

Abbildung 2: Übersicht über die Aufgaben der IPAV



2.1 Bestimmung der IPAV

Die Einrichtung- oder Pflegedienstleitung legt fest, wer IPAV und Vertretung der IPAV wird. Diese Bestimmung findet unmittelbar nach der Zufallsverteilung der Einrichtungen statt.

2.2 Qualifikation der IPAV

Die IPAV…

- verfügt über eine mindestens dreijährige abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf.
- ist mit mindestens mit der Hälfte der vollen Arbeitszeit überwiegend im Tagdienst tätig.
- hat regelmäßig Kontakt zu den Hausärzten der teilnehmenden Bewohner.
- ist gut im Bilde über die gesundheitlichen Situationen der Bewohner.
- äußert die Bereitschaft, sich in den nächsten zwölf Monaten im Rahmen der Studie aktiv für die Umsetzung von Maßnahmen zur Optimierung der medizinischen Versorgung der Bewohner einzusetzen.
- ist interessiert an der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen.
- steht in gutem Kontakt zu den pflegerischen Kollegen.

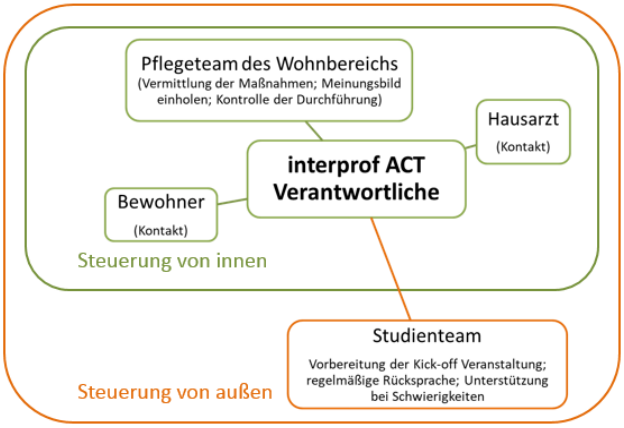
2.3 Aufgaben der IPAV

Die IPAV hat im Projekt folgende Aufgaben (siehe Abbildung 2 und 3):

Die IPAV …

- ist Kontaktperson für das Pflegeteam, Bewohner, Hausärzte und das Studienteam.
- holt das Meinungsbild zu den *interprof* ACT-Maßnahmen aus dem Pflegeteam ein.
- führt die Organisation und Co-Leitung des Kick-off Treffens durch (siehe Kapitel 3).
- begleitet die Einführung und Verstetigung der *interprof* ACT-Maßnahmen in der Einrichtung

Abbildung 3: Übersicht zu den Aufgaben der IPAV



2.4 Vorstellung der Maßnahmen und Einholen des Meinungsbilds im Pflegeteam

Nach der 1. IPAV Schulung stellt die IPAV die Maßnahmen im Wohnbereich vor und holt das Meinungsbild vom Pflegeteam ein.
Diese Aufgabe wird wie folgt vorbereitet und durchgeführt:

Terminvereinbarung

Die IPAV vereinbart mit dem Pflegeteam einen Termin oder integriert das Vorhaben in einen bereits bestehenden Termin (z.B. vor während oder nach einer Teambesprechung).

Vorstellung als IPAV

Bei der Besprechung stellt die IPAV zunächst sich selbst und die Aufgabe als Kontaktperson vor. Das Poster zur Projektteilnahme wird aufgehängt (A3).

Vorstellung der Maßnahmen

Im Anschluss erklärt die/der IPAV die Maßnahmen anhand des Posters und stellt die Formulare vor (siehe Abbildung 4, A11-A15).

Einholen des Meinungsbilds

Die IPAV bittet ihre Kollegen nun, zu jeder Maßnahme **ein** Kreuz in die erste **oder** zweite Spalte einzutragen. Sollten Pflegende Bedenken bei der Einführung einer Maßnahme haben, fordert die IPAV sie auf, dies handschriftlich im dritten Feld zu begründen. Die IPAV kann beim Meinungsbild der Pflegenden mitwirken, jedoch sollte dies anonym erfolgen, um die Pflegenden in ihrer Meinung nicht zu beeinflussen. Das Poster kann einige Tage hängenbleiben, damit alle Pflegenden ihre Stimme abgeben können.

Auswahl der Teilnehmenden für das Kick-off Treffen

Während des Treffens wählt das Pflegeteam zwei Vertreter aus, die beim Kick-off Treffen teilnehmen und die Meinung des Pflegeteams vertreten. Die Vertreter nehmen das ausgefüllte Poster an sich und bringen es zum Kick-off Treffen mit.

Abbildung 4: Poster zum Einholen des Meinungsbildes

	Maßnahmenpaket *interprof* ACT zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim	Meiner Meinung nach kann die Maßnahme eingeführt werden.	Bei der Einführung der Maßnahme habe ich **Bedenken**.	Welche Bedenken haben Sie bezüglich der Einführung der Maßnahme? Bzw. was wird benötigt, um die Maßnahme umsetzen zu können?
	1. Namensschilder Arzt und Pflegekraft tragen während des ärztlichen Heimbesuchs Namensschilder.			
	**2. Hauptansprechpartner** Innerhalb des Wohnbereichs wird eine Pflegefachkraft als Hauptansprechpartner für die Kommunikation mit dem Hausarzt und der Hausarztpraxis benannt. Innerhalb der Hausarztpraxis kann optional ein Hauptansprechpartner benannt werden.			
	**3. Wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon/Fax** Mit dieser Maßnahme wird die Verbindlichkeit im Umgang miteinander gestärkt – per Telefon oder Fax.			
	**4. Heimbesuch: Terminabsprache und Struktur** Mit dieser Maßnahme wird der Heimbesuch als zentrales Element der medizinischen Versorgung klar strukturiert. Es werden Vereinbarungen über reguläre Besuchszeiten oder das Vorgehen bei anlassbezogenen Hausbesuchen festgelegt. Ferner wird ein klarer Ablauf für den Hausarztbesuch selbst vorgeschlagen.			
	**5. Standardbedarfsmedikation** Durch die Dokumentation einer „Standardbedarfsmedikation" soll erreicht werden, dass im Bedarfsfall für individuelle Gesundheitsprobleme verbindliche Anordnungen für den Bewohner vorliegen.			
	**2. Zielvereinbarungstreffen** Ärzte, Pflegekräfte sowie ggf. Bewohner und Angehörige besprechen längerfristige und übergeordnete Therapie- und Pflegeziele. Festgelegt werden dabei das gemeinsame Vorgehen, die Zuständigkeiten und ein Datum pro Quartal zur Überprüfung.			

2.4.1 Organisation und Co-Moderation des Kick-off Treffens

Die IPAV organisiert mit Unterstützung der Studienzentrale die Kick-off Veranstaltung und moderiert diese mit einem Mitglied des Studienteams (ausführlich siehe Kapitel 3). In dieser Veranstaltung werden die Maßnahmen für ihre Einrichtung angepasst.

2.4.2 Einführung und Verstetigung der Maßnahmen

Die Maßnahmen werden in den betreffenden Wohnbereichen eingeführt. Die IPAV wird im weiteren Verlauf in regelmäßigen Abständen von der Studienzentrale kontaktiert (Kapitel 4 und 5).

3 Die Kick-off Veranstaltung

3.1 Ziele der Kick-off Veranstaltung

- Vorstellung von *interprof* ACT
- Gemeinsame Anpassung der Maßnahmen

Ziel des Kick-off Treffens ist es, den Anwesenden die Grundidee und Ziele von *interprof* ACT zu verdeutlichen. Die Maßnahmen werden gemeinsam diskutiert und an die Gegebenheiten der Einrichtung angepasst.

3.2 Aufgaben der IPAV bei der Kick-off Veranstaltung

- Organisation der Kick-off Veranstaltung
- Co-Moderation

Die IPAV organisiert in Zusammenarbeit mit der Einrichtungs- oder Pflegedienstleitung die Kick-off Veranstaltung und leitet diese gemeinsam mit Mitarbeitern des Studienteams.

3.2.1 Organisation der Kick-off Veranstaltung

Terminfindung

Ein Zeitraum für die Kick-off Veranstaltung wird bereits im ersten Teilnahmegespräch mit der Einrichtungsleitung abgesprochen, spätestens bei der ersten Datenerhebung sollte ein Termin festgelegt werden. Wenn feststeht, dass die Einrichtung zur Interventionsgruppe gehört, wird der Termin für das Kick-off Treffen durch das Studienteam bei der Einrichtungsleitung noch einmal bestätigt. Zwischen Bekanntgabe der Gruppenzugehörigkeit und der Kick-off Veranstaltung sollen – sofern möglich – nicht mehr als 3 Wochen liegen.

Teilnehmende der Kick-off Veranstaltung

- Einrichtungsleitung und/oder Pflegedienstleitung
- IPAV und Vertretung
- Max. 2 Pflegende pro beteiligtem Wohnbereich
- Hausärzte der teilnehmenden Bewohner
- Max. 2 Mitglieder des Einrichtungsbeirats als Bewohnervertretung
- Max. 2 Mitglieder des Angehörigenbeirats oder 2 Angehörige von teilnehmenden Bewohnern
- 2 Mitarbeiter aus dem Studienzentrum (davon 1 Protokollant oder ggf. eine studentische Hilfskraft zusätzlich)

Die Einladung der Teilnehmer erfolgt durch:

- *interprof* ACT-Verantwortliche:
  - ✓ Einladung der Pflegenden
  - ✓ Einladung der Mitglieder des Einrichtungsbeirats
  - ✓ Einladung der Mitglieder des Angehörigenbeirats oder zwei durch die IPAV ausgewählte Angehörige
- Studienzentrum:
  - ✓ Einladung der Hausärzte mithilfe des vorhandenen Anschreibens direkt nach der Randomisierung, ggf. zusätzlich telefonische Rücksprache

Mit dem Informationsschreiben (A6) wird der Ablaufplan für die Kick-off Veranstaltung (A8) sowie eine Kurzbeschreibung des Maßnahmenpaketes inklusive der Studiendokumente (Fax, Zielvereinbarung, Bedarfsmedikation) verschickt bzw. übergeben (A7).

Vorbereitung in Pflegeeinrichtung

Die Kick-off Veranstaltung findet in der Pflegeeinrichtung statt. Die Vorbereitung der Veranstaltung erfolgt durch die IPAV in Zusammenarbeit mit der Einrichtungsleitung und/oder Pflegedienstleitung (s. Checkliste, Abbildung 5, A5).

Abbildung 5: Checkliste Vorbereitung Kick-off

Vorbereitungen	erledigt/überprüft	Bemerkungen
Datum und Uhrzeit des Kick-off Treffens sind festgelegt		
Einrichtungsleitung und PDL sind über den Termin informiert		
Vertretung der IPAV ist über Kick-off Treffen informiert und eingeladen		
Ablaufplan Kick-off Treffen und Aufgabenverteilung ist mit Studienteam besprochen worden		
Meinungsbildes aus dem pflegerischen Team ist eingeholt		
Einladung der Pflegenden (max. 2 Personen) ist erfolgt		
Heimbeirat ist über Kick-off Treffen informiert und eingeladen (max. 2 Personen)		
Angehörigenbeirat ist über Kick-off Treffen informiert und eingeladen (max. 2 Personen) **ODER** 2 interessierte Angehörige von Bewohnern/Bewohnerinnen, die in die Studie mit eingeschlossen sind, wurden ausgewählt und eingeladen		
Ablaufplan des Kick-off Treffens an teilnehmende Pflegende, teilnehmende Mitglieder des Angehörigen- und Heimbeirates sind verteilt		
Räumlichkeit für circa 15 Personen ist organisiert		
Beamer und Laptop sind vorhanden oder angefragt		
Pinnwand, Stifte, Flip-Chart und Klebepunkte sind vorhanden		
Je 1 Flip-Chart pro Maßnahme für die Diskussion der Maßnahmenanpassung vorbereiten (Name obenauf, Leitfragen aufschreiben)		
Raum vorbereiten (Tischform, wenn möglich U-Form)		

Für das Kick-off Treffen sollte ein ausreichend großer, ruhiger Raum gewählt werden. Falls kein Beamer vorhanden ist, können Beamer und Notebook vom Studienteam bereitgestellt werden.
Die IPAV holt vorab ein Meinungsbild (siehe Abschnitt 3.3.2) der Pflegenden innerhalb der beteiligten Wohnbereiche ein. Das Meinungsbild wird während der Veranstaltung durch die teilnehmenden Pflegenden vertreten.

3.2.2 Co-Leitung der Kick-off Veranstaltung

Die Moderation des Treffens erfolgt durch die IPAV und Mitarbeitern aus dem jeweiligen Studienzentrum. Die IPAV soll dabei aufgrund ihrer Moderatorenrolle keine Interessen vertreten und neutral auftreten.
Die Aufgaben, die die verschiedenen Moderatoren während der Veranstaltung haben, werden bei der 1. IPAV Schulung besprochen und verteilt. Hierzu wird eine Übersicht erstellt, auf der der Ablauf der Veranstaltung und die Aufgaben der Moderatoren festgelegt sind (Tabelle 1, A8).
Zu Beginn und am Ende der Veranstaltung werden alle Teilnehmenden gebeten, einen Fragebogen zum Verlauf des Treffens auszufüllen. Die Kick-off Veranstaltung wird durch ein Mitglied des Studienteams protokolliert.

Tabelle 1: Ablaufschema und Aufgabenverteilung Kick-off Veranstaltung

Zeit	Inhalt	Ebene	Medien/Methode	Wer/to do
14:00 – 14:05	Einleitende Worte `05	Kennenlernen, Rahmen geben	Vortrag	HL: PDL:
14:05 – 14:15	Begrüßung durch Moderatorenteam und Vorstellung des Ablaufes, Vorstellungsrunde der Teilnehmer/-innen `10	Kennenlernen, Einführung,	*Dialog*	IPAV: SM:
14:15 – 14:20	Vorstellung und Ausgabe des Prä-Fragebogens `5	Erklären der Aufgabe	Fragebogen (A11)	Vorstellung: Austeilen:
14:20 – 14:40	Darstellung des Projektes `20 Vorstellung des Maßnahmenpaketes	Wissensvermittlung, Vorbereitung auf Diskussion um Maßnahmenanpassung	Vortrag PPT	Vortrag:
14:40 – 14:45	Einholung des Meinungsbildes `5 (Erklärung Vorgehen, Verteilung Klebepunkte, Kleben der Klebepunkte)	Grundlage für partizipative Anpassung der Maßnahmen	Poster zum Einholen des Meinungsbildes (A9), Klebepunkte (je TN 6 gelbe und 6 grüne)	Aufforderung Meinung abzugeben:
14:45 – 15:25	Moderation der Diskussion um die Anpassungen der Maßnahmen `40	Partizipative Entscheidungsfindung	1 vorbereitete Flip-Chart pro Maßnahme „Was gibt es für Bedenken?“ „Wie kann die Maßnahme angepasst werden, um sie einzuführen zu können?“ Stifte	Moderation: Protokoll auf Flip-Charts:
15:25 – 15:30	Zusammenfassung, Informationen zum `5 weiteren Vorgehen, Verteilen Post-Fragebogen	Zusammenfassung, Evaluation	Flip-Charts mit Ergebnissen, Post-Fragebogen	Zusammenfassung/Dank/Verabschiedung: Austeilen, Einsammeln aller Fragebögen:

Ablaufplan der Kick-off Veranstaltung (exemplarisch)

Die Kick-off Veranstaltung sollte nicht länger als 120 Minuten dauern.

Zeitraum (exemplarisch): 14:00 – 15:30 Uhr

14:00 – 14:05	Einleitende Worte durch Einrichtungsleitung / Pflegedienstleitung
14:05 – 14:15	Begrüßung durch Moderatorenteam, Vorstellung des Ablaufs der Veranstaltung, Vorstellungsrunde der Teilnehmer
14:15 – 14:20	Vorstellung und Ausgabe des Vorher-Fragebogens
14:20 – 14:40	Kurzvorstellung Projekt, Vorstellung Maßnahmenpaket
14:40 – 14:45	Einholen des Meinungsbildes durch Klebepunkte auf Poster
14:45 – 15:25	Diskussion und Anpassung des Maßnahmenpaketes
15:25 – 15:30	Zusammenfassung Informationen zum weiteren Vorgehen, Nachher-Fragebogen

3.3 Anpassung der Maßnahmen während der Veranstaltung

3.3.1 Vorstellung der Maßnahmen

Während der Kick-off Veranstaltung werden die Maßnahmen vorgestellt und diskutiert. Die Vorstellung erfolgt mittels einer bereits vorbereiteten PowerPoint-Präsentation des Studienzentrums. Alternativ kann die Maßnahmenvorstellung auch auf eine andere Art, z.B. Flip-Chart erfolgen.

3.3.2 Einholen des Meinungsbilds

Jeder Teilnehmende erhält jeweils sechs grüne und sechs gelbe Klebepunkte mit der Bezeichnung der jeweiligen Gruppe (P – Pflegende/r, A – Ärztin/Arzt, B – Bewohner/innen, F – Familie/Angehörige): Dabei bedeutet…

- Grün: Die Maßnahme kann meiner Meinung nach eingeführt werden.
- Gelb: Bei der Einführung der Maßnahme habe ich Bedenken.

Zum Einholen des Meinungsbildes werden alle Teilnehmenden gebeten, die Klebepunkte ihrer Einschätzung nach auf das vorbereitete Poster (Abbildung 6, A9) zu kleben. Dabei darf nur ein Klebepunkt – gelb **oder** grün- pro Maßnahme geklebt werden. Die IPAV klebt nicht mit.

Abbildung 6: Meinungsbild Kick-off Treffen

	Maßnahmenpaket *interprof* ACT zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim	Meiner Meinung nach kann die Maßnahme eingeführt werden.	Bei der Einführung der Maßnahme habe ich **Bedenken.**
	1. Namensschilder Arzt und Pflegekraft tragen während des ärztlichen Heimbesuchs Namensschilder.		
	2. Hauptansprechpartner Innerhalb des Wohnbereichs wird eine Pflegefachkraft als Hauptansprechpartner für die Kommunikation mit dem Hausarzt und der Hausarztpraxis benannt. Innerhalb der Hausarztpraxis kann optional ein Hauptansprechpartner benannt werden.		
	3. Wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon/Fax Mit dieser Maßnahme wird die Verbindlichkeit im Umgang miteinander gestärkt – per Telefon oder Fax.		
	4. Heimbesuch: Terminabsprache und Struktur Mit dieser Maßnahme wird der Heimbesuch als zentrales Element der medizinischen Versorgung klar strukturiert. Es werden Vereinbarungen über reguläre Besuchszeiten oder das Vorgehen bei anlassbezogenen Hausbesuchen festgelegt. Ferner wird ein klarer Ablauf für den Hausarztbesuch selbst vorgeschlagen.		
	5. Standardbedarfsmedikation Durch die Dokumentation einer „Standardbedarfsmedikation" soll erreicht werden, dass im Bedarfsfall für individuelle Gesundheitsprobleme verbindliche Anordnungen für den Bewohner vorliegen.		
	2. Zielvereinbarungstreffen Ärzte, Pflegekräfte sowie ggf. Bewohner und Angehörige besprechen längerfristige und übergeordnete Therapie- und Pflegeziele. Festgelegt werden dabei das gemeinsame Vorgehen, die Zuständigkeiten und ein Datum pro Quartal zur Überprüfung.		

3.3.3 Diskussion der Maßnahmen

Anhand des eingeholten Meinungsbildes erfolgt die Diskussion zur Anpassung der Maßnahmen. Jede Maßnahme wird einzeln diskutiert.

Reihenfolge der diskutierten Maßnahmen:

Es sollte mit der Maßnahme begonnen werden, die die meisten grünen Punkte hat. Im Anschluss folgen die Maßnahmen mit abnehmender grüner und zunehmend gelber Punktezahl.

Durchführung der Diskussion:

Die Diskussion erfolgt anhand von Fragen, die auf Flip-Charts (jeweils ein Flip-Chart pro Maßnahme) stehen: „Was gibt es für Bedenken bei der Umsetzung der Maßnahme?"
„Wie kann die Maßnahme angepasst werden, um diese in die Einrichtung einzuführen?"

Ein Moderator leitet die Diskussion, während der andere die geäußerten Bedenken und anschließend die vorgeschlagenen Anpassungsmöglichkeiten auf dem Flip-Chart notiert. Als äußerste negative Form der Anpassung ist eine Ablehnung von Maßnahmen möglich. Dafür sollten die entsprechenden Gründe aufgeschrieben werden. Die Moderatoren sollten versuchen, zurückhaltende Teilnehmende aktiv anzusprechen, sodass die Meinung wirklich aller Gruppe einbezogen werden kann. Die Pflegenden geben die Meinung aus dem Pflegeteam wieder, das Poster (Meinungsbild im Wohnbereich, A4) können sie hierbei als Hilfestellung verwenden.
Ein Abstimmungsverfahren per Hand gibt es bei der Diskussion nicht. Durch gezieltes Hinterfragen der Bedenken und gemeinschaftliche Überlegungen, inwiefern die Maßnahmen auf die Einrichtung angepasst werden können, soll ein Konsens gefunden werden.

3.4 Vorgehen nach der Kick-off Veranstaltung

Nach der Anpassung der Maßnahmen in der Kick-off Veranstaltung werden sie durch Studienmitarbeiterinnen für die Pflegeeinrichtung schriftlich zusammengefasst. Die angepassten Maßnahmen werden an die an der Studie teilnehmenden Hausärzte, die Einrichtungsleitung / Pflegedienstleitung und an die IPAV per Post versendet. Die IPAV stellt die angepassten Maßnahmen nach der 2. IPAV Schulung in den betreffenden Wohnbereichen vor (Kapitel 4).

4 Die Maßnahmen und ihre Einführung

Die IPAVs sind für die Einführung und Verstetigung der angepassten Maßnahmen in den jeweiligen Einrichtungen zuständig. Die IPAV informiert die Pflegekräfte im Wohnbereich über die angepassten Maßnahmen. Hierfür kann sie die PP-Präsentation der 2. IPAV Schulung erhalten. Zudem erhält sie alle Dokumente, die bei der Umsetzung verwendet werden können, durch das Studienteam.

Die IPAV…

- lädt alle Pflegefachkräfte des Wohnbereichs zu einem Treffen ein, bei dem sie über die Maßnahmen und deren Umsetzung informiert (Wohnbereichstreffen oder gesonderter Termin).
- beschreibt dabei ihre Rolle als Ansprechpartnerin für das Pflegeteam.
- erklärt den Pflegefachkräften, welche Aufgaben sie bei der Maßnahmeneinführung übernehmen.
- kündigt an, dass sie sich monatlich nach der Umsetzung und nach auftretenden Problemen erkundigt.

Maßnahmen in der Maximalversion

Im Folgenden wird detailliert beschrieben, wie die einzelnen Maßnahmen von den IPAVs in der Pflegeeinrichtung eingeführt werden können, falls alle Komponenten ausgewählt werden.

Die einzelnen Maßnahmen sollen entsprechend der Anpassungen hier umformuliert bzw. ergänzt werden.

4.1 Namensschilder

Beschreibung der Maßnahme

Hausarzt und Pflegende tragen während des ärztlichen Heimbesuchs Namensschilder (ggf. mit Funktion) zur besseren gegenseitigen Erkennbarkeit. Sollte es in der Pflegeeinrichtung eine Hauptansprechpartnerin geben, wird ihr Namensschild dahingehend gekennzeichnet.

Einführung der Maßnahme

Wenn in der Pflegeeinrichtung noch keine Namensschilder vorhanden sind, sind die IPAVs für deren Anschaffung zuständig. Die IPAVs bringen die Namensschilder in die betreffenden Wohnbereiche und motivieren ihre Kollegen und die teilnehmenden Hausärzte, während des ärztlichen Heimbesuchs ein Namensschild zu tragen. Mit der Wohnbereichsleitung und den Ärzten wird im Weiteren besprochen, wo das Arztnamensschild zwischen den Hausbesuchen aufbewahrt wird (Aufbewahrung in Pflegeeinrichtung, oder Hausarzt ist selbst für die Aufbewahrung verantwortlich) und wer sich darum kümmert, dass der Arzt dieses beim Besuch trägt. Wenn in der Pflegeeinrichtung bereits Namensschilder getragen werden, informieren die IPAVs den betreffenden Wohnbereich dennoch über die Einführung dieser Maßnahme und verdeutlichen, dass die Namensschilder in jedem Fall während der ärztlichen Heimbesuche von den Beteiligten getragen werden sollten.
Aufgaben der Pflegekraft:

- Tragen des Namensschilds beim dem ärztlichen Heimbesuch
- Aufbewahrung der Namensschilder für die Hausärzte
- Weitergabe des Namensschilds an die Hausärzte vor dem Heimbesuch

Aufgaben der IPAV

Die IPAV…

- kümmert sich darum, dass die Namensschilder durch die Einrichtung* angefertigt und mit Namen und (möglich) Funktion der Pflegenden versehen werden.
- findet einen Aufbewahrungsplatz für die Namensschilder der Hausärzte und stellt sicher, dass alle Pflegenden ihn kennen.
- motiviert Pflegende und Hausärzte Namensschilder während der ärztlichen Heimbesuche zu tragen.
- besucht die Wohnbereiche monatlich und erkundigt sich nach der Umsetzung der Maßnahme

*Vorlagen können ggf. bei den Studienzentralen eingefordert werden. Falls es für die Einrichtung nicht möglich sein sollte, die Namensschilder selbst anzufertigen, unterstützt auch hier die Studienzentrale.

4.2 Hauptansprechpartner



Beschreibung der Maßnahme

Die Hauptansprechpartner stellen die Kommunikation zwischen Pflegeeinrichtung und Hausarztpraxis in jeder Schicht sicher. Die betreffenden Personen sind fachlich versiert, informiert und kompetent.

Innerhalb eines Wohnbereichs

Für jede Schicht im Tagdienst wird eine Pflegekraft als Hauptansprechpartner für die Kommunikation mit dem Hausarzt benannt. Eine personelle Beständigkeit ist dabei wünschenswert.

Aufgaben des Hauptansprechpartners:

- Sicherung teaminterner Kommunikation
- Kommunikation mit dem Hausarzt
- Organisation Visitenbegleitung
- Sicherstellung der Umsetzung von getroffenen Anordnungen

In der Hausarztpraxis kann ein Hauptansprechpartner mit Vertretung benannt werden. Dieser priorisiert die Anfragen der Pflegenden und bereitet sie zur Vorlage beim Hausarzt vor.

Einführung der Maßnahme

Im Wohnbereich*:* Der Hauptansprechpartner stellt seine Erreichbarkeit mit einem mobilen Telefon sicher. Bei anstehenden hausärztlichen Heimbesuchen stellt er sich als Hauptansprechpartner vor und bietet prinzipiell eine Visitenbegleitung an. Nach den Visiten ist er für die Umsetzung der Anordnungen verantwortlich (Dokumentation in Bewohnerakte, Klärung eventueller Rückfragen). Der Hauptansprechpartner sollte seine Funktion per Aushang im Wohnbereichsflur veröffentlichen (Bsp. siehe Abbildung 7). Sie tragen eine entsprechende Benennung auf dem Namensschild.

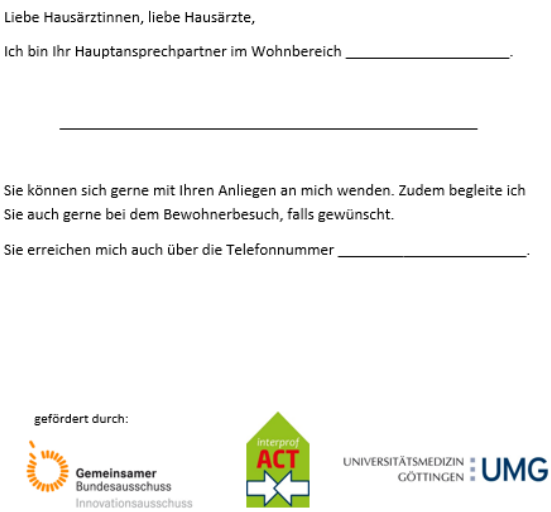
In der Hausarztpraxis: Der Hausarzt ist Hauptansprechpartner oder überträgt die Funktion an eine Medizinische Fachangestellte (MFA). Dann bereiten die MFAs die Anfragen aus der Pflegeeinrichtung zur Vorlage beim Arzt vor.

Aufgaben der IPAV

Die IPAV…

- klärt mit dem Pflegeteam, wie pro Tagschicht ein Hauptansprechpartner festgelegt wird.
- bespricht die anstehenden Aufgaben und Funktionen mit den Hauptansprechpartnern:
  - Sicherung teaminterner Kommunikation
  - Kommunikation mit dem Hausarzt
  - Organisation Visitenbegleitung
  - Sicherstellung der Umsetzung von getroffenen Anordnungen
- kümmert sich ggf. um Kenntlichmachung des Hauptansprechpartners im Wohnbereich
- fragt nach dem Hauptansprechpartner in der Hausarztpraxis.
  besucht die Hauptansprechpartner (Wohnbereich) monatlich, um Fragen zu klären und sich nach der Umsetzung der Maßnahme bzw. der Akzeptanz zu Erkundigen.

Abbildung 7: Hauptansprechpartner in Pflegeeinrichtung



Liebe Hausärztinnen, liebe Hausärzte,

Ich bin Ihr Hauptansprechpartner im Wohnbereich _____.

_____

Sie können sich gerne mit Ihren Anliegen an mich wenden. Zudem begleite ich Sie auch gerne bei dem Bewohnerbesuch, falls gewünscht.

Sie erreichen mich auch über die Telefonnummer _____.

gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Der Hauptansprechpartner aus der Hausarztpraxis wird im Dokument „Erreichbarkeit Hausarzt/-praxis“ aufgeführt (siehe Abbildung 10).

4.3 Wechselseitige Erreichbarkeit

Beschreibung der Maßnahme

Zwischen dem Wohnbereich und dem Hausarzt besteht eine wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon und Fax. Es gibt möglicherweise Absprachen für die hausärztliche Versorgung der Bewohner auch außerhalb der Sprechzeiten. So könnte eine Sondernummer bereitgestellt werden, um den Hausarzt oder die MFA während der Sprechzeiten schneller zu erreichen.

Einführung der Maßnahme

In der Hausarztpraxis: Die IPAV bespricht mit dem Hausarzt eine wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon und Fax. Besprochen wird, wie Pflegende außerhalb der Sprechzeiten eine hausärztliche Versorgung der Bewohner sicherstellen können. Es sollte ausgemacht werden, ob es ggf. eine Sondernummer gibt, um den Hausarzt oder MFA während der Sprechzeiten schneller zu erreichen, und ab wann der hausärztliche Bereitschaftsdienst zu kontaktieren ist.

In der Einrichtung: Die IPAV informiert die Pflegenden in den betreffenden Wohnbereichen über die Einführung dieser Maßnahme. Sie weisen darauf hin, dass bei dieser Maßnahme das Prinzip einer gegenseitigen Rücksichtnahme herrschen sollte (Berücksichtigung von Stoß- oder Öffnungszeiten).

Per Telefon

Eine Pflegende (oder Hauptansprechpartner) trägt das Telefon stets bei sich und nimmt eingehende Anrufe entgegen. Für Zeiten der Nichterreichbarkeit (bspw. während Dienstübergaben) kann ein Anrufbeantworter eingerichtet werden. Dieser ist kurzfristig abzuhören.

Per Fax

Für die Implementierung dieser Maßnahme muss der Zugang zum Faxgerät gewährleistet sein. Das Faxformular kann zur Förderung eines verbindlichen Umganges verwendet werden. Durch die Verwendung der Lesebestätigung wird gesichert, dass das Fax gelesen wurde.
Das Faxformular wird durch die IPAV an die Wohnbereiche verteilt (siehe Abb. 9, A15). Dieses Formular enthält Informationen über:

- **Absender und Empfänger, Name des Bewohners, Datum und Uhrzeit**
- **Eingrenzung von Themenbereichen**: Medikation, Vorbereitung Hausbesuch, Sonstiges.
- **Dringlichkeitsangaben:** Die Dringlichkeit wird von der sendenden Person festgelegt.
- **Lesebestätigung:** Diese kann angefordert werden, wenn lediglich Informationen gesendet werden, zu denen eine Stellungnahme von Seiten des Hausarztes nicht notwendig ist. Der Absender weiß, dass die Information gelesen wurde.
- **Umsetzung und Anmerkungen:** Die Pflegenden dokumentieren, dass Anordnungen umgesetzt wurden, wann dies geschah und wer die Durchführung vornahm. Dieses Feld ist hauptsächlich für die Pflegedokumentation gedacht.

- **Verantwortlichkeiten:** Bleibt eine Lesebestätigung aus oder kommt bei einer dringlichen Anfrage keine zeitgerechte Rückmeldung, ist der Absender dafür zuständig, eine Antwort einzuholen.

Die IPAVs betonen, dass der Informationsfluss mittels Fax grundsätzlich gesichert sein sollte. Sie überlassen die Organisation der Umsetzung jedoch den Pflegenden im Wohnbereich. Zudem machen die IPAVs darauf aufmerksam, dass unerledigte Faxverläufe an die nächste Schichtleitung weitergegeben werden und generell die Abheftung der Faxdokumente in der Bewohnerdokumentation erfolgt.

Aufgaben der Pflegekraft:

- Bei sich Tragen des Telefons
- Zeitnahes Abhören des Anrufbeantworters
- Nutzen der Faxvorlage siehe oben

Faxkultur

Zur Organisation von Routinebesuchen oder Hausbesuchen mit mäßig dringlichem Anlass könnte auch die Einrichtung einer „Faxkultur“ überlegt werden. Konkret könnte das Vorgehen wie folgt aussehen: Die Pflegenden bzw. die Hauptansprechpartner aus der Pflegeeinrichtung faxt Namen und Anlässe der zu besuchenden Bewohner für die Routinebesuche ein bis zwei Tage im Voraus an den Hausarzt. Der Hausarzt bestätigt wiederum den Termin des Besuchs per Fax und äußert ggf. im Vorfeld Wünsche, gibt Hinweise zum Vorgehen oder teilt mit, ob der Hausbesuch nicht, oder zu einem anderen Zeitpunkt stattfindet.

Aufgaben der IPAV

Die IPAV…

- erklärt den Pflegenden, wie die Maßnahme umgesetzt wird.
- zeigt den Pflegenden ggf., den Umgang mit dem Anrufbeantworter.
- verteilt das Faxformular auf den Wohnbereichen und erklären die Anwendung.
- weist die Pflegenden in den Wohnbereichen darauf hin, dass bei dieser Maßnahme das Prinzip einer gegenseitigen Rücksichtnahme herrschen sollte (Berücksichtigung von Stoß- oder Öffnungszeiten).
- klärt mit den Hausärzten deren zeitliche Erreichbarkeit, evtl. Notiz in Bewohnerakte.
- fragt Hausärzte nach einer „Sondertelefonnummer (Handynummer oder Privatnummer)“ für eine bessere Erreichbarkeit.
- sorgt ggf. für die Einführung einer Faxkultur.
- erfragt einmal im Monat die Umsetzung dieser Maßnahme.

Abbildung 8: Dokument: Fax-Formular

FAX

☐ dringlich/gleich ☐ im Laufe des nächsten halben Tages ☐ heute ☐diese Woche

Bewohner _____ **geb.** _____ **Datum, Uhrzeit FAX:**

Einrichtung **Arzt**

Wohnbereich:
Pflegekraft:
Erreichbar unter: bis Uhr

ANFRAGE / MITTEILUNG

☐Medikation ☐vor Hausbesuch ☐ Sonstiges

☐Lesebestätigung gewünscht (ggf. auch ohne ausführliche Antwort)

☐Lesebestätigung zurück **Datum, Uhrzeit FAX:**

ANTWORT

☐Lesebestätigung gewünscht (ggf. auch ohne ausführliche Antwort)

☐Lesebestätigung zurück

UMSETZUNG Antwort erhalten Datum, Uhrzeit: **Kürzel:**

Ggf. Anmerkungen

Abbildung 9: Kontaktliste Hausärzte/Hauptansprechpartner Hausarztpraxis

Version: 05/2018

Kontaktliste Hausärzte/ Hauptansprechpartner

Wohnbereich: _____

Hausarzt	ggf. Hauptansprechpartner	Öffnungszeiten	Telefon	Fax

4.4 Einrichtungbesuche: Terminabsprache und Struktur

Beschreibung der Maßnahme

Bei dieser Maßnahme steht die Organisation und Strukturierung des hausärztlichen Einrichtungsbesuches im Mittelpunkt.

Es gibt drei verschiedene Formen der Terminierung von Einrichtungsbesuchen: den Routinebesuch mit festem Zeitschema (z.B. jeden Dienstagnachmittag), den Routinebesuch ohne festes Schema (Rhythmus), und den Besuch aus einem akuten Anlass.
Ein Routinebesuch ohne festen Rhythmus sollte mind. zwei Tage im Voraus ärztlicherseits festgelegt werden. Zudem ist die Eingrenzung auf ein zweistündiges Zeitfenster bei Routinebesuchen und anlassbezogenen Besuchen anzustreben.
Der Einrichtungsbesuch selbst sollte mittels fünf Punkten strukturiert werden (siehe Abb. 11):

Abbildung 10: Struktur für den Ablauf eines Einrichtungsbesuches

Vorfeld	• Die Pflegende ordnet die Anliegen nach Wichtigkeit und stellt wesentliche Unterlagen der Bewohner zusammen. • Fragt Bewohner, ob Angehörige dabei sein sollen
Vorgespräch	• Der Arzt sucht die Pflegende (ggf. Hauptansprechpartnerin) auf, um das Vorgehen beim Hausbesuch zu besprechen. • Die von der Pflegenden vorab nach Wichtigkeit geordneten Anliegen werden besprochen. • Die Pflegende (Hauptansprechpartnerin) bietet eine Hausbesuchsbegleitung an • Pflegende und Arzt klären im Vorfeld, wie Anordnungen dokumentiert werden und ob ein Nachgespräch stattfinden soll
Durchführung	• Der Einrichtungsbesuch wird durch den Arzt mit oder ohne Begleitung einer Pflegenden durchgeführt. • Während des Einrichtungsbesuches werden klare Anordnungen vom Arzt getroffen.
Nachgespräch	• Wenn der Arzt durch Pflegende begleitet wird, kann ein Nachgespräch optional stattfinden. • Ein Nachgespräch findet statt, wenn der Einrichtungsbesuch nicht durch eine Pflegende begleitet wird. • Alternativ sollte im Vorgespräch festgelegt werden, wo die ärztlichen Anordnungen ansonsten zu finden sind.
Dokumentation	• Die Anordnungen werden spätestens jetzt durch die Pflegende dokumentiert.

Einführung der Maßnahme

In der Hausarztpraxis: Die IPAV oder die Pflegenden besprechen mit den Hausärzten, wie die Terminabsprache zukünftig stattfinden wird (Zeitfenster des Besuchs, Ankündigung wie viele Tage im Voraus?)

Im Wohnbereich: Die IPAVs informieren die Pflegenden in den jeweiligen Wohnbereichen über die Einführung dieser Maßnahme.

Die IPAVs erklären den Pflegenden die drei verschiedenen Formen der Terminierung der Arztbesuche in der Pflegeeinrichtung. Die IPAVs oder/und die zuständigen Pflegenden sollten mit den Hausärzten klären, wie die Einrichtungsbesuche künftig terminiert werden. Bewohner und Angehörige sind über evtl. Regelmäßigkeiten von Routinebesuchen zu informieren.

Die IPAVs erklären den Ablauf eines Einrichtungsbesuches (siehe Abb. 10): Die IPAVs weisen darauf hin, dass der anstehende Einrichtungsbesuch gut vorzubereiten ist. Das bedeutet: Im Vorfeld sammelt und ordnet die zuständige Pflegende die anfallenden Fragestellungen für den Einrichtungsbesuch nach Wichtigkeit. Im Vorfeld klärt die Pflegende auch mit dem Bewohner, ob eine vertraute Person oder ein Angehöriger an dem hausärztlichen Einrichtungsbesuch teilnehmen soll. Beispielsweise kann es auch möglich sein, dass der Angehörige den hausärztlichen Besuch mit vorbereitet, aber während des Besuches nicht dabei ist.

Wenn der Hausarzt in der Einrichtung eintrifft, sucht er aktiv die zuständige Pflegende auf (Namensschilder werden getragen, wenn die entsprechende Maßnahme implementiert ist). In einem Vorgespräch informiert die Pflegende den Hausarzt über relevante Themen, Änderungen, Bedürfnisse oder Wünsche von Bewohnern/Angehörigen etc. Pflegende und Hausarzt besprechen gemeinsam das konkrete Vorgehen: Begleitung des Hausarztes während des Besuches, Dokumentation durch wen und wann (bspw. während oder nach dem Einrichtungsbesuch), Klärung, ob ein Nachgespräch stattfindet oder wo die Anordnungen zu finden sind.

Im möglichen Nachgespräch werden während der Visite aufgetretene Besonderheiten besprochen. Sollte der Hausarzt den Bewohnerbesuch alleine durchgeführt haben, sind Anordnungen an die Pflegenden im Gespräch zu stellen oder verständlich und an vereinbarter Stelle zu aufzuschreiben. Wenn kein Nachgespräch stattfindet, dokumentiert der Hausarzt Anordnungen klar und leitet Anliegen aus den Bewohnergesprächen ggf. an die Pflegenden weiter. Wenn eine Pflegende an den Besuchen beteiligt ist, übernimmt sie die Dokumentation und ist für die Weitergabe der Anordnungen an das pflegerische Team zuständig.

Abschließend werden die Anordnungen in der Bewohnerakte dokumentiert (durch Hausarzt oder Pflegende). Es sollte zu jeder Zeit möglich sein, Rückfragen zu stellen.

Aufgaben der IPAV

Die IPAV…

- bespricht mit den Hausärzten die Art der gemeinsamen Terminabsprache (Zeitfenster, Ankündigung wie viele Tage im Voraus)
- bespricht mit den Pflegenden bzw. den Hauptansprechpartnern die Terminierung des Hausarztbesuches.
- erläutert die Struktur zum optimalen Ablauf eines Heimbesuches.
- erkundigt sich monatlich nach der Umsetzung dieser Maßnahme.

4.5 Festlegung von Bedarfsmedikation

Beschreibung der Maßnahme

Durch die Maßnahme „Standardbedarfsmedikation“ soll erreicht werden, dass im Bedarfsfall für individuelle (zu erwartende bzw. noch nicht eingetretene) Gesundheitsprobleme verbindliche Anordnungen für den jeweiligen Bewohner durch den Hausarzt festgelegt werden. Die Festlegung von Bedarfsmedikamenten kann im Rahmen von Zielvereinbarungstreffen oder auch während eines normalen Heimbesuches stattfinden.

Einführung der Maßnahme

Wenn in der entsprechenden Einrichtung bereits Formulare zur Bedarfsmedikation vorhanden sind, stützt sich die Maßnahme „Standardbedarfsmedikation“ insbesondere auf die Absicht des Arztes, **konkrete und eindeutige** Anweisungen für den Bedarfsfall zu dokumentieren. Die in der Abb. 9 aufgeführten Angaben zur ärztlichen Dokumentation von Bedarfsmedikation sollten in jedem Fall berücksichtigt werden. Um zusätzliche Dokumentationen zu vermeiden, ist vor der Implementierung zu klären, wo die bisher auf Bedarf angeordneten Medikamente dokumentiert werden. Um eine adäquate Arzneimitteltherapie sicherstellen zu können, ist eine regelmäßige Kontrolle der Therapie mit Bedarfsmedikamenten notwendig.

Die IPAVs stellen das Formular (siehe Abb. 12, A14) den Pflegenden des Wohnbereichs am besten in einer Übergabe vor. Die IPAVs übergeben dem Wohnbereich eine notwendige Anzahl an Vordrucken für die dort in die Studie einbezogenen Bewohner.

Aufgaben der Pflegekraft:

- Verwendung des Formulars Standardbedarfsmedikation im Alltag.
- Ansprache der Hausärzte bei dem Hausbesuch, das Formular zu verwenden.

Das Dokument „Standardbedarfsmedikation“ kann neben dem bundeseinheitlichen Medikationsplan eingeführt werden, da im Bundeseinheitlichen Medikationsplan nicht konkret der Einsatz von Bedarfsmedikamenten vorgegeben wird. Hier sollte jedoch darauf geachtet werden, dass die Pläne aufeinander abgestimmt sind und es zu keinen Abweichungen oder Doppelungen kommt.

Abbildung 11: Dokument: Standardbedarfsmedikation

Daten des Bewohners/der Bewohnerin	
Name, Vorname	Maria Mustermann
Geburtsdatum	23.03.1940

Daten des Arztes/der Ärztin	
Name, Vorname	Karl Müller
Name der Praxis	Praxis Müller

Datum	Indikation bzw. Symptome und Begleitumstände	Bedarfsmedikation (Präparat mit Stärke)	Applikationsform	Hinweise	Applikationsfrequenz	Minim. Einzeldosis	Max. Einzeldosis	Max. Tagesdosis	Abgesetzt	HZ Arzt	HZ Pflege
04.12.17	Akute Verschlechterung der Rückenschmerzen. VAS ≥ 5	Metamizol 500mg/ml	Tropfen per Os	keine	Min. 6h Abstand zwischen den Gaben	20 Tropfen	40 Tropfen	120 Tropfen			

Aufgaben der IPAV

Die IPAV…

- informiert die Pflegenden in den betreffenden Wohnbereichen über die Einführung des Formulars Standardbedarfsmedikation, erklärt den Umgang
- verteilt das Formular in den Wohnbereichen.
- erkundigt sich bei den zuständigen Pflegenden monatlich nach der Umsetzung dieser Maßnahme.

4.6 Zielvereinbarungstreffen

Beschreibung der Maßnahme

Während des Zielvereinbarungstreffens werden übergeordnete und längerfristige Ziele für die medizinische Versorgung des jeweiligen Bewohners und die Vorgehensweisen der beteiligten Akteure festgelegt und in einem Zielvereinbarungsformular (siehe Abb. 13, A11) aufgeschrieben. Die Ziele werden beim nächsten Zielvereinbarungstreffen von den Beteiligten überprüft. Während dieser Treffen sollten die Ziele und Wünsche des Bewohners im Vordergrund stehen. Das Formular wird in der Pflegedokumentation archiviert und mit dem Pflegeplan verknüpft. Der Hausarzt erhält – falls gewünscht – eine Kopie. Die fortführende Dokumentation weiterer Zielvereinbarungstreffen wird auf dem Originaldokument in der Bewohnerakte geführt. Zielvereinbarungstreffen sollen einmal im Quartal stattfinden. Um eine Doppeldokumentation zu vermeiden, sollen während der Zielvereinbarungstreffen nicht die schon vorhandenen Ziele aus der Pflegeplanung wiederholt werden.

Teilnehmer des Zielvereinbarungstreffens

Hausarzt, Pflegende (ggf. Hauptansprechpartner) und Bewohner und/oder Betreuer sowie ggf. Angehörige.

Vorbereitung des Zielvereinbarungstreffens

Im Vorfeld wird dem Bewohner oder die betreuende Person gefragt, ob er mit der Durchführung des Gesprächs einverstanden ist und ob er dabei sein möchte. Zudem ist mit dem Bewohner zu klären, ob ein Angehöriger bzw. eine andere Vertrauensperson mit einbezogen werden soll, die dann eingeladen werden. Einen Tag vor dem Zielvereinbarungstreffen erhält der Bewohner bzw. der Betreuer ein Informationsblatt zur Vorbereitung auf das Gespräch (Abbildung 14, A12). Das Dokument liegt dem Bewohner auch während des Gespräches vor, um ihm eine Orientierung zu bieten.

Was könnten „Ziele“ sein?

Prinzipiell sollen sich die Ziele an den Wünschen und Zielen der Bewohner orientieren. In der nachfolgenden Abbildung 13 sind Beispiele für Themenbereiche aufgeführt, zu denen Ziele entwickelt werden können. Es sind jedoch auch andere Themenbereiche möglich. Auch die Anordnung von Bedarfsmedikamenten kann im Rahmen dieser Treffen besprochen werden.

Abbildung 12: Beispiele zur Formulierung von Zielen im Rahmen der Zielvereinbarungstreffen

ZIELVEREINBARUNGEN (Projekt *interprof* ACT)

Bewohner/-in: Maria Mustermann (Z.n. Apoplex)	**Geburtsdatum:** 23.03.1940	**Wohnbereich:** 1

Datum	**Zielvereinbarungen**	**Vorgehen + Zuständigkeiten**	**BP**	**Hz**	**Evaluation**
Bsp. Themenbereich: Mobilität (Förderung motorischer Fähigkeiten)					
09.11.17	Bewohnerin ist in der Lage mit dem Rollator selbständig in den Garten der Pflegeeinrichtung zu gehen.	Tägliche Förderung der Mobilisation. Tägliches Gehtraining mit Pflege, 5 Min. auf Flur mit Steigerung der Gehstrecke, zusätzlich 2x wöchentlich Physiotherapie und 1x wöchentlich Ergotherapie Ergotherapie, Physiotherapie, Pflege	Ja	MM, GR, PM, BS	09.01.18 Teilziel: Frau M. kann selbstständig im Wohnbereich mit dem Rollator laufen
Bsp. Themenbereich: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Förderung geistiger Fähigkeiten)					

09.11.17	Bewohnerin ist in der Lage sich aktiv an Gespräche zu beteiligen	Die Fähigkeit kommunizieren zu können wird bei Fr. M gefördert - 2x die Woche Logopädie, - Pflegende animieren Frau M. während der Ausübung pflegerischer Tätigkeiten zum sprechen ... Ergotherapie, Logopädie, Pflege	Ja	MM, GR, PM, BS,	09.01.18 Teilziel: Frau M. ist in der Lage selbständig ihre Bedürfnisse zu artikulieren. Sie benötigt jedoch noch Unterstützung um fliebend und pausenlos kommunizieren zu können.
Bsp. Themenbereich Selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen (Förderung der Selbstständigkeit zur Bewältigung von Gesundheitsproblemen)					
09.11.17	Angehöriger Herr Schmidt ist bei Hausarztbesuchen im Einrichtung anwesend	Angehöriger wird bei Terminabsprachen berücksichtigt oder führt selbst Terminabsprachen mit dem Arzt/die Ärztin durch.	Ja	MM, GR, PM, BS	09.01.18 Herr Schmidt ist über die Termine der Hausarztbesuche informiert. Herr Schmidt hat bereits an 2 Hausarztbesuchen teilgenommen.
09.11.17	Bei akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes der Patientin ist keine Krankenhauseinweisung gewünscht.	Frau M. und/oder Betreuer verfassen mit Hilfe des HA/HÄ eine Patientenverfügung + Vorsorgevollmacht	Ja	MM, GR, PM, BS	Am 21.11.18 wurde eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht für Frau M. vorgelegt und in der Pflegedokumentation abgelegt.
Bsp. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Förderung zur Teilhabe am Alltagsleben)					
09.11.17	Frau M. erhält zur Zeit des Kaffeetrinkens regelmäßig Gesellschaft, da sie derzeit nicht in der Lage ist an sozialen Aktivitäten der Einrichtung teilzunehmen.	Pflegende GR organisiert eine Ehrenamtliche, die Frau M 2x wöchentlich Gesellschaft beim Kaffeetrinken in ihrem Zimmer leistet.		MM, GR, PM, BS	09.01.18 Frau M. hat 2x wöchentlich Besuch von Frau Gärtner.

Einführung der Maßnahme:

Für die Umsetzung der Zielvereinbarungstreffen in den jeweiligen Wohnbereichen ist eine zuständige Pflegende (ggf. Hauptansprechpartnerin) und der betreffende Hausarzt zuständig. Die zuständige Pflegende erhält von der IPAV eine Liste sämtlicher an der Studie beteiligten Hausärzte der teilnehmenden Bewohner des Wohnbereichs und vereinbart mit diesen Terminen zur Durchführung von Zielvereinbarungstreffen, im Idealfall während der Einrichtungsbesuche.

Die Pflegende erklärt den Bewohnern, dass Zielvereinbarungsgespräche durchgeführt werden und fragt, ob er einverstanden ist, anwesend sein möchte und ob Angehörige dazu kommen sollen. Sowohl der Bewohner als auch ggf. der Betreuer erhält ein Informationsblatt zur Vorbereitung auf das Gespräch (siehe Abb. 14, A12). Das Treffen findet im Wohnbereich, im Bewohnerzimmer oder ggf. in einem anderen Raum (z.B. Sozialraum) statt.

Es soll angestrebt werden, pro Treffen drei Ziele zu formulieren. Der Bewohner wird als erstes gefragt, welche Ziele und Wünsche er hat. Während des Gespräches füllt der Hausarzt oder die Pflegende das Dokument „Zielvereinbarungen“ (siehe Abbildung 16) aus. Neben den Vereinbarungen der Ziele sollen die teilnehmenden Personen und der nächste Termin (oder Zeitraum) aufgeschrieben werden. Während des Treffens kann die Kitteltaschenkarte „Zielvereinbarungen treffen“ verwendet werden (siehe Abbildung 15, A13).

Aufgaben der teilnehmenden Pflegekraft

Im Vorfeld Klärung folgender Punkte

- Wann und wo findet das Gespräch statt?
- Welcher Bewohner nimmt teil? Welcher Hausarzt?
- Möchte der Bewohner, dass Angehörige dabei sind?
- Ist ein Betreuer zu informieren oder einzuladen?
- Ziele des Bewohners erörtern (Informationsblatt)
- Ziele aus Sicht der Pflege überlegen

Beim Zielvereinbarungstreffen

- Vorstellung der Ziele des Bewohners und der Pflege
- Besprechung der Ziele (Nutzung der Kitteltaschenkarte)
- Dokument „Zielvereinbarungstreffen“ ausfüllen
    - (oder der Hausarzt dokumentiert)
- Nächsten Termin in 3 Monaten vereinbaren

Abbildung 13: Informationsblatt Bewohner/Betreuer zum Zielvereinbarungstreffen



Informationen
zum Gespräch mit Hausarzt und Pflegenden

Liebe/Lieber_____,

am _____ wird es ein gemeinsames Gespräch zwischen Ihnen, Ihrem Hausarzt, dem Pflegepersonal und evtl. auch Ihren Angehörigen geben. Dabei werden langfristige Ziele Ihrer Versorgung besprochen.
Vielleicht möchten Sie sich im Vorfeld Gedanken machen, welche Themen für Sie wichtig sind? Falls ja, können Sie sich gerne Notizen machen und diese zum Gespräch mitbringen.

Notizen:

_____
_____
_____
_____
_____

Abbildung 14: Kitteltaschenkarte Zielvereinbarungstreffen

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

ZIELVEREINBARUNGEN treffen

Die Ziele werden zwischen Pflegenden, Hausärzten, Bewohnern und ggf. Angehörigen oder Betreuern vereinbart.

Zielvereinbarungen sind

Einigungen über längerfristige und über-geordnete Ziele für die Versorgung der Bewohnerin bzw. des Bewohners.

zum Beispiel zu den Bereichen:

- Ernährung
- Mobilität
- Kommunikation
- ...

Festgelegt werden sollte

- Welche Ziele haben wir?
- Wie ist das gemeinsame Vorgehen?
- Wer ist zuständig?
- Wann werden die Ziele überprüft?

Verknüpfung mit der Pflegedokumentation.

ZIELVEREINBARUNGEN (Projekt *interprof* ACT)

Bewohner:	**Geburtsdatum:**	**Wohnbereich:**

Datum	**Zielvereinbarungen**	**Vorgehen + Zuständigkeiten**	**BP**	**Hz.**	**Evaluation**

Erläuterungen:
Hz. = Handzeichen
BP = In den Behandlungsplan aufgenommen

Abbildung 15: Dokument: Zielvereinbarungstreffen

Aufgaben der IPAV

Die IPAV…

- erklärt der zuständigen Pflegenden (ggf. Hauptansprechpartnerin) die Umsetzung dieser Maßnahme
- händigt der Pflegenden die Liste der an der Studie teilnehmenden Ärzte aus, damit sie Termine mit diesen für die Zielvereinbarungstreffen vereinbaren kann.
- stellt die notwendigen Materialien („Informationsblatt Bewohner“ Kitteltaschenkarte und Dokument „Zielvereinbarungstreffen“) zur Verfügung.
- erkundigt sich monatlich, ob und wie diese Maßnahme umgesetzt wurden und fragt nach auftretenden Problemen.

5 Umgang mit Hindernissen

Aus der Erfahrung mit ähnlichen Projekten[1] ist bekannt, dass während der Einführung der Maßnahmen verschiedene Hindernisse auftreten können. Einige Hindernisse und mögliche Strategien zur Überwindung werden in der nachfolgenden Tabelle 2 aufgeführt. Wenn Probleme auftreten sollten, die hier nicht gelistet sind, wird die IPAV gebeten, mit der Studienzentrale in Kontakt zu treten. Strategien für hier nicht aufgeführte Hindernisse werden an andere IPAVs weitergegeben und in diesem Handbuch ergänzt.

Tabelle 2: Hindernisse und mögliche Strategien zur Überwindung

Barrieren	Strategien
Mangelnde Kommunikation zwischen Hausärzten und Pflegenden während der Durchführung und Einführung der Maßnahmen.	• Vermitteln Sie den Beteiligten immer wieder die Ziele und den Wert des Projektes. • Betonen Sie, dass diese Kommunikationsprobleme durch die Umsetzung einzelner Maßnahmen verbessert werden sollen bzw. behoben werden können.
Äußerung: *„Wir betrachten alles nur noch aus dem Blickwinkel der Studie.“*	• Betonen Sie den Nutzen der Studie für Ihre Bewohner. • Verweisen Sie auf die Wichtigkeit von Forschung, um Veränderungen in Gang zu bringen. • Betonen Sie Ihre Vorreiterrolle – aktive Beteiligung. • Erwähnen Sie, dass mit dem Projekt auch Ziele der Bundesregierung zur Verbesserung der Versorgung von Pflegeeinrichtungsbewohnern berücksichtigt bzw. umgesetzt werden.
Äußerung: *„Die Dinge funktionieren nur, wenn die IPAV oder die Hauptansprechpartnerin vor Ort ist.“*	• Es wird empfohlen, die Funktion als IPAV immer mit einer Vertretung durchzuführen, so dass in Zeiten der Abwesenheit immer ein Ansprechpartner zur Verfügung steht. • Wenn die Maßnahmen von Beginn an mit den jeweiligen Beteiligten „sorgfältig“ und gemeinsam eingeführt wurden und Schritt für Schritt in die alltäglichen Abläufe eingefügt werden, kann ein kürzeres Ausfallen von Ansprechpartnern kompensiert werden.

[1] Pathway Health (2017): INTERACT Tools Library. Abrufbar unter: http://www.pathway-interact.com/interact-tools/interact-tools-library/. Zuletzt eingesehen am: 29.11.17

Äußerung (während der Kick-off Veranstaltung oder während der Einführungsphase): *„Wir setzen doch schon so ähnliche Maßnahmen um.“*	• Verweisen Sie auf die Kick-off-Veranstaltung – hier wurden alle Maßnahmen gemeinsam mit Pflegenden, Ärzten und Vertretern von Bewohnern und Angehörigen für Ihre Einrichtung ausgewählt oder angepasst. • Weisen Sie darauf hin, dass bereits vorhandene Maßnahmen verbessert oder ausgeweitet werden können. • Vielleicht sind Sie gerade dabei, Zielvereinbarungsgespräche einzuführen? Dann nutzen Sie diese Vorschläge, um dieses Vorhaben zu bekräftigen oder weiter auszubauen.

6 Strategien für eine nachhaltige Einführung

Die IPAV erkundigt sich einmal im Monat über den Stand der Umsetzung. Diese „Rückfrage“ kann während regelmäßiger Treffen (Wohnbereichssitzungen) oder im Rahmen von gesonderten Terminen stattfinden. Während dieser Treffen ermuntert die IPAV die Pflegenden, Fragen zu stellen und von Problemen bei der Umsetzung zu berichten. Für Notizen zur Umsetzung der Maßnahmeneinführung steht der IPAV eine Checkliste zur Verfügung.

Im Folgenden werden Strategien benannt (Tabelle 3), um die Einführung der Maßnahmen aufrecht zu erhalten oder um die Umsetzung nachhaltig verbessern und steuern zu können.

Tabelle 3: Strategien für eine nachhaltige Einführung

Strategien	Kernpunkte
Entwickeln und teilen Sie eine Vision	Erfolgreiche IPAVs oder Einrichtungsleitungen können… ihre Motivation, das Projekt *interprof* ACT in der eigenen Einrichtung durchzuführen, auch an die Mitarbeiter vermitteln. langfristig die Maßnahmen von *interprof* ACT und die daraus folgenden Prozesse als Kultur und Kernfunktion in die Pflegeeinrichtung eingliedern. Stellen Sie einen praktischen Bezug zu *interprof* ACT her und verbessern sie die Versorgung der Bewohner. Eine erfolgreiche Einführung der Maßnahmen gelingt nur mit einer weitest gehenden Akzeptanz von ihren Kolleginnen. Nehmen Sie sich aus diesem Grund Zeit, ihre Vision den Pflegenden mitzuteilen. Demonstrieren Sie ihre Vision durch deren Aufnahme in die Einrichtungskultur. Integrieren Sie einen Tagesordnungspunkt zum Projekt *interprof* ACT in regelmäßigen Besprechungen.
Benennen Sie ein Team und benennen Sie eine IPAV	Die Benennung einer IPAV ist von sehr großer Bedeutung für den Erfolg der Maßnahmeneinführung. Sie wissen am besten, welche Mitarbeiter in der Lage sind, andere Mitarbeiter zu motivieren und welche die Fähigkeiten haben, das Projekt koordinieren zu können. Die Benennung einer IPAV Vertretung wird empfohlen, um in Zeiten der IPAV Abwesenheit eine Fortsetzung der Maßnahmeneinführung sicherzustellen.

Arbeitsabläufe und Prozesse rationalisieren und Redundanzen vermeiden	Maßnahmen von *interprof* ACT sollten Lücken im Pflegeprozess füllen und keine Mehrarbeit schaffen. Verwenden Sie *interprof* ACT-Maßnahmen, um vorhandene Funktionen zu ergänzen oder zu ersetzen. Bevor Sie Maßnahmen einführen, überlegen Sie, welche Bereiche verbessert werden müssen. Möglicherweise sind bereits einige Prozesse bei Ihnen vorhanden? Nutzen Sie die Maßnahmen, um Prozesse zu verbessern, die noch nicht ausreichend funktionieren.
Machen Sie die Umsetzung des Projektes sichtbar und fügen Sie es in ihren Alltag ein	Die Umsetzung von *interprof* ACT sollte mit der Arbeitsweise ihrer Einrichtung übereinstimmen. Sie können die Maßnahmen kreativ umsetzen und die Teile übernehmen, die für Ihre Einrichtung am sinnvollsten erscheint. Berichten Sie über das Projekt in regelmäßigen Besprechungen.

Literaturverzeichnis

1. Balzer K; Butz, S.; Bentzel J; Boulkemair D; Lühmann D (2013): Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. 1. Aufl. 125 Bände. Köln: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information.

2. Dwyer, Rosamond; Gabbe, Belinda; Stoelwinder, Johannes U.; Lowthian, Judy (2014): A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. In: *Age and ageing* 43 (6), S. 759–766. DOI: 10.1093/ageing/afu117.

3. Günster, Christian; Bartholomeyczik, Sabine (2012): Versorgungs-Report 2012: Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer.

4. Hoffmann, Falk; Schmiemann, Guido (2017): Influence of age and sex on hospitalization of nursing home residents: A cross-sectional study from Germany. In: *BMC health services research* 17 (1), S. 55. DOI: 10.1186/s12913-017-2008-7.

5. Kada, Olivia; Brunner, Eva; Likar, Rudolf; Pinter, Georg; Leutgeb, Ines; Francisci, Nina et al. (2011): Vom PflegeEinrichtung ins Krankenhaus und wieder zurück… Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und PflegeEinrichtungen. In: *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 105 (10), S. 714–722. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.03.023.

Hand- und Arbeitsbuch

für die

interprof ACT

Verantwortlichen

KONTROLLGRUPPE

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis ... 3

Tabellenverzeichnis ... 3

Ansprechpartner*innen ... 4

Zweck des Handbuchs ... 4

1 Die Studie *interprof* ACT: Ziele, Ablauf und Maßnahmenpaket ... 5

1.1 Hintergrund von *interprof* ACT ... 5

1.2 Ziele von *interprof* ACT ... 5

1.3 Was bedeutet das für Ihre Einrichtung? ... 5

1.4 Das Maßnahmenpaket „*interprof* ACT“ ... 6

2 Die Rolle der/des *interprof* ACT-Verantwortlichen (IPAV) ... 7

2.1 Bestimmung der/des IPAV ... 7

2.2 Aufgaben der/des IPAV ... 7

2.3 IPAV- Schulung ... 8

2.4 Vorstellung der Maßnahmen und Einholen des Meinungsbildes im Pflegeteam ... 9

3 Das Kick-off Treffen ... 11

3.1 Ziele des Kick-off Treffens ... 11

3.2 Organisation und Moderation des Kick-off Treffens ... 11

3.2.1 Aufgaben der/des IPAV beim Kick-off Treffen ... 11

3.2.2 Organisation des Kick-off Treffens ... 11

3.2.3 Leitung des Kick-off Treffens ... 13

3.3 Anpassung der Maßnahmen während der Veranstaltung ... 14

3.3.1 Vorstellung der Maßnahmen ... 14

3.3.2 Einholen des Meinungsbilds ... 14

3.3.3 Diskussion der Maßnahmen ... 15

3.4 Vorgehen nach dem Kick-off Treffen ... 16

4 Die Maßnahmen und ihre Einführung ... 17

4.1 Das Gespräch nach dem Kick-off Treffen ... 17

4.2 Die Aufgaben der/des IPAV nach dem Gespräch ... 17

5 Maßnahmenpaket *interprof* ACT ... 17

5.1 Namensschilder ... 18

5.2 Hauptansprechpartner*in ... 19

5.3 Wechselseitige Erreichbarkeit 22
5.4 Heimbesuche: Terminabsprache und Struktur 27
5.5 Festlegung von Bedarfsmedikation 30
5.6 Zielvereinbarungstreffen 32
6 Umgang mit Hindernissen 41
7 Strategien für eine nachhaltige Einführung 42
8 Weiteres Vorgehen 44
Literaturverzeichnis 45

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über den Ablauf der Studie *interprof* ACT 6

Abbildung 2: Übersicht über die Aufgaben der/des IPAV 8

Abbildung 3: Poster zum Einholen des Meinungsbildes (H12) 10

Abbildung 4: Checkliste Vorbereitung Kick-off Treffen (H21) 12

Abbildung 5: Meinungsbild Kick-off Treffen (H26) 15

Abbildung 6: Beispiel Flip-Chart 16

Abbildung 7: Hauptansprechpartner*in (H3) 20

Abbildung 8: Kontaktliste Hausärzt*innen/Hauptanprechpartner*in (H4) 24

Abbildung 9: Fax-Formular (H5) 24

Abbildung 10: Ablauf des Heimbesuches (H6) 27

Abbildung 11: Standardbedarfsmedikation 31

Abbildung 12: Formulierung von Zielen der Zielvereinbarungstreffen (H11) 34

Abbildung 13: Informationsblatt Bewohner*in/Betreuer*in zum Zielvereinbarungstreffen (H8) 37

Abbildung 14: Kitteltaschenkarte Zielvereinbarungstreffen (H10) 38

Abbildung 15: Zielvereinbarungstreffen (H11) 39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ablaufschema und Aufgabenverteilung Kick-off-Treffens (H23) 13

Tabelle 2: Hindernisse und mögliche Strategien zur Überwindung 41

Tabelle 3: Strategien für eine nachhaltige Einführung 42

Ansprechpartner*innen

Die Mitarbeiter*innen aus der Studienzentrale werden Sie während der Maßnahmeneinführung begleiten und unterstützen. Bitte zögern Sie nicht, diese bei Fragen zu kontaktieren:

Studienzentrale Göttingen

interprof.act@med.uni-goettingen.de

Sekretariat Institut für Allgemeinmedizin
Tel.: 0551- 39-22638

Projektleitung

Prof. Dr. med. Eva Hummers
E-Mail: eva.hummers@med.uni goettingen.de

Dr. med. Christiane Müller, MPH
E-Mail: christiane.mueller@med.uni-goettingen.de
Tel.: 0551-39-22691

Zweck des Handbuchs

Dieses Handbuch ist für die/den *interprof* ACT-Verantwortliche*n (nachfolgend IPAV) gedacht, die/der für die Einführung der Maßnahmen aus *interprof* ACT in den Pflegeeinrichtungen zuständig sind.

Das Handbuch bietet einen Überblick über die Aufgaben der/des IPAV und über das Maßnahmenpaket *interprof* ACT. Des Weiteren beinhaltet es Strategien zur Umsetzung und Aufrechterhaltung der Maßnahmen während der Projektlaufzeit.

Version vom: 19.12.2019

1 Die Studie *interprof* ACT: Ziele, Ablauf und Maßnahmenpaket

1.1 Hintergrund von *interprof* ACT

- 30−60% der Pflegeheimbewohner*innen werden mindestens einmal pro Jahr in ein Krankenhaus verlegt (1,2,3)
- Krankenhausaufnahmen sind für Bewohner*innen belastende Ereignisse mit einem unklaren Nutzen für den gesundheitlichen Verlauf (4)
- 40% der Krankenhausaufnahmen werden als vermeidbar eingeschätzt (5)

In einer Vorstudie von *interprof* ACT wurde ein Maßnahmenpaket zur Förderung der Zusammenarbeit von Pflegenden und Hausärzt*innen entwickelt, welches nun zum Einsatz kommt.

1.2 Ziele von *interprof* ACT

Die Ziele von *interprof* ACT sind:

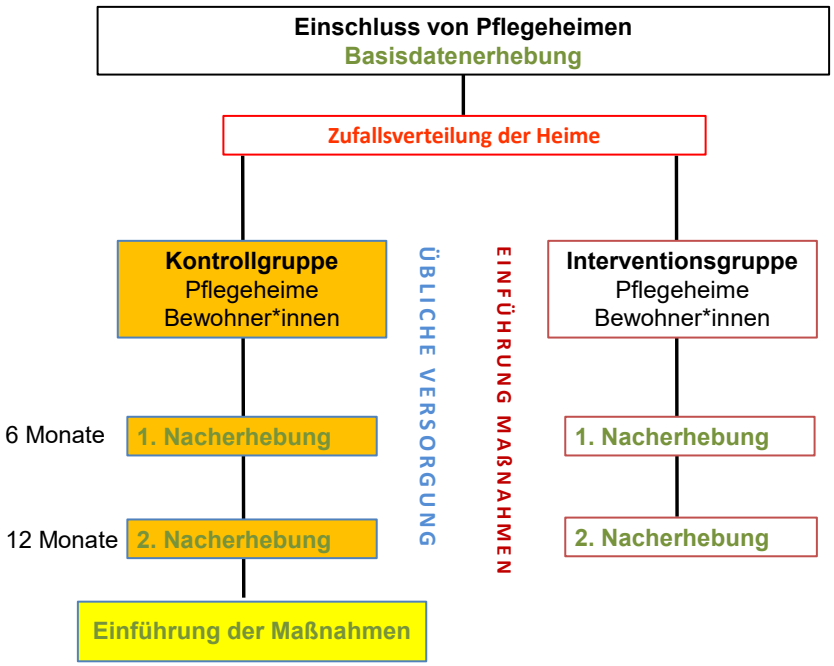
- Stabile Kommunikationsstrukturen zwischen Hausärzt*innen und Pflegenden
- Stärkung der medizinischen Versorgungsqualität der Bewohner*innen
- Verringerung der Krankenhausaufnahmen von Bewohner*innen

1.3 Was bedeutet das für Ihre Einrichtung?

Ihre Pflegeeinrichtung wurde per Zufall während der Studie der sogenannten „Kontrollgruppe“ zugeordnet (siehe Abbildung 1). Das bedeutet, dass während der 12-monatigen Laufzeit die medizinische Versorgung der Bewohner*innen bei Ihnen wie gewöhnlich weiterlief. Nun können nach abgeschlossener Laufzeit die untersuchten Maßnahmen auch in Ihrer Einrichtung eingeführt werden.

Um die Bewohner*innen und Betreuer*innen über die Maßnahmeneinführung zu informieren, nutzen Sie die Anlage H1.

Abbildung 1: Übersicht über den Ablauf der Studie *interprof* ACT



1.4 Das Maßnahmenpaket „*interprof* ACT“

Das Maßnahmenpaket „*interprof* ACT“ besteht aus folgenden 6 Maßnahmen, die im Kapitel 4 näher erklärt werden.

- **Namensschilder für Alle**
- **Hauptansprechpartner*in**
- **Wechselseitige Erreichbarkeit (Telefon /Fax)**
- **Heimbesuch: Terminabsprache und Struktur**
- **Festlegung von Bedarfsmedikation**
- **Zielvereinbarungstreffen**

2 Die Rolle der/des *interprof* ACT-Verantwortlichen (IPAV)

Die bzw. der IPAV ist ein wichtiges Bindeglied zwischen dem Pflegeteam, den Bewohnern*innen und ihren Hausärzt*innen. Die wesentliche Aufgabe besteht darin, die Einführung der Maßnahmen vorzubereiten und zu begleiten. IPAV und Vertretung werden zu Beginn vom Studienteam geschult, um die in den folgenden Abschnitten beschriebenen Aufgaben ausführen zu können (siehe Abbildung 2). Nach dem Kick-off Treffen werden in einem weiteren Gespräch die Einführung der Maßnahmen und der Umgang mit Hindernissen besprochen.

2.1 Bestimmung der/des IPAV

In der Einrichtung wird gemeinsam eine bzw. ein IPAV und deren/dessen Vertreter*in bestimmt.

Qualifikation der/des IPAV:

Die/der IPAV…

- verfügt über eine dreijährige abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf.
- ist mit mindestens der Hälfte der vollen Arbeitszeit überwiegend im Tagdienst tätig.
- hat regelmäßig Kontakt zu den Hausärzt*innen der Bewohner*innen.
- ist gut im Bilde über die gesundheitlichen Situationen der Bewohner*innen.
- äußert die Bereitschaft, sich aktiv für die Umsetzung von Maßnahmen zur Optimierung der medizinischen Versorgung der Bewohner*innen einzusetzen.
- ist interessiert an der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen.
- steht in gutem Kontakt zu den pflegerischen Kolleg*innen.

Zudem wird empfohlen, dass es sich bei der Festlegung der/des IPAV nicht um die PDL oder Heimleitung handelt.

2.2 Aufgaben der/des IPAV

Die/der IPAV hat im Projekt folgende Aufgaben (siehe Abbildung 2):

Sie/er…

- ist Kontaktperson für das Pflegeteam, Bewohner*innen und Hausärzt*innen.
- holt das Meinungsbild zu den *interprof* ACT-Maßnahmen aus dem Pflegeteam ein.
- führt die Organisation und Leitung des Kick-off Treffens durch (siehe Kapitel 3).
- begleitet die Einführung und Verstetigung der *interprof* ACT-Maßnahmen in der Einrichtung

Abbildung 2: Übersicht über die Aufgaben der/des IPAV



2.3 IPAV- Schulung

Diese Schulung wird von einer/-em Mitarbeiter*in des Studienzentrums durchgeführt, dabei erhält die/der IPAV alle für die Umsetzung erforderlichen Dokumente vom Studienteam. Teilnehmende sind die Heimleitung, PDL, IPAV und Vertretung.

Während der Schulung werden in einer Power Point Präsentation die Maßnahmen erklärt (H2). Zudem erhalten IPAV und Vertretung die Unterlagen zur Maßnahmeneinführung ausgehändigt:

- Aushang Ansprechpartner*innen (H3)
- Übersicht Erreichbarkeit Hausärzt*innen (H4)
- Fax Formular (H5)
- Übersicht Ablauf Hausbesuch (H6)
- Standardbedarfsmedikation Formular (H7)
- Zielvereinbarungstreffen Vorbereitung für Bewohner*innen (H8)
- Zielvereinbarungstreffen Kitteltaschenkarte (H9 oder H10)
- Zielvereinbarungstreffen Formular (H11)

2.4 Vorstellung der Maßnahmen und Einholen des Meinungsbildes im Pflegeteam

Nach der IPAV Schulung stellt die/der IPAV, wie dort besprochen, die Maßnahmen in den Wohnbereichen vor und holt das Meinungsbild vom Pflegeteam ein. Diese Aufgabe wird wie folgt vorbereitet und durchgeführt:

Terminvereinbarung

Die/der IPAV vereinbart mit dem Pflegeteam einen Termin, oder integriert das Vorhaben in einen bereits bestehenden Termin (z.B. vor, während oder nach einer Teambesprechung).

Vorstellung als IPAV

Bei der Besprechung stellt die/der IPAV zunächst sich selbst und ihre/seine Aufgabe als Kontaktperson vor.

Vorstellung der Maßnahmen

Im Anschluss erklärt die/der IPAV die Maßnahmen anhand des Posters (Abbildung 3, H12) und stellt einige bei der Maßnahmendurchführung zu verwendende Formulare vor (siehe Abbildung 4, H3, H5, H7, H11).

Einholen des Meinungsbildes

Die/der IPAV bittet ihre Kolleg*innen nun, zu jeder Maßnahme **ein** Kreuz in die erste **oder** zweite Spalte einzutragen. Sollten Pflegende Bedenken bei der Einführung einer Maßnahme haben, fordert die/der IPAV sie auf, dies handschriftlich im dritten Feld zu begründen. Die/der IPAV kann beim Meinungsbild der Pflegenden mitwirken, jedoch sollte dies anonym erfolgen, um die Pflegenden in ihrer Meinung nicht zu beeinflussen. Das Poster kann einige Tage hängenbleiben, damit alle Pflegenden ihre Stimme anonym abgeben können.

Abbildung 3: Poster zum Einholen des Meinungsbildes (H12)

H12 Version 1

Liebes Pflegeteam,

die abgebildete Tabelle zeigt das Maßnahmenpaket *interprof* ACT. Vor der Einführung des Maßnahmenpaketes möchten wir gerne von Ihnen wissen, was Sie über die Einführung der Maßnahmen in Ihrer Einrichtung denken. Bitte setzen Sie entsprechend Ihrer Meinung pro Maßnahme ein Kreuz. Sollten Ihrerseits Bedenken bei der Einführung einer Maßnahme bestehen, nennen Sie diese bitte in der letzten Spalte.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

	Maßnahmenpaket *interprof* ACT zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim	Meiner Meinung nach kann die Maßnahme eingeführt werden.	Bei der Einführung der Maßnahme habe ich **Bedenken**.	Welche Bedenken haben Sie bezüglich der Einführung der Maßnahme? Bzw. was wird benötigt, um die Maßnahme umsetzen zu können?
	1. Namensschilder Ärzt*in und Pflegekraft tragen während des ärztlichen Heimbesuchs Namensschilder.			
	2. Hauptansprechpartner*in Innerhalb des Wohnbereichs wird eine Pflegefachkraft als Hauptansprechpartner*in für die Kommunikation mit dem/der Hausärzt*in und der hausärztlichen Praxis benannt. Innerhalb der hausärztlichen Praxis kann optional ein/e Hauptansprechpartner*in benannt werden.			
	3. Wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon/Fax Mit dieser Maßnahme wird die Verbindlichkeit im Umgang miteinander gestärkt – per Telefon oder Fax.			
	4. Heimbesuch: Terminabsprache und Struktur Mit dieser Maßnahme wird der Heimbesuch als zentrales Element der medizinischen Versorgung klar strukturiert. Es werden Vereinbarungen über reguläre Besuchszeiten oder das Vorgehen bei anlassbezogenen Hausbesuchen festgelegt. Ferner wird ein klarer Ablauf für den hausärztlichen Besuch selbst vorgeschlagen.			
	5. Standardbedarfsmedikation Durch die Dokumentation einer „Standardbedarfsmedikation" soll erreicht werden, dass im Bedarfsfall für individuelle Gesundheitsprobleme verbindliche Anordnungen für den/die Bewohner*in vorliegen.			
	6. Zielvereinbarungstreffen Ärzt*innen, Pflegekräfte sowie ggf. Bewohner*innen und Angehörige besprechen längerfristige und übergeordnete Therapie- und Pflegeziele. Festgelegt werden dabei das gemeinsame Vorgehen, die Zuständigkeiten und ein Datum pro Quartal zur Überprüfung.			

Auswahl der Teilnehmenden für das Kick-off Treffen

Während des Treffens wählt das Pflegeteam zwei pflegerische Vertreter*innen aus, die beim Kick-off Treffen teilnehmen und die Meinung des Pflegeteams vertreten. Die Vertreter*innen nehmen das ausgefüllte Poster an sich und bringen es zum Kick-off Treffen mit.

3 Das Kick-off Treffen

In dieser Veranstaltung werden die Maßnahmen für Ihre Einrichtung angepasst.

3.1 Ziele des Kick-off Treffens

Ziel des Kick-off Treffens ist es, den Anwesenden die Grundidee und Ziele von *interprof* ACT zu verdeutlichen. Die Maßnahmen werden gemeinsam diskutiert und an die Gegebenheiten der Einrichtung angepasst.

3.2 Organisation und Moderation des Kick-off Treffens

3.2.1 Aufgaben der/des IPAV beim Kick-off Treffen

- Organisation der Kick-off Veranstaltung
- Moderation

Die/der IPAV organisiert in Zusammenarbeit mit der Einrichtungs- und / oder Pflegedienstleitung die Kick-off Veranstaltung und moderiert diese gemeinsam mit ihrer Vertretung.

3.2.2 Organisation des Kick-off Treffens

Terminfindung

Ein Zeitpunkt für das Kick-off Treffen wird ggf. nach Rücksprache mit den beteiligten Hausärzt*innen vereinbart. Um die Teilnahme der Hausärzt*innen zu erleichtern, hat es sich als hilfreich erwiesen, das Kick-off Treffen auf einen Mittwochnachmittag zu legen.

Teilnehmende des Kick-off Treffens

- Einrichtungsleitung und/oder Pflegedienstleitung
- IPAV und Vertretung
- Max. 2 Pflegende pro beteiligtem Wohnbereich
- Hausärzt*innen
- Max. 2 Mitglieder des Heimbeirats als Bewohner*innenvertretung und/oder 2 Bewohner*innen
- Max. 2 Mitglieder des Angehörigenbeirats oder 2 Angehörige von Bewohner*innen
- 1 Mitarbeiter*in aus dem Studienzentrum

Die Einladung der Teilnehmer*innen erfolgt durch die bzw. den *interprof* ACT-Verantwortliche*n.

- ✓ Einladung der Pflegenden
- ✓ Einladung der Mitglieder des Heimbeirats/ der Bewohner*innen
- ✓ Einladung der Mitglieder des Angehörigenbeirats oder zwei Angehörige
- ✓ Einladung der Hausärzt*innen mithilfe des vorhandenen Anschreibens, ggf. zusätzlich telefonische Rücksprache

Mit dem Einladungsschreiben (H13) für Bewohner*innen, Mitglieder des Angehörigenbeirats oder Angehörige wird der Ablaufplan für die Kick-off Veranstaltung (H15) sowie eine Kurzinformation (H16) und eine Kurzbeschreibung des Maßnahmenpaketes inklusive der Studiendokumente (Fax, Zielvereinbarung, Bedarfsmedikation) (H17) verschickt bzw. übergeben. Die Einladung der Hausärzt*innen kann mithilfe des Anschreibens (H18) erfolgen. Zusätzlich wird das Maßnahmenpaket (H17) und der kurze Überblick über Inhalte (H16) und Ablauf des Kick-off Treffens (H15) verschickt. Auf die Rückmeldung der Ärzt*innen per Fax wird gewartet. Sollte ein/e Hausärzt*in teilnehmen aber nicht zum Kick-off Treffen kommen können, erhält er bzw. sie ein weiteres Anschreiben (H19) mit der Bitte, das Meinungsbild auszufüllen (H20) und dieses per Fax oder Post zuzuschicken. Zusätzlich wird als Unterstützung und Vorbereitung des Kick-off Treffens die Tabelle „Einladung zum Kick-off Treffen“ (H14) ausgefüllt und an das Studienzentrum verschickt.

Vorbereitung in Ihrer Einrichtung

Das Kick-off Treffen findet in den Räumlichkeiten Ihrer Einrichtung statt. Die Vorbereitung erfolgt durch die/den IPAV in Zusammenarbeit mit der Einrichtungsleitung und/oder Pflegedienstleitung (s. Checkliste Abbildung 4, H21).

Abbildung 4: Checkliste Vorbereitung Kick-off Treffen (H21)

Vorbereitung	Erledigt/überprüft	Bemerkungen
Datum und Uhrzeit des Kick-off-Treffens sind festgelegt		
Einrichtungsleitung und PDL sind über den Termin informiert		
IPAV Vertretung ist über den Termin informiert und dabei		
Hausärzt*innen sind über den Termin informiert und eingeladen		
Einladung der Pflegenden (max. 2) ist erfolgt		
Heimbeirat ist über das Kick-off Treffen informiert und eingeladen (max.2 Personen) ODER interessierte Bewohner*innen		
Angehörigenbeirat ist über das Kick-off Treffen informiert und eingeladen (max. 2 Personen) ODER 2 interessierte Angehörige von Bewohner*innen		
Ablaufplan des Kick-off Treffens ist an teilnehmende Personen verteilt		
Meinungsbild aus dem pflegerischen Team ist eingeholt		
Flipcharts vorbereiten (siehe Ab-		

bildung 7)		
Ablaufplan und Aufgabenverteilung sind im Moderator*innenteam besprochen		
Der/die Protokollant*in ist benannt		
Räumlichkeit (für ca. 15-20 Personen) ist organisiert		
Beamer, Laptop und Präsentation sind vorhanden		
Unterlagen für die Teilnehmenden sind vorbereitet		
Pinnwand, Stifte, Flip-Chart, Namensschilder sind vorhanden		

Für das Kick-off Treffen sollte ein ausreichend großer, ruhiger Raum gewählt werden, in dem die Tische vorzugsweise in U-Form gestellt werden können. Ein Beamer und ein PC/Laptop sollten vorhanden sein.
Beim Kick-off Treffen wird ein Namensschild (Tischaufsteller) für jede/n Teilnehmer*in angefertigt, zudem erhält jede/r Teilnehmer*in noch einmal das Dokument Kick-off Treffen kurz (H16) und das Maßnahmenpaket (H17) auf den Tisch gelegt. Eine Agenda des Treffens wird in Flip-Chart Format an die Wand gehängt (Vorlage H22).

3.2.3 Leitung des Kick-off Treffens

Die Moderation des Treffens erfolgt durch die/den IPAV und die Heimleitung/PDL, die IPAV Vertretung führt das Protokoll. IPAV und IPAV Vertretung, die PDL sowie die Heimleitung sollen dabei aufgrund ihrer Moderator*innenrollen keine Interessen vertreten und neutral auftreten.
Die Aufgaben, die die Moderator*innen während des Treffens haben, werden bei der IPAV Schulung besprochen und verteilt. Hierzu wird eine Übersicht erstellt, in der der Ablauf der Veranstaltung und die Aufgaben der Moderator*innen festgelegt sind (Tabelle 1, H23).
Das Kick-off Treffen soll durch die IPAV Vertretung oder teilnehmenden Pflegenden/PDL protokolliert werden, um nach der Veranstaltung die angepassten Maßnahmen zusammenfassen zu können. Dazu wird die Protokollvorlage (Protokoll IPAV, H25) verwendet. Der/die protokollierende Teilnehmer*in sollte nicht gleichzeitig moderieren, um eine möglichst genaue Dokumentation des Protokolls gewährleisten zu können. Ein Mitglied des Studienteams sitzt beobachtend bei dem Treffen.

Tabelle 1: Ablaufschema und Aufgabenverteilung Kick-off-Treffens (H23)

Zeit	Inhalt	Ebene	Medien/Methode	Wer/to do
16:00 – 16:05	Einleitende Worte `05	Kennenlernen, Rahmen geben	Vortrag	HL: PDL:
16:05 – 16:15	Begrüßung durch Moderator*innenteam und Vorstellung des Ablaufes, Vorstellungsrunde der Teilnehmer*innen `10	Kennenlernen, Einführung	Dialog	
16:15 – 16:40	Darstellung des Projektes `20 Vorstellung des Maßnahmenpaketes	Wissensvermittlung, Vorbereitung auf Diskussion um Maßnahmenanpassung	Vortrag Power Point Präsentation (H24)	Vortrag:

16:40 – 16:45	Einholung des Meinungsbildes `5 (Erklärung Vorgehen, Verteilung Klebepunkte, Kleben der Klebepunkte)	Grundlage für Gemeinsame Anpassung der Maßnahmen	Poster zum Einholen des Meinungsbildes (H26), Klebepunkte (je TN 6 gelbe und 6 grüne)	Aufforderung Meinung abzugeben:
16:45 – 17:25	Moderation der Diskussion um die Anpassungen der Maßnahmen `40	Gemeinsame Entscheidungsfindung	1 vorbereitetes Flip-Chart pro Maßnahme „Was gibt es für Bedenken?“ „Wie kann die Maßnahme angepasst werden, um sie einzuführen zu können?“ Stifte	Moderation: Protokoll auf Flip-Charts:
17:25 – 17:30	Zusammenfassung, Informationen zum `5 weiteren Vorgehen	Zusammenfassung	Flip-Charts mit Ergebnissen	Zusammenfassung/Dank/Verabschiedung:

Ablaufplan des Kick-off Treffens (exemplarisch)

Das Kick-off Treffen sollte nicht länger als 120 Minuten dauern. Es bietet sich meist ein Mittwochnachmittag an, da die Hausärzt*innen hier zumeist keine Sprechstunde haben.

Zeitraum (exemplarisch): 16:00 – 18:00 Uhr

16:00 – 16:05	Einleitende Worte durch Einrichtungsleitung / Pflegedienstleitung
16:05 – 16:20	Begrüßung durch Moderator*innenteam, Vorstellung des Ablaufs der Veranstaltung, Vorstellungsrunde der Teilnehmer*innen
16:20 – 16:40	Kurzvorstellung Projekt, Vorstellung Maßnahmenpaket
16:40 – 16:45	Einholen des Meinungsbildes durch Klebepunkte auf Poster
16:45 – 17:25	Diskussion und Anpassung des Maßnahmenpaketes
17:25 – 17:30	Zusammenfassung, Informationen zum weiteren Vorgehen

3.3 Anpassung der Maßnahmen während der Veranstaltung

3.3.1 Vorstellung der Maßnahmen

Während der Kick-off Veranstaltung werden die Maßnahmen vorgestellt und diskutiert. Die Vorstellung erfolgt mittels der bereits vorbereiteten PowerPoint-Präsentation (H24). Alternativ kann die Maßnahmenvorstellung auch auf eine andere Art, z.B. Flip-Chart, erfolgen.

3.3.2 Einholen des Meinungsbilds

Jede/r Teilnehmende erhält jeweils sechs grüne und sechs gelbe Klebepunkte mit der Bezeichnung der jeweiligen Gruppe (P – Pflegende/r, A – Ärzt*in, B – Bewohner*in, F – Familie/Angehörige, ggf. HAP – Medizinische*r Fachanstellte*r): Dabei bedeutet…

- Grün: Die Maßnahme kann meiner Meinung nach eingeführt werden.
- Gelb: Bei der Einführung der Maßnahme habe ich Bedenken.

Zum Einholen des Meinungsbildes werden alle Teilnehmenden gebeten, die Klebepunkte ihrer Einschätzung nach auf das vorbereitete Poster (Abbildung 5,H26) zu kleben. Dabei darf nur ein Klebepunkt – **gelb oder grün**- pro Maßnahme geklebt werden. Die/der IPAV sowie deren Vertretung und Heimleitung/Pflegedienstleitung kleben nicht mit, auch pro Hausarztpraxis wird nur ein Klebepunkt gewählt.

Abbildung 5: Meinungsbild Kick-off Treffen (H26)

H26 Version 1

	Maßnahmenpaket *interprof* ACT zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim	Meiner Meinung nach kann die Maßnahme eingeführt werden.
	**1. Namensschilder** Ärzt*in und Pflegekraft tragen während des ärztlichen Heimbesuchs Namensschilder.	
	**2. Hauptansprechpartner*in** Innerhalb des Wohnbereichs wird eine Pflegefachkraft als Hauptansprechpartner*in für die Kommunikation mit dem Hausärzt*in und der hausärtzliche Praxis benannt. Innerhalb der hausärztlichen Praxis kann optional ein Hauptansprechpartner*in benannt werden.	
	**3. Wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon/Fax** Mit dieser Maßnahme wird die Verbindlichkeit im Umgang miteinander gestärkt – per Telefon oder Fax.	
	**4. Heimbesuch: Terminabsprache und Struktur** Mit dieser Maßnahme wird der Heimbesuch als zentrales Element der medizinischen Versorgung klar strukturiert. Es werden Vereinbarungen über reguläre Besuchszeiten oder das Vorgehen bei anlassbezogenen Hausbesuchen festgelegt. Ferner wird ein klarer Ablauf für den Hausärzt*innenbesuch selbst vorgeschlagen.	
	**5. Standardbedarfsmedikation** Durch die Dokumentation einer „Standardbedarfsmedikation" soll erreicht werden, dass im Bedarfsfall für individuelle Gesundheitsprobleme verbindliche Anordnungen für die/ den Bewohner*in vorliegen.	
	**6. Zielvereinbarungstreffen** Ärzte*innen, Pflegekräfte sowie ggf. Bewohner*innen und Angehörige besprechen längerfristige und übergeordnete Therapie- und Pflegeziele. Festgelegt werden dabei das gemeinsame Vorgehen, die Zuständigkeiten und ein Datum pro Quartal zur Überprüfung.	

3.3.3 Diskussion der Maßnahmen

Anhand des eingeholten Meinungsbildes erfolgt die Diskussion zur Anpassung der Maßnahmen. Jede Maßnahme wird einzeln diskutiert.

Reihenfolge der zu diskutierenden Maßnahmen

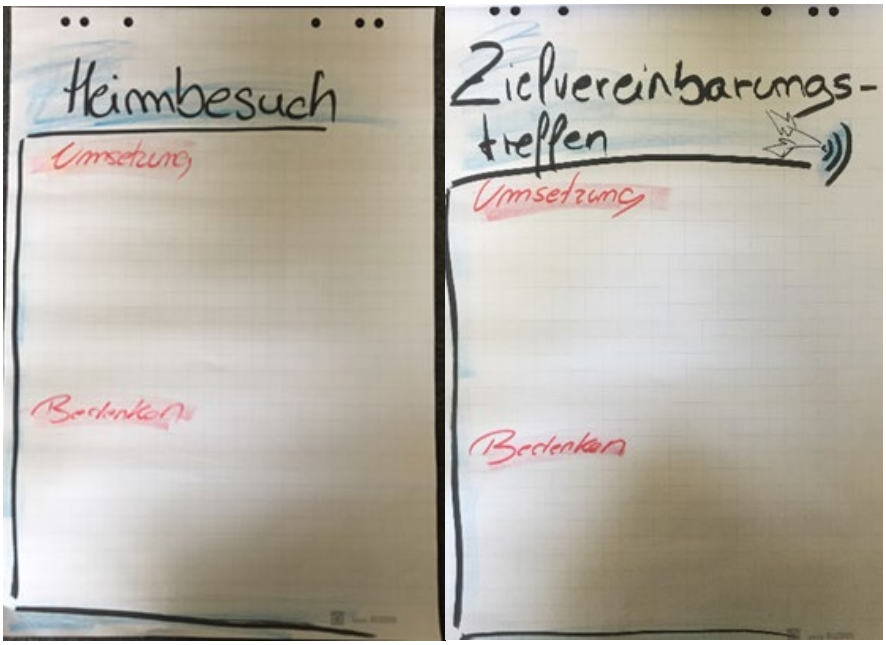
Es sollte mit der Maßnahme begonnen werden, die die meisten grünen Punkte hat. Im Anschluss folgen die Maßnahmen mit abnehmender grüner und zunehmender gelber Punktezahl.

Durchführung der Diskussion:

Die Diskussion erfolgt anhand von Fragen, die auf vorbereiteten Flip-Charts (jeweils ein Flip-Chart pro Maßnahme, Abbildung 6) stehen:

- „Wie kann die Maßnahme angepasst werden, um diese in die Einrichtung einzuführen?" kurz „Umsetzung" und
- „Was gibt es für Bedenken bei der Umsetzung der Maßnahme?" kurz „Bedenken"

Abbildung 6: Beispiel Flip-Chart



Ein/e Moderator*in leitet die Diskussion, während die/der andere Moderator*in die geäußerten Bedenken und anschließend die vorgeschlagenen Anpassungsmöglichkeiten auf dem Flip-Chart notiert. Als äußerste negative Form der Anpassung ist eine Ablehnung von Maßnahmen möglich. Dafür sollten die entsprechenden Gründe aufgeschrieben werden. Die Moderator*innen sollten versuchen, zurückhaltende Teilnehmende aktiv anzusprechen, sodass die Meinung wirklich aller Teilnehmenden einbezogen werden kann. Die Pflegenden geben die Meinung aus dem Pflegeteam wieder, das Poster (Meinungsbild im Wohnbereich, H12) sollten sie hierbei als Hilfestellung verwenden.
Ein Abstimmungsverfahren per Hand gibt es bei der Diskussion nicht. Durch gezieltes Hinterfragen der Bedenken und gemeinschaftliche Überlegungen, inwiefern die Maßnahmen auf die Einrichtung angepasst werden können, soll ein Konsens gefunden werden, mit dem abschließend ALLE einverstanden sind.

3.4 Vorgehen nach dem Kick-off Treffen

Nach der Anpassung der Maßnahmen im Kick-off Treffen werden diese mithilfe des Protokolls von der/dem IPAV schriftlich zusammengefasst. Hierfür soll das Dokument „Ergebniszusammenfassung“ (H29) genutzt werden. Bei Unklarheiten und Fragen kann die/der IPAV sich an das Studienteam vor Ort wenden. Die Ergebniszusammenfassung wird von der/dem IPAV an alle Teilnehmer*innen und auch an das Studienteam versendet bzw. übergeben (H30, H32, H31).
Die/der IPAV stellt die angepassten Maßnahmen im Anschluss des Gespräches nach dem Kick-off Treffen dem Pflegeteam in den betreffenden Wohnbereichen vor (Kapitel 4).

4 Die Maßnahmen und ihre Einführung

4.1 Das Gespräch nach dem Kick-off Treffen

IPAV und Vertretung sind für die Einführung und Verstetigung der angepassten Maßnahmen in der Einrichtung zuständig. Hierfür sollte zusätzliche Zeit in Absprache mit der PDL und der Heimleitung eingeplant werden.

Zunächst findet das Gespräch nach dem Kick-off Treffen (H31) zwischen IPAV und Vertretung und einem/einer Studienmitarbeiter*in statt. Hierbei wird die Einführung der Maßnahmen noch einmal besprochen. Dies erfolgt in der Regel telefonisch, auf Wunsch auch vor Ort, und dauert ca. 60 Minuten.

Die/der IPAV informiert die Pflegekräfte in den Wohnbereichen im Anschluss über die angepassten Maßnahmen. Hierzu sollen als Grundlage das vorliegende Hand- und Arbeitsbuch und die Ergebniszusammenfassung aus dem Kick-off Treffen (H29) genutzt werden. In diesem Kapitel „Die Maßnahmen und ihre Einführung“ sind die Maximalvarianten jeder Maßnahme aufgeführt. Mithilfe der Ergebniszusammenfassung (H29) sollen (ggf. handschriftlich) die jeweiligen Maßnahmen, wie sie im Kick-off Treffen besprochen wurden, angepasst werden. Hierfür können handschriftlich Anmerkungen hinzugefügt werden oder Teile aus der Maximalvariante gestrichen werden. Bei Unklarheiten und Fragen kann das Studienteam vor Ort gefragt werden.

4.2 Die Aufgaben der/des IPAV nach dem Gespräch

- Die/der IPAV lädt alle Pflegefachkräfte des Wohnbereichs zu einem Treffen ein, bei dem sie über die Maßnahmen und deren Umsetzung informiert (Wohnbereichstreffen oder gesonderter Termin).
- beschreibt dabei ihre/seine Funktion als Ansprechpartner*in für das Pflegeteam.
- erklärt den Pflegefachkräften, welche Aufgaben diese bei der Maßnahmeneinführung übernehmen.
- kündigt an, dass sie sich auf den Wohnbereichen monatlich (z.B. jeden ersten Dienstag im Monat) nach der Umsetzung und über auftretende Probleme erkundigt.
- Die/der IPAV füllt jeweils nach 3 und 6 Monaten die Checkliste (H32) aus und schickt sie per Post oder per Fax an das Studienzentrum.

5 Maßnahmenpaket *interprof* ACT

Im Folgenden wird detailliert beschrieben, wie die einzelnen Maßnahmen in der Pflegeeinrichtung eingeführt werden können. Mithilfe der Ergebniszusammenfassung (H27) sollen handschriftlich die jeweiligen Maßnahmen, wie sie im Kick-off Treffen besprochen wurden, angepasst werden. Hierfür

soll die/der IPAV in die Maximalvariante handschriftlich Anmerkungen hinzufügen oder eventuell nicht Zutreffendes streichen.

5.1 Namensschilder



Beschreibung der Maßnahme (Maximalversion)

Hausärzt*innen und Pflegende tragen während des ärztlichen Heimbesuchs Namensschilder (ggf. mit Funktion) zur besseren gegenseitigen Erkennbarkeit. Sollte es in der Pflegeeinrichtung eine/n Hauptansprechpartner*in geben, wird das Namensschild dahingehend gekennzeichnet.

Einführung der Maßnahme (Maximalversion)

Wenn in der Pflegeeinrichtung noch keine Namensschilder vorhanden sind, sind die IPAVs für deren Anschaffung zuständig. IPAV und Vertretung bringen die Namensschilder in die betreffenden Wohnbereiche und motivieren ihre Kolleg*innen und die teilnehmenden Hausärzt*innen, während des ärztlichen Heimbesuchs ein Namensschild zu tragen. Mit der Wohnbereichsleitung und den Ärzt*innen wird im Weiteren besprochen, wo das ärztliche Namensschild zugänglich zwischen den Hausbesuchen aufbewahrt wird (Aufbewahrung in Pflegeeinrichtung, oder Hausärzt*in ist selbst für die Aufbewahrung verantwortlich) und wer sich darum kümmert, dass die Ärztin bzw. der Arzt dieses beim Besuch trägt. Wenn in der Pflegeeinrichtung bereits Namensschilder getragen werden, informieren die IPAVs die Pflegenden der Wohnbereiche dennoch über die Einführung dieser Maßnahme. Sie verdeutlichen damit, dass die Namensschilder in jedem Fall während der ärztlichen Heimbesuche getragen werden sollten.

Aufgaben der/des IPAV (Maximalversion)

Die/der IPAV…

- kümmert sich darum, dass die Namensschilder für Hausärzt*innen und Pflegende durch die Einrichtung* angefertigt und mit Namen und (wenn möglich) Funktion der Pflegenden versehen werden.
- findet einen Aufbewahrungsplatz für die Namensschilder der Hausärzt*innen und stellt sicher, dass alle Pflegenden ihn kennen und er für die/den Hausärzt*in zugänglich ist.
- motiviert Pflegende und Hausärzt*innen Namensschilder während der ärztlichen Heimbesuche zu tragen.
- besucht die Wohnbereiche monatlich und erkundigt sich nach der Umsetzung der Maßnahme.

Aufgaben der/des IPAV in Ihrer Pflegeeinrichtung

Aufgaben der Pflegenden

- Tragen des Namensschildes grundsätzlich beim ärztlichen Heimbesuch
- Zugängliche Aufbewahrung der Namensschilder für die Hausärzt*innen
- Weitergabe des Namensschildes an die Hausärzt*innen vor dem Heimbesuch

Hier ist Platz für weitere Notizen:

5.2 Hauptansprechpartner*in



Beschreibung der Maßnahme (Maximalversion)

Die Hauptansprechpartner*innen stellen die Kommunikation zwischen Pflegeeinrichtung und Hausarztpraxis in jeder Schicht sicher. Die betreffenden Personen sind fachlich versiert, informiert und kompetent.

<u>Innerhalb eines Wohnbereiches</u>
Für jede Schicht im Tagdienst wird eine Pflegekraft als Hauptansprechpartner*in für die Kommunikation mit der/dem Hausärzt*in benannt. Eine personelle Beständigkeit ist dabei wünschenswert.
Aufgaben der/ Hauptansprechpartnerin bzw. des Hauptansprechpartners sind:

- Sicherung teaminterner Kommunikation
- Kommunikation mit Hausärzt*innen
- Organisation Visitenbegleitung
- Sicherstellung der Umsetzung von getroffenen Anordnungen

In der Hausarztpraxis kann ein/e Hauptansprechpartner*in mit Vertretung benannt werden. Diese/r priorisiert die Anfragen der Pflegenden und bereitet sie zur Vorlage bei der Hausärztin bzw. dem Hausarzt vor.

Einführung der Maßnahme (Maximalversion)

Im Wohnbereich*:* Die/der Hauptansprechpartner*in stellt ihre/seine Erreichbarkeit mit einem mobilen Telefon sicher. Bei anstehenden hausärztlichen Heimbesuchen stellt sie/er sich als Hauptansprechpartner*in vor und bietet prinzipiell eine Visitenbegleitung an. Nach den Visiten ist sie/er für die Umsetzung der Anordnungen verantwortlich (Dokumentation in Bewohnerakte, Klärung eventueller Rückfragen). Die/der Hauptansprechpartner*in sollte ihre/seine Funktion per Aushang im Wohnbereichsflur veröffentlichen (Bsp. siehe Abbildung 7, H3). Sie trägt eine entsprechende Benennung auf dem Namensschild.

In der Hausarztpraxis: Die/der Hausärzt*in ist Hauptansprechpartner*in oder überträgt die Funktion an eine/n Medizinische/n Fachangestellte*n (MFA). Diese bereiten dann die Anfragen aus der Pflegeeinrichtung zur Vorlage beim Arzt bzw. der Ärztin vor.

Die/der Hauptansprechpartner*in aus der Hausarztpraxis wird im Dokument „Erreichbarkeit Hausarzt/-praxis“ aufgeführt (siehe Abbildung 8, H4).

Abbildung 7: Hauptansprechpartner*in (H3)

Ihr*e Hauptansprechpartner*in

Liebe Hausärztinnen, liebe Hausärzte,

Ich bin Ihre Hauptansprechpartner*in im Wohnbereich _____.

_____

Sie können sich gerne mit Ihren Anliegen an mich wenden. Zudem begleite ich Sie auch gerne bei dem Bewohner*innenbesuch, falls gewünscht.

Sie erreichen mich auch über die Telefonnummer _____.

Aufgaben der IPAV (Maximalvariante)
Die/der IPAV…

- klärt mit dem Pflegeteam, wie pro Tagschicht ein/e Hauptansprechpartner*in festgelegt wird.
- bespricht die anstehenden Aufgaben und Funktionen mit den Hauptansprechpartner*innen:
    - Sicherung teaminterner Kommunikation
    - Kommunikation mit Hausarzt bzw. Hausärztin
    - Organisation Visitenbegleitung
    - Sicherstellung der Umsetzung von getroffenen Anordnungen
- kümmert sich ggf. um Kenntlichmachung des Hauptansprechpartners bzw. der Hauptansprechpartnerin im Wohnbereich
- fragt nach den Hauptansprechpartner*innen in der Hausarztpraxis
- besucht die Hauptansprechpartner*innen (Wohnbereich) monatlich, um Fragen zu klären und sich nach der Umsetzung der Maßnahmen bzw. der Akzeptanz zu erkundigen

Aufgaben der/des IPAV in Ihrer Pflegeeinrichtung

Aufgaben der Pflegenden

- Sichern teaminterne Kommunikation
- Übernehmen Kommunikation mit Hausarzt bzw. organisieren die Visitenbegleitung
- Stellen Umsetzung der getroffenen Anordnungen sicher

Hier ist Platz für weitere Notizen:

5.3 Wechselseitige Erreichbarkeit



Beschreibung der Maßnahme (Maximalversion)

Zwischen dem Wohnbereich und der dem Hausärzt*in besteht eine wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon und Fax. Es gibt möglicherweise Absprachen für die hausärztliche Versorgung der Bewohner*innen auch außerhalb der Sprechzeiten. So könnte eine Sondernummer bereitgestellt werden, um den Hausarzt, die Hausärztin oder die MFA während der Sprechzeiten schneller zu erreichen.

Einführung der Maßnahme (Maximalversion)

In der Hausarztpraxis: Die/der IPAV bespricht mit der/dem Hausärzt*in eine wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon und Fax. Besprochen wird, wie Pflegende außerhalb der Sprechzeiten eine hausärztliche Versorgung der Bewohner*innen sicherstellen können. Es sollte ausgemacht werden, ob es ggf. eine Sondernummer gibt, um die/den Hausärzt*in oder MFA während und ggf. außerhalb der Sprechzeiten schneller zu erreichen, und ab wann der hausärztliche Bereitschaftsdienst zu kontaktieren ist.

In der Einrichtung: Die IPAV informiert die Pflegenden in den betreffenden Wohnbereichen über die Einführung dieser Maßnahme. Die IPAV weist darauf hin, dass bei dieser Maßnahme das Prinzip einer gegenseitigen Rücksichtnahme herrschen sollte (Berücksichtigung von Stoß- oder Öffnungszeiten).

Per Telefon

Eine Pflegende oder der/ die Hauptansprechpartner*in trägt das Telefon stets bei sich und nimmt eingehende Anrufe entgegen. Für Zeiten der Nichterreichbarkeit (bspw. während Dienstübergaben) kann ein Anrufbeantworter eingerichtet werden. Dieser ist kurzfristig abzuhören.

Per Fax

Für die Implementierung dieser Maßnahme muss der Zugang zum Faxgerät gewährleistet sein. Das Faxformular kann zur Förderung eines verbindlichen Umganges verwendet werden. Durch die Verwendung der Lesebestätigung wird gesichert, dass das Fax gelesen wurde.
Das Faxformular wird durch die/ den IPAV an die Wohnbereiche verteilt (siehe Abbildung 9, H5). Dieses Formular enthält Informationen über:

- **Absender*in und Empfänger*in, Name der/ des Bewohner*in, Datum und Uhrzeit**
- **Eingrenzung von Themenbereichen**: Medikation, Vorbereitung Hausbesuch, Sonstiges.
- **Dringlichkeitsangaben:** Die Dringlichkeit wird von der sendenden Person festgelegt.
- **Lesebestätigung:** Diese kann angefordert werden, wenn lediglich Informationen gesendet werden, zu denen eine Stellungnahme von Seiten der Hausärztin /des Hausarztes nicht notwendig ist. Der Absender weiß, dass die Information gelesen wurde.
- **Umsetzung und Anmerkungen:** Die Pflegenden dokumentieren, dass Anordnungen umgesetzt wurden, wann dies geschah und wer die Durchführung vornahm. Dieses Feld ist hauptsächlich für die Pflegedokumentation gedacht.
- **Verantwortlichkeiten:** Bleibt eine Lesebestätigung aus oder kommt bei einer dringlichen Anfrage keine zeitgerechte Rückmeldung, ist die/der Absender*in dafür zuständig, eine Antwort einzuholen.

Die IPAVs betonen, dass der Informationsfluss mittels Fax grundsätzlich gesichert sein sollte. Sie überlassen die Organisation der Umsetzung jedoch den Pflegenden im Wohnbereich. Zudem machen die IPAVs darauf aufmerksam, dass unerledigte Faxverläufe an die nächste Schichtleitung weitergegeben werden und generell die Abheftung der Faxdokumente in der Bewohner*innendokumentation erfolgt.

Faxkultur

Zur Organisation von Routinebesuchen oder Hausbesuchen mit mäßig dringlichem Anlass könnte auch die Einrichtung einer „Faxkultur“ überlegt werden. Konkret könnte das Vorgehen wie folgt aussehen: Die Pflegenden bzw. die Hauptansprechpartner*innen aus der Pflegeeinrichtung faxen Namen

und Anlässe der zu besuchenden Bewohner*innen für die Routinebesuche ein bis zwei Tage im Voraus an die Hausärztin/ den Hausarzt.
Die Hausärztin/ der Hausarzt bestätigt wiederum den Termin des Besuchs per Fax und äußert ggf. im Vorfeld Wünsche, gibt Hinweise zum Vorgehen oder teilt mit, ob der Hausbesuch nicht, oder zu einem anderen Zeitpunkt stattfindet.

Abbildung 8: Kontaktliste Hausärzt*innen/Hauptanprechpartner*in (H4)

H4 Version 1

Kontaktliste Hausärzt*innen/ Hauptansprechpartner*innen

Wohnbereich: _____

Hausärzt*in	ggf. Hauptansprechpartner*in	Öffnungszeiten	Telefon	Fax

Abbildung 9: Fax-Formular (H5)

H5 Version 1

FAX

☐ dringlich/gleich ☐ im Laufe des nächsten halben Tages ☐ heute ☐diese Woche

Bewohner*in _____ **geb.** _____ **Datum, Uhrzeit FAX:**

Einrichtung **Arzt**

Wohnbereich:
Pflegekraft:
Erreichbar unter: bis Uhr

ANFRAGE / MITTEILUNG

☐Medikation ☐vor Hausbesuch ☐ Sonstiges

☐Lesebestätigung gewünscht (ggf. auch ohne ausführliche Antwort)

☐Lesebestätigung zurück **Datum, Uhrzeit FAX:**

ANTWORT

☐Lesebestätigung gewünscht (ggf. auch ohne ausführliche Antwort)

☐Lesebestätigung zurück

UMSETZUNG Antwort erhalten Datum, Uhrzeit: **Kürzel:**

Ggf. Anmerkungen

Aufgaben der/des IPAV (Maximalversion)

Die/der IPAV…

- erklärt den Pflegenden, wie die Maßnahme umgesetzt wird.
- zeigt den Pflegenden ggf. den Umgang mit dem Anrufbeantworter.
- verteilt das Faxformular auf den Wohnbereichen und erklärt die Anwendung.
- weist die Pflegenden in den Wohnbereichen darauf hin, dass bei dieser Maßnahme das Prinzip einer gegenseitigen Rücksichtnahme herrschen sollte (Berücksichtigung von Stoß- oder Öffnungszeiten).
- klärt mit den Hausärzt*innen deren zeitliche Erreichbarkeit, evtl. Notiz in Bewohnerakte oder im Stationszimmer.
- fragt Hausärzt*innen nach einer „Sondertelefonnummer“ (Handynummer oder Privatnummer) für eine bessere Erreichbarkeit.
- sorgt ggf. für die Einführung einer Faxkultur.
- erfragt einmal im Monat die Umsetzung dieser Maßnahme.

Aufgaben des/der IPAV in Ihrer Pflegeeinrichtung

Aufgaben der Pflegenden:

- Bei-sich-Tragen des Telefons
- Zeitnahes Abhören des Anrufbeantworters
- Nutzen der Faxvorlage (siehe oben)

Hier ist Platz für weitere Notizen:

5.4 Heimbesuche: Terminabsprache und Struktur



Beschreibung der Maßnahme (Maximalversion)

Bei dieser Maßnahme stehen die Organisation und Strukturierung des hausärztlichen Besuches in der Einrichtung im Mittelpunkt.

Es gibt drei verschiedene Formen der Terminierung von Heimbesuchen in der Einrichtung: Den Routinebesuch mit festem Zeitschema (z.B. jeden Dienstagnachmittag), den Routinebesuch ohne festes Schema (Rhythmus) und den Besuch aus einem akuten Anlass.
Ein Routinebesuch ohne festen Rhythmus sollte mind. zwei Tage im Voraus ärztlicherseits festgelegt werden. Zudem ist die Eingrenzung auf ein zweistündiges Zeitfenster bei Routinebesuchen und anlassbezogenen Besuchen anzustreben.
Der Heimbesuch selbst sollte mittels fünf Punkten strukturiert werden (siehe Abbildung 10, H6):

Abbildung 10: Ablauf des Heimbesuches (H6)

Vorfeld	• *Die/der Pflegende ordnet die Anliegen nach Wichtigkeit und stellt wesentliche Unterlagen der Bewohner*in zusammen.* • *Fragt Bewohner*innen, ob Angehörige dabei sein sollen*
Vorgespräch	• Der/die Ärzt*in sucht die/den Pflegende/n (ggf. Hauptansprechpartner/in) auf, um das Vorgehen beim Heimbesuch zu besprechen. • Die von der/dem Pflegenden vorab nach Wichtigkeit geordneten Anliegen werden besprochen. • Die/der Pflegende*r (Hauptansprechpartner*in) bietet eine Hausbesuchsbegleitung an • Pflegende und Ärzt*innen klären im Vorfeld, wie Anordnungen dokumentiert werden und ob ein Nachgespräch stattfinden soll

Durchführung	• Der Einrichtungsbesuch wird durch den/die Ärzt*in mit oder ohne Begleitung einer/s Pflegenden durchgeführt. • Während des Einrichtungsbesuches werden klare Anordnungen ärztlicherseits getroffen.
Nachgespräch	• Wenn der/die Ärzt*in durch Pflegende begleitet wird, kann ein Nachgespräch optional stattfinden. • Ein Nachgespräch findet statt, wenn der Einrichtungsbesuch nicht durch eine/n Pflegende/n begleitet wird. • Alternativ sollte im Vorgespräch festgelegt werden, wo die ärztlichen Anordnungen ansonsten zu finden sind.
Dokumentation	• Die Anordnungen werden spätestens jetzt durch die Pflegenden dokumentiert.

Einführung der Maßnahme (Maximalversion)

In der Hausarztpraxis: Die/der IPAV, ihre Vertretung oder die Pflegenden besprechen mit den Hausärzt*innen, wie die Terminabsprache zukünftig stattfinden wird (Zeitfenster des Besuchs, Ankündigung wie viele Tage im Voraus?)

Im Wohnbereich: Die/der IPAV oder Vertretung informieren die Pflegenden in den jeweiligen Wohnbereichen über die Einführung dieser Maßnahme.

Die/der IPAV oder Vertretung erklären den Pflegenden die drei verschiedenen Formen der Terminierung der Arztbesuche in der Pflegeeinrichtung. Die/der IPAV oder Vertretung bzw. die zuständigen Pflegenden sollten mit den Hausärzt*innen klären, wie die Einrichtungsbesuche künftig terminiert werden. Bewohner*innen und Angehörige sind über evtl. Regelmäßigkeiten von Routinebesuchen zu informieren.

Die/der IPAV und Vertretung erklären den Ablauf eines Heimbesuches (siehe Abbildung 10, H6): Sie weisen darauf hin, dass der anstehende Einrichtungsbesuch gut vorzubereiten ist. Das bedeutet: Im Vorfeld sammelt und ordnet die/der zuständige Pflegende die anfallenden Fragestellungen für den Einrichtungsbesuch nach Wichtigkeit. Im Vorfeld klärt die/der Pflegende auch mit dem/der Bewohner*in, ob eine vertraute Person oder ein/e Angehörige*r bei dem Hausbesuch dabei sein soll. Beispielsweise kann es auch möglich sein, dass der/die Angehörige den hausärztlichen Besuch im Vorfeld mit der Pflege, dem/der Ärzt*in oder dem/der Bewohner*in bespricht, aber während des Besuches nicht dabei ist.

Wenn der/die Hausärzt*in in der Einrichtung eintrifft, sucht er aktiv die/den zuständige*n Pflegende*n auf (Namensschilder werden getragen, wenn die entsprechende Maßnahme implementiert ist). In einem Vorgespräch informiert die/der Pflegende den/die Hausärzt*in über relevante Themen, Änderungen, Bedürfnisse oder Wünsche von Bewohner*innen/Angehörigen etc. Pflegende und Hausärzt*innen besprechen gemeinsam das konkrete Vorgehen: Begleitung der/des Hausärztin/ Hausarztes während des Besuches, Dokumentation durch wen und wann (bspw. während oder nach dem Heimbesuch), Klärung, ob ein Nachgespräch stattfindet oder wo die Anordnungen zu finden sind.

Im möglichen Nachgespräch werden während der Visite aufgetretene Besonderheiten besprochen. Sollte der/die Hausärzt*in den Bewohner*innenbesuch alleine durchgeführt haben, sind Anordnungen an die Pflegenden im Gespräch zu stellen oder verständlich und an vereinbarter Stelle aufzuschreiben. Wenn kein Nachgespräch stattfindet, dokumentiert die der/die Hausärzt*in seine/ihre Anordnungen klar und leitet ggf. Anliegen aus den Bewohner*innengesprächen an die Pflegenden weiter. Wenn ein/e* Pflegende*r an den Besuchen beteiligt ist, übernimmt sie je nach Absprache mit der Ärztin/ dem Arzt die Dokumentation und ist für die Weitergabe der Anordnungen an das pflegerische Team zuständig.

Abschließend werden die Anordnungen in der jeweiligen Bewohnerakte dokumentiert (durch Hausärzt*in oder Pflegende). Es sollte zu jeder Zeit möglich sein, Rückfragen zu stellen.

Aufgaben der IPAV (Maximalversion)

Die/ der IPAV…

- bespricht mit den Hausärzt*innen die Art der gemeinsamen Terminabsprache (Zeitfenster, Ankündigung wie viele Tage im Voraus)
- bespricht mit den Pflegenden bzw. den Hauptansprechpartner*innen die Terminierung des Hausärzt*innenbesuches.
- erläutert die Struktur zum optimalen Ablauf eines Heimbesuches.
- erkundigt sich monatlich nach der Umsetzung dieser Maßnahme.

Aufgaben der/des IPAV in Ihrer Pflegeeinrichtung

Aufgaben der Pflegenden

- Strukturierung der Anliegen durch Pflegende
- Vorgespräch zwischen Hausärzt*in und Pflegende
- Bewohner*inbesuch mit oder ohne Begleitung durch Pflegende
- Dokumentation klarer Anordnungen durch Hausärzt*in
- Ggf. Nachgespräch durch Hausärzt*in und Pflegende

Hier ist Platz für weitere Notizen:

5.5 Festlegung von Bedarfsmedikation

Beschreibung der Maßnahme (Maximalversion)

Durch die Maßnahme „Standardbedarfsmedikation“ soll erreicht werden, dass im Bedarfsfall für individuell (zu erwartende, bzw. noch nicht eingetretene) Gesundheitsprobleme verbindliche Anordnungen für den/die jeweilige/n Bewohner*in durch den/die Hausärzt*in festgelegt werden. Die Festlegung von Bedarfsmedikamenten kann im Rahmen von Zielvereinbarungstreffen oder auch während eines normalen Heimbesuches stattfinden.

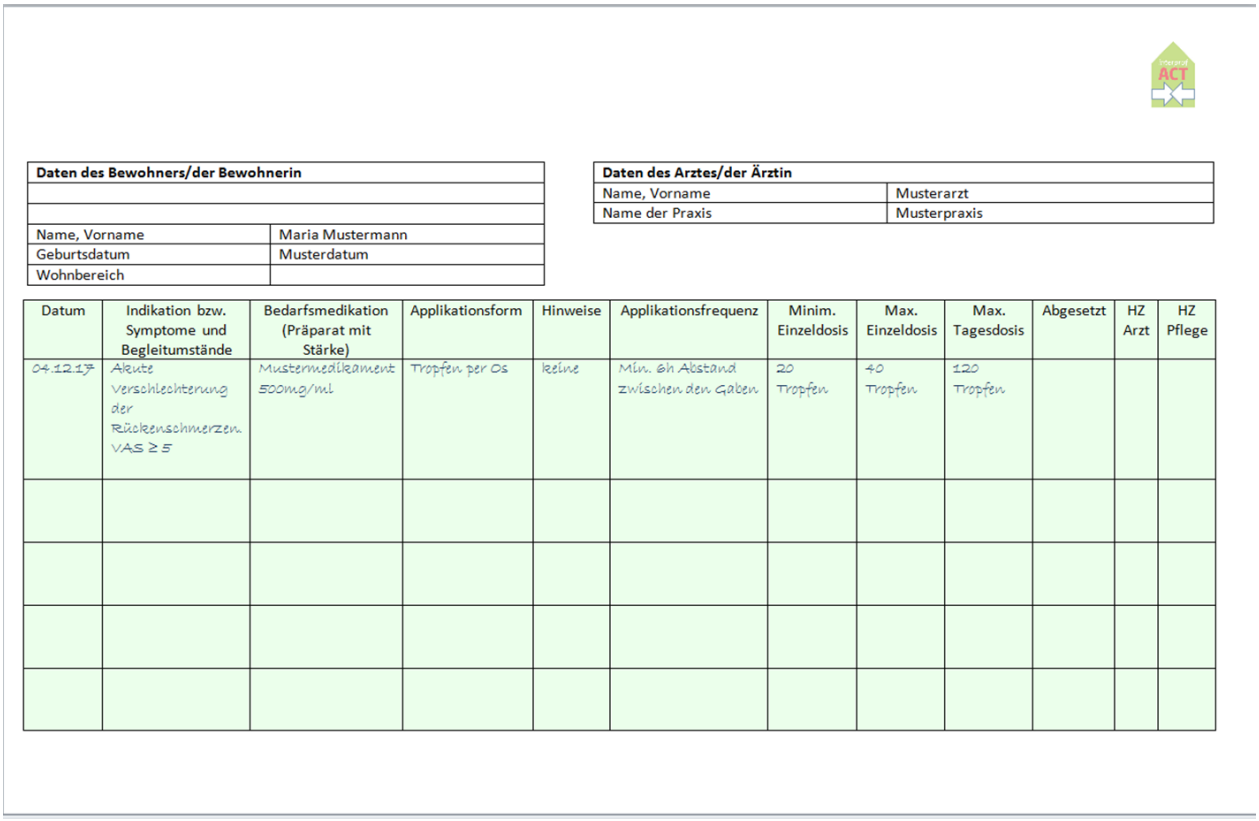
Einführung der Maßnahme (Maximalversion)

Wenn in der entsprechenden Einrichtung bereits Formulare zur Bedarfsmedikation vorhanden sind, stützt sich die Maßnahme „Standardbedarfsmedikation“ insbesondere auf die Absicht der/des Ärztin/Arztes, **konkrete und eindeutige** Anweisungen für den Bedarfsfall zu dokumentieren. Die in der Abb. 11, (H7) aufgeführten Angaben zur ärztlichen Dokumentation der Bedarfsmedikation sollten in jedem Fall berücksichtigt werden. Um zusätzliche Dokumentationen zu vermeiden, ist vor der Implementierung zu klären, wo die bisher auf Bedarf angeordneten Medikamente dokumentiert werden. Um eine adäquate Arzneimitteltherapie sicherstellen zu können, ist eine regelmäßige Kontrolle der Bedarfsmedikation notwendig.

Die/der IPAV stellen das Formular (siehe Abb. 11, H7) den Pflegenden des Wohnbereichs am besten in einer Übergabe vor. Die IPAVs übergeben dem Wohnbereich eine notwendige Anzahl an Vordrucken für die dort betreuten Bewohner*innen.

Das Dokument „Standardbedarfsmedikation“ kann neben dem bundeseinheitlichen Medikationsplan eingeführt werden, da im Bundeseinheitlichen Medikationsplan nicht konkret der Einsatz von Bedarfsmedikamenten vorgegeben wird. Hier sollte jedoch darauf geachtet werden, dass die Pläne aufeinander abgestimmt sind und es zu keinen Abweichungen oder Doppelungen kommt.

Abbildung 11: Standardbedarfsmedikation



Daten des Bewohners/der Bewohnerin	
Name, Vorname	Maria Mustermann
Geburtsdatum	Musterdatum
Wohnbereich	

Daten des Arztes/der Ärztin	
Name, Vorname	Musterarzt
Name der Praxis	Musterpraxis

Datum	Indikation bzw. Symptome und Begleitumstände	Bedarfsmedikation (Präparat mit Stärke)	Applikationsform	Hinweise	Applikationsfrequenz	Minim. Einzeldosis	Max. Einzeldosis	Max. Tagesdosis	Abgesetzt	HZ Arzt	HZ Pflege
04.12.17	Akute Verschlechterung der Rückenschmerzen VAS ≥ 5	Mustermedikament 500mg/ml	Tropfen per Os	keine	Min. 6h Abstand zwischen den Gaben	20 Tropfen	40 Tropfen	120 Tropfen			

Aufgaben der/des IPAV (Maximalvariante)

Die/der IPAV…

- informiert die Pflegenden in den betreffenden Wohnbereichen über die Einführung des Formulars Standardbedarfsmedikation, erklärt den Umgang
- verteilt das Formular in den Wohnbereichen.
- erkundigt sich bei den zuständigen Pflegenden monatlich nach der Umsetzung dieser Maßnahme.

Aufgaben der/des IPAV in Ihrer Pflegeeinrichtung

Aufgaben der Pflegenden:

- Verwendung des Formulars Standardbedarfsmedikation im Alltag
- Ansprache der Hausärzt*innen bei dem Hausbesuch, das Formular zu verwenden

Hier ist Platz für weitere Notizen:

5.6 Zielvereinbarungstreffen



Beschreibung der Maßnahme (Maximalversion)

Während des Zielvereinbarungstreffens werden übergeordnete und längerfristige Ziele für die medizinische Versorgung des/der jeweiligen Bewohners/Bewohnerin und die Vorgehensweisen der beteiligten Akteure festgelegt und in einem Zielvereinbarungsformular (siehe Abb. 12, H11) notiert. Die Ziele werden beim nächsten Zielvereinbarungstreffen von den Beteiligten überprüft. Während dieser Treffen sollten die Ziele und Wünsche des/der Bewohners/Bewohnerin im Vordergrund stehen. Das Formular wird in der Pflegedokumentation archiviert und mit dem Pflegeplan verknüpft. Der/die Hausärzt*in erhält – falls gewünscht – eine Kopie. Die fortführende Dokumentation weiterer Zielvereinbarungstreffen wird auf dem Originaldokument in der Bewohner*innenakte geführt. Zielvereinbarungstreffen sollten einmal im Quartal stattfinden. Um eine Doppeldokumentation zu vermeiden, sollen während der Zielvereinbarungstreffen nicht die schon vorhandenen Ziele aus der Pflegeplanung wiederholt werden.

Teilnehmer des Zielvereinbarungstreffens (Maximalversion)

Hausärzt*in, Pflegende (ggf. Hauptansprechpartner*in) und Bewohner*in und/oder Betreuer*in sowie ggf. Angehörige.

Vorbereitung des Zielvereinbarungstreffens

Im Vorfeld wird der/die Bewohner*in oder die betreuende Person gefragt, ob er/sie mit der Durchführung des Gesprächs einverstanden ist und ob er dabei sein möchte. Zudem ist mit dem/der Bewohner*in zu klären, ob ein*e Angehörige*r bzw. eine andere Vertrauensperson mit einbezogen werden

soll, die dann eingeladen werden. Einen Tag vor dem Zielvereinbarungstreffen erhält der/die Bewohner*in bzw. der/die Betreuer*in ein Informationsblatt zur Vorbereitung auf das Gespräch (Abbildung 13, H8). Das Dokument liegt dem/der Bewohner*in auch während des Gespräches vor, um ihm/ihr eine Orientierung zu bieten.

Was könnten „Ziele“ sein?

Prinzipiell sollen sich die Ziele an den Wünschen und Zielen der Bewohner*innen orientieren. In der nachfolgenden Abbildung 13 sind Beispiele für Themenbereiche aufgeführt, zu denen Ziele entwickelt werden können. Es sind jedoch auch andere Themenbereiche möglich. Auch die Anordnung von Bedarfsmedikamenten kann im Rahmen dieser Treffen besprochen werden.

Abbildung 12: Formulierung von Zielen der Zielvereinbarungstreffen (H11)

ZIELVEREINBARUNGEN (Projekt *interprof* ACT)

Beispiele:

Bewohner/-in: Maria Mustermann (Z.n. Apoplex)	**Geburtsdatum:** 23.03.1940	**Wohnbereich:** 1

Datum	**Zielvereinbarungen**	**Vorgehen + Zuständigkeiten**	**BP**	**Hz**	**Evaluation**
Bsp. Themenbereich: Mobilität (Förderung motorischer Fähigkeiten)					
09.11.17	Bewohnerin ist in der Lage, mit dem Rollator selbständig in den Garten der Pflegeeinrichtung zu gehen.	Tägliche Förderung der Mobilisation. Tägliches Gehtraining mit Pflege, 5 Min. auf Flur mit Steigerung der Gehstrecke, zusätzlich 2x wöchentlich Physiotherapie und 1x wöchentlich Ergotherapie Ergotherapie, Physiotherapie, Pflege	Ja	MM, GR, PM, BS	09.01.18 Teilziel: Frau M. kann selbstständig im Wohnbereich mit dem Rollator laufen
Bsp. Themenbereich: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten (Förderung geistiger Fähigkeiten)					

09.11.17	Bewohnerin ist in der Lage, sich aktiv an Gespräche zu beteiligen	Die Fähigkeit, kommunizieren zu können, wird bei Fr. M gefördert - 2x die Woche Logopädie, - Pflegende animieren Frau M. während der Ausübung pflegerischer Tätigkeiten zum Sprechen ... Ergotherapie, Logopädie, Pflege	Ja	MM, GR, PM, BS,	09.01.18 Teilziel: Frau M. ist in der Lage, selbstständig ihre Bedürfnisse zu artikulieren. Sie benötigt jedoch noch Unterstützung, um fließend und pausenlos kommunizieren zu können.
Bsp. Themenbereich selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen (Förderung der Selbstständigkeit zur Bewältigung von Gesundheitsproblemen)					
09.11.17	Angehöriger Herr Mustermann ist bei Hausarztbesuchen in Einrichtung anwesend	Angehöriger wird bei Terminabsprachen berücksichtigt oder führt selbst Terminabsprachen mit dem Arzt/die Ärztin durch.	Ja	MM, GR, PM, BS	09.01.18 Herr Mustermann ist über die Termine der Hausarztbesuche informiert. Herr Schmidt hat bereits an 2 Hausarztbesuchen teilgenommen.
09.11.17	Bei akuten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes der Patientin ist keine Krankenhauseinweisung gewünscht.	Frau M. und/oder Betreuer verfassen mit Hilfe des HA/HÄ eine Patientenverfügung + Vorsorgevollmacht	Ja	MM, GR, PM, BS	Am 21.11.18 wurde eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht für Frau M. vorgelegt und in der Pflegedokumentation abgelegt.
Bsp. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Förderung zur Teilhabe am Alltagsleben)					
09.11.17	Frau M. erhält zur Zeit des Kaffeetrinkens regelmäßig Gesellschaft, da sie derzeit nicht in der Lage ist, an sozialen Aktivitäten der Einrichtung teilzunehmen.	Pflegende GR organisiert eine Ehrenamtliche, die Frau M 2x wöchentlich Gesellschaft beim Kaffeetrinken in ihrem Zimmer leistet.		MM, GR, PM, BS	09.01.18 Frau M. hat 2x wöchentlich Besuch von Frau Schneider ☺

Einführung der Maßnahme (Maximalvariante)

Für die Umsetzung der Zielvereinbarungstreffen in den jeweiligen Wohnbereichen ist ein*e zuständige*r Pflegende*r (ggf. Hauptansprechpartner*in) und der/die betreffende Hausärzt*in zuständig. Die/der zuständige Pflegende vereinbart mit dem/der Bewohner*in und dem/der betreffenden Hausärzt*in einen Termin zur Durchführung des Zielvereinbarungstreffens, im Idealfall während der Heimbesuche.

Die/der Pflegende erklärt dem/der Bewohner*in, dass das Zielvereinbarungsgespräch durchgeführt werden soll und fragt, ob er einverstanden ist, anwesend sein möchte und ob Angehörige dazu kommen sollen. Sowohl Bewohner*innen als auch ggf. Betreuer*innen erhalten ein Informationsblatt zur Vorbereitung auf das Gespräch (siehe Abb. 13, H8). Das Treffen findet idealerweise diskret im Wohnbereich, im Bewohner*innenzimmer oder ggf. in einem anderen Raum (z.B. Sozialraum) statt.

Es soll angestrebt werden, pro Treffen drei Ziele zu formulieren. Der/die Bewohner*in wird als erstes gefragt, welche Ziele und Wünsche sie/ er hat. Während des Gespräches füllt der/die Hausärzt*in oder die/der Pflegende das Dokument „Zielvereinbarungen“ (siehe Abbildung 15, H11) aus. Neben den Vereinbarungen der Ziele sollen die teilnehmenden Personen und der nächste Termin (oder Zeitraum) aufgeschrieben werden. Während des Treffens kann die Kitteltaschenkarte „Zielvereinbarungen treffen“ verwendet werden (siehe Abbildung 14, H10).

Abbildung 13: Informationsblatt Bewohner*in/Betreuer*in zum Zielvereinbarungstreffen (H8)

H8 Version 1



Informationen
zum Gespräch mit Hausärzt*in und Pflegenden

Liebe/Lieber_____,

am _____ wird es ein gemeinsames Gespräch zwischen Ihnen, Ihrem/r Hausärzt*in, dem Pflegepersonal und evtl. auch Ihren Angehörigen geben. Dabei werden langfristige Ziele Ihrer Versorgung besprochen.
Vielleicht möchten Sie sich im Vorfeld Gedanken machen, welche Themen für Sie wichtig sind? Falls ja, können Sie sich gerne Notizen machen und diese zum Gespräch mitbringen.

Notizen:

_____

_____

_____

_____

_____

Abbildung 14: Kitteltaschenkarte Zielvereinbarungstreffen (H10)

H10 Version 1

ZIELVEREINBARUNGEN treffen

Die Ziele werden zwischen Pflegenden, Hausärzt*innen, Bewohner*innen und ggf. Angehörigen oder Betreuer*innen vereinbart.

Zielvereinbarungen sind

Einigungen über übergeordnete und längerfristige Ziele für die Versorgung eines Bewohners,

zum Beispiel zu den Bereichen:

- Ernährung
- Mobilität
- Kommunikation
- ...

Festgelegt werden sollte

- Welche Ziele haben wir?
- Wie ist das gemeinsame Vorgehen?
- Wer ist zuständig?
- Wann werden die Ziele überprüft?

Verknüpfung mit der Pflegedokumentation

Abbildung 15: Zielvereinbarungstreffen (H11)

H11 Version 1

ZIELVEREINBARUNGEN (Projekt *interprof* ACT)

Bewohner*in:	Geburtsdatum:	Wohnbereich:

Datum	Zielvereinbarungen	Vorgehen + Zuständigkeiten	BP	Hz.	Evaluation

Erläuterungen:
Hz. = Handzeichen
BP = In den Behandlungsplan aufgenommen

Aufgaben der/des IPAV (Maximalvariante)

Die/der IPAV…

- erklärt der zuständigen Pflegekraft (ggf. Hauptansprechpartner*in) die Umsetzung dieser Maßnahme
- veranlasst, dass die/der Pflegende Termine mit den Hausärzt*innen der betreffenden Bewohner*innen für die Zielvereinbarungstreffen vereinbart.
- stellt die notwendigen Materialien („Informationsblatt Bewohner*innen“, Kitteltaschenkarte und Dokument „Zielvereinbarungstreffen“) zur Verfügung.
- erkundigt sich monatlich, ob und wie diese Maßnahme umgesetzt wurde und fragt nach auftretenden Problemen.

Aufgaben der/des IPAV in Ihrer Pflegeeinrichtung

Aufgaben der teilnehmenden Pflegekraft

Im Vorfeld Klärung folgender Punkte

- Wann und wo findet das Gespräch statt?
- Welche*r Bewohner*in nimmt teil? Welche*r Hausärzt*in?
- Möchte der/die Bewohner*in, dass Angehörige dabei sind?
- Ist ein*e Betreuer*in zu informieren oder einzuladen?
- Ziele des/der Bewohners/Bewohnerin erörtern (Informationsblatt)
- Ziele aus Sicht der Pflege überlegen

Beim Zielvereinbarungstreffen

- Vorstellung der Ziele des/der Bewohners/Bewohnerin und der Pflege
- Besprechung der Ziele (Nutzung der Kitteltaschenkarte)
- Dokument „Zielvereinbarungstreffen“ ausfüllen
  (oder Hausärzt*in dokumentiert)
- Nächsten Termin in 3 Monaten vereinbaren

Hier ist Platz für weitere Notizen

6 Umgang mit Hindernissen

Aus der Erfahrung mit ähnlichen Projekten[1] ist bekannt, dass während der Einführung der Maßnahmen verschiedene Hindernisse auftreten können. Einige Hindernisse und mögliche Strategien zur Überwindung werden in der nachfolgenden Tabelle 2 aufgeführt. Wenn Probleme auftreten sollten, die hier nicht gelistet sind, kann die/der IPAV das Studienteam kontaktieren.

Tabelle 2: Hindernisse und mögliche Strategien zur Überwindung

Barrieren	Strategien
Mangelnde Kommunikation zwischen Hausärzt*innen und Pflegenden während der Durchführung und Einführung der Maßnahmen.	• Vermitteln Sie den Beteiligten immer wieder die Ziele und den Wert des Projektes. • Betonen Sie, dass diese Kommunikationsprobleme durch die Umsetzung einzelner Maßnahmen verbessert werden sollen bzw. behoben werden können.
Äußerung: *„Die Dinge funktionieren nur, wenn die/der IPAV oder der/die Hauptansprechpartner*in vor Ort ist.“*	• Es wird empfohlen, die Funktion als IPAV immer mit einer Vertretung durchzuführen, so dass in Zeiten der Abwesenheit immer ein*e Ansprechpartner*in zur Verfügung steht. • Wenn die Maßnahmen von Beginn an mit den jeweiligen Beteiligten „sorgfältig“ und gemeinsam eingeführt wurden und Schritt für Schritt in die alltäglichen Abläufe eingefügt werden, kann ein kürzeres Ausfallen von Ansprechpartner*innen kompensiert werden.
Äußerung (während der Kick-off Veranstaltung oder während der Einführungsphase): *„Wir setzen doch schon so ähnliche Maßnahmen um.“*	• Verweisen Sie auf die Kick-off Veranstaltung – hier wurden alle Maßnahmen gemeinsam mit Pflegenden, Ärzt*innen und Vertreter*innen von Bewohner*innen und Angehörigen für Ihre Einrichtung ausgewählt oder angepasst. • Weisen Sie darauf hin, dass bereits vorhandene Maßnahmen verbessert oder ausgeweitet werden können. • Vielleicht sind Sie gerade dabei, Zielvereinbarungsgespräche einzuführen? Dann nutzen Sie diese Vorschläge, um dieses Vorhaben zu bekräftigen oder weiter auszubauen.

[1] Pathway Health (2017): INTERACT Tools Library. Abrufbar unter: http://www.pathway-interact.com/interact-tools/interact-tools-library/. Zuletzt eingesehen am: 29.11.17

7 Strategien für eine nachhaltige Einführung

Die/der IPAV erkundigt sich einmal im Monat nach dem Stand der Umsetzung. Diese „Rückfrage“ kann während regelmäßiger Treffen (Wohnbereichssitzungen) oder im Rahmen von gesonderten Terminen stattfinden. Während dieser Treffen ermuntert die/der IPAV die Pflegenden, Fragen zu stellen und von Problemen bei der Umsetzung zu berichten. Für die Evaluation zur Umsetzung der Maßnahmeneinführung steht der/dem IPAV eine Checkliste zur Verfügung.

Im Folgenden werden Strategien benannt (Tabelle 3), um die Einführung der Maßnahmen aufrecht zu erhalten oder um die Umsetzung nachhaltig verbessern und steuern zu können.

Tabelle 3: Strategien für eine nachhaltige Einführung

Strategien	Kernpunkte
Entwickeln und teilen Sie eine Vision	Erfolgreiche IPAVs oder Einrichtungsleitungen können… ihre Motivation, das Projekt *interprof* ACT in der eigenen Einrichtung durchzuführen, auch an die Mitarbeiter*innen vermitteln. langfristig die Maßnahmen von *interprof* ACT und die daraus folgenden Prozesse als Kultur und Kernfunktion in die Pflegeeinrichtung eingliedern. Stellen Sie einen praktischen Bezug zu *interprof* ACT her und verbessern sie die Versorgung der Bewohner*innen. Eine erfolgreiche Einführung der Maßnahmen gelingt nur mit einer weitest gehenden Akzeptanz von ihren Kolleg*innen. Nehmen Sie sich aus diesem Grund Zeit, ihre Vision den Pflegenden mitzuteilen. Demonstrieren Sie ihre Vision durch deren Aufnahme in die Einrichtungskultur. Integrieren Sie einen Tagesordnungspunkt zum Projekt *interprof* ACT in regelmäßigen Besprechungen.
Benennen Sie ein Team und benennen Sie eine/n IPAV	Die Benennung eines/einer IPAV ist von sehr großer Bedeutung für den Erfolg der Maßnahmeneinführung. Sie wissen am besten, welche Mitarbeiter*innen in der Lage sind, andere Mitarbeiter*nnen zu motivieren, und welche die Fähigkeiten haben, das Projekt koordinieren zu können. Die Benennung einer/eines IPAV Vertretung wird empfohlen, um in Zeiten der IPAV-Abwesenheit eine Fortsetzung der Maßnahmeneinführung sicherzustellen.
Arbeitsabläufe und Prozesse rationalisieren und	Maßnahmen von *interprof* ACT sollten Lücken im

Redundanzen vermeiden	Pflegeprozess füllen und keine Mehrarbeit schaffen. Verwenden Sie *interprof* ACT-Maßnahmen, um vorhandene Funktionen zu ergänzen oder zu ersetzen. Bevor Sie Maßnahmen einführen, überlegen Sie, welche Bereiche verbessert werden müssen. Möglicherweise sind bereits einige Prozesse bei Ihnen vorhanden? Nutzen Sie die Maßnahmen, um Prozesse zu verbessern, die noch nicht ausreichend funktionieren.
Machen Sie die Umsetzung des Projektes sichtbar und fügen Sie es in ihren Alltag ein	Die Umsetzung von *interprof* ACT sollte mit der Arbeitsweise ihrer Einrichtung übereinstimmen. Sie können die Maßnahmen kreativ umsetzen und die Teile übernehmen, die für Ihre Einrichtung am sinnvollsten erscheint. Berichten Sie über das Projekt in regelmäßigen Besprechungen.

8 Weiteres Vorgehen

Anhand der Ergebniszusammenfassung (H27) soll die Checkliste (H32) angepasst werden.

3 Monate nach dem Kick-off Treffen bitten wir Sie, die bis dahin ausgefüllten 3 Listen an uns zu schicken. Hierbei ist zu beachten, dass bis dahin nicht jede Teilaufgabe fertig abgearbeitet sein muss.

Kontakt zum Göttinger Studienteam:

interprof.act@med.uni-goettingen.de

Sekretariat Institut für Allgemeinmedizin
Tel.: 0551- 39-22638

Literaturverzeichnis

1. Balzer K; Butz, S.; Bentzel J; Boulkemair D; Lühmann D (2013): Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. 1. Aufl. 125 Bände. Köln: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information.

2. Dwyer, Rosamond; Gabbe, Belinda; Stoelwinder, Johannes U.; Lowthian, Judy (2014): A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. In: *Age and ageing* 43 (6), S. 759–766. DOI: 10.1093/ageing/afu117.

3. Günster, Christian; Bartholomeyczik, Sabine (2012): Versorgungs-Report 2012: Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer.

4. Hoffmann, Falk; Schmiemann, Guido (2017): Influence of age and sex on hospitalization of nursing home residents: A cross-sectional study from Germany. In: *BMC health services research* 17 (1), S. 55. DOI: 10.1186/s12913-017-2008-7.

5. Kada, Olivia; Brunner, Eva; Likar, Rudolf; Pinter, Georg; Leutgeb, Ines; Francisci, Nina et al. (2011): Vom PflegeEinrichtung ins Krankenhaus und wieder zurück… Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und PflegeEinrichtungen. In: *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 105 (10), S. 714–722. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.03.023.

Version 04
01.04.2019
Autorinnen: Christiane Müller, Vivien Weiß, Berit Hesjedal-Streller

SOP1 *interprof* ACT

Vorgehen, Rekrutierung und Einschluss Bewohner

Rekrutierung und Einschluss der Bewohner

Alle Pflegeheimbewohner in einem Heim kommen prinzipiell für eine Studienteilnahme infrage.

Einschlusskriterien sind

- a) Mindestens ein Hausarztkontakt in den letzten drei Monaten **oder**
  b) Mindestens 2 Hausarztkontakte in den letzten 6 Monaten **oder**
  c) Aufnahme in das Pflegeheim während der vorherigen 6 Monate unabhängig von dokumentierten Hausarztkontakten
- Ein Mindestalter von 18 Jahren
- Unterschriebene Einverständniserklärung vom Bewohner oder seinem rechtlichen Betreuer oder seinem Bevollmächtigtem

Ausschlusskriterium ist:

- Aufnahme nur zur Kurzzeitpflege

Anzahl der Bewohner pro Heim (siehe SOP1):

- Nach Analyseplan 10-30 (Idealfall >20) aus 1-2 Wohnbereichen

Vorgehen bei der Auswahl der Bewohner

1. Vorabansprache (mit Aushändigung des Informationsblatts und der Einverständniserklärung) der Bewohner (auch der zu betreuenden Bewohner!!)/Betreuer/Bevollmächtigtem durch Pflegende vor Ort, nach Berücksichtigung der o.g. Ein- und Ausschlusskriterien. Bei Interesse der Bewohner, Ausgabe der Informationsschrift und der Einverständniserklärung.
   Zusätzlich erhalten die Bewohner/Betreuer/ Bevollmächtigte das Informationsblatt mit ergänzender Information zur neuen Datenschutzgrundverordnung.
   - Kleinere Pflegeheime informieren alle Bewohner, die dort leben; in größeren Heimen werden Bewohner von ein bis zwei Wohnbereichen (ca. 80 Bewohner) zur Teilnahme eingeladen. Die verschiedenen teilnehmenden Wohnbereiche eines Pflegeheims sollten nach Möglichkeit hinsichtlich der Bewohnercharakteristika unterschiedlich sein.
2. Interessierte Bewohner/Betreuer/ Bevollmächtigte werden in die Bewohnerliste eingetragen. Nicht-Interessierte und nicht in Frage kommende Bewohner der betreffenden Wohnbereiche in die Nicht-Teilnehmerliste, inkl. Angaben zu den Gründen einer Nicht-Teilnahme.

- Wenn ca. 20 (10-30) interessierte Bewohner gefunden werden konnten, kontaktiert die Pflegende die Mitarbeiter der Studienzentrale zur detaillierten Aufklärung und zur Einholung des Einverständnisses der Bewohner/Betreuer/ Bevollmächtigten. Hierbei ist zu beachten, dass sowohl die Bewohner/Betreuer/ Bevollmächtigte als auch der Studienmitarbeiter die Unterschrift mit Datum und Ort leisten. Die Datums- und Ortangabe soll durch die Bewohner/Betreuer/ Bevollmächtigte eigenständig erfolgen. Nur in Ausnahmefällen darf darauf verzichtet werden. Falls der Bewohner/Betreuer/ Bevollmächtigte die Angaben nicht ausfüllen kann, dürfen diese vom Studienmitarbeiter ergänzt werden. In diesen Fällen ist die Vorgehensweise in Rahmen einer Aktennotiz nachvollziehbar zu dokumentieren und im Pflegeheimordner abzulegen.
  Ist ein Bewohner nicht in der Lage eigenständig zu schreiben ist eine mündliche Gabe des Einverständnisses unter Anwesenheit eines Zeugen möglich. Der anwesende Zeuge (kein Studienmitarbeiter!) und der Studienmitarbeiter bestätigen das mündlich gegebene Einverständnis durch Angabe von Ort und Datum auf dem Dokument Einverständniserklärung. Jedoch sollte der Bewohner seinen Namen und die Unterschrift selbstständig auf das Dokument notieren. Das Dokument liegt in zwei unterschiedlichen Ausführungen vor (Einverständniserklärung für Bewohner und Einverständniserklärung für Betreuer/ Bevollmächtigte). Es muss das korrekte Dokument verwendet werden.
- **Informationsgespräch und Aufklärung durch Studienmitarbeiter, insbesondere auch in Hinsicht auf die relevanten Inhalte der neuen Datenschutzgrundverordnung (s. Ergänzende Information zur aktualisierten Datenschutzverordnung, DSGVO)**

  Erforderliche Studienunterlagen:

  - Bewohnerliste
  - Nicht-Teilnehmerliste, wenn im Heim Exemplar bereits verwendet, dieses benutzen
  - Liste für Kontaktdaten der Betreuer
    - Systematisch werden die Kontaktdaten der Betreuer/ Bevollmächtigten potentieller Bewohner in die Liste eingetragen. Pflegende vor Ort können dann entscheiden, ob sie selbst die Betreuer/ Bevollmächtigten anschreiben oder ob Studienteilnehmer das Anschreiben übernehmen sollen. Studienteilnehmer dürfen Betreuer/ Bevollmächtigte nur anschreiben, wenn die Betreuer/ Bevollmächtigten den Pflegenden die Erlaubnis erteilt haben

        - Ggf. Anschreiben mit Informationsschrift, Einverständniserklärung, Flyer für Betreuer/ Bevollmächtigte
    - Liste für die betreuenden Hausärzte
    - CRF Ein- und Ausschlusskriterien Bewohner
    - Präsente für die Bewohner (oder erst während Datenerhebung T0 austeilen)

  Aufklärung aller in Frage kommenden Bewohner und/oder ihrer rechtlichen Betreuung über Ziele und Verlauf der Studie. Betreuer/ Bevollmächtigte werden zunächst durch die Heime über das Projekt informiert. Bei Interesse versenden die Studienmitarbeiter ein Anschreiben mit Informationsschrift und Einverständniserklärung, sowie die ergänzende Information zur aktualisierten Datenschutzverordnung (DSGVO) (drei Dokumente) an die jeweiligen Betreuer/ Bevollmächtigten. Bei einer Einwilligung wird die Unterschrift zur Einverständniserklärung postalisch eingeholt.

  Ablauf Gespräch zur Einholung des Einverständnisses:

  - Vorstellen der eigenen Person
  - Kurzes Erklären des Projekts entlang der Informationsschrift.
  - Erläutern der relevanten Inhalte der neuen Datenschutzverordnung:

- Hinweis auf die für die Datenverarbeitung verantwortliche Person des Projektes
- Name und Kontaktdaten des zuständigen Datenschutzbeauftragten
- Hinweis auf das Beschwerderecht beim Landes- oder Bundesdatenschutzbeauftragten
- Hinweis auf das Recht Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten und ggf. Berichtigung oder Löschung dieser zu verlangen

  - Nachfrage, ob Hausarzt informiert werden darf
  - Raum für Nachfragen geben
  - Einholung der Einverständniserklärungen in 2-facher Ausfertigung (ein Dokument verbleibt beim Bewohner, das andere wird in der Studienzentrale aufbewahrt) von einem Studienteammitglied und dem Bewohner/dem rechtlichen Betreuer/ Bevollmächtigten, mit jeweiliger schriftlicher Angabe von Ort und Datum, unterschrieben. Studienteammitglieder sind Ärzte, Studienassistentinnen und Gesundheits- und Pflegewissenschaftler.
  - Die Daten des betreuenden Hausarztes aufnehmen
  - Klärung des weiteren Vorgehens
  - Überreichen des Präsentes (oder erst während Datenerhebung T0)

Wenn Bewohner/Betreuer/ Bevollmächtigte während des Gesprächs nicht an der Studie teilnehmen möchten, werden sie von der Bewohnerliste gestrichen und in die Nichtteilnehmerliste übertragen, inkl. Angaben von Gründen.

3. Nach Abschluss der Rekrutierung werden noch im Heim die zwei linken Spalten (Name, Wohnbereich) des Dokumentes Nichtteilnehmerliste entfernt und damit anonymisiert. Die anonymisierte Nichtteilnehmerliste und die Bewohnerliste (von Heimleitung unterzeichnen lassen!) werden in die Studienzentrale transferiert.
4. Auf Grundlage der Bewohnerliste werden die Bewohner pseudonymisiert.
5. Anlegen und Aufbewahren von Unterlagen der eingeschlossenen Heime:
    - Es werden zwei Ordner pro Heim angelegt (ISF und Ordner für personenbezogene Daten).
        - In den Ordner mit den personenbezogenen Daten kommen folgende Dokumente: Bewohnerliste, Nichtteilnehmerliste, Pseudonymisierungsliste Liste der betreuenden Hausärzte eingeschlossener Bewohner pro Heim, Einverständniserklärungen, Liste Kontaktdaten Betreuer/ Bevollmächtigter. Ordner ist unter Verschluss und gesondert vom ISF-Ordner aufzubewahren!!!

Vor Ort Absprachen über weiteres Procedere besprechen:

- Wann kann die Datenerhebung durchgeführt werden
- Wo wird die Datenerhebung stattfinden, gibt es hierfür z.B. Räumlichkeiten und wer wird die Studienmitarbeiter einweisen
- Klärung eines Ansprechpartners der betreffenden Wohnbereiche zur die Erhebung der Dementia Screening Scale und Proxy-Erhebung von Q5-QD-5L und Qol-AD-NH.

Aufklärung über die Inhalte der neuen DSGVO von bereits eingeschlossenen Bewohnern erfolgt im Rahmen der nächsten geplanten Datenerhebung/Befragung.

SOP2 Anlage

Benutzerleitfaden für verblindete Datenerheber zur Datenerhebung bei T1 und T2

Bewohner-ID / Bewohneridentifikationsliste

Die Bewohnerdaten werden verschlüsselt erhoben. Die dem jeweiligen Bewohner zugeordnete Bewohner-ID ist der Bewohner-Identifikationsliste zu entnehmen, die ausschließlich im Studienzentrum vorliegt und in Kopie für die T1- bzw. T2-Datenerhebung in die Einrichtung mitgenommen werden muss.

Primäre/sekundäre Outcomes – Bewohnerakte

Erhoben werden Daten aus der Bewohnerakte, die in den jeweiligen Einrichtungen vollständig oder in Teilen elektronisch im PC vorliegen und daher entweder vom PC zentral zugänglich sind oder in den Akten auf Papier geführt werden und dann in den verschiedenen Stationszimmern der Wohnbereiche einzusehen sind. Für die PC-gestützten Bewohnerdaten sind in den Einrichtungen unterschiedlichste Programme in Benutzung. Es empfiehlt sich daher, für die Einweisung in die heimeigenen Unterlagen die Mithilfe einer Pflegekraft zu haben.

Verblindete Erhebung des primären Outcomes Krankenhausaufenthalte

Ausschließlich der /die verblindete Erheber/in füllt Abschnitt 1 des CRFs aus: „1. Krankenhausaufenthalte der letzten 6 Monate“. Dies ist unser primäres Outcome!

Alle anderen Outcomes können sowohl von verblindeten Erheber/innen als auch durch nicht-verblindete Studienmitarbeiter/innen erhoben werden.

Bei zu korrigierenden Angaben GCP-konforme Änderungen:

1. Durchstreichen, so dass der ursprüngliche Eintrag noch leserlich ist
2. Korrektur anbringen
3. und mit aktuellem Datum und Kürzel bzw. Erfasser-ID des Datenerhebers bestätigen

Grundsätzlich alle erforderlichen Felder auch ausfüllen, ankreuzen, ebenso „nein“-Felder, sonst ist unklar, ob die Felder bei der Datenerhebung vergessen bzw. übersehen wurden.

Einträge ins Datenblatt Datenerhebung

- Erfasser-ID (siehe im ISF „Delegationslog“)
- Erhebungszeiträume
  - ➢ **zu T0** = vom Tag der Datenerhebung an (z.B. 24.05.18) 6 Monate zurück: 24.11.17 - 24.05.18 (wichtig für die Qualitätskontrolle)
  - ➢ **zu T1** = Randomisierungstag (z.B. 10.5.18) plus 6 Monate minus ein Tag: 10.5.18 – 09.01.19 (24 Uhr)
  - ➢ **zu T2** = 6 Monate, direkt anschließend an T1

CRF-Einträge

Krankenhausaufenthalte KH

Primäres Outcome ist die Abwesenheit des Bewohners aufgrund eines Krankenhausaufenthalts. Entsprechend muss mit Datum und Uhrzeit angegeben werden, von wann bis wann dieser Aufenthalt erfolgte.

Sollte sich der Bewohner zum Zeitpunkt der T1-Erhebung noch im Krankenhaus befinden, wird das „bis“-Datum freigelassen und um einen entsprechenden Kommentar („Bewohner noch nicht entlassen“ o.ä.) ergänzt.

Zum Zeitpunkt T2 wird dann der Krankenhausaufenthalt erneut erfasst, ebenfalls nochmal mit Angabe des Start-Datums sowie des dann bekannten Enddatums. Anhand des Datums ist dann ersichtlich, dass es sich um denselben Aufenthalt handelt. Die Anzahl der jeweiligen Krankenhaustage kann durch die Statistik dann anhand des T1 bzw. T2-Stichdatums berechnet werden.

Zwischen T0 und T1 besteht eine Erhebungslücke von Tagen bis Wochen je nach Standort bzw. Pflegeeinrichtung. Krankenhausaufenthalte, die sich bis in T1 erstrecken, werden entsprechend wie oben beschrieben erfasst. Krankenhausaufenthalte, die in dieser Erhebungslücke enden, werden mit Krankenhaustagen bis zum Erhebungstag und Frage der Nacherhebung der Diagnosen erfasst.

Krankenhausentlassungsbrief

- **nur die Diagnosen** werden pseudonymisiert abfotografiert und mit der entsprechenden Bewohner-ID gekennzeichnet

Die **Pseudonymisierung** des Originals sollte z.B. durch Abdecken so erfolgen, dass es keinen Hinweis auf Bewohnervor- und -nachname einschließlich persönlicher Daten, Geburtsdatum, Wohnort, Pflegeeinrichtung, Krankenhaus oder behandelnder Ärzte gibt.

Facharztkontakte Faxe zu T1 und T2

- Da es auf dem CRF nur die Möglichkeit gibt, persönliche und telefonische Kontakte zu dokumentieren, werden erhobene Kontakte per Fax separat notiert und bei der Dateneingabe ins Kommentarfeld eingegeben.
- Bei den bereits durchgeführten Datenerhebungen zu T1 werden die Faxkontakte nacherhoben.

Unklarheiten bei Dateneingabe Krankengymnastik usw.

- Es werden nur KG-Termine gezählt, die im Beobachtungszeitraum eingetragen sind!
- wenn KG-Termine im Beobachtungszeitraum eingetragen sind: „ja“ ankreuzen und „Anzahl“ eintragen
- Wenn KG eingetragen ist, aber keine Anzahl vermerkt wurde, (also aus der Dokumentation nicht nachvollziehbar ist, wann diese stattgefunden haben) wird dies als „nein“ gewertet.
- Wenn der Name einer/eines Physiotherapeutin/en aufgeführt ist, aber keine Termine zu erkennen sind, „Nein“ ankreuzen (hier kein „Nicht erhebbar“ angeben), da es sich auch um eine/n bevorzugte/n KG handeln kann, die/der in der Bewohnerakte als Kontakt drin steht.
- Mündliche Angaben zur KG von Pflegenden können nicht berücksichtigt werden, wenn sie nicht schriftlich in der Bewohnerakte nachvollziehbar dokumentiert sind.

Erhebung Medikation

- am Erhebungstag bei den sich im Heim befindenden Bewohnern.
- vom Tag vor der Krankenhauseinweisung bei sich am Ende des Erhebungszeitraums im Krankenhaus befindenden Bewohnern. Bei Bewohnern, die sich am Erhebungstag im Krankenhaus befinden, wird die Medikation vom Tag vor der Krankenhauseinweisung erhoben.
- Die letzte Medikation vor dem Versterben, falls der Bewohner zum Erhebungszeitpunkt nicht mehr lebt.
- Nicht täglich eingenommene Medikamente werden im CRF mit Dosierung und Einnahme-Rhythmus notiert und diese später bei der Eingabe in die Datenbank ins Kommentarfeld eingetragen.

Vorgehen bei <u>Qualitätssichernder Datenerhebung zu T1</u>

- Die **qualitätssichernde Datenerhebung T0 zum Zeitpunkt T1** wird in jedem vierten Heim von einer/m zweite/n anderen Studienmitarbeiter/in durchgeführt: für Hamburg A04, A08, A12 und A16; für Lübeck B04, B08; für Göttingen C04, C08.)
- Entsprechenden Erhebungszeitraum für T0 im Datenblatt Datenerhebung mit angeben!
- **Randomisierung der Bewohner** (wird auch beschrieben im SOP Datenerhebung T1)

  Für die Zufallsauswahl der zwei Bewohner, deren Daten qualitätssichernd erhoben werden sollen, wird über den Link

  www.randomlists.com/random-numbers?

  nach Eintrag der entsprechenden Anzahl teilnehmender Heimbewohner eine Liste mit 10 Zufallszahlen erstellt. Mit den beiden ersten Zahlen beginnend, werden die beiden Bewohner aus der Bewohneridentifikationsliste von oben beginnend ausgezählt. Trifft man dabei auf einen aus der Studie ausgeschiedenen Bewohner, wird die 3. Zufallszahl der Liste genommen usw.
- Jedem Standort wird für die Doppelerhebung ein anderer Anfangsbuchstabe zugeteilt, der statt ABC verwendet wird (A = Q), (B = R), (C = S). Die Ziffern des Bewohners werden übernommen.

Nachreichen geänderter Studiendokumente

- Infoblatt DSGVO und Formblatt zum Unterschreiben
- Andere geänderte Studiendokumente und Formblatt zum Unterschreiben;

  bei neuen Ansprechpartnern reicht ein Infoblatt mit den Kontaktdaten der aktuellen Ansprechpartner von *interprof* ACT

Nachweis der Betreuung

- Betrifft nur die gesetzliche Betreuung für die Gesundheitssorge
- Formblatt Betreuernachweis

Anhang

- Datenblatt Datenerhebung
- Info-Blatt DSGVO
- Formblatt DSGVO zum Unterschreiben
- Formblatt Nachweis Betreuung für die Gesundheitssorge

SOP *interprof* ACT :
Vorgehen Basisdatenerhebung T0

Inhalt

1 Vorbereitungen vor Datenerhebung 3
1.1 Vorbereitung und Durchführung der Pflegendenbefragung 3
1.2 Vorbereitung und Durchführung Hausarztbefragung 8
2 Ankunft in Einrichtung Tag 1 8
2.1 Erhebung aus der Bewohnerakte 9
2.1.1 CRF Stammdaten Bewohner 10
2.1.2 Primäres Outcome Krankenhausaufenthalte 10
2.1.3 Sekundäre Outcomes 11
2.2 Bewohnerbefragung 15
3 Nachbereitung in der Einrichtung 16
4 Nachbereitung im Institut 16

Checkliste – „Zu T0 mit ins Heim nehmen“

- ✓ Bewohner-Identifikationsliste
- ✓ Screening-Liste

Für die Erhebung aus der Bewohnerakte:

- ✓ x-Anzahl CRF Ein- und Ausschlusskriterien Bewohner
- ✓ x-Anzahl CRF „Stammdaten Bewohner“ (Anlage 27)
- ✓ x-Anzahl CRF „Primäre/Sekundäre Outcomes“ (Anlage 29)
- ✓ Formblatt „Nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte“
- ✓ Formblatt „Betreuernachweis bei betreuten Bewohnern“
- ✓ Kamera, für die Dokumentation der KH-Entlassungsbriefe

Für die Erhebung bei dem Bewohner:

- ✓ x-Anzahl CRF „Bewohnerbefragung“ (PE QUAN 3)
- ✓ x-Anzahl CRF „Qol-AD NH-self“ (Anlage 31)
- ✓ x-Anzahl CRF „EQ 5D-5L“ (Anlage 32)
- ✓ Ggf. das Dankeschön für die Bewohner

Für Pflegende:

- ✓ x-Anzahl CRF „Dementia screening scale“ (Anlage 28)
- ✓ x-Anzahl „Qol-AD NH-proxy“ (Anlage 30)
- ✓ *x*-Anzahl CRF „EQ 5D-5L“ (Anlage 32)
- ✓ x-Anzahl PE-QUAN 2 für alle Pflegefachkräfte der Schicht(en)
- ✓ x-Anzahl Freiumschläge
- ✓ Rücklaufliste

Für die Leitung:

- ✓ 1-mal CRF „Stammdaten (Charakteristika der Einrichtung)“ (Anlage 26)
- ✓ 1-mal Bewohnerliste (aus dem Monitoring-Ordner) zur Unterschrift der Einrichtungsleitung
- ✓ 2-3 A3 Poster *interprof* ACT

Für Hausärzte_innen:

- ✓ Fragebogen Arzt T0

Die notwendigen Unterlagen werden vor der Verwendung auf Aktualität hin geprüft (Angabe Version, Datum). Bei Unklarheiten wird bei der Studienzentrale GÖ nachgefragt. Für eine korrekte Ablage der Unterlagen sind die jeweiligen Standorte verantwortlich.

1 Vorbereitungen vor Datenerhebung

- Kontrolle der Einverständniserklärungen und Eintragen des Datums in Screeningliste; relevant ist hier das Datum des Zuletztunterschreibenden, in der Regel also das des Studienmitarbeiters.
- Organisation der Zeiträume: I.d.R. gehen 2 Studienteammitarbeiter über 2 Tage in die Einrichtung zur T0-Erhebung (weiteres Vorgehen nach Baseline-Erhebung s. SOP Randomisierung).
- Vorbereitung der Fragebögen für die Pflegenden (wenn Hausärzte der Bewohner bekannt und wenn die Bewohnerliste in der **endgültigen Fassung vorliegt**. Ansonsten werden die Fragebögen erst nach dem ersten Erhebungstag vorbereitet):

1.1 Vorbereitung und Durchführung der Pflegendenbefragung

Vorbereitung

- Vorgehen bei der Auswahl der Hausärzte, auf die sich die Pflegefachkräfte im Teil B des Fragebogens beziehen sollen:
  i. Vor der Baseline-Erhebung sollen anhand der Bewohner ID-Liste 33% der Bewohner eines Clusters randomisiert ausgewählt werden (das Vorgehen zur Randomisierung wird auf den nächsten Seiten in der Box „Randomisierungsverfahren Hausärzte für Pflegenden-Befragung“ erklärt.)
  ii. Die für diese Bewohner aus der Bewohnerakte extrahierten Hausärzte (Name, ggf. Anschrift) sind diejenigen Hausärzte, auf die sich die Pflegefachkräfte im Teil B des Pflegenden-Fragebogens beziehen sollen. Hierfür wird pro ausgewählten Hausarzt jeweils einmal der Teil B des Pflegenden-Fragebogens vorbereitet (s. nächster Punkt).
- Der Hausarzt wird namentlich auf dem Zwischenblatt innerhalb des Fragebogens (Seite 9) an entsprechender Stelle vom Studienteam notiert. Auf den nachfolgenden Seiten wird in der Kopfzeile die intern vergebene Hausarzt-Nr. vermerkt (die zweistellige Nummer wird nur für die Pflegenden-Befragung genutzt und wird intern in einer selbsterstellten Tabelle (für die folgende T2-Befragung) gespeichert). Erst danach erhalten die Pflegefachkräfte den Fragebogen.

Durchführung

- Es erhalten alle **Pflegefachkräfte der teilnehmenden Wohnbereiche** den Pflegenden-Fragebogen, die am Tag der Baseline-Erhebung im Früh-, Spät- oder Nachtdienst sind.
- Die vergebene Einrichtungs-ID wird auf jeder Seite des Pflegenden-Fragebogens vermerkt.

- Teil A des Pflegenden-Fragebogens soll durch die Pflegefachkräfte nur einmal ausgefüllt werden, da es sich um allgemeine Angaben handelt.
- Teil B wird **hausarztspezifisch** abgefragt, sodass dieser Teil mehrmals durch die Pflegefachkräfte ausgefüllt werden kann, entsprechend der Anzahl der dafür ausgewählten Hausärzte.

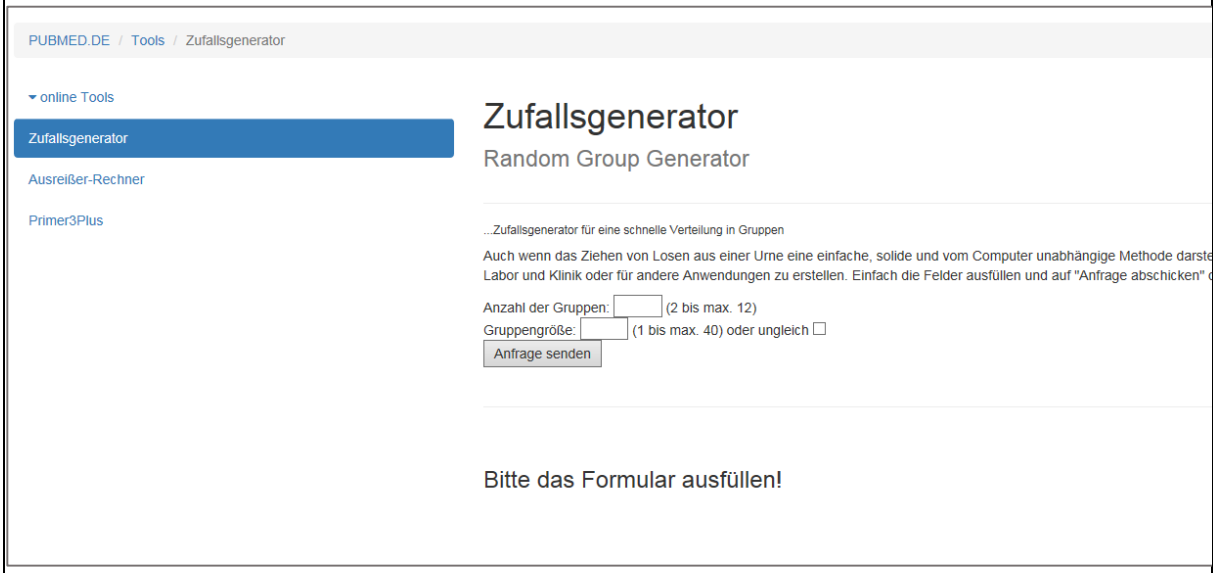
Nachbereitung:

- Nach Erhalt des ausgefüllten Fragebogens wird das Zwischenblatt mit dem Arztnamen (Seite 9) durch das Studienteam umgehend aus dem Fragebogen entfernt und vernichtet.
- Mithilfe der Tabelle „Rücklauf_Fragebögen_Personal“ wird dokumentiert, wie viele Fragebögen ausgegeben und ausgefüllt zurückgegeben wurden.

Box: Randomisierungsverfahren Hausärzte für Pflegenden-Befragung

Die Randomisierung erfolgt vor Ort in der Einrichtung am Tag der Baseline-Erhebung über den Zufallsgenerator PUBMED, dies kann per Handy erfolgen, ein Screenshot sollte von der Randomisierungsreihenfolge erfolgen und dann am Institut ausgedruckt und abgelegt werden. Alternativ kann die Reihenfolge nach dem 1. Erhebungstag am Institut ermittelt werden und zum 2. Tag der Datenerhebung mitgenommen werden.

1. **Zufallsgenerator aufsuchen:** https://www.pubmed.de/tools/zufallsgenerator/?no_cache=1



2. Eintragungen in Homepage Zufallsgenerator vornehmen (s. oben):

a. Anzahl der Gruppen: **3** (immer!)

b. Gruppengröße: Anzahl teilnehmender Bewohner geteilt durch 3 (**ACHTUNG:** Die Bewohneranzahl ggf. auf die nächstgelegene durch 3 teilbare Zahl **auf**runden)

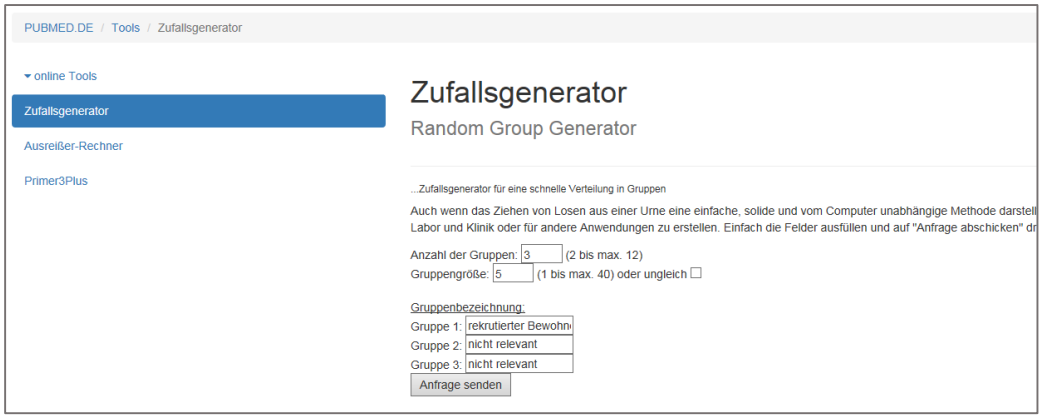
c. Feld „ungleich“ freilassen

d. **„Anfrage senden“**

3. Angezeigte Gruppen umbenennen (s. unten):

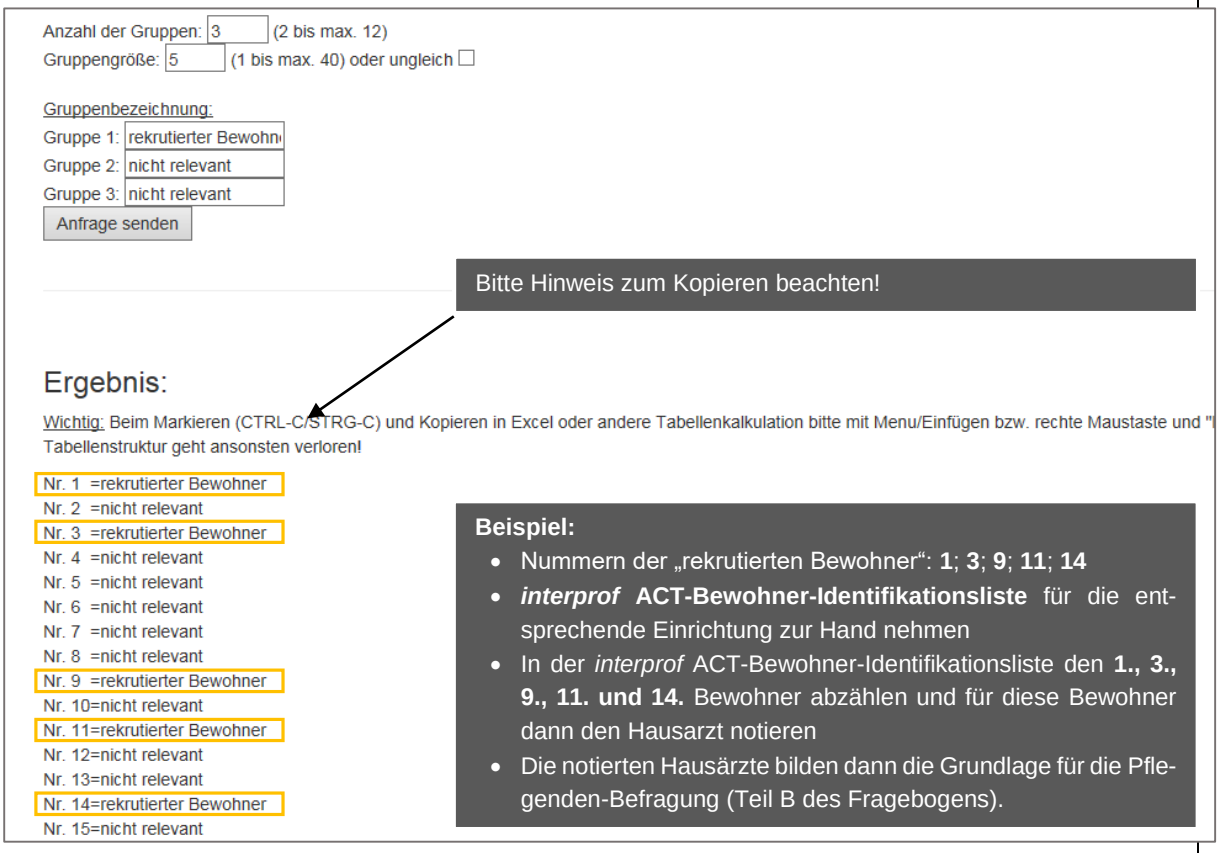
- **Gruppe 1:** „rekrutierte Bewohner“ (Rekrutierung bezieht sich auf auszuwählende Hausärzte)

- **Gruppen 2 und 3:** „nicht relevant“



4. Rekrutierte (ausgewählte Bewohner) aus der Ergebnisliste notieren

Es wird untenstehende Liste angezeigt: Nummern der „rekrutierten Bewohner“ notieren und diese dann anhand der *interprof* ACT-Bewohner-Identifikationsliste abzählen



5. Dokumentation der ausgewählten Bewohner und Hausärzte

- Bitte **dokumentieren**, welche Bewohner randomisiert ausgewählt wurden (Identifikationsnummer des Bewohners eintragen), sowie die dazugehörigen Hausärzte und das Datum

der durchgeführten Randomisierung
(s. nächste Seite).

- Dafür die Ergebnisliste vom Zufallsgenerator in ein Word-Dokument kopieren (**ACHTUNG**: Kopieren/Einfügen nicht über STRG-C/STRG-V, **siehe Hinweis bei der Ergebnisliste**).

Ergebnisliste Rekrutierte Bewohner	Bewoh-ner -ID	Betreuender Hausarzt	Hausarzt-Nr.
Nr.1	Bsp.:C010201	Bsp.: Dr. Schulze	
Nr.3	Bsp.:C010204	Bsp.: Dr. Meier	
Nr.9	Bsp.:C010210	Bsp.: Dr. Schulze	
Nr.14	Bsp.:C010215	Bsp.: Hr. Lehmann	

6. Übertragung in Fragebögen für die Pflegenden

- Für jeden ausgewählten Hausarzt ein Zwischenblatt und einen Teil B für die Pflegenden-Fragebögen in diesem Heim vorbereiten: Hausarztname und Hausarztnummer im Zwischenblatt und auf nachfolgenden Seiten des Teils B des Fragebogens notieren.
- Für das obengenannte Beispiel wären es die Hausärzte Dr. Schulze, Dr. Meier und Hr. Lehmann, für die die Pflegenden jeweils den Teil B ausfüllen müssten. Entsprechend würde jede Pflegefachkraft 3 x Teil B und einmal Teil A des Fragebogens ausfüllen. Es müssten für jeden Pflegenden-Fragebogen also vier Zwischenblätter und 3 x Teil B des Fragebogens vorbereitet und beschriftet werden.

1.2 Vorbereitung und Durchführung Hausarztbefragung

- Anfertigung einer Excel-Tabelle zur Dokumentation der Hausarztkontakte, zum Rücklauf der Fragebögen und zur Projektteilnahme. Diese Liste ist gesondert auf einem verschlüsseltem USB-Stick zu speichern und darf nicht frei zugänglich sein
- Alle Hausärzte der teilnehmenden Bewohner erhalten das 1. Anschreiben IG, KG (Anlage 18), das Dokument Aufwandsentschädigung (Anhang 37) und den Flyer (Anhang 2)
- Alle Hausärzte, die sich nicht per Fax zurückmelden, werden angerufen und erneut nach ihrer Teilnahmebereitschaft gefragt
- Wenn Hausärzte eine Teilnahme bestätigen, wird ihnen der Fragebogen-Arzt T0 zugesandt (je nach Bedarf per Fax oder per E-Mail)

Der Fragebogen ist wie folgt vorzubereiten:

- Alle an der Studie teilnehmenden Hausärzte erhalten einen Fragebogen
- Teil A des Hausarztfragebogens soll durch die Hausärzte nur einmal ausgefüllt werden.
- Teil B wird **heimspezifisch** abgefragt, sodass dieser Teil mehrmals durch die Hausärzte ausgefüllt werden kann, entsprechend der Anzahl der Heime (max. 2), in denen die Hausärzte eingeschlossene Bewohner versorgen.
- Entsprechend wird auf dem Hausarztfragebogen **(Teil B)** die jeweilige Einrichtungs-ID vermerkt. Der vollständige Name des Pflegeheims wird durch das zuständige Studienzentrum auf dem Zwischenblatt (Seite 11) im Hausarztfragebogen notiert. Erst danach wird der Fragebogen an die Hausärzte versandt.
- Nach Erhalt des ausgefüllten Fragebogens wird das Zwischenblatt (Seite 11) aus dem Hausarztfragebogen umgehend durch das Studienteam entfernt und vernichtet.
- Durch das Studienteam ist zu überprüfen, ob der von den Hausärzten selbstgewählte persönliche Code auf allen Seiten hinterlegt wurde
- Es ist ebenfalls zu notieren, wie viele Fragebögen an die Hausärzte verschickt und ausgefüllt zurückgegeben wurden. Die Abgabe des Fragebogens gilt als Einwilligung zur Teilnahme an der Studie und ist Voraussetzung für die Auszahlung der Aufwandsentschädigung nach Abschluss der Datenerhebung. Bei Nichtabgabe sollte telefonisch nach Verbleib des Fragebogens gefragt bzw. an dessen Abgabe erinnert werden.

2 Ankunft in Einrichtung Tag 1

- Vorgehen mit Leitung besprechen

- Aushändigen CRF „Stammdaten Charakteristika der Einrichtung“ und PE-QUAN 2 (mit Einrichtungs-ID versehen; Rückumschlag)
- Aushändigen der CRF PE-QUAN 2 für alle Pflegefachkräfte der Schicht(en)
- Bewohnerliste unterschreiben lassen. Bei mehrseitiger Bewohnerliste, Unterschrift auf jeder Seite mit Ort und Datum.

2.1 Erhebung aus der Bewohnerakte

Die Datenerhebung kann nur erfolgen, wenn die unterschriebene Einverständniserklärung (durch Bewohner oder Betreuer) dem Studienmitarbeiter im Original (nicht Kopie oder Fax) vorliegt.

Erhebungszeitraum für die Datenerhebung

Die T0 Erhebung beinhaltet die Erfassung der Stammdaten der Bewohner und der primären und sekundären Outcomes aus den Bewohnerakten. Die Daten werden für den Zeitraum „6 Monate vor der Basisdatenerhebung T0“ bis T0 erhoben. Der erste Tag der Basisdatenerhebung ist der Stichtag zur Berechnung des Erhebungszeitraumes, auch wenn an unterschiedlichen Tagen die Daten erhoben werden (egal ob 2 Tage später oder eine Woche später).

Beispiel: Basisdatenerhebung T0 am 26.02.2019

➔ Daten werden erhoben von 6 Monate vor T0 bis T0

➔ Im Beispiel: vom 26.08.2018 um 0.00 Uhr bis 26.02.2019

Wichtig: Die Angaben im CRF …. „in den letzten 6 Monaten“ oder „zum Messzeitpunkt“ beziehen sich ebenfalls stets auf das oben benannte 6-Monatsintervall.

Datenerhebung

- Einweisung in das Dokumentationssystem durch Leitung/Pflegende
- Eintrag der Erfasser-ID des Datenerhebenden in die CRFs, bei abweichender Erfasser-ID, z.B. wenn verschiedene Studienmitarbeiter die Daten aus derselben Bewohnerakte erheben, die Erfasser-ID bei den entsprechenden erhobenen Outcomes im CRF zusätzlich angeben. Ausfüllen der CRF „Stammdaten Bewohner“ und CRF „Primäre/Sekundäre Outcomes“ anhand der Bewohner-Identifikationsliste für alle Teilnehmer.

- Sämtliche Informationen einschließlich der Hausarztkontakte werden nur aus den Bewohnerakten entnommen, keine Erhebung bei Bewohnern selbst (und deren Kalendern). Grundsätzlich gilt nur, was schriftlich dokumentiert ist – mündliche Informationen von Pflegenden reichen nicht aus!

Datenerhebung bei verstorbenen Bewohnern

- Bei Bewohnern, die zwischen Aufklärung/Bewohnereinverständnis und vor dem Erhebungszeitpunkt T0 verstorben sind, werden keine Daten erhoben. Alle vor dem Randomisierungstag verstorbenen Bewohner fallen raus und zählen als nicht rekrutiert.

2.1.1 CRF Stammdaten Bewohner

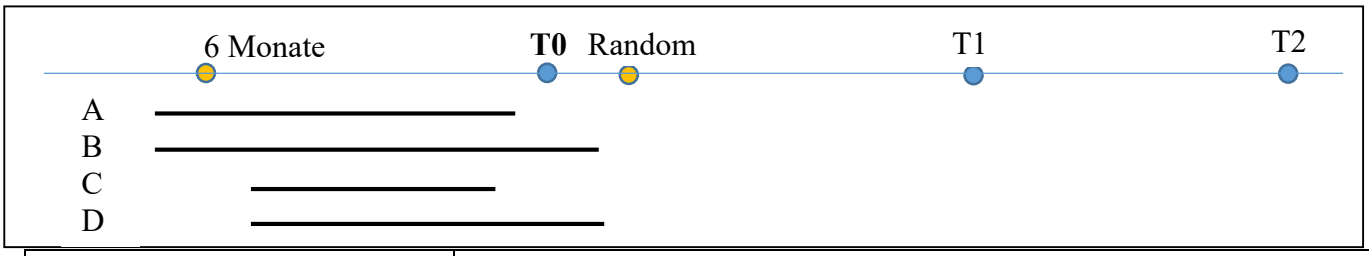
- 2.6 „Einzugsdatum des Bewohners“: hier ist das Datum des Einzuges bei einem Langzeitpflegeplatz gemeint. Ist der Bewohner zur Kurzzeitpflege in der stationären Pflegeeinrichtung und wechselt auf einen Langzeitpflegeplatz ist das Einzugsdatum der Beginn der Langzeitpflege. Ist dieses nicht aus der Dokumentation ersichtlich wird das in der Bewohnerakte dokumentierte Einzugsdatum verwendet.

2.1.2 Primäres Outcome Krankenhausaufenthalte

- Die Krankenhausaufenthalte stellen das primäre Outcome dar. Sie werden mit Datum und möglichst auch der Uhrzeit erhoben. Sind keine Tage auf der Intensivstation bzw. in der Psychiatrie angegeben, wird in diese Felder eine 0 eingetragen. Nur die Krankenhaustage **im** Erhebungszeitraum werden erfasst.

Bewohner zum Erhebungszeitpunkt im Krankenhaus

Sollte sich der Bewohner zum Zeitpunkt von T0 im Krankenhaus befinden, wird das „bis“-Datum freigelassen und um den Kommentar „Bewohner noch nicht entlassen“ ergänzt. Zusätzlich wird das Formblatt „Nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte“ (KH-Formblatt genannt) ausgefüllt, dass zur nächsten Datenerhebung (T1) wieder mitgeführt und entsprechend vervollständigt wird.
Zum Zeitpunkt T1 wird der noch nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalt erneut erfasst, diesmal dann mit Start-Datum und nun bekanntem End-Datum. Gleiches gilt für Krankenhausaufenthalte, die zwischen T1 und T2 stattgefunden haben. Dadurch wird gewährleistet, dass ein Krankenhausaufenthalt, der über zwei Erhebungszeiträume geht, nur einmal (und nicht doppelt) aufgenommen wird.



Krankenhausaufenthalt	**Vorgehensweise bei der Datenerhebung**
Aufnahme vor mehr als 6 Monaten vor T0 und Entlassung vor T0 (A)	• **CRF:** KH-Start und -Ende eintragen, Entlass-Diagnosen erheben
Aufnahme vor mehr als 6 Monaten vor T0 und zu T0 immer noch im Krankenhaus (B)	• **CRF:** KH-Start eintragen mit Kommentar „Bewohner noch nicht entlassen“, • **KH-Formblatt** ausfüllen für die T1 Erhebung (Weitere Datenerhebung zum Aufenthalt zu T1)
Aufnahme während der 6 Monate vor T0 und Entlassung vor T0 (C)	• **CRF**: KH-Start und -Ende eintragen, Entlass-Diagnosen erheben
Aufnahme während der 6 Monate vor T0, zu T0 noch im Krankenhaus (D)	• **CRF:** KH-Start eintragen mit Kommentar „Bewohner noch nicht entlassen“, • **KH-Formblatt** ausfüllen für die T1 Erhebung (Weitere Datenerhebung zu T1)

Krankenhaus-Diagnosen

Abfotografieren (nicht Kopieren) der Entlassungsdiagnosen aller vorhandenen und für die Zeiträume in Frage kommenden KH-Entlassungsbriefe (Name der Bewohner, des Hausarztes, der Einrichtung und des KH werden durch das Auflegen von Papier auf die entsprechenden Stellen unkenntlich gemacht). Zur Identifikation des Dokumentes wird die Bewohner ID während des Fotografierens auf das Dokument gelegt. Relevant sind ausschließlich Angaben über Entlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen). Um die abfotografierten Diagnosen einem Krankenhausaufenthalt zeitlich zuordnen zu können, sollten die Daten des stationären Aufenthaltes (von…bis) beim Abfotografieren sichtbar sein oder per Hand nachgetragen werden.

2.1.3 Sekundäre Outcomes

Zu den sekundären Outcomes zählen Rehabilitation, Kontakt mit dem Bereitschaftsarzt, dem Rettungsdienst, die hausärztliche Versorgung, Fachspezialistenkontakte, die Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen, Krankentransporte, Unerwünschte Ereignisse (Stürze, Pneumonie, chronische Wunden) sowie die Medikation einschließlich der Bedarfsmedikation.

Hausarztkontakte

Als Hausarztkontakte gelten alle in der Bewohnerakte dokumentierten, persönlichen Kontakte (z.B. Visiten im Heim, Hausarztbesuche in der Praxis) sowie telefonische und Faxkontakte (z.B. Anfragen zur Medikation).

Wenn ein Hausarztkontakt zu einem Hausarztbesuch geführt hat, wird er nur als Hausarztbesuch angegeben.

Bei Angaben zum Hausarztbesuch im Heim (5.2) **gilt grundsätzlich:** Es darf nur **ein** Kreuz - entweder bei „Routinebesuch ohne festes Zeitschema“ oder bei „Akuter Anlass, initiiert durch …“ – gesetzt werden!

Fachspezialistenkontakte

- Erhoben werden neben den persönlichen und telefonischen Facharztkontakten auch die Kontakte per Fax.
- In allen Zeilen, in denen keine persönlichen, telefonischen oder Fax-Kontakte stattfanden, muss ein „Nein“ angekreuzt werden.

Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen

- Es werden nur therapeutische Termine aufgenommen, die im Beobachtungszeitraum eingetragen sind. Dann „Ja“ ankreuzen und die „Anzahl“ eintragen
- Wenn z.B. KG eingetragen ist, aber keine Anzahl vermerkt wurde, also aus der Dokumentation nicht nachvollziehbar ist, wann diese stattgefunden hat, wird dies als „Nein“ gewertet.

Unerwünschte Ereignisse/Stürze

Es werden nur Stürze erfasst, die aus der Bewohnerakte zu ersehen sind und im Heim erfolgten.

Unerwünschte Ereignisse/chronische Wunden

Nur die Punktprävalenz wird erhoben. Das heißt, es werden nur chronische Wunden erfasst, die zum Datenerhebungstag bestehen - und dann mit der aktuellen Ausprägung. Liegt am Erhebungstag keine aktuelle Wunddokumentation vor, soll die aktuellste Dokumentation der letzten 7 Tage für die Datenerhebung verwendet werden.

Medikation

- Es wird immer die letzte vor Erhebung aufgeführte Medikation im Heim erhoben, also in der Regel die Medikation am Tag der Erhebung. Bei der Erhebung der Daten von im Krankenhaus befindlicher Bewohner oder Verstorbener wird die letzte dokumentierte Version vor Krankenhausaufnahme oder vor Versterben erfasst.
- Angepasst an den Bundeseinheitlichen Medikationsplan werden die dokumentierten Medikamente unter „10. Medikamente“ im CRF eingetragen (s. auch Abbildung Bundeseinheitlicher Medikationsplan)

10.1 Medikation nach festem Einnahmeschema

-Handelsname und Stärke: hier wird der angegebene Handelsname des Medikamentes mit der Stärke eingetragen (z.B. Ramipril Ratiopharm 5mg)

-Ggf. Dosierung Einzelgabe: ist eine von der Stärke des Präparates abweichende Dosierung der Einzelgabe dokumentiert, wird diese hier eingetragen (es sollen keine Dosierungen bei der Datenerhebung berechnet werden)

-Dosierung nicht zu erfassen: z.B. bei Salbenanwendungen oder wenn nicht dokumentiert, hier ankreuzen

-Wirkstoff: wenn dieser angegeben ist, hier eintragen

-Einnahmeschema morgens/mittags/abends/zur Nacht: z.B. 1-1-1-1 oder 0,5-0-0-0

-Einheit: angepasst an den bundeseinheitlichen Medikationsplan, Stück einzutragen bei u.a. Tablette, Kapsel, Zäpfchen, Beutel; IE bei Insulin; Hub bei Sprays, Tropfen. (siehe Beispiele in Abbildung Bundeseinheitlicher Medikationsplan)

-Darreichungsform: wie wird das Medikament verabreicht, z.B. per os, intravenös, rektal…

-In dieser Spalte sollen auch Kommentare eingetragen werden, beispielsweise bei abweichendem Einnahmeschema oder Informationen und Unklarheiten in der Dokumentation, die in keine vorgegebene Spalte passen. Für nicht täglich, sondern z.B. wöchentlich eingenommene Medikamente ist im Papier-CRF kein spezielles Eintragsfeld vorgesehen. Sie werden unter Medikation handschriftlich mit aufgenommen und später im eCRF ins Kommentarfeld eingetragen.

10.2 Bedarfsmedikation

-Handelsname und Stärke: wie bei 10.1

- Dosierung der Einzelgabe: eintragen der Dosierung der Einzelgabe

-Einheit, Dosierung nicht zu erfassen und Wirkstoff: wie bei 10.1

-Maximale Tagesdosierung: hier eintragen, wie viele Einzelgaben in 24h maximal verabreicht werden dürfen

Beispiel: Paracetamol 500 mg, Einzelgabe: 1000 mg, Maximale Tagesdosierung: 4x 1g/24 h oder 4x 2 Stück in 24 h

Wichtig: es sollen bei der Datenerhebung keine Berechnungen angestellt werden, dokumentierte Daten sollen in die vorgesehenen Spalten eingetragen werden. Bei Unklarheiten oder unpassenden Spaltenvorgaben die dokumentierten Daten im Kommentarfeld eintragen.

Medikationsplan
Seite 1 von 1

für: **Jürgen Wernersen** geb. am: **24.03.1940**

ausgedruckt von:
Praxis Dr. Michael Müller
Schloßstr. 22, 10555 Berlin
Tel: 030-1234567
E-Mail: dr.mueller@kbv-net.de

ausgedruckt: 01.07.2018 12:00

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise	Grund
Metoprolol succinat	METOPROLOLSUCCINAT 1A 95MG	95 mg	RetTabl	1	0	0	0	Stück		Herz/Blutdruck
Ramipril	RAMIPRIL RATIOPHARM 5MG	5 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Blutdruck
Insulin aspart	NOVORAPID PENFILL ZYLINAMP	100 E/ml	Amp	20	0	20	0	IE	Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen	Diabetes
Simvastatin	SIMVA ARISTO 40MG	40 mg	Tabl	0	0	1	0	Stück		Blutfette
zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente										
Fentanyl	FENTANYL ABZ 75UG/H	0,075 mg/h	Pflast	alle drei Tage 1				Stück	auf wechselnde Stellen aufkleben	Schmerzen
Selbstmedikation										
Johanniskraut-Trockenextrakt	LAIF 900 BALANCE	900 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Stimmung

Abbildung: Bundeseinheitlicher Medikationsplan

2.2 Bewohnerbefragung

- **DSS** für alle Bewohner **mit einer Pflegefachkraft** ausfüllen

> **Wichtig! Bei allen betreuten oder durch Vorsorgebevollmächtigten vertretenen Bewohnern wird die Befragung als Proxybefragung durch eine Pflegefachkraft durchgeführt.**

- Nicht-betreute oder nicht durch Vorsorgebevollmächtigte vertretene Bewohner:
  i. Bewohner direkt zu befragen (Qol-AD NH-self; EQ 5D-5L; PE QUAN 3), wenn:
     a. DSS≤4
     b. beim DSS ein Item nicht ausgefüllt werden konnte und der ermittelte DSS≤2
  ii. Proxybefragung durch Pflegefachkraft (Qol-AD NH proxy; EQ 5D-5L), wenn:
     a. DSS>4
     b. DSS>2 bei Fehlen eines Items
     c. beim DSS zwei Items oder mehr nicht beantwortet werden können

Wenn sich der Bewohner zum Zeitpunkt der Datenerhebung T2 im Krankenhaus befindet, wird der DSS sowie die sich anschließenden Fragebögen nicht erhoben.

Die Befragung mittels der CRF Qol-AD, NH-self und EQ5D-5L wird nach den Kriterien einer standardisierten Befragung durchgeführt. Studienmitarbeiter, die im Rahmen der Studie Bewohnerbefragungen durchführen, werden mittels der PowerPoint-Präsentation „Standardisierte Interviews“ geschult. Bei Fragebögen aus der Prozessevaluation (bspw. T0 Fragebogen Bewohner) dürfen auch Erklärungen von Seiten der Studienmitarbeiter gegeben werden.

3 Nachbereitung in der Einrichtung

- Ggf. Folgetermin(-e) mit der Leitung besprechen: Erhebung, IPAV-Schulung(en) und Kick-off Treffen
- Sollten im Rahmen der Bewohnerbefragung von diesen selbstgefährdendes Verhalten oder auch lebensmüde Gedanken geäußert werden, ist dieses der verantwortlichen Pflegekraft bzw. der Heimleitung umgehend zurückzumelden.
- Sollten Ärzten oder medizinisch versierte Studienmitarbeiter beispielsweise bei der Erfassung der Medikation etwas erkennen, was dem Wohle des betroffenen Bewohners offensichtlich schaden könnte, sollte dieses der Heimleitung oder IPAV mitgeteilt werden.

4 Nachbereitung im Institut

- Bögen auf Vollständigkeit kontrollieren und sicher wegschließen (insbesondere der CRF T0 „Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung“ muss auf Inkonsistenzen geprüft werden = ggf. Nachfragen)
- Bewohner-Identifikationsliste separat im Monitoringordner sowie alle anderen Arbeitslisten mit Klarnamen im dafür vorgesehenen Ordner separat abheften.
- Fotos auf der Kamera ausdrucken und vom Speichermedium löschen
- Dateneingabe

Version 02, 22.08.2019
Autoren: ATH, CM, BHS

SOP *interprof* ACT
Vorgehen Datenerhebung T1

Inhalt

1. Vorbereitung 2
2. Durchführung 3
2.1 Primäres Outcome Krankenhausaufenthalte 4
3. Sekundäre Outcomes 7
4. Qualitätssichernde Datenerhebung T0 zum Zeitpunkt T1 9
5. DSGVO/geänderte Studiendokumente 10
6. Nachbereitung 10

1.Vorbereitung

1.1 Die Erhebung erfolgt durch Studienmitarbeiter und verblindete Studynurse, studienfremder Institutsmitarbeiter.

1.2 Vereinbarung des Erhebungstermins mit dem Heim (sicherheitshalber dafür zwei Tage einplanen, da ein Tag möglicherweise nicht ausreichend ist).

1.3 Das Heim wird darauf hingewiesen, dass alle Unterlagen, die auf die Gruppenzuteilung hinweisen könnten, am Erhebungstag nicht sichtbar sein dürfen, um eine verblindete Erhebung zu garantieren.

1.4 Es sollte kein Supervisionsgespräch zwischen Studienmitarbeiter/in und IPAV an dem Termin der Datenerhebung vereinbart werden, um die Verblindung der Erhebung nicht zu gefährden.

Folgende Unterlagen werden mitgenommen:

- ✓ Bewohner-Identifikationsliste
- ✓ Screening-Liste
- ✓ Datenblatt Datenerhebung
- ✓ Prozessevaluation Fragebogen IPAV
- ✓ ggf. Infoblatt DSGVO und Formblatt zum Unterschreiben
- ✓ ggf. Studieninformationen mit geänderten Inhalten (Ansprechpartner, Telefonnummern usw.)

Für die Erhebung aus der Bewohnerakte:

- ✓ x-Anzahl CRF „Primäre/Sekundäre Outcomes“ (Anlage 29)
- ✓ blanko Formblatt „Nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte“ für T1-Erhebung
- ✓ Formblatt „Nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte“ aus T0-Erhebung
- ✓ Formblatt „Betreuernachweis bei betreuten Bewohnern“
- ✓ Kamera, für die Dokumentation der KH-Entlassungsbriefe

2. Durchführung

- Das Datenblatt Datenerhebung T1 wird ausgefüllt.
- **CRF**: Ausfüllen des CRFs mit Hilfe der vorliegenden Bewohnerakte.

➔ Ausschließlich der verblindete Erheber füllt Abschnitt 1 des CRFs aus: „1. Krankenhausaufenthalte der letzten 6 Monate“. Dies ist unser primäres Outcome!

➔ Alle anderen Outcomes können sowohl durch verblindete Erheber als auch durch nichtverblindete Studienmitarbeiter erhoben werden!

Erhebung aus der Bewohnerakte

Die Datenerhebung kann nur erfolgen, wenn die unterschriebene Einverständniserklärung (durch Bewohner oder Betreuer) dem Studienmitarbeiter im Original (nicht Kopie oder Fax) vorliegt.

Erhebungszeitraum für die Datenerhebung

Die T1 Erhebung beinhaltet die Erfassung der primären und sekundären Outcomes aus den Bewohnerakten. Die Daten werden für den Zeitraum ab dem Tag der Randomisierung 6 Monate weiter minus 1 Tag erhoben.

Beispiel: Randomisierung am 26.02.

➔ T1 wird erhoben vom Randomisierungstag 6 Monate weiter minus 1 Tag

➔ Im Beispiel: vom 26.02. um 0.00 Uhr bis 25.08. um 24.00 Uhr

Die Daten werden also unabhängig vom aktuellen Erhebungstag nur für dieses 6-Monatsintervall nach Randomisierung erhoben. Der tatsächliche Erhebungstag im Heim sollte dabei zeitnah am Erhebungszeitraum liegen.
Wichtig: Die Angaben im CRF …. „in den letzten 6 Monaten“ oder „zum Messzeitpunkt“ beziehen sich ebenfalls stets auf das oben benannte 6-Monatsintervall nach Randomisierung und nicht auf den Tag der Erhebung im Heim.

Die Erhebung erfolgt i.d.R. zu zweit durch einen Studienmitarbeiter sowie einem verblindeten Datenerheber (z.B. Studynurse, studienfremder Institutsmitarbeiter).

Es sollte kein Supervisionsgespräch zwischen Studienmitarbeiter und IPAV an dem Termin der Datenerhebung vereinbart werden, um die Verblindung der Erhebung nicht zu gefährden.

Datenerhebung

- Einweisung in das Dokumentationssystem durch Leitung/Pflegende
- Eintrag der Erfasser-ID des Datenerhebenden in die CRFs, bei abweichender Erfasser-ID, z.B. wenn verschiedene Studienmitarbeiter die Daten aus derselben Bewohnerakte erheben, die Erfasser-ID bei den entsprechenden erhobenen Outcomes im CRF angeben. Ausfüllen des CRF „Primäre/Sekundäre Outcomes“ anhand der Bewohner-Identifikationsliste für alle Teilnehmer.
- Sämtliche Informationen einschließlich der Hausarztkontakte werden nur aus den Bewohnerakten entnommen, keine Erhebung bei Bewohnern selbst (und deren Kalendern). Grundsätzlich gilt nur, was schriftlich dokumentiert ist – mündliche Informationen von Pflegenden reichen nicht aus!

Datenerhebung bei verstorbenen Bewohnern

- Bei Bewohnern, die vor dem Erhebungszeitraum, das heißt zwischen T0 und Randomisierung verstorben sind, werden keine Daten erhoben. Alle vor dem Randomisierungstag verstorbenen Bewohner fallen raus und zählen als nicht rekrutiert.

- Ist der Bewohner innerhalb des Erhebungszeitraums verstorben, werden die Daten bis zum Todeszeitpunkt erhoben einschließlich der letzten Medikation vor dem Tod.

2.1 Primäres Outcome Krankenhausaufenthalte

Die Krankenhausaufenthalte stellen den primären Outcome dar. Sie werden mit Datum und möglichst auch der Uhrzeit erhoben. Sind keine Tage auf der Intensivstation bzw. in der Psychiatrie angegeben, wird in diese Felder eine 0 eingetragen. Nur die Krankenhaustage im Erhebungszeitraum werden erfasst.
Die Erhebungszeiträume erhoben bei T0 und T1 schließen zeitlich nicht aneinander, da der Erhebungszeitraum zu T1 mit dem Tag der Randomisierung beginnt, diese aber erst im zeitlichen Abstand nach Abschluss der T0-Erhebung erfolgt. In diesem zeitlichen „schwarzen Loch“ von Tagen bis Wochen (je nach Heimeinschluss) werden keine Daten erhoben. **Nur Krankenhaustage im Erhebungszeitraum werden erfasst (s.o.)**. Hierzu auch die folgende Tabelle 1:

Bewohner zum Erhebungszeitpunkt im Krankenhaus

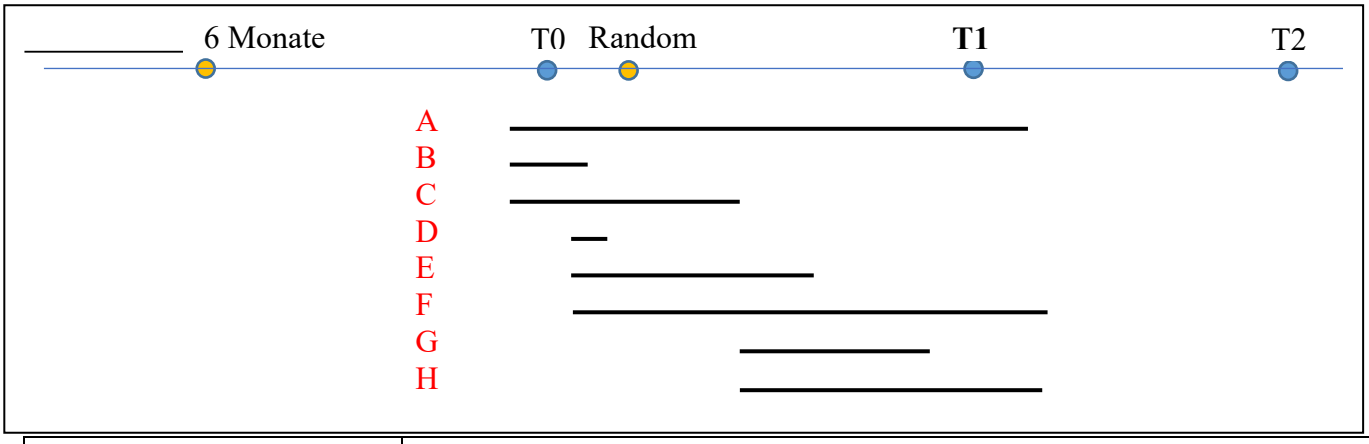
- Formblatt „Nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte“ aus T0-Erhebung

Die auf dem Formblatt „Nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte“ aus der Basisdatenerhebung eingetragenen Krankenhausaufenthalte werden bei betreffenden Bewohnern aus der Bewohnerakte erneut erhoben und mit Start- und Enddatum in den CRF T1 eingetragen. Sollte ein Bewohner, der sich zu T0 im Krankenhaus befand, sich zu T1 noch im Krankenhaus befinden wird dieses auf dem KH-Formblatt T0 dokumentiert (Bewohner noch nicht entlassen) und auf dem KH-Formblatt T1 eingetragen (s.u.) Das abgearbeitete KH-Formblatt T0 wird im heimspezifischen Ordner im Institut archiviert.

- Formblatt „Nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte“ für T1-Erhebung

Sollte sich der Bewohner zum Zeitpunkt von T1 im Krankenhaus befinden, wird das „bis“-Datum im CRF T1 freigelassen und um den Kommentar „Bewohner noch nicht entlassen“ ergänzt. Zusätzlich wird das Formblatt „Nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte“ (KH-Formblatt genannt) ausgefüllt, das zur nächsten Datenerhebung (T2) wieder mitgeführt und entsprechend vervollständigt wird.
Zum Zeitpunkt T2 wird der noch nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalt erneut erfasst, diesmal dann mit Start-Datum und nun bekanntem End-Datum. Dadurch wird gewährleistet, dass ein Krankenhausaufenthalt, der über zwei Erhebungszeiträume geht, nur einmal (und nicht doppelt) aufgenommen wird.

Tabelle 1: Dauer des Krankenhausaufenthaltes/Vorgehensweise bei der Datenerhebung



Krankenhausaufenthalt	Vorgehensweise bei der Datenerhebung
zu T0 im Krankenhaus und ebenfalls zu T1 (A)	• Überprüfen, ob Aufenthalt mit KH-Start zu T0 übereinstimmt oder ob es sich um einen weiteren KH-Aufenthalt handelt, der nach T0 begann • **Krankenhausformblatt:** Dokumentieren, dass Bewohner noch im Krankenhaus ist (Weitere Datenerhebung zu T2)
zu T0 im Krankenhaus, Entlassung zwischen T0 und	• **Krankenhausformblatt:** KH-Aufenthaltsende eintragen, • Entlass-Diagnosen erheben

Randomisierung (B)	(Dateneingabe: Im **T0-CRF** nachtragen)
zu T0 im Krankenhaus, Entlassung zwischen Randomisierung und T1 (C)	• Überprüfen, ob Aufenthalt mit KH-Start zu T0 übereinstimmt oder ob es sich um einen weiteren KH-Aufenthalt handelt, der nach T0 begann • **Krankenhausformblatt:** KH-Aufenthaltsende eintragen • Entlass-Diagnosen erheben • (Dateneingabe: Im **T0-CRF** nachtragen)
Aufnahme nach T0 Entlassung vor Randomisierung (D)	• KH- Aufenthalt wird nicht erfasst!, da er nicht im Erhebungszeitraum liegt
Aufnahme nach T0 und vor Randomisierung, Entlassung zwischen Randomisierung und T1 (E)	• **CRF:** KH-Start und -ende eintragen • Entlass-Diagnosen erheben
Aufnahme nach T0 und vor Randomisierung und zu T1 immer noch im Krankenhaus (F)	• **CRF:** KH-Start eintragen mit Kommentar „Bewohner noch nicht entlassen“ • **KH-Formblatt:** dokumentieren für die T2 Erhebung (Weitere Datenerhebung zu T2)
Aufnahme nach Randomisierung und vor T1, Entlassung vor T1 (G)	• **CRF:** KH-Start und -ende eintragen • Entlass-Diagnosen erheben
Aufnahme nach Randomisierung und vor T1, zu T1 immer noch im Krankenhaus (H)	• **CRF:** KH-Start eintragen mit Kommentar „Bewohner noch nicht entlassen“ • **Krankenhausformblatt:** Dokumentieren für die T2 Erhebung (Weitere Datenerhebung zu T2)

Bei der späteren Datenauswertung werden dann nur die Krankenhaustage, die in den Erhebungszeiträumen liegen, berücksichtigt.

Krankenhaus-Diagnosen

Abfotografieren (nicht Kopieren) der Entlassungsdiagnosen aller vorhandenen und für die Zeiträume in Frage kommenden KH-Entlassungsbriefe (Name der Bewohner, des Hausarztes, der Einrichtung und des KH werden durch das Auflegen von Papier auf die entsprechenden Stellen unkenntlich gemacht). Zur Identifikation des Dokumentes wird die Bewohner ID während des Fotografierens auf das Dokument gelegt.) Relevant sind ausschließlich Angaben über Entlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen). Um die abfotografierten Diagnosen einem Krankenhausaufenthalt zeitlich zuordnen zu können sollten die Daten des stationären Aufenthaltes (von…bis) beim Abfotografieren sichtbar sein oder per Hand nachgetragen werden.

3. Sekundäre Outcomes

Zu den sekundären Outcomes zählen Rehabilitation, Kontakt mit dem Bereitschaftsarzt, dem Rettungsdienst, die hausärztliche Versorgung, Fachspezialistenkontakte, die Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen, Krankentransporte, Unerwünschte Ereignisse (Stürze, Pneumonie, chronische Wunden) sowie die Medikation einschließlich der Bedarfsmedikation.

3.1 Hausarztkontakte

Als Hausarztkontakte gelten alle in der Bewohnerakte dokumentierten, persönlichen Kontakte (z.B. Visiten im Heim, Hausarztbesuche in der Praxis) sowie telefonische und Faxkontakte (z.B. Anfragen zur Medikation).

Wenn ein Hausarztkontakt zu einem Hausarztbesuch geführt hat, wird er nur als Hausarztbesuch angegeben.

Bei Angaben zum Hausarztbesuch im Heim (5.2) **gilt grundsätzlich:** Es darf nur **ein** Kreuz - entweder bei „Routinebesuch ohne festes Zeitschema“ oder bei „Akuter Anlass, initiiert durch …“ – gesetzt werden!

3.2 Fachspezialistenkontakte

- Erhoben werden neben den persönlichen und telefonischen Facharztkontakten auch die Kontakte per Fax.
- In allen Zeilen, in denen keine persönlichen, telefonischen oder Fax-Kontakte stattfanden, muss ein „Nein“ angekreuzt werden.

3.3 Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen

- Es werden nur therapeutische Termine aufgenommen, die im Beobachtungszeitraum eingetragen sind. Dann „Ja“ ankreuzen und die „Anzahl“ eintragen.
- Wenn z.B. KG eingetragen ist, aber keine Anzahl vermerkt wurde, also aus der Dokumentation nicht nachvollziehbar ist, wann diese stattgefunden hat, wird dies als „Nein“ gewertet.

3.4 Unerwünschte Ereignisse/Stürze

Es werden nur Stürze erfasst, die aus der Bewohnerakte zu ersehen sind und im Heim erfolgten.

3.5 Unerwünschtes Ereignisse/chronische Wunden

Nur die Punktprävalenz wird erhoben. Das heißt, es werden nur chronische Wunden erfasst, die zum Datenerhebungstag bestehen- und dann mit der aktuellen Ausprägung. Liegt am Erhebungstag keine

aktuelle Wunddokumentation vor soll die aktuellste Dokumentation der letzten 7 Tage für die Datenerhebung verwendet werden.

3.6 Medikation

- Es wird immer die letzte vor Erhebung aufgeführte Medikation im Heim erhoben, also in der Regel die Medikation am Tag der Erhebung. Bei der Erhebung der Daten von im Krankenhaus befindlicher Bewohner oder Verstorbener wird die letzte dokumentierte Version vor Krankenhausaufnahme oder vor Versterben erfasst.
- Angepasst an den Bundeseinheitlichen Medikationsplan werden die dokumentierten Medikamente unter „ 10. Medikamente“ im CRF eingetragen (s. auch Abbildung Bundeseinheitlicher Medikationsplan)

10.1 Medikation nach festem Einnahmeschema

-Handelsname und Stärke: hier wird der angegebene Handelsname des Medikamentes mit der Stärke eingetragen (z.B. Ramipril Ratiopharm 5mg)

-Ggf. Dosierung Einzelgabe: ist eine von der Stärke des Präparates abweichende Dosierung der Einzelgabe dokumentiert, wird diese hier eingetragen (es sollen keine Dosierungen bei der Datenerhebung berechnet werden)

-Dosierung nicht zu erfassen: z.B. bei Salbenanwendungen oder wenn nicht dokumentiert, hier ankreuzen

-Wirkstoff: wenn dieser angegeben ist, hier eintragen

-Einnahmeschema morgens/mittags/abends/zur Nacht: z.B. 1-1-1-1 oder 0,5-0-0-0

-Einheit: angepasst an den bundeseinheitlichen Medikationsplan, Stück einzutragen bei u.a. Tablette, Kapsel, Zäpfchen, Beutel; IE bei Insulin; Hub bei Sprays, Tropfen. (siehe Beispiele in Abbildung Bundeseinheitlicher Medikationsplan)

-Darreichungsform: wie wird das Medikament verabreicht, z.B. per os, intravenös, rektal…

-In dieser Spalte sollen auch Kommentare eingetragen werden, beispielsweise bei abweichendem Einnahmeschema oder Informationen und Unklarheiten in der Dokumentation, die in keine vorgegebene Spalte passen. Für nicht täglich, sondern z.B. wöchentlich eingenommene Medikamente ist im Papier-CRF kein spezielles Eintragsfeld vorgesehen. Sie werden unter Medikation handschriftlich mit aufgenommen und später im eCRF ins Kommentarfeld eingetragen.

10.2 Bedarfsmedikation

-Handelsname und Stärke: wie bei 10.1

- Dosierung der Einzelgabe: eintragen der Dosierung der Einzelgabe

-Einheit, Dosierung nicht zu erfassen und Wirkstoff: wie bei 10.1

-Maximale Tagesdosierung: hier eintragen, wie viele Einzelgaben in 24h maximal verabreicht werden

dürfen

Beispiel: Paracetamol 500 mg, Einzelgabe: 1000 mg, Maximale Tagesdosierung: 4x 1g/24 h oder 4x 2 Stück in 24 h

Wichtig: es sollen bei der Datenerhebung keine Berechnungen angestellt werden, dokumentierte Daten sollen in die vorgesehenen Spalten eingetragen werden. Bei Unklarheiten oder unpassenden Spaltenvorgaben die dokumentierten Daten im Kommentarfeld eintragen.

Medikationsplan
Seite 1 von 1

für: **Jürgen Wernersen** geb. am: **24.03.1940**

ausgedruckt von:
Praxis Dr. Michael Müller
Schloßstr. 22, 10555 Berlin
Tel: 030-1234567
E-Mail: dr.mueller@kbv-net.de

ausgedruckt: 01.07.2018 12:00

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise	Grund
Metoprolol succinat	METOPROLOLSUCCINAT 1A 95MG	95 mg	RetTabl	1	0	0	0	Stück		Herz/Blutdruck
Ramipril	RAMIPRIL RATIOPHARM 5MG	5 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Blutdruck
Insulin aspart	NOVORAPID PENFILL ZYLINAMP	100 E/ml	Amp	20	0	20	0	IE	Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen	Diabetes
Simvastatin	SIMVA ARISTO 40MG	40 mg	Tabl	0	0	1	0	Stück		Blutfette
zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente										
Fentanyl	FENTANYL ABZ 75UG/H	0,075 mg/h	Pflast	alle drei Tage 1				Stück	auf wechselnde Stellen aufkleben	Schmerzen
Selbstmedikation										
Johanniskraut-Trockenextrakt	LAIF 900 BALANCE	900 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Stimmung

Abbildung: Bundeseinheitlicher Medikationsplan

4. Qualitätssichernde Datenerhebung T0 zum Zeitpunkt T1

- Die **qualitätssichernde Datenerhebung T0 zum Zeitpunkt T1** wird in jedem vierten Heim von einer/m zweite/n anderen Studienmitarbeiter/in durchgeführt: für Hamburg A04, A08, A12 und A16; für Lübeck B04, B08; für Göttingen C04, C08.)
- Entsprechenden Erhebungszeitraum für T0 im Datenblatt Datenerhebung mit angeben!
- Erhoben werden die Daten des **CRF primäre/sekundäre Outcomes (ohne 10. Medikamente)**
- **Randomisierung der Bewohner**

  Für die Zufallsauswahl der zwei Bewohner, deren Daten qualitätssichernd erhoben werden sollen, wird über den Link

  www.randomlists.com/random-numbers?

  Nach Eintrag der entsprechenden Anzahl teilnehmender Heimbewohner wird eine Liste mit 10 Zufallszahlen erstellt. Mit den beiden ersten Zahlen beginnend, werden die beiden Bewohner aus der Bewohneridentifikationsliste von oben beginnend ausgezählt. Trifft man

dabei auf einen aus der Studie ausgeschiedenen Bewohner, wird die 3. Zufallszahl der Liste genommen usw. Diese Liste wird im heimspezifischen Ordner für sensible Daten (ua. Einverständniserklärungen, Bewohnerlisten) abgelegt.

- Jedem Standort wird für die Doppelerhebung ein anderer Anfangsbuchstabe zugeteilt, der statt ABC verwendet wird (A = Q), (B = R), (C = S). Die Ziffern des Bewohners werden übernommen.

5. DSGVO/geänderte Studiendokumente

➔ Der/die Studienmitarbeiter/in übergibt entweder den Bewohnern persönlich die Unterlagen beim Besuch im Heim. Die Aufgabe kann aber auch an die IPAV oder Pflegekraft weitergegeben werden.

In jedem Fall muss schriftlich bestätigt werden, wem die Unterlagen wann ausgehändigt wurden. Dafür gibt es das entsprechende Formblatt (DSGVO ausgehändigt Heim), das ausgefüllt bei den Einverständniserklärungen im Ordner ISF/Pflegeheimordner abgelegt wird. Der Vorgang sollte ebenfalls als File Note dokumentiert werden.

6. Nachbereitung

- Bögen auf Vollständigkeit kontrollieren und sicher wegschließen.
- Bewohner-Identifikationsliste separat im Monitoringordner sowie alle anderen Arbeitslisten mit Klarnamen im dafür vorgesehenen Ordner separat abheften.
- Fotos auf der Kamera ausdrucken und vom Speichermedium löschen.
- Dateneingabe
- Sollten Ärzten oder medizinisch versierte Studienmitarbeiter beispielsweise bei der Erfassung der Medikation etwas erkennen, was dem Wohle des betroffenen Bewohners offensichtlich schaden könnte, sollte dieses der Heimleitung oder IPAV mitgeteilt werden.

SOP *interprof* ACT :

Vorgehen Datenerhebung T2

Inhalt

1 Vorbereitungen vor Datenerhebung 3

1.1 Vorbereitung und Durchführung der Pflegendenbefragung 3

1.2 Vorbereitung und Durchführung der IPAV-Befragung 4

Die Anzahl der ausgegebenen und zurückerhaltenen Fragebögen wird studienzentrumsintern dokumentiert. 5

1.3 Vorbereitung und Durchführung Hausarztbefragung 5

2 Ankunft in Einrichtung Tag 1 6

2.1 Erhebung aus der Bewohnerakte 6

2.1.1 Primäres Outcome Krankenhausaufenthalte 7

Krankenhaus-Diagnosen 9

2.1.2 Sekundäre Outcomes 9

2.2 Bewohnerbefragung 12

3 Nachbereitung im Institut 13

Checkliste – „Zu T2 mit ins Heim nehmen“

- ✓ Bewohner -Identifikationsliste
- ✓ Screening-Liste
- ✓ Rücklauf_Fragebögen_Personal zur Dokumentation der ausgegebenen Pflegenden-Fragebögen

Für die Erhebung aus der Bewohnerakte:

- ✓ x-Anzahl CRF „Primäre/Sekundäre Outcomes“ (Anlage 29)
- ✓ Formblatt „Nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte“ aus T1-Erhebung
- ✓ Kamera, für die Dokumentation der KH-Entlassungsbriefe

Für die Erhebung bei dem Bewohner:

- ✓ x-Anzahl CRF „Bewohnerbefragung“ (PE Quan 3)
- ✓ x-Anzahl CRF „Qol-AD NH-self“ (Anlage 31)
- ✓ x-Anzahl CRF „EQ 5D-5L“ (Anlage 32)

Für Pflegende:

- ✓ x-Anzahl CRF „Dementia screening scale“ (Anlage 28)
- ✓ x-Anzahl „Qol-AD NH-proxy“ (Anlage 30)
- ✓ *x-Anzahl CRF „EQ 5D-5L“ (Anlage 32)*
- ✓ *x-Anzahl* PE-Quan 2 für alle Pflegefachkräfte der Schicht(en)
- ✓ *x-Anzahl* Freiumschläge
- ✓ Rücklaufliste

Für die Leitung:

- ✓ 1-mal CRF „Stammdaten (Charakteristika der Einrichtung)“ (Anlage 26)

Für Hausärzte:

- ✓ Fragebogen Arzt T2

Die notwendigen Unterlagen werden vor der Verwendung auf Aktualität hin geprüft (Angabe Version, Datum). Bei Unklarheiten wird bei der Studienzentrale GÖ nachgefragt. Für eine korrekte Ablage der Unterlagen sind die jeweiligen Standorte verantwortlich.

1 Vorbereitungen vor Datenerhebung

- Die Erhebung erfolgt i.d.R. zu zweit durch einen Studienmitarbeiter sowie einem verblindeten Datenerheber (z.B. Studynurse, studienfremder Institutsmitarbeiter).
- Organisation der Zeiträume: I.d.R. gehen 2 Studienteammitarbeiter über 2 Tage in die Einrichtung zur T2-Erhebung.
- Das Heim wird darauf hingewiesen, dass alle Unterlagen, die auf die Gruppenzuteilung hinweisen könnten, am Erhebungstag nicht sichtbar sein dürfen, um eine verblindete Erhebung zu garantieren.
- Vorbereitung der Fragebögen für die Pflegenden

1.1 Vorbereitung und Durchführung der Pflegendenbefragung

Grundsätzlich gilt:

- Äquivalent zur T0-Erhebung erhalten alle Pflege**fach**kräfte der teilnehmenden Wohnbereiche einen Pflegenden-Fragebogen, die am Tag der T2-Erhebung im Früh-/Spät- und Nachtdienst arbeiten.
- **Davon ausgenommen sind nur die IPAV sowie deren Vertretung**, diese erhalten keinen Pflegenden-Fragebogen, auch wenn Sie am Tag der Erhebung im Dienst sein sollten! Stattdessen wird ein separater Termin mit der IPAV und deren Vertretung für ein abschließendes Supervisionsgespräch vereinbart und der T2-IPAV-Fragebogen ausgefüllt bzw. übergeben.
- Es findet **kein neues Randomisierungsverfahren zur Auswahl der Hausärzte**, auf denen sich die Pflegenden-Fragebögen beziehen sollen, statt. Stattdessen werden die **Pflegefachkräfte zu den gleichen Hausärzten befragt, wie bereits zu T0**. Entsprechend basiert die Vorbereitung der Pflegenden-Fragebögen auf der heimspezifischen Ergebnisliste aus dem Randomisierungsverfahren zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung (siehe SOP T0 bzw. nachfolgende Abbildung).

Ergebnisliste Rekrutierte Bewohner	Bewohner -ID	Betreuender Hausarzt	Hausarzt-Nr.
Nr.1	Bsp.:C010201	Bsp.: Dr. Schulze	1
Nr.3	Bsp.:C010204	Bsp.: Dr. Meier	2
Nr.9	Bsp.:C010210	Bsp.: Dr. Schulze	1
Nr.14	Bsp.:C010215	Bsp.: Hr. Lehmann	3

i. **Teil A** soll nur einmal durch die Pflegefachkraft ausgefüllt werden und wird daher nur 1x pro Pflegefachkraft vorbereitet.
ii. Für **Teil B** wird die (oben genannte/abgebildete) Ergebnisliste herangezogen. Für jeden dort hinterlegten Hausarzt wird jeweils einmal der Teil B des Pflegenden-Fragebogens vorbereitet. Entsprechend wird der Hausarzt namentlich auf dem Zwischenblatt des Fragebogens (Seite 13) genannt und die zu T0 intern vergebene Hausarztnummer wird in der Kopfzeile auf den nachfolgenden Seiten vermerkt. Das heißt, dass eine Pflegefachkraft mehrfach den Teil B ausfüllen kann, je nach Anzahl der Hausärzte aus der Ergebnisliste.
iii. Zudem wird die entsprechende Einrichtungs-ID ebenfalls in der Kopfzeile auf dem gesamten Fragebogen notiert. Erst jetzt erhalten alle Pflegefachkräfte der teilnehmenden Wohnbereiche die Pflegenden-Fragebögen (außer IPAV und deren Vertretung).

- **Bitte beachten:** Auch wenn ein Hausarzt, der auf der Ergebnisliste stehen, nicht mehr in der Einrichtung tätig ist, werden die Pflegefachkräfte nach diesem befragt. Sollte eine Pflegefachkraft keine Aussage zu diesen (oder einen anderen noch tätigen Hausarzt) treffen können, werden die entsprechenden hausarztspezifischen Seiten seitens der Pflegefachkräfte durchgestrichen. Ein Vermerk hierzu wird sich auf dem Zwischenblatt des T2-Pflegenden-Fragebogens befinden.

1.2 Vorbereitung und Durchführung der IPAV-Befragung

- Der T2-IPAV-Fragebogen wird im Rahmen eines abschließenden Vor-Ort-Supervisionskontaktes ausgefüllt bzw. an die IPAV übergeben. Der Termin sollte zeitnah nach der T2-Datenerhebung stattfinden (vorzugsweise innerhalb von 4 Wochen nach der T2-Erhebung). Äquivalent zur T1-Erhebung sollte auf einen Supervisionskontakt während der T2-Datenerhebung verzichtet werden.
- Der T2-IPAV-Fragebogen besteht aus drei Abschnitten (Teil **A**, **B** und **C**). Sowohl die IPAV als auch die IPAV-Vertretung erhalten jeweils einen eigenen T2-IPAV-Fragebogen (inkl. aller 3 Teile), auch wenn das abschließende Supervisionsgespräch gemeinsam mit der IPAV und deren Vertretung stattfindet.

  Der T2-IPAV-Fragebogen steht in zwei Versionen 2 und 2y zur Verfügung. Beide Versionen

sind identisch. Bei der Version 2y wurde der Fragebogen so angepasst, dass Teil B und C bereits im Vorfeld an die IPAV und dessen/deren Vertretung verschickt werden können.

i. **Teil A** wird durch die IPAV und deren Vertretung zusammen mit der Studienmitarbeiterin im gemeinsamen Gespräch ausgefüllt. Da sowohl IPAV als auch deren Vertretung einen eigenen Fragebogen erhalten, darf es bei der Einschätzung der IPAV und deren Vertretung zu Abweichungen kommen. Der Studienmitarbeiter liest die entsprechenden Fragen vor und die IPAV und deren Vertretung kreuzen dann für sich auf ihrem eigenen Fragebogen an.

ii. **Teil B** und **C** füllen die IPAV und deren Vertretung im Vorfeld oder im Anschluss an das Gespräch alleine aus, also ohne die Anwesenheit bzw. Mitwirkung des Studienmitarbeiters.

Die Anzahl der ausgegebenen und zurückerhaltenen Fragebögen wird studienzentrumsintern dokumentiert.

1.3 Vorbereitung und Durchführung Hausarztbefragung

- Anschreiben der teilnehmenden Hausärzte, zu entnehmen aus vorliegender Liste. Diese Liste ist gesondert auf einem verschlüsseltem USB-Stick gespeichert und darf nicht frei zugänglich sein
- Zusenden des Fragebogen-Arzt T2 (je nach Bedarf per Fax, per Post oder per E-Mail)
- Zusenden des Formulars Kontodaten

Der Fragebogen ist wie folgt vorzubereiten:

- Alle an der Studie teilnehmenden Hausärzte erhalten einen Fragebogen
- Teil A des Hausarztfragebogens soll durch die Hausärzte nur einmal ausgefüllt werden.
- Teil B wird **heimspezifisch** abgefragt, sodass dieser Teil mehrmals durch die Hausärzte ausgefüllt werden kann, entsprechend der Anzahl der Heime in denen die Hausärzte eingeschlossene Bewohner versorgen.
- Entsprechend wird auf dem Hausarztfragebogen **(Teil B)** die jeweilige Einrichtungs-ID vermerkt. Der vollständige Name des Pflegeheims wird durch das zuständige Studienzentrum auf dem Zwischenblatt (Seite 11) im Hausarztfragebogen notiert. Erst danach wird der Fragebogen an die Hausärzte versandt.

- Nach Erhalt des ausgefüllten Fragebogens wird das Zwischenblatt (Seite 11) aus dem Hausarztfragebogen umgehend durch das Studienteam entfernt und vernichtet.
- Durch das Studienteam ist zu überprüfen, ob der von den Hausärzten selbstgewählte persönliche Code auf allen Seiten hinterlegt wurde. Es ist ebenfalls zu notieren, wie viele Fragebögen an die Hausärzte verschickt und ausgefüllt zurückgegeben wurden. Die Abgabe des Fragebogens gilt als Einwilligung zur Teilnahme an der Studie und ist Voraussetzung für die Auszahlung der Aufwandsentschädigung nach Abschluss der Datenerhebung. Bei Nichtabgabe sollte telefonisch nach Verbleib des Fragebogens gefragt bzw. an dessen Abgabe erinnert werden.

2 Ankunft in Einrichtung Tag 1

- Vorgehen mit Leitung besprechen
- Aushändigen CRF „Stammdaten Charakteristika der Einrichtung“ und PE-QUAN 2 (mit Einrichtungs-ID versehen; Rückumschlag)
- Aushändigen der CRF PE-Quan 2 für alle Pflegefachkräfte der Schicht(en)

2.1 Erhebung aus der Bewohnerakte

Die Datenerhebung kann nur erfolgen, wenn die unterschriebene Einverständniserklärung (durch Bewohner oder Betreuer) dem Studienmitarbeiter im Original (nicht Kopie oder Fax) vorliegt.

Erhebungszeitraum für die Datenerhebung

Die Daten werden für die 6 Monate nach T1 bis T2 erhoben. T2 entspricht dem Tag der Randomisierung 12 Monate weiter minus 1 Tag.

Beispiel: Randomisierung am 26.02.2018

➔ T1 entspricht Randomisierungstag 6 Monate weiter minus 1 Tag
➔ T2 entspricht Randomisierungstag 12 Monate weiter minus 1 Tag

➔ Im Beispiel Erhebungszeitraum von T1: vom 26.02.2018 um 0.00 Uhr bis 25.08.2018 um 24.00 Uhr
➔ Im Beispiel Erhebungszeitraum von T2: vom 26.08.2018 um 0.00 Uhr bis 25.02.2019 24:00 Uhr

Die Daten werden also unabhängig vom aktuellen Erhebungstag nur für dieses 6-Monatsintervall erhoben. Der tatsächliche Erhebungstag im Heim sollte dabei zeitnah am Erhebungszeitraum liegen.

Wichtig: Die Angaben im CRF …. „in den letzten 6 Monaten“ oder „zum Messzeitpunkt“ beziehen sich ebenfalls stets auf das oben benannte 6-Monatsintervall bis zum Erhebungsende der 6 Monate und nicht auf den Tag der Erhebung im Heim.

Es sollte kein Supervisionsgespräch zwischen Studienmitarbeiter und IPAV an dem Termin der Datenerhebung vereinbart werden, um die Verblindung der Erhebung nicht zu gefährden.

Datenerhebung

- Einweisung in das Dokumentationssystem durch Leitung/Pflegende
- Eintrag der Erfasser-ID des Datenerhebenden in die CRFs, bei abweichender Erfasser-ID, z.B. wenn verschiedene Studienmitarbeiter die Daten aus derselben Bewohnerakte erheben, die Erfasser-ID bei den entsprechenden erhobenen Outcomes im CRF zusätzlich angeben. Ausfüllen des CRF „Primäre/Sekundäre Outcomes“ anhand der Bewohner-Identifikationsliste für alle Teilnehmer.
- Sämtliche Informationen einschließlich der Hausarztkontakte werden nur aus den Bewohnerakten entnommen, keine Erhebung bei Bewohnern selbst (und deren Kalendern). Grundsätzlich gilt nur, was schriftlich dokumentiert ist – mündliche Informationen von Pflegenden reichen nicht aus!

Datenerhebung bei verstorbenen Bewohnern

- Ist der Bewohner innerhalb des Erhebungszeitraums verstorben, werden die Daten bis zum Todeszeitpunkt erhoben einschließlich der letzten Medikation vor dem Tod.

2.1.1 Primäres Outcome Krankenhausaufenthalte

- Die Krankenhausaufenthalte stellen das Primäre Outcome dar. Sie werden mit Datum und möglichst auch der Uhrzeit erhoben. Sind keine Tage auf der Intensivstation bzw. in der Psychiatrie angegeben, wird in diese Felder eine 0 eingetragen. Nur die Krankenhaustage **im** Erhebungszeitraum werden erfasst.

Bewohner zum Erhebungszeitpunkt im Krankenhaus

- Formblatt „Nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte“ aus T1-Erhebung

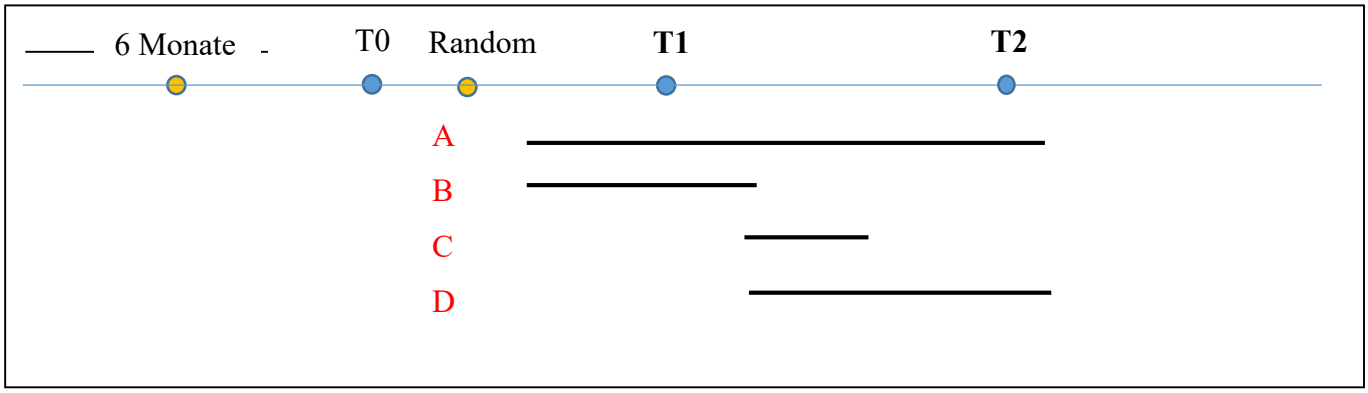
Die auf dem Formblatt „Nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte“ aus der T1-Erhebung eingetragenen Krankenhausaufenthalte werden bei betreffenden Bewohnern aus der Bewohnerakte erneut erhoben und mit Start- und Enddatum in den CRF T2 eingetragen.

Sollte sich der Bewohner zum Zeitpunkt von T2 im Krankenhaus befinden, wird in das „bis“-Datum das Datum von T2 eingesetzt (der Beobachtungszeitraum von 12 Monaten ist beendet) und der Kommentar „Bewohner noch nicht entlassen“ ergänzt.

Dadurch wird gewährleistet, dass ein Krankenhausaufenthalt, der über zwei Erhebungszeiträume geht, nur einmal (und nicht doppelt) aufgenommen wird.

Das abgearbeitete KH-Formblatt T1 wird im heimspezifischen Ordner im Institut archiviert.

Tabelle: Dauer des Krankenhausaufenthaltes/Vorgehensweise bei der Datenerhebung



Krankenhausaufenthalt: Bewohner…	Vorgehensweise bei der Datenerhebung
zu T1 im Krankenhaus und ebenfalls zu T2 (A)	• Überprüfen, ob KH-Start zu T1 übereinstimmt oder ob es sich um einen weiteren KH-Aufenthalt handelt, der nach T1 begann • **Krankenhausformblatt und CRF:** Dokumentieren, dass Bewohner noch im Krankenhaus ist (KH-Aufenthaltsende entspricht T2, da Erhebungszeitraum beendet ist Entlass-Diagnosen können nicht erhoben werden.)
zu T1 im Krankenhaus, Entlassung vor T2 (B)	• Überprüfen, ob er mit KH-Start zu T1 übereinstimmt oder ob es sich um einen weiteren KH-Aufenthalt handelt, der nach T1 begann, • **KH-Formblatt:** KH-Aufenthaltsende eintragen • Entlass-Diagnosen erheben (Dateneingabe: im T1-CRF nachtragen)
Aufnahme nach T1 und Entlassung vor T2 (C)	• **CRF:** KH-Start und -ende eintragen • Entlass-Diagnosen erheben
Aufnahme nach T1 und zu T2 immer noch im Krankenhaus(D)	• **CRF:** KH-Start und -ende eintragen, dokumentieren, dass Bewohner noch im Krankenhaus ist • KH-Aufenthaltsende entspricht T2, da Erhebungszeitraum beendet ist • Entlass-Diagnosen können nicht erhoben werden

Krankenhaus-Diagnosen

Abfotografieren (nicht Kopieren) der Entlassungsdiagnosen aller vorhandenen und für die Zeiträume in Frage kommenden KH-Entlassungsbriefe (Name der Bewohner, des Hausarztes, der Einrichtung und des KH werden durch das Auflegen von Papier auf die entsprechenden Stellen unkenntlich gemacht). Zur Identifikation des Dokumentes wird die Bewohner ID während des Fotografierens auf das Dokument gelegt.) Relevant sind ausschließlich Angaben über Entlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen). Um die abfotografierten Diagnosen einem Krankenhausaufenthalt zeitlich zuordnen zu können sollten die Daten des stationären Aufenthaltes (von…bis) beim Abfotografieren sichtbar sein oder per Hand nachgetragen werden.

2.1.2 Sekundäre Outcomes

Zu den sekundären Outcomes zählen Rehabilitation, Kontakt mit dem Bereitschaftsarzt, dem Rettungsdienst, die hausärztliche Versorgung, Fachspezialistenkontakte, die Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen, Krankentransporte, Unerwünschte Ereignisse (Stürze, Pneumonie, chronische Wunden) sowie die Medikation einschließlich der Bedarfsmedikation.

Hausarztkontakte

Als Hausarztkontakte gelten alle in der Bewohnerakte dokumentierten, persönlichen Kontakte (z.B. Visiten im Heim, Hausarztbesuche in der Praxis) sowie telefonische und Faxkontakte (z.B. Anfragen zur Medikation).

Wenn ein Hausarztkontakt zu einem Hausarztbesuch geführt hat, wird er nur als Hausarztbesuch angegeben.

Bei Angaben zum Hausarztbesuch im Heim (5.2) **gilt grundsätzlich:** Es darf nur **ein** Kreuz - entweder bei „Routinebesuch ohne festes Zeitschema“ oder bei „Akuter Anlass, initiiert durch …“ – gesetzt werden!

Fachspezialistenkontakte

- Erhoben werden neben den persönlichen und telefonischen Facharztkontakten auch die Kontakte per Fax.
- In allen Zeilen, in denen keine persönlichen, telefonischen oder Fax-Kontakte stattfanden, muss ein „Nein“ angekreuzt werden.

Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen

- Es werden nur therapeutische Termine aufgenommen, die im Beobachtungszeitraum eingetragen sind. Dann „Ja“ ankreuzen und die „Anzahl“ eintragen.
- Wenn z.B. KG eingetragen ist, aber keine Anzahl vermerkt wurde, also aus der Dokumentation nicht nachvollziehbar ist, wann diese stattgefunden hat, wird dies als „Nein“ gewertet.

Unerwünschte Ereignisse/Stürze

Es werden nur Stürze erfasst, die aus der Bewohnerakte zu ersehen sind und im Heim erfolgten.

Unerwünschtes Ereignisse/chronische Wunden

Nur die Punktprävalenz wird erhoben. Das heißt, es werden nur chronische Wunden erfasst, die zum Datenerhebungstag bestehen- und dann mit der aktuellen Ausprägung. Liegt am Erhebungstag keine aktuelle Wunddokumentation vor soll die aktuellste Dokumentation der letzten 7 Tage für die Datenerhebung verwendet werden.

Medikation

- Es wird immer die letzte vor Erhebung aufgeführte Medikation im Heim erhoben, also in der Regel die Medikation am Tag der Erhebung. Bei der Erhebung der Daten von im Krankenhaus befindlicher Bewohner oder Verstorbener wird die letzte dokumentierte Version vor Krankenhausaufnahme oder vor Versterben erfasst.
- Angepasst an den Bundeseinheitlichen Medikationsplan werden die dokumentierten Medikamente unter „10. Medikamente“ im CRF eingetragen (s. auch Abbildung Bundeseinheitlicher Medikationsplan)

„10.1 Medikation nach festem Einnahmeschema“

-Handelsname und Stärke: hier wird der angegebene Handelsname des Medikamentes mit der Stärke eingetragen (z.B. Ramipril Ratiopharm 5mg)

-Ggf. Dosierung Einzelgabe: ist eine von der Stärke des Präparates abweichende Dosierung der Einzelgabe dokumentiert, wird diese hier eingetragen (es sollen keine Dosierungen bei der Datenerhebung berechnet werden)

-Dosierung nicht zu erfassen: z.B. bei Salbenanwendungen oder wenn nicht dokumentiert, hier ankreuzen

-Wirkstoff: wenn dieser angegeben ist, hier eintragen

-Einnahmeschema morgens/mittags/abends/zur Nacht: z.B. 1-1-1-1 oder 0,5-0-0-0

-Einheit: angepasst an den bundeseinheitlichen Medikationsplan, Stück einzutragen bei u.a. Tablette, Kapsel, Zäpfchen, Beutel; IE bei Insulin; Hub bei Sprays, Tropfen. (siehe Beispiele in Abbildung Bundeseinheitlicher Medikationsplan)

-Darreichungsform: wie wird das Medikament verabreicht, z.B. per os, intravenös, rektal…

-In dieser Spalte sollen auch Kommentare eingetragen werden, beispielsweise bei abweichendem Einnahmeschema oder Informationen und Unklarheiten in der Dokumentation, die in keine vorgegebene Spalte passen. Für nicht täglich, sondern z.B. wöchentlich eingenommene Medikamente ist im Papier-CRF kein spezielles Eintragsfeld vorgesehen. Sie werden unter Medikation handschriftlich mit aufgenommen und später im eCRF ins Kommentarfeld eingetragen.

„10.2 Bedarfsmedikation“

-Handelsname und Stärke: wie bei 10.1

- Dosierung der Einzelgabe: eintragen der Dosierung der Einzelgabe

-Einheit, Dosierung nicht zu erfassen und Wirkstoff: wie bei 10.1

-Maximale Tagesdosierung: hier eintragen, wie viele Einzelgaben in 24h maximal verabreicht werden dürfen

Beispiel: Paracetamol 500 mg, Einzelgabe: 1000 mg, Maximale Tagesdosierung: 4x 1g/24 h oder 4x 2 Stück in 24 h

Wichtig: es sollen bei der Datenerhebung keine Berechnungen angestellt werden, dokumentierte Daten sollen in die vorgesehenen Spalten eingetragen werden. Bei Unklarheiten oder unpassenden Spaltenvorgaben die dokumentierten Daten im Kommentarfeld eintragen.

Medikationsplan
Seite 1 von 1

für: **Jürgen Wernersen** geb. am: **24.03.1940**

ausgedruckt von:
Praxis Dr. Michael Müller
Schloßstr. 22, 10555 Berlin
Tel: 030-1234567
E-Mail: dr.mueller@kbv-net.de

ausgedruckt: 01.07.2018 12:00

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise	Grund
Metoprolol succinat	METOPROLOLSUCCINAT 1A 95MG	95 mg	RetTabl	1	0	0	0	Stück		Herz/Blutdruck
Ramipril	RAMIPRIL RATIOPHARM 5MG	5 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Blutdruck
Insulin aspart	NOVORAPID PENFILL ZYLINAMP	100 E/ml	Amp	20	0	20	0	IE	Wechseln der Injektionsstellen, unmittelbar vor einer Mahlzeit spritzen	Diabetes
Simvastatin	SIMVA ARISTO 40MG	40 mg	Tabl	0	0	1	0	Stück		Blutfette
zu besonderen Zeiten anzuwendende Medikamente										
Fentanyl	FENTANYL ABZ 75UG/H	0,075 mg/h	Pflast	alle drei Tage 1				Stück	auf wechselnde Stellen aufkleben	Schmerzen
Selbstmedikation										
Johanniskraut-Trockenextrakt	LAIF 900 BALANCE	900 mg	Tabl	1	0	0	0	Stück		Stimmung

Abbildung: Bundeseinheitlicher Medikationsplan

2.2 Bewohnerbefragung

- **DSS** für alle Bewohner **mit einer Pflegefachkraft** ausfüllen

Wichtig! Bei allen betreuten oder durch Vorsorgebevollmächtigten vertretenen Bewohnern wird die Befragung als Proxybefragung durch eine Pflegefachkraft durchgeführt.

- Nicht-betreute oder nicht durch Vorsorgebevollmächtigte vertretene Bewohner:
  i. Bewohner direkt zu befragen (Qol-AD NH-self; EQ 5D-5L; PE QUAN 3), wenn:
     a. DSS≤4
     b. beim DSS ein Item nicht ausgefüllt werden konnte und der ermittelte DSS≤2
  ii. Proxybefragung durch Pflegefachkraft (Qol-AD NH proxy; EQ 5D-5L), wenn:
     a. DSS>4
     b. DSS>2 bei Fehlen eines Items
     c. beim DSS zwei Items oder mehr nicht beantwortet werden können

Wenn sich der Bewohner zum Zeitpunkt der Datenerhebung T2 im Krankenhaus befindet, wird der DSS sowie die sich anschließenden Fragebögen nicht erhoben.

Die Befragung mittels der Qol-AD NH-self/proxy und EQ5D-5L wird nach den Kriterien einer standardisierten Befragung durchgeführt. Studienmitarbeiter, die im Rahmen der Studie Bewohnerbefragungen durchführen, werden mittels der Powerpoint-Präsentation „Standardisierte Interviews“ geschult. Bei Fragebögen aus der Prozessevaluation (bspw. PE-QUAN 3) dürfen auch Erklärungen von Seiten der Studienmitarbeiter gegeben werden.

3 Nachbereitung im Institut

- Bögen auf Vollständigkeit kontrollieren und sicher wegschließen (insbesondere der CRF T2 „Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung“ muss auf Inkonsistenzen geprüft werden = ggf. Nachfragen)
- Bewohner-Identifikationsliste separat im Monitoringordner sowie alle anderen Arbeitslisten mit Klarnamen im dafür vorgesehenen Ordner separat abheften.
- Fotos auf der Kamera ausdrucken und vom Speichermedium löschen
- Dateneingabe
- Sollten im Rahmen der Bewohnerbefragung von diesen selbstgefährdendes Verhalten oder auch lebensmüde Gedanken geäußert werden, ist dieses der verantwortlichen Pflegekraft bzw. der Heimleitung umgehend zurückzumelden.
- Sollten Ärzten oder medizinisch versierte Studienmitarbeiter beispielsweise bei der Erfassung der Medikation etwas erkennen, was dem Wohle des betroffenen Bewohners offensichtlich schaden könnte, sollte dieses der Heimleitung oder IPAV mitgeteilt werden.

Version 04
13.06.2018
Autorinnen: Vivien Weiß, Christiane Müller

SOP3 *interprof* ACT :

Vorgehen vor und nach der Randomisierung

Art der Randomisierung

- Die Randomisierung erfolgt paarweise von jeweils zwei Heimen aus den Studienstandorten. Die Heime werden in der zeitlichen Reihenfolge des Einschlusses, bzw. der gewünschten Startzeit durch die Heime, paarweise zusammengelegt.
- Laut Studienprotokoll (Version 4) ist der Einschluss von 34 Einrichtungen geplant. Weiterhin soll die Randomisierung der Einrichtungen stets paarweise auf die beiden Arme Intervention und Kontrolle im Verhältnis 1:1 erfolgen.
  Dementsprechend wird eine Randomisierungsliste mit einer zufälligen Reihenfolge von Randomisierungsblöcken der Länge 2, d.h. ein Block enthält jeweils einmal Intervention und Kontrolle, generiert. Zusätzlich eines Puffers, wird die Randomisierungsliste 30 Blöcke enthalten, so dass mit dieser Liste bis zu 60 Einrichtungen randomisiert werden können. Die Generierung erfolgt mit nQuery Advisor 4.0. Ein vorher zufällig ausgewählter random seed wird verwendet, um eine reproduzierbare Liste zu erhalten.
  Die Einträge in der Randomisierungsliste sind fortlaufend nummeriert (10001 bis 10060) und werden bei Durchführung der Randomisierung, bei 10001 beginnend, den zu randomisierenden Einrichtungen zugeordnet, wobei die Einrichtung, welche in der obigen Tabelle als erstes genannt wird, die nächst folgende Randomisierungsnummer erhält.
  Eine Übersichtstabelle dokumentiert die durchgeführten Randomisierungen:

Random Nr.	Allocation	Heim (Einrichtung)	Studienzentrale (Studienzentrum)	Datum der Randomisierung
10001	*Intervention/ Kontrolle*		*Göttingen/ Hamburg/ Lübeck*	
10002	…			
…				

Zeitpunkt der Randomisierung

- Die Randomisierung erfolgt möglichst **zwei Wochen nach** dem Versenden des letzten Briefes (Einladung zur Studienteilnahme) an die Hausärzte/-innen der teilnehmenden Bewohner/-innen des Heimpaares und möglichst **drei Wochen vor** dem potentiellen Kick-off Termin.

- Hausärzte/-innen können nach mündlicher Einwilligung zur Teilnahme als eingeschlossen bewertet werden. Das Zurücksenden des Fragebogens bis zur Randomisierung ist nicht erforderlich, sollte jedoch bis zum Kick-off erfolgen.

Vorgehen vor der Randomisierung

1. Die Studienzentrale Göttingen informiert das Studienzentrum (ehemals Institut für medizinische Statistik) 14 Tage vor geplanter Randomisierung. Hierzu senden die Zentren Hamburg und Lübeck per Mail die **Kontaktdaten der Einrichtungen** (siehe Tabelle) sowie **ein konkretes Datum** für die Randomisierung an Vivien Weiß (vivien.weiss@med.uni-goettingen.de), Christiane Müller (christiane.mueller@med.uni-goettingen.de) und Anke Theuerkauf (anke.theuerkauf@med.uni-goettingen.de). Eine von den Göttinger Mitarbeiterinnen gibt die Informationen mit den Texten aus Anlage 1 an drei Personen vom Institut für Medizinische Statistik und dem Studienzentrum (einst KSM) weiter: Tim Friede (tim.friede@med.uni-goettingen.de), Tina Krüger (tina.krueger@med.uni-goettingen.de), Sebastian Pfeiffer (sebastian.pfeiffer2@med.uni-goettingen.de).

Studienzentrum	Heim	Kontaktdaten Heim Ansprechpartner/ E-Mail	Allocation

2. Die Einrichtungen erhalten das Ergebnis der Gruppenzuteilung direkt vom Studienzentrum (ehemals Institut für Medizinische Statistik), möglichst bis 12 Uhr, damit die Studienzentralen noch am selbigen Tag Kontakt mit den Einrichtungen aufnehmen können, um das weitere Vorgehen zu besprechen. Die Mitteilung erfolgt per E-Mail, eine Benachrichtigung der Studienzentrale Göttingen und ggf. der Standorte Hamburg und Lübeck erfolgt zeitgleich im Cc der E-Mail. Hierfür wird ein Standardtext verwendet (Anlage 1).

   Die Spalte „Allocation“ wird vom Studienzentrum ausgefüllt und zur Dokumentation des Vorgangs abgelegt.

Vorgehen nach der Randomisierung

Interventionsgruppe

Vorgehen Pflegeeinrichtung in Interventionsgruppe

- Sofort nach dem Ergebnis der Randomisierung versendet (nach Absprache per Mail oder Post) das jeweilige Studienzentrum folgende Dokumente an die Pflegeeinrichtung:
    - Das 2. Anschreiben „Heim IG“ (Anlage 5, Ethikantrag)
    - „Maßnahmenpaket, Heim“ (Anlage 21, Ethikantrag)
    - „Kick-off kurz“ (Anlage 22, Ethikantrag)
    - „Mitteilung Betreuer Gruppenzugehörigkeit“ (Anlage 16, Ethikantrag)
    - „Mitteilung Bewohner Gruppenzugehörigkeit“ (Anlage 11, Ethikantrag)

- 2-3 Tage nach dem Anschreiben tritt das Studienteam mit der Heimleitung spätestens in telefonischen Kontakt. Folgende Fragen werden geklärt:
    - Auswahl/Bestätigung einer/-es *interprof* ACT Verantwortlichen (IPAV) + Vertretung
    - Terminbestätigung oder -verlegung für die 1. IPAV Schulung, Kick-off Treffen, 2. IPAV Schulung

Vorgehen Hausärzte/-innen in Interventionsgruppe

- Hausärzte/-innen, die Bewohner/-innen in Pflegeeinrichtungen der Interventionsgruppe betreuen, erhalten sofort nach der Randomisierung folgende Dokumente:
    - „2. Anschreiben, Ärzte IG“ (mit Termin und Ort für das Kick-off Treffen) (Anlage 19, Ethikantrag)
    - „Kick-off kurz“ (Anlage 22, Ethikantrag)
    - „Maßnahmenpaket, Heim, Arzt“ (Anlage 21, Ethikantrag)

Kontrollgruppe

Vorgehen Pflegeeinrichtung in Kontrollgruppe

- Sofort nach dem Ergebnis der Randomisierung versendet (nach Absprache per Mail oder Post) das jeweilige Studienzentrum folgende Dokumente:
    - „2. Anschreiben Heim KG“ (Anlage 6, Ethikantrag, inkl. Dokument: „Nutzen guter interprofessioneller Zusammenarbeit“)

- „Mitteilung Bewohner Gruppenzugehörigkeit“ (Anlage 12, Ethikantrag)
- „Mitteilung Gruppenzugehörigkeit Betreuer“ (Anlage 17, Ethikantrag)

- 2-3 Tage nach dem Anschreiben tritt das Studienteam telefonisch mit der Heimleitung in Kontakt, um das weitere Vorgehen zu besprechen (ungefährer Termin der nächsten Datenerhebung T1).

Vorgehen Hausärzte/-innen in Kontrollgruppe

- Hausärzte/-innen, die Bewohner/-innen in Pflegeeinrichtungen der Kontrollgruppe betreuen, erhalten sofort nach der Randomisierung folgende Dokumente:
  - „2. Anschreiben Arzt, KG“ (Anlage 20, Ethikantrag, inkl. Dokument: „Nutzen guter interprofessioneller Zusammenarbeit“).

Vorgehen, wenn Hausärzte/-innen Bewohner/-innen aus Interventions- und Kontrollgruppe betreuen

- Diese Hausärzte erhalten die Dokumente beider Gruppen.

Checkliste der Dokumente für das Vorgehen nach der Randomisierung

Für Pflegeeinrichtungen in der Interventionsgruppe:

- ✓ 2. Anschreiben Heim IG (Anlage 5, Ethikantrag)
- ✓ Maßnahmenpaket Heim (Anlage 21, Ethikantrag)
- ✓ Kick-off kurz (Anlage 22, Ethikantrag)
- ✓ Mitteilung Betreuer Gruppenzugehörigkeit (Anlage 16, Ethikantrag)
- ✓ Mitteilung Bewohner Gruppenzugehörigkeit (Anlage 11, Ethikantrag)

Für Hausärzte in der Interventionsgruppe

- ✓ 2. Anschreiben Ärzte IG (Anlage 19, Ethikantrag)
- ✓ Kick-off kurz (Anlage 22, Ethikantrag)
- ✓ Maßnahmenpaket Arzt (Anlage 21, Ethikantrag)

Für Pflegeeinrichtung in der Kontrollgruppe

- ✓ 2. Anschreiben Heim KG (Anlage 6, Ethikantrag, inkl. Dokument: „Nutzen guter interprofessioneller Zusammenarbeit“)
- ✓ Mitteilung Betreuer Gruppenzugehörigkeit (Anlage 17, Ethikantrag)
- ✓ Mitteilung Bewohner Gruppenzugehörigkeit (Anlage 12, Ethikantrag)

Für Hausärzte in der Kontrollgruppe

- ✓ 2. Anschreiben Arzt KG (Anlage 20, Ethikantrag, inkl. Dokument: „Nutzen guter interprofessioneller Zusammenarbeit“)

Anlage 1

Standardtexte zur Mitteilung der Gruppenzuteilung an die Pflegeeinrichtungen:

1. Interventionsgruppe

Das Institut für medizinische Statistik der Universitätsmedizin Göttingen hat die Zufallsverteilung der Einrichtungen im Projekt „*interprof* ACT“ durchgeführt. Ihre Pflegeeinrichtung wurde der **Interventionsgruppe** zugeteilt. Dies bedeutet, dass die Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit bei Ihnen eingeführt werden. Ihr betreuendes Studienteam wird in Kürze Kontakt mit Ihnen aufnehmen und das weitere Vorgehen besprechen.

2. Kontrollgruppe

Das Institut für medizinische Statistik der Universitätsmedizin Göttingen hat die Zufallsverteilung der Einrichtungen im Projekt „*interprof* ACT“ durchgeführt. Ihre Pflegeeinrichtung wurde der **Kontrollgruppe** zugeteilt. Dies bedeutet, dass die Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit bei Ihnen nicht eingeführt werden. Ihr betreuendes Studienteam wird in Kürze Kontakt mit Ihnen aufnehmen und das weitere Vorgehen besprechen.

Anlage SOP3

Randomisierungstabelle

Studienzentrum	Heim-ID	Heim	Kontaktdaten Heim Ansprechpartner/ E-Mail	Allocation

Abk.: HL=Heimleitung, PDL=Pflegedienstleitung

Version 04
13.06.2018
Autorinnen: Vivien Weiß, Christiane Müller

Anlage 1 zu SOP3

Standardtexte zur Mitteilung der Gruppenzuteilung an die Pflegeeinrichtungen:

1. Interventionsgruppe

Das Institut für medizinische Statistik der Universitätsmedizin Göttingen hat die Zufallsverteilung der Einrichtungen im Projekt „*interprof* ACT“ durchgeführt. Ihre Pflegeeinrichtung wurde der **Interventionsgruppe** zugeteilt. Dies bedeutet, dass die Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit bei Ihnen eingeführt werden. Ihr betreuendes Studienteam wird in Kürze Kontakt mit Ihnen aufnehmen und das weitere Vorgehen besprechen.

2. Kontrollgruppe

Das Institut für medizinische Statistik der Universitätsmedizin Göttingen hat die Zufallsverteilung der Einrichtungen im Projekt „*interprof* ACT“ durchgeführt. Ihre Pflegeeinrichtung wurde der **Kontrollgruppe** zugeteilt. Dies bedeutet, dass die Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit bei Ihnen nicht eingeführt werden. Ihr betreuendes Studienteam wird in Kürze Kontakt mit Ihnen aufnehmen und das weitere Vorgehen besprechen.

Version 01
03.07.2018
Autorinnen: BHS, ATH, VW

SOP4 *interprof* ACT :

Kick-off Treffen

Ziel des Kick-off Treffens

- Vorstellen des Maßnahmenpaketes *interprof* ACT
- Auswählen der Maßnahmen in einem partizipativen Prozess
- Anpassung der Maßnahmen an die Gegebenheiten des Pflegeheimes

A. Vorbereitungen in der Studienzentrale

Die Organisation und Moderation des Treffens erfolgt gemeinsam von der *interprof* ACT Verantwortlichen Pflegekraft mit dem Studienteam.

1 Einladung zum Kick-off Treffen

Spätestens nach der Randomisierung werden mit der **EL/PDL** Termin und Uhrzeit für das Kick-off Treffen vereinbart. IPAV und PDL werden von der EL informiert.

1.1 Teilnehmer

- Heimleitung
- Pflegedienstleitung
- *interprof* ACT verantwortliche Pflegekraft und Vertretung
- wenn möglich mind. 2 max. 4 Pflegefachkräfte der beteiligten Wohnbereiche
- Hausärzte teilnehmender Bewohner (ggf. MFAs, jedoch nur gemeinsam mit einem Hausarzt und nicht in Vertretung)
- Mind. 1 max. 2 Mitglieder des Heimbeirats als Bewohnervertreter
- Mitglied des Angehörigen- und/oder Betreuerbeirates oder bis zu zwei Angehörige teilnehmender Bewohner/-innen als Angehörigenvertreter
- zwei Mitarbeiter/-innen aus dem Studienzentrum für Moderation bzw. Protokoll

Information und Einladung der **Bewohner/Betreuer/Angehörige** erfolgt über die Einrichtung.

Folgende Unterlagen werden der IPAV für die teilnehmenden Bewohner zur Verfügung gestellt:

- Information zur Teilnahme am Kick-off-Treffen für Angehörige
- „Kick-off kurz“ (Anlage 22, Ethikantrag)
- Maßnahmenpaket *interprof* ACT (Anlage 21, Ethikantrag)

Sobald die Teilnehmer aus dem Angehörigen- oder Heimbeirat für das Kick-off Treffen feststehen bzw. die Studienzentrale über deren Teilnahme informiert wurde, erhalten diese folgenden Dokumente:

- Übersicht der *interprof* ACT Komponenten (Anlage 21, Ethikantrag)
- „Information zur Teilnahme am Kick-off Treffen“ (Anlage 35, Ethikantrag)
- „Kick-off kurz“ (Anlage 22, Ethikantrag)
- Flyer des Projektes

2 Einholen des Meinungsbildes

2.1 Pflegende

Das Meinungsbild der Pflegenden holt die IPAV ein. Sie erhält hierfür vom Studienteam ein Poster Meinungsbild Pflege, das in der Einrichtung für die Pflegenden zentral aufgehängt wird und auf dem jede Pflegende die entsprechenden Punkte ankreuzt bzw. kommentiert.

2.2 Teilnehmende Hausärzten, die nicht zum Kick-off Treffen kommen können:

Hausärzte die nicht am Kick-off Treffen teilnehmen können, erhalten mit einem Anschreiben das Poster Meinungsbild Kick-off im DIN A4-Format. Während des Kick-off Treffens vor Ort werden von einem Studienmitarbeiter (i.d.R. der Protokollführende) die entsprechenden Punkte geklebt bzw. die Standpunkte vorgelesen.

3 Fortbildungspunkte beantragen

Sobald Ort, Datum und Uhrzeit des Kick-off Treffens feststehen, werden bei der Ärztekammer über Internet Fortbildungspunkte für teilnehmende Ärzte beantragt.

4 Teilnehmer-Mappen vorbereiten

Für alle Teilnehmer am Kick-off Treffen werden Mappen (UMG-Mappen mit aufgeklebtem *interprof* ACT-Logo) vorbereitet.

Checkliste Unterlagen für Teilnehmer-Mappen Kick-off Treffen

Alle Teilnehmer:

1. Maßnahmen Notizen Teilnehmer
2. Formulare (Fax, Bedarfsmedikation, Zielvereinbarungstreffen)
3. Evaluationsbogen für Teilnehmer (Teil A) (ausgenommen Studienmitarbeiter, Moderator)
4. Klebepunkte 6 grüne und 6 gelbe (beschriftet mit P für Pflegende, HP für Hausärzte, B für Bewohner/Betreuer und F für Angehörige. Studienmitarbeiter und HL/PDL/IPAV erhalten keine Klebepunkte)
5. Namensschild (beidseitig beschriftet)
6. Agenda des Kick-off Treffens?

Nur für Moderatoren:

7. Evaluationsbogen für Moderatoren (statt des Evaluationsbogens für Teilnehmer) (Teil A und B)

Nur für Hausärzte:

8. Teilnahmebescheinigung für Fortbildungspunkte, Unterschrieben und gestempelt

Die Evaluationsbögen werden vorab mit der Einrichtungs-ID und dem Datum des Kick-off Treffens versehen. Der Teil B der Evaluationsbögen wird gesondert mit einer Büroklammer in einer Folie im Organisationsordner abgelegt und erst am Ende der Veranstaltung an die Teilnehmer verteilt.
Die Teilnahmebescheinigungen der Hausärzte werden mit Namen, Adresse, Stempel der Abteilung und Unterschrift der Abteilungsleitung versehen.
Namensschilder bei schon bekannten Teilnehmern werden beidseits bedruckt, ansonsten kommt ein Blanko-Namensschild in die Teilnehmermappe.

5 Vorbereitung der Flipcharts für die IPAV

Für jede Maßnahme wird eine Flipchart-Seite vorbereitet, auf der während der Teilnehmerdiskussion die Umsetzung der jeweiligen Maßnahme in der Einrichtung und zuvor geäußerte Bedenken von der IPAV/PDL/EL oder von einem Studienmitarbeiter

protokolliert wird (Aufgabenverteilung für das Kick-off treffen findet in der 2. Schulung statt).

6 Studienordner Kick-off Treffen vorbereiten

Der Studienordner für das Kick-off Treffen beinhaltet folgende Dokumente:

Checkliste Studienordner Kick-off Treffen

- Individueller Ablaufplan Kick-off (Ergebnis aus 1. IPAV-Schulung)
- Agenda
- aktuelle Teilnehmerliste inkl. teilnehmende Studienmitarbeiter
- Fortbildungsliste für teilnehmende Hausärzte
- Teil B des Evaluationsbogens, jeweils mit Büroklammer
- Ersatz-Fragebogen Moderatoren
- Ersatz-Fragebogen Teilnehmende
- x Anzahl Maßnahmen Notizen Teilnehmer (Poster Meinungsbild einholen in DinA4 Format falls Teilnehmer sich Notizen machen wollen)
- x Anzahl Formulare der Maßnahmen
- 2 x-Protokoll Kick-off Treffen
- Namensschilder blanko
- Punkte blanko
- Ggf. Meinungsbild Arzt
- Büroklammern

Sämtliche Unterlagen sind zu finden unter: T:\Projekte\interprof ACT\Unterlagen Pakete\F Vorgehen Implementierung Maßnahmen IG_aktualisiert 20180607\B Kick-off Treffen

B. Ablauf in der Einrichtung

In der Regel begleiten zwei Studienteammitarbeiter/-innen die Kick-off Veranstaltung in der Pflegeeinrichtung als **Moderator sowie als Protokollant.**

Checkliste „mit ins Heim nehmen“

- Studienordner Kick-off Treffen
- x Teilnehmermappen
- x Kugelschreiber
- Poster Meinungsbild Kick-off Treffen (DIN A0)
- vorbereitete Bögen für Flipchart
- sonstiges Zubehör (Edding, Stifte, Büroklammern etc.)
- Kick-off PowerPoint Präsentation auf USB Stick + per mail ins Netz schicken
- Notebook (ink. Kabel), Pointer
- Ersatzbeamer (inkl. Kabel)
- Ggf. Poster vom Projekt

Als sehr hilfreich hat es sich erwiesen, die Moderation des Kick-off Treffens in einem Probedurchlauf vorab durchzuspielen.

Ablauf des Kick-off Treffens

- Beamer/Flipchart/Meinungsbild-Poster DIN A0 vorbereiten/aufhängen
- Begrüßung der Teilnehmer und Verteilung der Mappen
- Teilnehmer in die Teilnehmerliste eintragen lassen
- Fortbildungspunkteliste für die Barcodes der Ärzte bereithalten
- Einleitende Worte durch die Heimleitung
- Begrüßung und Einführung /Vorstellung des Ablaufs der Veranstaltung durch Moderator/-in
- Vorstellungsrunde aller Teilnehmer; Protokollant: skizziert Sitzverteilung der Teilnehmer
- Teil A des Evaluationsbogens ausfüllen lassen
- Kurze Darstellung des Projektes und Vorstellung des Maßnahmenpaketes mittels der vorbereiteten Power-Point-Präsentation

- Einholen des Meinungsbildes durch Klebepunkte auf dem vorbereiteten DIN A0-Poster
- kurze Pause, während die Auswertung der Punkte durch Moderator/-in erfolgt
- Diskussion und Anpassung des Maßnahmenpaketes (beginnend mit der Maßnahme mit den meisten grünen / wenigsten gelben Punkten)
- Zusammenfassung und Informationen zum weiteren Vorgehen
- Austeilen des mit Büroklammer versehenen Danach-Fragebogens (Teil B), der nach Ausfüllen durch die Teilnehmer zusammen mit Teil A (Büroklammer) von dem Protokollführenden eingesammelt wurde.

C. Nachbereitung im Studienzentrum/Institut

- Ggf. Folgetermin(-e) mit der Leitung besprechen: 2. IPAV-Schulung
- Falls gewünscht: Teilnehmerliste an die Einrichtung schicken
- Erstellung des individuellen Maßnahmenpaketes (Zusammenfassung in Word-Dokument) und Versand an IPAVs/HL/PDL zur Kontrolle (per E-Mail)
- Nach Rückmeldung aus der Einrichtung, wird allen TN das Dokument mit den zusammengefassten Ergebnissen versendet. Angehörige/Bewohner erhalten das Dokument von der Einrichtung
- Fortbildungspunkte, Barcodes über Internet der Ärztekammer Niedersachsen zukommen lassen zur Punkteverarbeitung
- Verlaufsprotokoll einscannen und per Mail an Lübeck senden
- Schulungsmaterialien für die 2. Schulung vorbereiten

SOP5 zur Dateneingabe

Allgemeines:

Die Daten der einzelnen Bewohner werden zu den Zeitpunkten T0, T1 und T2 in der Pflegeeinrichtung aus der Bewohnerakte erhoben. Es folgt ein Übertrag der erhobenen Daten von den Papier CRFs in die elektronische Datenbank. Hierfür ist ein Zugang zur Datenbank erforderlich. Die Variablen in der Datenbank sind analog zu den Papier CRFs aufgebaut. Die Dateneingabe erfolgt pro Bewohner. Begonnen wird mit der Eingabe der T0 Daten (Bewohnerdaten und primäre/sekundäre Outcomes) dann folgen die T1 Daten (primäre/sekundäre Outcomes) und die T2 Daten (Bewohnerdaten und primäre/sekundäre Outcomes). Für jedes Pflegeheim werden die Stammdaten zur Einrichtung zum Zeitpunkt T0 und T2 erhoben. Auch diese Daten müssen von den Papier CRFs in die Datenbank übertragen werden. Um einen Bewohner/eine Einrichtung in der Datenbank zu finden, ist ein Einloggen in die Produktivdatenbank/Secutrial notwendig.

Folgender Link ist für die Secutrial Produktivdatenbank:

https://st01.mi.med.uni-goettingen.de/cgi-bin/WebObjects/productive-DataCapture.woa/wa/choose?language=de&customer=KSMD

Um sich die Funktion der Datenbank besser anschauen zu können und zu Übungszwecken gibt es eine Testdatenbank. Folgender Link ist für die Secutrial Testdatenbank:

https://st01.mi.med.uni-goettingen.de/cgi-bin/WebObjects/setup-DataCapture.woa/wa/choose?language=de&customer=KSMD

Wenn ein Bewohner neu angelegt werden soll, gibt es oben rechts die Möglichkeit „neuer Bewohner“ anzuklicken. Es öffnet sich dann eine Maske zur Eingabe des Zentrums/Bewohner-ID und des Datums der T0/T1/T2 Erhebung (=1.Visite). Unter „Bewohner aus Einrichtung“ und „primäre/sekundäre Outcomes“ können nun die erhobenen Daten eingegeben werden.

Um einen bereits angelegten Bewohner zu finden, gibt es oben rechts ein Suchfeld in welches der pseudonymisierte Bewohnercode/Einrichtungscode eingegeben und gefunden werden kann.

Es gibt ein „Benutzerhandbuch *interprof* ACT Datenbank“ und ein „secuTrial – allgemeines Handbuch“. Beide sind auf der Willkommensseite der Testdatenbank im Download Bereich zu finden.

Da es, als die Dateneingabe schon begonnen wurde, noch Änderungen in der Datenbank gab, müssen ggf. Daten von schon erhobenen/in der Datenbank eingetragenen Bewohnern nochmals auf Richtigkeit überprüft werden. Im Folgenden wird auf die betreffenden Punkte gesondert eingegangen.

Allgemeines zur Dateneingabe:

1. Grundsätzlich sollen die Daten 1:1 vom Papier-CRF in den eCRF übertragen werden (auch Nachkommastellen von Zahlen), in Einzelfällen dürfen Daten bei der Eingabe in die Datenbank auch ergänzt werden (z.B. eine von der HL nicht eingetragene Gesamtsumme im CRF Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung).

Aufsummierungen berücksichtigt das Programm aber auch automatisch bei der Datenverrechnung, so dass hier fehlende Einträge im CRF nicht beim Übertrag in die Datenbank ergänzt werden müssen.

2. Nachvollziehbarkeit von Änderungen in der Datenbank: Alle Änderungsschritte, die im eCRF vorgenommen wurden, werden grundsätzlich in der Datenbank festgehalten und sind unter Audit (rechts oben auf der Seite) abrufbar.

3. Ereignis erhoben: Wenn auf dem Papier CRF etwas dokumentiert ist -> „Ja“

Wenn auf dem Papier CRF nichts dokumentiert wurde -> „Nein“ + Kommentar: „kein Ereignis vorhanden“

4. Wenn in der Datenerhebung ein Bereich (z.B. Krankenhausaufenthalte, unerwünschte Ereignisse) erhoben wurde, es aber inhaltlich nichts zu erheben gab/es keine mit „Ja“ zu beantwortenden Vorkommnisse gab, ist auf dem Papier CRF ein Strich zu Beginn des Bogens zu sehen. Zutreffende „Nein“ müssen in der Datenbank dann angekreuzt werden.

5. Fehlende Aktennotizen müssen nachgeholt werden (hierbei für jeden Dateneingabeordner zu Oberst eine Aktennotiz auf dem Formblatt „Aktennotiz“):

z.B. Krankengymnastik:
-wenn KG Termine im Beobachtungszeitraum eingetragen sind: „Ja“ ankreuzen + „Anzahl“

-wenn KG eingetragen, aber keine Anzahl: „Nein“

-wenn Name Physiotherapeut da, aber keine Termine erkennbar: „Nein“

z.B. Facharztkontakte per Fax

1. Einrichtungsdaten

1.1. T0

Ein-/Ausschlusskriterien der Einrichtung

1. Allgemeine Charakteristika

2. Mitarbeiterstruktur — „Anzahl der Personen“ und „Anzahl der Vollzeitstellen“ Ergänzung von 2 Nachkommastellen -> ggf. Datennachtrag bei bereits erfassten Mitarbeitern (eventuell aus den Kommentaren in die nun vorhandenen Felder übertragen)

   2.1.3 Umbenennung von „Pflegehilfskräfte ohne pflegerische Ausbildung“ in „Pflegehilfskräfte ohne pflegerische Ausbildung mit Zertifikat“ -> Prüfen, ob Antwort bei bereits eingetragenen Daten noch zutrifft

   Heilerziehungspfleger werden unter 2.1.4 „Sonstige Mitarbeiter“ dokumentiert

3. Pflg. Organisationsform

4. Versorgung Hausärzte/Fachspezialisten

5. Heimbesuch

6. Kommunikation Hausarzt/Heim

7. Erwartungen interprof. Zusammenarbeit

8. Zusammenarbeit Apotheken

Randomisierung der Einrichtung

Randomisierungsnummer: KG (für Kontrollgruppe) und IG für Interventionsgruppe) vergeben

1.2. T2

Die Änderungen der Datenbank wurden vor der Datenerhebung T2 durchgeführt – daher sollten die oben genannten Änderungen (Einrichtungsdaten T0) hier schon bei der Datenerhebung beachtet worden sein.

1. Allgemeine Charakteristika
2. Mitarbeiterstruktur siehe oben
3. Pflg. Organisationsform
4. Versorgung Hausärzte/Fachspezialisten
5. Heimbesuch
6. Kommunikation Hausarzt/Heim
7. Erwartungen interprof. Zusammenarbeit
8. Zusammenarbeit Apotheken

2. T0

2.1. Bewohnerdaten

Stammdaten Bewohner

Datum der Einverständniserklärung – es gilt das Datum mit dem der Studienmitarbeiter unterschrieben hat (dieses liegt in der Regel nach dem Datum des Bewohners/Betreuers)

3.6. Einzugsdatum des Bewohners – es gilt hier das Startdatum der Langzeitpflege

Ein-/Ausschlusskriterien Bewohner

DSS

QoL-AD NH self

dann bei QoL-AD NH self eingeben und zusätzlich bei QoL-AD-NH proxy „Nein“ eingeben

QoL-AD NH self
wird erhoben bei nicht betreuten Bewohnern sowie
bei betreuten Bewohnern, die der Befragung mündlich zugestimmt haben, wenn

- DSS $\leq$ 4 Punkte und alle Items angekreuzt
- DSS = 1 Punkt oder 2 Punkte und es liegt zudem ein nichtbeantwortetes Item vor
- DSS = 0 Punkte und es liegen zudem 2 nichtbeantworteten Items vor

Das bedeutet, dass nicht-betreute sowie betreute Bewohner, die in der DSS einen Wert kleiner oder gleich 4 erlangen, und somit als hinreichend orientiert einzuordnen sind, mündlich befragt werden, ob sie bereit sind die Fragen zu beantworten. Falls sie dies bejahen, wird die Befragung des Qol-AD NH self und des EQ-5D-5L bei ihnen selbst durchgeführt. Falls sie dies verneinen oder es im Verlauf der Befragung Schwierigkeiten gibt, erfolgt **keine** Befragung (auch nicht proxy). Auch wenn nicht betreute Bewohner die Befragung ablehnen, erfolgt **keine** Proxybefragung.

QoL-AD NH proxy

dann bei QoL-AD NH proxy eingeben und zusätzlich bei QoL-AD NH self „Nein“ eingeben

QoL-AD NH proxy
wird sowohl bei nicht betreuten als auch bei betreuten Bewohnern erhoben, wenn:

- DSS >= 5 Punkte und alle Items angekreuzt
- DSS>= 3 Punkte bei Fehlen eines Items
- Unabhängig vom DSS bei Fehlen von zwei und mehr Items
- betreute Bewohner die self-Befragung abgelehnt haben

Gleiches gilt für EQ-5DL-5L.

EQ-5D-5L	6.a Neues Item “Einschätzung zur Gesundheit heute nicht möglich” -> ggf. Datennachtrag bei bereits erfassten Bewohnern (aus eventuell vorhandenen Kommentaren)

2.2. Primäre/Sekundäre Outcomes

Erhebung primäre/sekundäre Outcomes erfolgt

1. Krankenhausaufenthalte

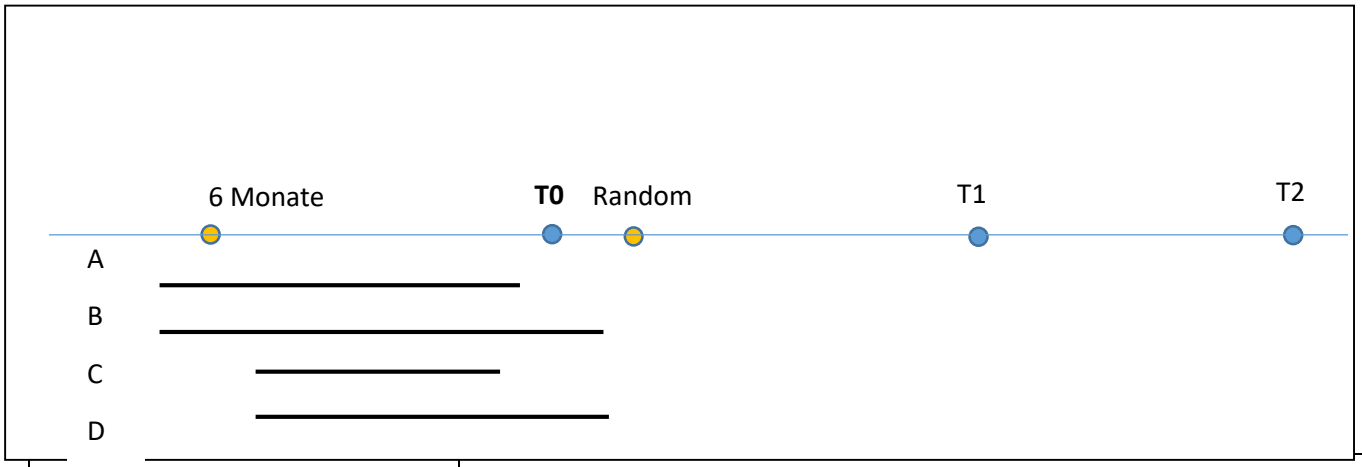
wenn KH-Aufenthalt: „Ja“ dann bei 1.b.3.b und 1.b.3.c, wenn kein weiterer Grund angegeben ist, „keine weiteren Gründe“ angeben

Entlassungsdiagnose: steht im Papier CRF meist nicht in der Spalte „Entlassungsdiagnose“ der Tabelle, sondern auf einem Extrablatt mit den Diagnosen

KH-Entlassungsdatum/-diagnose: wenn nicht bekannt, ins Kommentarfeld „nicht bekannt“/„nicht angegeben“ eingeben

Anzahl Tage Psychiatrie/Intensivstation: wenn im Papier CRF nichts angegeben ist, in der Datenbank eine „0“ eintragen

Sollte sich der Bewohner zum Zeitpunkt von T0 im Krankenhaus befunden haben, wird bei der Dateneingabe das „bis“-Datum freigelassen und um den Kommentar „Bewohner zur T0 Erhebung noch nicht entlassen“ ergänzt. Zum Zeitpunkt T1 wird der noch nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalt vervollständigt. Gleiches gilt für Krankenhausaufenthalte, die zwischen T1 und T2 stattgefunden haben.



Krankenhausaufenthalt	**Vorgehensweise bei der Dateneingabe in die Datenbank**
Aufnahme vor mehr als 6 Monaten vor T0 und Entlassung vor T0 (A)	• **T0:** KH-Start und –Ende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen
Aufnahme vor mehr als 6 Monaten vor T0 und zu T0 immer noch im Krankenhaus (B)	• **T0:** KH-Start eintragen mit Kommentar „Bewohner zur T0 Erhebung noch nicht entlassen“ (Weitere Datenerhebung zu T1)

Aufnahme während der 6 Monate vor T0 und Entlassung vor T0 (C)	• **T0**: KH-Start und -Ende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen
Aufnahme während der 6 Monate vor T0, zu T0 noch im Krankenhaus (D)	• **T0:** KH-Start eintragen mit Kommentar „Bewohner zur T0 Erhebung noch nicht entlassen“ (Weitere Datenerhebung zu T1)

2. Rehabilitation

3. Kontakt KV Notdienst

4. Kontakt Rettungsdienst

5. Hausärztliche Versorgung 5.a wenn nicht erhoben -> Grund angeben

5.1.d neue Option „nicht zu erfassen“ -> eventuell bei schon erfassten Bewohnern noch nachtragen

Wenn Hausarztkontakt zu einem Hausarztbesuch geführt hat -> wird es nur als Besuch angegeben

Zu 5.2 Angaben zum Hausarztbesuch im Heim

Grundsätzlich gilt: Es darf nur ein Kreuz - entweder bei „Routinebesuch“ oder bei „Akuter Anlass“ – gesetzt werden!

Problematik: Im Papier-CRF wurde bei der Art des Hausarztbesuches im Heim in Einzelfällen **„Routinebesuch ohne festes Zeitschema“** und **„Akuter Anlass, initiiert durch“** gleichzeitig angekreuzt; im eCRF ist aber nur 1 Kreuz zulässig und vorgesehen.

Regelung für die Datenbankeingabe bei erfolgten Doppeleinträgen im Papier-CRF:

- ☛ Der Hausbesuch wird als akut gewertet, wenn auch eine initiierende Person angekreuzt wurde.
- ☛ Der Hausbesuch wird als Routinebesuch gewertet, wenn „nicht zu erfassen“ angekreuzt wurde.

6. Fachspezialistenkontakt	Wenn kein Fachspezialistenkontakt stattfand: 6. „Nein“ + bei 6.a Kommentar: „kein Ereignis vorhanden“ Wenn ein Fachspezialistenkontakt stattfand: „Ja“ + Anzahl. Bei den Fachspezialisten die nicht stattfanden, muss dann „Nein“ angekreuzt werden (auch wenn aus Übersichtlichkeitsgründen im Papier CRF nicht jedes zutreffende „Nein“ angekreuzt wurde). Erhoben werden telefonische Kontakte, persönliche Kontakte und Kontakte per Fax. Seit der letzten Datenbankänderung werden Kontakte per Fax nicht mehr ins Kommentarfeld eingegeben, sondern direkt in die jetzt dafür vorgesehenen Felder. Schon vorgenommene Einträge müssen entsprechend umgeändert werden.
7. therap. Leistungen	Wenn keine therapeutische Leistung stattfand: 7.„Nein“ + bei 7.a Kommentar: „kein Ereignis vorhanden“ Wenn eine therapeutische Leistung stattfand: „Ja“ + Anzahl. Bei den therapeutischen Leistungen die nicht stattfanden/Sonstige, muss dann „Nein“ angekreuzt werden (auch wenn aus Übersichtlichkeitsgründen im Papier CRF nicht jedes zutreffende „Nein“ angekreuzt wurde)
8. Krankentransporte	neues Item „nicht zu erfassen“ –> eventuell bei schon erfassten Bewohnern noch nachtragen
9. Unerwünschte Ereignisse	Wenn kein Unerwünschtes Ereignis stattfand: 9.„Nein“ + bei 9.a Kommentar: „kein Ereignis erhoben“ Wenn ein unerwünschtes Ereignis stattfand: 9.„Ja“ + Angabe des unerwünschten Ereignisses. Hierbei ist zu beachten, dass jedes zutreffende „Nein“ angekreuzt werden muss (auch wenn im Papier CRF aus Übersichtlichkeitsgründen nicht jedes einzelne „Nein“ angekreuzt wurde – es aber deutliche wird, dass die Daten erhoben wurden und es keine weiteren mit „Ja“ zu beantwortenden Vorkommnisse gab) Es wird unter 9.4. „Ist für den Bewohner in den vergangenen 6 Monaten eine oder mehrere der nachfolgenden chronischen Wunden bzw. Hautveränderungen dokumentiert?“ „Ja“/ „Nein“ erfragt und weiter soll unter 9.4.1 „Art und Zustand der Wunde zum Zeitpunkt der Erhebung?“ erhoben werden. Im Verlauf der Studie wurde hier entschieden, dass nur die chronischen Wunden mit Ausprägung zum Tag der Erhebung erfasst werden

sollen (Punktprävalenz). Die Datenbank wurde (bis zum Erstellen der vorliegenden SOP) nicht angepasst.

10. Medikation zum Messzeitpunkt

Bei der Angabe der Medikamente müssen Handelsname/Dosierung/Wirkstoff/Einnahmeschema/Darreichungsform und Priscus eingegeben werden. Mit Hilfe der Suchfunktion des Katalogs können der Wirkstoff und Priscus „Ja“/„Nein“ gefunden und händisch in die Betreffenden Felder eingetragen werden. Bei Präparaten mit mehr als zwei Wirkstoffkomponenten, z.B. Multivitaminpräparaten, werden die weiteren Wirkstoffe ins Kommentarfeld eingetragen. Wenn ein Medikament im Katalog nicht zu finden ist, könne trotzdem die Angaben zu Handelsname/Dosis/Wirkstoff gemacht werden. Das untere Feld mit den Katalogangaben bleibt dann einfach frei.

10.1a1 Handelsname/Stärke/Einheit: hier wird der angegebene Handelsname des Medikamentes mit der Stärke eingetragen (z.B. Ramipril Ratiopharm 5mg)

10.1a2 ist eine von der Stärke des Präparates abweichende Dosierung der Einzelgabe dokumentiert, wird diese hier eingetragen (es sollen keine Dosierungen bei der Dateneingabe berechnet werden) bei z.B. Movicol „Beutel“ angeben, bei z.B. Insulin kann die Menge IE pro Einzeldosis angegeben werden – bei 10.1a4 – 10.1.7 kann die Menge der gespritzten Einheiten angegeben werden, bei z.B. Spray kann die Menge an Wirkstoff pro Hub angegeben werden – bei 10.1a4 – 10.1.7 werden die Hubmengen angegeben, bei z.B. Tropfen kann die Wirkstoffmenge pro ml angegeben werden – bei 10.1a4 – 10.1a7 wird die „Tropfenanzahl“ +“°“ eingegeben Generell: die Daten sollen so wie in der Bewohnerdokumentation angegeben auch erhoben/in die Datenbank eingegeben werden. Wenn nicht klar ist, wo etwas erfasst werden soll, sollte dies ins Kommentarfeld eingegeben werden.

10.1a2a. neues Item „Dosierung nicht zu erfassen“ -> ggf. Datennachtrag der bereits erfassten Bewohner

10.1a3 Wirkstoff: eventuell Datennachtrag mithilfe des Katalogs (siehe oben)

10.1a4 – 7 morgens/mittags/abends/zur Nacht: z.B. 1-1-1-1 oder 0,5-0-0-0 (wichtig: alle „0“ müssen angegeben werden)

10.1a8. die Darreichungsform „Inhalativ i.m.“ wurde aufgeteilt in zwei Optionen „inhalativ“ und „i.m.“ -> hier die Einträge prüfen und ggf. umtragen

10.1a9 Priscus nachtragen (siehe oben)

Bei nicht täglich eingenommenen Medikamenten wird der Einnahme-Rhythmus ins Kommentarfeld eingetragen.

Generell: die Daten sollen so wie in der Bewohnerdokumentation angegeben auch erhoben/in die Datenbank eingegeben werden. Wenn nicht klar ist wo etwas erfasst werden soll, sollte dies ins Kommentarfeld eingegeben werden.

Die Angaben zur Darreichungsform werden nicht vom Papier CRF in die Datenbank übertragen

10. Medikation zum Messzeitpunkt – Bedarfsmedikation

Bei der Angabe der Medikamente müssen Handelsname/Dosierung/Wirkstoff/Einnahmeschema/Darreich-ungsform und Priscus eingegeben werden. Mit Hilfe der Suchfunktion des Katalogs können der Wirkstoff und Priscus „Ja“/„Nein“ gefunden und händisch in die Betreffenden Felder eingetragen werden. Wenn ein Medikament im Katalog nicht zu finden ist, könne trotzdem die Angaben zu Handelsname/Dosis/Wirkstoff gemacht werden. Das untere Feld mit den Katalogangaben bleibt dann einfach frei.

10.2a2 ist eine von der Stärke des Präparates abweichende Dosierung der Einzelgabe dokumentiert, wird diese hier eingetragen (siehe oben)

10.2a2a. neues Item „Dosierung nicht zu erfassen“ -> ggf. Datennachtrag der bereits erfassten Bewohner

10.2.a.5. die Darreichungsform „Inhalativ i.m.“ wurde aufgeteilt in zwei Optionen „inhalativ“ und „i.m.“ -> hier die Einträge prüfen und ggf. umtragen

Unter 10.2a4 wird eingetragen, wie viel Medikament in 24 h maximal verabreicht wird (z.B. bei Tabletten 4 Stck/24 Stunden)

Beispiel: Paracetamol 500 mg, Einzelgabe: 1000 mg, Maximale Tagesdosierung: 4 x 1000 mg/24 h *oder* 4 x 2 Stück in 24 h

Auch hier gilt: die Daten sollen so wie in der Bewohnerdokumentation angegeben auch erhoben/in die Datenbank eingegeben werden. Es soll keine eigene Transferleistung erfolgen (z.B. soll nicht ausgerechnet werden wieviel mg Wirkstoff der Bewohner erhält, wenn er 3 x 600mg Ibuprofen/24 Stunden erhalten darf). Wenn nicht klar ist, wo etwas erfasst werden soll, sollte dies ins Kommentarfeld eingegeben werden.

Die Angaben zur Darreichungsform werden nicht vom Papier CRF in die Datenbank übertragen!

3. T1

3.1. Primäre/Sekundäre Outcomes

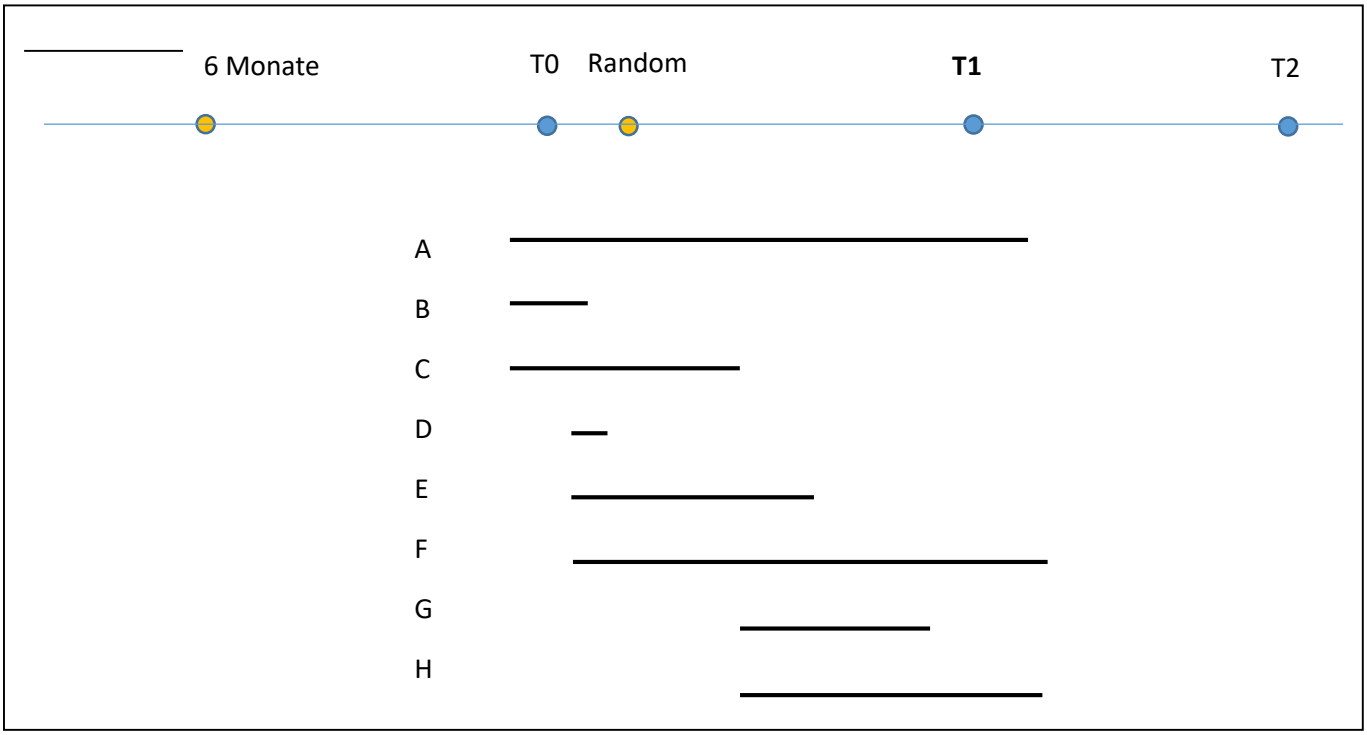
Erhebung primäre/sekundäre Outcomes erfolgt

Studie vorzeitig beendet

1. Krankenhausaufenthalte

Sollte sich der Bewohner zum Zeitpunkt von T1 im Krankenhaus befunden haben, wird bei der Dateneingabe das „bis“-Datum freigelassen und um den Kommentar „Bewohner zur T1 Erhebung noch nicht entlassen“ ergänzt. Zum Zeitpunkt T2 wird der noch nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalt vervollständigt.

Krankenhausformblatt beachten und eventuelle Krankenhausaufenthalte von T0, welche nun bei T1 vervollständigt werden konnten in der Datenbank bei T1 erneut und nun vollständig erfassen (z.B. Angaben von Entlassungsdatum und Entlassungsdiagnosen).



Krankenhausaufenthalt	**Vorgehensweise bei der Dateneingabe in die Datenbank**
zu T0 im Krankenhaus und ebenfalls zu T1 (A)	• **T1:** KH-Start eintragen und Kommentar „Bewohner zur T1 Erhebung noch nicht entlassen“ (Weitere Datenerhebung zu T2)
zu T0 im Krankenhaus, Entlassung zwischen T0 und Randomisierung (B)	• **T1:** KH-Start und -Aufenthaltsende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen Kommentar: „Bewohner zwischen T0 und Randomisierung entlassen“
zu T0 im Krankenhaus, Entlassung zwischen Randomisierung und T1 (C)	• **T1:** KH-Aufenthaltsstart und -ende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen
Aufnahme nach T0 Entlassung vor Randomisierung (D)	• KH- Aufenthalt wird nicht erfasst!, da er nicht im Erhebungszeitraum liegt
Aufnahme nach T0 und vor Randomisierung, Entlassung zwischen Randomisierung und T1 (E)	• **T1**: KH-Start und -ende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen
Aufnahme nach T0 und vor Randomisierung und zu T1 immer noch im Krankenhaus (F)	• **T1**: KH-Start eintragen mit Kommentar „Bewohner zur T1 Erhebung noch nicht entlassen“ (Weitere Datenerhebung zu T2)
Aufnahme nach Randomisierung und vor T1, Entlassung vor T1 (G)	• **T1**: KH-Start und -ende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen
Aufnahme nach Randomisierung und vor T1, zu T1 immer noch im Krankenhaus (H)	• **T1:** KH-Start eintragen mit Kommentar „Bewohner zur T1 Erhebung noch nicht entlassen“ (Weitere Datenerhebung zu T2)

Bei der späteren Datenauswertung werden dann nur die Krankenhaustage, die in den Erhebungszeiträumen liegen, berücksichtigt.

2. Rehabilitation

3. Kontakt KV Notdienst

4. Kontakt Rettungsdienst

5. Hausärztliche Versorgung siehe oben

6. Fachspezialistenkontakt	siehe oben
7. therap. Leistungen	siehe oben
8. Krankentransporte	siehe oben
9. Unerwünschte Ereignisse	siehe oben
10. Medikation zum Messzeitpunkt	siehe oben
10. Medikation zum Messzeitpunkt – Bedarfsmedikation	siehe oben

4. T2

4.1. Bewohnerdaten

DSS

QoL-AD NH self dann bei QoL-AD NH self eingeben und zusätzlich
bei QoL-AD-NH proxy „Nein“ eingeben

QoL-AD NH self
wird erhoben bei nicht betreuten Bewohnern sowie
bei betreuten Bewohnern, die der Befragung mündlich zugestimmt haben, wenn

- DSS ≤ 4 Punkte und alle Items angekreuzt
- DSS = 1 Punkt oder 2 Punkte und es liegt zudem ein nichtbeantwortetes Item vor
- DSS = 0 Punkte und es liegen zudem 2 nichtbeantworteten Items vor

Das bedeutet, dass nicht-betreute sowie betreute Bewohner, die in der DSS einen Wert kleiner oder gleich 4 erlangen, und somit als hinreichend orientiert einzuordnen sind, mündlich befragt werden, ob sie bereit sind die Fragen zu beantworten. Falls sie dies bejahen, wird die Befragung des Qol-AD NH self und des EQ-5D-5L bei ihnen selbst durchgeführt. Falls sie dies verneinen oder es im Verlauf der Befragung Schwierigkeiten gibt, erfolgt **keine** Befragung (auch nicht proxy). Auch wenn nicht betreute Bewohner die Befragung ablehnen, erfolgt **keine** Proxybefragung.

QoL-AD NH proxy dann bei QoL-AD NH proxy eingeben und zusätzlich
bei QoL-AD NH self „Nein“ eingeben

QoL-AD NH proxy
wird sowohl bei nicht betreuten als auch bei betreuten Bewohnern erhoben, wenn:

- DSS >= 5 Punkte und alle Items angekreuzt
- DSS>= 3 Punkte bei Fehlen eines Items
- Unabhängig vom DSS bei Fehlen von zwei und mehr Items
- betreute Bewohner die self-Befragung abgelehnt haben

Gleiches gilt für EQ-5DL-5L.

EQ-5D-5L 6.a Neues Item “Einschätzung zur Gesundheit heute nicht möglich”
-> ggf. Datennachtrag bei bereits erfassten Bewohnern

4.2. Primäre/Sekundäre Outcomes

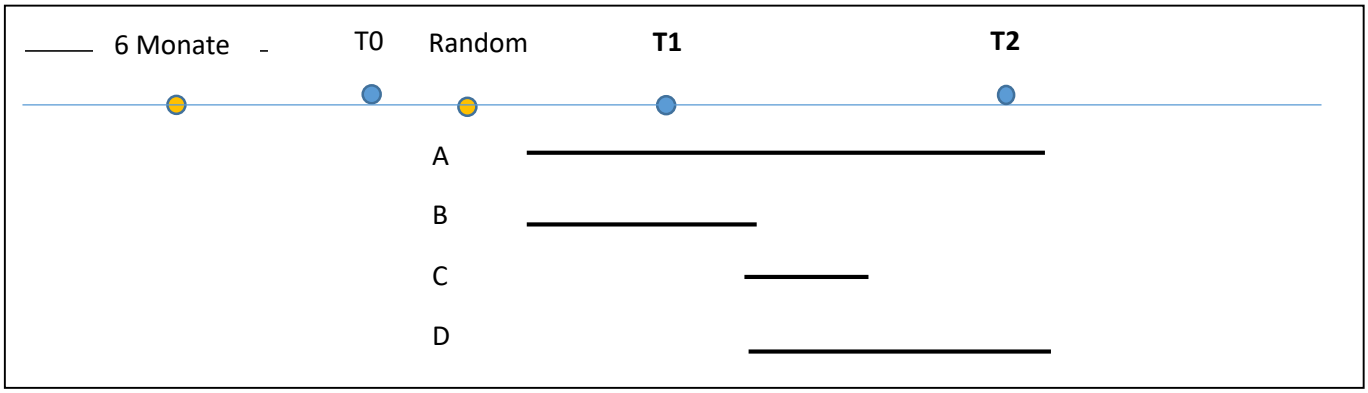
Erhebung primäre/sekundäre Outcomes erfolgt

Studie vorzeitig beendet

1. Krankenhausaufenthalte

Sollte sich der Bewohner zum Zeitpunkt von T2 im Krankenhaus befunden haben, wird in das „bis"-Datum das Datum von T2 eingetragen (der Beobachtungszeitraum von 12 Monaten ist beendet) und der Kommentar „Bewohner zum Zeitpunkt der T2 Erhebung noch nicht entlassen" eingefügt.

Krankenhausformblatt beachten und eventuelle Krankenhausaufenthalte von T0 und T1, welche nun bei T2 vervollständigt werden konnten in der Datenbank bei T2 erneut und nun vollständig erfassen (z.B. Angaben von Entlassungsdatum und Entlassungsdiagnosen).



Krankenhausaufenthalt	**Vorgehensweise bei der Dateneingabe**
zu T1 im Krankenhaus und ebenfalls zu T2 (A)	• **T2:** KH-Aufenthaltsstart und -Aufenthaltsende (entspricht dem T2 Erhebungstag), Entlassungsdiagnosen können nicht eingetragen werden, Kommentar „Bewohner zur T2 Erhebung noch nicht entlassen"
zu T1 im Krankenhaus, Entlassung vor T2 (B)	• **T2**: KH-Aufenthaltsstart und - ende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen
Aufnahme nach T1 und Entlassung vor T2 (C)	• **T2**: KH-Start und - ende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen
Aufnahme nach T1 und zu T2 immer noch im Krankenhaus(D)	• **T2**: KH-Start und – ende (entspricht dem T2 Erhebungstag) eintragen, Entlassungsdiagnosen können nicht eingetragen werden, Kommentar „Bewohner zur T2 Erhebung noch nicht entlassen"

2. Rehabilitation

3. Kontakt KV Notdienst

4. Kontakt Rettungsdienst

5. Hausärztliche Versorgung	siehe oben
6. Fachspezialistenkontakt	siehe oben
7. therap. Leistungen	siehe oben
8. Krankentransporte	siehe oben
9. Unerwünschte Ereignisse	siehe oben
10. Medikation zum Messzeitpunkt	siehe oben
10. Medikation zum Messzeitpunkt – Bedarfsmedikation	siehe oben

SOP - Dateneingabe und Review A im Rahmen PE-Datenbank

Allgemeines:

Die vorliegende SOP richtet sich an alle Personen, die erhobene Daten in die Datenbank eingeben, sowie im Anschluss das Review A setzen. Wie bekannt, soll anhand des Review A die korrekte Dateneingabe überprüft werden. Entsprechend muss auf allen eingegebenen Daten ein Review A erfolgen.

Die PE-Datenbank ist in der Datenbank zur *interprof* ACT-Hauptstudie integriert. Dementsprechend müssen alle Bewohner bzw. alle anderen IDs, worüber die Fragebögen und Protokolle der Prozessevaluation eingegeben werden, zunächst in der Hauptstudie angelegt sein. Wie dies konkret erfolgt, ist unter dem Abschnitt 1.2 Anlegen einer neuen (Bewohner)-ID ersichtlich.

Aufgrund der eben beschriebenen Struktur ist in der Datenbank immer von „Bewohner“ die Rede, zum Beispiel, wenn eine neue ID angelegt wird. Eine neu angelegte Bewohner-ID erhält nach dem Anlegen eine neue Rolle. Je nach Auswahl der Rolle, werden die verschiedenen Fragebögen und Protokolle zu dieser Rolle sichtbar. Eine Dateneingabe kann dann im Anschluss erfolgen. Die Besonderheit der PE-Datenbank besteht darin, dass sich hinter gewissen Rollen mehrere Fragebögen und Protokolle befinden. Die vorliegende SOP orientiert sich an der Struktur dieser Rollen. Das heißt, die Erklärungen zu den einzelnen PE-Fragebögen und PE-Protokollen befinden sich unter den Abschnitten zu den einzelnen Rollen. Welcher Fragebogen bzw. welches Protokoll zu welcher Rolle gehört, kann der Tabelle 2 auf Seite 11 unter dem Abschnitt 1.3 Rollenauswahl und -Bezeichnung entnommen werden.

Sollten Fragen zur PE-Datenbank, sowie zur damit verbundenen Dateneingabe und Review A bestehen, meldet Euch gerne unter den nachfolgend angegebenen Kontaktdaten:

Linda Gärtner Tel.: 0451/9299 5115 linda.gaertner@uksh.de

Frederike Lüth Tel.: 0451/9299 5116 frederike.lueth@uksh.de

Inhaltsverzeichnis

1 Allgemeine Hinweise zur PE-Datenbank 4
1.1. Grundsätzliches 4
1.2 Anlegen einer neuen (Bewohner)-ID 4
1.3. Rollenauswahl und -Bezeichnung 9
1.4 Neue Visite 13
1.5 Wiederaufnahme der Dateneingabe 14
2 Allgemeine Hinweise zur Dateneingabe 15
2.1 Persönlicher Code 15
2.2 Missing Value 16
2.3 Datum innerhalb der Rolle 17
2.4 Stundenangaben 18
2.5 Umgang mit Skalenwerten 18
3. Dateneingabe 18
3.1 Rolle: Hausarzt/-ärztin 19
3.1.1 PE-QUAN 1: Hausarzt-Fragebogen T0 19
3.1.2 PE-QUAN 1a: Hausarzt-Fragebogen T2 20
3.2 Rolle: Pflegende 20
3.2.1 PE-QUAN 2: Pflegenden-Fragebogen T0 20
3.2.2 PE-QUAN 2a: Pflegenden-Fragebogen T2 21
3.3 Rolle Bewohner 23
3.3.1 PE-QUAN 3: Bewohner-Fragebogen T0/T2 23
3.4 Rolle: IPAV 24
3.4.1 PE-QUAN 4a: Fragebogen zur 1. IPAV-Schulung 24
3.4.2 PE-QUAN 4b: Fragebogen zur 2. IPAV-Schulung 25
3.4.3 PE-QUAN 12: T1-IPAV-Fragebogen 25
3.4.4 PE-QUAN 13: T2-IPAV-Fragebogen 26
3.4.5 PE-QUAN 14b: Basisfragebogen bei IPAV-Wechsel 27
3.5 Rolle: Einrichtung 28
3.5.1 PE-QUAN 5: Kick-off Treffen Teilnehmer 28
3.5.2 PE-QUAN 6: Kick-off Treffen Moderator 29
3.6 Rolle: Klarname 29
3.6.1 PE-QUAN 9: Protokoll des Kick-off Treffens 29
3.7 Rolle: Erfasser 31
3.7.1 PE-QUAN 7a: Protokoll 1. Schulung 32
3.7.2 PE-QUAN 7b: Protokoll 2. Schulung 32

3.7.3 PE-QUAN 7c: Protokoll IPAV-Nachschulung 33
3.7.4 PE-QUAN 8: Allgemeine Angaben Schulende 34
3.7.5 PE-QUAN 10: Protokoll Supervision Vor-Ort 34
3.7.6 PE-QUAN 11: Kurzbogen Supervisionskontakte 36
3.7.7 PE-QUAN 14a: IPAV-Wechsel 37
3.7.8 PE-QUAN 15: Befragung zur Verblindung 38

1 Allgemeine Hinweise zur PE-Datenbank

1.1. Grundsätzliches

Das Anmelden in der Datenbank erfolgt, wie gewohnt, über die Produktivdatenbank der Studie *interprof* ACT:

https://st01.mi.med.uni-goettingen.de/cgi-bin/WebObjects/productive-DataCapture.woa/1/wo/t2b5UxYwetpD1kBmqVc1H0_0KSMD/4.19.0

Zur Übung kann gerne die Testdatenbank verwendet werden:

https://st01.mi.med.uni-goettingen.de/cgi-bin/WebObjects/setup-DataCapture.woa/wa/choose?customer=KSMD

Weitere Informationen zum Thema Anmeldung und allgemeine Informationen zum Umgang mit secu-Trial findet Ihr im Benutzerhandbuch der Datenbank.



interprofACT_eCRF-Benutzerhandbuch_V1_0_20180122.pdf

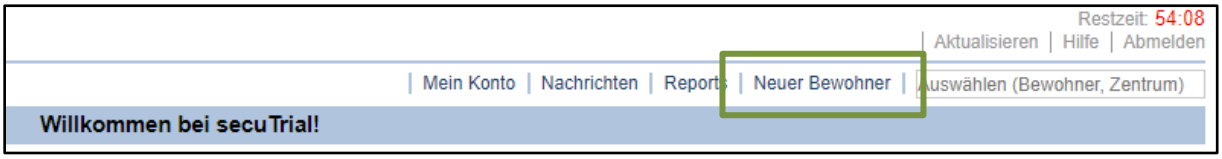
Die PE-Datenbank ist in der Datenbank zur Hauptstudie integriert. Um in der PE-Datenbank erhobene Daten einzugeben, benötigt Ihr eine zusätzliche Berechtigung dafür. Bei fehlender Berechtigung meldet Euch gerne bei Herrn Pfeiffer (Sebastian.Pfeiffer2@med.uni-goettingen.de), er schaltet Euch dann entsprechend frei.

1.2 Anlegen einer neuen (Bewohner)-ID

Bevor erhobene Daten in die Datenbank eingegeben werden können, müssen neue IDs generiert werden. Die einzige Ausnahme bilden hierbei die bereits vorhandenen Bewohner-IDs aus der Hauptstudie. Wie bei bereits hinterlegten Bewohner-IDs und der Eingabe der Fragebögen PE-QUAN 3 (Bewohnerfragebogen) verfahren wird, ist unter den Abschnitt 3.3 Rolle Bewohner zu finden.

Im Nachfolgenden wird verdeutlicht, wie eine neue ID für die Eingabe der Fragebögen und Protokolle generiert wird. Egal ob es sich um einen Hausarztfragebogen oder das Protokoll des Kick-off Treffens handelt, es muss eine neue ID entstehen. Aufgrund der vorhandenen Struktur muss diese neue ID zunächst in der Hauptstudie angelegt werden, bevor diese ID in die PE-Datenbank übernommen werden kann:

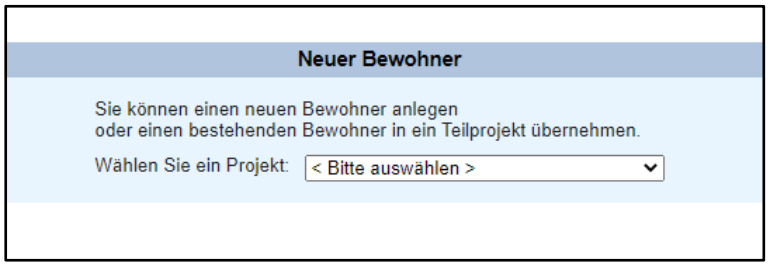
Schritt 1: **Auswahl „Neuer Bewohner“** *auf der Willkommensseite in der Leiste oben rechts*



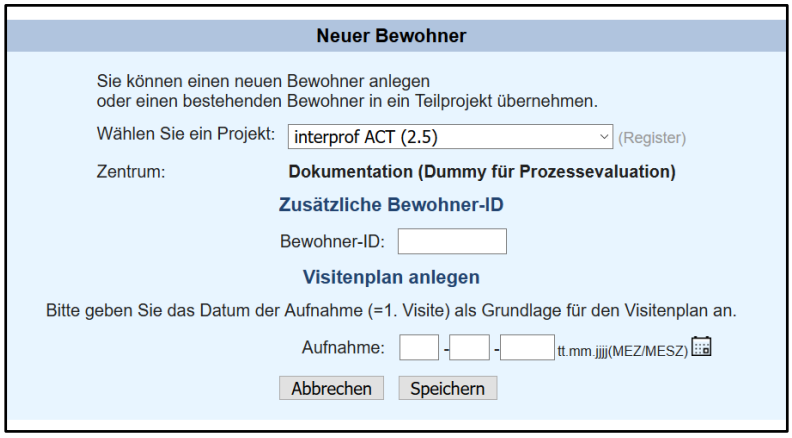
Die Bezeichnung „Bewohner“ ist dem geschuldet, dass die PE-Datenbank der Struktur der Datenbank der Hauptstudie folgt.

Schritt 2: **Anlegen einer neuen ID in der Hauptstudie**

Nachdem „Neuer Bewohner“ angeklickt wurde, erscheint die nachfolgende Ansicht:



Als Projekt muss die Hauptstudie „**interprof ACT (2.5)**“ ausgewählt werden.
Danach erscheint automatisch das Nachfolgende:



Anschließend gebt Ihr unter der Bewohner-ID eine entsprechende und für den Fragebogen passende ID ein. Wie die ID genau formuliert wird, wird unter den jeweiligen Rollen bzw. Fragebögen detaillierter erklärt. Nachfolgend findet Ihr in der Tabelle eine Zusammenfassung der IDs:

Rolle	**ID-Vorlage (inkl. Beispiel)**	**Für detailliertere Informationen, siehe …**
HA	Studienzentrumsbuchstabe - HA - Persönlicher Code (z.B. B-HA-L12W)	3.1 Rolle: Hausarzt/-ärztin

Pflegende	Einrichtungs-ID - PF - fortlaufende Nummer (z.B. B01-PF-01)	3.2 Rolle: Pflegende
Bewohner	Keine Generierung einer neuen ID, vorhandene ID aus der Hauptstudie wird genutzt.	3.3 Rolle Bewohner
IPAV	Einrichtungs-ID - IPAV - Persönlicher Code (z.B. B01-IPAV-M21P)	3.4 Rolle: IPAV
Kick-off Protokoll	Einrichtungs-ID - KO (z.B. B01-KO)	3.6 Rolle: Klarname
Kick-off Teilnehmer	Einrichtungs-ID - KT (z.B. B01-KT)	3.5.1 PE-QUAN 5: Kick-off Treffen Teilnehmer
Kick-off Moderator	Einrichtungs-ID - KM (z.B. B01-KM)	3.5.2 PE-QUAN 6: Kick-off Treffen Moderator
Erfasser	Einrichtungs-ID - Erfasser-ID (z.B. B01-EFB11)	3.7 Rolle: Erfasser

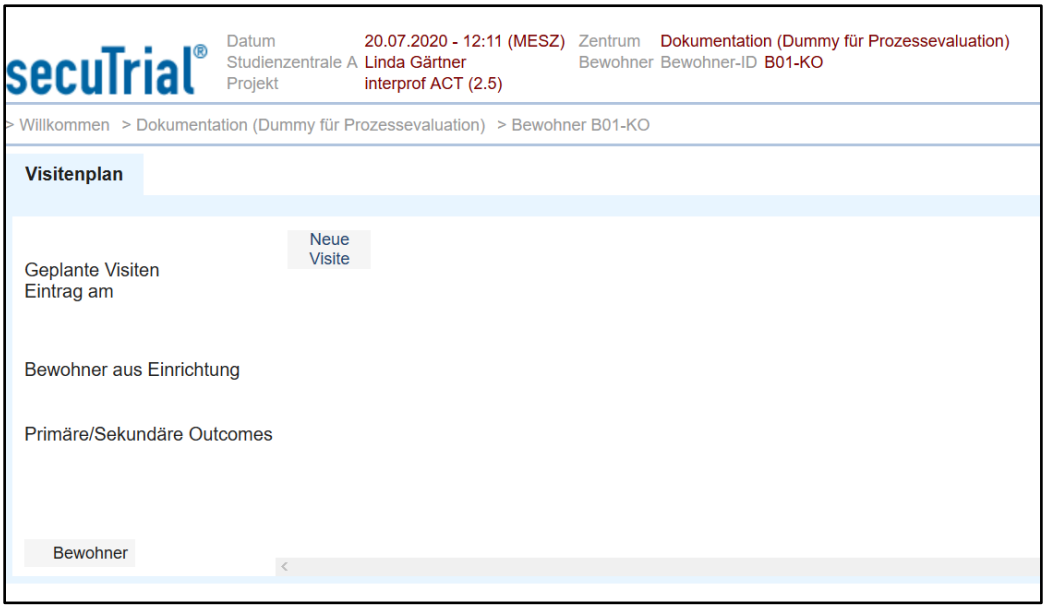
Tabelle 1 Vorlage zur Generierung der IDs

Als Datum für den Visitenplan wählt bitte das frühste Datum der Datenerhebung, da die einzugebenden Fragebögen nicht vor dem hier hinterlegtem Zeitpunkt datiert werden können. Wenn Ihr z.B. die Schulungsprotokolle eingeben wollt, so gebt Ihr bei dem Visitenplan-Datum, dass Datum der 1. Schulung ein.

Nach Eingabe der ID, sowie dem Datum des Visitenplans und dem Klicken auf „Speichern“ erscheint der folgende Hinweis: (Als Beispiel wurde hier der Bewohner B01-KO angelegt).



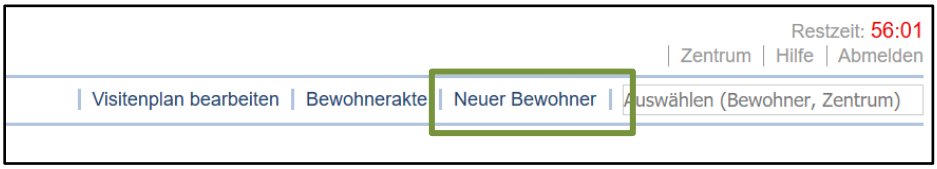
Nach dem Klicken auf „Weiter“ seht Ihr die gewohnte Ansicht der Dateneingabe in der Hauptstudie, siehe folgendes Bild:



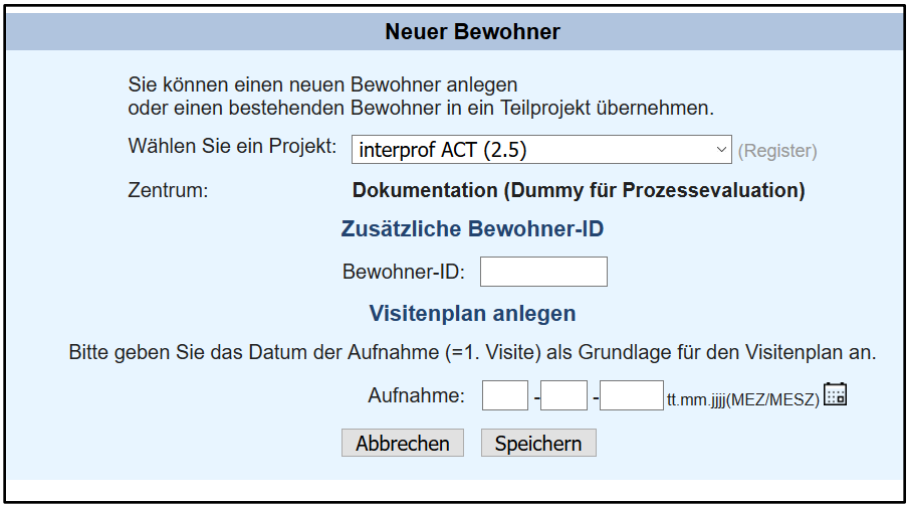
An dieser Stelle werden keine Daten eingegeben, da es sich lediglich um eine Dummy-Variable in der Hauptstudie handelt.

Schritt 3: **Übernahme der ID in die PE-Datenbank**

Sobald Ihr in der gewohnten Ansicht der Hauptstudie seid (siehe vorangegangenes Bild), muss anschließend erneut „Neuer Bewohner“ ausgewählt werden (*oben rechts in der Leiste*):

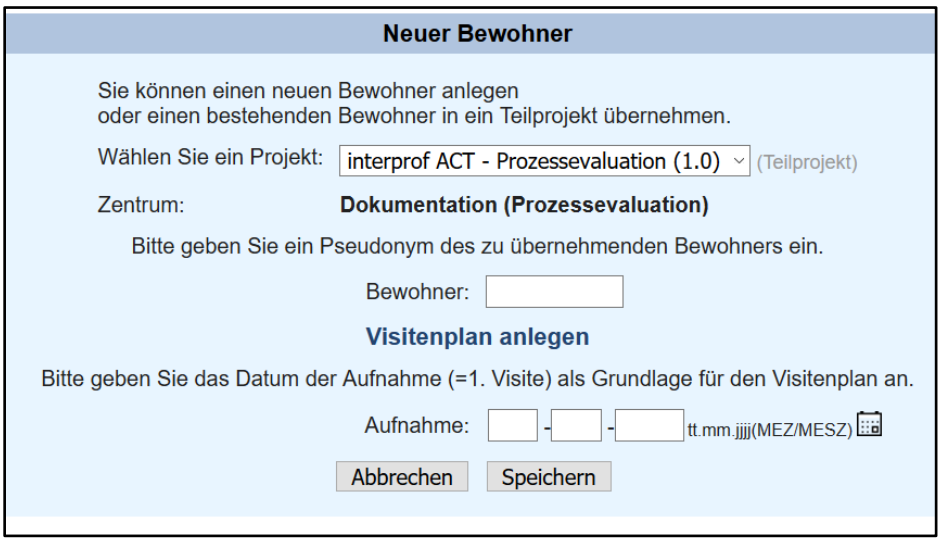


Danach erscheint die bereits bekannte, nachfolgende Ansicht:

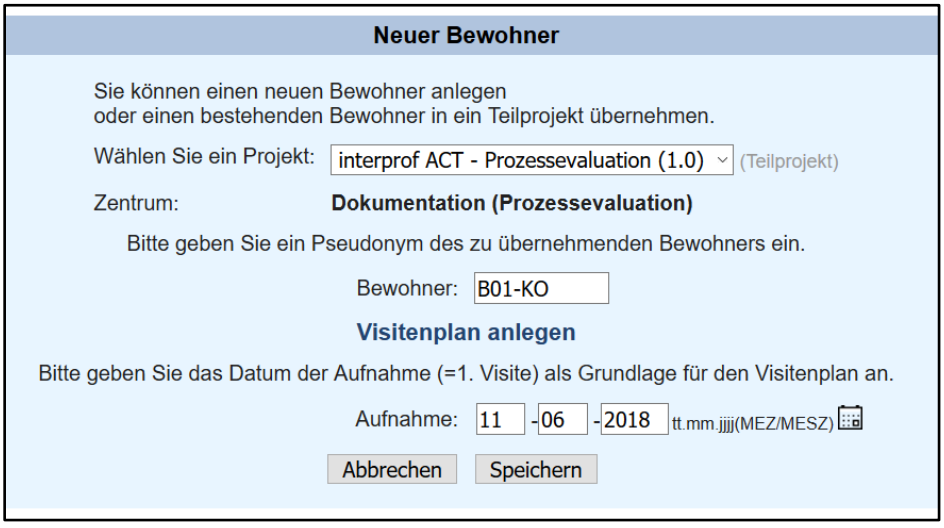


An dieser Stelle muss das Projekt (nun hier voreingestellt „interprof ACT (2.5)“) zu „**interprof ACT – Prozessevaluation (1.0)**“ geändert werden. Zur Änderung des Projektes nutzt den vorhandenen Pfeil, dort ist das Projekt für die Prozessevaluation bereits hinterlegt.

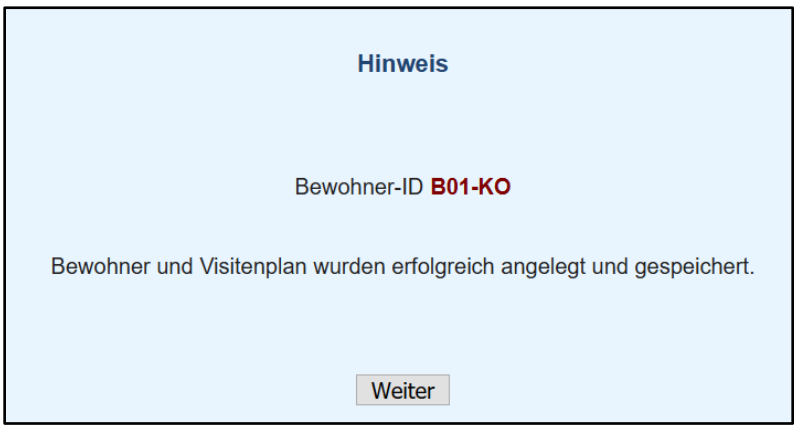
Nach Änderung des Projektes erscheint automatisch die nachfolgende Ansicht:



Bei „Bewohner“ soll hier die bereits, wie unter Schritt 2, generierte ID eingegeben werden, mit dem gleichen Datum des Visitenplans, siehe nachfolgendes Beispiel:



Anschließend auf „Speichern“ klicken. Sobald dies geschehen ist, erscheint erneut der Hinweis:



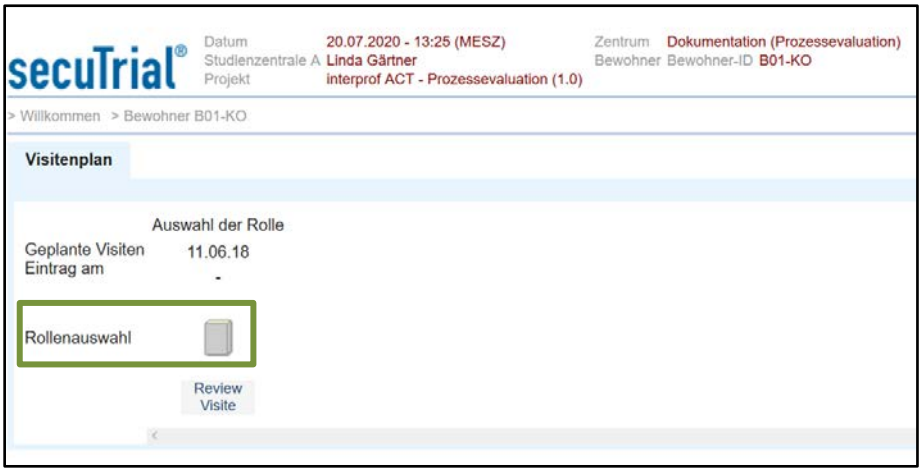
Nach dem Klicken auf „Weiter“ ist die Startseite der PE-Datenbank sichtbar:



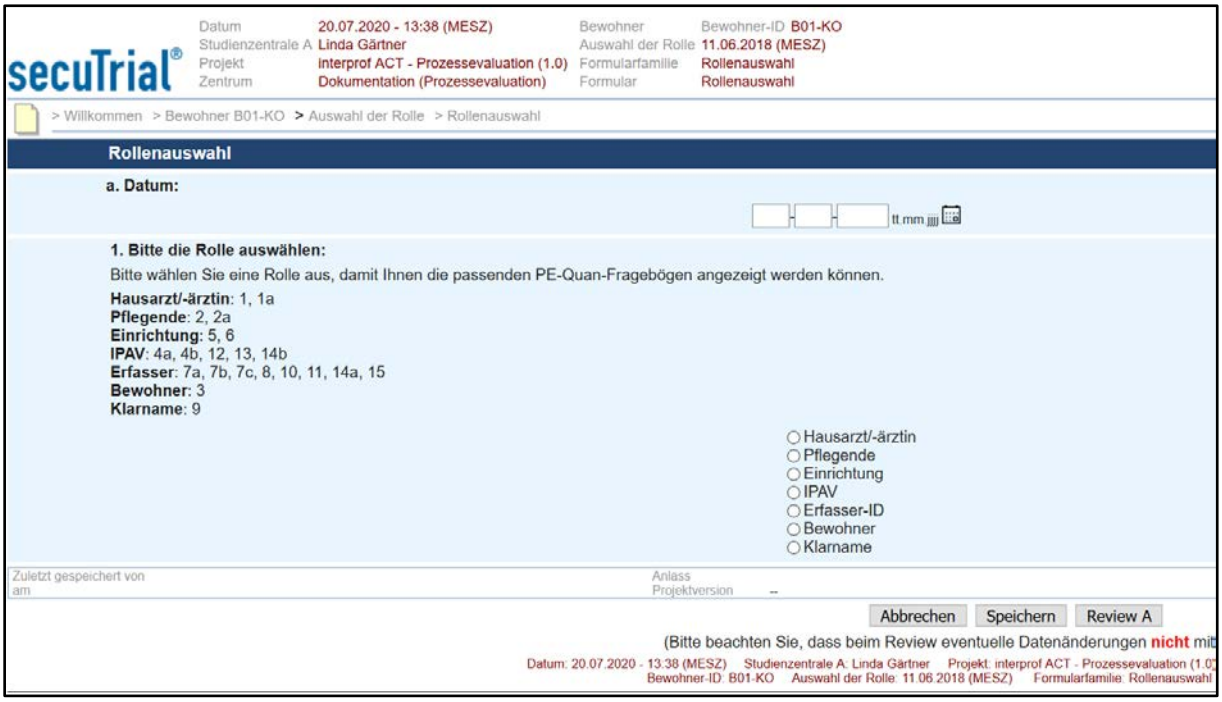
Die ID ist somit in der PE-Datenbank angelegt. Um die Daten einzugeben, ist es zuvor nötig eine Rolle auszuwählen.

1.3. Rollenauswahl und -Bezeichnung

Sobald eine ID erfolgreich in die PE-Datenbank übernommen wurde, ist die Auswahl der richtigen Rolle nötig. Hinter den einzelnen Rollen verbergen sich die einzelnen PE-Fragebögen und PE-Protokolle. Welche Rollen zur Verfügung stehen, wird beim Klicken auf das Formular „Rollenauswahl“ sichtbar.



Formular „Rollenauswahl“:



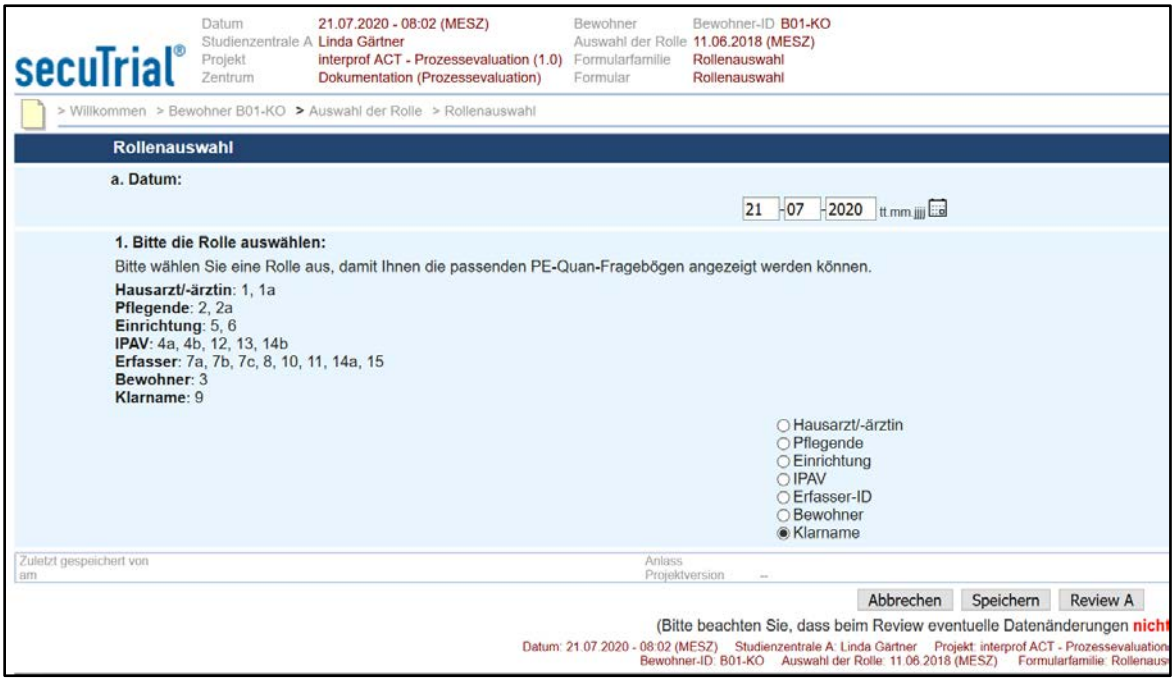
Es stehen demnach sieben unterschiedliche Rollen (Hausarzt/-ärztin; Pflegende, Einrichtung, IPAV, Erfasser, Bewohner, Klarname) zur Verfügung. Hinter den jeweiligen Rollen sind die Zahlen der dort hinterlegten PE-QUAN-Fragebögen und –Protokolle erkennbar. Wird demnach z.B. die Rolle der IPAV ausgewählt, besteht die Möglichkeit die Fragebögen PE-QUAN 4a/b, 12, 13 und 14b einzugeben. In der nachfolgenden Tabelle findet Ihr eine zusammenfassende Übersicht zu den Rollen und den hinterlegten PE-Fragebögen und –Protokollen.

Bezeichnung PE-Dokument	Dokumentenbeschreibung
Rolle: Hausarzt	
PE-QUAN 1(a)	Hausarzt-Fragebogen T0/T2
Rolle: Pflegende	
PE-QUAN 2(a)	Pflegenden-Fragebogen T0/T2
Rolle: Bewohner	
PE-QUAN 3	Bewohner-Fragebogen T0/T2
Rolle: IPAV	
PE-QUAN 4a	1. IPAV-Schulung Fragebogen
PE-QUAN 4b	2. IPAV-Schulung Fragebogen
PE-QUAN 12	T1-IPAV-Fragebogen
PE-QUAN 13	T2-IPAV-Fragebogen
PE-QUAN 14b	Basis-Fragebogen IPAV-Wechsel
Rolle: Einrichtung	
PE-QUAN 5	Kick-off Treffen Teilnehmer
PE-QUAN 6	Kick-off Treffen Moderator
Rolle: Erfasser	
PE-QUAN 7a	Protokoll 1. Schulung
PE-QUAN 7b	Protokoll 2. Schulung
PE-QUAN 7c	Protokoll IPAV-Nachschulung
PE-QUAN 8	Allgemeine Angaben Schulende
PE-QUAN 10	Protokoll Supervision Vor-Ort
PE-QUAN 11	Kurzbogen Supervisionskontakte
PE-QUAN 14a	IPAV-Wechsel
PE-QUAN 15	Befragung zur Verblindung
Rolle: Klarname	
PE-QUAN 9	Protokoll Kick-off Treffen

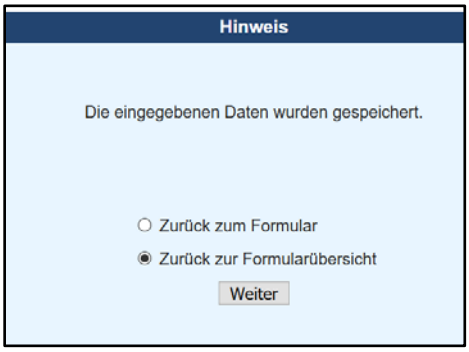
Tabelle 2 Übersicht zur Rollenauswahl und den hinterlegten PE-Fragebögen und -Protokollen

Bitte beachten: Pro ID kann nur eine Rolle vergeben werden. Eine ausgewählte und abgespeicherte Rolle kann nachträglich nicht geändert werden.

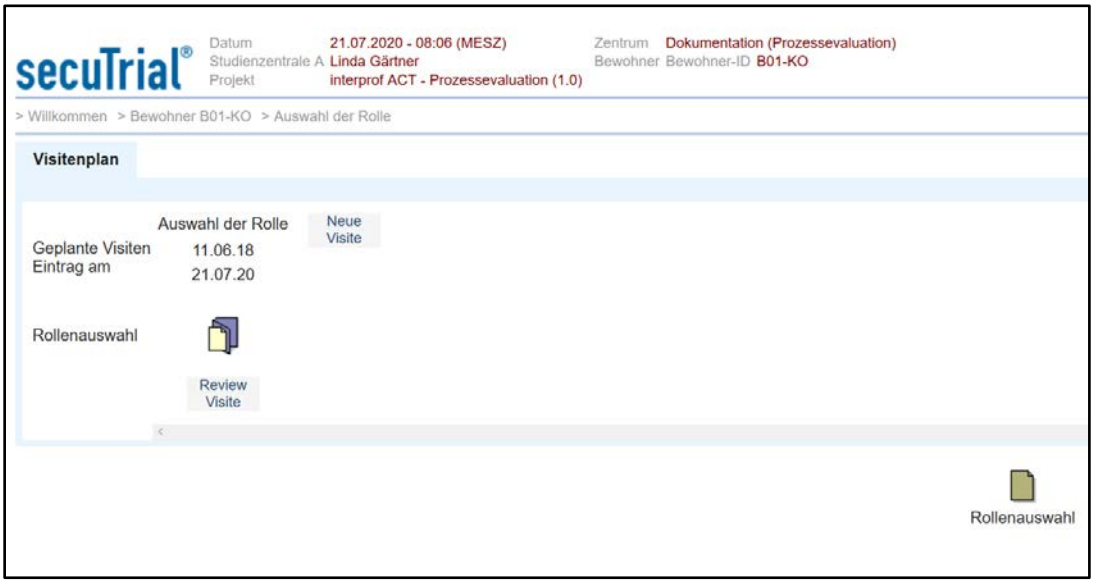
Im Falle der angelegten Beispiels-ID „B01-KO“ handelt es sich um das Protokoll des Kick-off Treffens (PE-QUAN 9). Entsprechend muss für die generierte ID die Rolle „Klarname“ ausgewählt werden (siehe nachfolgendes Bild), damit die Eingabe des Kick-off Protokolls erfolgen kann.



Nach dem Klicken auf „Speichern“ erscheint der Hinweis:



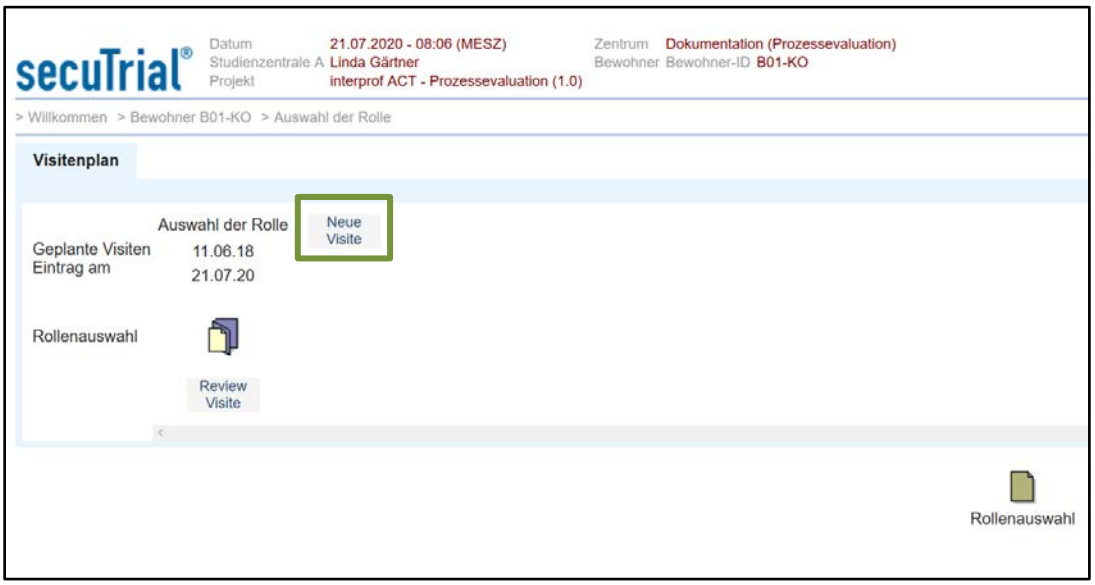
Wird im Anschluss auf das Feld „Weiter“ geklickt, erscheint die folgende Ansicht:



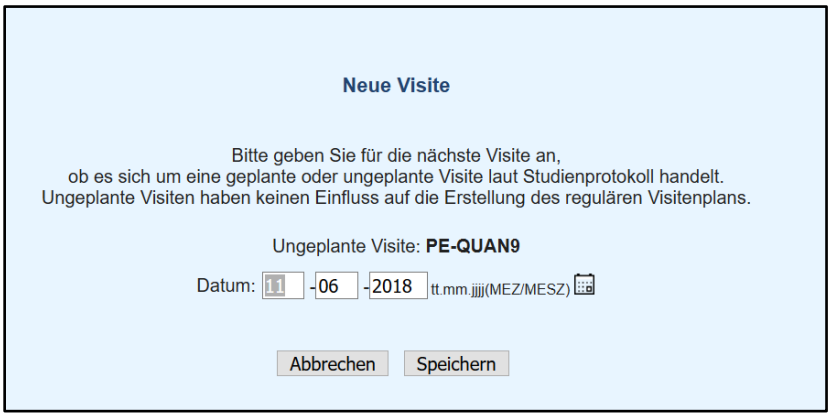
Um die erhobenen Daten einzugeben, muss im Anschluss der Rollenauswahl eine neue Visite angelegt werden.

1.4 Neue Visite

Nachdem eine Rolle vergeben und gespeichert wurde, erscheint das Feld „Neue Visite“.



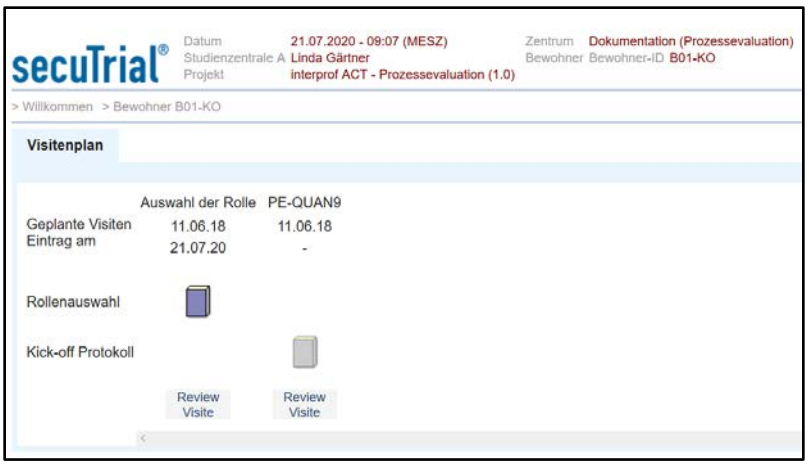
Beim Anklicken dieses Feldes, wird das folgende sichtbar:



An dieser Stelle können die bei der Rolle hinterlegten Fragebögen ausgewählt werden. Da bei der Rolle „Klarname“ nur der Bogen PE-QUAN 9 verfügbar ist, wird dieser standardmäßig bei der verwendeten Rolle angezeigt. Bei anderen Rollen kann dann zwischen den einzelnen, hinterlegten Fragebögen und Protokollen über die Auswahlmöglichkeit (via Pfeil) gewählt werden.

Die Bezeichnung „ungeplante Visite“ ist an dieser Stelle zu vernachlässigen und hat keine Relevanz. Als Datum wird das Datum angegeben, was auch auf dem Fragebogen bzw. Protokoll angegeben ist.

Nach dem Speichern der Angaben, ist das Formular „Kick-off Protokoll“ sichtbar und bereit zur Dateneingabe.

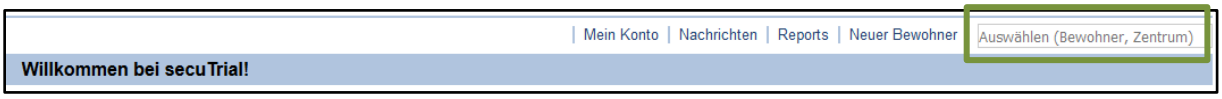


Je nach Rollenauswahl kann eine oder können mehrere „Neue Visite/n“ und damit weitere PE-Fragebögen und –Protokolle zur Dateneingabe freigeschaltet werden. Da es pro Interventionsheim nur ein Kick-off Protokoll gibt, kann hier entsprechend auch nur eine „Visite“ ausgewählt werden. Da dies hier bereits erfolgte, besteht die Auswahlmöglichkeit „Neue Visite“ nicht mehr.

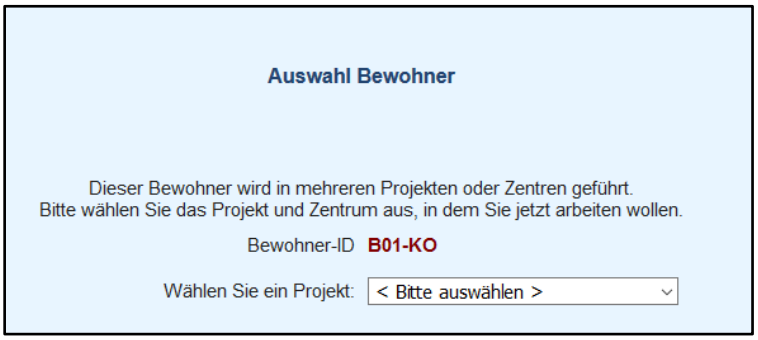
Es ist zu empfehlen, dass die Dateneingabe innerhalb der einzelnen Rollen zeitlich chronologisch erfolgt.

1.5 Wiederaufnahme der Dateneingabe

Die Dateneingabe sowie das Anlegen neuer Visiten können, wie auch in der Hauptstudie, zeitlich unterbrochen werden. Bei Wiederaufnahme der Dateneingabe oder des Review A kann über die Suchfunktion in der Datenbank, wie gewohnt, die bereits hinterlegte ID gefunden werden:



Wird die gewünschte ID gefunden und angeklickt, erscheint der Hinweis:



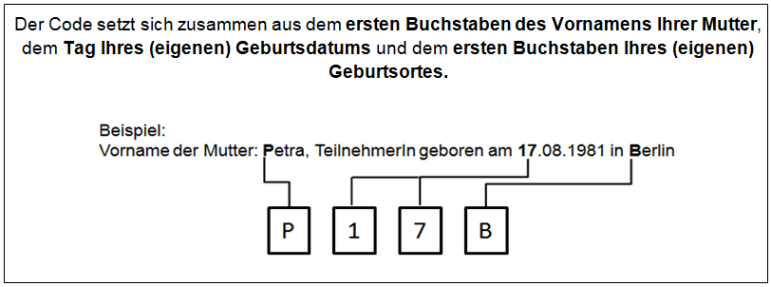
Bei Projekt wird dann das Projekt „interprof ACT – Prozessevaluation“ gewählt. Anschließend erscheint automatisch das hinterlegte Zentrum und es besteht die Möglichkeit „Weiter“ zu klicken. Nachdem dies getan wurde, erfolgt die Weiterleitung auf den Visitenplan und die Dateneingabe kann fortgeführt werden.

2 Allgemeine Hinweise zur Dateneingabe

In den nachfolgenden Unterkapiteln findet Ihr allgemeine Hinweise zur Dateneingabe, die in mehreren Fragebögen Anwendung finden.

2.1 Persönlicher Code

Sowohl Hausärzt*innen als auch IPAV bzw. IPAV-Vertretungen haben zu Beginn der entsprechenden Fragebögen einen Persönlichen Code generiert.



Im Idealfall haben die betroffenen Teilnehmer*innen nach dem abgebildeten Schema den Code kreiert und diesen einheitlich auf den weiteren Fragebögen zu anderen Messzeitpunkten vermerkt. Entsprechend kann eine Zuordnung der Fragebögen problemlos erfolgen.

Gegebenenfalls haben die Teilnehmer*innen aber auch einen eigenen Code entwickelt, der von diesem Schema abweicht, da er z.B. nur Zahlen oder nur Buchstaben enthält. Solange dieser Code aber auch auf jedem der ausgefüllten Fragebögen gleich hinterlegt ist, stellt dies kein Problem dar und kann entsprechend zur Generierung einer neuen ID genutzt werden, sowie in den Formularen eingegeben werden.

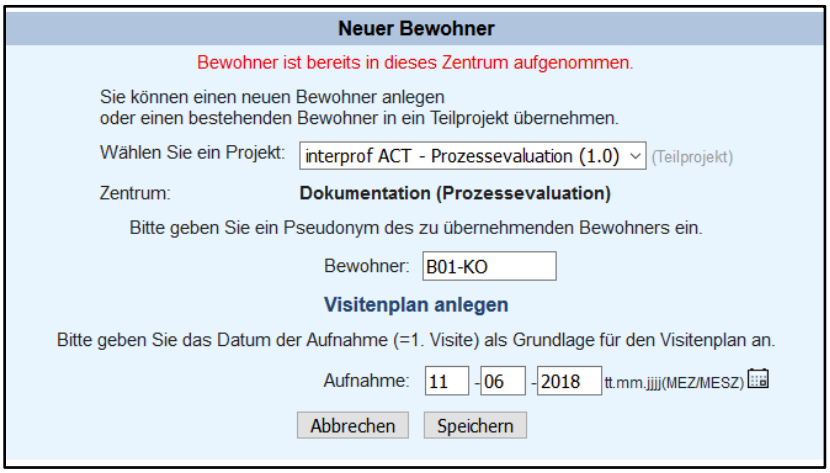
Folgendes ist jedoch bei der Generierung des Codes sowie bei der Dateneingabe problematisch:

- Der Code enthält mehr als 4 Zeichen. Die Generierung eines Codes ist zwar möglich, jedoch ist die Eingabe des Persönlichen Codes in den betroffenen Formularen bewusst auf 4 Zeichen begrenzt. Lösung: Streichen der zusätzlichen Zeichen. Dies muss jedoch auf allen (!) passenden Papier-Fragebögen kenntlich gemacht werden,

sodass eine Zuordnung der Fragebögen zu allen Messzeitpunkten erfolgen kann. Ebenso ist sicherzustellen, dass dadurch nicht das nachfolgende Problem eintritt.

- Innerhalb einer Rolle (z.B. Hausarzt/ -ärztin oder IPAV) und gleichzeitig innerhalb eines Studienzentrums (und ggf. einer Einrichtung) gibt es zweimal den gleichen Persönlichen Code. Lösung: Einer der beiden identischen Codes muss geändert werden. Auch hier muss dies jedoch auf allen (!) Papier-Fragebögen kenntlich gemacht werden, sodass eine Zuordnung der Fragebögen zu allen Messzeitpunkten erfolgen kann.
- Der persönliche Code wurde zwischenzeitlich vergessen und eine Person hat zwei persönliche Codes generiert. Ist dies bei den Hausärzt*innen der Fall, siehe Vorgehensweise unter Abschnitt 3.1 Rolle: Hausarzt/-ärztin, bei den IPAVs siehe Abschnitt 3.4 Rolle: IPAV.

Ob ein persönlicher Code bereits innerhalb einer ID vorhanden ist, seht Ihr spätestens dann, wenn Ihr versucht eine ID mit dem gleichen Code (innerhalb einer Rolle und eines Studienzentrums) erneut anzulegen. Dann erscheint der folgende Hinweis:



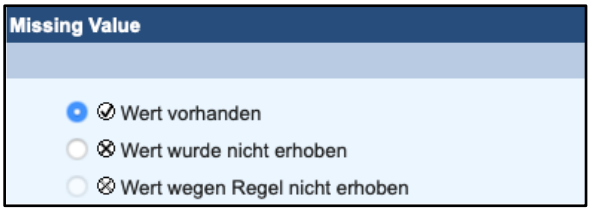
Dieser Hinweis erscheint auch, wenn ein anderes Datum für den Visitenplan bei gleichbleibender ID hinterlegt wird.

2.2 Missing Value

An vielen Stellen der Datenbank wird links neben dem Eingabefeld folgendes Symbol (Haken) zu sehen sein (hier exemplarische Darstellung):



Beim Klick auf den Haken öffnet sich das folgende Fenster:



Sobald ein Wert eingegeben wurde, erkennt die Datenbank es automatisch als „Wert vorhanden“. Sollte jedoch mal kein Wert für das entsprechende Feld vorliegen, wird bei dem Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ angeklickt. Hierdurch erkennt das System, das kein Wert hinterlegt ist und es erscheint keine Fehlermeldung bzw. Regelverstoß.

2.3 Datum innerhalb der Rolle

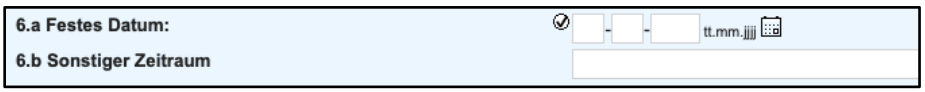
Die Eingabe des Datums sieht ähnlich wie in der Hauptstudiendatenbank aus:



Sofern ein vollständiges Datum auf den PE-Fragebögen und -Protokollen hinterlegt ist, wird dieses Datum hier eingegeben. Bei fehlenden Werten innerhalb der Datumseingabe, ist folgenderweise vorzugehen:

1. Sollte kein Datum angegeben sein, erfolgt die einheitliche Eingabe des Datums „01.01.2001“ mit einem entsprechenden Kommentar „Datum nicht angegeben“ in der Datenbank.
2. Sollte der Tag (oder Monat) beim Datum nicht angegeben sein, wird für den Tag oder Monat eine „01“ mit einem entsprechenden Kommentar „Tag (oder Monat) unbekannt“ eingegeben. Eine andere Lösung der Problematik ist in Rücksprache mit Herrn Pfeiffer nicht möglich.

Bei der Festlegung eines Zeitraums bzw. eines Datums für z.B. das nächste Supervisionsgespräch gibt es zwei Auswahlmöglichkeiten:



a. Ein festes Datum wurde im Gespräch vereinbart und notiert. Dann kann dieses unter dem Feld „**Festes Datum**“ eingegeben werden. Sobald das Datum eingegeben wird, besteht die Auswahl „Sonstiger Zeitraum“ nicht mehr.
b. Es wurde kein festes Datum für den nächsten Kontakt festgelegt, dann kann unter „**Sonstiger Zeitraum**“ z.B. „November 2019“ oder „KW 23, 2019“ eingegeben werden. Zusätzlich muss allerdings für „Festes Datum“ das Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ angeklickt werden, um keine Fehlermelden zu erzeugen.

2.4 Stundenangaben

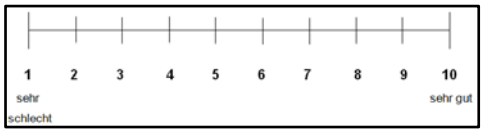
Sofern Stundenangaben in den PE-Fragebögen erhoben wurden, sind immer folgende Eingabemöglichkeiten vorhanden (Formulierung weicht leicht je nach Fragebogen ab):



a. Liegt eine konkrete Stundenanzahl vor (z.B. 3 Std.), kann diese normal unter „**Stundenzahl**“ angegeben werden. Wird ein Wert eingegeben, so entfällt automatisch das Feld „Andere Angabe“
b. Sollte keine Stundenzahl sondern ein Bereich vorliegen (z.B. 2-4 Std.), kann über das Feld „**Andere Angabe**“ dieser Bereich eingegeben werden. Zusätzlich muss für „Stundenzahl“ das Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ angeklickt werden.

2.5 Umgang mit Skalenwerten

Für z.B. die Supervisionskontakte vor Ort wurde der Grad der Umsetzung der einzelnen Maßnahmen mit folgender Skala gemessen:



Wird eine ganze Zahl angekreuzt, so kann der erhobene Wert einfach in die Datenbank übertragen werden. Liegt das Kreuz mittig zwischen zwei Zahlen, so wird der Wert „…,5“ eingegeben. Alle anders gesetzten Kreuze werden auf den nächstmöglichen Wert auf- oder abgerundet. Letzteres bitte mithilfe eines Kommentares hinterlegen.

Ebenso verhält es sich z.B. bei PE-QUAN 11, wo telefonisch der Grad der Umsetzung abgefragt wird. Ist der Wert mit, z.B. mit „7-8“ notiert, so wird der Mittelwert der beiden Zahlen in die Datenbank eingegeben (inkl. Kommentar mit Originalangabe). Nicht erhobene Daten oder in den Fällen, wo eine Erhebung der Skalenwerte nicht möglich war, werden entsprechend unter Verwendung der Missing Values kenntlich gemacht.

3. Dateneingabe

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden die Besonderheiten in der Eingabe innerhalb der einzelnen Rollen bzw. innerhalb der einzelnen Formulare zu den PE-Fragebögen und –Protokollen beschrieben. Die Reihenfolge der nachfolgenden Formulare orientiert sich an den in der Datenbank vorgegebenen Rollen.

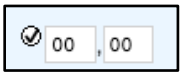
3.1 Rolle: Hausarzt/-ärztin

Unter dieser Rolle ist der Hausarztfragebogen in den Versionen T0 und T2 hinterlegt. Pro Hausarzt/-ärztin, also entsprechend pro persönlichen Code, ist eine neue ID zu generieren (*Vorlage*: Studienzentrumsbuchstabe - HA - Persönlicher Code; z.B. B-HA-L12W). Liegen zu einer ID sowohl der T0 als auch der T2-Bogen vor, so werden beide erhobenen Bögen unter der einen ID eingegeben.

Beachtet bitte, dass es nur einen hinterlegten Fragebogen (PE-QUAN 1) für beide Versionen (T0 und T2) gibt. Nachdem im Fragebogen anklickt wurde, ob es sich bei dem vorliegenden Fragebogen um die T0 oder T2-Erhebung handelt, werden Fragen die spezifisch nur zu einem Messzeitpunkt erhoben werden aus- bzw. eingeblendet. Dennoch werden die Besonderheiten der beiden Fragebögen T0/T2 in der SOP separat voneinander berichtet.

Teil A und Teil B sind zwei verschiedene Formulare. Unter „Neue Visite“ können weitere Teil B-Formulare abgerufen werden.

3.1.1 PE-QUAN 1: Hausarzt-Fragebogen T0

Item	Bemerkung
Teil A	
a. Visite	T0/T2 auswählen (hierdurch passen sich die Fragen im Fragebogen an)
1e. Jahre Betreuung Pat. Pflegeheim  5.3 Jahre ärztl. Tätigkeit 5.4 Jahre hausärztl. Versorgung	Sollte Angabe auf Fragebogen nicht bei z.B. „3 Jahre“ oder „3,25 Jahre“ liegen, sondern Monatsangaben enthalten wie z.B. „3 Jahre und 3 Monate“ bitte diese Angaben umrechnen auf „3,25 Jahre“ und ein entsprechendes Kommentar „Originalangabe: 3 Jahre und 3 Monate“ ergänzen.
4.3 Weitere Faktoren für effektive Zusammenarbeit	Wurde im Fragebogen nichts eingetragen, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
Teil B	
Visite	Äquivalent zu Teil A auszufüllen.
Einrichtungs-ID	Übernehmen von Kopfzeile des Teil B, da dieser Fragebogenteil einer Einrichtung zugeordnet wird.
1.2 Anzahl Hausbesuche pro Woche	Zwei Möglichkeiten: „In Ganzzahlen“ eingeben oder über „Sonstige Eingabeformate“
5. Positives zur Zusammenarbeit 6. Negatives Zusammenarbeit	Wurde im Fragebogen nichts eingetragen, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

3.1.2 PE-QUAN 1a: Hausarzt-Fragebogen T2

Item	Bemerkung
Teil A	
a. Visite	T0/T2 auswählen (hierdurch passen sich die Fragen im Fragebogen an)
4.3 Weitere Faktoren für effektive Zusammenarbeit	Dieses Feld ist kein Pflichtfeld. Wurde im Fragebogen nichts eingetragen, bitte „Wert wurde nicht erhoben“ ankreuzen.
Teil B	
a. Visite	Äquivalent zu Teil A auszufüllen.
1.2 Anzahl Hausbesuche pro Woche	Zwei Möglichkeiten: „In Ganzzahlen“ oder über „Sonstige Eingabeformate
5c. Veränderungen in der Zusammenarbeit	Wurde im Fragebogen nichts eingetragen, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

3.2 Rolle: Pflegende

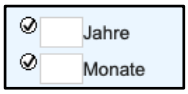
Innerhalb dieser Rolle können die Pflegenden-Fragebögen zu den beiden Messzeitpunkten T0 und T2 eingegeben werden. Der T0-Fragebogen ist getrennt vom T2-Fragebogen in der Datenbank angelegt, d.h. der Zeitpunkt der Erhebung und die Fragen werden nicht durch die Visite (T0/T2) angepasst, sondern für T0 ist PE-QUAN 2 zu verwenden und für T2 PE-QUAN 2a.

Pro Pflegenden-Fragebogen, unabhängig des Messzeitpunktes, ist eine neue ID zu generieren (*Vorlage*: Einrichtungs-ID - PF - fortlaufende Nummer, z.B. B01-PF-05). Grund hierfür ist, dass die Pflegenden keinen eigenen Code hinterlegt haben und somit unklar ist, ob und inwiefern Fragebögen von T0 und T2 zusammengehören. Mit der fortlaufenden Nummer in der ID-Vorlage ist gemeint, dass die Pflegenden-Fragebögen einfach durchnummeriert werden. Diese Nummer muss auf dem Papierfragebogen sichtbar hinterlegt werden, um später das Review A entsprechend durchführen zu können. Bei jeder neuen Einrichtung startet die fortlaufende Nummer wieder bei „01“. Zunächst werden alle T0-Bögen nummeriert und im Anschluss daran die T2-Bögen, wobei die Nummerierung ohne Unterbrechung (zwischen T0 und T2) weitergeführt wird.

Teil A und Teil B sind zwei getrennte Formulare, die nacheinander angelegt werden müssen. Über „Neue Visite“ können die entsprechend benötigten Formulare erzeugt werden.

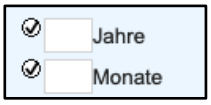
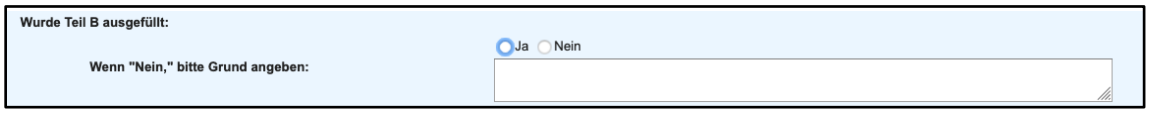
3.2.1 PE-QUAN 2: Pflegenden-Fragebogen T0

Item	Bemerkung
Teil A	
3.3. Weitere Faktoren effektive Zusammenarbeit	Sollten keine weiteren Faktoren genannt worden sein, bitte entsprechend Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

4.c Berufsbezeichnung	Bei Angabe von „Sonstiges“ öffnet sich ein weiterer Eingabebereich. Bitte Berufsbezeichnung entsprechend hinterlegen oder sofern keine Angabe Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
4e. Jahre  Berufserfahrung	Hier gibt es mehrere Optionen der Eingabe: 1. Es wurden nur die Jahre der Berufserfahrung angegeben, dann braucht nur das Feld „Jahre“ ausgefüllt und bei Monate Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ angeklickt werden. 2. Es wurden Monate der Berufserfahrung angegeben, da die Person noch nicht so lange im Beruf ist, dann nur das Feld „Monate“ ausfüllen und bei Jahre Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ angeklickt werden. 3. Es wurden sowohl Jahre als auch Monate angegeben, dann können beide Felder ausgefüllt werden. 4. Bei komplett fehlendem Wert bitte bei beiden Feldern Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
4.1 Jahre Altenpflege 4f. Jahre in der Einrichtung	Äquivalent zu 4e. eingeben.
4f.1 Stundenumfang	Hier wird der Stundenumfang pro Woche eingetragen. Dieser Wert kann auf zwei Nachkommastellen genau eingegeben werden. Sollte der Wert nicht logisch erscheinen, da z.B. zu großer Stundenumfang, bitte trotzdem den Wert so übertragen.
4g.1 Zeit für Behandlungspflege	Sollte ein Stundenbereich auf dem Fragebogen notiert sein von z.B. 2-3 Stunden, wird der Mittelwert genommen (hier: 2,5 Stunden) und durch ein Kommentar: „Mittelwert gebildet, Originalangabe: 2-3 Std.“ ergänzt.
Teil B	
Bevor Teil B eingegeben werden kann, muss zuvor diese Entscheidung getroffen werden:  Wurde der Teil B nicht ausgefüllt, bitte den Grund hierfür angeben. Gründe können folgende sein (sofern einer der nachfolgenden Gründe zutreffend, bitte mit identischem Wortlaut eingeben): • Pflegefachkraft kennt Hausarzt/-ärztin nicht • Hausarzt/ -ärztin versorgt keine Bewohner/innen mehr im Heim • Keine Angabe	
b. Hausarzt-Nr.	Diese bitte aus der Kopfzeile des Fragebogens übernehmen, damit spätere Zuordnung zu dem Hausarzt/ -ärztin möglich ist.
4. Positives zur Zusammenarbeit 5. Negatives zur Zusammenarbeit	Sollten keine Angabe vorliegen, bitte entsprechend Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

3.2.2 PE-QUAN 2a: Pflegenden-Fragebogen T2

Item	Bemerkung
Teil A	
3.4. Weitere Faktoren effektive Zusammenarbeit 4.3 Weitere Veränderungen in Versorgung	Sollten keine weiteren Faktoren genannt worden sein, bitte entsprechend Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

5.3 Berufsbezeichnung	Bei Angabe von „Sonstiges“ öffnet sich ein weiterer Eingabebereich. Bitte Berufsbezeichnung entsprechend hinterlegen oder sofern keine Angabe „Wert wurde nicht erhoben“ ankreuzen.
5.5 Jahre Berufserfahrung 	Hier gibt es mehrere Optionen der Eingabe: 1. Es wurden nur die Jahre der Berufserfahrung angegeben, dann braucht nur das Feld „Jahre“ ausgefüllt und bei Monate „Wert wurde nicht erhoben“ angeklickt werden. 2. Es wurden Monate der Berufserfahrung angegeben, da die Person noch nicht so lange im Beruf ist, dann nur das Feld „Monate“ ausfüllen und bei Jahre „Wert wurde nicht erhoben“ angeklickt werden. 3. Es wurden sowohl Jahre als auch Monate angegeben, dann können beide Felder ausgefüllt werden. 4. Bei komplett fehlendem Wert bitte bei beiden Feldern Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ eingeben.
5.5a Jahre Altenpflege 5.6 Jahre in der Einrichtung	Äquivalent zu 5.5 eingeben.
5.6a Stundenumfang	Hier wird der Stundenumfang pro Woche eingetragen. Dieser Wert kann auf zwei Nachkommastellen genau eingegeben werden. Sollte der Wert nicht logisch erscheinen, da z.B. zu großer Stundenumfang, bitte trotzdem den Wert so übertragen.
5.9a Zeit für Behandlungspflege	Sollte ein Stundenbereich auf dem Fragebogen notiert sein von z.B. 2-3 Stunden, wird der Mittelwert genommen (hier: 2,5 Stunden) und durch ein Kommentar: „Mittelwert gebildet, Originalangabe: 2-3 Std.“ ergänzt.
Teil B	
Bevor Teil B eingegeben werden kann, muss zuvor diese Entscheidung getroffen werden:  Wurde der Teil B nicht ausgefüllt, bitte den Grund hierfür angeben. Gründe können folgende sein (sofern einer der nachfolgenden Gründe zutreffend, bitte mit identischem Wortlaut eingeben): • Pflegefachkraft kennt Hausarzt/ -ärztin nicht • Hausarzt/ -ärztin versorgt keine Bewohner mehr im Heim • Keine Angabe	
b. Hausarzt-Nr.	Diese bitte aus der Kopfzeile des Fragebogens übernehmen, damit spätere Zuordnung zu Hausarzt möglich ist.
5c. Veränderungen in der Zusammenarbeit	Sollten keine Angabe vorliegen, bitte entsprechend Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

3.3 Rolle Bewohner

Hinter dieser Rolle ist nur der Bewohner-Fragebogen verfügbar. Es wird für die Eingabe des Bewohner-Fragebogens keine neue ID generiert, sondern es werden die bereits aus der Hauptstudie verwendeten Bewohner-IDs genutzt. Da sich diese IDs bisher aber nur in der Hauptstudie befinden, müssen die IDs, wie unter Schritt 3 im Abschnitt 1.2 Anlegen einer neuen (Bewohner)-ID ersichtlich, in die PE-Datenbank übernommen werden. Nach der Übernahme muss, wie gewohnt, die entsprechende Rolle vergeben werden.

Unter der jeweiligen Bewohner-ID werden immer beide Fragebögen (T0 und T2) eingegeben. Zu Beginn des Formulars wird angekreuzt, inwiefern es sich um die T0- oder die T2-Befragung handelt.

3.3.1 PE-QUAN 3: Bewohner-Fragebogen T0/T2

Für jede*n Bewohner*in sind die Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten auszufüllen und nicht nur für diejenigen, die an der Befragung teilgenommen haben.

Zu Beginn wird gefragt, ob der Fragebogen ausgefüllt wurde. Sobald „Ja“ angekreuzt wird, öffnet sich der Fragebogen. Sollte der/die Bewohner*in nicht befragt worden sein, bitte „Nein“ ankreuzen und Grund angeben. Gründe hierfür können folgende sein (sofern einer der nachfolgenden Gründe zutreffend, gerne mit identischem Wortlaut eingeben):

- DSS-Einschätzung >4 Punkten
- Bewohner lehnt Befragung ab *(Diese Formulierung schließt die Option ein, dass ein Bewohner die Befragung abbricht, bevor PE-QUAN 3 ausgefüllt wurde.)*
- Bewohner im Krankenhaus

Wurde PE-QUAN 3 nur anteilig ausgefüllt, da Bewohner währenddessen die Befragung abgebrochen hat, werden die vorhandenen Daten übernommen. Alle fehlenden Werte werden in der Datenbank entsprechend gekennzeichnet.

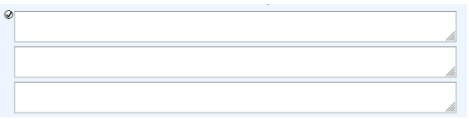
Item	Bemerkung
a. Wie wurde der Fragebogen ausgefüllt	Bitte aus der Kopfzeile des Fragebogens entnehmen, ob durch den Bewohner ODER Mit Hilfe eines Studienmitarbeiters ausgefüllt.
c. Visite	T0/T2 ankreuzen (Da beide Fragebögen identisch, verändert sich hier keine Frage.)

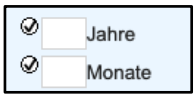
3.4 Rolle: IPAV

Innerhalb der Rolle „IPAV“ können alle Fragebögen, die von der IPAV selbstständig ausgefüllt wurden, eingegeben werden. Konkret beutet dies, dass die beiden Fragebögen zur Schulung (PE-QUAN 4a und 4b), die beiden IPAV-Fragebögen zu T1 (PE-QUAN 12) und zu T2 (PE-QUAN 13), sowie der Basisfragebogen zu den soziodemographischen Charakteristika der IPAV bei einem Wechsel (PE-QUAN-14b) in der Rolle verfügbar sind.

Jede IPAV und jede IPAV-Vertretung erhält Ihre eigene ID, die wie folgt generiert wird: Einrichtungs-ID - IPAV - Persönlicher Code (z.B. B07-IPAV-P08J). Unter dieser ID werden dann alle Fragebögen hinterlegt, die den gleichen Persönlichen Code besitzen. Sind zu einer IPAV oder einer IPAV-Vertretung zwei persönliche Codes angelegt, da dieser z.B. im Laufe der Studie vergessen wurde und anders gebildet wurde, und es kann nicht vollends sichergestellt werden, dass es sich tatsächlich um die gleiche Person handelt, wird pro persönlichen Code eine ID generiert. Ist zweifelsfrei erkennbar, dass es sich um die gleiche Person handelt (z.B. anhand der angegebenen soziodemographischen Charakteristika), so kann der zweite hinterlegte Code „überschrieben“ werden. Entsprechend muss dies auf den Papier-Fragebögen sichtbar hinterlegt werden.

3.4.1 PE-QUAN 4a: Fragebogen zur 1. IPAV-Schulung

Item	Bemerkung
1. Grund für Übernahme der Rolle als IPAV	Bei Angabe von „Sonstiges“ öffnet sich ein weiterer Eingabebereich. Bitte Grund entsprechend hinterlegen oder sofern keine Angabe Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
2.4 Vermisste Inhalte in der Schulung 2.5 Weitere Anmerkungen	Sollten keine Inhalte genannt worden sein, bitte entsprechend Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
3. Aufgaben IPAV	Hier sind alle genannten Aufgaben als IPAV in das Textfeld einzugeben, auch wenn es mehr als drei Antworten sind.
4.2 Erleichternde Faktoren der Arbeit als IPAV 	Pro Feld bitte einen Faktor eingeben. Wurden mehr als drei Faktoren auf dem Fragebogen genannt, bitte weitere Faktoren über die Kommentarfunktion eingeben. Sollten keine Faktoren genannt worden sein, bitte entsprechend Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
4.3 Erschwerende Faktoren der Arbeit als IPAV *(Optik der Eingabefelder identisch zu 4.2)*	Pro Feld bitte einen Faktor eingeben. Wurden mehr als drei Faktoren auf dem Fragebogen genannt, bitte weitere Faktoren über die Kommentarfunktion eingeben. Sollten keine Faktoren genannt worden sein, bitte entsprechend Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
5.c Berufsbezeichnung	Bei Angabe von „Sonstiges“ öffnet sich ein weiterer Eingabebereich. Bitte Berufsgruppe entsprechend hinterlegen oder sofern keine Angabe Missing Value „Wert

	wurde nicht erhoben“ anklicken.
5e.  Jahre Berufserfahrung	Hier gibt es mehrere Optionen der Eingabe: 5. Es wurden nur die Jahre der Berufserfahrung angegeben, dann braucht nur das Feld „Jahre“ ausgefüllt und bei Monate „Wert wurde nicht erhoben“ angeklickt werden. 6. Es wurden Monate der Berufserfahrung angegeben, da die Person noch nicht so lange im Beruf ist, dann nur das Feld „Monate“ ausfüllen und bei Jahre „Wert wurde nicht erhoben“ angeklickt werden. 7. Es wurden sowohl Jahre als auch Monate angegeben, dann können beide Felder ausgefüllt werden. 8. Bei komplett fehlendem Wert bitte bei beiden Feldern Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ eingeben.
5e.1 Jahre Altenpflege 5f. Jahre in der Einrichtung	Äquivalent zu 5e. eingeben.
5f.1 Stundenumfang	Hier wird der Stundenumfang pro Woche eingetragen. Dieser Wert kann auf zwei Nachkommastellen genau eingegeben werden. Sollte der Wert nicht logisch erscheinen, da z.B. zu großer Stundenumfang, bitte trotzdem den Wert so übertragen.

3.4.2 PE-QUAN 4b: Fragebogen zur 2. IPAV-Schulung

Item	Bemerkung
1.6 Vermisste Inhalte der Schulung 1.7 Weitere Anmerkungen	Sollten keine Inhalte genannt worden sein, bitte entsprechend Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
3.1 Teilnahme am 1. IPAV.Workshop	Bei „Teilnahme am ersten IPAV-Workshop“ muss nur noch die Frage 4. ausgefüllt werden. Sollte „Ich habe nicht am ersten IPAV.Workshop teilgenommen“ angekreuzt worden sein, bitte die soziodemographischen Angaben ausfüllen.
3.2e Jahre Berufserfahrung 3.2e1 Jahre Altenpflege 3.2f Jahre in der Einrichtung	*Eingabehinweise:* *Siehe PE-QUAN 4a (5e.)*
3.2f1 Stundenumfang	*Eingabehinweise:* *Siehe PE-QUAN 4a (5f.1)*
4. Auswahl Schulung	Da sich der Fragebogen zur 2. Schulung nicht von dem der Nachschulung unterscheidet, bitte an dieser Stelle auswählen, ob es sich um den Fragebogen bei der „2. Schulung“ oder um eine „Nachschulung“ handelt.

3.4.3 PE-QUAN 12: T1-IPAV-Fragebogen

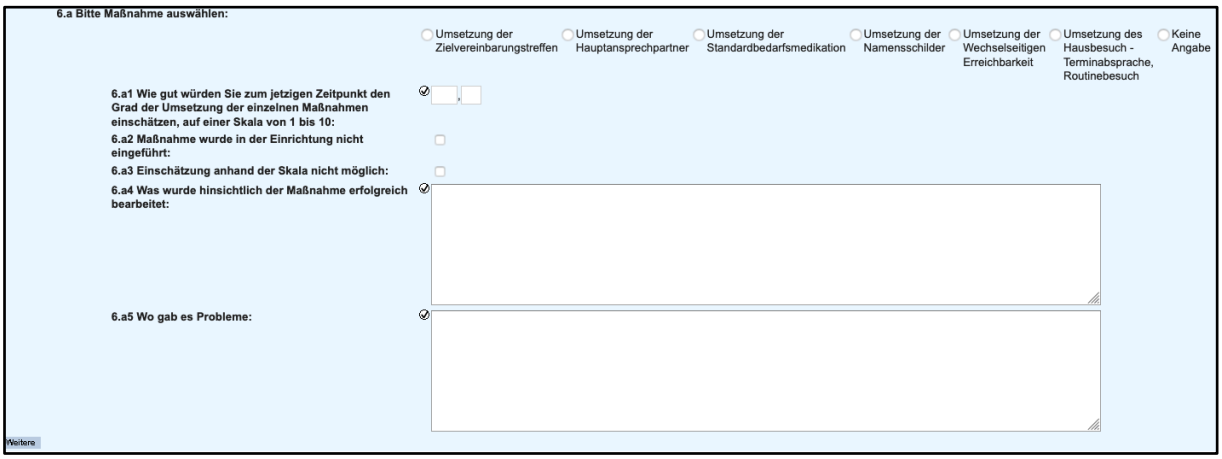
In der Datenbank wird dieses Dokument in drei einzelne Dateien (Teil A/Teil B/Teil C) gegliedert.

Item	Bemerkung
Teil A	
5. Aktueller Stand der Umsetzung	*(siehe allgemeine Hinweise zum „Umgang mit Skalenwerten“)*
6. Aktivitäten zur Unterstützung der Maßnahmeneinführung	Sofern ein Kreuz bei „Ja, erfolgte bereits“ ODER „Nein, ist aber geplant“ gesetzt wurde, jedoch keine genauere Maßnahmenbeschreibung erfolgte: Bitte jeweils in dem Feld „Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme beschreiben“ schreiben: „Keine Angabe“.
7. Schulungen	Sofern „Ja, nämlich zum Thema“ oder „Nein, sind aber bereits geplant zum Thema“ angekreuzt wurde, bitte unter 7.a Thema anlegen durch Klick auf den Buton „Weitere“ und Thema angeben ODER sofern kein Thema genannt wurde Missing Value„Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
Teil B	
3.2 Unterschied in Zusammenarbeit	Wurde im Fragebogen nichts eingetragen, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
Teil C	
Begründung der Einschätzung 1.a 2.a 3.a	Wurde im Fragebogen nichts eingetragen, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

3.4.4 PE-QUAN 13: T2-IPAV-Fragebogen

In der Datenbank wird dieses Dokument in drei einzelne Formulare (Teil A/Teil B/Teil C) gegliedert.

Item	Bemerkung
Teil A	
5. Aktueller Stand der Umsetzung	*(siehe allgemeine Hinweise zum „Umgang mit Skalenwerten“)*
6. Maßnahmen	



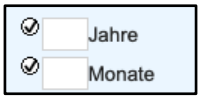
Die einzelnen Maßnahmen müssen hier über die Option „Weitere“ ergänzt werden und dann über 6.a genauer definiert werden, welche Maßnahme hier besprochen wird.

Wichtig: Auch wenn nicht alle Maßnahme in der Einrichtung eingeführt wurde, müssen diese trotzdem hier genannt und durch das Kreuz bei „Maßnahme wird in der Einrichtung nicht eingeführt“ kenntlich gemacht werden.

6.a1 Grad der Umsetzung	*(siehe allgemeine Hinweise zum „Umgang mit Skalenwerten")* Durch Angabe eines Wertes öffnet sich das Feld zur Begründung der Einschätzung. Bitte hier hinterlegen, was bereits erfolgreich bearbeitet wurde und wo es Probleme gibt. Ist keine Notiz im Papierprotokoll hinterlegt, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben" anklicken.
6.a2 Maßnahme nicht eingeführt	Wird diese Option gewählt, schließt sich automatisch die Einschätzung anhand des Grades und es kann zur nächsten Maßnahme übergegangen werden.
6.a3 Einschätzung anhand Skala nicht möglich	Hier öffnet sich dann ein Feld zur Angabe, warum die Einschätzung anhand der Skala nicht möglich ist. Sofern keine Angabe vorhanden, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben" anklicken. Zusätzlich Angabe zu „Was wurde bereits hinsichtlich Maßnahme erfolgreich bearbeitet" und „Wo gibt es Probleme".
7.1 Erleichternde Faktoren IPAV-Arbeit	Auswahl Ja/nein treffen. Bei der Auswahl „ja" öffnet sich die Frage 7.1a zur Nennung der erleichternden Faktoren. Über den Button „Weitere" wird immer ein Eingabefeld für einen Faktor ergänzt. D.h. jeder genannte Faktor wird in ein neues Feld eingegeben. Wurden im Fragebogen mehr als drei Faktoren genannt, bitte alle übernehmen in die Datenbank. Eingabe von mehr als drei Faktoren möglich.
7.2 Erschwerende Faktoren IPAV-Arbeit	Äquivalent zu 7.1. wird hier die Auswahl ja/nein getroffen. Bei der Auswahl „ja" öffnet sich die Frage 7.2a zur Nennung der erschwerenden Faktoren. Über den Button „Weitere" wird immer ein Eingabefeld für einen Faktor ergänzt. D.h. jeder genannte Faktor wird in ein neues Feld eingegeben. Wurden im Fragebogen mehr als drei Faktoren genannt, bitte alle übernehmen in die Datenbank. Eingabe von mehr als drei Faktoren möglich.
Teil B	
12.4a Studienteam unterstützende Aspekte	Sollten keine Aspekte genannt, aber „Ja" angekreuzt worden sein, wird Missing Value „Wert wurde nicht erhoben" angeklickt.
Teil C	
3.c Veränderungen Versorgung der Bewohner 4.2 Unterschied Hausarztzusammenarbeit	Wurde im Fragebogen nichts eingetragen, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben" anklicken.

3.4.5 PE-QUAN 14b: Basisfragebogen bei IPAV-Wechsel

Dieser Fragebogen ist nur relevant, wenn ein IPAV-Wechsel stattfand und die soziodemographischen Charakteristika der neuen IPAV oder IPAV-Vertretung nicht bereits in dem Fragebogen zur Nachschulung (äquivalent zum Fragebogen 2. Schulung) erhoben wurden. Wurde im Laufe der Studie kein Basisfragebogen ausgefüllt, so muss entsprechend auch kein Formular diesbezüglich in der Datenbank ausgefüllt werden.

Item	Bemerkung
1. Grund für Übernahme	Bei Angabe von „Sonstiges“ öffnet sich ein weiterer Eingabebereich. Bitte Grund entsprechend hinterlegen oder sofern keine Angabe Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ ankreuzen.
2.c Berufsbezeichnung	Bei Angabe von „Sonstiges“ öffnet sich ein weiterer Eingabebereich. Bitte Berufsbezeichnung entsprechend hinterlegen oder sofern keine Angabe Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ ankreuzen.
2e. Jahre Berufserfahrung 	Hier gibt es mehrere Optionen der Eingabe: 1. Es wurden nur die Jahre der Berufserfahrung angegeben, dann braucht nur das Feld „Jahre“ ausgefüllt und bei Monate „Wert wurde nicht erhoben“ angeklickt werden. 2. Es wurden Monate der Berufserfahrung angegeben, da die Person noch nicht so lange im Beruf ist, dann nur das Feld „Monate“ ausfüllen und bei Jahre „Wert wurde nicht erhoben“ angeklickt werden. 3. Es wurden sowohl Jahre als auch Monate angegeben, dann können beide Felder ausgefüllt werden. 4. Bei komplett fehlendem Wert bitte bei beiden Feldern Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ eingeben.
2e.1 Jahre Altenpflege 2f. Jahre in der Einrichtung	Äquivalent zu 5e. eingeben.
2f.1 Stundenumfang	Hier wird der Stundenumfang pro Woche eingetragen. Dieser Wert kann auf zwei Nachkommastellen genau eingegeben werden. Sollte der Wert nicht logisch erscheinen, da z.B. zu großer Stundenumfang, bitte trotzdem den Wert so übertragen.

3.5 Rolle: Einrichtung

Über die Rolle der Einrichtungen sind die beiden Fragebögen zum Kick-off Treffen (PE-QUAN 5 und 6) hinterlegt. Die Eingabe des Protokolls zum Kick-off Treffens erfolgt nicht an dieser Stelle, sondern über die Rolle „Klarname“.

Bitte beachtet, die unterschiedlichen IDs, die es bei dieser Rolle und je nach Fragebogen (Teilnehmer oder Moderator) zu genieren gilt. Unter den jeweiligen Fragebögen findet Ihr weitere Details zur Generierung dieser IDs. Die beiden Teile der Fragebögen (A und B) befinden sich in einem Formular.

3.5.1 PE-QUAN 5: Kick-off Treffen Teilnehmer

Alle Fragebögen der Kick-off Treffen-Teilnehmer werden pro Einrichtung unter einer ID eingegeben. Die ID setzt sich wie folg zusammen: Einrichtungs-ID - KT (z.B. B01-KT). Leider ist es in der Datenbank nicht möglich, die unter einer ID eingegebenen Fragebögen zu nummerieren. Um die Durchführung des Review A zu erleichtern, ist es hilfreich, die Papier-Fragebögen nach der Reihenfolge Ihrer Eingabe zu nummerieren.

Item	Bemerkung
b. Datum	Angabe auf Fragebogen ODER sofern kein Datum angegeben: Datum des Kick-off Treffens notieren

Teil A	
1. Berufs-/Personengruppe	Bei Angabe von „Sonstiges“ öffnet sich ein weiterer Eingabebereich. Bitte Berufs-/Personengruppe entsprechend hinterlegen oder sofern keine Angabe Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
2. Themen zur Diskussion 3. Grund Teilnahme	Sollten mehr als drei Antworten auf dem Papierfragebogen angekreuzt worden sein, bitte alle Angaben übernehmen.
Teil B	
3. Ergebnis, womit Sie nicht ganz zufrieden sind bzw. ungeklärt ist 4. Anmerkungen	Wurde im Fragebogen nichts eingetragen, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ ankreuzen.

3.5.2 PE-QUAN 6: Kick-off Treffen Moderator

Alle Fragebögen der Kick-off Treffen-Moderatoren werden pro Einrichtung unter einer ID eingegeben. Die ID setzt sich wie folg zusammen: Einrichtungs-ID - KM (z.B. B01-KM). Leider ist es in der Datenbank nicht möglich, die unter einer ID eingegebenen Fragebögen zu nummerieren. Um die Durchführung des Review A zu erleichtern, ist es hilfreich, die Papier-Fragebögen nach der Reihenfolge Ihrer Eingabe zu nummerieren.

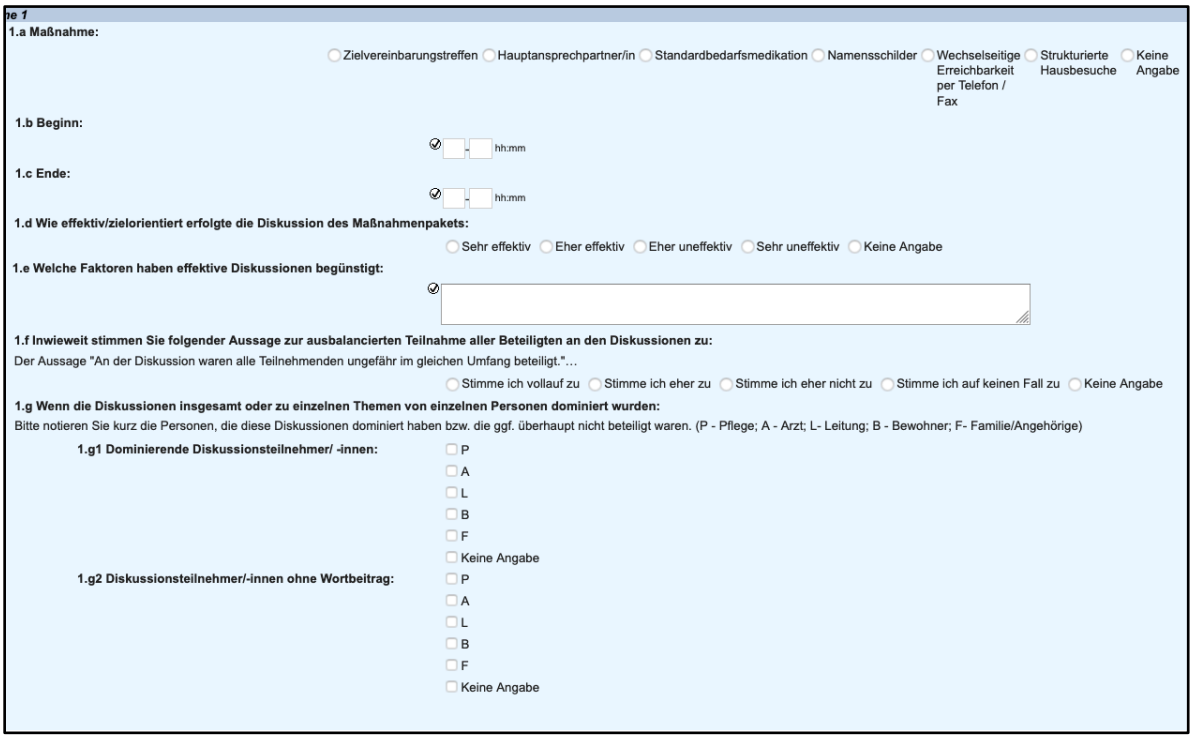
Item	Bemerkung
b. Datum	Angabe auf Fragebogen ODER sofern kein Datum angegeben: Datum des Kick-off Treffens notieren
Teil A	
1. Berufs-/Personengruppe	Bei Angabe von „Sonstiges“ öffnet sich ein weiterer Eingabebereich. Bitte Berufs-/Personengruppe entsprechend hinterlegen oder sofern keine Angabe Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
2. Themen zur Diskussion 3. Grund Teilnahme	Sollten mehr als drei Antworten angekreuzt worden sein auf dem Papierfragebogen bitte alle Angaben übernehmen und entsprechend anklicken.
Teil B	
3. Ergebnis, womit Sie nicht ganz zufrieden sind bzw. ungeklärt ist 4. Anmerkungen	Wurde im Fragebogen nichts eingetragen, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ ankreuzen.

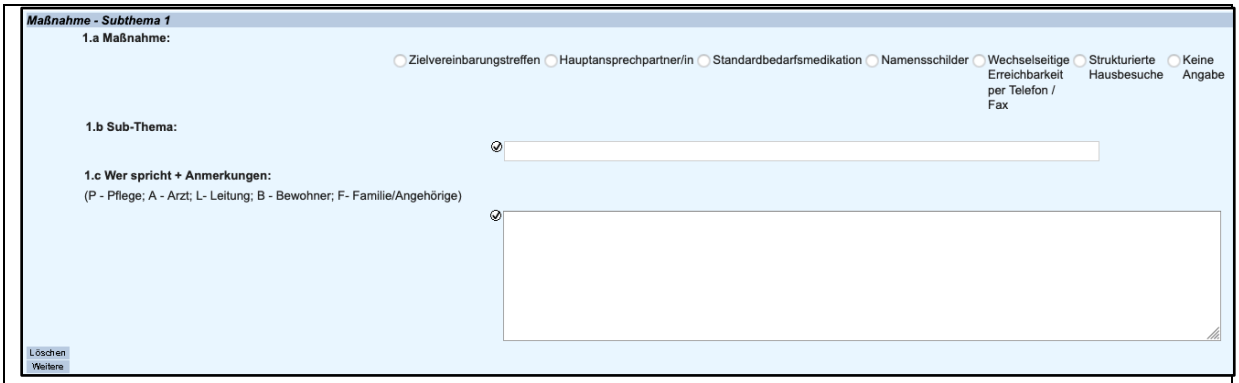
3.6 Rolle: Klarname

Bei der Rolle „Klarname” ist nur das Protokoll des Kick-off Treffens hinterlegt.

3.6.1 PE-QUAN 9: Protokoll des Kick-off Treffens

Die ID hierfür ist, wie folgt zu generieren: Einrichtungs-ID – KO (z.B. B10-KO). Bitte beachtet, dass bei der Eingabe des Protokolls in die Datenbank keine Klarnamen der Teilnehmer*innen und Redner*innen übernommen werden. Alle Klarnamen müssen zuvor anonymisiert werden, sofern vorhanden.

Item	Bemerkung
e. Startzeit 	Hier soll die notierte Startzeit des Kick-off Treffens hinterlegt werden. Fehlt diese Angabe bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
f. Teilnehmeranzahl	Diese Frage haben wir ergänzt und ist nicht auf dem Protokoll des Kick-Off Treffens hinterlegt. Bitte wie folgt vorgehen: 4 Teilnehmerliste des Kick-off Treffens zur Hand nehmen. 5 Anzahl der Hausärzte/Pflegenden/ Bewohner/Angehörigen/MFAs/Leitungen auszählen 6 Eingabe der Anzahl in Datenbank
1. Besprechung der Maßnahmen  Zunächst muss die besprochene Maßnahme über den Button „Weitere“ ergänzt werden. Bitte für jede Maßnahme so vorgehen, sodass am Ende sechs Maßnahmen in der Liste stehen sollten. Daraufhin öffnet sich dieses Feld: 	
1.b/1.c Beginn/Ende	Hier soll die hinterlegte Uhrzeit vom Beginn und Ende der Maßnahmenbesprechung eingegeben werden. Fehlt eine der beiden Angaben bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
1.e Faktoren effektive Diskussion	Sollte das Feld zur Eingabe der Faktoren nicht ausreichen, bitte die weiteren Faktoren durch die Kommentarfunktion ergänzen.
1. Besprechung der Maßnahmen – Subthemen Für jede Maßnahme im Kick-Off Protokoll gab es ein großes Feld zur Mitschrift der Gesprächsinhalte. Diese Tabelleninhalte können an dieser Stelle in der Datenbank eingegeben werden (Durch Klick auf „Weitere“ lassen sich viele Subthemen anlegen):	



Bei der Eingabe der Gesprächsinhalte (unter 1.c) ist die Zeichenanzahl auf 1000 begrenzt. Sollte es zu einem Subthema mehr Zeichen bedürfen, so öffnet bitte ein weiteres Subthema, hinterlegt erneut den Namen des Subthemas und fahrt mit der Eingabe fort. Bitte nutzt an dieser Stelle nicht die Kommentarfunktion.

Bitte beachten: Die Subthemen befinden sich in einem eigenen Abschnitt unterhalb der Besprechung der Maßnahmen, d.h. die Eingabe erfolgt unabhängig von dem zuvor dargestellten Abschnitt „Besprechung der Maßnahmen“. Hierdurch muss erneut die Maßnahme, zu der die Mitschriften eingegeben werden, ausgewählt werden.

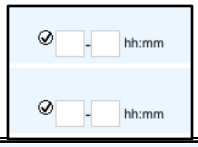
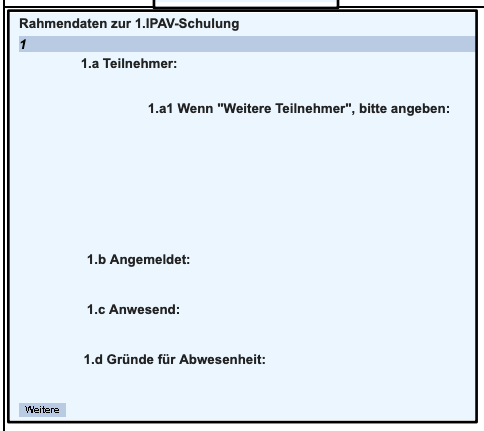
1.a Maßnahme	Bitte hier erneut die Maßnahme, zu der die Mitschriften eingegeben werden, auswählen.
1.b Sub-Thema	Bitte der linken Spalte der Tabelle auf dem Papierprotokoll entnehmen. Sofern nichts eingetragen wurde Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
1.c Wer spricht + Anmerkungen	Hier die Notizen inkl. der Abkürzung, wer gerade spricht, notieren. *Beispiel für die Eingabe im Feld 1.c:* L: Die Kommunikation in unserem Heim ist ausbaufähig. A: Im Vergleich zu anderen Einrichtung recht zufrieden.
3. Ende	Hier soll das notierte Ende des Kick-off Treffens hinterlegt werden. Fehlt diese Angabe bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

3.7 Rolle: Erfasser

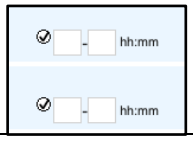
Unter dieser Rolle befinden sich PE-Fragebögen und Protokolle, die von einem/r Studienmitarbeiter*in erfasst und ausgefüllt wurden. Konkret handelt es sich dabei, um die Protokolle zur Schulung (PE-QUAN 7a, 7b und 7c), die Angaben zu den Schulenden (PE-QUAN 8), die Bögen zur Supervision (PE-QUAN 10 und 11), die Anzeige eines IPAV-Wechsels (PE-QUAN 14a) und der Fragebogen zur Verblindung (PE-QUAN 15).

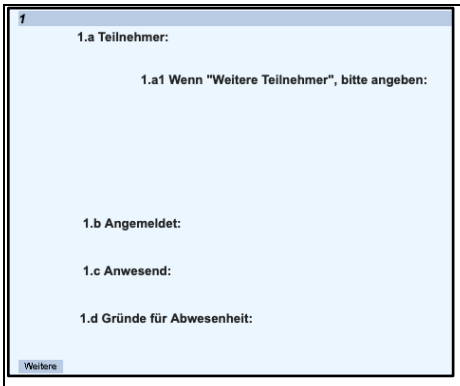
Die ID, die es zu generieren gilt, um die eben genannten Fragebögen und Protokolle einzugeben, folgt der Struktur: Einrichtungs-ID - Erfasser-ID (z.B. B06-EFB11). Demnach ist z.B. das Protokoll der 1. Schulung unter der ID hinterlegt, die dem Schulenden entspricht. Wünschenswert wäre es, wenn alle Schulungsprotokolle unter einer ID hinterlegt werden. Das geht natürlich nur, wenn der Erfasser, der in der ID genannt wird, bei beiden Schulungen anwesend war (unabhängig davon, ob er bei der 1. Schulung als 1. oder 2. Schulender genannt wurde).

3.7.1 PE-QUAN 7a: Protokoll 1. Schulung

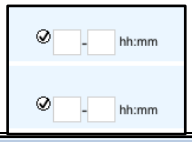
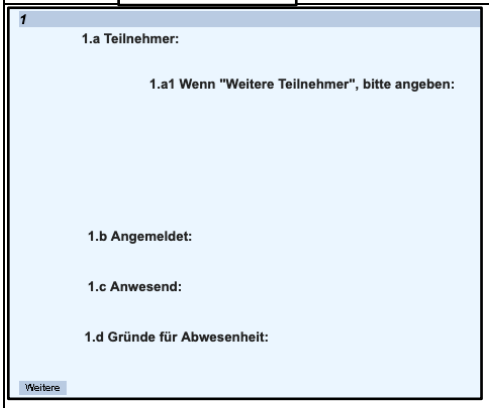
Item	Bemerkung
Erfasser	Bei diesem Dokument können zwei Erfasser-IDs genannt werden, da bei der Schulung ein bis zwei Studienmitarbeiter anwesend sein konnten. Wurde nur eine Erfasser-ID eingetragen, bitte bei der 2. Erfasser-ID Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
e. Beginn/f. Ende 	Hier soll die hinterlegte Uhrzeit vom Beginn und Ende der 1. Schulung eingegeben werden. Fehlt eine der beiden Angaben bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
 1. Teilnehmer	Für jeden Teilnehmer muss eigenes Feld geöffnet werden über den Button „Weitere“. Bei Angabe von „Weitere Teilnehmer“ öffnet sich ein weiterer Eingabebereich (1.a1). Bitte Teilnehmer entsprechend hinterlegen oder sofern keine Angabe Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken. Wenn eine Person „Angemeldet“ jedoch nicht „anwesend“ war ODER weder „angemeldet“ noch „anwesend“ war, bitte „Gründe für Abwesenheit“ (1.d) hinterlegen. Sofern keine Gründe genannt wurden, Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
Zeit für die Themenblöcke: 1.3 2.3a 2.3b 2.3c 3.	Sollten keine Zeitangabe genannt worden sein, bitte entsprechend Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
4. Bei künftigen IPAV-Schulungen zu berücksichtigen	Sollten keine Anmerkungen genannt worden sein, bitte entsprechend Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

3.7.2 PE-QUAN 7b: Protokoll 2. Schulung

Item	Bemerkung
Erfasser	Bei diesem Dokument können zwei Erfasser-IDs genannt werden, da bei der Schulung ein bis zwei Studienmitarbeiter anwesend sein konnten. Wurde nur eine Erfasser-ID eingetragen, bitte bei der 2. Erfasser-ID Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
e. Beginn/f. Ende 	Hier soll die hinterlegte Uhrzeit vom Beginn und Ende der 1. Schulung eingegeben werden. Fehlt eine der beiden Angaben bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
1. Teilnehmer	Für jeden Teilnehmer muss eigenes Feld geöffnet werden über den Button „Weitere“.

	Bei Angabe von „Weitere Teilnehmer“ öffnet sich ein weiterer Eingabebereich (1.a1). Bitte Teilnehmer entsprechend hinterlegen oder sofern keine Angabe „Wert wurde nicht erhoben“ ankreuzen. Wenn eine Person „Angemeldet“ jedoch nicht „anwesend“ war ODER weder „angemeldet“ noch „anwesend“ war, bitte „Gründe für Abwesenheit“ (1.d) hinterlegen. Sofern keine Gründe genannt wurden, Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
Zeit für die Themenblöcke: 1.3 2.3a 2.3b 2.3c 2.3d 3.	Sollten keine Zeitangabe genannt worden sein, bitte entsprechend Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
4. Bei künftigen IPAV-Schulungen zu berücksichtigen	Sollten keine Anmerkungen genannt worden sein, bitte entsprechend Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

3.7.3 PE-QUAN 7c: Protokoll IPAV-Nachschulung

Item	Bemerkung
Erfasser	Bei diesem Dokument können zwei Erfasser-IDs genannt werden, da bei der Schulung ein bis zwei Studienmitarbeiter anwesend sein konnten. Wurde nur eine Erfasser-ID eingetragen, bitte bei der 2. Erfasser-ID Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
e. Beginn/f. Ende 	Hier soll die hinterlegte Uhrzeit vom Beginn und Ende der 1. Schulung eingegeben werden. Fehlt eine der beiden Angaben bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
 1. Teilnehmer	Für jeden Teilnehmer muss eigenes Feld geöffnet werden über den Button „Weitere“. Bei Angabe von „Weitere Teilnehmer“ öffnet sich ein weiterer Eingabebereich (1.a1). Bitte Teilnehmer entsprechend hinterlegen oder sofern keine Angabe „Wert wurde nicht erhoben“ ankreuzen. Wenn eine Person „Angemeldet“ jedoch nicht „anwesend“ war ODER weder „angemeldet“ noch „anwesend“ war, bitte „Gründe für Abwesenheit“ (1.d) hinterlegen. Sofern keine Gründe genannt wurden, Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
Zeit für die Themenblöcke: 1.3 2.3a	Sollten keine Zeitangabe genannt worden sein, bitte entsprechend Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

2.3b 2.3c 2.3d 2.3e 3.	
4. Bei künftigen IPAV-Schulungen zu berücksichtigen	Sollten keine Anmerkungen genannt worden sein, bitte entsprechend Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

3.7.4 PE-QUAN 8: Allgemeine Angaben Schulende

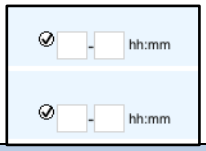
Bitte beachten: An dieser Stelle sollte nochmals sichergestellt werden, dass alle Schulenden diesen Fragebogen in Papierform ausgefüllt haben, sodass von jedem Schulenden die Daten in die Datenbank eingegeben werden können.

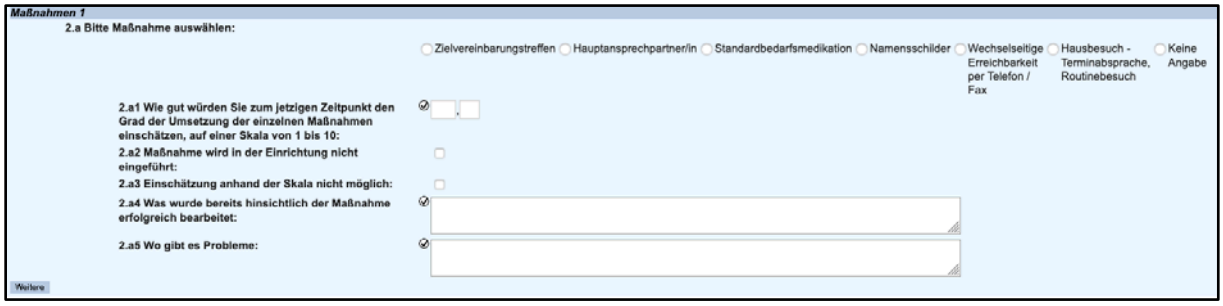
Pro Schulenden wird, wenn nicht bereits durch die Eingabe anderer Fragebögen innerhalb der Rolle vorhanden, eine ID generiert. Die Vorlage der ID sieht vor, dass eine Einrichtungs-ID mit angegeben wird, obwohl der Fragebogen einrichtungsübergreifend ausgefüllt wird. Hier kann pragmatisch vorgegangen werden: Gibt es bereits (unabhängig der Einrichtung) eine ID mit der Erfasser-ID, so kann dieser Bogen einfach dort hinzugefügt werden. Liegt bisher keine ID mit der Erfasser-ID vor, so muss eine neue generiert werden, dann gerne mit der Angabe der ersten Einrichtung des Studienzentrums, sprich „A01“, „B01“ oder „C01“.

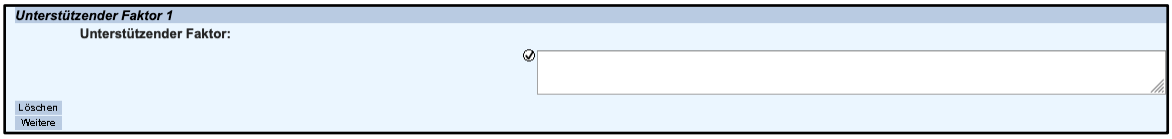
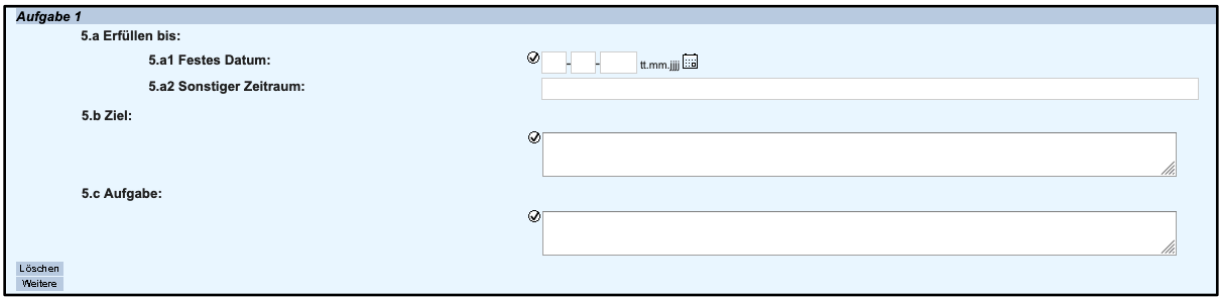
Item	Bemerkung
3. Berufsgruppe	Bei Angabe von „Sonstiges“ öffnet sich das Feld 3.d1 zur Ergänzung der Berufsbezeichnung. Sofern keine Beschreibung auf Fragebogen vorliegt, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

3.7.5 PE-QUAN 10: Protokoll Supervision Vor-Ort

Auch wenn unterschiedliche Erfasser in der Supervision einer Einrichtung involviert waren, werden alle Kontakte des Supervisions-Kurzprotokolls einer Einrichtung unter einer ID eingegeben. Die Kontakte werden unter der Erfasser-ID eingegeben, die/der den ersten Kontakt mit der IPAV bzw. der IPAV-Vertretung hatte.

Item	Bemerkung
e. Beginn/f. Ende 	Hier soll die hinterlegte Uhrzeit vom Beginn und Ende der Supervision eingegeben werden. Fehlt eine der beiden Angaben bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
Teil A	
2. Mit wem wurde kommuniziert	Bei Angabe „Sonstige Teilnehmer“ öffnet sich ein neues Fenster zur Eingabe „Grund für Gespräch“ (2.c1 siehe

	nächste Zeile).
2.c1 Grund für Gespräch mit „Sonstige Teilnehmer“	Auswahl treffen oder bei Angabe „Sonstiges“ öffnet sich neues Feld zur Eingabe. Sollte kein Grund unter „Sonstiges“ genannt sein, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
Teil B	
1. Aktueller Stand	*(siehe allgemeine Hinweise zum „Umgang mit Skalenwerten“)* Teilweise kann es möglich sein, dass der Grad der Umsetzung oder die selbstgesetzten Ziele vom letzten persönlichen Kontakt nicht möglich waren auszufüllen. Gründe können folgende sein (sofern einer der nachfolgenden Gründe zutreffend, bitte mit identischem Wortlaut eingeben): • 1. Supervisionstermin vor Ort • Keine Einschätzung aufgrund vorangegangenem Urlaub möglich • Keine Einschätzung aufgrund vorangegangener Krankheit möglich • Abwesenheit beim vorherigen Termin *(Bsp.: Im letzten Gespräch wurden Ziele mit IPAV vereinbart, jedoch erfolgt das aktuelle Gespräch mit IPAV-Vertretung und ohne IPAV.)*
2. Maßnahmen  Die einzelnen Maßnahmen müssen hier über die Option „Weitere“ ergänzt werden und dann über 2.a genauer definiert werden, welche Maßnahme hier besprochen wird. WICHTIG: Auch wenn nicht alle Maßnahme in der Einrichtung eingeführt wurde, müssen diese trotzdem hier genannt und durch das Kreuz bei „Maßnahme wird in der Einrichtung nicht eingeführt“ kenntlich gemacht werden.	
2.a1 Grad der Umsetzung	*(siehe allgemeine Hinweise zum „Umgang mit Skalenwerten“)* Durch Angabe eines Wertes öffnet sich das Feld zur Begründung der Einschätzung. Bitte hier hinterlegen, was bereits erfolgreich bearbeitet wurde und wo es Probleme gibt. Ist keine Notiz im Papierprotokoll hinterlegt, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
2.a2 Maßnahme nicht eingeführt	Wird diese Option gewählt, schließt sich automatisch die Einschätzung anhand des Grades und es kann zur nächsten Maßnahme übergegangen werden.
2.a3 Einschätzung anhand Skala nicht möglich	Hier öffnet sich dann ein Feld zur Angabe, warum die Einschätzung anhand der Skala nicht möglich ist. Sofern keine Angabe vorhanden, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

	Zusätzlich Angabe zu „Was wurde bereits hinsichtlich Maßnahme erfolgreich bearbeitet“ und „Wo gibt es Probleme“.
3.b1/3.b2 Unterstützende/Hemmende Faktoren  Jeder genannte Faktor wird hier einzeln eingegeben, d.h. über die Option „Weitere“ können Faktoren ergänzt werden, sodass nur ein Faktor pro Feld genannt wird.	
4. Etwas, das IPAV aktuell beschäftigt	Sollte keine Angabe vorliegen, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
5. Ziele/Aufgabe für IPAV  Jedes Ziel und die dazugehörige Aufgabe(n) werden einzeln eingegeben, d.h. über den Button „Weitere“ können Aufgaben ergänzt werden.	
5.a Erfüllen bis	*(siehe allgemeine Hinweise zum „Datum“)*
6.a/6.b Nächster geplanter Kontakt	*(siehe allgemeine Hinweise zum „Datum“)*
6.c Weitere geplante Kontakte	Wurden bei dem Vor-Ort-Supervisionsgespräch noch weitere Kontakte festgelegt (z.B. nächster telelfonische Supervisionstermin und nächster Vor-Ort-Termin kann der zweite festgelegte Termin unter diesem Punkt angegeben werden.
Teil C	
2.4 Folgendes beschäftigt mich	Sollten keine Anmerkungen genannt sein, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

3.7.6 PE-QUAN 11: Kurzbogen Supervisionskontakte

Dieses ist der Kurzbogen der Supervisionsprotokolle (Excel-Tabelle). In der Datenbank wird jede Zeile der Excel-Tabelle als „Weiterer“ Kontakt aufgeführt. Beim Öffnen des „PE-QUAN 11“ erscheint vor der ersten Dateneingabe dieses Feld:



Durch Klick auf „Weitere“ öffnet sich das Feld zur Eingabe der ersten Excel-Zeile mit den einzelnen Spaltenangaben. Es können unendlich viele Kontakte durch Klick auf „Weitere“ in der Datei angelegt werden.

In dieser Art und Weise kann jeder Kontakt des Supervisions-Kurzprotokolls zu einer Einrichtung in einem Formular eingegeben werden.

Auch wenn unterschiedliche Erfasser in der Supervision einer Einrichtung involviert waren, werden alle Kontakte des Supervisions-Kurzprotokolls einer Einrichtung unter einer ID eingegeben. Die Kontakte werden unter der Erfasser-ID eingegeben, die/der den ersten Kontakt mit der IPAV bzw. der IPAV-Vertretung hatte.

Item	Bemerkung
2.a Uhrzeit	Sofern eine Uhrzeit notiert wurde, kann diese an der Stelle eingegeben werden. Wenn keine Uhrzeit notiert Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
3. Dauer des Kontaktes	Wenn keine Angabe vorhanden, z.B. bei E-Mail-Kontakt, „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken
5. Art des Kontaktes	Bei der Angabe „Sonstige Kommunikationsweise“ öffnet sich ein neuer Bereich zur Eingabe der Kommunikationsweise. Ist keine Erklärung in der Excel-Tabelle hinterlegt bitteMissing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
6. Thema des Kontaktes	Sofern keine Angabe, bitte MIssing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
7. Ergebnis des Gespräches	Sofern keine Angabe, bitte MIssing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.
8. Aktueller Stand der Umsetzung	*(siehe allgemeine Hinweise zum „Umgang mit Skalenwerten“)* War keine Einschätzung möglich/nötig (in der Excel-Tabelle meist mit „00“ angegeben), bitte in der Datenbank entsprechend das Kreuz bei „Einschätzung nicht nötig“ setzen.
10. Nächster geplanter Kontakt	*(siehe allgemeine Hinweise zum „Datum“)*

3.7.7 PE-QUAN 14a: IPAV-Wechsel

Bitte überprüft alle nochmals, sofern ein IPAV-Wechsel stattfand, ob die Dokumente entsprechend ausgefüllt wurden bzw. ausgefüllt vorliegen.

Item	Bemerkung
3. Datum des Wechsels	Hier sollte das Datum angegeben werden, ab wann die/der neue Mitarbeiter/-in IPAV/IPAV-Vertretung geworden ist.
5. Grund des Wechsels	Bei Angabe von „Sonstiges“ öffnet sich ein weiterer Eingabebereich. Bitte Grund entsprechend hinterlegen oder sofern keine Angabe Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ ankreuzen.
6. Nachschulung	Wenn 6.a „Ja“: Dann Angabe des Datums der Nachschulung und Angabe bei wem die Nachschulung geplant ist. Wenn 6.a „Nein“: Dann Angabe des Grundes, warum keine Nachschulung stattfand.

	Bei Angabe von „Sonstiges“ öffnet sich ein weiterer Eingabebereich. Bitte Grund entsprechend hinterlegen oder sofern keine Angabe Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ ankreuzen.
7. Kerndaten der/des IPAV(-Vertretung)	Sofern „Erhebung im Rahmen der Nachschulung erfolgte“, wurden die Kerndaten bei PE-QUAN 4b erhoben und können dort eingegeben werden. Bei „Erhebung über separaten Basis-Fragebogen“ bitte PE-QUAN 14b ausfüllen.

3.7.8 PE-QUAN 15: Befragung zur Verblindung

Item	Bemerkung
1. Vermutung IG/KG	Hier muss zwingend eine Angabe der Erfasserin/des Erfassers zur Verblindung vorliegen. D.h. es muss entweder das Kreuz bei„Interventionsgruppe“ oder „Kontrollgruppe“ gesetzt werden.
1.a Begründung Vermutung	Hier sollte ebenfalls immer eine kurze Begründung vorliegen. Sollte dieses einmal nicht der Fall sein, bitte Missing Value „Wert wurde nicht erhoben“ anklicken.

SOP7

Manual zur IPAV-Supervision

I. Grundsätzliches zur IPAV-Supervision

a. Ziel der Supervision

→ Dient zur Erleichterung des Implementierungsprozesses

b. Betreuung der IPAV

→ Die IPAVs werden durch das entsprechende Studienzentrum betreut
→ Insgesamt übernehmen pro Studienzentrum 1-2 Studienmitarbeiter die Begleitung der IPAVs und dessen/deren Vertretung
→ Pro Heim wird ein Studienmitarbeiter als Hauptansprechpartner zur Begleitung der IPAV und dessen/deren Vertretung festgelegt, zusätzlich wird ein Stellvertreter benannt
→ Zur Identifikation des Supervisors wird stets die einheitliche Erfasser-ID angegeben
→ Studentische Hilfskräfte werden als Supervisors ausgeschlossen

c. Rolle und Aufgaben des Supervisors

→ Der Supervisor spricht ausschließlich mit der IPAV und/oder deren Vertretung
→ Der Supervisor dokumentiert den Stand der Implementierung basierend auf der Einschätzung der IPAV (z.B. über Checkliste zur Umsetzung)
→ Der Supervisor steht der IPAV und deren Vertretung beratend zur Seite
→ Der Supervisor schreitet nicht aktiv in den Implementierungsprozess ein, sondern die **Umsetzung erfolgt ausschließlich über die IPAV**
→ Der Supervisor sollte mit der IPAV Gründe für die Umsetzungsprobleme besprechen und **die IPAV bei der Identifizierung oder Entwicklung von Strategien helfen, die geeignet sind, die Umsetzungsprobleme zu minimieren bzw. zu beheben**.

d. Anzahl und Art der Kontakte zwischen Supervisor und IPAV

→ Monat 1-3 nach Randomisierung: 2-4 Kontakte (telefonisch/elektronisch) pro Monat **und zusätzlich** 1 -3 persönliche Kontakte in den ersten 3 Monaten
→ Monat 4-12 nach Randomisierung: 1-2 Kontakte (telefonisch/elektronisch) pro Monat **und zusätzlich** 1 persönlicher Kontakt jeden zweiten Monat
→ Die Termine werden nach dem Ermessen der IPAV und dem Studienteam festgelegt
→ Zwischentermine sind erlaubt, sollten aber auf ein Minimum reduziert werden und lückenlos dokumentiert werden
→ Jeder Kontakt (telefonisch/elektronisch oder Vor-Ort-Kontakt) muss dokumentiert werden. Dafür steht ein Kurzbogen (= Exceltabelle) und ein Protokoll für die Vor-Ort-Kontakte zur Verfügung. Bitte beachten Sie für beide Dokumente die geltenden Grundsätze im nachfolgenden farbig hinterlegten Kasten.

Grundsätzlich gilt:

- → Bitte achten Sie darauf, dass alle Ihre Angaben für ein anderes Studienteammitglied, das nicht am Gespräch beteiligt war, **nachvollziehbar und verständlich** sind. Sodass bei Bedarf eine andere Studienmitarbeiterin den Nachfolgetermin übernehmen kann und inhaltlich darüber informiert ist, was besprochen wurde.
- → Es werden **keine Klarnamen** angegeben. Das heißt Informationen, die auf die Einrichtung hindeuten (wie Name der IPAV, Einrichtungsname, Klarnamen der Hausärzte, etc.) sollten vermieden werden. Hausärzte können beispielsweise mithilfe von „Herr Dr. R." abgekürzt werden, wobei auch jede andere studienzentrumsinterne Regelung zur Anonymisierung gilt.
- → Alle bei einem Kontakt von den Beteiligten geäußerten oder von der supervidierenden Interprof ACT-Mitarbeiterin registrierten Wahrnehmungen, Erfahrungen oder Überlegungen rund um die Umsetzung der interprof ACT-Maßahmen sollten in dem Protokoll dokumentiert werden. Wenn die vorbereiteten Antwortfelder dafür nicht geeignet sind oder nicht genügen, sollten entsprechende Angaben im Freitext am Ende des Dokuments bzw. auf einer leeren Rückseite notiert werden.
- → Bei allen dokumentierten Erfahrungen und Entscheidungen, insbesondere Änderungen in der Umsetzung betreffend, ist darauf zu achten, dass die dokumentierten Angaben auch für Dritte (Auswerter/-innen) nachvollziehbar sind und beispielsweise relevante Kontextinformationen oder Begründungen enthalten.
- → Die Dokumente sollten abschließend hinsichtlich der inhaltlichen Kongruenz der Angaben geprüft werden.

II. Kurzbogen (Exceltabelle)

a. Inhalt

→ Der Kurzbogen (= Exceltabelle) muss die folgenden Punkte enthalten:

Erfasser-ID	*Von der Person, die den Kontakt durchgeführt hat. Keine Angabe von Klarnamen.*
Datum	*Uhrzeitangabe nicht nötig*
Dauer des Kontaktes in Minuten	*Außer bei E-Mails*
Mit wem?	*Bei anderen Personen außer IPAV und deren Vertretung, bitte Funktion mit eintragen.*
Art des Kontaktes	*T = Telefonisch* *E = E-Mail* *S = Sonstige Kommunikationsweise (bitte nennen)*

Was war Anlass/Thema des Kontaktes?	*Bitte kurz in wenigen Stichwörtern nachvollziehbar notieren.*
Was wurde vereinbart? Was ist das Ergebnis des Gespräches?	*Bitte kurz in wenigen Stichwörtern nachvollziehbar notieren.*
Wie zufrieden ist die IPAV mit dem aktuellen Stand der Umsetzung?	*Skala 1-10: 1 = sehr unzufrieden; 10 = sehr zufrieden; 00 = keine Bewertung möglich*
Fand seit dem letzten Kontakt ein IPAV-Wechsel statt?	*Nein/Ja; bei „Ja" bitte Dokument IPAV-Wechsel ausfüllen*
Nächster geplanter Kontakt	*Angabe Datum, ggf. mit Uhrzeit und ggf. durch wen*

b. Ausfüllhinweise

- → **Pro Einrichtung** wird ein Kurzbogen angelegt und geführt.
- → Es werden im Kurzbogen **nur die telefonischen/elektronischen Kontakte** im Rahmen der Supervision notiert – die Vor-Ort-Kontakte werden separat per Protokoll (siehe II.) dokumentiert. Um einen besseren Überblick zu schaffen, soll der Vor-Ort Kontakt mittels farblicher Hinterlegung mit Datum im Kurzbogen hinterlegt werden.
- → Es sollen **ALLE Kontakte** mit der IPAV und/oder deren Vertretung auch außerhalb der vorgegebenen Zeiten im Rahmen der Supervision angegeben werden.
- → Ebenso werden auch die **Kontakte mit anderen Personen** (z.B. PDL, Pflegefachkräfte, etc.) aufgeführt, die im Rahmen der IPAV-Supervision entstanden sind (z.B. im Rahmen einer Terminabsage bzw. -vereinbarung)
- → Es werden bei jedem telefonischen/elektronischen Kontakt stets alle Spalten des Kurzbogens ausgefüllt.

c. Weiterleitung/Ablage des Kurzbogens

- → Der Kurzbogen verbleibt zunächst in dem jeweiligen Studienzentrum in elektronischer Form.
- → Bei Einrichtungen, die zudem an der **qualitativen Prozessevaluation** teilnehmen, wird der Kurzbogen **monatlich (jeweils zu Beginn) an Christian Kortkamp per Mail** versandt.

III. Protokoll zu den Vor-Ort-Kontakten

a. Inhalt

- → Das Protokoll besteht aus den nachfolgend aufgeführten Teilen:

Teil A	*Allgemeine Fragen zu den Rahmenbedingungen des Vor-Ort-Kontaktes (Datum, Uhrzeit, Anlass, beteiligte Person(en), IPAV-Wechsel)*

Teil B	*Gespräch mit der IPAV zur Umsetzung der Maßnahmen (Grad der Umsetzung, beeinflussende Faktoren, vereinbarte Aufgaben und Ziele für die IPAV, Angabe nächster geplanter Kontakt).* ***Alle Angaben erfolgen ausschließlich aus Sicht der IPAV und werden daher direkt von der IPAV erfragt.***
Teil C	*Beurteilung des Kontaktes* ***aus Sicht des Supervisors*** *(Störungen, Bewertung des Kontaktes)*

b. Ausfüllhinweise

→ **Für jeden Vor-Ort-Kontakt**, unabhängig davon, ob dieser geplant oder ungeplant ist, wird ein Protokoll ausgefüllt.

→ Teil B des Protokolls **soll** als Strukturierungshilfe für das Gespräch mit der IPAV verwendet werden und sollte am besten direkt während des Gesprächs mit der IPAV ausgefüllt werden.

→ Bitte die spezifischen Ausfüllhinweise für Teil B (zu Fragen 1-5) und C (Frage 2.4) beachten.

Teil B	
Frage 1a. – Wie zufrieden sind Sie mit dem aktuellen Stand der Umsetzung?	• *Skala 1-10: 1 = sehr unzufrieden; 10 = sehr zufrieden.* • *Die Frage bezieht sich auf den Stand der Umsetzung maßnahmenübergreifend.* • *Sollte die Frage nicht beantwortet werden können, bitte mit „keine Angabe möglich, weil … (bitte unbedingt einen Grund nennen)“ unter „ggf. Anmerkungen notieren“ notieren.*
Frage 1b. – Wie zufrieden sind Sie mit Ihren selbstgesetzten Zielen vom letzten persönlichen Kontakt?	• *Skala 1-10: 1 = sehr unzufrieden; 10 = sehr zufrieden.* • *Zur leichteren Beantwortung sollte das jeweils letzte Vor-Ort-Protokoll zum Supervisionskontakt mitgenommen werden, sodass die festgelegten Ziele und Aufgaben wieder aufgegriffen werden können.* • *Sollte die Frage nicht beantwortet werden können (z.B. beim ersten Vor-Ort-Kontakt), bitte mit „keine Angabe möglich, weil … (bitte unbedingt einen Grund nennen)“ unter „ggf. Anmerkungen notieren“ notieren.*

Frage 2 – Wie gut würden Sie zum jetzigen Zeitpunkt den Grad der Umsetzung der einzelnen Maßnahmen einschätzen?	• *Skala 1-10: 1 = keine Umsetzung erkennbar bzw. sehr schlecht; 10 = bereits vollkommen umgesetzt bzw. sehr gut* • *Wird eine Maßnahme nicht in der Einrichtung eingeführt, bitte entsprechendes Kreuz unter der Skala setzen.* • *Wichtig an dieser Stelle ist **neben der Einschätzung des Grades der Umsetzung auch die Begründung zur genannten Einschätzung**. Dazu dient die abgebildete Tabelle. Bitte in der ersten Spalte die Punkte nennen, die hinsichtlich der Maßnahme bereits gut laufen bzw. bereits umgesetzt wurden und entsprechend in die zweite Spalte die Punkte aufführen, die Probleme bei der Umsetzung verursachen.* • *Ist eine Einschätzung durch die IPAV anhand der Skala nicht möglich, bitte entsprechendes Kreuz unter der Skala setzen und den entsprechenden Grund notieren.* • *Würden Sie (nur gedanklich!), als Supervisor, der Maßnahmenumsetzung einen von der Einschätzung der IPAV stark abweichenden Punktwert geben, so notieren Sie dies im Teil C unter 2.4 (siehe Hinweise unter Frage 2.4)* • *Die Ableitung konkreter Ziele und Aufgaben kann an dieser Stelle bereits parallel vorgenommen werden. Diese sollten dann unter Frage 5 notiert werden.*
Frage 3a. – Welche der nachfolgend aufgeführten Faktoren erleichtern bzw. erschweren Ihnen die Umsetzung der Maßnahmen?	• *Es sollen möglichst alle beeinflussenden Faktoren angesprochen werden. Falls ein Faktor nicht eingeschätzt werden kann, bitte einen Grund dafür angeben (unter „Anmerkungen“).* • *Auch an dieser Stelle kann parallel die Ableitung konkreter Ziele und Aufgaben vorgenommen werden, sowie die Dokumentation derer unter Frage 5.* • *Falls keine beeinflussenden Faktoren von der IPAV angesprochen werden, bitte gezielt nachfragen. Dies sollte vorzugsweise durch eine gemeinsame Besprechung der aufgelisteten Faktoren erfolgen, die Supervidorin kann einzelne Faktoren auch beispielhaft näher erläutern.*
Frage 3b. – Gibt es über die obengenannten Faktoren noch andere, die Ihre Arbeit als IPAV aktuell besonders unterstützen oder hemmen?	• *Bei der Nennung auf Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit achten, ggf. erklärende Stichpunkte ergänzen.*

Frage 4. – Gibt es noch etwas, was Sie als IPAV aktuell beschäftigt?	• *Bei der Nennung auf Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit achten, ggf. erklärende Stichpunkte ergänzen.*
Frage 5. – Vereinbarte Ziele bzw. Aufgaben für die IPAV	• *Die Ziele sollten nachvollziehbar und die Aufgaben als eine geplante Aktivität der IPAV formuliert werden (z.B. „Den pflegerischen Kollegen die Maßnahme X im Rahmen der nächsten Teamsitzung am X erklären.“)* • *Es sollen ALLE vereinbarten Ziele (und die daraus folgenden Aufgaben) notiert werden, mit entsprechendem konkretem Zeithorizont. (z.B. Ziel: „Einführung des Faxformulars auf dem Wohnbereich X bis zur KW X“; daraus folgende Aufgaben: „Information über die Einführung des Faxformulars an den Hausarzt Dr. X beim Hausbesuch am X. geben“, „Wohnbereich X erhält eine Kopiervorlage des neuen Faxformulars bis zur KW X.“)*
TEIL C	
Frage 2.4	• *An dieser Stelle soll ALLES notiert werden, was zum einen zum Verstehen des Protokolls nötig ist (z.B. spezielle Rahmenbedingungen oder Probleme) und zum anderen was Ihnen als Supervisor bei der Begleitung noch aufgefallen ist.* • *An dieser Stelle sollte zudem notiert werden, an welchen Punkten und warum Sie von der numerischen Einschätzung der IPAV stark abweichen.*

c. Weiterleitung/Ablage des Protokolls

→ Das ausgefüllte Protokoll verbleibt im jeweiligen Studienzentrum und wird nach Fertigstellung der Datenbank zur Prozessevaluation in diese eingegeben. Das Protokoll sollte in den einrichtungsspezifischen Ordner unter 5.4 (Pflegeheimspezifische Termine/Anschreiben/Protokolle – Sonstiges) abgelegt werden.

→ Bei Einrichtungen, die zudem an der **qualitativen Prozessevaluation** teilnehmen, wird das Protokoll **zeitnah nach dem Kontakt an Christian Kortkamp per Mail** versandt.

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Erfasser-ID ☐☐☐☐☐

Protokoll zur Begleitung der IPAV

Ausfüllhinweise:

- Dieses Protokoll ist nur für Vor-Ort-Gespräche mit der IPAV auszufüllen. Alle anderen Kontakte bitte in der dazugehörigen Excel-Liste notieren.
- **Teil B dieses Protokolls** kann als Strukturierungshilfe für das Gespräch verwendet werden und sollte am besten **direkt während des Gesprächs mit der IPAV** ausgefüllt werden.
- **Das Protokoll sollte abschließend auf inhaltliche Konsistenz der Angaben geprüft werden.**
- Bitte stellen Sie sicher, dass Ihre soziodemografischen Charakteristika einmalig über den Bogen „Allgemeine Daten_Schulung“ erhoben wurden.

Teil A: Allgemeine Fragen

Datum: _____ **von:** _____ Uhr **bis:** _____ Uhr

1. Anlass des Vor-Ort-Gesprächs:

☐ Geplant
☐ Ungeplant, bitte Anlass notieren: _____

2. Mit wem wurde kommuniziert? (Mehrfachantworten möglich)

☐ IPAV
☐ Vertretung IPAV
☐ Sonstige Teilnehmer (z.B. PDL, usw.), *nämlich* _____
Grund für Gespräch mit sonstigen Teilnehmern:
- ☐ Urlaub der IPAV oder deren Stellvertreter
- ☐ Krankheitsbedingter Ausfall des geplanten Kontaktes
- ☐ Schichtwechsel der IPAV
- ☐ IPAV-Wechsel
- ☐ Sonstiges: _____

3. Gab es einen Wechsel der IPAV oder deren Vertretung?

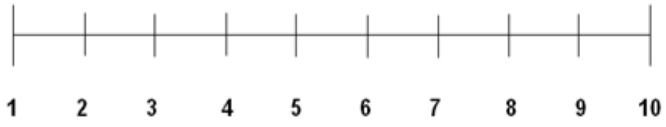
☐ Nein

☐ Ja, *dann Dokument „Wechsel IPAV" ausfüllen*

Teil B: Gespräch mit IPAV zur Umsetzung der Maßnahmen (Angaben aus Sicht der IPAV, bitte direkt von der IPAV erfragen)

1. Aktueller Stand und Rückblick zum letzten persönlichen Kontakt

a. Wie zufrieden sind Sie mit dem aktuellen Stand der Umsetzung? (1 = sehr unzufrieden; 10 = sehr zufrieden)



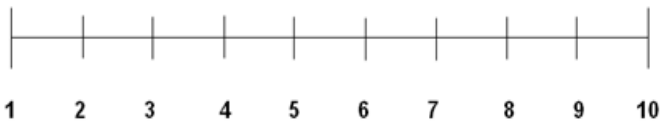
Ggf. Anmerkungen notieren:

_____

_____

_____

b. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren selbstgesetzten Zielen vom letzten persönlichen Kontakt? (1 = sehr unzufrieden; 10 = sehr zufrieden)
(Hinweis für den Supervisor: Protokoll des letzten Vor-Ort-Gespräches mit der IPAV sollte vorliegen, um selbstgesetzte Ziele zu rekapitulieren.)



Ggf. Anmerkungen notieren:

_____

_____

2. Wie gut würden Sie zum jetzigen Zeitpunkt den Grad der Umsetzung der einzelnen Maßnahmen einschätzen, auf einer Skala von 1 bis 10? (1=keine Umsetzung erkennbar; 10 = bereits vollkommen umgesetzt) ggf. Schwierigkeiten notieren.
(Wenn die Einführung einer *interprof* ACT-Maßnahme in der Einrichtung nicht geplant ist, bitte entsprechenden Vermerk ankreuzen.)

Zielvereinbarungstreffen:

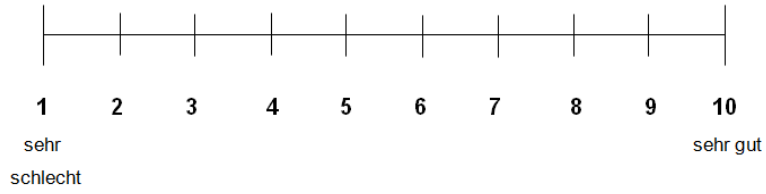


☐ Maßnahme wird in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Einschätzung anhand der Skala nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde bereits hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gibt es Probleme?**

Hauptansprechpartner:

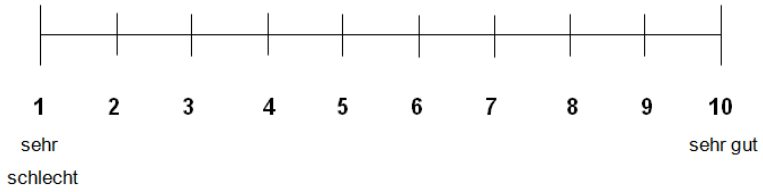


☐ Maßnahme wird in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Einschätzung anhand der Skala nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde bereits hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gibt es Probleme?**

Standardbedarfsmedikation:

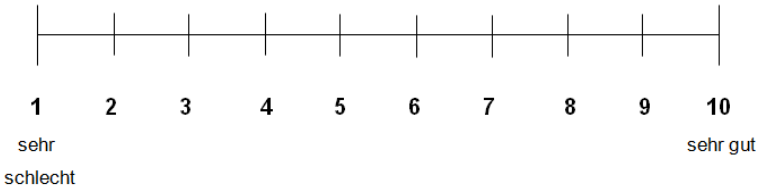


☐ Maßnahme wird in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Einschätzung anhand der Skala nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde bereits hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gibt es Probleme?**

Namensschilder:

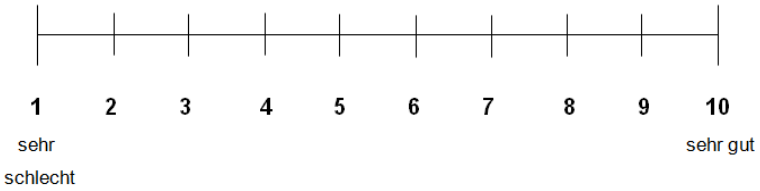


☐ Maßnahme wird in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Einschätzung anhand der Skala nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde bereits hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gibt es Probleme?**

Wechselseitige Erreichbarkeit:

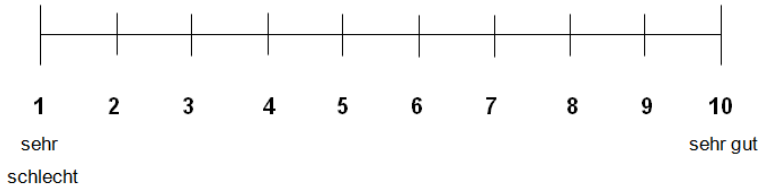


☐ Maßnahme wird in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Einschätzung anhand der Skala nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde bereits hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gibt es Probleme?**

Hausbesuch – Terminabsprache, Routinebesuch:



☐ Maßnahme wird in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Einschätzung anhand der Skala nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde bereits hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gibt es Probleme?**

3. Beeinflussende Faktoren bei der Umsetzung der Maßnahmen.

a. Welche der nachfolgend aufgeführten Faktoren erleichtern bzw. erschweren Ihnen die Umsetzung der Maßnahmen? Bitte kreuzen Sie an. Es sollen möglichst alle Faktoren angesprochen werden. Falls ein Faktor nicht eingeschätzt werden kann, bitte einen Grund dafür angeben.

(Mehrfachnennungen möglich)

	Sehr positiv/ sehr hilfreich für Umsetzung	**Eher positiv/eher hilfreich für Umsetzung**	**Weder noch**	**Eher negativ/ eher hemmend für Umsetzung**	**Sehr negativ/ sehr hemmend für Umsetzung**
Zusammenarbeit mit den Kollegen im Pflegeteam	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Bereitschaft/Engagement der Kollegen im Pflegeteam für die Umsetzung	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Bereitschaft/Engagement der Vorgesetzten für die Umsetzung	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Zusammenarbeit mit den Hausärzten	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Bereitschaft/Engagement der Hausärzte für die Umsetzung	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					

Medizinisch-pflegerische Fachkompetenzen der Kollegen im Pflegeteam	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Medizinische Fachkompetenzen der Hausärzte	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Bisherige Erfahrungen/Ergebnisse meiner IPAV-Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Erfahrene Anerkennung von Kollegen für meine IPAV-Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Erfahrene Anerkennung von Vorgesetzten für meine IPAV-Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Erfahrene Anerkennung von Hausärzten für meine IPAV-Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Erfahrene Anerkennung von Bewohnern/ Angehörigen für meine IPAV-Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Meine eigenen beruflichen Erfahrungen und Kompetenzen	☐	☐	☐	☐	☐

Anmerkungen:					
Zeitliche Ressourcen für die IPAV-Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Anzahl der Pflegefachkräfte im Pflegeteam	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Stabilität des Pflegeteams (geringe Fluktuation)	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
IPAV-Schulungsunterlagen und -materialien (z. B. Handbuch)	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					

b. Gibt es über die obengenannten Faktoren noch andere, die Ihre Arbeit als IPAV aktuell besonders unterstützen oder hemmen? Falls ja, nennen Sie diese bitte hier kurz.

Weitere unterstützende Faktoren	Weitere hemmende Faktoren

4. Gibt es noch etwas, was Sie als IPAV aktuell beschäftigt?

5. Vereinbarte Ziele bzw. Aufgaben für die IPAV: (Bitte die Ziele nachvollziehbar und die Aufgaben als eine geplante Aktivität der IPAV formulieren)

Ziele/Aufgaben	zu erfüllen bis
Ziel: *Beispiel: „Einführung des Faxformulars auf dem Wohnbereich X bis zur KW X“*	
Aufgabe: *Beispiel: „Information über die Einführung des Faxformulars an den Hausarzt Dr. X beim Hausbesuch am X. geben“* *„Wohnbereich X erhält eine Kopiervorlage des neuen Faxformulars bis zur KW X.“*	***03.03.2018***
Ziel:	
Aufgabe:	
Ziel:	
Aufgabe:	
Ziel:	
Aufgabe:	

Ziel:	
Aufgabe:	

6. nächster geplanter Kontakt am _____

Teil C: Beurteilung des Kontaktes aus Sicht des Supervisors

1. Gab es Störungen während des Kontaktes?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, durch…
  - ☐ Bewohnerklingel
  - ☐ andere Telefonate
  - ☐ Ansprache durch Dritte
  - ☐ Sonstiges _____

2. Bewertung des Kontaktes

2.1 Während des Gesprächs habe ich mich in meiner Supervisor-Rolle sicher gefühlt.

☐	☐	☐	☐	☐
Trifft vollkommen zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Kann ich nicht beurteilen

2.2 Ich habe den Eindruck, dass das Gespräch für die IPAV bzw. deren Vertretung hilfreich war.

☐	☐	☐	☐	☐
Trifft vollkommen zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Kann ich nicht beurteilen

2.3 Die für das Gespräch eingeplante Zeit war …

☐	☐	☐	☐	☐
Zu lang	Eher zu lang	Gerade richtig	Eher zu kurz	Zu kurz

2.4 In der Begleitung ist mir noch Folgendes aufgefallen bzw. Folgendes beschäftigt mich…

SOP8 Review A

Allgemeines

Nachdem die erhobenen Daten vollständig in das eCRF (electronic Case Report Form), also in die Datenbank eingegeben worden sind, erfolgt durch eine zweite Person das Review A. Anhand des Review A soll die korrekte Übertragung gegengeprüft werden sowie die medizinische Richtigkeit der im eCRF erfassten Daten bestätigt werden. Somit müssen alle in die Datenbank eingegebenen Daten ein Review A erhalten.

Wichtig: Beim Review A erfolgt grundsätzlich keine nachträgliche Bewertung der Qualität der Datenerhebung oder Korrektur. Grundsätzlich wurden die Daten so erhoben, wie sie in der Bewohnerdokumentation vorgefunden wurden – auch die Ausführlichkeit der Dokumentation in den Einrichtungen stellt in der Studie ein Ergebnis dar. Beim Review A soll daher nur eine Überprüfung der korrekten 1:1 Übertragung der Daten vom Papier-CRF ins eCRF erfolgen (siehe dazu auch Unerwünschte Ereignisse/Chronische Wunden, Medikamente/Ergänzung fehlender Einheiten).

Die im Folgenden verwendeten roten Kapitelüberschriften erläutern das Vorgehen beim Review A. Die in Rot hervorgehobenen Textzeilen dienen der schnellen und übersichtlichen Identifikation von Besonderheiten und Auffälligkeiten beim Review A in Abgrenzung zu der „SOP Dateneingabe“. Die „SOP Dateneingabe“ befindet sich im Anschluss an den Abschnitt „Durchführung von Review A“, ab Seite 7.

INHALTSVERZEICHNIS

VORGEHENSWEISE 2

ALLGEMEINES ZUR DATENEINGABE UND BEIM REVIEW A 3

DURCHFÜHRUNG VON REVIEW A (MIT AUSZÜGEN AUS DEM ECRF-HANDBUCH): 4

SOP DATENEINGABE ZU DEN FRAGEBÖGEN T0, T1 UND T2 7

1. EINRICHTUNGSDATEN 7

1.1. T0 7

1.2. T2 8

2. T0 8

2.1. Bewohnerdaten 8

2.2. Primäre/Sekundäre Outcomes 9

3. T1 20

3.1. Primäre/Sekundäre Outcomes 20

4. T2 25

4.1. Bewohnerdaten 25

4.2. Primäre/Sekundäre Outcomes 26

Vorgehensweise

Um einen Bewohner bzw. eine Einrichtung in der Datenbank zu finden, ist ein Einloggen in die Produktivdatenbank SecuTrial notwendig.
Folgender Link ist für die SecuTrial Produktivdatenbank:
https://st01.mi.med.uni-goettingen.de/cgi-bin/WebObjects/productive-DataCapture.woa/wa/choose?language=de&customer=KSMD
Um sich die Funktion der Datenbank besser anschauen zu können und zu Übungszwecken, gibt es eine Testdatenbank. Folgender Link ist für die SecuTrial Testdatenbank:
https://st01.mi.med.uni-goettingen.de/cgi-bin/WebObjects/setup-DataCapture.woa/wa/choose?language=de&customer=KSMD
Um einen bereits angelegten Bewohner zu finden, gibt es oben rechts ein Suchfeld in welches der pseudonymisierte Bewohnercode/Einrichtungscode eingegeben bzw. gefunden werden kann.
Es gibt ein „Benutzerhandbuch *interprof* ACT Datenbank“ und ein „SecuTrial – allgemeines Handbuch“. Beide sind auf der Willkommensseite der Testdatenbank im Download Bereich zu finden. Das „Benutzerhandbuch *interprof* ACT Datenbank“ ist zudem auch auf dem „t-Server“ gespeichert, unter: interprof ACT => Studienzentrum UMG => Datenbank.



interprofACT_eCRF-Benutzerhandbuch_V1_0_20180122.pdf

Allgemeines zur Dateneingabe und beim Review A

- Alle Queries sollten **vor** dem Review A bearbeitet bzw. beantwortet worden sein.
- Ein Ereignis gilt als erhoben, wenn auf dem Papier CRF etwas dokumentiert ist. Dies sollte mit „Ja“ im eCRF angekreuzt worden sein.
- Kommentarfelder grundsätzlich so viel wie nötig und so wenig wie möglich nutzen.
- Immer wieder auf Erfasser-ID und Datum der Erhebung achten, da eine Erhebung in der Regel an mehreren Tagen mit mehreren Datenerheber*innen stattfand. Das betrifft vor allem auch T1 und T2, wo die primären Outcomes durch eine/n verblindete/n Datenerheber*in erhoben wurden.
- Wenn auf dem Papier CRF nichts dokumentiert wurde, weil es nichts zu erheben gab, sollte dies im eCRF mit „Nein“ und dem Kommentar: „kein Ereignis vorhanden“, eingetragen worden sein.
- Wenn in der Datenerhebung ein Bereich (z.B. unter „Primäre/Sekundäre Outcomes“, Krankenhausaufenthalte und unerwünschte Ereignisse) zwar erhoben worden ist, es aber inhaltlich nichts zu erheben gab/es keine mit „Ja“ zu beantwortenden Vorkommnisse gab, ist auf dem Papier CRF ein Strich zu Beginn des Bogens zu sehen. Zutreffende „Nein“ müssen in der Datenbank dann angekreuzt worden sein und der Kommentar „kein Ereignis vorhanden“ muss unter 1.1a in ein Kommentarfeld eingetragen worden sein.
- Wenn ein Bewohner zwischen zwei Erhebungszeitpunkten auszieht oder verstirbt, werden die Daten bis zum Tag des Auszugs/Todes erhoben. Zu den darauffolgenden Erhebungszeitpunkten werden für diese Bewohner keine Papier-CRFs mehr erhoben und auch **keinerlei weitere** Einträge in die Datenbank (eCRF) gemacht.
- **Aktennotizen** (siehe dazu in Göttingen auch Ordner Aktennotizen/File-Notes interprof ACT) sind zu beachten und in die Datenbank einzuarbeiten. Beispiel Krankengymnastik („therapeutische Leistung“):

    a. Wenn KG Termine im Beobachtungszeitraum eingetragen worden sind:
    „Ja“ ankreuzen + „Anzahl“

b. Wenn KG eingetragen worden ist, aber keine Behandlungsanzahl:

„Nein“

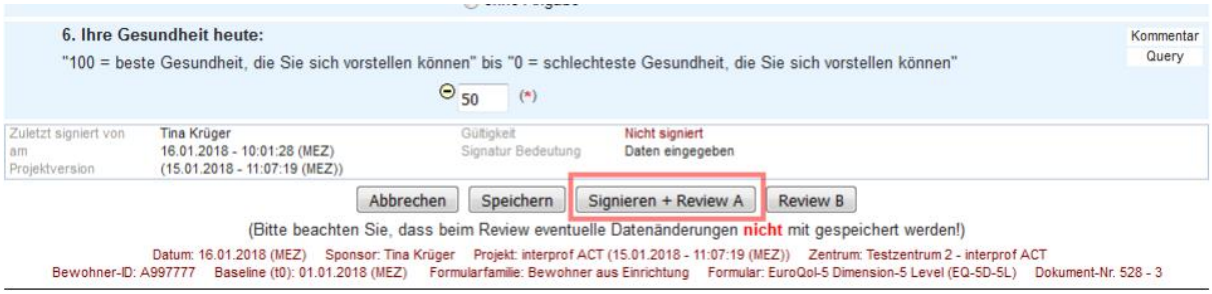
c. Wenn Physiotherapeut namentlich dokumentiert worden ist, aber keine Termine erkennbar sind:

„Nein“

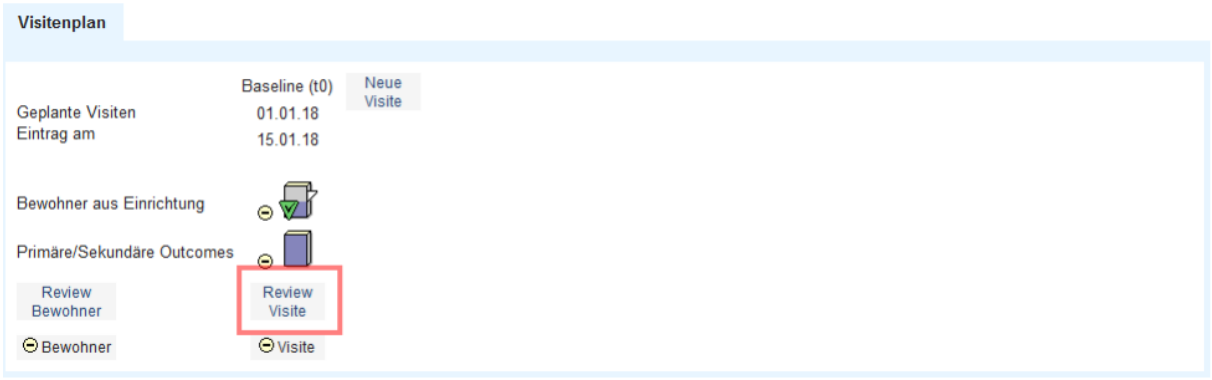
Durchführung von Review A (mit Auszügen aus dem eCRF-Handbuch):

Die medizinische Richtigkeit der im eCRF erfassten Daten wird mithilfe des Status Review A bestätigt. Der Status kann pro Formular oder für die gesamte Visite vergeben werden und ist mit einer e-Signatur zu bestätigen.
Das Review A wird durch „Signieren + Review A“ in dem jeweiligen Dokument gesetzt.
Folgende Beschreibung wurde dem eCRF Handbuch (S. 21-23) teils wörtlich, teils modifiziert entnommen:

Durchführen von Review A, einzelnes Formular:



Durchführen von Review A, ganze Visite:



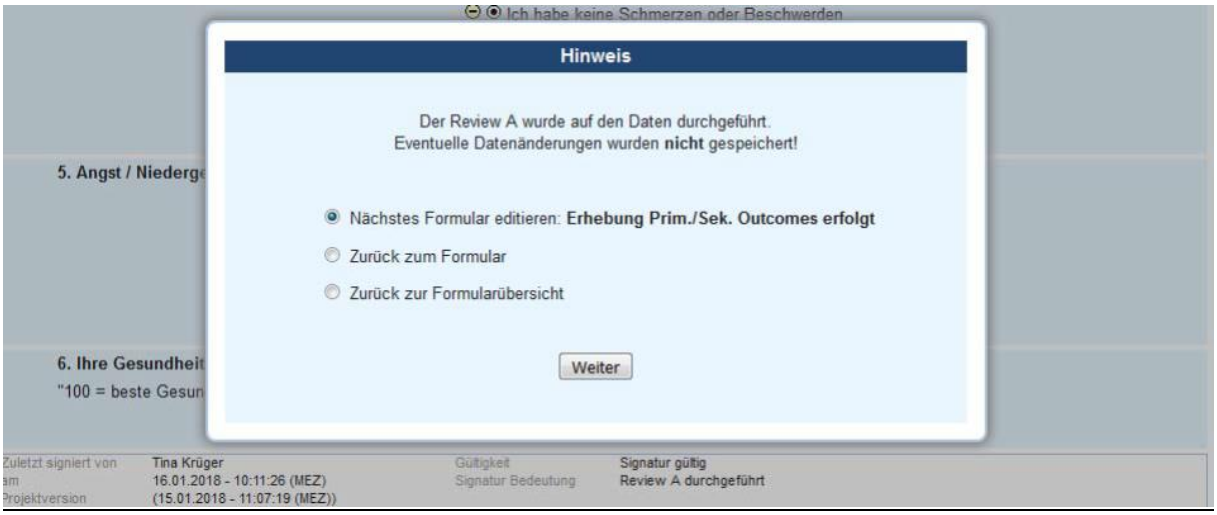
Nachdem die Daten hinsichtlich ihrer medizinischen Richtigkeit geprüft und eine der oben gezeigten Schaltflächen betätigt wurde, erscheint automatisch die Aufforderung, die Durchführung von Review A mithilfe einer e-Signatur zu bestätigen.

Hierzu ist es notwendig die User-ID und das persönliche Passwort anzugeben, welches auch verwendet worden ist, um sich ins Datenbanksystem einzuloggen (vgl. Kapitel „1.3. Login ins Datenbanksystem“, im Handbuch, S. 4).

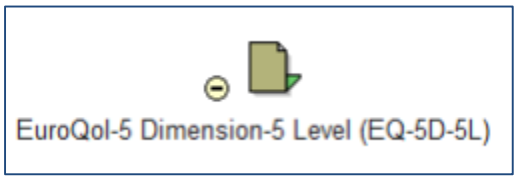
Solange Kommentare vorhanden sind, können (z.B. falsche) Einträge generell nicht gelöscht werden.



Sobald Review A inklusive der e-Signatur erfolgreich durchgeführt wurde, erscheint die folgende Hinweismeldung:



Das Formular ist in der Übersicht anschließend mit einem grünen Dreieck in der unteren rechten Ecke gekennzeichnet.



Nach dem Setzen des Status Review A ist das betreffende Formular gesperrt und es ist keine weitere Dateneingabe möglich. Über den Button REVIEW A AUFHEBEN lässt sich diese Sperrung im Bedarfsfall noch aufheben. Die bereits bestätigte Richtigkeit der Daten kann dokumentspezifisch wieder aufgehoben werden. Über das Recht REVIEW A AUFHEBEN verfügt jeder/jede Mitarbeiter*in, der/die Review A setzten darf.

REVIEW A lässt sich nur auf bereits gespeicherte Formulare anwenden. Sollten Sie Änderungen im jeweiligen Formular vorgenommen und diese nicht gespeichert haben, gehen diese bei Durchführung von Review A verloren! Speichern Sie daher zunächst die Daten ab und kehren Sie anschließend erneut ins Formular zurück, um dann REVIEW A durchzuführen.

Im Falle von Queries bzw. offenen Fragen, müssen diese, ggf. nach Rücksprache im Team bzw. mit dem Statistikinstitut, vor dem Review A beantwortet werden.

Im Folgenden befindet sich ein Auszug aus der SOP Dateneingabe als Hilfsmittel für die Durchführung des Review A mit Hinweisen zu den Erhebungen zum jeweiligen Zeitpunkt.

SOP Dateneingabe zu den Fragebögen T0, T1 und T2

1. Einrichtungsdaten

1.1. T0

Ein-/Ausschlusskriterien der Einrichtung

1. Allgemeine Charakteristika

1.6 „monatlicher Eigenanteil an den Heimkosten“: Wenn im Papier CRF die Felder leer sind oder durchgestrichen wurden, sollen diese im eCRF auch so bleiben. KEINE „0“ eintragen, sondern „Kein Eintrag vorhanden“ oder bei durchgestrichenen Feldern „nicht zutreffend“ ins Kommentarfeld scheiben.

2. Mitarbeiterstruktur

2.1 „Anzahl der Personen“ und „Anzahl der Vollzeitstellen“ Ergänzung von 2 Nachkommastellen -> ggf. Datennachtrag bei bereits erfassten Mitarbeitern (eventuell aus den Kommentaren in die nun vorhandenen Felder übertragen)

Leere bzw. durchgestrichene Felder im Papier CRF werden im entsprechenden Felder des eCRFs mit „0,00“ ausgefüllt.

2.1.3 Umbenennung von „Pflegehilfskräfte ohne pflegerische Ausbildung“ in „Pflegehilfskräfte ohne pflegerische Ausbildung mit Zertifikat“ -> Prüfen, ob Antwort bei bereits eingetragenen Daten noch zutrifft

Heilerziehungspfleger werden unter 2.1.4 „Sonstige Mitarbeiter“ dokumentiert

3. Pflegerische Organisationsform

4. Versorgung Hausärzte/Fachspezialisten

5. Heimbesuch

6. Kommunikation Hausarzt/Heim

7. Erwartungen interprofessioneller Zusammenarbeit

8. Zusammenarbeit Apotheken

Randomisierung der Einrichtung

Randomisierungsnummer: KG (für Kontrollgruppe) bzw. IG (für Interventionsgruppe) plus ID des jeweiligen Heims (siehe auch Investigator Site File (ISF), Kap. 5.3).

1.2. T2

Die Änderungen der Datenbank wurden vor der Datenerhebung T2 durchgeführt – daher sollten die oben genannten Änderungen (Einrichtungsdaten T0) hier schon bei der Datenerhebung beachtet worden sein:

1. Allgemeine Charakteristika
2. Mitarbeiterstruktur (siehe oben)
3. Pflegerische Organisationsform
4. Versorgung Hausärzte/Fachspezialisten
5. Heimbesuch
6. Kommunikation Hausarzt/Heim
7. Erwartungen interprofessioneller Zusammenarbeit
8. Zusammenarbeit Apotheken

2. T0

2.1. Bewohnerdaten

Stammdaten Bewohner

Datum der Einverständniserklärung – es gilt das Datum des **Zuletztunterschreibenden!** Das ist in der Regel das Datum, mit dem der Studienmitarbeiter unterschrieben hat, muss es aber nicht sein!

3.6. Einzugsdatum des Bewohners – es gilt hier das Startdatum der Langzeitpflege

3.7 Wenn keine Diagnose dokumentiert wurde, dann „Kein Ereignis vorhanden“ in das Feld schreiben. Überprüfen, ob jede weitere dokumentierte Diagnose ein eigenes Feld hat.

Ein-/Ausschlusskriterien Bewohner

Bewohnerbefragung

DSS (Dementia Screening Scale) für alle Bewohner mit einer Pflegefachkraft auszufüllen:

Je nach Punktezahl wird dann entweder der Qol-AD NH self oder der Qol-AD NH proxy durchgeführt. Wenn sich der Bewohner zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Krankenhaus befindet, wird der DSS sowie die sich anschließenden Fragebögen nicht erhoben. Wichtig – im Gegensatz zur T2 wurden **zu T0 alle an der Studie teilnehmenden Bewohner** befragt, die einen DSS kleiner/gleich 4 hatten, unabhängig davon, ob eine Betreuung vorlag oder nicht.

QoL-AD-NH self	DSS bis einschließlich 4 Punkte – dann self ausfüllen DSS ab 5 Punkte – dann bei self: „Nein“ + „DSS > 4 daher proxy“ ausfüllen Betreute Bewohner: „Nein“ + „Bewohner betreut“
QoL-AD-NH proxy	DSS bis einschließlich 4 Punkte – dann bei proxy: „Nein“ + „DSS kleiner oder gleich 4 daher self“ ausfüllen DSS ab 5 Punkte – dann proxy ausfüllen Hier wird entweder Proxy oder Self ausgefüllt. Review A muss aber auf beiden gesetzt werden. Anders lässt sich die gesamte „T0“ bzw. „T2“ nicht komplett reviewen, also das Häkchen wird nicht grün.
EQ-5D-5L	6.a Neues Item “Einschätzung zur Gesundheit heute nicht möglich” - ggf. Datennachtrag bei bereits erfassten Bewohnern (aus eventuell vorhandenen Kommentaren); DSS bis einschließlich 4 Punkte – dann „Einschätzung durch Bewohner“ DSS ab 5 Punkte – dann „Einschätzung durch Pflegepersonal“

2.2. Primäre/Sekundäre Outcomes

Erhebung primäre/sekundäre Outcomes gilt als erfolgt

1. Krankenhausaufenthalte wenn KH-Aufenthalt vorhanden: „Ja“ ankreuzen. Wenn keine KH-Aufenthalte dokumentiert, dann „nein“ angeben und „kein Ereignis vorhanden“ eintragen.

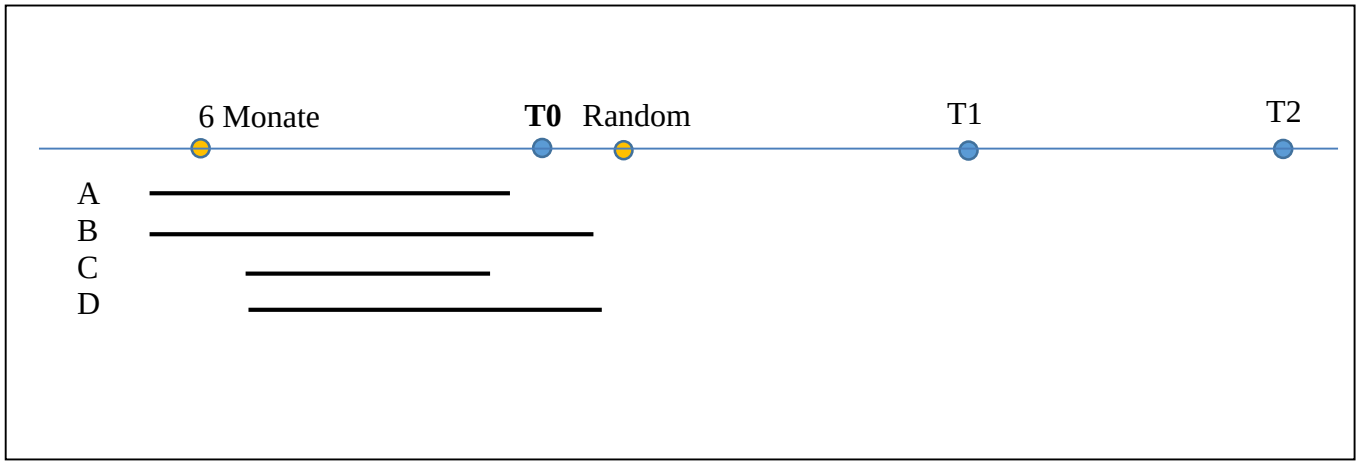
KH-Entlassungsdiagnose: steht im Papier CRF meist nicht in der Spalte „Entlassungsdiagnose“ der Tabelle, sondern auf einem

Extrablatt mit den Diagnosen (abfotografiert aus dem Arztbrief). Bei Unterteilung in Haupt- und Nebendiagnosen, diese entsprechend getrennt mit Überschrift (Haupt- bzw. Nebendiagnose) und Leerzeile dazwischen eintragen. Wenn das Wort „Begleitdiagnosen“ statt „Nebendiagnosen“ verwendet wurde, dann ersteres so übernehmen.

KH-Entlassungsdatum/-diagnose: wenn nicht bekannt, ins Kommentarfeld „kein Ereignis vorhanden“ eingeben.

Anzahl Tage Psychiatrie/Intensivstation: wenn im Papier CRF nichts angegeben ist, in der Datenbank eine „0“ eintragen. Nachtrag vom 18.5.2020: Ob eine Null oder ein Leerfeld (missing) eingetragen wird, wenn keine Zahl eingetragen werden kann, ist egal. Bei der Auswertung wird beides gleich behandelt. Es muss keine Korrektur im Review A erfolgen.

Dauer des KH-Aufenthalts: Sollte sich der Bewohner zum Zeitpunkt von T0 im Krankenhaus befunden haben, wird bei der Dateneingabe das „bis“-Datum freigelassen und um den Kommentar „Bewohner zur T0 Erhebung noch nicht entlassen“ ergänzt. Zum Zeitpunkt T1 wird der noch nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalt vervollständigt. Der zu T0 erfasste Beginn des nicht abgeschlossenen KH-Aufenthalts wird bei der T0-Datenerhebung nicht vervollständigt, sondern komplett mit Beginn und Ende in der T1-Erhebung erfasst. Gleiches gilt für Krankenhausaufenthalte, die zwischen T1 und T2 stattgefunden haben.



Krankenhausaufenthalt	**Vorgehensweise bei der Dateneingabe in die Datenbank**
Aufnahme vor mehr als 6 Monaten vor T0 und Entlassung vor T0 (A)	• **T0:** KH-Start und –Ende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen
Aufnahme vor mehr als 6 Monaten vor T0 und zu T0 immer noch im Krankenhaus (B)	• **T0:** KH-Start eintragen mit Kommentar „Bewohner zur T0 Erhebung noch nicht entlassen“ (Weitere Datenerhebung zu T1)
Aufnahme während der 6 Monate vor T0 und Entlassung vor T0 (C)	• **T0**: KH-Start und -Ende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen
Aufnahme während der 6 Monate vor T0, zu T0 noch im Krankenhaus (D)	• **T0:** KH-Start eintragen mit Kommentar „Bewohner zur T0 Erhebung noch nicht entlassen“ (Weitere Datenerhebung zu T1)

Review A:

- Ein Ereignis gilt als erhoben, wenn auf dem Papier CRF etwas dokumentiert ist. Dies sollte mit „Ja“ im eCRF angekreuzt worden sein.
- Wenn auf dem Papier CRF nichts dokumentiert wurde, weil es nichts zu erheben gab, sollte dies im eCRF mit „Nein“ und dem Kommentar: „kein Ereignis vorhanden“, eingetragen worden sein.

- Wenn bei den KH-Aufenthalten keine Diagnosen erhoben werden konnten, weil es z.B. keinen Arztbrief gab, dann ins Diagnosefeld oder ins erste Kommentarfeld eintragen „keine Angaben“

- Wenn in der Datenerhebung ein Bereich (z.B. unter „Primäre/Sekundäre Outcomes“, Krankenhausaufenthalte und unerwünschte Ereignisse) erhoben worden ist, es aber inhaltlich nichts zu erheben gab/es keine mit „Ja“ zu beantwortenden Vorkommnisse gab, ist auf dem Papier CRF ein Strich zu Beginn des Bogens zu sehen. Zutreffende „Nein“ müssen in der Datenbank dann angekreuzt worden sein und mit dem Eintrag „keine KH-Aufenthalte“ ergänzt werden.

- Nachtrag nach Rücksprache mit H. Pfeiffer zu „Wenn es keine KH-Aufenthalte gab“:
  Hier gab es zwei verschiedene Eintragungsvarianten ins eCRF, mit beiden kommt die Statistik zurecht, d.h. keine Anpassung bei Review A nötig:
  a) KH-Aufenthalte „ja“ angeklickt (weil sie erhoben wurden) und Eintrag „keine KH-Aufenthalte“
  b) eigentlich so richtig: KH-Aufenthalte „nein“ und Eintrag ins Kommentarfeld „keine KH-Aufenthalte“

Diese Vorgehensweise bei der Eingabe gilt auch für die folgenden Punkte 2. Rehabilitation, 3. KV Notdienst, 4. Rettungsdienst und 9. Unerwünschte Ereignisse: d.h. wenn kein Ereignis erhoben werden konnte „nein“ wählen und „kein Ereignis vorhanden“ angeben.

2. Rehabilitation

Review A:

- Eine erfolgte Frührehabilitation zählt zu Rehabilitation und nicht zu den Krankenhausaufenthalten.

3. Kontakt KV Notdienst

4. Kontakt Rettungsdienst

5. Hausärztliche Versorgung

5.a wenn nicht erhoben -> Grund angeben

5.1.d neue Option „nicht zu erfassen“ -> eventuell bei schon erfassten Bewohnern noch nachtragen

Wenn Hausarztkontakt zu einem Hausarztbesuch geführt hat -> wird dieser nur als Besuch mit akutem Anlass angegeben

Review A:

- Zum hausärztlichen Besuch im Heim: Im eCRF ist nur 1 Angabe möglich - entweder „Routinebesuch“ oder „akut initiiert durch“. Für den Sonderfall, dass im Papier-CRF beides angegeben wurde, wurde für den Übertrag ins eCRF beschlossen: Wenn im Papier-CRF ein Grund für den hausärztlichen Besuch im Heim dokumentiert wurde, wird er als „akut initiiert“ im eCRF angegeben. Ist kein Grund angegeben, dann wird er als „Routinebesuch“ gewertet.

- Zu 5.3 Hausarztbesuch des Bewohners in der Praxis: Wenn keine Einträge vorhanden sind, bleiben die Felder einfach leer ohne zusätzlichen Kommentar des Reviewers.

6. Fachspezialistenkontakt

Wenn kein Fachspezialistenkontakt stattfand: 6. „Nein“ + bei 6.a Kommentar: „kein Ereignis vorhanden“

Wenn ein Fachspezialistenkontakt stattfand: „Ja“ + Anzahl. Bei den Fachspezialisten, die nicht in Frage kamen, muss dann „Nein“ angekreuzt werden (auch wenn aus Übersichtlichkeitsgründen im Papier CRF nicht jedes zutreffende „Nein“ angekreuzt wurde).

Erhoben werden telefonische Kontakte, persönliche Kontakte und Kontakte per Fax. Durch die nachträgliche Ergänzung der Datenbank um die Fax-Kontakte sollte diese Information, falls sie vorher im Kommentarfeld eingetragen wurde, beim Review A umgetragen werden. Falls diese Informationen im älteren Papier CRF nicht erhoben wurden, weil die Felder dafür nicht vorhanden waren, und keine händische Eintragung zu sehen ist, dann soll im eCRF „Nein“ angekreuzt werden.

Review A:

Wenn z.B. bei Fachspezialistenkontakt „Ja“ erhoben wurde, dann bei allen folgenden Fragen „Nein“ angekreuzt ist, und das Review A schon gesetzt worden ist, kann es so gelassen werden.

Die nachfolgenden Dateneingaben bzw. das weitere Review A werden dann allerdings so wie oben beschrieben, richtig gesetzt!

7. Therapeutische Leistungen Wenn keine therapeutische Leistung stattfand: 7.„Nein“ + bei 7.a Kommentar: „kein Ereignis vorhanden“

Wenn eine therapeutische Leistung stattfand: „Ja“ + Anzahl. Bei den therapeutischen Leistungen, die nicht stattfanden/Sonstige, muss dann „Nein“ angekreuzt werden (auch wenn aus Übersichtlichkeitsgründen im Papier CRF nicht jedes zutreffende „Nein“ angekreuzt wurde)

Review A

- Fehlende Aktennotizen müssen nachgeholt werden. Beispiel Krankengymnastik („therapeutische Leistung“):

  a. Wenn KG Termine im Beobachtungszeitraum eingetragen worden sind: „Ja“ ankreuzen + „Anzahl“

  b. Wenn KG eingetragen worden ist, aber keine Behandlungsanzahl: „Nein“

  c. Wenn Physiotherapeut namentlich dokumentiert worden ist, aber keine Termine erkennbar sind: „Nein“

8. Krankentransporte neues Item „nicht zu erfassen“ –> eventuell bei schon erfassten Bewohnern noch nachtragen

9. Unerwünschte Ereignisse

Wenn <u>kein</u> unerwünschtes Ereignis stattfand: 9.„Nein“ + bei 9.a Kommentar: „kein Ereignis erhoben/vorhanden“. <u>Alle weiteren Felder bleiben dann leer!</u>

Wenn ein unerwünschtes Ereignis stattfand: 9. „Ja“ + Angabe des unerwünschten Ereignisses. Hierbei ist zu beachten, dass <u>jedes zutreffende „Nein“</u> angekreuzt werden muss (auch wenn im Papier CRF aus Übersichtlichkeitsgründen nicht jedes einzelne „Nein“ angekreuzt wurde – es aber deutlich wird, dass die Daten

erhoben wurden und es keine weiteren mit „Ja“ zu beantwortenden Vorkommnisse gab) – im Zweifelsfall die Datenerheber fragen.

Es wird unter 9.4. „Ist für den Bewohner in den vergangenen 6 Monaten eine oder mehrere der nachfolgenden chronischen Wunden bzw. Hautveränderungen dokumentiert?“ „Ja“/ „Nein“ erfragt und weiter soll unter 9.4.1 „Art und Zustand der Wunde zum Zeitpunkt der Erhebung?“ erhoben werden. Im Verlauf der Studie wurde hier entschieden, dass nur die chronischen Wunden mit Ausprägung zum Tag der Erhebung erfasst werden sollen (Punktprävalenz). D. h. es soll die aktuellste Wunddokumentation der letzten 7 Tage verwendet werden.

Chronische Wunden, aber kein Dekubitus

Hat sich zum Beispiel wegen eines SPDK eine chronische Wunde gebildet, sollte Lokalisation (z.B. Bauch), Zustand der Wunde „nicht zu erfassen“ und unter Anmerkungen z.B. „Wunde bedingt durch SPDK“ angegeben werden. (Würde man chronische Wunden (bedingt z.B. durch einen SPDK) wie einen Dekubitus eingeben, aber kein Dekubitus Stadium, wird das als Missing value gewertet.)

Verheilte Wunden, nicht chronische Wunden

Sind im Papier-CRF auch akute, nicht verheilte Wunden oder verheilte, nicht chronische Wunden (z.B. Kopfwunden) erfasst worden, werden diese trotzdem ins eCRF übernommen. Für die spätere Auswertung stellt das kein Problem dar. Eigene Kommentare dazu, wie z.B. keine chronische Wunde, können aber im Kommentarfeld ergänzt werden.

10. Medikation zum Messzeitpunkt **Bei Medikamenten werden grundsätzlich keine medizinischen Hilfsmittel (z.B. Kompressionsstrümpfe) oder technischen Produkte erfasst. Sind diese allerdings aus**

welchen Gründen auch immer im Papier-CRF angegeben, werden sie dennoch ins eCRF übernommen! Für die spätere Auswertung stellt das kein Problem dar.

Sonderfälle

Fresubin – statt des Wirkstoffs wird in das Feld „hochkalorische Flüssignahrung“ eingegeben.

Ringer-Lösung – statt des Wirkstoffs wird „wässrige Infusionslösung“ eingegeben.

Bei der Angabe der Medikamente müssen Handelsname/Dosierung/Wirkstoff/Einnahmeschema/Darreichungsform und Priscus eingegeben werden. Mit Hilfe der Suchfunktion des Katalogs können der Wirkstoff und Priscus „Ja“/„Nein“ gefunden und händisch in die betreffenden Felder eingetragen werden. Wenn ein Medikament im Katalog nicht zu finden ist, können trotzdem die Angaben zu Handelsnamen/Dosis/Wirkstoff händisch unter 10.1a eingetragen werden. Das untere Feld mit den Katalogangaben bleibt dann einfach frei. In die Katalogfelder unter 10.1b werden keine Angaben händisch eingetragen! Sie dienen nicht der Dateneingabe!

Review A:

- Grundsätzlich wichtig sind **Handelsname und/ oder Wirkstoff**, alle anderen Medikamenten-Angaben können lückenhaft bleiben.
- Bei fehlenden Angaben zum Wirkstoff muss dieser anhand des Medikamentenkatalogs oder mithilfe der Roten Liste nachgetragen werden. Alle Wirkstoffe müssen eingetragen werden.
- Priscus

  Die Priscuszugehörigkeit von Medikamente kann anhand des Medikamentenkatalogs Katalog in der Datenbank oder mithilfe der Priscusliste nachgetragen werden. Priscuseinträge im Medikamentenkatalog gibt es dann, wenn das Arzneimittel als Präparat aufgeführt worden ist; dann findet sich hier ein „n“ für nein oder „j“ für ja bzw. „j + Angabe

einer bestimmten Dosierung“, ab der der Priscus gilt. In die Datenbank kann dann entsprechend ein „n“ oder „j“ eingegeben werden. Gibt es noch eine Dosierungsangabe, wird überprüft, ob die einzugebene Dosierung kleiner ist (Priscus = „n“) oder gleich bzw. größer ist (Priscus = „j“).

Gibt es keine Präparatangaben und damit auch keine Angaben zum Priscus, bleibt in der Datenbank das Feld leer, d.h. weder „j“ noch „n“ werden eingegeben.

- Die Übertragung der Darreichungsform (Tablette, Kapsel etc.) ins eCRF ist nicht erforderlich, kann aber ins Kommentarfeld eingegeben werden.
- Wurde bei einem Präparat (z.B. Ramipril Ratiopharm 5mg) nur der Handelsname (z.B. Ramipril Ratiopharm) in 10.1a1 eingetragen, die Stärke aber unter 10.1a2 (z.B. 5mg), wird dies beim Review A nicht mehr geändert. Die Statistik akzeptiert beide Übertragungsvarianten ins eCRF.

10.1a1 Handelsname/Stärke/Einheit: hier wird der angegebene Handelsname des Medikamentes mit der Stärke eingetragen (z.B. Ramipril Ratiopharm 5mg, Movicol Beutel)

10.1a2 Ist eine von der Stärke des Präparates abweichende Dosierung der Einzelgabe dokumentiert, wird diese hier eingetragen (es sollen keine Dosierungen bei der Dateneingabe berechnet werden), z.B. bei Insulin kann die Menge IE pro Einzeldosis angegeben werden – bei 10.1a4 – 10.1.7 kann die Menge der gespritzten Einheiten angegeben werden, bei z.B. Spray kann die Menge an Wirkstoff pro Hub angegeben werden – bei 10.1a4 – 10.1.7 werden die Hubmengen angegeben, bei z.B. Tropfen kann die Wirkstoffmenge pro ml angegeben werden – bei 10.1a4 – 10.1a7 wird die „Tropfenanzahl“ +“°“ eingegeben. Generell: die Daten sollen so, wie in der Bewohnerdokumentation angegeben, auch erhoben/in die Datenbank eingegeben werden. Wenn nicht klar ist, wo etwas erfasst werden soll, sollte dies ins Kommentarfeld eingegeben werden.

Review A:

- Kommentare lassen sich nicht löschen. In dem Fall, dass ein Medikament geändert oder wieder gelöscht werden soll, sollte der Kommentar zu diesem Medikament gegebenenfalls entsprechend durch eine Ergänzung aktualisiert oder für nichtig erklärt werden.
- Ergänzung von Einheiten in das eCRF (z.B. mg), wenn sie fehlen (Bsp.: Papier und eCRF zeigen 20 anstatt 20 mg): Das, was im Papier CRF eingetragen wurde, soll so übernommen werden.
- **Bei Beutel und Tropfen**: Diese Angaben zu dem Handelsnamen in Feld **10.1a1.** schreiben, das Feld Dosierung **10.1a2.** (wenn es keine konkreten Angaben dazu gibt) leer lassen und unter **10.1a2a.** „Dosierung nicht zu erfassen“ ankreuzen.

10.1a2a. neues Item „Dosierung nicht zu erfassen“ -> ggf. Datennachtrag bei den bereits erfassten Bewohnern.
10.1a3 Wirkstoff: eventuell Datennachtrag mithilfe des Katalogs (siehe oben)
10.1a4 – 7 morgens/mittags/abends/zur Nacht: z.B. 1-1-1-1 oder 0,5-0-0-0 (wichtig: alle „0“ müssen angegeben werden)
10.1a8. die Darreichungsform „Inhalativ i.m.“ wurde aufgeteilt in zwei Optionen „inhalativ“ und „i.m.“ -> hier die Einträge prüfen und ggf. umtragen
10.1a9 Priscus nachtragen (siehe oben)
Bei nicht täglich eingenommenen Medikamenten wird der Einnahme-Rhythmus ins Kommentarfeld eingetragen.
Generell: die Daten sollen so wie in der Bewohnerdokumentation angegeben auch erhoben und in die Datenbank eingegeben werden. Wenn nicht klar ist, wo etwas erfasst werden soll, sollte dies ins Kommentarfeld eingegeben werden.
Die Angaben zur Darreichungsform (oral, subkutan etc.) werden vom Papier CRF in die Datenbank übertragen.

10. Medikation zum Messzeitpunkt – Bedarfsmedikation

Bei der Angabe der Medikamente müssen Handelsname/Dosierung/Wirkstoff/Einnahmeschema/Darreichungsform und Priscus eingegeben werden. Mit Hilfe der Suchfunktion des Katalogs können der Wirkstoff und Priscus „Ja“/„Nein“ gefunden und händisch in die betreffenden Felder eingetragen werden. Wenn ein Medikament im Katalog nicht zu finden ist, können trotzdem die Angaben zu Handelsname/Dosis/Wirkstoff händisch gemacht werden. Das untere Feld mit den Katalogangaben bleibt dann einfach frei. (siehe oben Medikamente).

Review A:

- Grundsätzlich wichtig sind **Handelsname und/ oder Wirkstoff**, alle anderen Medikamenten-Angaben können lückenhaft bleiben.
- Bei fehlenden Angaben zum Wirkstoff muss dieser anhand des Medikamentenkatalogs oder mithilfe der Roten Liste nachgetragen werden. Alle Wirkstoffe müssen eingetragen werden.
- Medikamente, welche noch keine Angabe der Priscuszugehörigkeit haben, müssen anhand des Medikamentenkatalogs in der Datenbank oder mithilfe der Priscusliste nachgetragen werden.
- Die Übertragung der Darreichungsform (Tablette, Kapsel etc.) ins eCRF ist nicht erforderlich.
- Wurde bei einem Präparat (z.B. Ramipril Ratiopharm 5mg) nur der Handelsname (z.B. Ramipril Ratiopharm) in 10.1a1 eingetragen, die Stärke aber unter 10.1a2 (z.B. 5mg), wird dies beim Review A nicht mehr geändert (siehe auch oben).

10.2a2 ist eine von der Stärke des Präparates abweichende Dosierung der Einzelgabe dokumentiert, wird diese hier eingetragen (siehe oben)

10.2a2a. neues Item „Dosierung nicht zu erfassen“ -> ggf. Datennachtrag bei dem bereits erfassten Bewohnern

10.2.a.5. die Darreichungsform „Inhalativ i.m.“ wurde aufgeteilt in zwei Optionen „inhalativ“ und „i.m.“ -> hier die Einträge prüfen und ggf. umtragen

Unter 10.2a4 wird eingetragen, wie viel Medikament in 24 h maximal verabreicht wird (z.B. bei Tabletten 4 Stck/24 Stunden)
Beispiel: Paracetamol 500 mg, Einzelgabe: 1000 mg, Maximale Tagesdosierung: 4 x 1000 mg/24 h *oder* 4 x 2 Stück in 24 h
Auch hier gilt: die Daten sollen so wie in der Bewohnerdokumentation angegeben auch erhoben/in die Datenbank eingegeben werden. Es soll keine eigene Transferleistung erfolgen (z.B. soll nicht ausgerechnet werden, wieviel mg Wirkstoff der Bewohner erhält, wenn er 3 x 600mg Ibuprofen/24 Stunden erhalten darf). Wenn nicht klar ist, wo etwas erfasst werden soll, sollte dies ins Kommentarfeld eingegeben werden.

Review A:

Auch hier gilt: Kommentare lassen sich nicht löschen. In dem Fall, dass ein Medikament geändert werden sollte und ein Kommentar zu diesem Medikament bereits vorliegt, kann man entweder den Kommentar so stehen lassen (wenn der ganze Variablenblock für eine Medikation leer ist) oder ihn durch einen weiteren Kommentar für nichtig erklären (wenn dieser Block mit einem anderen Medikament überschrieben wurde).

Die Angaben zur Darreichungsform (oral, subkutan etc.) werden vom Papier CRF in die Datenbank übertragen.

3. T1

3.1. Primäre/Sekundäre Outcomes

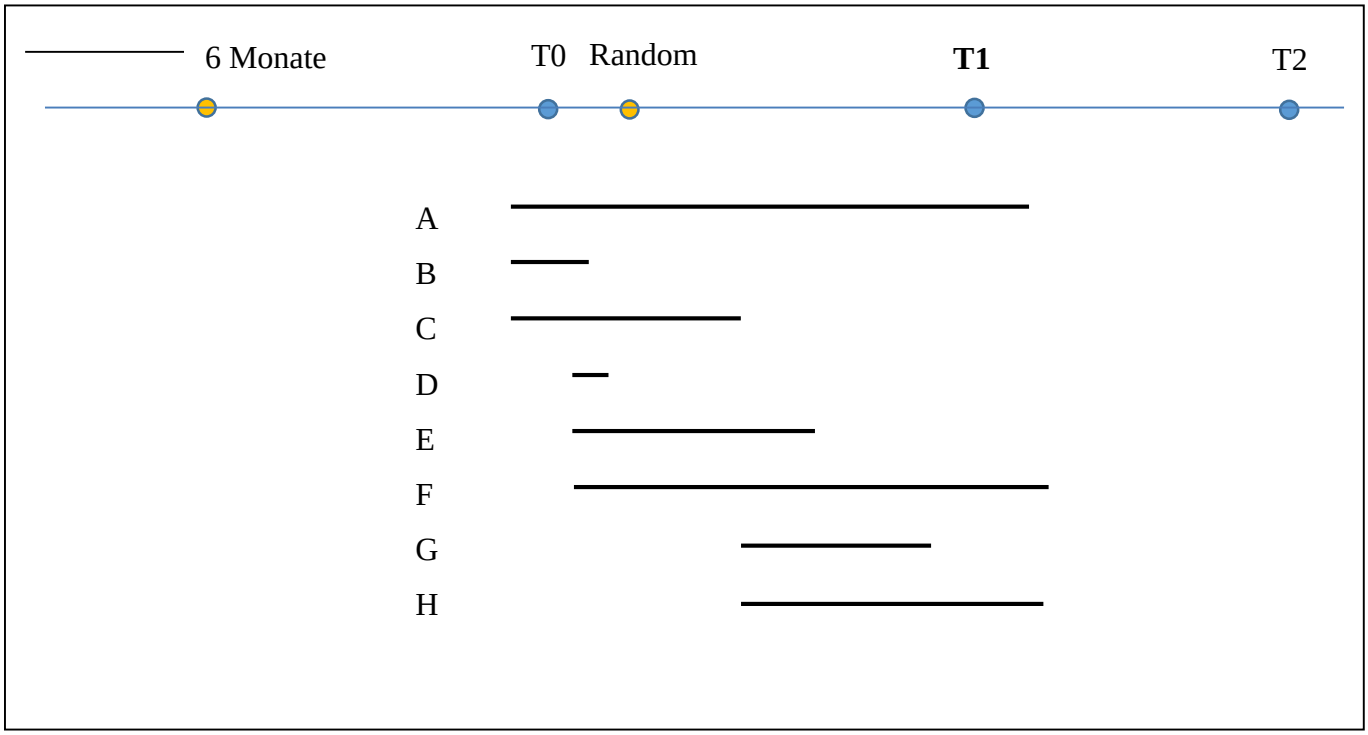
Erhebung primäre/sekundäre Outcomes erfolgt

Studie vorzeitig beendet

1. **Krankenhausaufenthalte**

Sollte sich der Bewohner zum Zeitpunkt von T1 im Krankenhaus befunden haben, wird bei der Dateneingabe das „bis“-Datum freigelassen und um den Kommentar „Bewohner zur T1 Erhebung noch nicht entlassen“ ergänzt. Zum Zeitpunkt T2 wird der noch nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalt vervollständigt.

Krankenhausformblatt beachten und eventuelle Krankenhausaufenthalte von T0, welche nun bei T1 vervollständigt werden können in der Datenbank bei T1 erneut und nun vollständig erfassen (z.B. Angaben von Entlassungsdatum und Entlassungsdiagnosen).



Krankenhausaufenthalt	**Vorgehensweise bei der Dateneingabe in die Datenbank**
zu T0 im Krankenhaus und ebenfalls zu T1 (A)	• **T1:** KH-Start eintragen und Kommentar „Bewohner zur T1 Erhebung noch nicht entlassen“ (Weitere Datenerhebung zu T2)
zu T0 im Krankenhaus, Entlassung zwischen T0 und Randomisierung (B)	• **T1:** KH-Start und -Aufenthaltsende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen Kommentar: „Bewohner zwischen T0 und Randomisierung entlassen“

zu T0 im Krankenhaus, Entlassung zwischen Randomisierung und T1 (C)	• **T1:** KH-Aufenthaltsstart und -ende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen
Aufnahme nach T0 Entlassung vor Randomisierung (D)	• KH- Aufenthalt wird nicht erfasst!, da er nicht im Erhebungszeitraum liegt
Aufnahme nach T0 und vor Randomisierung, Entlassung zwischen Randomisierung und T1 (E)	• **T1**: KH-Start und -ende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen
Aufnahme nach T0 und vor Randomisierung und zu T1 immer noch im Krankenhaus (F)	• **T1**: KH-Start eintragen mit Kommentar „Bewohner zur T1 Erhebung noch nicht entlassen“ (Weitere Datenerhebung zu T2)
Aufnahme nach Randomisierung und vor T1, Entlassung vor T1 (G)	• **T1**: KH-Start und -ende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen
Aufnahme nach Randomisierung und vor T1, zu T1 immer noch im Krankenhaus (H)	• **T1:** KH-Start eintragen mit Kommentar „Bewohner zur T1 Erhebung noch nicht entlassen“ (Weitere Datenerhebung zu T2)

Grundsätzlich werden KH-Aufenthalte, die bei der aktuellen Datenerhebung noch nicht abgeschlossen sind, bei der nächsten Datenerhebung vollständig erfasst mit „Start-/Endzeitpunkt“. Der unvollständige erste Eintrag der vorangegangenen Datenerhebung bleibt, wie er ist, und wird nicht mehr aktualisiert.

Bei der späteren Datenauswertung werden dann nur die Krankenhaustage, die in den Erhebungszeiträumen liegen, berücksichtigt.

Review A:

- Ein Ereignis gilt als erhoben, wenn auf dem Papier CRF etwas dokumentiert ist. Dies sollte mit „Ja“ im eCRF angekreuzt worden sein.
- Wenn in der Datenerhebung ein Bereich (z.B. unter „Primäre/Sekundäre Outcomes“, Krankenhausaufenthalte und unerwünschte Ereignisse) erhoben worden ist, es aber inhaltlich nichts zu erheben gab/es keine mit „Ja“ zu beantwortenden Vorkommnisse gab, ist auf dem Papier CRF ein Strich zu Beginn des Bogens zu sehen. Zutreffende „Nein“ müssen in der Datenbank dann angekreuzt worden sein und mit dem Eintrag „keine KH-Aufenthalte“ ergänzt werden.
- Wenn bei den KH-Aufenthalten keine Diagnosen erhoben werden konnten, weil es z.B. keinen Arztbrief gab, dann ins Diagnosefeld oder ins erste Kommentarfeld eintragen „keine Angaben“
- Wenn auf dem Papier CRF nichts dokumentiert wurde, sollte dies im eCRF mit „Nein“ und dem Kommentar: „kein Ereignis vorhanden“, eingetragen worden sein. Diese Vorgehensweise bei der Eingabe gilt auch für die folgenden Punkte 2. Rehabilitation, 3. KV Notdienst, 4. Rettungsdienst und 9. Unerwünschte Ereignisse.

2. Rehabilitation (siehe oben)

Review A:

- Eine erfolgte Frührehabilitation zählt zu Reha und nicht zu den Krankenhausaufenthalten.

3. Kontakt KV Notdienst (siehe oben)

4. Kontakt Rettungsdienst (siehe oben)

5. Hausärztliche Versorgung (siehe oben)

Review A:

- Zum hausärztlichen Besuch im Heim: Im eCRF ist nur 1 Angabe möglich - entweder „Routinebesuch“ oder „akut initiiert durch“. Für den Sonderfall, dass im Papier-CRF beides angegeben wurde, wurde für den Übertrag ins eCRF beschlossen: Wenn im Papier-CRF ein Grund für den hausärztlichen Besuch im Heim dokumentiert wurde, wird er als „akut initiiert“ im eCRF angegeben. Ist kein Grund angegeben, dann wird er als „Routinebesuch“ gewertet.

- Zu 5.3 Hausarztbesuch des Bewohners in der Praxis: Wenn keine Einträge vorhanden sind, bleiben die Felder einfach leer ohne zusätzlichen Kommentar des Reviewers.

6. Fachspezialistenkontakt (siehe oben)

Review A:

Wenn z.B. bei Fachspezialistenkontakt „Ja“ erhoben wurde, dann bei allen folgenden Fragen „Nein“ angekreuzt ist, und das Review A schon gesetzt worden ist, kann es so gelassen werden. Die nachfolgenden Dateneingaben bzw. das weitere Review A werden dann allerdings so wie oben beschrieben, richtig gesetzt!

7. Therapeutische Leistungen (siehe oben)

Review A:

- Fehlende Aktennotizen müssen nachgeholt werden. Beispiel Krankengymnastik („therapeutische Leistung“):

    a. Wenn KG Termine im Beobachtungszeitraum eingetragen worden sind:
    „Ja“ ankreuzen + „Anzahl“

    b. Wenn KG eingetragen worden ist, aber keine Behandlungsanzahl:
    „Nein“

    c. Wenn Physiotherapeut namentlich dokumentiert worden ist, aber keine Termine erkennbar sind:
    „Nein“

8. Krankentransporte (siehe oben)

9. Unerwünschte Ereignisse (siehe oben)

10. Medikation zum Messzeitpunkt (siehe oben)

Review A:

- Grundsätzlich wichtig sind **Handelsname und/ oder Wirkstoff**, alle anderen Medikamenten-Angaben können lückenhaft bleiben.
- Bei fehlenden Angaben zum Wirkstoff muss dieser anhand des Medikamentenkatalogs oder mithilfe der Roten Liste nachgetragen werden. Alle Wirkstoffe müssen eingetragen werden.

- Medikamente, welche noch keine Angabe der Priscuszugehörigkeit haben, müssen anhand des Medikamentenkatalogs in der Datenbank oder mithilfe der Priscusliste nachgetragen werden.
- Die Übertragung der Darreichungsform (Tablette, Kapsel etc.) ins eCRF ist nicht erforderlich.
- Wurde bei einem Präparat (z.B. Ramipril Ratiopharm 5mg) nur der Handelsname (z.B. Ramipril Ratiopharm) in 10.1a1 eingetragen, die Stärke aber unter 10.1a2 (z.B. 5mg), wird dies beim Review A nicht mehr geändert.

10. Medikation zum Messzeitpunkt – Bedarfsmedikation (siehe oben)

Review A:

Kommentare lassen sich nicht löschen. In dem Fall, dass ein Medikament geändert werden sollte und ein Kommentar zu diesem Medikament bereits vorliegt, kann man entweder den Kommentar so stehen lassen (wenn der ganze Variablenblock für eine Medikation leer ist) oder ihn durch einen weiteren Kommentar für nichtig erklären (wenn dieser Block mit einem anderen Medikament überschrieben wurde).

Die Angaben zur Darreichungsform (oral, subkutan etc.) werden vom Papier CRF in die Datenbank übertragen.

4. T2

4.1. Bewohnerdaten

Ein-/Ausschlusskriterien Bewohner (werden bei T2 nicht erhoben, sondern nur bei T0)

DSS

Änderung: Selbstbestimmende Bewohner und auch betreute Bewohner, die in der DSS einen Wert kleiner oder gleich 4 erlangen und somit als hinreichend orientiert einzuordnen sind, werden mündlich befragt, ob sie bereit sind, die Fragen zu beantworten. Falls sie dies bejahen, wird die Befragung des Qol-AD NH self und des EQ-5D-5L bei ihnen selbst durchgeführt. Falls sie dies verneinen oder es im Verlauf der Befragung Schwierigkeiten gibt, erfolgt keine Befragung (auch nicht proxy). Auch wenn nicht betreute Bewohner die Befragung ablehnen, erfolgt keine Proxybefragung.

Bewohnerbefragung

Schritt 1: DSS (Dementia Screening Scale) für alle Bewohner **mit einer Pflegefachkraft** ausfüllen:

Je nach Punktezahl und vorliegender Betreuung wird dann entweder der **Qol-AD NH self** oder der **Qol-AD NH proxy** durchgeführt.

wenn DSS:

- DSS ≤ 4 Punkte und alle Items angekreuzt
- DSS = 2 oder 1 Punkt bei einem nicht beantworteten Item
- DSS = 0 Punkte und bei zwei nicht beantworteten Items

dann:

Schritt 2a: Self - Direkte Befragung des Bewohners (Qol-AD NH self; EQ-5D-5; PE QUAN 3):

- bei nicht betreuten Bewohnern **und**
- bei betreuten Bewohnern (z.B. durch Vorsorgebevollmächtigte vertreten), wenn der Bewohner der Befragung zuvor mündlich zugestimmt hat.

wenn DSS:

- DSS ≥ 5 Punkte und alle Items angekreuzt
- DSS = 3 oder 4 Punkte bei Fehlen eines Items
- DSS = 1 oder 2 Punkte bei Fehlen von zwei Items
- Unabhängig vom DSS bei Fehlen von drei und mehr Items

dann:

Schritt 2b: Proxy - Befragung durch Pflegefachkraft (Qol-AD NH proxy; EQ-5D-5L):

- erfolgt bei nicht betreuten **und**
- auch bei betreuten bzw. durch Vorsorgebevollmächtigte vertretene Bewohnern

QoL-AD-NH self	DSS bis einschließlich 4 Punkte – dann self ausfüllen DSS ab 5 Punkte – dann bei self: „Nein“ + „DSS > 4 daher proxy“ ausfüllen Betreute Bewohner: „Nein“ + „Bewohner betreut“
QoL-AD-NH proxy	DSS bis einschließlich 4 Punkte – dann bei proxy: „Nein“ + „DSS kleiner oder gleich 4 daher self“ ausfüllen DSS ab 5 Punkte – dann proxy ausfüllen

Hier wird entweder Proxy oder Self ausgefüllt. Review A muss aber auf beiden gesetzt werden. Anders lässt sich die gesamte „T0“ bzw. „T2“ nicht komplett reviewen, also das Häkchen wird nicht grün.

EQ-5D-5L

6.a Neues Item “Einschätzung zur Gesundheit heute nicht möglich” - ggf. Datennachtrag bei bereits erfassten Bewohnern (aus eventuell vorhandenen Kommentaren);
DSS bis einschließlich 4 Punkte – dann „Einschätzung durch Bewohner“
DSS ab 5 Punkte – dann „Einschätzung durch Pflegepersonal“
Wenn aufgrund des DSS-Wertes die Einschätzung durch den Bewohner erfolgen soll, jedoch weder Self noch Proxy ausgefüllt wurden, dann bei Review A überprüfen, ein Vermerk zur Betroffenheit durch die Corona-Pandemie oder ein anderer Grund für die fehlenden Daten vorliegt.

4.2. Primäre/Sekundäre Outcomes

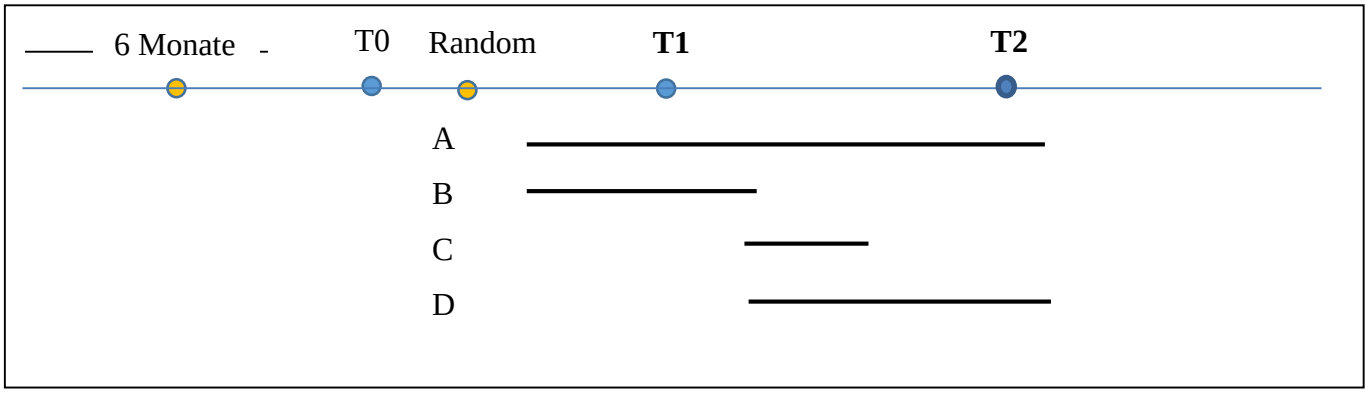
Erhebung primäre/sekundäre Outcomes erfolgt

Studie vorzeitig beendet

1. **Krankenhausaufenthalte**

Sollte sich der Bewohner zum Zeitpunkt von T2 im Krankenhaus befunden haben, wird in das „bis“-Datum das Datum von T2 eingetragen (der Beobachtungszeitraum von 12 Monaten ist beendet) und der Kommentar „Bewohner zum Zeitpunkt der T2 Erhebung noch nicht entlassen“ eingefügt.

Krankenhausformblatt beachten und eventuelle Krankenhausaufenthalte von T0 und T1, welche nun bei T2 vervollständigt werden konnten in der Datenbank bei T2 erneut und nun vollständig erfassen (z.B. Angaben von Entlassungsdatum und Entlassungsdiagnosen).



Krankenhausaufenthalt	**Vorgehensweise bei der Dateneingabe**
zu T1 im Krankenhaus und ebenfalls zu T2 (A)	• **T2:** KH-Aufenthaltsstart und -Aufenthaltsende (entspricht dem T2 Erhebungstag), Entlassungsdiagnosen können nicht eingetragen werden, Kommentar „Bewohner zur T2 Erhebung noch nicht entlassen“
zu T1 im Krankenhaus, Entlassung vor T2 (B)	• **T2**: KH-Aufenthaltsstart und - ende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen
Aufnahme nach T1 und Entlassung vor T2 (C)	• **T2**: KH-Start und - ende eintragen, Entlass-Diagnosen eintragen
Aufnahme nach T1 und zu T2 immer noch im Krankenhaus(D)	• **T2**: KH-Start und – ende (entspricht dem T2 Erhebungstag) eintragen, Entlassungsdiagnosen können nicht eingetragen werden, Kommentar „Bewohner zur T2 Erhebung noch nicht entlassen“

Review A:

- Ein Ereignis gilt als erhoben, wenn auf dem Papier CRF etwas dokumentiert ist. Dies sollte mit „Ja“ im eCRF angekreuzt worden sein.
- Wenn auf dem Papier CRF nichts dokumentiert wurde, sollte dies im eCRF mit „Nein“ und dem Kommentar: „kein Ereignis vorhanden“ eingetragen worden sein.
  Diese Vorgehensweise bei der Eingabe gilt auch für die folgenden Punkte 2. Rehabilitation, 3. KV Notdienst, 4. Rettungsdienst und 9. Unerwünschte Ereignisse.

- Wenn in der Datenerhebung ein Bereich (z.B. unter „Primäre/Sekundäre Outcomes“, Krankenhausaufenthalte und unerwünschte Ereignisse) erhoben worden sind, es aber inhaltlich nichts zu erheben gab/es keine mit „Ja“ zu beantwortenden Vorkommnisse gab, ist auf dem Papier CRF ein Strich zu Beginn des Bogens zu sehen. Zutreffende „Nein“ müssen in der Datenbank dann angekreuzt worden sein und mit dem Eintrag „keine KH-Aufenthalte“ ergänzt werden.

- Nachtrag nach Rücksprache mit H. Pfeiffer zu „Wenn es keine KH-Aufenthalte gab“: Hier gab es zwei verschiedene Eintragungsvarianten ins eCRF, mit beiden kommt die Statistik zurecht, d.h. keine Anpassung bei Review A nötig:
  a) KH-Aufenthalte „ja“ angeklickt (weil sie erhoben wurden) und Eintrag „keine KH-Aufenthalte“
  b) eigentlich so richtig: KH-Aufenthalte „nein“ und Eintrag ins Kommentarfeld „keine KH-Aufenthalte“

2. Rehabilitation (siehe oben)

Review A:

- Eine erfolgte Frührehabilitation zählt zu Reha und nicht zu den Krankenhausaufenthalten.

3. Kontakt KV Notdienst (siehe oben)

4. Kontakt Rettungsdienst (siehe oben)

5. Hausärztliche Versorgung (siehe oben)

Review A:

- Zum hausärztlichen Besuch im Heim: Im eCRF ist nur 1 Angabe möglich - entweder „Routinebesuch“ oder „akut initiiert durch“. Für den Sonderfall, dass im Papier-CRF beides angegeben wurde, wurde für den Übertrag ins eCRF beschlossen: Wenn im Papier-CRF ein Grund für den hausärztlichen Besuch im Heim dokumentiert wurde, wird er als „akut initiiert“ im eCRF angegeben. Ist kein Grund angegeben, dann wird er als „Routinebesuch“ gewertet.

- Zu 5.3 Hausarztbesuch des Bewohners in der Praxis: Wenn keine Einträge vorhanden sind, bleiben die Felder einfach leer ohne zusätzlichen Kommentar des Reviewers.

6. Fachspezialistenkontakt (siehe oben)

Review A:

Wenn z.B. bei Fachspezialistenkontakt „Ja“ erhoben wurde, dann bei allen folgenden Fragen „Nein“ angekreuzt ist, und das Review A schon gesetzt worden ist, kann es so gelassen werden. Die nachfolgenden Dateneingaben bzw. das weitere Review A werden dann allerdings so wie oben beschrieben, richtig gesetzt!

7. Therapeutische Leistungen (siehe oben)

8. Krankentransporte (siehe oben)

9. Unerwünschte Ereignisse (siehe oben)

10. Medikation zum Messzeitpunkt (siehe oben)

10. Medikation zum Messzeitpunkt – Bedarfsmedikation (siehe oben)

Agenda der ersten Schulung der/des IPAV

Zeit	**Inhalt**
10:00	**Begrüßung, Vorstellung** Ablauf besprechen
10:10	**Vorstellung Lernziel 1** • Hintergrund, Ziele • Maßnahmen
10.45	**PAUSE**
10:50	**Vorstellung Lernziel 2** • Rolle IPAV, Aufgaben, Abläufe • Vorgehen beim Meinungsbild einholen
11.05	**Vorstellung Lernziel 3** • Ziele und Ablauf Kick-off Veranstaltung • Organisation Kick-off Veranstaltung • Aufgaben während der Kick-off Veranstaltung (Leitung, Hintergrund und Ziele der Studie, Maßnahmenpacket der Studie vorstellen, Meinungsbild einholen, Maßnahmenanpassung, Protokoll und Zusammenfassung der Kick-off Veranstaltung schreiben) • *Gemeinsames Besprechen des Vorgehens*
12:00	**Ende**

Anlage 18: Tabelle Meinungsbild Pflege

Liebes Pflegeteam,

die abgebildete Tabelle zeigt das Maßnahmenpaket *interprof* ACT. Vor der Einführung des Maßnahmenpaketes möchten wir gerne von Ihnen wissen, was Sie über die Einführung der Maßnahmen in Ihrer Einrichtung denken. Bitte setzen Sie entsprechend Ihrer Meinung pro Maßnahme ein Kreuz. Sollten Ihrerseits Bedenken bei der Einführung einer Maßnahme bestehen, nennen Sie diese bitte in der letzten Spalte.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

	Maßnahmenpaket *interprof* ACT zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim	Meiner Meinung nach kann die Maßnahme eingeführt werden.	Bei der Einführung der Maßnahme habe ich **Bedenken**.	**Welche Bedenken haben Sie bezüglich der Einführung der Maßnahme? Bzw. was wird benötigt, um die Maßnahme umsetzen zu können?**
	**1. Namensschilder** Ärzt*in und Pflegekraft tragen während des ärztlichen Heimbesuchs Namensschilder.			
	**2. Hauptansprechpartner*in** Innerhalb des Wohnbereichs wird eine Pflegefachkraft als Hauptansprechpartner*in für die Kommunikation mit dem/der Hausärzt*in und der hausärztlichen Praxis benannt. Innerhalb der hausärztlichen Praxis kann optional ein/e Hauptansprechpartner*in benannt werden.			
	**3. Wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon/Fax** Mit dieser Maßnahme wird die Verbindlichkeit im Umgang miteinander gestärkt – per Telefon oder Fax.			
	**4. Heimbesuch: Terminabsprache und Struktur** Mit dieser Maßnahme wird der Heimbesuch als zentrales Element der medizinischen Versorgung klar strukturiert. Es werden Vereinbarungen über reguläre Besuchszeiten oder das Vorgehen bei anlassbezogenen Hausbesuchen festgelegt. Ferner wird ein klarer Ablauf für den hausärztlichen Besuch selbst vorgeschlagen.			
	**5. Standardbedarfsmedikation** Durch die Dokumentation einer „Standardbedarfsmedikation“ soll erreicht werden, dass im Bedarfsfall für individuelle Gesundheitsprobleme verbindliche Anordnungen für den/die Bewohner*in vorliegen.			
	**6. Zielvereinbarungstreffen** Ärzt*innen, Pflegekräfte sowie ggf. Bewohner*innen und Angehörige besprechen längerfristige und übergeordnete Therapie- und Pflegeziele. Festgelegt werden dabei das gemeinsame Vorgehen, die Zuständigkeiten und ein Datum pro Quartal zur Überprüfung.			

Liebes Pflegeteam,

die abgebildete Tabelle zeigt das Maßnahmenpaket *interprof* ACT. Vor der Einführung des Maßnahmenpaketes möchten wir gerne von Ihnen wissen, was Sie über die Einführung der Maßnahmen in Ihrer Einrichtung denken. Bitte setzen Sie entsprechend Ihrer Meinung pro Maßnahme ein Kreuz. Sollten Ihrerseits Bedenken bei der Einführung einer Maßnahme bestehen, nennen Sie diese bitte in der letzten Spalte.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Checkliste zur Einführung der Maßnahmen

Maximalversion

Diese Checkliste können Sie verwenden, wenn Sie sich monatlich nach der Umsetzung der Maßnahmen erkundigen. Die Liste wird nicht durch das Studienteam ausgewertet.

Maßnahme	**Umsetzung** Ja Teilweise Nein	**Kommentar**
Namensschilder		
Die Namensschilder wurden erstellt.	□ □ □	
Die Aufbewahrung ist geklärt.	□ □ □	
Der Aufbewahrungsort ist allen Pflegenden bekannt.	□ □ □	
Die Namenschilder werden während des hausärztlichen Heimbesuches getragen.	□ □ □	
Hauptansprechpartner		
Pro Tagschicht übernimmt eine Pflegefachkraft die Funktion des Hauptansprech-partners.	□ □ □	
Die Funktion „Hauptansprechpartner“ ist auf dem Namensschild oder durch andere Maßnahmen (Aushang) erkennbar.	□ □ □	
Hauptansprechpartner Pflegeheim …		
• stellt teaminterne Kommunikation sicher.	□ □ □	
• ist telefonisch erreichbar.	□ □ □	
• liest eingehende Faxe und beantwortet diese bzw. leitet Informationen weiter.	□ □ □	
• bietet dem Hausarzt Begleitung während des Hausbesuchs an.	□ □ □	
• sorgt dafür, dass Anordnungen von Hausärzten dokumentiert und umgesetzt werden.	□ □ □	
Hauptansprechpartner Hausarztpraxis		
Name und Erreichbarkeit des Haupt-ansprechpartners der Hausarztpraxis werden in	□ □ □	

der Bewohnerakte oder andernorts dokumentiert.		
Wechselseitige Erreichbarkeit		
Per Telefon		
Die zuständige Pflegefachkraft trägt stets ein mobiles Telefon.	□ □ □	
Für die Zeiten der Nichterreichbarkeit existiert ein Anrufbeantworter.	□ □ □	
Der Anrufbeantworter wird kurzfristig abgehört.		
Die Regelungen zur telefonischen Erreich-barkeit der Hausärzte sind den Pflegenden bekannt.	□ □ □	
Mit den Hausärzten wurde ggf. eine Sondernummer vereinbart.	□ □ □	
Per Fax		
Die Faxformulare sind vorhanden.	□ □ □	
Die Faxformulare werden eingesetzt.	□ □ □	
Heimbesuch	**Umsetzung** Ja Teilweise Nein	**Kommentar**
Vorfeld		
Terminvereinbarung mit dem Hausarzt	□ □ □	
Die Anliegen zum/des Bewohners werden durch Pflegekraft nach Wichtigkeit geordnet.	□ □ □	
Vor dem Hausbesuch		
Pflegende und Hausärzten besprechen den Ablauf des Hausbesuches, z.B. Begleitung durch Pflege?	□ □ □	
Beim Hausbesuch		

Checkliste zur Einführung der Maßnahmen

Dokumentation der Anordnungen in der Bewohnerakte (Pflegende oder Hausarzt)	☐ ☐ ☐	
Nach dem Hausbesuch		
Nachgespräch oder eindeutige Dokumentation durch den Hausarzt.	☐ ☐ ☐	
Pflegende dokumentiert die Anordnungen.	☐ ☐ ☐	
Standardbedarfsmedikation		
Dokument Standardbedarfsmedikation in der Bewohnerdokumentation vorhanden.	☐ ☐ ☐	
Hausärzte ordnen Bedarfsmedikamente nach Vorgaben im Dokument an.	☐ ☐ ☐	
Regelmäßige Kontrolle der Bedarfs-medikation durch Hausarzt.	☐ ☐ ☐	
Verwendung Dokument durch Pflegende.	☐ ☐ ☐	
Zielvereinbarungstreffen		
Vorbereitung		
Pflegende machen Termine mit den Hausärzten (pro Bewohner 1x im Quartal).	☐ ☐ ☐	
Anfrage Bewohner, ob Angehörige dabei?	☐ ☐ ☐	
Bewohner/Betreuer erhalten wenige Tage vor dem Treffen das Informationsblatt Bewohner.	☐ ☐ ☐	
Durchführung		
Zielvereinbarungstreffen finden statt.	☐ ☐ ☐	
Die Wünsche des Bewohners werden berücksichtigt.	☐ ☐ ☐	
Nutzung von Zielvereinbarungsformular und Kitteltaschenkarte	☐ ☐ ☐	

Checkliste zur Einführung der Maßnahmen

Gemeinsame Ziele werden festgelegt und Aufgaben verteilt.	□ □ □	
Wiederholungstreffen fanden nach drei Monaten statt.	□ □ □	
Dabei wurden Ziele hinsichtlich ihrer Umsetzung nachbesprochen.	□ □ □	
Dabei wurden ggf. neue Ziele formuliert und Aufgaben verteilt.	□ □ □	
Nachbereitung		
Fortführung Dokumentation im Pflegebericht.	□ □ □	
Hausärzte erhalten Kopie des Formulars Zielvereinbarungstreffen.	□ □ □	

Checkliste

Liebe *interprof* ACT-Verantwortliche, lieber *interprof* ACT-Verantwortlicher,

diese Übersicht soll Ihnen helfen, einen Überblick über den Fortschritt der Maßnahmenumsetzung zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Hausärzt*innen zu behalten.

Dafür ist es zunächst notwendig konkrete Aufgaben und Ziele für jede Maßnahme zu formulieren. Gerne unterstützen wir Sie dabei im Rahmen des geplanten Gesprächs nach dem Kick-off Treffen am _____. Bitte bringen Sie diese Übersicht zu dem Gespräch mit beziehungsweise halten Sie diese griffbereit.

Nachdem die konkreten Aufgaben und Ziele notiert sind, möchten wir Sie bitten, den Stand der Maßnahmenumsetzung sowie den Stand der gesetzten Aufgaben und Ziele nach 3 Monaten zu notieren. Nutzen Sie hierfür bitte die dafür vorgesehenen Tabellen mit der Überschrift „Stand nach 3 Monaten“ auf den nachfolgenden Seiten.

Um einen Einblick zu erhalten, wie die Maßnahmen in Ihrer Einrichtung umgesetzt werden, möchten wir Sie bitten, uns die Checkliste nach dem Ausfüllen der Tabellen „Stand nach 3 Monaten“ zuzusenden. Bitte verwenden Sie die vorbereitete Faxvorlage.

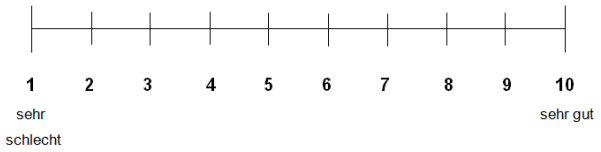
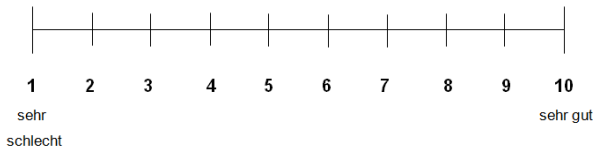
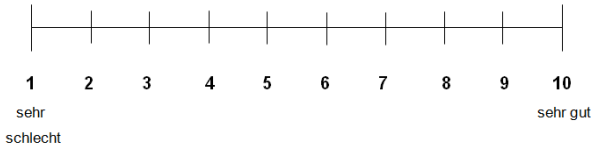
Sollten Sie während der Bearbeitung Fragen haben, so melden Sie sich gerne bei uns unter der _____ oder per Mail _____.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr *interprof* ACT-Studienteam Lübeck

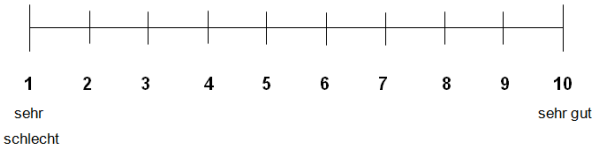
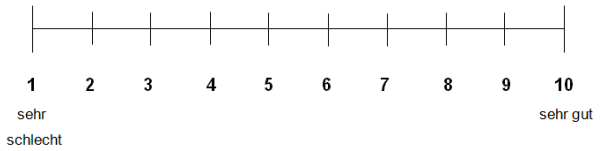
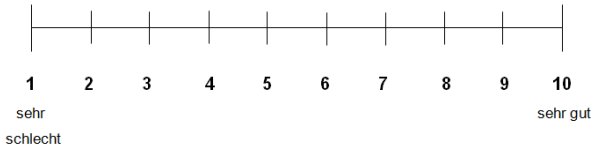
Bitte kreuzen Sie die **Maßnahme** an, für die Sie nachfolgend die Ziele und Aufgaben formulieren sowie zu gegebener Zeit den Stand nach 3 und 6 Monaten:

- ☐ **Zielvereinbarungstreffen**
- ☐ **Hauptansprechpartner*in**
- ☐ **Namensschilder**
- ☐ **Standardbedarfsmedikation**
- ☐ **Wechselseitige Erreichbarkeit**
- ☐ **Hausbesuch**

Ziele/Aufgaben		**Stand nach 3 Monaten**	**Stand nach 6 Monaten**
		Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.	**Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Welche strukturellen Bedingungen müssen hierfür geschaffen/geändert werden?		**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**	**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**

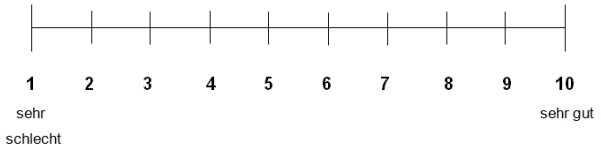
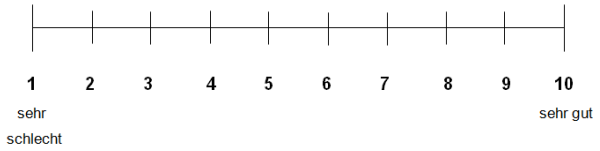
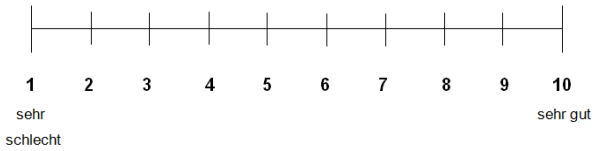
Bitte kreuzen Sie die **Maßnahme** an, für die Sie nachfolgend die Ziele und Aufgaben formulieren sowie zu gegebener Zeit den Stand nach 3 und 6 Monaten:

- ☐ **Zielvereinbarungstreffen**
- ☐ **Hauptansprechpartner*in**
- ☐ **Namensschilder**
- ☐ **Standardbedarfsmedikation**
- ☐ **Wechselseitige Erreichbarkeit**
- ☐ **Hausbesuch**

Ziele/Aufgaben		Stand nach 3 Monaten	Stand nach 6 Monaten
		Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.	**Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Welche strukturellen Bedingungen müssen hierfür geschaffen/geändert werden?		**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**	**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**

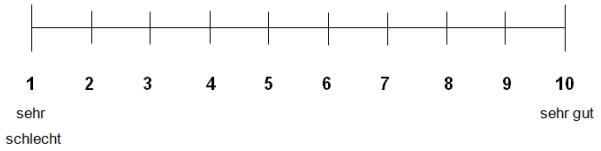
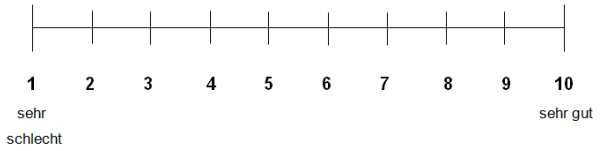
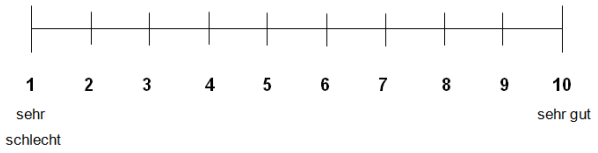
Bitte kreuzen Sie die **Maßnahme** an, für die Sie nachfolgend die Ziele und Aufgaben formulieren sowie zu gegebener Zeit den Stand nach 3 und 6 Monaten:

- ☐ **Zielvereinbarungstreffen**
- ☐ **Hauptansprechpartner*in**
- ☐ **Namensschilder**
- ☐ **Standardbedarfsmedikation**
- ☐ **Wechselseitige Erreichbarkeit**
- ☐ **Hausbesuch**

Ziele/Aufgaben		**Stand nach 3 Monaten**	**Stand nach 6 Monaten**
		Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.	**Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Welche strukturellen Bedingungen müssen hierfür geschaffen/geändert werden?		**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**	**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**

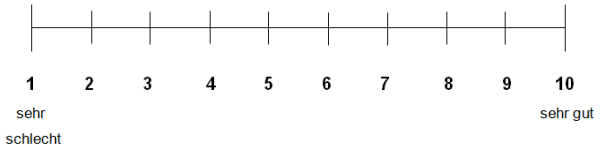
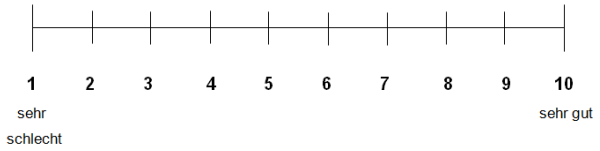
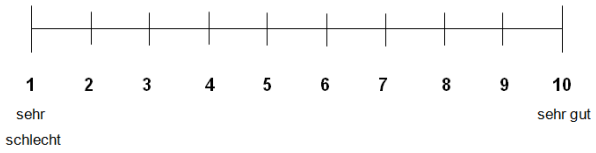
Bitte kreuzen Sie die **Maßnahme** an, für die Sie nachfolgend die Ziele und Aufgaben formulieren sowie zu gegebener Zeit den Stand nach 3 und 6 Monaten:

- ☐ **Zielvereinbarungstreffen**
- ☐ **Hauptansprechpartner*in**
- ☐ **Namensschilder**
- ☐ **Standardbedarfsmedikation**
- ☐ **Wechselseitige Erreichbarkeit**
- ☐ **Hausbesuch**

Ziele/Aufgaben		Stand nach 3 Monaten	Stand nach 6 Monaten
		Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.	**Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Welche strukturellen Bedingungen müssen hierfür geschaffen/geändert werden?		**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**	**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**

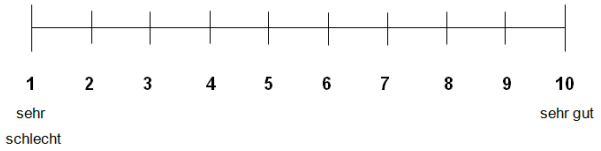
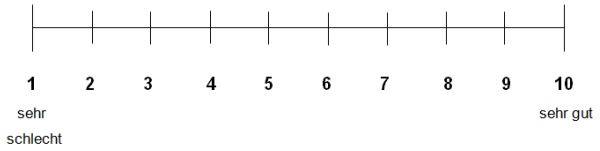
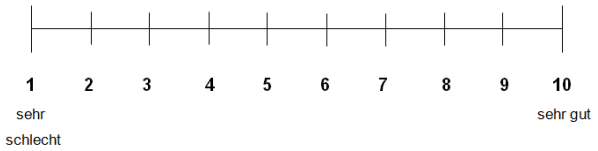
Bitte kreuzen Sie die **Maßnahme** an, für die Sie nachfolgend die Ziele und Aufgaben formulieren sowie zu gegebener Zeit den Stand nach 3 und 6 Monaten:

- ☐ **Zielvereinbarungstreffen**
- ☐ **Hauptansprechpartner*in**
- ☐ **Namensschilder**
- ☐ **Standardbedarfsmedikation**
- ☐ **Wechselseitige Erreichbarkeit**
- ☐ **Hausbesuch**

Ziele/Aufgaben		Stand nach 3 Monaten	Stand nach 6 Monaten
		Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.	**Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Welche strukturellen Bedingungen müssen hierfür geschaffen/geändert werden?		**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**	**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**

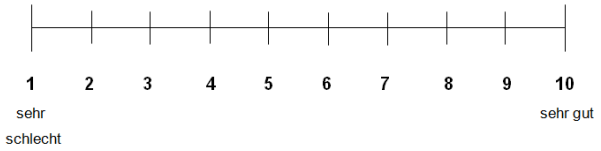
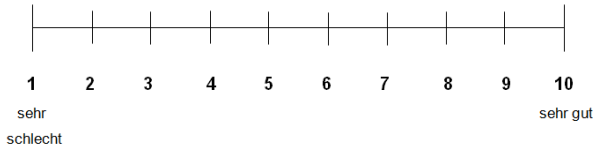
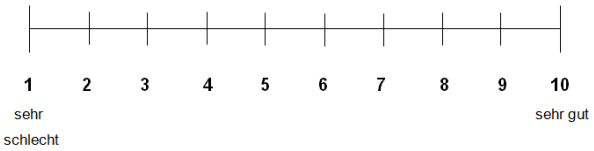
Bitte kreuzen Sie die **Maßnahme** an, für die Sie nachfolgend die Ziele und Aufgaben formulieren sowie zu gegebener Zeit den Stand nach 3 und 6 Monaten:

- ☐ **Zielvereinbarungstreffen**
- ☐ **Hauptansprechpartner*in**
- ☐ **Namensschilder**
- ☐ **Standardbedarfsmedikation**
- ☐ **Wechselseitige Erreichbarkeit**
- ☐ **Hausbesuch**

Ziele/Aufgaben		**Stand nach 3 Monaten**	**Stand nach 6 Monaten**
		Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.	**Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Welche strukturellen Bedingungen müssen hierfür geschaffen/geändert werden?		**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**	**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**

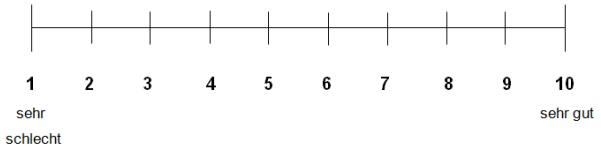
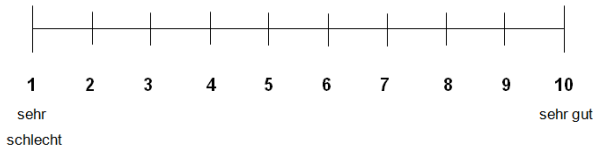
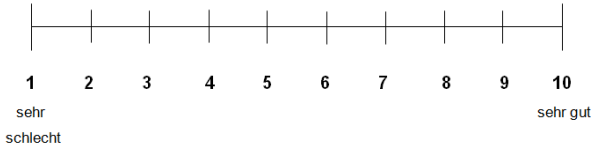
Bitte kreuzen Sie die **Maßnahme** an, für die Sie nachfolgend die Ziele und Aufgaben formulieren sowie zu gegebener Zeit den Stand nach 3 und 6 Monaten:

- ☐ **Zielvereinbarungstreffen**
- ☐ **Hauptansprechpartner*in**
- ☐ **Namensschilder**
- ☐ **Standardbedarfsmedikation**
- ☐ **Wechselseitige Erreichbarkeit**
- ☐ **Hausbesuch**

Ziele/Aufgaben		**Stand nach 3 Monaten**	**Stand nach 6 Monaten**
		Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.	**Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Welche strukturellen Bedingungen müssen hierfür geschaffen/geändert werden?		**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**	**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**

Bitte kreuzen Sie die **Maßnahme** an, für die Sie nachfolgend die Ziele und Aufgaben formulieren sowie zu gegebener Zeit den Stand nach 3 und 6 Monaten:

- ☐ **Zielvereinbarungstreffen**
- ☐ **Hauptansprechpartner*in**
- ☐ **Namensschilder**
- ☐ **Standardbedarfsmedikation**
- ☐ **Wechselseitige Erreichbarkeit**
- ☐ **Hausbesuch**

Ziele/Aufgaben		**Stand nach 3 Monaten**	**Stand nach 6 Monaten**
		Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.	**Wie schätzen Sie die Umsetzung des gesetzten Zieles ein? Und welche Aufgaben ergeben sich weiterhin daraus? Notieren Sie diese bitte.**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Ziel:			
Aufgaben:	**zu erfüllen bis:**	**noch zu erledigen:**	**noch zu erledigen:**
Welche strukturellen Bedingungen müssen hierfür geschaffen/geändert werden?		**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**	**Welche strukturellen Bedingungen konnten erfolgreich geschaffen/geändert werden?**

Bitte kreuzen Sie die **Maßnahme** an, für die Sie nachfolgend die Ziele und Aufgaben formulieren sowie zu gegebener Zeit den Stand nach 3 und 6 Monaten:

☐ **Zielvereinbarungstreffen**	☐ **Namensschilder**	☐ **Wechselseitige Erreichbarkeit**
☐ **Hauptansprechpartner*in**	☐ **Standardbedarfsmedikation**	☐ **Hausbesuch**

Ablauf und Rollenverteilung während der Kick-off Veranstaltung (Zeitraum exemplarisch)

Ziele:

1. Die Teilnehmenden an der Kick-off Veranstaltung kennen Ziele und Maßnahmen der Studie *interprof* ACT.
2. Die Teilnehmenden an der Kick-off Veranstaltung geben Ihre Meinung zu den einzelnen Maßnahmen ab und diskutieren gemeinsam Anpassungen für die Gegebenheiten der Einrichtungen.

Zeit	Inhalt	Ebene	Medien/Methode	Wer/to do
16:00 – 16:05	Einleitende Worte `05	Kennenlernen, Rahmen geben	Vortrag	HL: PDL:
16:05 – 16:15	Begrüßung durch Moderator*innenteam und Vorstellung des Ablaufes, Vorstellungsrunde der Teilnehmer*innen `10	Kennenlernen, Einführung,	*Dialog*	
16:15 – 16:40	Darstellung des Projektes `20 Vorstellung des Maßnahmenpaketes	Wissensvermittlung, Vorbereitung auf Diskussion um Maßnahmenanpassung	Vortrag PPT	
16:40 – 16:45	Einholung des Meinungsbildes `5 (Erklärung Vorgehen, Verteilung Klebepunkte, Kleben der Klebepunkte)	Grundlage für partizipative Anpassung der Maßnahmen	Poster zum Einholen des Meinungsbildes (H24), Klebepunkte (je TN 6 gelbe und 6 grüne) Aufforderung Meinung abzugeben	
16:45 – 17:25	Moderation der Diskussion um die Anpassungen der Maßnahmen `40	Partizipative Entscheidungsfindung	1 vorbereitete Flip-Chart pro Maßnahme „Was gibt es für Bedenken?“ „Wie kann die Maßnahme angepasst werden, um sie einzuführen zu können?“ Stifte	Moderation: Protokoll auf Flip-Charts:
17:25 – 17:30	Zusammenfassung, Informationen	Zusammenfassung	Flip-Charts mit	Zusammenfassung

	zum `5 weiteren Vorgehen		Ergebnissen	/Dank/Verabschiedung:

Material:
Power Point Präsentation (H24),
Agenda für Flipchart (H22) und für jede/-n Teilnehmer*in (H15),
Maßnahmen kurz (H16) für jede/-n Teilnehmer*in
1 vorausgefüllte Flip-Chart pro Maßnahme (siehe Handbuch),
Flip Chart Stifte,
Poster Meinungsbild einholen (H26),
Ausreichende Anzahl an grünen und gelben Klebepunkten mit Buchstaben für Akteur*innengruppe,
Namenschilder

Ablaufplan für die Kick-off Veranstaltung

Datum:

Uhrzeit: Uhr

Form:

- ☐ Vor Ort Treffen
- ☐ Videokonferenz
- ☐ Alternative Form

Die Kick-off Veranstaltung wird nicht länger als 120 Minuten dauern.

Ablauf

1. Einleitende Worte durch die Heimleitung oder Pflegedienstleitung
2. Begrüßung und Vorstellung des Ablaufs der Veranstaltung
3. Vorstellung der Teilnehmer*innen
4. Kurze Darstellung des Projektes und Vorstellung des Maßnahmenpaketes mittels der vorbereiteten Power-Point-Präsentation (ggf. Handouts)
5. Einholen des Meinungsbildes
6. Diskussion und Anpassung des Maßnahmenpaketes
7. Zusammenfassung und Informationen zum weiteren Vorgehen

H14 Version 1

Ausfüllinformation: Die nachfolgenden Tabellen dienen der *interprof* ACT-Verantwortlichen und deren Vertretung dazu, einen Überblick über die eingeladenen Personen zum Kick-off-Treffen zu behalten. Bitte bringen Sie die Tabellen zum Kick-off-Treffen mit.

Einladungen zum Kick-off Treffen

Pflegefachkräfte:

Name der Pflegefachkraft	Einladung erfolgte am	Zugesagt	Abgesagt	Meinungsbild erhalten? (Ja/Nein)

Hausärzt*innen:

Name der Hausärztin/des Hausarztes	Einladung erfolgte am	Zugesagt	Abgesagt	Meinungsbild erhalten? (Ja/Nein)

Bewohner*innen (bzw. Heimbeirat):

Name	**Einladung erfolgte am**	**Zugesagt**	**Abgesagt**	**Meinungsbild erhalten?** *(nur relevant, wenn Heimbeirat vorhanden)* **(Ja/Nein)**

Angehörige (bzw. Angehörigenbeirat):

Name	**Einladung erfolgte am**	**Zugesagt**	**Abgesagt**	**Meinungsbild erhalten?** *(nur relevant, wenn Angehörigenbeirat vorhanden)* **(Ja/Nein)**

Einladung zur Teilnahme am Kick-off Treffen

für Heimbeirat, Bewohner*innen, Angehörige teilnehmender Bewohner*innen und Mitglieder des Angehörigenbeirates

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dem Kick-off Treffen für die Maßnahmeneinführung.

Das **Kick-off Treffen** findet am _____ von ___ Uhr bis ___ Uhr (120 min)
statt.

- ☐ Ort:_____
- ☐ Es wird in Form einer Videokonferenz umgesetzt, bitte senden Sie uns Ihre Email Adresse zu, damit wir Ihnen einen Link zusenden können. Unsere Emailadresse:_____
- ☐ Alternativer Form der Konferenz:_____

Einen kurzen Überblick über die Ziele und Hintergründe des Projektes „*interprof* ACT“ können Sie dem beigelegten Flyer entnehmen. Ebenfalls beigelegt ist eine Kurzversion des Maßnahmenpaketes „*interprof* ACT“.

Im Rahmen des Treffens werden die Heimleitung, Pflegekräfte der teilnehmenden Wohnbereiche, Hausärzt*innen, Bewohner*innen, ggf. Bewohnervertreter*innen und Angehörige und Betreuer*innen die Maßnahmen aus dem Maßnahmenpaket „*interprof* ACT“ an die Gegebenheiten des Pflegeheimes anpassen. Bei dem Treffen bietet sich zudem die Gelegenheit eines gegenseitigen Kennenlernens.

Bei Rückfragen Ihrerseits stehen wir Ihnen telefonisch oder persönlich zur Verfügung (Ansprechpartner*in: _____TelNr: _____).

Wir freuen uns auf eine Zusammenarbeit mit Ihnen und verbleiben

mit besten Grüßen
Ihre

Heimleitung

Einrichtungsbriefkopf

Einführung der *interprof* ACT Maßnahmen auch bei uns

Sehr geehrte/-r ,

unsere Pflegeeinrichtung _____ wurde in der Studie *interprof* ACT per Zufall der Kontrollgruppe zugeteilt. Dies bedeutete, dass die medizinische Versorgung von Bewohner*innen im Pflegeheim sowie die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und unseren Pflegeteams über 12 Monat wie gewöhnlich weiterlief. Nun können nach abgeschlossener Studienlaufzeit die untersuchten Maßnahmen für die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit auch in unserer Pflegeeinrichtung eingeführt werden. Eine kurze schriftliche Darstellung des Maßnahmenpakets „*interprof* ACTfinden Sie anbei.

Eine Anpassung der Maßnahmen erfolgt durch die Beteiligten (Heimleitung, Pflegkräfte, Bewohner*innen und Angehörige bzw. Bewohner*innen- und Angehörigenvertretung) gemeinsam. Hierzu laden wir Sie herzlich zu einem

Kick-off Treffen am _____ von ___ Uhr bis ___ Uhr (120 min)

- ☐ Ort:_____
- ☐ Es wird in Form einer Videokonferenz umgesetzt, bitte senden Sie uns Ihre Email Adresse zu, damit wir Ihnen einen Link zusenden können. Unsere Emailadresse:_____
- ☐ Alternative Form:_____

Auch Ihre medizinischen Fachangestellten sind eingeladen, am Treffen teilzunehmen und aktiv mitzuwirken. Das Treffen bietet die Gelegenheit eines besseren gegenseitigen Kennenlernens und der Besprechung des weiteren Vorgehens.

Wir bitten Sie, das beiliegende Antwortblatt auszufüllen und per Fax oder Post an uns zurücksenden. Bei Rückfragen Ihrerseits stehen wir Ihnen jederzeit telefonisch oder persönlich zur Verfügung: Name der Ansprechpartnerin/des Ansprechpartners: _____, Telefonnr.: _____.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen und verbleiben,

mit besten Grüßen

Ihre

Heimleitung

Absender*in

_____
_____
_____

an FAX:

„Einrichtungsadresse“

☐ **JA,**

ich nehme am Kick-off Treffen am _____ um ___ Uhr teil.

☐ **NEIN,**

ich kann leider nicht am Kick-off Treffen teilnehmen.

Anmerkungen:_____

Datum Unterschrift Stempel

Einrichtungsbriefkopf

Ihre Meinung zu den *Interprof* ACT Maßnahmen

Sehr geehrte

wir bedauern es, dass Ihnen eine Teilnahme am Kick-off Treffen nicht möglich ist. Dennoch ist uns Ihre Meinung zu den Maßnahmen wichtig, um diese partizipativ anpassen zu können. Aus diesem Grund bitten wir Sie, das beiliegende Dokument auszufüllen und an uns zurück zu senden (per Post oder Fax).

Falls Sie doch kurzfristig an dem Kick-off Treffen teilnehmen können, sind Sie auch unangemeldet herzlich willkommen.

Das Kick-off Treffen findet statt:

am _____von ___ Uhr bis ___ Uhr (max. 120 min)

- ☐ Ort:_____
- ☐ Es wird in Form einer Videokonferenz umgesetzt, bitte senden Sie uns Ihre Email Adresse zu, damit wir Ihnen einen Link zusenden können. Unsere Emailadresse:_____
- ☐ Alternative Form:_____

Sie erhalten auf jeden Fall die Ergebnisse des Treffens von uns zugesandt.

Bei Rückfragen Ihrerseits stehen wir Ihnen gern telefonisch oder persönlich zur Verfügung (Ihr/-e Ansprechpartner*in: _____ TelNr:_____).

Wir freuen uns auf eine Zusammenarbeit mit Ihnen und verbleiben,

mit besten Grüßen
Ihre

Heimleitung

Anlage 27: Tabelle Meinungsbild Hausärzt*innen bei Nicht-Teilnahme am Kick-off Treffen

H20 Version 1

Sehr geehrte/-r Frau/Herr ……

Die abgebildete Tabelle zeigt das Maßnahmenpaket *interprof* ACT. Bitte setzen Sie entsprechend Ihrer Meinung pro Maßnahme ein Kreuz. Sollten Ihrerseits Bedenken bei der Einführung einer Maßnahme bestehen, nennen Sie diese bitte in der letzten Spalte. Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Tabelle bis zum …… zu. Herzlichen Dank!

	Maßnahmenpaket *interprof* ACT zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim	Meiner Meinung nach kann die Maßnahme eingeführt werden.	Bei der Einführung der Maßnahme habe ich **Bedenken**.	**Welche Bedenken haben Sie bezüglich der Einführung der Maßnahme?** **Bzw. was wird benötigt, um die Maßnahme umsetzen zu können?**
	**1. Namensschilder** Ärzt*in und Pflegekraft tragen während des ärztlichen Heimbesuchs Namensschilder.			
	**2. Hauptansprechpartner*in** Innerhalb des Wohnbereichs wird eine Pflegefachkraft als Hauptansprechpartner*in für die Kommunikation mit dem/der Hausärzt*in und der Hausarztpraxis benannt. Innerhalb der hausärztlichen Praxis kann optional ein Hauptansprechpartner*in benannt werden.			
	**3. Wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon/Fax** Mit dieser Maßnahme wird die Verbindlichkeit im Umgang miteinander gestärkt – per Telefon oder Fax.			
	**4. Heimbesuch: Terminabsprache und Struktur** Mit dieser Maßnahme wird der Heimbesuch als zentrales Element der medizinischen Versorgung klar strukturiert. Es werden Vereinbarungen über reguläre Besuchszeiten oder das Vorgehen bei anlassbezogenen Hausbesuchen festgelegt. Ferner wird ein klarer Ablauf für den Hausärzt*inbesuch selbst vorgeschlagen.			
	**5. Standardbedarfsmedikation** Durch die Dokumentation einer „Standardbedarfsmedikation“ soll erreicht werden, dass im Bedarfsfall für individuelle Gesundheitsprobleme verbindliche Anordnungen für den/die Bewohner*in vorliegen.			
	**6. Zielvereinbarungstreffen** Ärzt*innen, Pflegekräfte sowie ggf. Bewohner*innen und Angehörige besprechen längerfristige und übergeordnete Therapie- und Pflegeziele. Festgelegt werden dabei das gemeinsame Vorgehen, die Zuständigkeiten und ein Datum pro Quartal zur Überprüfung.			

H20 Version 1

Sehr geehrte/-r Frau/Herr ……

Die abgebildete Tabelle zeigt das Maßnahmenpaket *interprof* ACT. Bitte setzen Sie entsprechend Ihrer Meinung pro Maßnahme ein Kreuz. Sollten Ihrerseits Bedenken bei der Einführung einer Maßnahme bestehen, nennen Sie diese bitte in der letzten Spalte. Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Tabelle bis zum …….. zu. Herzlichen Dank!

H16 Version 1

Kurzer Überblick über Inhalte und Ablauf des Kick-off Treffens

Ziele des Kick-off Treffens

- Vorstellen des Maßnahmenpaketes *interprof* ACT
- Anpassung der Maßnahmen an die Gegebenheiten des Pflegeheimes in einem gemeinsamen Prozess

Wer nimmt an dem Kick-off Treffen teil?

- Heimleitung
- Pflegedienstleitung
- *interprof* ACT verantwortliche Pflegekraft und Vertretung
- Pflegefachkräfte der beteiligten Wohnbereiche
- Hausärzte*innen teilnehmender Bewohner*innen
- Mitglied des Heimbeirats als Vertreter*in der Bewohner*innen oder interessierte Bewohner*innen
- Mitglied des Angehörigen- und/oder Betreuerbeirates oder bis zu zwei Angehörige teilnehmender Bewohner*innen als Angehörigenvertreter*innen

Außerdem wird ein/-e Mitarbeiter*in aus dem Studienzentrum an dem Treffen teilnehmen.

Vorbereitung und Moderation des Kick-off Treffens

Die Organisation und Moderation des Treffens wird durch Mitarbeiter*innen des Pflegeheims erfolgen.

Das Kick-off Treffen als Startpunkt

Nach erfolgter Anpassung der Maßnahmen im Kick-off Treffen:

- Individuelles Maßnahmenpaket wird allen Beteiligten zugesendet
- Materialien zur Implementierung werden durch die/den *interprof* ACT Verantwortliche*n zur Verfügung gestellt

Jetzt kann es losgehen!

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN ALLGEMEINMEDIZIN UMG

Maßnahmenpaket *interprof* ACT
zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim



1. Namensschilder

- Ärzt*in und Hauptansprechpartner*in tragen während Hausbesuch Namensschilder
- Ärzt*in führt Schild mit sich oder erhält es vom Hauptansprechpartner*in



2. Hauptansprechpartner*in

Innerhalb des Wohnbereiches

- wird durch Vorgesetzte*n benannt und unterstützt
  - ist Pflegefachkraft mit Vertretung
- ist informiert und kompetent und zeigt sich verantwortlich
- spricht gegenüber dem/der Hausärzt*in für das Pflegeteam mit einer Stimme
- stellt teaminterne und externe Kommunikation sicher

Telefonate und Faxverkehr: der/die Hauptansprechpartner*in…

- stellt seine/ihre Erreichbarkeit über ein mobiles Telefon sicher
- holt Antworten auf offene Fragen aktiv ein

Visite: der/die Hauptansprechpartner*in…

- stellt eigene zeitliche Ressourcen für eine terminierte Visite sicher
- ist als Hauptansprechpartner*in durch ein Namensschild kenntlich
- bietet Visitenbegleitung an
- stellt Umsetzung der getroffenen Anordnungen sicher

Hauptansprechpartner*in innerhalb der Hausarztpraxis

- delegierbar an eine/-n MFA
- durch Vorgesetzte*n benannt, unterstützt und zur fachlichen Reflexion motiviert
- priorisiert Anfragen und bereitet Anfragen zur Vorlage bei Ärzt*in vor
- ist fachlich versiert, informiert und kompetent



3. Wechselseitige Erreichbarkeit

per Telefon:

- Gewährleistung telefonischer Erreichbarkeit von Hauptansprechpartner*in/ Vertretung
- Zeitnahes Abhören eines Anrufbeantworters, falls Annahme des Anrufs nicht möglich
- Optionale Vergabe der Handynummer/direkter Arztnummer in der Praxis
- Wertschätzender Umgang beim Telefonieren

per Fax:

- Verwendung des Faxformulars (s. Anhang A)
- Funktionierendes, papiergefülltes Faxgerät, Einhalten der Arbeitszeiten Ärzt*in
- Der/die Sender*in ist verantwortlich, eine Antwort einzuholen, falls diese ausbleibt

- Der/die Ansprechpartner*in im Wohnbereich ist verantwortlich für Informationsfluss (Weitergabe unerledigter Faxe an nächste Schicht und Archivierung)



4. Heimbesuch: Terminabsprache und Struktur

- Feste Besuchstage (in z.B. wöchentlichem Rhythmus) für Routinebesuche
- Ankündigung Routinebesuche ohne festen Rhythmus durch Ärzt*in zwei Tage zuvor
- Terminierung des Hausbesuches durch Ärzt*in auf ein zweistündiges Zeitfenster

Strukturierte Abläufe des Heimbesuches

Vorfeld	• Priorisierung Anliegen durch Hauptansprechpartner*in/Pflegekraft
Ärzt*inankunft	• Ärzt*in sucht Pflegekraft/Hauptansprechpartner*in auf • Ärzt*in erhält Namensschild
Vorgespräch	• zwischen Hausärzt*in und Hauptansprechpartner*in/Pflegekraft • Angebot Visitenbegleitung durch Hauptansprechpartner*in/Pflegekraft
Durchführung	• durch Ärzt*in mit oder ohne Begleitung • Treffen und Dokumentation klarer Anordnungen
Nachgespräch	• sofern erforderlich und/oder • klare Dokumentation von Anordnung und Besonderheiten



5. Standardbedarfsmedikation

- Durch die Dokumentation einer „Standardbedarfsmedikation“ soll erreicht werden, dass im Bedarfsfall für individuelle Gesundheitsprobleme verbindliche Anordnungen für die Bewohner*innen vorliegen (s. Anhang B)



6. Zielvereinbarungstreffen

- Zwischen Ärzt*in und Pflegekräften, ggf. unter Einbeziehung von Bewohner*innen und/oder Angehörigen bzw. Betreuer*innen
- Das Treffen kann zu Zeiten der Kontaktbeschränkung auch durch ein Gruppentelefonat, oder eine Videokonferenz erfolgen, alternativ können die Anliegen der Akteure auch nacheinander erhoben und abschließend zusammengefügt werden.
- Mindestens einmal im Quartal
- Definieren & schriftliche Fixierung von Zielen der medizinischen Versorgung des Bewohners/der Bewohnerin im Zielvereinbarungsformular (siehe Anhang C)
- Evaluation der Ziele
- Archivierung durch das Heim, Kopie für Ärzt*in (falls gewünscht)

Zielvereinbarungen sind längerfristige und übergeordnete Therapie– und Pflegeziele für den/die Bewohner*in zum Beispiel zu den Bereichen • Mobilität • Ernährung • Soziale Integration • Medizinische Besonderheiten...	Festgelegt werden sollte • Welche Ziele haben wir? • Wie ist das gemeinsame Vorgehen? • Wer ist zuständig? • Wann werden die Ziele überprüft?

FAX

☐ dringlich/gleich ☐ im Laufe des nächsten halben Tages ☐ heute ☐diese Woche

Bewohner*in _____ **geb.** _____ **Datum, Uhrzeit FAX:**

Einrichtung **Arzt**

Wohnbereich:
Pflegekraft:
Erreichbar unter: bis Uhr

ANFRAGE / MITTEILUNG

☐Medikation ☐vor Hausbesuch ☐ Sonstiges

☐Lesebestätigung gewünscht (ggf. auch ohne ausführliche Antwort)

☐Lesebestätigung zurück **Datum, Uhrzeit FAX:**

ANTWORT

☐Lesebestätigung gewünscht (ggf. auch ohne ausführliche Antwort)

☐Lesebestätigung zurück

UMSETZUNG **Antwort erhalten Datum, Uhrzeit:** **Kürzel:**

Ggf. Anmerkungen

Daten der Bewohnerin/ des Bewohners	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	

Daten der Ärztin/ des Arztes	
Name, Vorname	
Name der Praxis	

Datum	Indikation bzw. Symptome und Begleitumstände	Bedarfsmedikation (Präparat mit Stärke)	Applikationsform	Hinweise	Applikationsfrequenz	Minim. Einzeldosis	Max. Einzeldosis	Max. Tagesdosis	Abgesetzt	HZ Ärzt*in	HZ Pflege

Standardbedarfsmedikation: (Projekt *interprof* ACT)

ZIELVEREINBARUNGEN (Projekt *interprof ACT*)

Bewohner*in:	Geburtsdatum:	Wohnbereich:

Datum	Zielvereinbarungen	Vorgehen + Zuständigkeiten	BP	Hz.	Evaluation

Checkliste Vorbereitung Kick-off Treffen

Vorbereitung	**Erledigt/ überprüft**	**Zusätzlich bei Online-Konferenzen zu beachten**	**Erledigt/ überprüft**	**Bemerkungen**
Datum und Uhrzeit des Kick-off-Treffens sind festgelegt				
Form der Konferenz ist geklärt		Das ausgewählte Programm ist für alle Teilnehmer*innen kostenfrei und ggf. über die Einrichtungsinternen Tablets für die teilnehmenden Bewohner*innen verfügbar.		
Einrichtungsleitung und PDL sind über den Termin informiert und haben ihre Teilnahme bestätigt		Die E-Mail-Adressen der teilnehmenden Personen sind vorhanden. Die Teilnehmer*innen haben die Zugangsdaten per Mail unter Wahrung des Datenschutzes erhalten. Die Teilnehmer*innen kennen die alternative Zuschaltung per Telefon und die entsprechenden Einwahldaten.		
IPAV Vertretung ist über den Termin informiert und hat ihre Teilnahme bestätigt				
Hausärzt*innen sind über den Termin informiert und haben ihre Teilnahme bestätigt				
Pflegenden (max. 2) sind über den Termin informiert und haben ihre Teilnahme bestätigt				
Heimbeirat ODER interessierte Bewohner*innen (max.2 Personen) sind über den Termin informiert und haben ihre Teilnahme bestätigt				
Angehörigenbeirat ODER interessierte Angehörige von Bewohner*innen (max. 2 Personen) sind über den Termin informiert und haben ihre Teilnahme bestätigt				
Ablaufplan des Kick-off Treffens ist an teilnehmende Personen verteilt.		Der Ablaufplan sowie die Unterlagen wurden per Mail an die Teilnehmer*innen unter Wahrung des Datenschutzes versendet.		
Unterlagen für Teilnehmer*innen sind vorbereitet				

Meinungsbild aus dem pflegerischen Team ist eingeholt				
Ablaufplan und Aufgabenverteilung sind im Moderator*innenteam besprochen		Klärung, wer die Präsentation per Bildschirm übermittelt/teilt. Ggf. kann dies vom Studienteam übernommen werden.		
Protokollführende Person ist benannt				

Vom Studienteam bei 1. Schulung erhalten:

- PPP (H24) mit
- Agenda (H15)
- Maßnahmen Kurz (H16)
- Sowie H3 – H11

Agenda Kick-off Treffen Flip Chart

- Einleitung durch Heimleitung / Pflegedienstleitung
- Begrüßung durch Moderator*innenteam
- Vorstellung Ablauf der Veranstaltung
- Vorstellungsrunde Teilnehmer*innen
- Kurzvorstellung Projekt
- Vorstellung Maßnahmenpaket
- Einholen des Meinungsbildes

Pause

- Diskussion und Anpassung des Maßnahmenpaketes
- Zusammenfassung
- Informationen zum weiteren Vorgehen

Kick-off Treffen

Auswirkungen von Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit auf Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohner*innen

interprof ACT

Ziele des heutigen Kick-off Treffens

- Sie kennen das Maßnahmenpaket *interprof* ACT
- Sie passen gemeinsam die Maßnahmen an die Gegebenheiten in Ihrer Einrichtung an

Hintergrund von *interprof* ACT

- 30-60% der Pflegeheimbewohner*innen werden mindestens einmal pro Jahr ins Krankenhaus verlegt.
- Krankenhausaufnahmen sind für Bewohner*innen belastende Ereignisse mit unklarem Nutzen für den gesundheitlichen Verlauf.
- 40% der Aufnahmen werden als vermeidbar eingeschätzt.

Literaturquellen 1-5

Ziele von *interprof* ACT

- Förderung stabiler Kommunikationsstrukturen zwischen Hausärzt*innen und Pflegenden
- Verringerung der Krankenhausaufnahmen der Bewohner*innen
- Stärkung der medizinischen Versorgungsqualität der Bewohner*innen

Maßnahmenpaket *interprof* ACT



- Namensschilder für alle
- Hauptansprechpartner*in
- Wechselseitige Erreichbarkeit (Telefon/Fax)
- Heimbesuch: Terminabsprache und Ablauf
- Festlegung von Bedarfsmedikation
- Zielvereinbarungstreffen

Namensschilder für alle

Pflegende und Hausärzt*innen tragen während des ärztlichen Hausbesuchs ein Namensschild.



Umsetzung

- Die Einrichtung sorgt dafür, dass Pflegende und Hausärzt*innen ein Namensschild erhalten (ggf. mit Funktion).
- Die Namensschilder werden während der Hausbesuche getragen.

Hauptansprechpartner*in



Im Wohnbereich und in der Hausarztpraxis wird ein/-e Hauptansprechpartner*in benannt.

Aufgaben im Wohnbereich (ein Hauptansprechpartner*in pro Schicht)

- Sicherung teaminterner Kommunikation
- Kommunikation mit Hausärzt*in
- Organisation Visitenbegleitung
- Sicherstellung der Umsetzung von getroffenen Anordnungen

Aufgaben in der hausärztlichen Praxis

- Hauptansprechpartner*in in der Praxis ist im Idealfall medizinische/-r Fachangestellte*r
- Sicherstellung und Organisation Kommunikation Heim/Hausärzt*in

Wechselseitige Erreichbarkeit

Pflegende und Hausärzt*innen erreichen sich zuverlässig mittels Telefon oder Fax.



Umsetzung per Telefon

- Ein/-e Pflegende*r (ggf. Hauptansprechpartner*in) trägt das Telefon stets bei sich
- Bei Abwesenheit der/des Pflegenden: Verwendung eines Anrufbeantworters
- Absprache zwischen Pflegenden und Hausärzt*innen bezüglich zeitlicher Erreichbarkeiten und ggf. Verwendung ärztlicher Mobilfunknummer bzw. Sondernummer
- **Umsetzung per Fax**
- Nutzung des Formulars „Fax“

FAX

☐ dringlich/gleich ☐ im Laufe des nächsten halben Tages ☐ heute ☐diese Woche

Bewohner*in _____ **geb.** _____ **Datum, Uhrzeit FAX:**

Einrichtung **Arzt**

Wohnbereich:
Pflegekraft:
Erreichbar unter: bis Uhr

ANFRAGE / MITTEILUNG

☐Medikation ☐vor Hausbesuch ☐ Sonstiges

☐Lesebestätigung gewünscht (ggf. auch ohne ausführliche Antwort)

☐Lesebestätigung zurück **Datum, Uhrzeit FAX:**

ANTWORT

☐Lesebestätigung gewünscht (ggf. auch ohne ausführliche Antwort)

☐Lesebestätigung zurück

UMSETZUNG **Antwort erhalten Datum, Uhrzeit:** **Kürzel:**

Ggf. Anmerkungen

Heimbesuch:
Terminabsprache und Ablauf

Der Hausärzt*inbesuch wird geplant und organisiert durchgeführt.



Terminabsprache

Der/die Hausärzt*in kündigt seinen Besuch im Vorfeld an:

- Routinebesuch mit festem Zeitschema (z.B. immer mittwochs)
  → Festlegung auf ein zweistündiges Zeitfenster
- Routinebesuch ohne festen Rhythmus
  → Ankündigung 2 Tage zuvor, zweistündiges Zeitfenster
- Besuch aus einem akuten Anlass → unverändert

Heimbesuch:
Terminabsprache und Ablauf



Ablauf des Ärzt*inbesuches

- **Vorfeld** Strukturierung der Anliegen durch Pflegende
- **Eintreffen Hausärzt*in** Hausärzt*in sucht zuständige Pflegende auf
- **Vorgespräch** zwischen Hausärzt*in und Pflegenden
- **Bewohner*inbesuch** mit oder ohne Begleitung durch Pflegende*n, Dokumentation klarer Anordnungen durch Hausärzt*in
- **Nachgespräch** Besprechung Besuch durch Hausärzt*in und Pflegende*n

  oder

  eindeutige Anordnungen durch den Hausärzt*in an vereinbarter Stelle

Festlegung von Bedarfsmedikation



Zur Bedarfsmedikation liegen verbindliche Anordnungen für jede/-n Bewohner*in vor, die durch die/den Hausärzt*in festgelegt werden.

Umsetzung

- Verbindliche Nutzung des Formulars: „Standardbedarfsmedikation“

Standardbedarfsmedikation

STANDARDBEDARFSMEDIKATION (Projekt *interprof* ACT)

Daten der Bewohnerin/des Bewohners	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Wohnbereich	

Daten der Ärztin/des Arztes	
Name, Vorname	
Name der Praxis	

Datum	Indikation bzw. Symptome und Begleitumstände	Bedarfsmedikation (Präparat mit Stärke)	Applikations-form	Hinweise	Applikations-frequenz	Minim. Einzeldosis	Max. Einzeldosis	Max. Tagesdosis	Abgesetzt	HZ Ärzt*in	HZ Pflege

Zielvereinbarungstreffen



Im Zielvereinbarungstreffen werden übergeordnete und längerfristige Ziele für die Versorgung einer Bewohnerin/eines Bewohners festgelegt. Wünsche der Bewohner*innen werden dabei bevorzugt berücksichtigt.

Teilnehmende Bewohner*innen, Pflegende, Hausärzt*in, Angehörige / Betreuer*innen

Häufigkeit Einmal im Quartal

Umsetzung

- Bewohner*innen erhalten ein Informationsblatt, die anderen Teilnehmer*innen eine Anregung zur Umsetzung (Kitteltaschenkarte)
- Gemeinsame Erstellung der Ziele mit den Teilnehmenden
- Nutzung des Formulars „Zielvereinbarungstreffen“ (Archivierung in der Pflegedokumentation)



Informationen

zum Gespräch mit Hausärzt*in und Pflegenden

Liebe/Lieber_____,

am _____ wird es ein gemeinsames Gespräch zwischen Ihnen, Ihrem/r Hausärzt*in, dem Pflegepersonal und evtl. auch Ihren Angehörigen geben. Dabei werden langfristige Ziele Ihrer Versorgung besprochen.

Vielleicht möchten Sie sich im Vorfeld Gedanken machen, welche Themen für Sie wichtig sind? Falls ja, können Sie sich gerne Notizen machen und diese zum Gespräch mitbringen.

Notizen

Gefördert durch:

Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

interprof ACT

ZIELVEREINBARUNGEN treffen

Die Ziele werden zwischen Pflegenden, Hausärzt*innen, Bewohner*innen und ggf. Angehörigen oder Betreuer*innen vereinbart.

Zielvereinbarungen sind

Einigungen über längerfristige und übergeordnete Ziele für die Versorgung der Bewohnerin bzw. des Bewohners.

zum Beispiel zu den Bereichen:

- Ernährun
- Mobilität
- Kommunikation
- ...

Festgelegt werden sollte

- Welche Ziele haben wir?
- Wie ist das gemeinsame Vorgehen?
- Wer ist zuständig?
- Wann werden die Ziele überprüft?

Verknüpfung mit der Pflegedokumentation.

interprof ACT

ZIELVEREINBARUNGEN (Projekt *interprof* ACT)

Bewohner*in:	Geburtsdatum:	Wohnbereich:

Datum	Zielvereinbarungen	Vorgehen + Zuständigkeiten	BP	Hz.	Evaluation

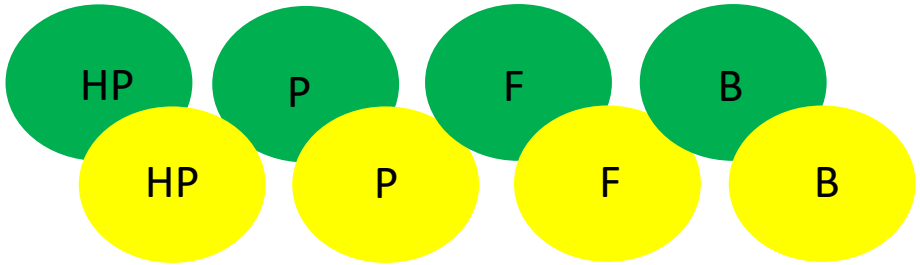
Erläuterungen:
Hz. = Handzeichen
BP = In den Behandlungsplan aufgenommen

Erläuterungen:
Hz. = Handzeichen
BP = In den Behandlungsplan aufgenommen

Ihre Meinung zu den Maßnahmen

Vorgehen:

- Jeder von Ihnen hat sechs grüne und sechs gelbe Klebepunkte, die Buchstaben stehen für Ihre Rolle:
  - HP: Hausärztl. Praxis
  - P: Pflege
  - F: Familie/Angehörige
  - B: Bewohner*innen



- Sie kleben zu jeder Maßnahme einen grünen **oder** einen gelben Punkt auf das Poster:
  - GRÜN: *Die Maßnahme kann eingeführt werden.*
  - GELB: *Bei der Einführung der Maßnahme habe ich Bedenken.*

- Die Teilnehmer*innen aus der Pflege kleben stellvertretend für das Pflegeteam.

Sie haben jetzt 5 Minuten Zeit, Ihre Punkte zu kleben

H12 Version 1

Liebes Pflegeteam,

die abgebildete Tabelle zeigt das Maßnahmenpaket *interprof* ACT. Vor der Einführung des Maßnahmenpaketes möchten wir gerne von Ihnen wissen, was Sie über die Einführung der Maßnahmen in Ihrer Einrichtung denken. Bitte setzen Sie entsprechend Ihrer Meinung pro Maßnahme ein Kreuz. Sollten Ihrerseits Bedenken bei der Einführung einer Maßnahme bestehen, nennen Sie diese bitte in der letzten Spalte.

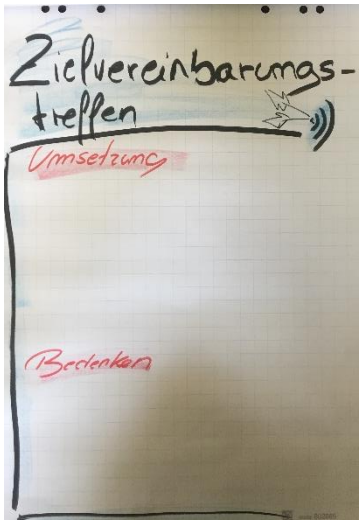
Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

	Maßnahmenpaket *interprof* ACT zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim	Meiner Meinung nach kann die Maßnahme eingeführt werden.	Bei der Einführung der Maßnahme habe ich **Bedenken**.	Welche Bedenken haben Sie bezüglich der Einführung der Maßnahme? Bzw. was wird benötigt, um die Maßnahme umsetzen zu können?
	**1. Namensschilder** Ärzt*in und Pflegekraft tragen während des ärztlichen Heimbesuchs Namensschilder.			
	**2. Hauptansprechpartner*in** Innerhalb des Wohnbereichs wird eine Pflegefachkraft als Hauptansprechpartner*in für die Kommunikation mit dem/der Hausärzt*in und der hausärztlichen Praxis benannt. Innerhalb der hausärztlichen Praxis kann optional ein/e Hauptansprechpartner*in benannt werden.			
	**3. Wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon/Fax** Mit dieser Maßnahme wird die Verbindlichkeit im Umgang miteinander gestärkt – per Telefon oder Fax.			
	**4. Heimbesuch: Terminabsprache und Struktur** Mit dieser Maßnahme wird der Heimbesuch als zentrales Element der medizinischen Versorgung klar strukturiert. Es werden Vereinbarungen über reguläre Besuchszeiten oder das Vorgehen bei anlassbezogenen Hausbesuchen festgelegt. Ferner wird ein klarer Ablauf für den hausärztlichen Besuch selbst vorgeschlagen.			
	**5. Standardbedarfsmedikation** Durch die Dokumentation einer „Standardbedarfsmedikation" soll erreicht werden, dass im Bedarfsfall für individuelle Gesundheitsprobleme verbindliche Anordnungen für den/die Bewohner*in vorliegen.			
	**6. Zielvereinbarungstreffen** Ärzt*innen, Pflegekräfte sowie ggf. Bewohner*innen und Angehörige besprechen längerfristige und übergeordnete Therapie- und Pflegeziele. Festgelegt werden dabei das gemeinsame Vorgehen, die Zuständigkeiten und ein Datum pro Quartal zur Überprüfung.			

Diskussion

- Wir besprechen jede Maßnahme
- Wir beginnen mit der Maßnahme mit den meisten grünen Punkten
- Leitende Fragen:
  - *„Was gibt es für Bedenken?*
  - *„Wie kann die Maßnahme angepasst werden, um sie einführen zu können?“*





Wie geht es jetzt weiter … ?

- Die/der *interprof* ACT-Verantwortliche stellt die Maßnahmen Ihrem pflegerischen Team vor (z.B. im Rahmen einer Teambesprechung).
- Das Studienteam steht bei Fragen zur Seite
- Hausärzt*innen und Pflegende sind für die Qualität der Umsetzung verantwortlich.

Bei Rückfragen können Sie uns gern kontaktieren

Vielen Dank!

Kontakt

Kontaktdaten IPAV

Einrichtung stationärer Altenpflege

Literatur

(1) Balzer K, Butz S, Bentzel J, Boulkemair D, Lühmann D. Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. 1 Aufl. Köln: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information; 2013.

(2) Günster C, Bartholomeyczik S. Versorgungs-Report 2012: Schwerpunkt: Gesundheit im Alter. Stuttgart: Schattauer; 2012.

(3) Hoffmann F, Schmiemann G. Influence of age and sex on hospitalization of nursing home residents: A cross-sectional study from Germany. BMC Health Serv Res 2017; 17 (1): 55.

(4) Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU et al. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. Age Ageing 2014; 43 (6): 759–766.

(5) Kada O, Brunner E, Likar R et al. Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück… Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2011; 105 (10): 714–722.

Anlage 33: Tabelle Meinungsbild für das Kick-off Treffen

Maßnahmenpaket *interprof* ACT zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim		Meiner Meinung nach kann die Maßnahme eingeführt werden.	Bei der Einführung der Maßnahme habe ich **Bedenken**.
	**1. Namensschilder** Ärzt*in und Pflegekraft tragen während des ärztlichen Heimbesuchs Namensschilder.		
	**2. Hauptansprechpartner*in** Innerhalb des Wohnbereichs wird eine Pflegefachkraft als Hauptansprechpartner*in für die Kommunikation mit dem/der Hausärzt*in und der hausärztlichen Praxis benannt. Innerhalb der hausärztlichen Praxis kann optional ein/e Hauptansprechpartner*in benannt werden.		
	**3. Wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon/Fax** Mit dieser Maßnahme wird die Verbindlichkeit im Umgang miteinander gestärkt – per Telefon oder Fax.		
	**4. Heimbesuch: Terminabsprache und Struktur** Mit dieser Maßnahme wird der Heimbesuch als zentrales Element der medizinischen Versorgung klar strukturiert. Es werden Vereinbarungen über reguläre Besuchszeiten oder das Vorgehen bei anlassbezogenen Hausbesuchen festgelegt. Ferner wird ein klarer Ablauf für den hausärztlichen Besuch selbst vorgeschlagen.		
	**5. Standardbedarfsmedikation** Durch die Dokumentation einer „Standardbedarfsmedikation“ soll erreicht werden, dass im Bedarfsfall für individuelle Gesundheitsprobleme verbindliche Anordnungen für den/die Bewohner*in vorliegen.		
	**6. Zielvereinbarungstreffen** Ärzt*innen, Pflegekräfte sowie ggf. Bewohner*innen und Angehörige besprechen längerfristige und übergeordnete Therapie- und Pflegeziele. Festgelegt werden dabei das gemeinsame Vorgehen, die Zuständigkeiten und ein Datum pro Quartal zur Überprüfung.		

Kick-off Treffen via Videokonferenz (z.B. WebEx, Zoom, Skype-Business)

16:00 – 16:05 Uhr Einleitung durch Heimleitung / Pflegedienstleitung

16:05 – 16:15 Uhr Einführung in die Veranstaltung

- **Begrüßung durch Moderator*innenteam**

Mein Name ist xxxxx (Namen einfügen, ggf. Funktion), ich werde heute mit meiner Kollegin xxxxx (Namen einfügen, ggf. Funktion) dieses Online – Kick-off Treffen moderieren.

Vor ab würden wir sie alle bitten – falls sie das noch nicht gemacht haben - ihr Video anzustellen, da es netter ist, sich gegenseitig zu sehen, aber ihren Ton, also ihr Mikrofon vorerst auszuschalten, damit keine Nebengeräusche diese Konferenz stören. Sollten Sie etwas sagen wollen, machen sie das bitte zunächst per Handzeichen deutlich und denken sie daran, ihr Mikrofon wieder anzuschalten, wenn wir sie auffordern zu sprechen. Herzlichen Dank!

Wir hätten die Fokusgruppe gerne persönlich mit ihnen in unserer Einrichtung durchgeführt, was aber aufgrund der derzeitigen Bestimmungen leider nicht möglich ist.

- **Vorstellung Ablauf der Veranstaltung (Bildschirmpräsentation starten)**

Folie 2: Wie Sie sehen können beginnen wir gleich mit einer Vorstellungsrunde der Teilnehmenden.

Danach wollen wir Ihnen das Projekt mit den Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit kurz vorstellen.

Wir werden daran anschließend ihre Meinung dazu einholen, welche der vorgestellten Maßnahmen wir in unserer Pflegeeinrichtung gemeinsam einführen können.

Es folgt gegen 16.45 Uhr eine Diskussion und eine Anpassung der Maßnahmen an unsere Einrichtung.

Am Ende werden wir die beschlossenen Maßnahmen noch einmal zusammenfassen und Ihnen Informationen dazu geben, wie wir weiter vorgehen werden.

Beginnen wir also mit einer Vorstellungsrunde.

- **Vorstellungsrunde der Teilnehmer*innen**

[Teilnehmenden einzeln mit Nachnamen auffordern in ein bis zwei Sätzen etwas zu sich zu sagen.]

Herr/Frau xyz könnten Sie sich kurz vorstellen? Vielen Dank!

Frau xyz könnten Sie sich bitte kurz vorstellen … Vielen Dank!

16:15 – 16:40 Kurzvorstellung Projekt

Folie 3: Wir haben Sie heute zu diesem Kick-off Treffen eingeladen mit den **Zielen**, dass Sie das Maßnahmenpaket *interprof* ACT kennenlernen und wir die Maßnahmen gemeinsam an die Gegebenheiten in unserer Pflegeeinrichtung anpassen.

Folie 4: Der **Hintergrund** der Studie ist, dass 30-60% der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mindestens einmal pro Jahr in ein Krankenhaus verlegt werden.

Krankenhausaufnahmen sind für Bewohnerinnen und Bewohner belastende Ereignisse mit unklarem Nutzen für den gesundheitlichen Verlauf.

40% der Aufnahmen werden als vermeidbar eingeschätzt.

Folie 5: Das **Ziel von *interprof* ACT ist** es deshalb stabile Kommunikationsstrukturen zwischen Hausärzt*innen und Pflegenden zu fördern, Krankenhausaufnahmen der Bewohner*innen zu verringern und eine Stärkung der medizinischen Versorgungsqualität der Bewohner*innen zu erzielen.

Folie 6: Das **Maßnahmenpaket *interprof* ACT** ist das Ergebnis einer Studie, die die Zusammenarbeit und die Kommunikationsstrukturen zwischen Pflegenden und Hausärzt*innen in Pflegeeinrichtungen sowie die Bedürfnisse und Erwartungen der Bewohner*innen und ihrer Bezugspersonen, u.a. mittels Interviews, teilnehmender Beobachtungen, Fokusgruppen an den Studienstandorten Göttingen, Hamburg und Mannheim untersucht hat.

Eine Übersicht der sechs Maßnahmen sehen Sie hier.

Im Folgenden werde ich Ihnen die Maximalversion der Maßnahmen vorstellen, später werden wir diese diskutieren und an den Bedarf unserer Einrichtung gemeinsam mit Ihnen anpassen, bevor die Maßnahmen in unsere Einrichtung eingeführt werden.

 Folie 7: Beginnen wir mit der Maßnahme **Namensschilder für alle**:

Pflegende und Hausärzt*innen tragen Namensschild zur besseren gegenseitigen Erkennbarkeit während des ärztlichen Hausbesuchs ein.

Wie wird das umgesetzt?: Die Einrichtung sorgt dafür, dass Pflegende und Hausärzt*innen ein Namensschild erhalten (ggf. mit Angabe der jeweiligen Funktion der Person).

Die Namensschilder werden während der Hausbesuche getragen.

Sie können entweder in der Pflegeeinrichtung z.B. im Dienstzimmer „geparkt“ werden oder der Hausarzt bzw. die Hausärztin bringt das Namensschild selbst zum Heimbesuch mit.

 Folie 8: **Hauptansprechpartner*in**:

Im Wohnbereich und in der Hausarztpraxis wird eine Hauptansprechpartnerin bzw. ein Hauptansprechpartner benannt.

Im **Wohnbereich** übernimmt eine Pflegekraft pro Schicht die Funktion als Hauptansprechpartner*in. Ihre Aufgaben sind die teaminterne Kommunikation zwischen den Pflegenden zu sichern sowie die Kommunikation mit der Hausärztin bzw. dem Hausarzt zu übernehmen.

Außerdem ist die Person zuständig für die Organisation der Visitenbegleitung und die Sicherstellung der Umsetzung von getroffenen Anordnungen nach dem Hausbesuch der Ärztin bzw. des Arztes.

Die Aufgaben in der **hausärztlichen Praxis** für die/den Hauptansprechpartner*in sind ähnlich. Im Idealfall ist der oder die Hauptansprechpartner*in in der Praxis ein/e medizinische/-r Fachangestellte*r. Er oder sie ist verantwortlich für die Sicherstellung und Organisation der Kommunikation zwischen der Pflegeeinrichtung und der Hausärztin bzw. dem Hausarzt.



Folie 9: Bei der Maßnahme der **Wechselseitigen Erreichbarkeit** geht es darum, dass sich Pflegende und Hausärzt*innen sich zuverlässig mittels Telefon oder Fax erreichen.

Bei der **Umsetzung per Telefon** trägt ein*e Pflegende*r (ggf. Hauptansprechpartner*in) das Telefon stets bei sich. Bei Abwesenheit der/des Pflegenden wird ein Anrufbeantworter verwendet.

Vorab erfolgt eine Absprache zwischen Pflegenden und Hausärzt*innen bezüglich zeitlicher Erreichbarkeiten und ggf. Verwendung ärztlicher Mobilfunknummer bzw. Sondernummer.

Von den Pflegenden wird sichergestellt, dass die Telefonnummern nur in vorab vereinbarten Fällen genutzt werden.

Bei der **Umsetzung per Fax** wird das „Fax“ – Formular verwendet.

Folie 10: Hier sehen Sie das **Formular Faxvorlage**.

Die Vorlage kann ganz nach den Bedürfnissen der Beteiligten angepasst werden.



Folie 11: **Heimbesuch: Terminabsprache**

Die Maßnahme Heimbesuch lässt sich unterteilen in die Terminabsprache und den Ablauf.

Sie beinhaltet, dass der hausärztliche Besuch geplant und organisiert durchgeführt wird. Die Hausärztin bzw. der Hausarzt kündigt seinen Besuch im Vorfeld an.

Beispielsweise werden Routinebesuche mit einem festem Zeitschema, z.B. immer mittwochs durchgeführt.

Dabei sollte sich die Ärztin oder der Arzt auf ein etwa zweistündiges Zeitfenster vorab festlegen, was den Pflegenden die Planung erleichtert.

Routinebesuche ohne festen Rhythmus werden 2 Tage zuvor angekündigt, ebenfalls zur besseren Planbarkeit mit einem zweistündigen Zeitfenster.

Besuche aus einem akuten Anlass werden unverändert durchgeführt.

Folie 12: **Heimbesuch: Ablauf**

Wie soll der Besuch der Ärztin bzw. des Arztes laut dieser Maßnahme ablaufen?

Im Vorfeld werden die Anliegen durch die Pflegende strukturiert. Einige Einrichtungen haben dafür bspw. ein „Visitenbuch“ eingerichtet.

Beim Eintreffen sucht der Hausarzt bzw. die Hausärztin die zuständige Pflegende auf.

Zwischen beiden findet ein Vorgespräch statt.

Der Besuch der Bewohnerin bzw. des Bewohners erfolgt je nach Wunsch und Bedarf dann mit oder ohne Begleitung durch die oder den Pflegende*n.

Bei dem Besuch werden klare Anordnungen durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt dokumentiert.

In einem Nachgespräch wird der Besuch bei dem Bewohner oder der Bewohnerin noch einmal abschließend durch die/den Hausärzt*in und die/den Pflegende*n besprochen

oder es werden eindeutige Anordnungen durch die/den Hausärzt*in an vereinbarter Stelle hinterlegt.

 Folie 13: Bei der Maßnahme **Festlegung von Bedarfsmedikation** liegen verbindliche Anordnungen für jede Bewohnerin und jeden Bewohner zur Bedarfsmedikation vor, die durch die Hausärztin oder den Hausarzt festgelegt werden.

Die Umsetzung kann durch die verbindliche Nutzung des Formulars „Standardbedarfsmedikation“ erfolgen. Um eine adäquate Arzneimitteltherapie sicherstellen zu können, ist eine regelmäßige Kontrolle der Bedarfsmedikation notwendig, z.B. einmal im Quartal.

Folie 14: Hier sehen Sie das **Formular Standardbedarfsmedikation**.

 Folie 15: **Zielvereinbarungstreffen**

Im Zielvereinbarungstreffen werden übergeordnete und längerfristige Ziele für die Versorgung einer Bewohnerin oder eines Bewohners festgelegt. Die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner werden dabei bevorzugt berücksichtigt.

Teilnehmende an den **Zielvereinbarungstreffen** sind die Bewohnerin bzw. der Bewohner, die oder der Pflegende, die Hausärztin bzw. der Hausarzt und Angehörige bzw. die Betreuerin oder der Betreuer.

Es sollte möglich einmal im Quartal vor Ort oder digital stattfinden.

Wie wird **ein Zielvereinbarungstreffen** umgesetzt?

Bewohner*innen erhalten vorab ein Informationsblatt, die anderen Teilnehmer*innen eine Anregung zur Umsetzung (Kitteltaschenkarte). Die Ziele werden mit allen Teilnehmenden gemeinsam erstellt.

Außerdem kann das Formulars „Zielvereinbarungstreffen“ (Archivierung in der Pflegedokumentation) genutzt werden.

Folie 16: Hier sehen Sie das Informationsblatt für die Bewohner*innen.

Folie 17: Hier sehen Sie das **Formular Zielvereinbarungstreffen**

Folie 18: Was könnten „Ziele“ sein? Prinzipiell sollen sich die Ziele an den Wünschen und Zielen der Bewohner*innen orientieren. Hier ist ein Beispiel für den Themenbereich „Mobilität“ aufgeführt. Es sind aber beispielweise auch die Themenbereiche Ernährung, Kommunikation, Kognition, selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte denkbar, zu denen Ziele entwickelt werden können. Auch die Anordnung von Bedarfsmedikamenten kann im Rahmen dieser Treffen besprochen werden.

Folie 19: Und hier sehen Sie Kitteltaschenkarte.

16:40 – 16:45 Uhr Einholen des Meinungsbildes

Folie 20: **Ihre Meinung zu den Maßnahmen**

Es findet nun für jede Maßnahme eine Abfrage unter Ihnen statt. Dabei werde ich Ihnen die Frage stellen, ob Sie Bedenken bei der Einführung sowie bei der Umsetzung der Maßnahmen haben. Sie können diese mit JA oder NEIN beantworten.

Welche Bedenken dies konkret sind, werden im Anschluss der Abfrage besprochen. Die Ergebnisse der Abfrage werden protokolliert.

Die anschließende Diskussion zur Anpassung der Maßnahmen startet dann mit der Maßnahme, die die meiste Zustimmung erhalten hat und die wenigsten Bedenken aufwirft.

Folie 21: **Ihre Meinung zu den Maßnahmen**

[Teilnehmenden auffordern die Maßnahmen einzeln abzustimmen.]

Wer hat zu der Einführung der Maßnahme „Namensschilder“ keine Bedenken. Bitte heben Sie die Hand oder nennen Sie Ihren Namen.

Wer hat dazu Bedenken? Bitte heben Sie dazu die Hand oder nennen Sie Ihren Namen.

16:45 – 17:25 Uhr Diskussion und Anpassung des Maßnahmenpaketes

Folie 22: **Diskussion**

Nun wollen wir jede einzelne Maßnahme noch einmal im Detail besprechen.

Dabei sollen uns die Fragen „Was gibt es für Bedenken?“ und „Wie kann die Maßnahme angepasst werden, um sie einführen zu können?“ leiten.

Wir starten mit der Maßnahme, die die meiste Zustimmung erhalten hat und die wenigsten Bedenken.

[Teilnehmenden auffordern die Maßnahmen einzeln zu diskutieren und an die Pflegeeinrichtung anzupassen.]

17:25 – 17:30 Uhr Zusammenfassung und Informationen zum weiteren Vorgehen

Folie 23: **Wie geht es jetzt weiter … ?**

Wie geht es jetzt weiter … ?

[ggf. Teilnehmenden auffordern bestimmte Aufgaben zur Einführung der Maßnahmen zu übernehmen.]

Die/der *interprof* ACT-Verantwortliche, also ich, stelle die Maßnahmen im pflegerischen Team vor und werde eine Zusammenfassung der Maßnahmen auf die wir uns geeinigt haben an alle Teilnehmenden versenden.

Wir alle gemeinsam sind dann für die Qualität der Umsetzung verantwortlich.

Folie 24: **Bei Rückfragen können Sie uns gern kontaktieren**

Bei Rückfragen können Sie uns gern kontaktieren.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme und die Zusammenarbeit. Wir hoffen, dass Sie auch eine gute Zeit hatten und wünschen Ihnen noch einen schönen Abend. **(Bildschirmpräsentation stoppen)**

H 27 Version 1

Ergebnisse aus dem Kick-off Treffen

Nach dem Kickoff Treffen bitten wir Sie, die angepassten Maßnahmen zusammenzufassen. Die hier angegebenen Unterpunkte pro Maßnahme dienen zur Orientierung und sind als Maximalvariante zu verstehen. Je nachdem, was in Ihrem Kick-off Treffen besprochen wurde, kann bei der jeweiligen Maßnahme ergänzt oder gestrichen werden. Diese Zusammenfassung soll als Grundlage für die Erstellung einer Checkliste genutzt werden. Bei Unklarheiten und Fragen bitten wir Sie, mit uns Kontakt aufzunehmen. Vielen Dank.



Namensschilder für Alle

Hausärzt*innen und Pflegende tragen während des ärztlichen Heimbesuchs Namensschilder (ggf. mit Funktion) zur besseren gegenseitigen Erkennbarkeit. Sollte es in der Pflegeeinrichtung einen/eine Hauptansprechpartner*in geben, wird das Namensschild dahingehend gekennzeichnet.



Hauptansprechpartner*in

Die Hauptansprechpartner*innen stellen die Kommunikation zwischen Pflegeeinrichtung und hausärztlichen Praxis in jeder Schicht sicher. Die betreffenden Personen sind fachlich versiert, informiert und kompetent.

<u>Innerhalb eines Wohnbereichs</u>

Für jede Schicht im Tagdienst wird eine Pflegekraft als Hauptansprechpartner*in für die Kommunikation mit der Hausärztin bzw dem Hausarzt benannt. Eine personelle Beständigkeit ist dabei wünschenswert.

Aufgaben der/des Hauptansprechpartner*in:

- Sicherung teaminterner Kommunikation
- Kommunikation mit der Hausärztin bzw. dem Hausarzt
- Organisation Visitenbegleitung
- Sicherstellung der Umsetzung von getroffenen Anordnungen

In der hausärztlichen Praxis kann ein/e Hauptansprechpartner*in mit Vertretung benannt werden. Diese/r priorisiert die Anfragen der Pflegenden und bereitet sie zur Vorlage bei der Hausärztin bzw. dem Hausarzt vor.



Wechselseitige Erreichbarkeit (Telefon/Fax)

Zwischen dem Wohnbereich und der Hausärztin bzw. dem Hausarzt besteht eine wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon und Fax. Es gibt möglicherweise Absprachen für die hausärztliche Versorgung der Bewohner*innen auch außerhalb der Sprechzeiten. So könnte eine Sondernummer bereitgestellt werden, um die Hausärztin bzw. den Hausarzt oder die/den MFA während der Sprechzeiten schneller zu erreichen.



Heimbesuch: Terminabsprache und Struktur

Bei dieser Maßnahme steht die Organisation und Strukturierung des hausärztlichen Einrichtungsbesuches im Mittelpunkt.

Es gibt drei verschiedene Formen der Terminierung von Einrichtungsbesuchen: den Routinebesuch mit festem Zeitschema (z.B. jeden Dienstagnachmittag), den Routinebesuch ohne festes Schema (Rhythmus), und den Besuch aus einem akuten Anlass.

Ein Routinebesuch ohne festen Rhythmus sollte mind. zwei Tage im Voraus ärztlicherseits festgelegt werden. Zudem ist die Eingrenzung auf ein zweistündiges Zeitfenster bei Routinebesuchen und anlassbezogenen Besuchen anzustreben.
Der Einrichtungsbesuch selbst sollte mittels fünf Punkten strukturiert werden (Vorfeld, Vorgespräch, Durchführung, Nachgespräch, Dokumentation).



Festlegung von Bedarfsmedikation

Durch die Maßnahme „Standardbedarfsmedikation“ soll erreicht werden, dass im Bedarfsfall für individuelle (zu erwartende bzw. noch nicht eingetretene) Gesundheitsprobleme verbindliche Anordnungen für die/den jeweilige/n Bewohner*in durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt festgelegt werden. Die Festlegung von Bedarfsmedikamenten kann im Rahmen von Zielvereinbarungstreffen oder auch während eines normalen Heimbesuches stattfinden.

Zielvereinbarungstreffen

Während des Zielvereinbarungstreffens werden übergeordnete und längerfristige Ziele für die medizinische Versorgung der jeweiligen Bewohner*innen und die Vorgehensweisen der beteiligten Akteure festgelegt und in einem Zielvereinbarungsformular aufgeschrieben. Die Ziele werden beim nächsten Zielvereinbarungstreffen von den Beteiligten überprüft. Während dieser Treffen sollten die Ziele und Wünsche der Bewohnerin bzw. des Bewohners im Vordergrund stehen. Das Formular wird in der Pflegedokumentation archiviert und mit dem Pflegeplan verknüpft. Die Hausärztin bzw. der Hausarzt erhält – falls gewünscht – eine Kopie. Die fortführende Dokumentation weiterer Zielvereinbarungstreffen wird auf dem Originaldokument in der Bewohnerakte geführt. Zielvereinbarungstreffen sollen einmal im Quartal stattfinden. Um eine Doppeldokumentation zu vermeiden, sollen während der Zielvereinbarungstreffen nicht die schon vorhandenen Ziele aus der Pflegeplanung wiederholt werden

Ausfüllinformation: Das Dokument dient zur Protokollierung des Kick-off Treffens und für interne Besprechungen im Rahmen des Projektes *interprof* ACT. Die Protokolle werden nicht vom Studienteam eingesehen. Für das anstehende Gespräch nach dem Kick-off Treffen sollte dies jedoch als Hilfestellung für die/den interprof ACT-Verantwortliche*n und/oder deren/dessen Vertretung vorliegen.

Protokoll

☐ Kick-off-Treffen

☐ Besprechung: _____

*Datum:*_____ *Uhrzeit:*_____

*Protokollant*in:*_____

*Teilnehmer*innen:* _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Maßnahme 1: _____

Was wird besprochen?	Welche Aufgaben ergeben sich daraus?	Wer ist für die Aufgaben zuständig?

Maßnahme 2: _____

Was wird besprochen?	Welche Aufgaben ergeben sich daraus?	Wer ist für die Aufgaben zuständig?

Maßnahme 3: _____

Was wird besprochen?	Welche Aufgaben ergeben sich daraus?	Wer ist für die Aufgaben zuständig?

Maßnahme 4: _____

Was wird besprochen?	Welche Aufgaben ergeben sich daraus?	Wer ist für die Aufgaben zuständig?

Maßnahme 5: _____

Was wird besprochen?	Welche Aufgaben ergeben sich daraus?	Wer ist für die Aufgaben zuständig?

Maßnahme 6: _____

Was wird besprochen?	Welche Aufgaben ergeben sich daraus?	Wer ist für die Aufgaben zuständig?

Weitere Notizen/Anmerkungen *(Was ist Ihnen während des Treffens aufgefallen?):*

Einrichtungsadresse

Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Kick-off Treffen

Sehr geehrte ,

hiermit bedanken wir uns recht herzlich für Ihre Teilnahme am Kick-off Treffen für das Projekt *interprof* ACT am _____ im _____ .

Dem Anhang können Sie eine Zusammenfassung der Ergebnisse entnehmen.

Die Maßnahmen werden nun in der Einrichtung eingeführt.

Bitte wenden Sie sich bei Fragen rund um die Einführung der Maßnahmen an die/den *interprof* ACT-Verantwortliche*n im _____

Frau/Herr _____.

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme.

Mit besten Grüßen

Ihre

Heimleitung

Einrichtungsadresse

Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Kick-off Treffen

Sehr geehrte ,

wir bedauern, dass Sie nicht an unserem Kick-off Treffen am_____ im teilnehmen konnten. Deshalb senden wir Ihnen im Anhang die Zusammenfassung der Ergebnisse. Die Maßnahmen werden nun in der Einrichtung eingeführt.

Bitte wenden Sie sich bei Fragen rund um die Implementierung der Maßnahmen an die/den *interprof* ACT-Verantwortliche*n im_____:

Frau/Herr _____, Telefonnr.: _____.

Wir bedanken uns und verbleiben mit vielen freundlichen Grüßen,

Ihre

Heimleitung

interprof ACT Übersichtsplan



	Arbeitsschritte	Dokument	Zeitpunkt (Nutzung)	Zuständigkeit (Ausfüllen bzw. Ausführen)
	IPAV-Schulung	**Handbuch**	Ab erstem Tag nach IPAV-Schulung	IPAV &Vertretung
	Vorstellung Maßnahmen in Wohnbereichen **Meinungsbild** vom Pflegeteam **Auswahl Teilnehmende** für Kick-off Treffen (S.. 8-10 Handbuch) Ca. **1 Woche** nach Schulung	**H12** Meinungsbild pflegerisches Team (DIN A2)	Vorstellung Maßnahmen	IPAV &Vertretung: Aushang für Pflegende
		H3 Ansprechpartner im Heim Aushang	Vorstellung Maßnahmen	IPAV &Vertretung: Aushang für Pflegende
		H5 Fax Formular	Vorstellung Maßnahmen	IPAV &Vertretung: Aushang für Pflegende
		H7 Standardbedarfsmedikation Formular	Vorstellung Maßnahmen	IPAV &Vertretung: Aushang für Pflegende
		H11 Zielvereinbarungstreffen Formular	Vorstellung Maßnahmen	IPAV &Vertretung: Aushang für Pflegende
	Vorbereitung Kick-off Treffen (S.. 10-11 Handbuch) Ca. **2 Wochen** nach der Schulung	**H13** Einladung Kick-off für alle außer HÄ	2-3 Wochen vor Kick-off, mit **H15**, **H16**, **H17**	IPAV & Vertretung
		H15 Ablaufplan Kick-off	2-3 Wochen vor Kick-off	IPAV & Vertretung
		H16 Kick-off kurz Info	2-3 Wochen vor Kick-off	IPAV & Vertretung
		H17 Maßnahmenpaket mit 3 Formularen	2-3 Wochen vor Kick-off	IPAV & Vertretung
		H18 Anschreiben HÄ Einladung Kick-off	2-3 Wochen vor Kick-off, mit **H15**, **H16**, **H17**	IPAV & Vertretung
		H19 Anschreiben HÄ Nichtteilnahme Kick-off kurz	Nach Teilnahmeabsage HÄ, mit **H20**	IPAV & Vertretung
		H20 Meinungsbild HÄ Nichtteilnahme Kick-off	Nach Teilnahmeabsage HÄ	IPAV & Vertretung
		H14 Tabelle Einladung zum Kick-off	Nach Rückmeldung Teilnehmer; Kick-off	IPAV & Vertretung
	Vorbereitung der Einrichtung auf Kick-off Treffen (S.. 11-13 Handbuch) Ca. **2 Wochen** nach der Schulung	**H21** Checkliste IPAV Kick-off	Einige Tage vor Kick-off	IPAV & Vertretung
		H16 Kick-off kurz Info	Unmittelbar vor Beginn Kick-off	IPAV & Vertretung
		H17 Maßnahmenpaket mit 3 Formularen	Unmittelbar vor Beginn Kick-off	IPAV & Vertretung
		H22 Agenda Kick-off Flip Chart	Bei Vorbereitung Tagungsraum	IPAV & Vertretung
	Kick-off Treffen (S.. 13-17 Handbuch) Ca. **3-4 Wochen** nach der Schulung	**H23** Ablaufschema Aufgabenverteilung Kick-off	Vorbereitung und während Kick-off	IPAV & Vertretung
		H36 Moderationsleitfaden Kick-off	Vorbereitung und während Kick-off	IPAV & Vertretung
		H25 Protokoll Kick-off für IPAV	Während Kick-off; Gespräch nach Kick-off	Vertretung, PDL oder Pflegekraft
		H24 PowerPoint Kick-off	Nach Begrüßung und Vorstellungsrunde	IPAV
		H26 Meinungsbild Kick-off	Nach Vorstellung Maßnahmen	Teilnehmende Kick-off
		H12 Meinungsbild pflegerisches Team	Bei Diskussion über Maßnahmen	IPAV &Vertretung
	Vorgehen nach dem Kick-off Treffen (S. 17 Handbuch)	**H27** Ergebniszusammenfassung Kick-off Treffen	Nach Maßnahmenanpassung basiert auf Ergebnissen Kick-off	IPAV & Vertretung: Zusendung an alle Teilnehmende sowie an Studienteam
		H29 Mitteilung Ergebnisse Kick-off an teilnehmende HÄ	1 Woche nach Kick-off, mit **H27**	IPAV & Vertretung: Zusendung an alle Teilnehmende
		H30 Mitteilung Ergebnisse Kick-off an nichtteilnehmende HÄ	1 Woche nach Kick-off, zusammen mit **H27**	IPAV & Vertretung: Zusendung an alle Nichtteilnehmende
	Gespräch nach dem Kick-off Treffen (S. 18 Handbuch) Ca. **1 Woche** nach Kick-off Treffen	**H31** PowerPoint Handout Gespräch nach Kick-off	Während Gespräch	IPAV & Vertretung und Studienmitarbeiter*in
		H32 Checkliste Maßnahmeneinführung für IPAV	Während Gespräch nach Kick-off sowie nach 3 Monaten	IPAV & Vertretung: Zusendung an Studienzentrum nach 3 Monaten
	Maßnahmeneinführung (S. 19-40 Handbuch)	**H3** Ansprechpartner im Heim Aushang	Gesamte Interventionszeit	IPAV & Vertretung, Pflegende, HÄ
		H4 Erreichbarkeit HA-Praxis für Pflegeeinrichtung	Gesamte Interventionszeit	IPAV & Vertretung, Pflegende, HÄ
		H5 Fax Formular	Gesamte Interventionszeit	IPAV & Vertretung, Pflegende, HÄ
		H6 Ablauf Hausbesuch	Zum Zeitpunkt Terminabsprache HA-Besuch	IPAV & Vertretung, Pflegende, HÄ
		H7 Standardbedarfsmedikation Formular	Gesamte Interventionszeit	IPAV & Vertretung, Pflegende, HÄ
		H11 Zielvereinbarungstreffen Formular	Einmal im Quartal	IPAV & Vertretung, Pflegende, HÄ
		H8 Zielvereinbarungstreffen Bewohner*in	Einmal im Quartal	IPAV & Vertretung, Pflegende, HÄ
		H9 bzw. H10 Zielvereinbarungstreffen Kitteltaschenkarte	Zielvereinbarungstreffen	IPAV & Vertretung, Pflegende, HÄ
		H32 Checkliste Maßnahmeneinführung für IPAV	Nach 3 Monaten ab der Schulung	IPAV & Vertretung: senden per Fax an Studienzentrum
		H33 Faxvorlage zum Versenden der Checkliste	Nach 3 Monaten ab der Schulung	IPAV & Vertretung: senden per Fax an Studienzentrum
	Abschlussgespräch	**Teilnahmebescheinigung** Teilnahmebescheinigung für IPAV & Vertretung	Nach 3 Monaten ab der Schulung	IPAV & Vertretung und Studienmitarbeiter*in

Ihr*e Hauptansprechpartner*in

Liebe Hausärztinnen, liebe Hausärzte,

Ich bin Ihre Hauptansprechpartner*in im Wohnbereich _____.

_____

Sie können sich gerne mit Ihren Anliegen an mich wenden. Zudem begleite ich Sie auch gerne bei dem Bewohner*innenbesuch, falls gewünscht.

Sie erreichen mich auch über die Telefonnummer _____.

H4 Version 1

Kontaktliste Hausärzt*innen/ Hauptansprechpartner*innen

Wohnbereich: _____

Hausärzt*in	ggf. Hauptansprechpartner*in	Öffnungszeiten	Telefon	Fax

FAX

☐ dringlich/gleich ☐ im Laufe des nächsten halben Tages ☐ heute ☐diese Woche

Bewohner*in _____ **geb.** _____ **Datum, Uhrzeit FAX:**

Einrichtung **Arzt**

Wohnbereich:
Pflegekraft:
Erreichbar unter: bis Uhr

ANFRAGE / MITTEILUNG

☐Medikation ☐vor Hausbesuch ☐ Sonstiges

☐Lesebestätigung gewünscht (ggf. auch ohne ausführliche Antwort)

☐Lesebestätigung zurück **Datum, Uhrzeit FAX:**

ANTWORT

☐Lesebestätigung gewünscht (ggf. auch ohne ausführliche Antwort)

☐Lesebestätigung zurück

UMSETZUNG Antwort erhalten Datum, Uhrzeit: **Kürzel:**

Ggf. Anmerkungen

Ablauf Hausbesuch

Vorfeld	• Der/die Pflegende ordnet die Anliegen nach Wichtigkeit und stellt wesentliche Unterlagen der Bewohner*innen zusammen. • Fragt Bewohner*innen, ob Angehörige dabei sein sollen.
Vorgespräch	• Der/die Ärzt*in sucht den/die Pflegende*n (ggf. Hauptansprechpartner*in) auf, um das Vorgehen beim Hausbesuch zu besprechen. • Die von dem/der Pflegenden vorab nach Wichtigkeit geordneten Anliegen werden besprochen. • Der/die Pflegende (Hauptansprechpartner*in) bietet eine Hausbesuchsbegleitung an. • Pflegende*r und Ärzt*in klären im Vorfeld, wie Anordnungen dokumentiert werden und ob ein Nachgespräch stattfinden soll.
Durchführung	• Der Einrichtungsbesuch wird durch den/die Ärzt*in mit oder ohne Begleitung eines/einer Pflegenden durchgeführt. • Während des Einrichtungsbesuches werden klare Anordnungen vom/von der Ärzt*in getroffen.
Nachgespräch	• Wenn der/die Ärzt*in durch eine*n Pflegende*n begleitet wird, kann ein Nachgespräch optional stattfinden. • Ein Nachgespräch findet statt, wenn der Einrichtungsbesuch nicht durch eine*n Pflegende*n begleitet wird. • Alternativ sollte im Vorgespräch festgelegt werden, wo die ärztlichen Anordnungen ansonsten zu finden sind.
Dokumentation	• Die Anordnungen werden spätestens jetzt durch den/die Pflegende*n dokumentiert.

STANDARDBEDARFSMEDIKATION (Projekt *interprof* ACT)

Daten der Bewohnerin/des Bewohners	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Wohnbereich	

Daten der Ärztin/des Arztes	
Name, Vorname	
Name der Praxis	

Datum	Indikation bzw. Symptome und Begleitumstände	Bedarfsmedikation (Präparat mit Stärke)	Applikations-form	Hinweise	Applikations-frequenz	Minim. Einzeldosis	Max. Einzeldosis	Max. Tagesdosis	Abgesetzt	HZ Ärzt*in	HZ Pflege



Informationen
zum Gespräch mit Hausärzt*in und Pflegenden

Liebe/Lieber_____,

am _____ wird es ein gemeinsames Gespräch zwischen Ihnen, Ihrem/r Hausärzt*in, dem Pflegepersonal und evtl. auch Ihren Angehörigen geben. Dabei werden langfristige Ziele Ihrer Versorgung besprochen.

Vielleicht möchten Sie sich im Vorfeld Gedanken machen, welche Themen für Sie wichtig sind? Falls ja, können Sie sich gerne Notizen machen und diese zum Gespräch mitbringen.

Notizen:

_____

_____

_____

_____

_____

ZIELVEREINBARUNGEN (Projekt *interprof* ACT)

Bewohner*in:	Geburtsdatum:	Wohnbereich:

Datum	Zielvereinbarungen	Vorgehen + Zuständigkeiten	BP	Hz.	Evaluation

Erläuterungen:
Hz. = Handzeichen
BP = In den Behandlungsplan aufgenommen

Erläuterungen:
Hz. = Handzeichen
BP = In den Behandlungsplan aufgenommen

ZIELVEREINBARUNGEN treffen

Die Ziele werden zwischen Pflegenden, Hausärzt*innen, Bewohner*innen und ggf. Angehörigen oder Betreuer*innen vereinbart.

Zielvereinbarungen sind

Einigungen über übergeordnete und längerfristige Ziele für die Versorgung einer/eines Bewohnerin/Bewohners,

ZIELVEREINBARUNGEN treffen

Die Ziele werden zwischen Pflegenden, Hausärzt*innen, Bewohner*innen und ggf. Angehörigen oder Betreuer*innen vereinbart.

Zielvereinbarungen sind

Einigungen über übergeordnete und längerfristige Ziele für die Versorgung einer/eines Bewohnerin/Bewohners,

ZIELVEREINBARUNGEN treffen

Die Ziele werden zwischen Pflegenden, Hausärzt*innen, Bewohner*innen und ggf. Angehörigen oder Betreuer*innen vereinbart.

Zielvereinbarungen sind

Einigungen über übergeordnete und längerfristige Ziele für die Versorgung einer/eines Bewohnerin/Bewohners,

zum Beispiel zu den Bereichen:

- Ernährung
- Mobilität
- Kommunikation
- …

Festgelegt werden sollte

- Welche Ziele haben wir?
- Wie ist das gemeinsame Vorgehen?
- Wer ist zuständig?
- Wann werden die Ziele überprüft?
-

Verknüpfung mit der Pflegedokumentation

zum Beispiel zu den Bereichen:

- Ernährung
- Mobilität
- Kommunikation
- …

Festgelegt werden sollte

- Welche Ziele haben wir?
- Wie ist das gemeinsame Vorgehen?
- Wer ist zuständig?
- Wann werden die Ziele überprüft?

Verknüpfung mit der Pflegedokumentation

zum Beispiel zu den Bereichen:

- Ernährung
- Mobilität
- Kommunikation
- …

Festgelegt werden sollte

- Welche Ziele haben wir?
- Wie ist das gemeinsame Vorgehen?
- Wer ist zuständig?
- Wann werden die Ziele überprüft?

Verknüpfung mit der Pflegedokumentation

ZIELVEREINBARUNGEN treffen

Die Ziele werden zwischen Pflegenden, Hausärzt*innen, Bewohner*innen und ggf. Angehörigen oder Betreuer*innen vereinbart.

Zielvereinbarungen sind

Einigungen über übergeordnete und längerfristige Ziele für die Versorgung eines Bewohners,

zum Beispiel zu den Bereichen:

- Ernährung
- Mobilität
- Kommunikation
- ...

Festgelegt werden sollte

- Welche Ziele haben wir?
- Wie ist das gemeinsame Vorgehen?
- Wer ist zuständig?
- Wann werden die Ziele überprüft?

Verknüpfung mit der Pflegedokumentation

ZIELVEREINBARUNGEN treffen

Die Ziele werden zwischen Pflegenden, Hausärzt*innen, Bewohner*innen und ggf. Angehörigen oder Betreuer*innen vereinbart.

Zielvereinbarungen sind

Einigungen über übergeordnete und längerfristige Ziele für die Versorgung eines Bewohners,

zum Beispiel zu den Bereichen:

- Ernährung
- Mobilität
- Kommunikation
- ...

Festgelegt werden sollte

- Welche Ziele haben wir?
- Wie ist das gemeinsame Vorgehen?
- Wer ist zuständig?
- Wann werden die Ziele überprüft?

Verknüpfung mit der Pflegedokumentation

ZIELVEREINBARUNGEN treffen

Die Ziele werden zwischen Pflegenden, Hausärzt*innen, Bewohner*innen und ggf. Angehörigen oder Betreuer*innen vereinbart.

Zielvereinbarungen sind

Einigungen über übergeordnete und längerfristige Ziele für die Versorgung eines Bewohners,

zum Beispiel zu den Bereichen:

- Ernährung
- Mobilität
- Kommunikation
- ...

Festgelegt werden sollte

- Welche Ziele haben wir?
- Wie ist das gemeinsame Vorgehen?
- Wer ist zuständig?
- Wann werden die Ziele überprüft?

Verknüpfung mit der Pflegedokumentation

Weniger Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohnern/innen

Sehr geehrte Bewohnerinnen und Bewohner,

sehr geehrte Betreuerin, sehr geehrter Betreuer,

wie Sie wissen, hat unsere Einrichtung an einem Projekt zur Senkung von Krankenhausaufnahmen von Pflegeheim-bewohner*innen teilgenommen. Unsere Einrichtung wurde per Zufall der Gruppe zugeordnet, bei der die Versorgung wie gewohnt weiterlief. Nun können nach abgeschlossener Studienlaufzeit die Maßnahmen auch in unserer Einrichtung eingeführt werden.

<u>Was bedeutet das für die/den von Ihnen betreute/n Bewohner*in?</u>

Nun werden unterschiedliche Maßnahmen zur Stärkung der Zusammenarbeit von Hausärzt*innen und Pflegepersonal eingeführt. Die/der betreute Bewohner*in erhält die gängige und bewährte Betreuung und medizinische Versorgung durch das Pflegepersonal und die/den Hausärzt*in und er/sie kann sich wie gewohnt verhalten.

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an unser Pflegeteam.

H33 Version 1

Faxvorlage zum Versenden der Checkliste an das *interprof* ACT-Studienteam

Fax an 0551-39 9530

Liebes *interprof* ACT-Studienteam,

anbei sende ich Ihnen den Stand der Maßnahmenumsetzung

☐ nach 3 Monaten ☐ nach 6 Monaten

aus der Einrichtung:

_____

_____

Ich würde gerne mit dem *interprof* ACT-Studienteam einen Termin vereinbaren.

- ☐ Nein, danke
- ☐ Ja, weil ich …
  - ☐ den Stand der Maßnahmenumsetzung anhand der beigefügten Tabelle besprechen möchte
  - ☐ aktuelle Probleme aufgetreten sind, die ich Ihnen gerne weitergeben möchte
  - ☐ allgemeine Fragen zum Projekt und dem Verlauf habe
  - ☐ _____

Sie können mich am _____ um _____ unter der Telefonnummer _____

erreichen.

Mit freundlichen Grüßen,

_____

(bitte Namen notieren)

Nutzen guter interprofessioneller Zusammenarbeit

Was bedeutet interprofessionelle Zusammenarbeit?

Im Pflegeheim arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen zusammen, bspw. Therapeuten oder Pflegekräfte. Zusätzlich haben Sie Kontakt mit verschiedenen Ärzten und anderen nicht-medizinischen Berufsgruppen von außerhalb.

Von einer interprofessionellen Zusammenarbeit spricht man, wenn mindestens 2 Mitglieder aus diesen Berufsgruppen im Interesse der Bewohner Hand in Hand arbeiten.

Studien konnten folgenden Nutzen einer interprofessionellen Zusammenarbeit nachweisen:

- ✓ Verbesserung des Wohlbefindens und der Zufriedenheit der Bewohner
- ✓ Positive Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen Bewohner/Betreuer und dem ärztlichen und pflegerischen Personal
- ✓ Reduziertes agitiertes Verhalten bei Bewohnern mit Demenz
- ✓ Verringerung von Krankenhausaufenthalten von Pflegeheimbewohnern durch bessere Absprachen zwischen Pflegekräften und Hausärzten

Nicht zuletzt kann eine verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Ärzten auch die Arbeitszufriedenheit aller Beteiligten erhöhen.

Anlage 52: Tabelle zur Übersicht der Datenerhebungen

Anlage	Personengruppe/CRF *	Befragungszeitpunkt			Datenquelle				
		t0	t1	t2	Akte	Interview Bewohner/ Betreuer	Interview Pflegekraft	Heimleitung (Selbstausfüller)	Hausarzt (Selbstausfüller)
	Heimleitung								
26	Stammdaten/Charakteristika	x		x				x	
	Interprofessionelle Zusammenarbeit	x		x				x	
	Bewohner aus Einrichtung								
27	Stammdaten	x			x				
28	Dementia Screening Scale (DSS)	x		x			x		
29	Primäre Outcomes	x	x	x	x				
	Kumulative Inzidenz Krankenhausaufnahme 6 M								
	Sekundäre Outcomes	x	x	x	x				
	Anzahl Krankenhausaufnahme letzte 6 M	x	x	x	x				
	Anzahl Krankenhaustage letzte 6 M	x	x	x	x				
	Unangemessene Medikation	x	x	x	x				
	Unerwünschte Ereignisse letzte 6 M	x	x	x	x				
	Mortalität letzte 6 M	x	x	x	x				
	Inanspruchnahme medizin. Versorgung letzte 6 M	x	x	x		entweder oder			
30	Quality of Life Alzheimer´s Disease (QoL-AD-NH)	x		x		entweder oder			
32	EuroQol-5 Dimension-5 Level (EQ-5D-5L)	x		x		x			
	Zufriedenheit Bewohner	x		x		x			
	Hausärzte								
PE-QUAN1	Stammdaten/Charakteristika (Prozessevaluation/~~Amendment~~)	x		x					x
PE-QUAN1/QUAN2	Fragen Zusammenarbeit Heim/Hausarzt	x		x					x
	Pflegende								
PE-QUAN1/QUAN2	Erfahrungen, Versorgung Bewohner	x		x					

Anlage 34

Version 3

Ein- und Ausschlusskriterien der Einrichtung

Einrichtungs-ID: ☐ ☐ ☐ Datum:

ABC für den Standort, fortlaufende Heimnummer: Bsp. A01

Erfasser (ID):

Auskunft durch (Funktion, Position):

_____

_____

1. Einschlusskriterien

1.1 Verfügt das Heim über mehr als 40 Bewohner in der Dauerpflege?

□ Nein (in diesem Fall muss die Einrichtung von der Studie ausgeschlossen werden) □ Ja

1.2 Einverständniserklärung liegt unterschrieben vor

□ Nein (in diesem Fall muss die Einrichtung von der Studie ausgeschlossen werden) □ Ja

2. Ausschlusskriterium

1.2 Nimmt das Heim bereits an einer anderen wissenschaftlichen Studie zur interprofessionellen Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen teil?

□ Nein □ Ja (in diesem Fall muss die Einrichtung von der Studie ausgeschlossen werden)

_____

Datum Unterschrift

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

Messzeitpunkt: □ Baseline (t0)

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Datum:

ABC für den Standort, fortlaufende Heimnummer: Bsp. A01

Datum Einverständniserklärung:

Erfasser/-in (ID):

Auskunft durch (Funktion, Position) *Bitte keine Klarnamen aufführen!*

1. Allgemeine Charakteristika der Einrichtung

1.1 In welcher Trägerschaft befindet sich Ihre Einrichtung?

- ☐ (Frei)gemeinnützig (Träger der freien Wohlfahrtspflege oder sonstiger gemeinnütziger Träger)
- ☐ Privat
- ☐ Kommunal/öffentlich
- ☐ Kirchlich
- ☐ Sonstige: _____

1.2 Wie viele Einwohner hat der Ort, in dem Ihre Einrichtung liegt?

- ☐ Große Großstadt (>500.000 Einwohner)
- ☐ Kleinere Großstadt (<500.000 Einwohner)
- ☐ Mittelstadt (20.000 < 100.000 Einwohner)
- ☐ Größere Kleinstadt (10.000 < 20.000 Einwohner)
- ☐ Kleine Kleinstadt (<10.000 Einwohner)
- ☐ Landgemeinde (<5.000 Einwohner)

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

1.3 Wie viele Bewohner/-innen hat die Einrichtung zum Zeitpunkt der Erhebung?		
	Tatsächliche Plätze	**Belegte** Plätze
In der vollstationären Langzeitpflege:		
Davon eingestreut in der Kurzzeitpflege:		
Ausschließlich in der Tagespflege:		
Ausschließlich in der Nachtpflege:		

1.4 Wie viele Wohnbereiche hat die Einrichtung?
Anzahl Wohnbereiche:_____

1.5 Wieviel Bewohner/-innen leben zurzeit mit folgendem Pflegegrad (PG) in Langzeitpflege in der Einrichtung?						
Pflegegrad (PG)	Kein PG	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Anzahl der Bewohner/-innen						

1.6 Wie hoch ist der monatliche Eigenanteil an den Heimkosten für den einzelnen Bewohner? *Angaben in €. Wenn gleicher Betrag, diesen bitte in beide Zimmerformen eintragen!*			
	Kein PG	PG 1	PG 2-5
Einzelzimmer	€	€	€
Doppelzimmer	€	€	€

1.7 Wurde ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart?
☐ Nein

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

☐ Ja, auf_____ _____
2. Mitarbeiterstruktur der Einrichtung

2.1 Personalausstattung in Personen und Vollzeitäquivalenten, getrennt nach Berufsgruppen

	Anzahl der Personen	**Anzahl Vollzeitstellen**
Pflegefachkräfte *(3-jährige Ausbildung, AP, GKP, GKKP)*		
Davon mit Studienabschluss *(Pflege, Gesundheitswissenschaft oder verwandte Bereiche)*		
Bewohnernah tätig		
In Leitungsebene tätig		
Davon mit Fachweiterbildung		
Leitung eines Wohnbereichs		
Gerontopsychiatrische Pflege		
Onkologische Pflege		
Palliative Care		
Hygiene		
Sonstiges: _____		
Sonstiges: _____		
Sonstiges: _____		
Pflegehilfskräfte (z.B. Pflegehelfer, Pflegeassistenten) **mit pflegerischer Ausbildung**		
Pflegehilfskräfte ohne pflegerische Ausbildung, mit Zertifikat		
Sonstige (in der direkten Pflege tätigen) Mitarbeiter)		
Therapeuten (in der Einrichtung angestellt)		

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

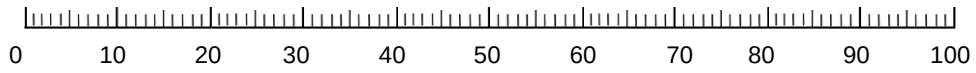
Davon **Physiotherapeuten**		
Davon **Ergotherapeuten**		

AP: Altenpflegefachkraft, GKP: Fachkraft für Gesundheits-und Krankenpflege, GKKP: Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, APH: Altenpflegehilfskraft; KPH: Krankenpflegehilfskraft

2.2 Haben Sie in den letzten 3 Monaten Pflegefachkräfte aus Zeitarbeitsfirmen beschäftigt?

☐ Nein

☐ Ja, bitte kreuzen Sie die Prozentzahl der VZ auf der Skala an:



3. Angaben zu pflegerischen Organisationsformen

3.1 Welche pflegerischen Organisationsformen werden in Ihrer Einrichtung im Alltag umgesetzt? *(Mehrfachnennungen möglich)*

☐ Bezugspflege/Primary Nursing

☐ Funktionspflege

☐ Bereichspflege

☐ Sonstiges_____

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

3.2 Werden zurzeit pflegebezogene Projekte durchgeführt?
☐ Nein ☐ Ja und zwar _____

4. Angaben zur Versorgung durch Hausärzte und andere Fachspezialisten.

4.1 Wie viele hauptverantwortliche Hausärzte/-innen (nicht Hausarztpraxen) sind an der Versorgung <u>aller Bewohner des Heims</u> beteiligt?
Anzahl der Hausärzte/-innen: _____

4.2. Welche anderen Fachspezialisten sind an der Versorgung der Heimbewohner beteiligt?	
Fachgebiet	**Anzahl der versorgenden Fachspezialisten**
Zahnmedizin	
Neurologie	
_____	
_____	
_____	

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

4.3 Bestehen in Ihrer Einrichtung definierte/vertragliche Kooperationsstrukturen mit Hausärzten/-innen und/oder anderen Fachspezialisten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

  Bitte im Folgenden wenn möglich spezifizieren: *(Mehrfachnennungen möglich)*

  - ☐ Heimarzt nach § 119b Abs. 2 SGB V
  - ☐ Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V
  - ☐ Besondere Versorgung nach § 140a SGB V
  - ☐ 24stündige Erreichbarkeit von Hausärzten an jedem Tag der Woche
  - ☐ Sonstige Kooperationsstrukturen oder Kooperationsprojekte:_____

    _____

4.4 Delegieren in Ihrer Einrichtung Hausärzte/-innen den Heimbesuch an nicht-ärztliche Praxisassistenten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

4.5 Delegieren in Ihrer Einrichtung Fachspezialisten den Heimbesuch an nicht-ärztliche Praxisassistenten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

4.6 Gibt es in Ihrer Einrichtung gesonderte Visitationsräume für Hausärzte/-innen und/oder Fachspezialisten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

4.7 Verfügt ihre Einrichtung über eine integrierte Hausarztpraxis?
☐ Nein ☐ Ja

5. Der Heimbesuch

5.1 Inwieweit werden nachfolgende Struktur-/Prozessmerkmale bei Ihnen in der Einrichtung umgesetzt, übergreifend über alle Hausärzte/-innen hinweg?

Struktur-/ Prozessmerkmal	**Wird immer umge-setzt**	**Wird meistens umge-setzt**	**Wird teils, teils umge-setzt**	**Wird selten umge-setzt**	**Wird nie umge-setzt**	**Kann ich nicht beur-teilen**
Hausbesuche erfolgen im festen Rhythmus	O	O	O	O	O	O
Auf den Wohnbereichen sind feste Ansprechpartner für den Hausarzt/-ärztin benannt	O	O	O	O	O	O
Eine Pflegefachkraft ist bei der Hausarztvisite der Hauptansprechpartn er für den Arzt/Ärztin	O	O	O	O	O	O
Die begleitende Pflegefachkraft wird grundsätzlich von anderen Arbeiten befreit, wenn der	O	O	O	O	O	O

Hausarztbesuch erfolgt						
Wenn der Hausarzt in die Bewohnerzimmer geht, ist es geregelt, dass eine Pflegefachkraft ihn begleitet	O	O	O	O	O	O
Während der Visite trägt der Hausarzt/ -ärztin ein Namensschild	O	O	O	O	O	O
Die Pflegefachkräfte tragen sichtbar Namensschilder	O	O	O	O	O	O

5.2 Gibt es einrichtungsintern Verfahrensregelungen (oder Standards oder Verfahrensanweisungen) zur Durchführung von (Haus-)Arztbesuchen in der Einrichtung?

☐ Nein (dann weiter mit Frage 5.4)

☐ Ja (dann weiter mit Frage 5.3

5.3 Bitte geben Sie an, inwieweit nachfolgende Struktur-/Prozessmerkmale bei Ihnen Bestandteil Ihrer internen Verfahrensregelung/-anweisung/Standards sind.

Struktur-/Prozessmerkmal	Bestandteil der internen Verfahrensregelung/ -anweisung/Standards	Nicht Bestandteil der internen Verfahrensregelung/ -anweisung/Standards
Hausbesuche sollen im festen Rhythmus erfolgen	O	O
Auf den Wohnbereichen sind feste Ansprechpartner/-innen für den/die Hausarzt/-ärztin benannt	O	O
Eine Pflegefachkraft soll bei der Hausarztvisite der Hauptansprechpartner/-in sein	O	O

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

Wenn der/die Hausarzt/-ärztin in die Bewohnerzimmer geht, ist es geregelt, dass eine Pflegefachkraft ihn begleitet	O	O
Die begleitende Pflegefachkraft wird grundsätzlich von anderen Arbeiten befreit, wenn der Hausarztbesuch erfolgt	O	O
Während der Visite soll der/die Hausarzt/-ärztin ein Namensschild tragen	O	O
Die Pflegefachkräfte sollen Namensschilder sichtbar tragen	O	O
Sonstige Bestandteile von Verfahrensregelungen/Standards: _____		

5.4 Welche Formen von Heimbesuchen durch Hausärzte/-innen sind in Ihrer Einrichtung zu finden? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- ☐ Hausbesuche im festen Rhythmus
- ☐ von Hausärzten/-innen initiierte Hausbesuche ohne festen Rhythmus
- ☐ Hausärzte/-innen kündigen sich vor Hausbesuch an
- ☐ Hausärzte/-innen kündigen sich vor Hausbesuch nicht an
- ☐ Vom Heim initiierte anlassbezogene Hausbesuche (durch Erkrankung oder Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Bewohners)

5.5 Gibt es auf den Wohnbereichen Hauptansprechpartner für die Hausärzte/-innen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, auf wie vielen Wohnbereichen? _____

_____

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

6. Kommunikation zwischen Hausarzt und Heim

6.1 Wer soll nach aktuellen Regelungen den/die Hausarzt/-ärztin während der Heimbesuche begleiten?
(Bitte antworten Sie rückblickend für die letzten 3 Monate)

- ☐ Wohnbereichsleitung
- ☐ Pflegedienstleitung
- ☐ Pflegefachkraft
- ☐ _____

6.2 Ist es in Ihrer Einrichtung vorgesehen, dass Ärzte/-innen direkt in der Patientenakte dokumentieren?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Hausarzt/-ärztin dokumentiert ausschließlich in eigener Dokumentation
- ☐ Sonstiges:_____

6.3 Wo sollen in Ihrer Einrichtung die Ergebnisse ärztlicher Kontakte (Diagnosen, Verordnungen, etc.) dokumentiert werden? *(Mehrfachnennungen möglich)*

Dokumentationsstrukturen:

- ☐ Visitenblatt
- ☐ Nur über Pflegebericht
- ☐ EDV gestützte Dokumentation (Button: Ärztliche Dokumentation)
- ☐ Sonstiges: _____

6.4. Sind Hausärzte/-innen außerhalb des Heimbesuches an bewohnerbezogenen Fallbesprechungen beteiligt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

6.5 Über welche Kommunikationsmedien steht Ihre Einrichtung mit den Hausärzten/-innen hauptsächlich in Kontakt? *Mehrfachnennungen möglich.*

- ☐ E-Mail
- ☐ Telefon
- ☐ Fax
- ☐ Sonstiges _____

6.6 Wird in Ihrer Einrichtung ein spezielles Faxformular in der Kommunikation mit Hausärzten/-innen eingesetzt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

6.7 Gibt es feste Regelungen/spezielle Dokumente für den Umgang mit Standardbedarfsmedikamenten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja und zwar _____

6.8 Führen Hausärzte/-innen in Ihrer Einrichtung In-House-Schulungen von Pflegenden durch?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

6.9 Finden in Ihrer Einrichtung informelle Veranstaltungen mit an der Versorgung der Bewohner beteiligten Hausärzte/-innen statt, z. B. Sommerfeste, Stammtisch, gemeinsame Betriebsausflüge?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Wie oft findet dies statt? _____ (pro Jahr)

7. Ihre Erwartungen und Erfahrungen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit

7.1 Was erwarten Sie für die Einrichtung von der Studienteilnahme? *Bitte kreuzen Sie Ihre 2 wichtigsten Erwartungen an.*
☐ Eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden und Ärzten
☐ Weniger Krankenhausaufnahmen
☐ Eine erhöhte Bewohnerzufriedenheit
☐ Höhere Sicherheit rund um Verordnungen und Gabe von Medikamenten
☐ Fortbildung der pflegerischen Mitarbeiter/-innen
☐ Bessere Außendarstellung des Heims
☐ _____
☐ _____

7.2 Wie zuversichtlich sind Sie, dass sich die Studie in Ihrer Einrichtung wie geplant durchführen lassen wird?				
sehr zuversichtlich	eher zuversichtlich	teils, teils	wenig zuversichtlich	nicht zuversichtlich
O	O	O	O	O

7.3 Welche Merkmale Ihrer Einrichtung oder in der Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen/-ärzten halten Sie für besonders hilfreich für die Durchführung der Studie in Ihrer Einrichtung?
_____ _____ _____ _____ _____

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

7.4 Welche Merkmale Ihrer Einrichtung oder in der Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen/-ärzten könnten die Durchführung der Studie in Ihrer Einrichtung erschweren?

_____

_____

_____

_____

_____

7.5 Wie bewerten Sie als ausfüllende Leitungskraft für die Einrichtung die gegenwärtige Qualität der Zusammenarbeit mit den für die Einrichtung zuständigen Hausärzten/-innen?

	Stimme voll zu	**Stimme eher zu**	**Unentschieden**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme gar nicht zu**
Insgesamt besteht zwischen den Mitarbeitern/-innen aus der Pflege und den Hausärzten/-innen das gleiche Verständnis von interprofessioneller Zusammenarbeit.	O	O	O	O	O
Die Qualität der hausärztlichen Versorgung der Bewohner/-innen ist meiner Erfahrung nach gut.	O	O	O	O	O
Die Kooperation mit den Hausärzten/-innen verläuft in der Regel reibungslos.	O	O	O	O	O
Eine gute Zusammenarbeit mit Hausärzten/-innen entlastet das pflegerische Team.	O	O	O	O	O
Eine gute Zusammenarbeit mit den Hausärzten	O	O	O	O	O

entlastet die pflegenden Angehörigen.					
Eine gute Kooperation mit den Hausärzten kann Krankenhauseinweisungen verhindern.	O	O	O	O	O
Eine schlechte Kooperation mit den Hausärzten verursacht für das pflegerische Team Mehraufwand.	O	O	O	O	O
Mitarbeiter/-innen aus der Pflege und Hausärzte/-innen einigen sich gemeinsam auf Ziele für jeden zu versorgenden Bewohner.	O	O	O	O	O
Die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner/ Bewohnerinnen stehen an erster Stelle.	O	O	O	O	O
Es finden kontinuierlich interprofessionelle Diskussionen über die Patientenversorgung statt.	O	O	O	O	O

8. Zusammenarbeit mit Apotheken

8.1 Wie viele Apotheken sind an der Versorgung Ihrer Bewohner beteiligt?

Anzahl: _____

8.2 Bestehen in Ihrer Einrichtung feste Kooperationsstrukturen mit Apotheken?

☐ Nein

☐ Ja

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

7.3 Wenn ja, führen diese Apotheken In-House-Schulungen zum sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln in Ihrer Einrichtung durch?
☐ Nein ☐ Ja

Vielen Dank für das Ausfüllen

Anlage 26a Version 1

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

Messzeitpunkt: T2-Erhebung

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Datum:

Erfasser/-in (ID):

Auskunft durch (Funktion, Position) *Bitte keine Klarnamen aufführen!*

1. Allgemeine Charakteristika der Einrichtung

1.1 In welcher Trägerschaft befindet sich Ihre Einrichtung?

- ☐ (Frei)gemeinnützig (Träger der freien Wohlfahrtspflege oder sonstiger gemeinnütziger Träger)
- ☐ Privat
- ☐ Kommunal/öffentlich
- ☐ Kirchlich
- ☐ Sonstige: _____

1.2 Wie viele Bewohner/-innen hat die Einrichtung zum Zeitpunkt der Erhebung?

	Tatsächliche Plätze	**Belegte** Plätze
In der vollstationären Langzeitpflege:		
Davon eingestreut in der Kurzzeitpflege:		
Ausschließlich in der Tagespflege:		
Ausschließlich in der Nachtpflege:		

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

1.3 Wie viele Wohnbereiche hat die Einrichtung?
Anzahl Wohnbereiche:_____

1.4 Wieviel Bewohner/-innen leben zurzeit mit folgendem Pflegegrad (PG) in Langzeitpflege in der Einrichtung?

Pflegegrad (PG)	Kein PG	PG1	PG2	PG3	PG4	PG5
Anzahl der Bewohner/-innen						

1.5 Wie hoch ist der monatliche Eigenanteil an den Heimkosten für den einzelnen Bewohner? *Angaben in €. Wenn gleicher Betrag, diesen bitte in beide Zimmerformen eintragen!*

	Kein PG	PG 1	PG 2-5
Einzelzimmer	€	€	€
Doppelzimmer	€	€	€

1.6 Wurde ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart?

☐ Nein

☐ Ja, auf_____
_____

1.7 Fand innerhalb der letzten 12 Monate eine MDK-Begutachtung Ihrer Einrichtung statt?

☐ Nein

☐ Ja

1.8 Gab es in den letzten 12 Monaten strukturelle Änderungen in Ihrer Einrichtung?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Nein
- ☐ Ja, nämlich:
  - ☐ Fusion von zwei oder mehr Pflegeeinrichtungen
  - ☐ Umzug in andere Räumlichkeiten
  - ☐ Zusammenlegung von Wohnbereichen
  - ☐ Integration neuer Leistungsangebote (z.B. Hospiz/Palliativversorgung, Kurzzeitpflege, Arztpraxen)
  - ☐ Wechsel der Einrichtungsleitung/Pflegedienstleitung
  - ☐ _____
  - ☐ _____
  - ☐ _____

2. Mitarbeiterstruktur der Einrichtung

2.1 Personalausstattung in Personen und Vollzeitäquivalenten, getrennt nach Berufsgruppen

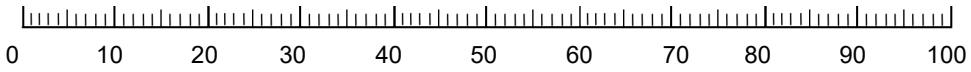
	Anzahl der Personen	**Anzahl Vollzeitstellen**
Pflegefachkräfte *(3-jährige Ausbildung, AP, GKP, GKKP)*		
Davon mit Studienabschluss *(Pflege, Gesundheitswissenschaft oder verwandte Bereiche)*		
Bewohnernah tätig		
In Leitungsebene tätig		
Davon mit Fachweiterbildung		
Leitung eines Wohnbereichs		
Gerontopsychiatrische Pflege		
Onkologische Pflege		
Palliative Care		
Hygiene		
Sonstiges: _____		
Sonstiges: _____		
Sonstiges: _____		
Pflegehilfskräfte (z.B. Pflegehelfer, Pflegeassistenten) **mit pflegerischer Ausbildung**		
Pflegehilfskräfte ohne pflegerische Ausbildung, mit Zertifikat		
Sonstige (in der direkten Pflege tätigen) Mitarbeiter)		
Therapeuten (in der Einrichtung angestellt)		
Davon **Physiotherapeuten**		
Davon **Ergotherapeuten**		

AP: Altenpflegefachkraft, GKP: Fachkraft für Gesundheits-und Krankenpflege, GKKP: Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, APH: Altenpflegehilfskraft; KPH: Krankenpflegehilfskraft

2.2 Haben Sie in den letzten 3 Monaten Pflegefachkräfte aus Zeitarbeitsfirmen beschäftigt?

☐ Nein

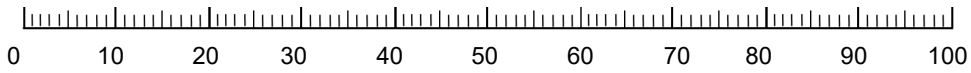
☐ Ja, bitte kreuzen Sie die Prozentzahl der VZ auf der Skala an:



2.3 Gab es innerhalb der letzten 12 Monate Mitarbeiter/-innen, die langzeitig erkrankt (über 6 Wochen pro Kalenderjahr) sind/waren?

☐ Nein

☐ Ja, bitte kreuzen Sie die Prozentzahl der betroffenen VZ auf der Skala an:



3. Angaben zu pflegerischen Organisationsformen

3.1 Welche pflegerischen Organisationsformen werden in Ihrer Einrichtung im Alltag umgesetzt? *(Mehrfachnennungen möglich)*

☐ Bezugspflege/Primary Nursing

☐ Funktionspflege

☐ Bereichspflege

☐ Sonstiges_____

3.2 Wurden in den vergangenen 12 Monaten pflegebezogene Projekte durchgeführt?
☐ Nein ☐ Ja und zwar _____

4. Angaben zur Versorgung durch Hausärzte und andere Fachspezialisten.

4.1 Wie viele hauptverantwortliche Hausärzte/-innen (nicht Hausarztpraxen) sind an der Versorgung <u>aller Bewohner des Heims</u> beteiligt?
Anzahl der Hausärzte/-innen: _____

4.2. Welche anderen Fachspezialisten sind an der Versorgung der Heimbewohner beteiligt?

Fachgebiet	**Anzahl der versorgenden Fachspezialisten**
Zahnmedizin	
Neurologie	
_____	
_____	
_____	

4.3 Bestehen in Ihrer Einrichtung definierte/vertragliche Kooperationsstrukturen mit Hausärzten/-innen und/oder anderen Fachspezialisten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

  Bitte im Folgenden wenn möglich spezifizieren: *(Mehrfachnennungen möglich)*

  - ☐ Heimarzt nach § 119b Abs. 2 SGB V
  - ☐ Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V
  - ☐ Besondere Versorgung nach § 140a SGB V
  - ☐ 24stündige Erreichbarkeit von Hausärzten an jedem Tag der Woche
  - ☐ Sonstige Kooperationsstrukturen oder Kooperationsprojekte:_____

    _____

4.4 Delegieren in Ihrer Einrichtung Hausärzte/-innen den Heimbesuch an nicht-ärztliche Praxisassistenten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

4.5 Delegieren in Ihrer Einrichtung Fachspezialisten den Heimbesuch an nicht-ärztliche Praxisassistenten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

4.6 Gibt es in Ihrer Einrichtung gesonderte Visitationsräume für Hausärzte/-innen und/oder Fachspezialisten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

4.7 Verfügt ihre Einrichtung über eine integrierte Hausarztpraxis?
☐ Nein ☐ Ja

5. Der Heimbesuch

5.1 Inwieweit werden nachfolgende Struktur-/Prozessmerkmale bei Ihnen in der Einrichtung umgesetzt, übergreifend über alle Hausärzte/-innen hinweg?

Struktur-/ Prozessmerkmal	**Wird immer umge-setzt**	**Wird meistens umge-setzt**	**Wird teils, teils umge-setzt**	**Wird selten umge-setzt**	**Wird nie umge-setzt**	**Kann ich nicht beur-teilen**
Hausbesuche erfolgen im festen Rhythmus	O	O	O	O	O	O
Auf den Wohn-bereichen sind feste Ansprechpartner für den Hausarzt/-ärztin benannt	O	O	O	O	O	O
Eine Pflegefachkraft ist bei der Hausarztvisite der Hauptansprechpartn er für den Arzt/Ärztin	O	O	O	O	O	O
Die begleitende Pflegefachkraft wird grundsätzlich von anderen Arbeiten befreit, wenn der Hausarztbesuch erfolgt	O	O	O	O	O	O

	Wird immer umge-setzt	Wird meistens umge-setzt	Wird teils, teils umge-setzt	Wird selten umge-setzt	Wird nie umge-setzt	Kann ich nicht beur-teilen
Wenn der Hausarzt in die Bewohner-zimmer geht, ist es geregelt, dass eine Pflegefachkraft ihn begleitet	O	O	O	O	O	O
Während der Visite trägt der Hausarzt/ -ärztin ein Namensschild	O	O	O	O	O	O
Die Pflegefachkräfte tragen sichtbar Namensschilder	O	O	O	O	O	O

5.2 Gibt es einrichtungsintern Verfahrensregelungen (oder Standards oder Verfahrensanweisungen) zur Durchführung von (Haus-)Arztbesuchen in der Einrichtung?

☐ Nein (dann weiter mit Frage 5.4)

☐ Ja (dann weiter mit Frage 5.3)

5.3 Bitte geben Sie an, inwieweit nachfolgende Struktur-/Prozessmerkmale bei Ihnen Bestandteil Ihrer internen Verfahrensregelung/-anweisung/Standards sind.

Struktur-/Prozessmerkmal	Bestandteil der internen Verfahrensregelung/ -anweisung/Standards	Nicht Bestandteil der internen Verfahrensregelung/ -anweisung/Standards
Hausbesuche sollen im festen Rhythmus erfolgen	O	O
Auf den Wohnbereichen sind feste Ansprechpartner/-innen für den/die Hausarzt/-ärztin benannt	O	O

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

Struktur-/Prozessmerkmal	Bestandteil der internen Verfahrensregelung/ -anweisung/Standards	Nicht Bestandteil der internen Verfahrensregelung/ -anweisung/Standards
Eine Pflegefachkraft soll bei der Hausarztvisite der Hauptansprechpartner/-in sein	O	O
Wenn der/die Hausarzt/-ärztin in die Bewohnerzimmer geht, ist es geregelt, dass eine Pflegefachkraft ihn begleitet	O	O
Die begleitende Pflegefachkraft wird grundsätzlich von anderen Arbeiten befreit, wenn der Hausarztbesuch erfolgt	O	O
Während der Visite soll der/die Hausarzt/-ärztin ein Namensschild tragen	O	O
Die Pflegefachkräfte sollen Namensschilder sichtbar tragen	O	O
Sonstige Bestandteile von Verfahrensregelungen/Standards: _____		

5.4 Welche Formen von Heimbesuchen durch Hausärzte/-innen sind in Ihrer Einrichtung zu finden? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- ☐ Hausbesuche im festen Rhythmus
- ☐ von Hausärzten/-innen initiierte Hausbesuche ohne festen Rhythmus
- ☐ Hausärzte/-innen kündigen sich vor Hausbesuch an
- ☐ Hausärzte/-innen kündigen sich vor Hausbesuch nicht an
- ☐ Vom Heim initiierte anlassbezogene Hausbesuche (durch Erkrankung oder Verschlechterung des Gesundheitszustands eines Bewohners)

5.5 Gibt es auf den Wohnbereichen Hauptansprechpartner für die Hausärzte/-innen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, auf wie vielen Wohnbereichen? _____

6. Kommunikation zwischen Hausarzt und Heim

6.1 Wer soll nach aktuellen Regelungen den/die Hausarzt/-ärztin während der Heimbesuche begleiten?
(Bitte antworten Sie rückblickend für die letzten 3 Monate)

- ☐ Wohnbereichsleitung
- ☐ Pflegedienstleitung
- ☐ Pflegefachkraft
- ☐ _____

6.2 Ist es in Ihrer Einrichtung vorgesehen, dass Ärzte/-innen direkt in der Patientenakte dokumentieren?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Hausarzt/-ärztin dokumentiert ausschließlich in eigener Dokumentation
- ☐ Sonstiges:_____

6.3 Wo sollen in Ihrer Einrichtung die Ergebnisse ärztlicher Kontakte (Diagnosen, Verordnungen, etc.) dokumentiert werden? *(Mehrfachnennungen möglich)*

Dokumentationsstrukturen:

- ☐ Visitenblatt
- ☐ Nur über Pflegebericht
- ☐ EDV gestützte Dokumentation (Button: Ärztliche Dokumentation)
- ☐ Sonstiges: _____

6.4. Sind Hausärzte/-innen außerhalb des Heimbesuches an bewohnerbezogenen Fallbesprechungen beteiligt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

6.5 Über welche Kommunikationsmedien steht Ihre Einrichtung mit den Hausärzten/-innen hauptsächlich in Kontakt? (*Mehrfachnennungen möglich)*

- ☐ E-Mail
- ☐ Telefon
- ☐ Fax
- ☐ Sonstiges _____

6.6 Wird in Ihrer Einrichtung ein spezielles Faxformular in der Kommunikation mit Hausärzten/-innen eingesetzt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

6.7 Gibt es feste Regelungen/spezielle Dokumente für den Umgang mit Standardbedarfsmedikamenten?

- ☐ Nein
- ☐ Ja und zwar _____

6.8 Führen Hausärzte/-innen in Ihrer Einrichtung In-House-Schulungen von Pflegenden durch?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

6.9 Finden in Ihrer Einrichtung informelle Veranstaltungen mit an der Versorgung der Bewohner beteiligten Hausärzte/-innen statt, z. B. Sommerfeste, Stammtisch, gemeinsame Betriebsausflüge?

☐ Nein

☐ Ja

Wie oft findet dies statt? _____ (pro Jahr)

7. Ihre Erfahrungen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit

7.1 Wurde die Studie, Ihrer Meinung nach, wie geplant durchgeführt?

☐ Nein, weil _____

☐ Teils, teils, weil _____

☐ Ja

7.2 Bitte beurteilen Sie, inwieweit sich die folgenden Aspekte in den letzten 12 Monaten verändert haben?

	… deutlich verbessert	… eher verbessert	… nicht ver-ändert	… eher ver-schlechtert	… deutlich ver-schlechtert
Die Zusammenarbeit zwischen den Hausärzten und den Pflegekräften hat sich …	O	O	O	O	O
Der Informationsfluss zwischen den Hausärzten und den Pflegekräften hat sich …	O	O	O	O	O
Die Termin-absprachen zu den Visiten der Hausärzte haben sich …	O	O	O	O	O

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

	… deutlich verbessert	… eher verbessert	… nicht ver-ändert	… eher ver-schlechtert	… deutlich ver-schlechtert
Die Erreichbarkeit der Hausärzte per Fax hat sich …	O	O	O	O	O
Die Erreichbarkeit der Hausärzte per Telefon hat sich …	O	O	O	O	O
Die Bewohner-einbindung in Entscheidungen zur medizinischen Versorgung hat sich …	O	O	O	O	O
Die gemeinsame pflegerisch-hausärztliche Planung von Versorgungszielen der Bewohner hat sich …	O	O	O	O	O
Die allgemeine Qualität der Versorgung der Bewohner hat sich …	O	O	O	O	O
Die Zufriedenheit der Pflegekräfte hat sich …	O	O	O	O	O
Die Sicherheit rund um die Verordnung und Gabe von Medikamenten hat sich …	O	O	O	O	O
Die Außendarstellung des Pflegeheims hat sich …	O	O	O	O	O

Stammdaten/Charakteristika der Einrichtung

	… deutlich verbessert	… eher verbessert	… nicht ver-ändert	… eher ver-schlechtert	… deutlich ver-schlechtert
Die pflegerisch-medizinischen Kompetenzen der Pflegekräfte in der Bewohnerversorgung haben sich …	O	O	O	O	O
	… deutlich häufiger als vor 12 Monaten	**… eher häufiger als vor 12 Monaten**	**… mit un-veränderter Häufigkeit wie vor 12 Monaten**	**… eher seltener als vor 12 Monaten**	**… deutlich seltener als vor 12 Monaten**
Hausärztliche Hausbesuche bei den Bewohnern erfolgen inzwischen …	O	O	O	O	O
Rettungsdienst-einsätze (mit oder ohne Notarzt) erfolgen inzwischen …	O	O	O	O	O
Einsätze des Bereitschaftsarztes erfolgen inzwischen…	O	O	O	O	O
Krankenhausein-weisungen erfolgen inzwischen …	O	O	O	O	O

7.3 Welche Merkmale Ihrer Einrichtung oder in der Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen/-ärzten waren besonders hilfreich für die Durchführung der Studie in Ihrer Einrichtung?

_____

_____

_____

_____

_____

7.4 Welche Merkmale Ihrer Einrichtung oder in der Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen/-ärzten haben die Durchführung der Studie in Ihrer Einrichtung erschwert?

_____

_____

_____

_____

_____

7.5 Wie bewerten Sie als Leitungskraft für die Einrichtung die gegenwärtige Qualität der Zusammenarbeit mit den für die Einrichtung zuständigen Hausärzten/-innen? Bitte tragen Sie jeweils den Grad der Zustimmung zu nachfolgenden Aussagen ein.

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unent-schieden	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Insgesamt besteht zwischen den Mitarbeitern/-innen aus der Pflege und den Hausärzten/-innen das gleiche Verständnis von interprofessioneller Zusammenarbeit.	O	O	O	O	O
Die Qualität der hausärztlichen Versorgung der Bewohner/-innen ist meiner Erfahrung nach gut.	O	O	O	O	O
Die Kooperation mit den Hausärzten/-innen verläuft in der Regel reibungslos.	O	O	O	O	O
Eine gute Zusammenarbeit mit Hausärzten/-innen entlastet das pflegerische Team.	O	O	O	O	O

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Unent-schieden	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Eine gute Zusammenarbeit mit den Hausärzten entlastet die pflegenden Angehörigen.	O	O	O	O	O
Eine gute Kooperation mit den Hausärzten kann Krankenhausein-weisungen verhindern.	O	O	O	O	O
Eine schlechte Kooperation mit den Hausärzten verursacht für das pflegerische Team Mehraufwand.	O	O	O	O	O
Mitarbeiter/-innen aus der Pflege und Hausärzte/-innen einigen sich gemeinsam auf Ziele für jeden zu versorgenden Bewohner.	O	O	O	O	O
Die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner/ Bewohnerinnen stehen an erster Stelle.	O	O	O	O	O
Es finden kontinuierlich interprofessionelle Diskussionen über die Patientenversorgung statt.	O	O	O	O	O

8 Zusammenarbeit mit Apotheken

8.1 Wie viele Apotheken sind an der Versorgung Ihrer Bewohner beteiligt?

Anzahl: _____

8.2 Bestehen in Ihrer Einrichtung feste Kooperationsstrukturen mit Apotheken?
☐ Nein ☐ Ja

8.3 Wenn ja, führen diese Apotheken In-House-Schulungen zum sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln in Ihrer Einrichtung durch?
☐ Nein ☐ Ja

Vielen Dank für das Ausfüllen!

Anlage 33, Version 2

Ein- und Ausschlusskriterien Bewohner

(Erhebung aus Bewohnerakte)

Messzeitpunkt: □ Baseline (t0) □ neuer Bewohner im Studienverlauf

Bewohner-ID: ☐☐☐☐☐☐☐☐ Datum:

ABC für den Standort, fortlaufende Heimnummer (01-08), fortlaufende Wohnbereichsnummer; fortlaufende Bewohnernummer (Bsp. A010201).

Erfasser (ID):

1. Einschlusskriterium

1.1 Ist der Bewohner ≥ 18 Jahre alt? □ Nein □ Ja, Alter: _____

1.2 Hatte der Bewohner in den letzten 3 Monaten mindestens einen Hausarztkontakt oder in den letzten 6 Monaten mindestens zwei Hausarztkontakte oder ist der Bewohner in den letzten 6 Monaten in die Einrichtung gezogen?

□ Nein □ Ja

1.3 Unterschriebene Einverständniserklärung des Bewohners/Betreuers liegt vor.

□ Nein □ Ja

2. Ausschlusskriterium

2.1 Ist der Bewohner zur Kurzzeitpflege in der Einrichtung?

□ Nein □ Ja (in diesem Fall muss der Bewohner von der Studie ausgeschlossen werden)

Stammdaten Bewohner

(Erhebung aus Bewohnerakte)
Anlage 27, Version 3

Messzeitpunkt: □ Baseline (t0) □ neuer Bewohner im Studienverlauf

Bewohner-ID: ☐☐☐☐☐☐☐ Datum:

ABC für den Standort, fortlaufende Heimnummer (01-08), fortlaufende Wohnbereichsnummer; fortlaufende Bewohnernr. (Bsp. A010201).

Datum Einverständniserklärung:

Einverständniserklärung erfolgt durch: Bewohner □ Betreuer □

Erfasser (ID):

1. Ist der Bewohner seit dem letzten Messzeitpunkt als neuer Studienteilnehmer hinzugekommen?

□ Nein □ Ja, Datum Heimeinzug (tt.mm.jj): _____

2. Ist der Bewohner vorzeitig aus der Studie ausgeschieden?

□ Nein	□ Ja
	Grund: □Verstorben im Heim □ Verstorben im Hospiz □ Verstorben während eines Krankenhausaufenthalt □ Auszug aus dem Heim □ Sonstiges:

3. Stammdaten (Erfassen aus Bewohnerakten)

2.1 Geschlecht: Männlich:□ Weiblich: □

2.2 Versicherungsart:

□ Gesetzlich versichert

□ Über Beihilfe privat versichert

□ Privat versichert (nur Vollversicherung, keine Zusatzversicherung)

□ Keine Krankenversicherung

2.3 Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfe

□ Nein □ Ja

2.4 Pflegegrad: keinen □ PG 1 □ PG 2 □ PG 3 □ PG 4 □ PG 5 □

2.5 Ist eine gesetzliche Betreuung für die Gesundheitssorge vorhanden? Ja: □ Nein: □

2.6 Einzugsdatum des Bewohners: _____

2.7 Dokumentierte Diagnose/n:

Primäre/Sekundäre Outcomes

(Erhebung aus Bewohnerakte)

Messzeitpunkt: □ Baseline (t0)

Bewohner-ID: ☐☐☐☐☐☐ Datum:

ABC für den Standort, fortlaufende Heimnummer (01-08), fortlaufende Wohnbereichsnummer; fortlaufende Bewohnernummer (Bsp. A010201).

Erfasser-ID:

Sämtliche Daten werden für die letzten 6 Monate erhoben (ausgenommen Punkt 9.4 und 10. hier Daten am Erhebungstag).

Primäre/Sekundäre Outcomes

(Erhebung aus Bewohnerakte)

1. Krankenhausaufenthalte (keine Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen) der letzten 6 Monate. *(Wenn zutreffend und möglich bitte folgende Angaben ausfüllen)* **Erfasser-ID:** **Datum der Erhebung:**														Dokumentiert in…		
	Datum von: bis:	Uhrzeit Abwesen-heit aus Einrichtung	Grund der Einweisung (Symptomkomplex, Verdachtsdiagnose) **1. AZ-Verschlechterung** **2. Sturz** **3. Verletzungen** **4. Vergiftungen** **5. Schmerz** **6. Infektionen mit/ohne Fieber** 6.1 Pneumonie 6.2 Infektiöse Darmerkrankungen 6.3 Harnwegsinfekt 6.4 Infektion mit unklarem Herd/Fokus **7. Herzkreislaufbeschwerden/ Kardiovaskuläre Symptome** 7.1 Herzstillstand 7.2 Herzinsuffizienz 7.3 Blutdruckentgleisung **8. Neurol. Auffälligkeiten** **9. Blutzuckerentgleisung** **10. Kontrolluntersuchungen** **11. Therapeutische Maßnahmen** 11.1 Dialyse 11.2 PEG-Sonden-Anlage 11.3 Katheter Wechsel **12. Harnwegsprobleme** 12.1 Hämaturie (Blut im Urin) 12.2 Harnverhalt **13. Sonstige, bitte nennen!**	Initiierung durch: 1. Notarzt 2. Rettungsdienst (ohne Notarzt) 3. Bereitschaftsdienst KV 4. Hausarzt 5. FA Neurologie/ Psychiatrie 6. Anderer Facharzt 7. Pflegende Heim 8. Angehörige/Betreuer 9. Bewohner 10. nicht zu erheben	Krankenhausentlas-sungsdiagnosen	Geplant	Ungeplant	Stationär	Ambulant	Notaufnahme	Tage Intensivstation	Tage Psychiatrie	Visitenblatt	Pflegebericht	EDV

Primäre/Sekundäre Outcomes

(Erhebung aus Bewohnerakte)

	Datum von: bis:	Uhrzeit	Grund der Einweisung	Initiierung durch:	Krankenhausentlas-sungsdiagnosen	Geplant	Ungeplant	Stationär	Ambulant	Notaufnahme	Tage Intensivstation	Tage Psychiatrie	Visitenblatt	Pflegebericht	EDV
Bsp.	12.08.2017 14.08.2017	13.00 Uhr 15:30 Uhr	1	4		□	□	□	□	x	__	_	x	□	□
1.	von: bis:					□	□	□	□	□	__	_	□	□	□
2.	von: bis:					□	□	□	□	□	__	_	□	□	□
3.	von: bis:					□	□	□	□	□	__	_	□	□	□
4.	von: bis:					□	□	□	□	□	__	_	□	□	□
5.	von: bis:					□	□	□	□	□	__	_	□	□	□
6.	von: bis:					□	□	□	□	□	__	_	□	□	□

EDV = System der elektronischen Datenverarbeitung (elektr. Patientenakte im Heim)

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

2. Rehabilitation in den vergangen 6 Monaten.

Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

2.1 Hat der/die Bewohner/-in in den vergangenen 6 Monaten eine Rehabilitation in Anspruch genommen? *(Wenn zutreffend und möglich bitte folgende Angaben ausfüllen)*

	Datum von: bis:	Tagesklinik (5mal pro Woche)	Ambulant (3mal pro Woche, durchgeführt im Heim)	Stationär
1.		□	□	□
2.		□	□	□
3.		□	□	□

3. Kontakt mit dem Bereitschaftsarzt des kassenärztlichen Notdienstes

Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

3.1 Hatte der/die Bewohner/-in in den letzten 6 Monaten persönlichen Kontakt mit dem Bereitschaftsarzt des kassenärztlichen Notdienstes (KV Notdienst)? *(Wenn zutreffend und möglich bitte folgende Angaben ausfüllen)*

	Datum	Grund	Initiert durch
1			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
2			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
3			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
4			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
5			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
6			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

4. Kontakt mit dem Rettungsdienst

Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

4.1 Hatte der/die Bewohner/-in in den letzten 6 Monaten persönlichen Kontakt mit dem Rettungsdienst
(Wenn zutreffend bitte folgende Angaben ausfüllen)

	Datum	Grund	Initiert durch: 1. Bereitschaftsdienst KV 2. Hausarzt/-ärztin 3. FA Neurologie/Psychiatrie 4. Anderer Facharzt/-ärztin 5. Pflegende Heim 6. Angehörige/Betreuer 7.Bewohner/-in 8. nicht zu erheben	Kontakt mit Notarzt	Kontakt ohne Notarzt	Nicht zu erfassen
1				☐	☐	☐
2				☐	☐	☐
3				☐	☐	☐
4.				☐	☐	☐
5.				☐	☐	☐

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

5. Hausärztliche Versorgung
Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

Bewohner organisiert Hausarztkontakte selbst. Daten nicht zu erheben. □

5.1 Kontakt mit Hausarztpraxis/Hausarzt/-ärztin ohne resultierenden hausärztlichen Heimbesuch (von den letzten 6 Monaten). *Folgende Punkte bitte angeben, falls dokumentiert.*

	Datum	Grund	Initiiert durch… *(Mehrfachnennungen möglich)*					Art der Kontaktaufnahme				**Dokumentiert in:** (*Mehrfachnennungen möglich)*
			Pflegende	Bewohner/-in	Angehörige/ Betreuer	Hausarzt/ärztin	Nicht zu erfassen	Telefon	Fax	E-Mail	Nicht zu erfassen	
1			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
2			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
3			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
4			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
5			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
6			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
7			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
8			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV

Primäre/Sekundäre Outcomes

(Erhebung aus Bewohnerakte)

			Initiiert durch… *(Mehrfachnennungen möglich)*					Art der Kontaktaufnahme				
	Datum	Grund	Pflegende	Bewohner/-in	Angehörige/ Betreuer	Hausarzt/ärztin	Nicht zu erfassen	Telefon	Fax	E-Mail	Nicht zu erfassen	
9			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
10			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
11			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
12			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
13			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
14			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
15			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
16			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
17			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

5.2 Angaben zum Hausarztbesuch im Heim.
Aufgeführt werden sollen auch Besuche durch nicht-ärztliches Personal.
Bitte folgende Punkte angeben, falls möglich.

	Datum	Grund	Art des Hausarztbesuches						**Dokumentiert in:** (*Mehrfach-nennungen möglich*)	Vertretung des HA durch nicht-ärztliches Personal
			Routinebesuch ohne festes Zeitschema	Akuter Anlass, initiiert durch:						
				Pflegende	Bewohner/-in	Angehörige/ Betreuer	Nicht zu erfassen	Hausarzt/ärztin		
1			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
2			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
3			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
4			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
5			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
6			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
7			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
8			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

5.3 Angaben zum Hausarztbesuch des/der Bewohners/Bewohnerin in der hausärztlichen Praxis.
Aufgeführt werden sollen Daten des/der Bewohners/Bewohnerin die Ihren Hausarzt/ärztin in der Hausarztpraxis aufsuchen.
Bitte folgende Punkte angeben, falls möglich.

	Datum	Grund	Initiiert durch			
			Pflegende	Bewohner	Angehörige	Nicht zu erfassen
1.			□	□	□	□
2.			□	□	□	□
3.			□	□	□	□
4.			□	□	□	□
5.			□	□	□	□

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

6. Fachspezialistenkontakt
Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

6.1 Gab es in den letzten 6 Monaten persönlichen oder telefonischen Kontakt mit einem der folgenden Ärzte?
Bitte kreuzen Sie zunächst an, ob der/die Bewohner/-in zu den jeweiligen Ärzten Kontakt hatte (Nein oder Ja). Wenn ja, dann geben Sie bitte weiterhin an, wie oft der/die Bewohner/-in mit dem Arzt/Ärztin Kontakt hatte.

	Persönlicher Kontakt			Telefonischer Kontakt			Kontakt per FAX		
	Nein	Ja	Anzahl	Nein	Ja	Anzahl	Nein	Ja	Anzahl
Fachärztlicher Internist (z. B. Kardiologe, Gastroenterologe, Nephrologe, Diabetologe, Pulmologe, usw.)	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Gynäkologe	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Chirurg	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Orthopäde	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Neurologe / Psychiater	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Hautarzt	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Augenarzt	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Urologe	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Zahnarzt	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Psychotherapeut	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Radiologe	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Hals-Nasen-Ohren-Arzt	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Sonstige:	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

7. Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen

Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

7.1 Hat der/die Bewohner/-in in den letzten 6 Monaten eines der folgenden therapeutischen Angebote in Anspruch genommen? *Aufgeführt werden soll die Anzahl der Durchführungen, nicht der Verordnungen!*

Therapeutisches Angebot	Nein	Ja	Wie oft? *Anzahl*	~~Nicht zu erheben~~
Krankengymnastik (auch Physiotherapie, Massagen, Wärme-, Kältebehandlungen, Stromtherapie oder Heilbäder)	☐	☐	_____	~~☐~~
Ergotherapie oder Arbeitstherapie	☐	☐	_____	~~☐~~
Sprachtherapie	☐	☐	_____	~~☐~~
Medizinische Fußpflege/podologische Behandlung	☐	☐	_____	~~☐~~
Heilpraktiker/Osteopathen	☐	☐	_____	~~☐~~
Sonstige:_____	☐	☐	_____	~~☐~~
Sonstige:_____	☐	☐	_____	~~☐~~

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

8. Krankentransporte
Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

8.1 Wieviele Krankentransporte des Bewohners fanden in den letzten 6 Monaten statt? *Gemeint sind beispielsweise Transporte zu und von Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassenen Ärzten und niedergelassenen Therapeuten. Nicht gezählt werden sollen Fahrten ohne Transportschein, oder Transporte durch Angehörige.*

	Datum	Art der Fahrt			Hinfahrt	Rückfahrt
		Mit Notarzt	Ohne Notarzt	Nicht zu erfassen		
1.		☐	☐	☐	☐	☐
2.		☐	☐	☐	☐	☐
3.		☐	☐	☐	☐	☐
4.		☐	☐	☐	☐	☐
5.		☐	☐	☐	☐	☐
6.		☐	☐	☐	☐	☐
7.		☐	☐	☐	☐	☐
8.		☐	☐	☐	☐	☐
9.		☐	☐	☐	☐	☐
10		☐	☐	☐	☐	☐
11.		☐	☐	☐	☐	☐
12.		☐	☐	☐	☐	☐
13.		☐	☐	☐	☐	☐
14.		☐	☐	☐	☐	☐
15.		☐	☐	☐	☐	☐
16.		☐	☐	☐	☐	☐
17.		☐	☐	☐	☐	☐

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

9. Unerwünschte Ereignisse
Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

9.1 Ist der Bewohner in den letzten 6 Monaten gestürzt?	
□ Nein	□ Ja ⟶ Wie oft? Anzahl der Stürze: _____
9.2 Hatte der Bewohner einen sturzbedingten Knochenbruch in <u>den letzten 6 Monaten</u>	
□ Nein	□ Ja, bitte Anzahl der Knochenbrüche nennen:_____
	Art der Knochenbrüche: 1. Knochenbruch:_____ 2. Knochenbruch:_____ 3. Knochenbruch:_____

9.3 Hatte der Bewohner in den letzten 6 Monaten eine ärztlich bestätigte Pneumonie?	
□ Nein	□ Ja ⟶ Wie oft?: _____

9.4 Ist für den Bewohner ~~in den vergangenen 6 Monaten~~ am Tag der Erhebung eine oder mehrere der nachfolgenden chronischen Wunden bzw. Hautveränderungen dokumentiert? (Es soll die aktuellste Wunddokumentation der letzten 7 Tage verwendet werden)

□ Nein	□ Ja (bitte durch nachfolgende Angaben die Wunde(n) beschreiben)

Art und Zustand der Wunde(n) **zum Zeitpunkt der Erhebung**

	Lokalisation	Dekubitus Stadium 1	Dekubitus Stadium 2	Dekubitus Stadium 3	Dekubitus Stadium 4	Nicht zu erfassen	Sonstige chronische Wunden (diab. Fuß, Ulcus cruris, feuchtigkeits-/ inkontinenzbedingte Wunde wie z.B. Intertrigo, Mykose
1		□	□	□	□	□	□
2		□	□	□	□	□	□
3		□	□	□	□	□	□
4		□	□	□	□	□	□

Anmerkungen:

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

10. Medikation zum Messzeitpunkt (gilt nicht für die letzten 6 M.)
Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

Wichtig: es werden nur dokumentierte Daten erhoben! Es soll nichts ausgerechnet werden….

10.1 Medikation mit festem Einnahmeschema

Handelsname und Stärke	Ggf. Dosierung Einzelgabe	Dosierung nicht zu erfassen	Wirkstoff	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit (zB. Stück, IE)	Dareichungsform (per os, rektal, vaginal, nasal, dermal, Anwendung am Auge, Anwendung im Ohr, inhalativ i.m. ; i.v.; s.c.) + Kommentar bpsw. Einnahmerythmus

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

10.2 Bedarfsmedikation						
Handelsname und Stärke	Dosierung der Einzelgabe	Einheit (zB. Stück, IE)	Dosierung nicht zu erfassen	Wirkstoff	Maximale Tagesdosierung	Dareichungsform (per os, rektal, vaginal, nasal, dermal, Anwendung am Auge, Anwendung im Ohr, inhalativ i.m. ; i.v.; s.c.) Kommentar bps. Einnahmerythmus

Dementia Screening Scale
Anlage 28 Version 3

Einschätzung erfolgt durch Pflegepersonal!!

Messzeitpunkt: □ Baseline (t0)

Bewohner-ID: ☐☐☐☐☐☐☐ Datum:

ABC für den Standort, fortlaufende Heimnummer (01-08), fortlaufende Wohnbereichsnummer; fortlaufende Bewohnernummer (Bsp. A010201)

□ Bewohner im Krankenhaus (Fragebogen wird nicht erhoben)

Erfasser-ID:

Kognition (Dementia Screening Scale)		
Hier wird das Verhalten des Bewohners in den letzten 4 Wochen zugrunde gelegt.		
1. Gedächtnis		
1.1 Erkannte er/sie Bekannte/Angehörige/Personal?		
□ immer (0)	□ gelegentlich (1)	□ nie (2)
1.2 Kannte er/sie Bekannte/Angehörige/Personal mit Namen?		
□ immer (0)	□ gelegentlich (1)	□ nie (2)
1.3 Konnte er/sie sich erinnern, was sich in den letzten Tagen ereignet hat?		
□ immer (0)	□ gelegentlich (1)	□ nie (2)
1.4 Verwechselt er/sie Personen und weiß er/sie nicht, wo er/sie ist?		
□ immer (2)	□ gelegentlich (1)	□ nie (0)
2. Konnte er/sie sich orientieren?		
2.1 … im Zimmer?		
□ immer (0)	□ gelegentlich (1)	□ nie (2)
2.2 … im Heim?		
□ immer (0)	□ gelegentlich (1)	□ nie (2)
2.3 … in der Heimumgebung?		
□ immer (0)	□ gelegentlich (1)	□ nie (2)

Summe:

Cut-off liegt bei einem Wert von 4. Ab einem Wert von 5 werden die Fragebögen 5Q-5D-5L UND QoL-AD-NH vom Interviewer bei der Pflegekraft erhoben.

Bemerkungen

Anlage 60/61:
CRF Fragen zur Lebensqualität bei Alzheimer-Demenz proxy. Version 1 & 2.

Quelle:
Deutsche Fassung: Dichter et al. (März 2015) – Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Witten

Anlage 62:
EQ-5D-5L

abrufbar unter:
https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

Messzeitpunkt: □ 6 Monats-Follow up (t1)

Bewohner-ID: □□□□□□□ Datum:

ABC für den Standort, fortlaufende Heimnummer (01-08), fortlaufende Wohnbereichsnummer; fortlaufende Bewohnernummer (Bsp. A010201).

Erfasser-ID:

Sämtliche Daten werden für die letzten 6 Monate erhoben (ausgenommen Punkt 9.4 und 10. hier Daten am Erhebungstag).

Wurde die Studie nach dem letzten Messzeitpunkt vorzeitig beendet?			
□ Nein	□ Ja, Datum (tt.mm.jj):_____		
Grund:	□ verstorben	□ verzogen	□ anderer:_____

Primäre/Sekundäre Outcomes

(Erhebung aus Bewohnerakte)

1. Krankenhausaufenthalte (keine Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen) der letzten 6 Monate. *(Wenn zutreffend und möglich bitte folgende Angaben ausfüllen)* **Erfasser-ID:** **Datum der Erhebung:**														Dokumentiert in…		
	Datum von: bis:	Uhrzeit Abwesen- heit aus Einrichtung	Grund der Einweisung (Symptomkomplex, Verdachtsdiagnose) **1. AZ-Verschlechterung** **2. Sturz** **3. Verletzungen** **4. Vergiftungen** **5. Schmerz** **6. Infektionen mit/ohne Fieber** 6.1 Pneumonie 6.2 Infektiöse Darmerkrankungen 6.3 Harnwegsinfekt 6.4 Infektion mit unklarem Herd/Fokus **7. Herzkreislaufbeschwerden/ Kardiovaskuläre Symptome** 7.1 Herzstillstand 7.2 Herzinsuffizienz 7.3 Blutdruckentgleisung **8. Neurol. Auffälligkeiten** **9. Blutzuckerentgleisung** **10. Kontrolluntersuchungen** **11. Therapeutische Maßnahmen** 11.1 Dialyse 11.2 PEG-Sonden-Anlage 11.3 Katheter Wechsel **12. Harnwegsprobleme** 12.1 Hämaturie (Blut im Urin) 12.2 Harnverhalt **13. Sonstige, bitte nennen!**	Initiierung durch: 1. Notarzt 2. Rettungsdienst (ohne Notarzt) 3. Bereitschaftsdienst KV 4. Hausarzt 5. FA Neurologie/ Psychiatrie 6. Anderer Facharzt 7. Pflegende Heim 8. Angehörige/Betreuer 9. Bewohner 10. nicht zu erheben	Krankenhausentlas-sungsdiagnosen	Geplant	Ungeplant	Stationär	Ambulant	Notaufnahme	Tage Intensivstation	Tage Psychiatrie	Visitenblatt	Pflegebericht	EDV

Primäre/Sekundäre Outcomes

(Erhebung aus Bewohnerakte)

	Datum von: bis:	Uhrzeit	Grund der Einweisung	Initiierung durch:	Krankenhausentlas-sungsdiagnosen	Geplant	Ungeplant	Stationär	Ambulant	Notaufnahme	Tage Intensivstation	Tage Psychiatrie	Visitenblatt	Pflegebericht	EDV
Bsp.	12.08.2017 14.08.2017	13.00 Uhr 15:30 Uhr	1	4		☐	☐	☐	☐	x	__	_	x	☐	☐
1.	von: bis:					☐	☐	☐	☐	☐	__	_	☐	☐	☐
2.	von: bis:					☐	☐	☐	☐	☐	__	_	☐	☐	☐
3.	von: bis:					☐	☐	☐	☐	☐	__	_	☐	☐	☐
4.	von: bis:					☐	☐	☐	☐	☐	__	_	☐	☐	☐
5.	von: bis:					☐	☐	☐	☐	☐	__	_	☐	☐	☐
6.	von: bis:					☐	☐	☐	☐	☐	__	_	☐	☐	☐

EDV = System der elektronischen Datenverarbeitung (elektr. Patientenakte im Heim)

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

2. Rehabilitation in den vergangen 6 Monaten.

Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

2.1 Hat der/die Bewohner/-in in den vergangenen 6 Monaten eine Rehabilitation in Anspruch genommen? *(Wenn zutreffend und möglich bitte folgende Angaben ausfüllen)*

	Datum von: bis:	Tagesklinik (5mal pro Woche)	Ambulant (3mal pro Woche, durchgeführt im Heim)	Stationär
1.		□	□	☐
2.		□	□	☐
3.		□	□	☐

3. Kontakt mit dem Bereitschaftsarzt des kassenärztlichen Notdienstes

Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

3.1 Hatte der/die Bewohner/-in in den letzten 6 Monaten persönlichen Kontakt mit dem Bereitschaftsarzt des kassenärztlichen Notdienstes (KV Notdienst)? *(Wenn zutreffend und möglich bitte folgende Angaben ausfüllen)*

	Datum	Grund	Initiert durch
1			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
2			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
3			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
4			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
5			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
6			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

4. Kontakt mit dem Rettungsdienst

Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

4.1 Hatte der/die Bewohner/-in in den letzten 6 Monaten persönlichen Kontakt mit dem Rettungsdienst
(Wenn zutreffend bitte folgende Angaben ausfüllen)

	Datum	Grund	Initiert durch: 1. Bereitschaftsdienst KV 2. Hausarzt/-ärztin 3. FA Neurologie/Psychiatrie 4. Anderer Facharzt/-ärztin 5. Pflegende Heim 6. Angehörige/Betreuer 7.Bewohner/-in 8. nicht zu erheben	Kontakt mit Notarzt	Kontakt ohne Notarzt	Nicht zu erfassen
1				☐	☐	☐
2				☐	☐	☐
3				☐	☐	☐
4.				☐	☐	☐
5.				☐	☐	☐

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

5. Hausärztliche Versorgung
Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

Bewohner organisiert Hausarztkontakte selbst. Daten nicht zu erheben. □

5.1 Kontakt mit Hausarztpraxis/Hausarzt/-ärztin ohne resultierenden hausärztlichen Heimbesuch (von den letzten 6 Monaten). *Folgende Punkte bitte angeben, falls dokumentiert.*

	Datum	Grund	Initiiert durch… *(Mehrfachnennungen möglich)*					Art der Kontaktaufnahme				**Dokumentiert in:** (*Mehrfachnennungen möglich*)
			Pflegende	Bewohner/-in	Angehörige/ Betreuer	Hausarzt/ärztin	Nicht zu erfassen	Telefon	Fax	E-Mail	Nicht zu erfassen	
1			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
2			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
3			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
4			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
5			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
6			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
7			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
8			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV

Primäre/Sekundäre Outcomes

(Erhebung aus Bewohnerakte)

			Initiiert durch… *(Mehrfachnennungen möglich)*					Art der Kontaktaufnahme				
	Datum	Grund	Pflegende	Bewohner/-in	Angehörige/ Betreuer	Hausarzt/ärztin	Nicht zu erfassen	Telefon	Fax	E-Mail	Nicht zu erfassen	
9			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
10			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
11			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
12			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
13			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
14			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
15			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
16			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
17			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

5.2 Angaben zum Hausarztbesuch im Heim.
Aufgeführt werden sollen auch Besuche durch nicht-ärztliches Personal.
Bitte folgende Punkte angeben, falls möglich.

	Datum	Grund	Art des Hausarztbesuches						**Dokumentiert in:** (*Mehrfach-nennungen möglich*)	Vertretung des HA durch nicht-ärztliches Personal
			Routinebesuch ohne festes Zeitschema	Akuter Anlass, initiert durch:						
				Pflegende	Bewohner/-in	Angehörige/ Betreuer	Nicht zu erfassen	Hausarzt/ärztin		
1			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
2			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
3			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
4			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
5			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
6			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
7			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
8			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

5.3 Angaben zum Hausarztbesuch des/der Bewohners/Bewohnerin in der hausärztlichen Praxis.
Aufgeführt werden sollen Daten des/der Bewohners/Bewohnerin die Ihren Hausarzt/ärztin in der Hausarztpraxis aufsuchen.
Bitte folgende Punkte angeben, falls möglich.

	Datum	Grund	Initiiert durch			
			Pflegende	Bewohner	Angehörige	Nicht zu erfassen
1.			□	□	□	□
2.			□	□	□	□
3.			□	□	□	□
4.			□	□	□	□
5.			□	□	□	□

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

6. Fachspezialistenkontakt
Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

6.1 Gab es in den letzten 6 Monaten persönlichen oder telefonischen Kontakt mit einem der folgenden Ärzte?
Bitte kreuzen Sie zunächst an, ob der/die Bewohner/-in zu den jeweiligen Ärzten Kontakt hatte (Nein oder Ja). Wenn ja, dann geben Sie bitte weiterhin an, wie oft der/die Bewohner/-in mit dem Arzt/Ärztin Kontakt hatte.

	Persönlicher Kontakt			Telefonischer Kontakt			Kontakt per FAX		
	Nein	Ja	Anzahl	Nein	Ja	Anzahl	Nein	Ja	Anzahl
Fachärztlicher Internist (z. B. Kardiologe, Gastroenterologe, Nephrologe, Diabetologe, Pulmologe, usw.)	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Gynäkologe	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Chirurg	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Orthopäde	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Neurologe / Psychiater	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Hautarzt	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Augenarzt	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Urologe	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Zahnarzt	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Psychotherapeut	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Radiologe	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Hals-Nasen-Ohren-Arzt	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Sonstige:	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

7. Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen

Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

7.1 Hat der/die Bewohner/-in in den letzten 6 Monaten eines der folgenden therapeutischen Angebote in Anspruch genommen? *Aufgeführt werden soll die Anzahl der Durchführungen, nicht der Verordnungen!*

Therapeutisches Angebot	Nein	Ja	Wie oft? *Anzahl*	
Krankengymnastik (auch Physiotherapie, Massagen, Wärme-, Kältebehandlungen, Stromtherapie oder Heilbäder)	☐	☐	____	
Ergotherapie oder Arbeitstherapie	☐	☐	____	
Sprachtherapie	☐	☐	____	
Medizinische Fußpflege/podologische Behandlung	☐	☐	_____-_____	
Heilpraktiker/Osteopathen	☐	☐	____	
Sonstige:_____	☐	☐	____	
Sonstige:_____	☐	☐	____	

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

8. Krankentransporte

Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

8.1 Wieviele Krankentransporte des Bewohners fanden in den letzten 6 Monaten statt? *Gemeint sind beispielsweise Transporte zu und von Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassenen Ärzten und niedergelassenen Therapeuten. Nicht gezählt werden sollen Fahrten ohne Transportschein, oder Transporte durch Angehörige.*

	Datum	Art der Fahrt			Hinfahrt	Rückfahrt
		Mit Notarzt	Ohne Notarzt	Nicht zu erfassen		
1.		☐	☐	☐	☐	☐
2.		☐	☐	☐	☐	☐
3.		☐	☐	☐	☐	☐
4.		☐	☐	☐	☐	☐
5.		☐	☐	☐	☐	☐
6.		☐	☐	☐	☐	☐
7.		☐	☐	☐	☐	☐
8.		☐	☐	☐	☐	☐
9.		☐	☐	☐	☐	☐
10		☐	☐	☐	☐	☐
11.		☐	☐	☐	☐	☐
12.		☐	☐	☐	☐	☐
13.		☐	☐	☐	☐	☐
14.		☐	☐	☐	☐	☐
15.		☐	☐	☐	☐	☐
16.		☐	☐	☐	☐	☐
17.		☐	☐	☐	☐	☐

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

9. Unerwünschte Ereignisse
Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

9.1 Ist der Bewohner in den letzten 6 Monaten gestürzt?	
□ Nein	□ Ja ⟶ Wie oft? Anzahl der Stürze: _____
9.2 Hatte der Bewohner einen sturzbedingten Knochenbruch in <u>den letzten 6 Monaten</u>	
□ Nein	□ Ja, bitte Anzahl der Knochenbrüche nennen:_____
	Art der Knochenbrüche: 1. Knochenbruch:_____ 2. Knochenbruch:_____ 3. Knochenbruch:_____

9.3 Hatte der Bewohner in den letzten 6 Monaten eine ärztlich bestätigte Pneumonie?	
□ Nein	□ Ja ⟶ Wie oft?: _____

9.4 Ist für den Bewohner am Tag der Erhebung eine oder mehrere der nachfolgenden chronischen Wunden bzw. Hautveränderungen dokumentiert? (Es soll die aktuellste Wunddokumentation der letzten 7 Tage verwendet werden)	
□ Nein	□ Ja (bitte durch nachfolgende Angaben die Wunde(n) beschreiben)

Art und Zustand der Wunde(n) **zum Zeitpunkt der Erhebung**

	Lokalisation	Dekubitus Stadium 1	Dekubitus Stadium 2	Dekubitus Stadium 3	Dekubitus Stadium 4	Nicht zu erfassen	Sonstige chronische Wunden (diab. Fuß, Ulcus cruris, feuchtigkeits-/ inkontinenzbedingte Wunde wie z.B. Intertrigo, Mykose
1		□	□	□	□	□	□
2		□	□	□	□	□	□
3		□	□	□	□	□	□
4		□	□	□	□	□	□

Anmerkungen:

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

10. Medikation zum Messzeitpunkt (gilt nicht für die letzten 6 M.)
Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

Wichtig: es werden nur dokumentierte Daten erhoben! Es soll nichts ausgerechnet werden….

10.1 Medikation mit festem Einnahmeschema

Handelsname und Stärke	Ggf. Dosierung Einzelgabe	Dosierung nicht zu erfassen	Wirkstoff	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit (zB. Stück, IE)	Dareichungsform (per os, rektal, vaginal, nasal, dermal, Anwendung am Auge, Anwendung im Ohr, inhalativ i.m. ; i.v.; s.c.) + Kommentar bpsw. Einnahmerythmus

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

10.2 Bedarfsmedikation						
Handelsname und Stärke	Dosierung der Einzelgabe	Einheit (zB. Stück, IE)	Dosierung nicht zu erfassen	Wirkstoff	Maximale Tagesdosierung	Dareichungsform (per os, rektal, vaginal, nasal, dermal, Anwendung am Auge, Anwendung im Ohr, inhalativ i.m. ; i.v.; s.c.) Kommentar bps. Einnahmerythmus

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

Messzeitpunkt: □ 12 Monats-Follow up (t2)

Bewohner-ID: ☐☐☐☐☐☐ Datum:

ABC für den Standort, fortlaufende Heimnummer (01-08), fortlaufende Wohnbereichsnummer; fortlaufende Bewohnernummer (Bsp. A010201).

Erfasser-ID:

Sämtliche Daten werden für die letzten 6 Monate erhoben (ausgenommen Punkt 9.4 und 10. hier Daten am Erhebungstag).

Wurde die Studie nach dem letzten Messzeitpunkt vorzeitig beendet?			
□ Nein	□ Ja, Datum (tt.mm.jj):_____		
Grund:	□ verstorben	□ verzogen	□ anderer:_____

Primäre/Sekundäre Outcomes

(Erhebung aus Bewohnerakte)

1. Krankenhausaufenthalte (keine Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen) der letzten 6 Monate. *(Wenn zutreffend und möglich bitte folgende Angaben ausfüllen)* **Erfasser-ID:** **Datum der Erhebung:**														Dokumentiert in…		
	Datum von: bis:	Uhrzeit Abwesen- heit aus Einrichtung	Grund der Einweisung (Symptomkomplex, Verdachtsdiagnose) **1. AZ-Verschlechterung** **2. Sturz** **3. Verletzungen** **4. Vergiftungen** **5. Schmerz** **6. Infektionen mit/ohne Fieber** 6.1 Pneumonie 6.2 Infektiöse Darmerkrankungen 6.3 Harnwegsinfekt 6.4 Infektion mit unklarem Herd/Fokus **7. Herzkreislaufbeschwerden/ Kardiovaskuläre Symptome** 7.1 Herzstillstand 7.2 Herzinsuffizienz 7.3 Blutdruckentgleisung **8. Neurol. Auffälligkeiten** **9. Blutzuckerentgleisung** **10. Kontrolluntersuchungen** **11. Therapeutische Maßnahmen** 11.1 Dialyse 11.2 PEG-Sonden-Anlage 11.3 Katheter Wechsel **12. Harnwegsprobleme** 12.1 Hämaturie (Blut im Urin) 12.2 Harnverhalt **13. Sonstige, bitte nennen!**	Initiierung durch: 1. Notarzt 2. Rettungsdienst (ohne Notarzt) 3. Bereitschaftsdienst KV 4. Hausarzt 5. FA Neurologie/ Psychiatrie 6. Anderer Facharzt 7. Pflegende Heim 8. Angehörige/Betreuer 9. Bewohner 10. nicht zu erheben	Krankenhausentlas-sungsdiagnosen	Geplant	Ungeplant	Stationär	Ambulant	Notaufnahme	Tage Intensivstation	Tage Psychiatrie	Visitenblatt	Pflegebericht	EDV

Primäre/Sekundäre Outcomes

(Erhebung aus Bewohnerakte)

	Datum von: bis:	Uhrzeit	Grund der Einweisung	Initiierung durch:	Krankenhausentlas-sungsdiagnosen	Geplant	Ungeplant	Stationär	Ambulant	Notaufnahme	Tage Intensivstation	Tage Psychiatrie	Visitenblatt	Pflegebericht	EDV
Bsp.	12.08.2017 14.08.2017	13.00 Uhr 15:30 Uhr	1	4		☐	☐	☐	☐	x	__	_	x	☐	☐
1.	von: bis:					☐	☐	☐	☐	☐	__	_	☐	☐	☐
2.	von: bis:					☐	☐	☐	☐	☐	__	_	☐	☐	☐
3.	von: bis:					☐	☐	☐	☐	☐	__	_	☐	☐	☐
4.	von: bis:					☐	☐	☐	☐	☐	__	_	☐	☐	☐
5.	von: bis:					☐	☐	☐	☐	☐	__	_	☐	☐	☐
6.	von: bis:					☐	☐	☐	☐	☐	__	_	☐	☐	☐

EDV = System der elektronischen Datenverarbeitung (elektr. Patientenakte im Heim)

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

2. Rehabilitation in den vergangen 6 Monaten.

Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

2.1 Hat der/die Bewohner/-in in den vergangenen 6 Monaten eine Rehabilitation in Anspruch genommen? *(Wenn zutreffend und möglich bitte folgende Angaben ausfüllen)*

	Datum von: bis:	Tagesklinik (5mal pro Woche)	Ambulant (3mal pro Woche, durchgeführt im Heim)	Stationär
1.		□	□	☐
2.		□	□	☐
3.		□	□	☐

3. Kontakt mit dem Bereitschaftsarzt des kassenärztlichen Notdienstes

Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

3.1 Hatte der/die Bewohner/-in in den letzten 6 Monaten persönlichen Kontakt mit dem Bereitschaftsarzt des kassenärztlichen Notdienstes (KV Notdienst)? *(Wenn zutreffend und möglich bitte folgende Angaben ausfüllen)*

	Datum	Grund	Initiert durch
1			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
2			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
3			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
4			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
5			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben
6			□ Pflegende Heim □Angehörige/Betreuer □ Bewohner/-in □ nicht zu erheben

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

4. **Kontakt mit dem Rettungsdienst**
Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**
4.1 Hatte der/die Bewohner/-in in den letzten 6 Monaten persönlichen Kontakt mit dem Rettungsdienst *(Wenn zutreffend bitte folgende Angaben ausfüllen)*

	Datum	Grund	Initiert durch: 1. Bereitschaftsdienst KV 2. Hausarzt/-ärztin 3. FA Neurologie/Psychiatrie 4. Anderer Facharzt/-ärztin 5. Pflegende Heim 6. Angehörige/Betreuer 7.Bewohner/-in 8. nicht zu erheben	Kontakt mit Notarzt	Kontakt ohne Notarzt	Nicht zu erfassen
1				☐	☐	☐
2				☐	☐	☐
3				☐	☐	☐
4.				☐	☐	☐
5.				☐	☐	☐

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

5. Hausärztliche Versorgung
Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

Bewohner organisiert Hausarztkontakte selbst. Daten nicht zu erheben. □

5.1 Kontakt mit Hausarztpraxis/Hausarzt/-ärztin ohne resultierenden hausärztlichen Heimbesuch (von den letzten 6 Monaten). *Folgende Punkte bitte angeben, falls dokumentiert.*

	Datum	Grund	Initiiert durch… *(Mehrfachnennungen möglich)*					Art der Kontaktaufnahme				**Dokumentiert in:** (*Mehrfachnennungen möglich*)
			Pflegende	Bewohner/-in	Angehörige/ Betreuer	Hausarzt/ärztin	Nicht zu erfassen	Telefon	Fax	E-Mail	Nicht zu erfassen	
1			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
2			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
3			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
4			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
5			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
6			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
7			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
8			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV

Primäre/Sekundäre Outcomes

(Erhebung aus Bewohnerakte)

			Initiiert durch… *(Mehrfachnennungen möglich)*					Art der Kontaktaufnahme				
	Datum	Grund	Pflegende	Bewohner/-in	Angehörige/ Betreuer	Hausarzt/ärztin	Nicht zu erfassen	Telefon	Fax	E-Mail	Nicht zu erfassen	
9			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
10			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
11			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
12			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
13			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
14			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
15			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
16			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV
17			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

5.2 Angaben zum Hausarztbesuch im Heim.
Aufgeführt werden sollen auch Besuche durch nicht-ärztliches Personal.
Bitte folgende Punkte angeben, falls möglich.

	Datum	Grund	Art des Hausarztbesuches						**Dokumentiert in:** (*Mehrfach-nennungen möglich*)	Vertretung des HA durch nicht-ärztliches Personal
			Routinebesuch ohne festes Zeitschema	Akuter Anlass, initiiert durch:						
				Pflegende	Bewohner/-in	Angehörige/ Betreuer	Nicht zu erfassen	Hausarzt/ärztin		
1			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
2			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
3			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
4			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
5			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
6			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
7			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen
8			□	□	□	□	□	□	□ Visitenblatt □ Pflegebericht □ EDV	□ Ja □ Nein □ Nicht zu erfassen

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

5.3 Angaben zum Hausarztbesuch des/der Bewohners/Bewohnerin in der hausärztlichen Praxis.
Aufgeführt werden sollen Daten des/der Bewohners/Bewohnerin die Ihren Hausarzt/ärztin in der Hausarztpraxis aufsuchen.
Bitte folgende Punkte angeben, falls möglich.

	Datum	Grund	Initiiert durch			
			Pflegende	Bewohner	Angehörige	Nicht zu erfassen
1.			□	□	□	□
2.			□	□	□	□
3.			□	□	□	□
4.			□	□	□	□
5.			□	□	□	□

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

6. Fachspezialistenkontakt
Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

6.1 Gab es in den letzten 6 Monaten persönlichen oder telefonischen Kontakt mit einem der folgenden Ärzte?
Bitte kreuzen Sie zunächst an, ob der/die Bewohner/-in zu den jeweiligen Ärzten Kontakt hatte (Nein oder Ja). Wenn ja, dann geben Sie bitte weiterhin an, wie oft der/die Bewohner/-in mit dem Arzt/Ärztin Kontakt hatte.

	Persönlicher Kontakt			Telefonischer Kontakt			Kontakt per FAX		
	Nein	Ja	Anzahl	Nein	Ja	Anzahl	Nein	Ja	Anzahl
Fachärztlicher Internist (z. B. Kardiologe, Gastroenterologe, Nephrologe, Diabetologe, Pulmologe, usw.)	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Gynäkologe	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Chirurg	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Orthopäde	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Neurologe / Psychiater	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Hautarzt	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Augenarzt	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Urologe	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Zahnarzt	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Psychotherapeut	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Radiologe	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Hals-Nasen-Ohren-Arzt	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Sonstige:	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____
_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____	☐	☐	_____

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

7. Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen

Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

7.1 Hat der/die Bewohner/-in in den letzten 6 Monaten eines der folgenden therapeutischen Angebote in Anspruch genommen? *Aufgeführt werden soll die Anzahl der Durchführungen, nicht der Verordnungen!*

Therapeutisches Angebot	Nein	Ja	Wie oft? *Anzahl*	~~Nicht zu erheben~~
Krankengymnastik (auch Physiotherapie, Massagen, Wärme-, Kältebehandlungen, Stromtherapie oder Heilbäder)	☐	☐	____	~~☐~~
Ergotherapie oder Arbeitstherapie	☐	☐	____	~~☐~~
Sprachtherapie	☐	☐	____	~~☐~~
Medizinische Fußpflege/podologische Behandlung	☐	☐	____	~~☐~~
Heilpraktiker/Osteopathen	☐	☐	____	~~☐~~
Sonstige:_____	☐	☐	____	~~☐~~
Sonstige:_____	☐	☐	____	~~☐~~

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

8. Krankentransporte

Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

8.1 Wieviele Krankentransporte des Bewohners fanden in den letzten 6 Monaten statt? *Gemeint sind beispielsweise Transporte zu und von Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassenen Ärzten und niedergelassenen Therapeuten. Nicht gezählt werden sollen Fahrten ohne Transportschein, oder Transporte durch Angehörige.*

	Datum	Art der Fahrt			Hinfahrt	Rückfahrt
		Mit Notarzt	Ohne Notarzt	Nicht zu erfassen		
1.		☐	☐	☐	☐	☐
2.		☐	☐	☐	☐	☐
3.		☐	☐	☐	☐	☐
4.		☐	☐	☐	☐	☐
5.		☐	☐	☐	☐	☐
6.		☐	☐	☐	☐	☐
7.		☐	☐	☐	☐	☐
8.		☐	☐	☐	☐	☐
9.		☐	☐	☐	☐	☐
10		☐	☐	☐	☐	☐
11.		☐	☐	☐	☐	☐
12.		☐	☐	☐	☐	☐
13.		☐	☐	☐	☐	☐
14.		☐	☐	☐	☐	☐
15.		☐	☐	☐	☐	☐
16.		☐	☐	☐	☐	☐
17.		☐	☐	☐	☐	☐

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

9. Unerwünschte Ereignisse
Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

9.1 Ist der Bewohner in den letzten 6 Monaten gestürzt?	
□ Nein	□ Ja ⟶ Wie oft? Anzahl der Stürze: _____
9.2 Hatte der Bewohner einen sturzbedingten Knochenbruch in <u>den letzten 6 Monaten</u>	
□ Nein	□ Ja, bitte Anzahl der Knochenbrüche nennen:_____
	Art der Knochenbrüche: 1. Knochenbruch:_____ 2. Knochenbruch:_____ 3. Knochenbruch:_____

9.3 Hatte der Bewohner in den letzten 6 Monaten eine ärztlich bestätigte Pneumonie?	
□ Nein	□ Ja ⟶ Wie oft?: _____

9.4 Ist für den Bewohner am Tag der Erhebung eine oder mehrere der nachfolgenden chronischen Wunden bzw. Hautveränderungen dokumentiert? (Es soll die aktuellste Wunddokumentation der letzten 7 Tage verwendet werden)							
□ Nein		□ Ja (bitte durch nachfolgende Angaben die Wunde(n) beschreiben)					
Art und Zustand der Wunde(n) **zum Zeitpunkt der Erhebung**							
	Lokalisation	Dekubitus Stadium 1	Dekubitus Stadium 2	Dekubitus Stadium 3	Dekubitus Stadium 4	Nicht zu erfassen	Sonstige chronische Wunden (diab. Fuß, Ulcus cruris, feuchtigkeits-/ inkontinenzbedingte Wunde wie z.B. Intertrigo, Mykose
1		□	□	□	□	□	□
2		□	□	□	□	□	□
3		□	□	□	□	□	□
4		□	□	□	□	□	□
Anmerkungen:							

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

10. Medikation zum Messzeitpunkt (gilt nicht für die letzten 6 M.)
Erfasser-ID: **Datum der Erhebung:**

Wichtig: es werden nur dokumentierte Daten erhoben! Es soll nichts ausgerechnet werden….

10.1 Medikation mit festem Einnahmeschema

Handelsname und Stärke	Ggf. Dosierung Einzelgabe	Dosierung nicht zu erfassen	Wirkstoff	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit (zB. Stück, IE)	Dareichungsform (per os, rektal, vaginal, nasal, dermal, Anwendung am Auge, Anwendung im Ohr, inhalativ i.m. ; i.v.; s.c.) + Kommentar bpsw. Einnahmerythmus

Primäre/Sekundäre Outcomes
(Erhebung aus Bewohnerakte)

10.2 Bedarfsmedikation						
Handelsname und Stärke	Dosierung der Einzelgabe	Einheit (zB. Stück, IE)	Dosierung nicht zu erfassen	Wirkstoff	Maximale Tagesdosierung	Dareichungsform (per os, rektal, vaginal, nasal, dermal, Anwendung am Auge, Anwendung im Ohr, inhalativ i.m. ; i.v.; s.c.) Kommentar bps. Einnahmerythmus

Nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte

Anlage 29 a Version 1

Einrichtungs-ID: _____

Erhebung zu ____ am (TT.MM.JJ) _____ Nacherhebung zu ____ am (TT.MM.JJ) _____

Bewohner-ID	Erhebungszeitraum		Krankenhausaufenthalt		Diagnosen aus Arztbrief ja/nein	Erfasser ID + Datum Eintrag/Nach-trag	Bemerkung
	von	bis	Beginn (Datum + Uhrzeit)	Ende (Datum + Uhrzeit)			

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN
Ressort Forschung und Lehre
Studienzentrum UMG

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG

Statistical Analysis Plan

Version 1.0

interprof ACT

(UMG-Reg.No.: 01811, ClinicalTrials.gov Identifier: NCT03426475)

Förderer: Innovationsausschuss des G-BA

Author

Rolle/ Institution	Name	Signature	Date
Trial Statistician / Studienzentrum UMG / AG Biometrie & Datenmanagement	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Review

Rolle/ Institution	Name	Signature	Date
Trial Statistician / Department of Medical Statistics	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Approval

Rolle/ Institution	Name	Signature	Date
Principal Investigator / Institut für Allgemeinmedizin (UMG)	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Deputy Principal Investigator / Institut für Allgemeinmedizin (UMG)	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Revision index

Version	Date	Reason
1.0	27.11.2019	Not applicable (new document)

List of abbreviations

AE	Adverse Event
CRF	Case Report Form
DSS	Dementia Screening Scale
EQ-5D-5L	Euro Quol
FIMA	Fragebogen zur Erhebung von Gesundheitsleistungen im Alter
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GLMM	Generalized Linear Mixed effects Model
GP	General Practitioner
ICC	Intra-Cluster Correlation
ICER	Incremental Cost-Effectiveness Ratio
ITT	Intention-To-Treat
PRISCUS	Potentially Inappropriate Medications in the Elderly
QoL	Quality of Life
QoL-AD-NH	Quality of Life in Alzheimer's Disease scale – Nursing Home version
RCT	Randomized Controlled Trial
SAP	Statistical Analysis Plan
SAE	Serious Adverse Event
SZ-UMG	Studienzentrum UMG
UMG	Universitätsmedizin Göttingen
VAS	Visual Analogue Scale

List of definitons, levels, ranges

Cluster	Resident home
Study center (catchment area)	Göttingen, Hamburg, Lübeck
Study group	Control, Intervention
Study (documentation) visits	Baseline (t0), 6 months follow up (t1), 12 months follow up (t2)
QoL-AD-NH self / proxy	Range: 15 (poor) – 60 (excellent)
EQ-5D-5L	11111 (no problems) – 55555 (extreme problems)

List of tables

Table 1: Data collection at study visits 6
Table 2: Questionnaires filled by resident / nursing staff, depending on DSS score 7

Statistical Analysis Plan Version 1.0
interprof ACT
(UMG-Reg.No.: 01811, ClinicalTrials.gov Identifier: NCT03426475)
Förderer: Innovationsausschuss des G-BA

Table of contents

1. Background 5
1.1. Trial objective 5
1.2. Trial design 5
1.2.1. Planned number of nursing homes and number of residents 5
1.2.2. Cluster-Randomization and study groups 5
1.2.3. Blinding 5
1.2.4. Study visits 6
2. Analysis sets 6
3. Analysis variables 6
3.1. Demography and baseline characteristics 6
3.2. Primary outcome 6
3.3. Secondary outcomes 7
3.3.1. Efficacy 7
3.3.2. Safety 7
3.3.3. Quality of Life (QoL) 7
4. Statistical analyses / methods 9
4.1. Handling of missing values 9
4.2. Primary analysis 9
4.2.1. Primary hypothesis 9
4.2.2. Alternative primary analysis 9
4.3. Secondary analyses 9
4.3.1. Total number of hospitalizations 9
4.3.2. Total number of days with hospitalization 10
4.3.3. Mortality 10
4.3.4. Use of other medical services (in parts FIMA questionnaire) 10
4.3.5. Quality of life (QoL) 10
4.4. Safety analyses 10
4.4.1. Potentially inadequate medications (according to PRISCUS list) at baseline and follow up visits at 6 and 12 months 10
4.4.2. Adverse Events 10
4.5. Further analyses 11
4.6. CONSORT flow diagram 11
5. Blind Sample Size Review based on non-comparative data 11
6. Literaturverzeichnis 12

1. Background

This document has been written based on information contained in the trial protocol version 7.0, dated 18.10.2018.

interprof ACT intervention was developed from the previous *interprof* study with six measures for a better collaboration of GPs and nurses in nursing homes in a qualitative multistep bottom-up process (1). These measures should improve the flow of information and the communication between the involved parties and lead to more transparency and effectiveness regarding treatment decisions. In a subsequent exploratory pilot study, four nursing homes could chose measures according to their needs and implemented them for a three months period. GPs and nurses evaluated the measures positively with regard to feasibility and acceptance (2).

Note: The analysis of interprof ACT now focuses on the clinical endpoints. The analysis of the quantitative process evaluation (assesses the satisfaction of the residents regarding the interaction of the general practitioners and nursing staff) is performed by the study center in Lübeck, but also by the Department of Medical Statistics; for this part another statistical analysis plan will be prepared. The qualitative analysis of interviews with nurses and GPs as well as participating observations will be performed by [redacted] and her team (Faculty of Business and Economics, Göttingen). In addition, Prof. [redacted] performs the analysis on the health economic evaluation (FIMA questionnaire, medication, EQ-5D-5L).

1.1. Trial objective

The major aim of this trial is to demonstrate the clinical effectiveness of *interprof ACT*. The primary hypothesis to be tested is that implementation of *interprof ACT* reduces the cumulative incidence of hospitalizations measured over 12 months.

Secondary hypotheses are the reduction in the number of hospitalizations within 12 months and the number of days in hospital as well as an increase in the residents' quality of life. In addition, the impact of *interprof ACT* on safety outcomes (including falls and decubitus ulcers, chronic wounds) will be assessed.

1.2. Trial design

Effects of strategies to improve general practitioner-nurse collaboration and communication in regard to hospital admissions of nursing home residents (interprof ACT) is a multicenter, cluster-randomized controlled intervention study (Cluster-RCT).

1.2.1. Planned number of nursing homes and number of residents

Each included nursing home is assigned to one of three study centers (catchment areas): Göttingen, Hamburg and Lübeck. Residents of a nursing home define a cluster. It is planned to recruit an average cluster size of 20 over 34 nursing homes (Hamburg: 18, Göttingen and Lübeck: each 8), resulting in 680 residents in total.

For a short roundup of the sample size calculation, see section 5.

1.2.2. Cluster-Randomization and study groups

Two eligible nursing homes within a study center are randomized in pairs (allocation ratio 1:1) to the study groups:

- Control – care as usual.
- Intervention – implementation of *interprof ACT*.

1.2.3. Blinding

This is an open study with blinded outcome assessment.

1.2.4. Study visits

The study has three documentation visits, the baseline visit (short: t0) and two follow up visits, six (t1) and twelve months (t2) after randomization. Characteristics and eligibility for nursing homes and their residents are documented at baseline (before randomization). An overview of the data collection at each time point is given in the following Table 1.

Table 1: Data collection at study visits

Data	Baseline (t0)	6 months follow up (t1)	12 months follow up (t2)
Patient characteristics	X	-	-
Nursing home characteristics	X	-	X
Primary and secondary outcomes (retrospective assessment)	(X) (*see Note*)	X	X
QoL assessment (QoL-AD-NH, EQ-5D-5L)	X	-	X

Residents might be included after randomization resulting in a shorter follow up time.

Note: Outcome events documented at baseline are not considered as events, since they appeared before randomization.

2. Analysis sets

The analyses follow the intention to treat (ITT) principle, i.e. all randomized nursing homes will be analyzed in the group they were randomized to, with the exception that nursing homes that do not recruit will be replaced. In case of drop out on resident level, all available data is used.

All eligible and enrolled residents are included, except those discontinuing the study before randomization. For these, additional residents might be included. There is no replacement for residents leaving or dying after randomization.

An analysis of a per protocol population will not be conducted.

3. Analysis variables

In the following only outcome events occurring between randomization and 12 months follow up count as such. The assessment at baseline, which documents outcomes/events from the last 6 months before randomization/baseline are analyzed descriptively only.

All data will be analyzed descriptively, stratified by study group and documentation visit, where applicable.

3.1. Demography and baseline characteristics

Baseline characteristics will be summarized descriptively on resident and nursing home level. For a list of the respective items see the latest version of the CRFs “Stammdaten” (resident, nursing home).

3.2. Primary outcome

The primary outcome is defined on the resident level and is reached if at least one hospitalization occurs within 12 months from randomization. A hospitalization is defined as any admission to a hospital resulting in a nursing home absence for more than 24 hours. If data on exact times are not available, the change of date is sufficient.

The proportion of residents with at least one hospitalization within 12 months from randomization will be calculated and analyzed as primary endpoint.

3.3. Secondary outcomes

3.3.1. Efficacy

Secondary efficacy outcomes are:

- Total number of hospitalizations
- Total number of days hospitalized
- Use of other medical services (in parts FIMA questionnaire – Prof. König)
- Mortality

3.3.1.1. Use of other medical services (in parts FIMA questionnaire)

- Number of days in rehabilitation (FIMA)
- Number of contacts with out-of-hours/emergency services (*der Kassenärztlichen Vereinigung*)
- Number of contacts with ambulance service
- Number of contacts with general practitioner (FIMA)
- Number of contacts with specialists (FIMA)
- Number of contacts with specific therapists (FIMA)
- Number of ambulance transports (FIMA)
- Medication utilization (FIMA)

3.3.2. Safety

Safety endpoints are:

- Potentially inadequate medications (according to PRISCUS list) at baseline and for follow up visits at 6 and 12 months
- Adverse Events, specific AEs are:
  - Fall
  - Bone fracture / bone fracture caused by a fall
  - Pneumonia
  - Chronic wounds or skin changes; decubitus ulcers

3.3.3. Quality of Life (QoL)

The following residents' quality of life questionnaires are assessed at baseline and 12 months follow up:

- QoL-AD-NH self
- QoL-AD-NH proxy
- EQ-5D-5L

3.3.3.1. Dementia Screening Scale (DSS)

To appraise residents' ability to answer questionnaires and as an indication for cognitive impairment the Dementia Screening Scale (DSS) will be applied at baseline and 12 months follow up as proxy measure by nursing home staff.

Seven items are rated with an integer score from 0 to 2, resulting in a total score from 0 to 14.

For residents without a legal guardianship and a DSS score up to 4, the questions of QoL-AD-NH self and EQ-5D-5L are answered by the resident himself, otherwise QoL-AD-NH proxy and EQ-5D-5L are answered by the nursing staff. Furthermore, if the resident has a legal guardianship and the DSS score is up to 4, the resident will be asked, if he wants to answer the questionnaires; if he denies, no questionnaire will be answered by the nursing staff.

Table 2: Questionnaires filled by resident / nursing staff, depending on DSS score

DSS score	By resident	By nursing staff
All items answered: 0 to 4 **1 item not answered: 0 to 2** **2 items not answered: 0**	QoL-AD-NH self; EQ-5D-5L	n.a.

All items answered: 5 to 14 **1 item not answered: 3 to 14** **2 items not answered: 1 to 14**	n.a.	QoL-AD-NH proxy; EQ-5D-5L

3.3.3.2. QoL-AD-NH self/proxy

These questionnaires consist of 15 items each rated with an integer score from 1 to 4:

1 – Poor

2 – Fair

3 – Good

4 – Excellent

resulting in a total score from 15 to 60. A low score indicates poor quality of life.

Up to two missing items are replaced with the mean of the remaining items, otherwise the total score is counted as missing.

3.3.3.3. EQ-5D-5L

This questionnaire assesses the state of health evaluating the following five areas/dimensions:

- Mobility
- Self care
- Usual activities
- Pain / discomfort
- Anxiety / depression

which are rated as: no (1) / slight (2) / moderate (3) / severe (4) / extreme problems (5). These five digits are combined in a 5-digit number.

In addition, a visual analogue scale (VAS) is used to rate the general health assessment at that day.

4. Statistical analyses / methods

Statistical programming will be done using SAS® version 9.4 or higher. The significance level for all hypothesis tests is 5% two-sided or 2.5% one-sided.

4.1. Handling of missing values

A procedure to substitute missing values will not be applied, besides the one described for QoL questionnaires (Section 3.3.3).

Varying follow-up times are included in the alternative primary analysis, the secondary analysis (number of hospitalizations) and their analogues ones.

4.2. Primary analysis

Primary endpoint is the proportion of residents with at least one hospitalization within 12 months from randomization. The analysis will be done using a generalized linear mixed effects model (GLMM) with logit link and fixed effects for intervention and important prognostic factors on the cluster and individual levels, and random effects for clusters. The random effects are included to account for possible intra-cluster correlation.

(Fixed) Pre planned prognostic factors are:

- Study group
- Gender
- Age at baseline
- Level of care
- Size of nursing home (classification/definition and allocation will be provided by the Department of General Practice Göttingen)

(Random):

- Cluster

4.2.1. Primary hypothesis

It is expected that the proportion in the intervention group is smaller compared to control group (pre-planned: 35% vs. 50%). With the probabilities to be hospitalized within 12 months in control group $p_{Control}$ and intervention group $p_{Intervention}$ the primary hypothesis is:

$$H_0: p_{Control} \leq p_{Intervention} \text{ vs. } H_1: p_{Control} > p_{Intervention}$$

The hypothesis will be tested at a one-sided significance level of 2.5%.

SAS® analysis: PROC GLIMMIX

4.2.2. Alternative primary analysis

In case of substantial mortality within 12 months, the time to first hospitalization is used as primary endpoint, which will be analyzed using a semi-parametric model with proportional hazards and mixed effects as above. Death will be dealt with as terminating competing event.

4.3. Secondary analyses

Secondary hypotheses are that the number of hospitalizations within 12 months as well as the number of days in hospital decrease, while residents' quality of life is positively affected. In addition, the impact of interprof ACT on safety outcomes (falls and decubitus ulcers, chronic wounds) will be examined.

4.3.1. Total number of hospitalizations

The number of hospitalizations are modelled as negative binomial counts, which implicitly include Gamma random effects to account for between-resident heterogeneity (overdispersion). Varying follow-up times will be accounted for by including the logarithm of the follow-up time as offset in the model. Another hierarchy level is present in the data due to the cluster randomization. A hierarchical model with

random cluster effects following a normal distribution on the log scale will be used to account for clustering on that level. Prognostic factors are included analogously to the primary analysis (see section 4.2).

SAS® analysis: PROC GLIMMIX

4.3.2. Total number of days with hospitalization

Analysis is chosen analogously to the total number of hospitalizations (see section 4.3.1).

4.3.3. Mortality

Analysis is chosen analogously to the primary endpoint (see section 4.2).

4.3.4. Use of other medical services (in parts FIMA questionnaire)

The proportions and total numbers of these events are analyzed descriptively.

4.3.5. Quality of life (QoL)

4.3.5.1. QoL-AD-NH self/proxy

Since either the self or proxy version of QoL-AD-NH is filled (see section 3.3.3) both scores are analyzed together. The used version (self or proxy) and the baseline value are included as fixed factors. Further prognostic factors are as in the primary analysis (see section 4.2).

The dependent variable to analyze is the 12 months follow up value.

The hierarchical model with random cluster effects is used.

SAS® analysis: PROC MIXED

4.3.5.2. EQ-5D-5L (Prof. König)

The analysis of VAS is done analogously to QoL-AD-NH (see section 4.3.5.1). It needs to be reminded that VAS data are seen to decrease with increasing age, and men tend to report higher VAS score than woman through all decades of age. (3) (4)

For each level/dimension of EQ-5D-5L descriptive values will be given separately. To analyze the change between baseline and 12-months, the EQ-5D-5L utility score will be calculated, using published utility weights (5). The EQ-5D-5L utility score combines the responses on the five dimensions into one cardinal variable.

4.3.6 Health economic evaluation ([redacted]

Based on the measured utilization of health services (see sections 4.3.2 to 4.3.4) cost will be calculated by multiplying utilized services measured at Baseline, 6-month follow-up as well as 12-month follow-up with standard unit costs (6). The EQ-5D-5L utility score (see section 4.3.5.2) will be used to calculate quality-adjusted life years (QALYs), which will be used as measure of effectiveness. Using costs and QALYs the incremental cost-effectiveness ratio (ICER) will be calculated. Furthermore, net-benefit regression will be applied to construct cost-effectiveness acceptability curves to estimate the uncertainty of the ICER.

4.4. Safety analyses

4.4.1. Potentially inadequate medications (according to PRISCUS list) at baseline and follow up visits at 6 and 12 months

The proportion of residents with at least one potentially inadequate medication and the total number of those medications are analyzed descriptively.

4.4.2. Adverse Events

Proportions of residents with specific events (see section 3.3.2) will be calculated and analyzed analogously to the primary endpoint (see section 4.2).

Since hospitalizations and mortality are already endpoints and the intervention is restricted to the organizational part within the nursing homes, an additional documentation of further (serious) adverse events during the study period was not established.

4.5. Further analyses

The DSS will be analyzed descriptively. For further data, if not already analyzed above, descriptive values will be provided.

4.6. CONSORT flow diagram

A CONSORT flow diagram will be prepared to report the number of clusters (nursing homes) and residents within each study group at the following processing stages:

- Randomized / Baseline.
- 6 months follow-up.
- 12 months follow-up.

Also, reasons of discontinuation and sample sizes are provided. Group-stratified line listings complete the overview.

5. Blind Sample Size Review based on non-comparative data

Since there was some uncertainty in the planning with regard to the hospitalization proportions in nursing homes (reported proportions vary between 31% and 63%), the ICC and the proportion of dropouts, a blind sample size review (BSSR) based on non-comparative data (i.e. data pooled across intervention groups) will be conducted once the first 300 residents are recruited with a view to adjust the sample size, if necessary. (7)

Assumptions from the sample size and power calculation are a 50% hospitalization proportion in the control group vs. 35% in the intervention group (power = 80%, two-sided significance level = 5%). Furthermore, an intra-cluster correlation of 0.021 and a mean cluster size of 20 residents to calculate the design effect to allow for correlations among observations within a cluster. Also, a dropout proportion for residents of 20% and four clusters to drop out are included in the preceding calculations.

6. Literaturverzeichnis

1. *Maßnahmen zur besseren interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim - Entwicklung in einem mehrstufigen qualitativen Forschungsprozess.* **Mueller CA, Fleischmann N, Cavazzini C, Geister, Tetzlaff B, Hoell A, Werle J, Scherer M, Hummers-Pradier E.** Bozen : German Medical Science (GMS) Publishing House, 2015.

2. *Einführung und qualitative Evaluation von Maßnahmen zur besseren interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim.* **Mueller CA, Fleischmann N, Cavazzini C, Tetzlaff B, Hoell A, Werle J, Geister C, Scherer M, Hummers-Pradier E.** Bozen : German Medical Science (GMS) Publishing House, 2015.

3. **Mandy van Reenen, Bas Janssen.** EQ-5D-5L User Guide: Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument, v2.1. [Online] https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L_UserGuide_2015.pdf.

4. **Devlin, Nancy.** Office of Health Economics. *5 Things You Should Do with EQ-5D Data.* [Online] https://www.ohe.org/news/5-things-you-should-do-eq-5d-data.

5. **Ludwig K, Matthias Graf von der Schulenburg J, Greiner W.** German Value Set for the EQ-5D-5L. *PharmacoEconomics.* 36(6): 663-674, 2018.

6. **Bock JO, Brettschneider C, Seidl H, Bowles D, Holle R, Greiner W, König HH.** Ermittlung standardisierter Bewertungssätze aus gesellschaftlicher Perspektive für die gesundheitsökonomische Evaluation. *Das Gesundheitswesen.* 77:53-61.

7. **Lake S, Kammann E, Klar N, Betensky R.** Sample size re-estimation in cluster randomization trials. *Statistics in Medicine.* 21: 1337-1350, 2002.

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Datum: _____

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

für die Interpretation der späteren Ergebnisse der *interprof* ACT-Studie ist es wichtig, dass wir auch Ihre Sichtweise zur Versorgung von Bewohnern und Ihre Erwartungen erfassen. Wir bitten Sie daher, diesen Fragebogen auszufüllen. Dieser wird circa 15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Der Fragebogen enthält zwei Teile: Teil A bezieht sich auf allgemeine Angaben sowie Einstellungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Im Teil B möchten wir Ihre Erwartungen und Erfahrungen in der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit bezogen auf ein spezielles Pflegeheim erfahren.

Nach erfolgter mündlicher Aufklärung ist die Teilnahme an der Befragung freiwillig und kann abgelehnt werden, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen. Alle Regeln des Datenschutzes werden eingehalten (siehe Infobox unten).

Das Ausfüllen des Bogens werten wir als schriftliche Einwilligung in die Teilnahme. Bei weiteren Fragen können Sie sich gern an die Studienmitarbeiter vor Ort wenden.

Herzlichen Dank,

Ihr *interprof* ACT-Studienteam

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Das Einverständnis zur Studienteilnahme kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs können die bereits erhobenen Daten nicht gelöscht werden, da eine Rückverfolgung nicht möglich ist.

Zugriff auf die Daten haben nur Mitarbeiter der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt. Die Bestimmungen der Datenschutzgesetze werden eingehalten. Die Ergebnisse der Befragung werden in Form von wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht. Dabei sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens willigen Sie in die Teilnahme ein und erklären sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

Studienzentrum Lübeck:

Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Sascha Köpke

Lars Alt, E-Mail: lars.alt@student.uni-luebeck.de

Anja Behncke, Tel. 0451 / 500 51265, E-Mail: anja.behncke@uksh.de

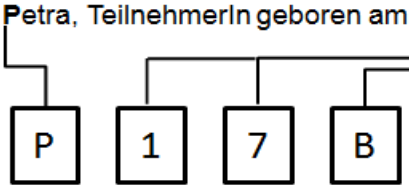
Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Noch ein Hinweis, bevor Sie mit der Beantwortung der Fragen beginnen: Bitte bilden Sie einen persönlichen Code (siehe Beispiel) und tragen Sie diesen ein. Der Code ist wichtig, damit wir diesen Fragebogen und Ihre künftigen Fragebögen einander zuordnen können.

Der Code setzt sich zusammen aus dem **ersten Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter**, dem **Tag Ihres (eigenen) Geburtsdatums** und dem **ersten Buchstaben Ihres (eigenen) Geburtsortes.**

Beispiel:
Vorname der Mutter: **P**etra, TeilnehmerIn geboren am **17**.08.1981 in **B**erlin



Bitte tragen Sie den Code sorgfältig und in Großbuchstaben analog zum o.g. Beispiel ein.

Ihr Code:

☐ ☐ ☐ ☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Teil A – Allgemeine Fragen

1. Angaben zu Ihrer Praxistätigkeit

a. Sind Sie Inhaber/-in einer Praxis?

- ☐ Nein, ich bin angestellt in einer Praxis/einem MVZ
- ☐ Ja, und zwar einer:
  - ☐ Einzelpraxis
  - ☐ Einzelpraxis mit angestellten Ärzten
  - ☐ Gemeinschaftspraxis
  - ☐ Praxisgemeinschaft

b. Gibt es Medizinische Fachangestellte mit zusätzlicher Qualifikation in Ihrer Praxis?

(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ VERAH
- ☐ NäPa
- ☐ AGNES
- ☐ Helver
- ☐ EVA
- ☐ MoPra
- ☐ Wundmanagement
- ☐ Notfallmanagement
- ☐ ambulante Versorgung älterer Menschen
- ☐ Impfassistenz
- ☐ Andere (bitte nennen Sie) _____

c. Wo liegt die Praxis (Einwohnerzahl des Ortes)?

- ☐ Große Großstadt (>500.000 Einwohner)
- ☐ Kleinere Großstadt (<500.000 Einwohner)
- ☐ Mittelstadt (20.000 < 100.000 Einwohner)
- ☐ Größere Kleinstadt (10.000 < 20.000 Einwohner)
- ☐ Kleine Kleinstadt (<10.000 Einwohner)
- ☐ Landgemeinde (<5.000 Einwohner)

d. Ist Ihre Praxis akademische Lehrpraxis?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

e. Seit wie vielen Jahren betreuen Sie Patientinnen/Patienten in Pflegeheimen?

_____

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

f. In wie vielen Pflegeheimen versorgen Sie aktuell Patientinnen/Patienten?

_____

g. Bitte schätzen Sie: Wie hoch ist der Anteil der in Pflegeheimen versorgten Patientinnen/Patienten an der Gesamtzahl Ihrer Patientinnen/Patienten?

ca. _____%

h. Bezogen auf die letzten drei Monate: Wie viele Stunden Ihrer Praxisarbeit nimmt die Versorgung der Patientinnen/Patienten in Pflegeheimen pro Woche in Anspruch?

ca. _____ Stunden

i. Delegieren Sie Besuche bei Patientinnen/Patienten in Pflegeheimen?

- ☐ Nein (bitte weiter mit Frage 2.1)
- ☐ Ja

  Und wenn ja, an wen

  - ☐ Praxisangestellte (MFA) ohne Zusatzqualifikation
  - ☐ Praxisangestellte mit Zusatzqualifikation (s. Frage b)
  - ☐ Ärztin/Arzt in Weiterbildung
  - ☐ Sonstige: _____

j. Wenn Sie Hausbesuche in Pflegeheimen an Praxismitarbeiter/-innen delegieren, welche Tätigkeiten delegieren Sie?

- ☐ venöse Blutentnahmen
- ☐ i.m. Injektionen
- ☐ Anlegen von (Kurz-)infusionen
- ☐ Entfernung von Nahtmaterial
- ☐ Wechsel der Portnadel
- ☐ Katheterisieren
- ☐ transnasale Sonde legen
- ☐ Verbandwechsel
- ☐ Andere (bitte nennen) _____

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

2. Ärztlich-pflegerische Kommunikation und Zusammenarbeit

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu verschiedenen Aspekten der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. **Bitte wählen Sie jeweils die Antwortkategorie aus, die sich am stärksten mit Ihren Sichtweisen oder Erfahrungen deckt.**

		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1	In den Aufgabenbereichen von Hausärztinnen/Hausärzten und Pflegekräften gibt es viele Überschneidungen.	☐	☐	☐	☐
2	Hausärztinnen/Hausärzte und Pflegekräfte sollten über Krankenhauseinweisungen von Patienten gemeinsam entscheiden.	☐	☐	☐	☐
3	Pflegekräfte sollten ärztliche Anweisungen hinterfragen und klären, wenn sie meinen, dass diese den Patienten schädigen könnten.	☐	☐	☐	☐
4	Die wichtigste Funktion der Pflegekräfte besteht darin, die ärztlichen Anweisungen auszuführen.	☐	☐	☐	☐
5	Pflegekräfte sollten auch dafür verantwortlich sein, die Auswirkungen der medizinischen Behandlung zu überwachen.	☐	☐	☐	☐
6	Pflegekräfte sollten gegenüber Patienten für die von Hausärztinnen/Hausärzten delegierten Aufgaben der medizinischen Versorgung rechenschaftspflichtig sein.	☐	☐	☐	☐
7	Hausärztinnen/Hausärzte sollten in allen Fragen der Gesundheitsversorgung der Bewohner/-innen die oberste Autorität sein.	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

3. Einstellung zur Zusammenarbeit und der Kommunikation

Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu den nachfolgenden Aussagen über Ihre Einstellung zur ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit an.

		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	weiß nicht
1	Ich erachte Fallkonferenzen in den Pflegeheimen (z.B. einmal im Quartal) als grundsätzlich wichtig, um die Versorgung der Betroffenen mit den Pflegenden und ggf. weiteren Beteiligten zu besprechen. (Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit von Fallkonferenzen.)	☐	☐	☐	☐	☐
2	Ich erachte die oben genannten Fallkonferenzen in der Zusammenarbeit mit dem Pflegeheimpersonal grundsätzlich als zeitlich und organisatorisch machbar.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ich erachte feste Telefonsprechstunden mit den Pflegenden als sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ich erachte eine gemeinsame Visite mit der verantwortlichen Pflegekraft als sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Eine gute Zusammenarbeit mit den Pflegekräften entlastet mich als Hausärztin/Hausarzt.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Eine gute Kooperation zwischen mir als Hausärztin/Hausarzt und den Pflegefachkräften kann die Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnerinnen/-bewohnern verringern.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Eine gute Zusammenarbeit mit den Pflegekräften verbessert die Effektivität der Versorgung.	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

4. Rahmenbedingungen für eine effektive Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen

4.1 Wie zufrieden sind Sie mit nachfolgenden **allgemeinen** Faktoren der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern?

Wie zufrieden sind Sie generell …		**völlig**	**ziemlich**	**teils-teils**	**wenig**	**gar nicht**
1	… mit der aktuellen Vergütung von Hausbesuchen/Kosten-Nutzen-Verhältnis?	☐	☐	☐	☐	☐
2	… mit der Aufgabenverteilung zwischen Hausärztinnen/-ärzten und Pflegefachkräften in Pflegeheimen in der medizinischen Versorgung der Bewohner/-innen?	☐	☐	☐	☐	☐
3	… mit den Möglichkeiten, medizinische Diagnostik mittels technischer Geräte (z. B. EKG, Sonografie) vor Ort in den Pflegeheimen durchzuführen?	☐	☐	☐	☐	☐
4	… mit den Möglichkeiten, invasive Behandlungen (z. B. Infusionstherapie) vor Ort in den Pflegeheimen durchzuführen?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

4.2 Wie wichtig sind Ihnen folgende Faktoren für eine effektive Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen?

	Wie wichtig finden Sie, dass …	**sehr wichtig**	**wichtig**	**eher wichtig**	**eher unwichtig**	**unwichtig**	**absolut unwichtig**
1	… die Pflege-dokumentation in der Bewohnerakte der Pflege-einrichtung erfolgt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	… die Möglichkeit zur schriftlichen Dokumentation durch Hausärztinnen/-ärzte direkt in der Bewohnerakte vor Ort in der Pflegeeinrichtung besteht?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	… es gemeinsame elektronische Bewohner-/ Patientenakten für Pflegeheime und Hausarztpraxen gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	… es feste Ansprechpartner für Hausärztinnen/-ärzte auf pflegerischer Seite gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	… es vorbereitete Visiten gibt, z.B. indem visitenrelevante Informationen vorab von einer Pflegefachkraft gesammelt und Punkt für Punkt aufgelistet werden?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	… es eine klare Regelung der hausärztlichen Erreichbarkeit gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	… es eine Regelung für die ärztliche Zuständigkeit in der Nacht und am Wochenende gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	… es gemeinsam entwickelte, bewohner-übergreifende Pfade/ Algorithmen für die Entscheidungsfindung über Krankenhauseinweisungen gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Wie wichtig finden Sie, dass …		**sehr wichtig**	**wichtig**	**eher wichtig**	**eher unwichtig**	**unwichtig**	**absolut unwichtig**
9	… es pro Bewohner/-in eindeutige patienten-individuelle Absprachen mit den Pflegefachkräften im Pflegeheim zum Vorgehen in akuten Erkrankungsfällen gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	… es telemedizinische Applikationen („Apps“) für „Fernvisiten“, z.B. mittels Videoübertragung, gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	… vor Ort in Pflegeheimen Medizingeräte für erweiterte medizinische Diagnostik (z. B. EKG, Sonografie, Gefäßdoppler) verfügbar sind?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	… es Möglichkeiten gibt, vor Ort in Pflegeheimen invasive Behandlungen (z. B. Infusionstherapien) durchzuführen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	… es in den Pflegeheimen vor Ort speziell qualifizierte Pflegeexpertinnen/ -experten Geriatrie gibt, die ausgewählte heilberufliche Aufgaben gemäß § 63b SGB V für bestimmte Bewohnergruppen (z. B. chronische Wunden, Herzinsuffizienz) eigenverantwortlich (auf Substitutionsbasis) übernehmen können?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.3 Gibt es darüber hinaus weitere Faktoren, die Ihnen wichtig sind?

_____

_____

_____

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

5. Demografische Angaben

a. Alter: _____ Jahre

b. Geschlecht:

- ☐ Weiblich
- ☐ Männlich

c. Wie viele Jahre insgesamt sind Sie als Ärztin/Arzt tätig? _____ Jahre

d. Davon in der hausärztlichen Versorgung tätig: _____ Jahre

e. Haben Sie eine Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt abgeschlossen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, seit _____ Jahren

  Falls ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)

  - ☐ Allgemeinmedizin
  - ☐ Innere Medizin
  - ☐ Psychiatrie und Psychotherapie
  - ☐ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
  - ☐ Andere _____

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Für den nachfolgenden Teil B des Fragebogens möchten wir Ihre Erwartungen und Erfahrungen in der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim _____ erfahren.

Um später keine Rückschlüsse auf die einzelnen Personen ziehen zu können, wird dieses Blatt vom Studienteam nach Erhalt des Fragebogens entfernt.

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Persönlicher Code ☐☐☐☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Teil B – Fragen speziell zur Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf das oben genannte Pflegeheim.

1. Allgemeine Angaben zum Pflegeheim

1.1 Wie viele Patientinnen/Patienten versorgen Sie aktuell in diesem Pflegeheim? _____

1.2 Wie viele Hausbesuche haben Sie in den letzten drei Monaten durchschnittlich pro Woche in diesem Pflegeheim durchgeführt? (Anzahl der abgerechneten Besuche) _____

2. Ihre Erfahrungen in der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit

In den nachfolgenden Ausführungen geht es um Ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim. Bitte beziehen Sie sich bei Ihren Antworten auf Ihre Erfahrungen **in den vergangenen drei Monaten**.

		sehr oft	oft	manch-mal	selten	nie
1	Wie häufig kommt es vor, dass Sie die verantwortlich Pflegenden beim ersten Anruf nicht erreichen können?	☐	☐	☐	☐	☐
2	Wie häufig nehmen Sie Kontakt zur Einrichtung auf?	☐	☐	☐	☐	☐
3	Wie häufig nimmt die MFA Kontakt zur Einrichtung auf?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Wie häufig haben Sie feste Ansprechpartner/-innen in den Wohnbereichen?	☐	☐	☐	☐	☐
5	Wie häufig finden Terminabsprachen für Visiten zwischen Ihnen und den Pflegenden der Wohnbereiche statt?	☐	☐	☐	☐	☐
6	Wie häufig gibt es Hausbesuche im festen Rhythmus?	☐	☐	☐	☐	☐
7	Wie häufig gibt es von Ihnen initiierte Hausbesuche ohne festen Rhythmus?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Wie häufig gibt es von Pflegenden initiierte Hausbesuche ohne festen Rhythmus?	☐	☐	☐	☐	☐
9	Wenn es keine Terminabsprachen gibt, wie häufig kündigen Sie Ihre Visiten mindestens einen Tag vorher an?	☐	☐	☐	☐	☐
10	Wie häufig gibt es in den Wohnbereichen genügend Zeit für Besprechungen mit den Pflegenden?	☐	☐	☐	☐	☐
11	Wie häufig treffen Sie gemeinsam mit den verantwortlich Pflegenden Absprachen zur Versorgung der Bewohner/-innen?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

		sehr oft	oft	manch-mal	selten	nie
12	Wie häufig halten sich die Pflegenden an getroffene Absprachen?	☐	☐	☐	☐	☐
13	Wie häufig dokumentieren Sie Ihre An- und Verordnungen in der Bewohnerdokumentation?	☐	☐	☐	☐	☐
14	Wie häufig werden Ihre An- und Verordnungen zeitnah und zuverlässig umgesetzt?	☐	☐	☐	☐	☐
15	In dringenden Fällen: Wie häufig können Sie von den verantwortlich Pflegenden während Ihrer normalen Praxiszeiten sofort telefonisch erreicht werden?	☐	☐	☐	☐	☐
16	Wie häufig kommt es vor, dass Pflegende Sie zu einem Akutbesuch eines Bewohners in das Heim bitten?	☐	☐	☐	☐	☐
17	Wenn Pflegende Sie zu einem Akutbesuch zu einer Bewohnerin/einem Bewohner bestellen, wie häufig war das rückblickend notwendig?	☐	☐	☐	☐	☐
18	Wie häufig stimmen Sie mit den im interprofessionellen Team getroffenen Entscheidungen überein?	☐	☐	☐	☐	☐
19	Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass Sie beim Entscheidungsprozess zur medizinischen Versorgung ihrer Patienten in Pflegeheimen außen vorgelassen werden?	☐	☐	☐	☐	☐
20a	Wie häufig werden Sie zu Fallkonferenzen im Pflegeheim eingeladen, um mit den Pflegenden sowie ggf. anderen Beteiligten die Versorgung einzelner Bewohner/-innen zu besprechen? (Bei „nie“ bitte direkt zu 21.)	☐	☐	☐	☐	☐
20b	Wie häufig nehmen Sie an solchen Fallkonferenzen im Pflegeheim teil?	☐	☐	☐	☐	☐
21	Wie häufig tragen Sie ein Namensschild, wenn Sie das Pflegeheim für die Versorgung einer Patientin/eines Patienten aufsuchen?	☐	☐	☐	☐	☐
22	Wie häufig führen Sie in dem Pflegeheim für die Pflegenden Fortbildungen zu medizinischen Themen durch?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

3. Organisation Ihrer ärztlichen Tätigkeit in den Pflegeheimen

3.1 Regelungen für die Zusammenarbeit und Kommunikation

Bitte kreuzen Sie an, welche nachfolgend genannten Regelungen für die Zusammenarbeit Ihre Praxis mit dem genannten Pflegeheim vereinbart sind.

a. Kooperationsvereinbarungen nach folgenden Vorgaben bzw. zu folgenden Inhalten

- ☐ Heimarzt nach § 119b Abs. 2 SGB V
- ☐ Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V
- ☐ Besondere Versorgung nach § 140a SGB V
- ☐ 24stündige Erreichbarkeit von Hausärzten an jedem Tag der Woche
- ☐ Keine bestehenden Kooperationsvereinbarungen
- ☐ Sonstige Kooperationsstrukturen: _____

b. Regelungen zur Erreichbarkeit (innerhalb oder außerhalb eines formalen Kooperationsvertrags)

- ☐ 24-Stunden-Erreichbarkeit über Mobilnummer des Hausarztes
- ☐ Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst außerhalb der Praxiszeiten
- ☐ Sonstige: _____

3.2 Mittel und Wege der Kommunikation

Welche der folgenden Mittel und Wege für den Informationsaustausch nutzen Sie mit dem Pflegeheim?

- ☐ Direkte Durchwahl zum Hausarzt
- ☐ Feste Telefon-/Videosprechstunden
- ☐ Faxformular
- ☐ Report bzw. Reportformular per E-Mail
- ☐ Sonstige: _____

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

4. Ihre Zufriedenheit mit der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit in dem oben genannten Pflegeheim

Bitte beziehen Sie sich bei Ihren Aussagen auf **die letzten drei Monate**.

Wie zufrieden Sind Sie …		**völlig**	**ziemlich**	**teils-teils**	**wenig**	**gar nicht**
1	… mit der Zusammenarbeit mit den Pflegenden im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐
3	… mit der Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Fachärztinnen/-ärzten?	☐	☐	☐	☐	☐
4	… mit der Anerkennung und Wertschätzung durch die Pflegenden im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐
5	… mit dem Fachwissen der Pflegefachkräfte in der Pflegeeinrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
6	… mit Ihren Einflussmöglichkeiten innerhalb der Zusammenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
7	… mit Ihrer Rolle innerhalb der Zusammenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
8	… mit bestehenden gemeinschaftlichen Vereinbarungen zum Erreichen der Ziele?	☐	☐	☐	☐	☐
9	… mit der Art der Entscheidungsfindung innerhalb der Zusammenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
10	… mit der Effektivität der Zusammen-arbeit (Aufwand versus Nutzen)?	☐	☐	☐	☐	☐
12	… mit dem Ablauf Ihrer Visiten in der Pflegeeinrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
13	… mit der Rechtzeitigkeit der Informationsübermittlung zum Gesundheitszustand der von Ihnen in diesem Heim versorgten Bewohner/-innen?	☐	☐	☐	☐	☐
14	… mit der Relevanz und Richtigkeit der schriftlichen und mündlichen Informationen, die Sie von den Pflegekräften zum Gesundheitszustand der von Ihnen in diesem Heim versorgten Bewohner/-innen erhalten?	☐	☐	☐	☐	☐
15	… mit der Nachvollziehbarkeit durchgeführter Medikamentengaben (inkl. Bedarfsmedikation) durch die Pflegefachkräfte?	☐	☐	☐	☐	☐
16	… mit der Transparenz der Ansprechpartner in d. Pflegeeinrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Wie zufrieden Sind Sie …		völlig	ziemlich	teils-teils	wenig	gar nicht
17	… mit bestehenden Regelungen der ärztlichen Zuständigkeit für die Nacht und am Wochenende?	☐	☐	☐	☐	☐

5. Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem genannten Pflegeheim finde ich besonders positiv:

_____

_____

_____

6. Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem genannten Pflegeheim finde ich besonders negativ:

_____

_____

_____

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Datum: _____

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

die 12-monatige *interprof* ACT-Studie steht kurz vor dem Abschluss. Für die Interpretation der späteren Ergebnisse der *interprof* ACT-Studie ist es wichtig, dass wir erneut Ihre Sichtweise zur Versorgung von Bewohnern und Ihre Erwartungen erfassen. Wir bitten Sie daher, diesen Fragebogen auszufüllen. Dieser wird circa 15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Der Fragebogen enthält zwei Teile: Teil A bezieht sich auf allgemeine Angaben sowie Einstellungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Im Teil B möchten wir Ihre Erwartungen und Erfahrungen in der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit bezogen auf ein spezielles Pflegeheim erfahren.

Wie bei der Erstbefragung vor 12 Monaten ist die Teilnahme an der Befragung freiwillig und kann abgelehnt werden, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen. Alle Regeln des Datenschutzes werden eingehalten (siehe Infobox unten).

Das Ausfüllen des Bogens werten wir als schriftliche Einwilligung in die Teilnahme. Bei weiteren Fragen können Sie sich gern an die Studienmitarbeiter vor Ort wenden.

Herzlichen Dank,

Ihr *interprof* ACT-Studienteam

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Das Einverständnis zur Studienteilnahme kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs können die bereits erhobenen Daten nicht gelöscht werden, da eine Rückverfolgung nicht möglich ist.

Zugriff auf die Daten haben nur Mitarbeiter der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt. Die Datenspeicherzeit beträgt 10 Jahre. Die Bestimmungen der Datenschutzgesetze werden eingehalten. Die Ergebnisse der Befragung werden in Form von wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht. Dabei sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens willigen Sie in die Teilnahme ein und erklären sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

Studienzentrum Lübeck:

Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Sascha Köpke

Linda Gärtner, Tel. 0451 / 9299 5115, E-Mail: linda.gaertner@uksh.de

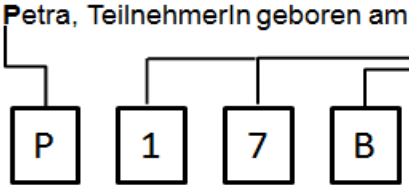
Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Noch ein Hinweis, bevor Sie mit der Beantwortung der Fragen beginnen: Bitte bilden Sie einen persönlichen Code (siehe Beispiel) und tragen Sie diesen ein. Der Code ist wichtig, damit wir diesen Fragebogen und Ihren bereits vor 12 Monaten ausgefüllten Fragebogen einander zuordnen können.

Der Code setzt sich zusammen aus dem **ersten Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter**, dem **Tag Ihres (eigenen) Geburtsdatums** und dem **ersten Buchstaben Ihres (eigenen) Geburtsortes.**

Beispiel:
Vorname der Mutter: **P**etra, TeilnehmerIn geboren am **17**.08.1981 in **B**erlin



Bitte tragen Sie den Code sorgfältig und in Großbuchstaben analog zum o.g. Beispiel ein.

Bitte verwenden Sie, wenn möglich, den gleichen Code, wie vor 12 Monaten.

Ihr Code:

☐ ☐ ☐ ☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Teil A – Allgemeine Fragen

1. Angaben zu Ihrer Praxistätigkeit

a. Sind Sie Inhaber/-in einer Praxis?

- ☐ Nein, ich bin angestellt in einer Praxis/einem MVZ
- ☐ Ja, und zwar einer:
  - ☐ Einzelpraxis
  - ☐ Einzelpraxis mit angestellten Ärzten
  - ☐ Gemeinschaftspraxis
  - ☐ Praxisgemeinschaft

b. Gibt es Medizinische Fachangestellte mit zusätzlicher Qualifikation in Ihrer Praxis?
(Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ VERAH
- ☐ NäPa
- ☐ AGNES
- ☐ Helver
- ☐ EVA
- ☐ MoPra
- ☐ Wundmanagement
- ☐ Notfallmanagement
- ☐ ambulante Versorgung älterer Menschen
- ☐ Impfassistenz
- ☐ Andere (bitte nennen Sie) _____

c. Ist Ihre Praxis akademische Lehrpraxis?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

d. In wie vielen Pflegeheimen versorgen Sie aktuell Patientinnen/Patienten?

_____

e. Bitte schätzen Sie: Wie hoch ist der Anteil der in Pflegeheimen versorgten Patientinnen/Patienten an der Gesamtzahl Ihrer Patientinnen/Patienten?

ca. _____%

f. Bezogen auf die letzten drei Monate: Wie viele Stunden Ihrer Praxisarbeit nimmt die Versorgung der Patientinnen/Patienten in Pflegeheimen <u>pro Woche</u> in Anspruch?

ca. _____ Stunden

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

g. Delegieren Sie Besuche bei Patientinnen/Patienten in Pflegeheimen?

☐ Nein (bitte weiter mit Frage i.)

☐ Ja

Und wenn ja, an wen

☐ Praxisangestellte (MFA) ohne Zusatzqualifikation

☐ Praxisangestellte mit Zusatzqualifikation (s. Frage b)

☐ Ärztin/Arzt in Weiterbildung

☐ Sonstige: _____

h. Wenn Sie Hausbesuche in Pflegeheimen an Praxismitarbeiter/-innen delegieren, welche Tätigkeiten delegieren Sie?

☐ venöse Blutentnahmen
☐ i.m. Injektionen
☐ Anlegen von (Kurz-)infusionen
☐ Entfernung von Nahtmaterial
☐ Wechsel der Portnadel
☐ Katheterisieren
☐ transnasale Sonde legen
☐ Verbandwechsel
☐ Andere (bitte nennen) _____

i. Bezogen auf die letzten 12 Monate, wie häufig kam es vor, dass budgetäre Aspekte Ihre Planung von Hausbesuchen bei Pflegeheimbewohnern beeinflussten?

Immer	Oft	Manchmal	Sehr selten	Nie
☐	☐	☐	☐	☐

j. Was denken Sie: Wie häufig kam es in den vergangenen 12 Monaten bei Ihren hausärztlichen Kollegen im gleichen Ort vor, dass budgetäre Aspekte die Planung von Hausbesuchen bei Pflegeheimbewohnern beeinflussten?

Immer	Oft	Manchmal	Sehr selten	Nie
☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

2. Ärztlich-pflegerische Kommunikation und Zusammenarbeit

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu verschiedenen Aspekten der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. **Bitte wählen Sie jeweils die Antwortkategorie aus, die sich am stärksten mit Ihren Sichtweisen oder Erfahrungen deckt.**

Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu den nachfolgenden Aussagen über die Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden an.

		stimme voll zu	**stimme eher zu**	**stimme eher nicht zu**	**stimme nicht zu**
1	In den Aufgabenbereichen von Hausärztinnen/Hausärzten und Pflegekräften gibt es viele Überschneidungen.	☐	☐	☐	☐
2	Hausärztinnen/Hausärzte und Pflegekräfte sollten über Krankenhauseinweisungen von Patienten gemeinsam entscheiden.	☐	☐	☐	☐
3	Pflegekräfte sollten ärztliche Anweisungen hinterfragen und klären, wenn sie meinen, dass diese den Patienten schädigen könnten.	☐	☐	☐	☐
4	Die wichtigste Funktion der Pflegekräfte besteht darin, die ärztlichen Anweisungen auszuführen.	☐	☐	☐	☐
5	Pflegekräfte sollten auch dafür verantwortlich sein, die Auswirkungen der medizinischen Behandlung zu überwachen.	☐	☐	☐	☐
6	Pflegekräfte sollten gegenüber Patienten für die von Hausärztinnen/Hausärzten delegierten Aufgaben der medizinischen Versorgung rechenschaftspflichtig sein.	☐	☐	☐	☐
7	Hausärztinnen/Hausärzte sollten in allen Fragen der Gesundheitsversorgung der Bewohner/-innen die oberste Autorität sein.	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

3. Einstellung zur Zusammenarbeit und der Kommunikation

Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu den nachfolgenden Aussagen über Ihre Einstellung zur ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit an.

		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	weiß nicht
1	Ich erachte Fallkonferenzen in den Pflegeheimen (z.B. einmal im Quartal) als grundsätzlich wichtig, um die Versorgung der Betroffenen mit den Pflegenden und ggf. weiteren Beteiligten zu besprechen. (Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit von Fallkonferenzen.)	☐	☐	☐	☐	☐
2	Ich erachte die oben genannten Fallkonferenzen in der Zusammenarbeit mit dem Pflegeheimpersonal grundsätzlich als zeitlich und organisatorisch machbar.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ich erachte feste Telefonsprechstunden mit den Pflegenden als sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ich erachte eine gemeinsame Visite mit der verantwortlichen Pflegekraft als sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Eine gute Zusammenarbeit mit den Pflegekräften entlastet mich als Hausärztin/Hausarzt.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Eine gute Kooperation zwischen mir als Hausärztin/Hausarzt und den Pflegefachkräften kann die Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnerinnen/-bewohnern verringern.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Eine gute Zusammenarbeit mit den Pflegekräften verbessert die Effektivität der Versorgung.	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

4. Rahmenbedingungen für eine effektive Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen

4.1 Wie zufrieden sind Sie mit nachfolgenden **allgemeinen** Faktoren der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern?

Wie zufrieden sind Sie generell …		**völlig**	**ziemlich**	**teils-teils**	**wenig**	**gar nicht**
1	… mit der aktuellen Vergütung von Hausbesuchen/Kosten-Nutzen-Verhältnis?	☐	☐	☐	☐	☐
2	… mit der Aufgabenverteilung zwischen Hausärztinnen/-ärzten und Pflegefachkräften in Pflegeheimen in der medizinischen Versorgung der Bewohner/-innen?	☐	☐	☐	☐	☐
3	… mit den Möglichkeiten, medizinische Diagnostik mittels technischer Geräte (z. B. EKG, Sonografie) vor Ort in den Pflegeheimen durchzuführen?	☐	☐	☐	☐	☐
4	… mit den Möglichkeiten, invasive Behandlungen (z. B. Infusionstherapie) vor Ort in den Pflegeheimen durchzuführen?	☐	☐	☐	☐	☐
5	… mit der eigenen Fähigkeit zur Kommunikation mit Pflegekräften in den Pflegeheimen.	☐	☐	☐	☐	☐
6	… mit dem Informationsfluss innerhalb des eigenen Praxisteams speziell zu Belangen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern (z. B. bei Anfragen aus dem Pflegeheim).	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

4.2 Wie wichtig sind Ihnen folgende Faktoren für eine effektive Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen?

	Wie wichtig finden Sie, dass …	**sehr wichtig**	**wichtig**	**eher wichtig**	**eher unwichtig**	**unwichtig**	**absolut unwichtig**
1	… die Pflege-dokumentation in der Bewohnerakte der Pflege-einrichtung erfolgt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	… die Möglichkeit zur schriftlichen Dokumentation durch Hausärztinnen/-ärzte direkt in der Bewohnerakte vor Ort in der Pflegeeinrichtung besteht?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	… es gemeinsame elektronische Bewohner-/ Patientenakten für Pflegeheime und Hausarztpraxen gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	… es feste Ansprechpartner für Hausärztinnen/-ärzte auf pflegerischer Seite gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	… es vorbereitete Visiten gibt, z.B. indem visitenrelevante Informationen vorab von einer Pflegefachkraft gesammelt und Punkt für Punkt aufgelistet werden?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	… es eine klare Regelung der hausärztlichen Erreichbarkeit gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	… es eine Regelung für die ärztliche Zuständigkeit in der Nacht und am Wochenende gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	… es gemeinsam entwickelte, bewohner-übergreifende Pfade/ Algorithmen für die Entscheidungsfindung über Krankenhauseinweisungen gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Wie wichtig finden Sie, dass …		**sehr wichtig**	**wichtig**	**eher wichtig**	**eher unwichtig**	**unwichtig**	**absolut unwichtig**
9	… es pro Bewohner/-in eindeutige patienten-individuelle Absprachen mit den Pflegefachkräften im Pflegeheim zum Vorgehen in akuten Erkrankungsfällen gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	… es telemedizinische Applikationen („Apps“) für „Fernvisiten“, z.B. mittels Videoübertragung, gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	… vor Ort in Pflegeheimen Medizingeräte für erweiterte medizinische Diagnostik (z. B. EKG, Sonografie, Gefäßdoppler) verfügbar sind?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	… es Möglichkeiten gibt, vor Ort in Pflegeheimen invasive Behandlungen (z. B. Infusionstherapien) durchzuführen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	… es in den Pflegeheimen vor Ort speziell qualifizierte Pflegeexpertinnen/ -experten Geriatrie gibt, die ausgewählte heilberufliche Aufgaben gemäß § 63b SGB V für bestimmte Bewohnergruppen (z. B. chronische Wunden, Herzinsuffizienz) eigenverantwortlich (auf Substitutionsbasis) übernehmen können?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.3 Gibt es darüber hinaus weitere Faktoren, die Ihnen für eine effektive Zusammenarbeit mit den Pflegenden wichtig sind?

_____

_____

_____

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Persönlicher Code ☐☐☐☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Für den nachfolgenden Teil B des Fragebogens möchten wir Ihre Erwartungen und Erfahrungen in der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim _____ erfahren.

Um später keine Rückschlüsse auf die einzelnen Personen ziehen zu können, wird dieses Blatt vom Studienteam nach Erhalt des Fragebogens entfernt.

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Persönlicher Code ☐☐☐☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Teil B – Fragen speziell zur Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf das oben genannte Pflegeheim.

1. Allgemeine Angaben zum Pflegeheim

1.1 Wie viele Patientinnen/Patienten versorgen Sie aktuell in diesem Pflegeheim? _____

1.2 Wie viele Hausbesuche haben Sie in den letzten drei Monaten durchschnittlich pro Woche in diesem Pflegeheim durchgeführt? (Anzahl der abgerechneten Besuche) _____

1.3 Wie angemessen finden Sie, nach den Erfahrungen aus den letzten drei Monaten, den Zeitaufwand Ihrer Praxis für die Kommunikation per Telefon/Fax mit diesem Pflegeheim?

Mit Blick auf den Behandlungsbedarf bei den Pflegeheimbewohnern war unser Zeitaufwand für die Kommunikation per Telefon/Fax in den vergangenen drei Monaten …				
… deutlich zu hoch	… tendenziell zu hoch	… gerade richtig	…. tendenziell zu knapp	… deutlich zu knapp
☐	☐	☐	☐	☐

1.4 Wie angemessen finden Sie, nach den Erfahrungen aus den letzten drei Monaten, den Zeitaufwand Ihrer Praxis für die Kommunikation vor Ort in diesem Pflegeheim?

Mit Blick auf den Behandlungsbedarf bei den Pflegeheimbewohnern war unser Zeitaufwand für die Vor-Ort-Besuche in den vergangenen drei Monaten …				
… deutlich zu hoch	… tendenziell zu hoch	… gerade richtig	…. tendenziell zu knapp	… deutlich zu knapp
☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

2. Ihre Erfahrungen in der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit

2.1 Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu den nachfolgenden Aussagen über die Kommunikation mit dem Pflegeheim an.

		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1	Die Kommunikation zwischen mir und den Pflegenden ist durch Wertschätzung und gegenseitiges Vertrauen geprägt.	☐	☐	☐	☐
2	Die Kommunikation zwischen mir und den Pflegenden ist durch Offenheit geprägt.	☐	☐	☐	☐
3	In der Kommunikation zwischen mir und den Pflegenden werden vermutete oder beobachtete Fehler bezogen auf die Versorgung der Bewohner offen und konstruktiv angesprochen, und es gibt Möglichkeiten, daraus zu lernen.	☐	☐	☐	☐
4	Gemeinsam werden Wege gesucht, um aufgetretene Fehler in Zukunft zu vermeiden und die Versorgung zu verbessern.	☐	☐	☐	☐

2.2 In den nachfolgenden Ausführungen geht es um Ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit dem Pflegeheim. Bitte beziehen Sie sich bei Ihren Antworten auf Ihre Erfahrungen in den vergangenen drei Monaten.

		sehr oft	oft	manch-mal	selten	nie
1	Wie häufig kommt es vor, dass Sie die verantwortlich Pflegenden beim ersten Anruf nicht erreichen können?	☐	☐	☐	☐	☐
2	Wie häufig nehmen Sie Kontakt zur Einrichtung auf?	☐	☐	☐	☐	☐
3	Wie häufig nimmt die MFA Kontakt zur Einrichtung auf?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Wie häufig haben Sie feste Ansprechpartner/-innen in den Wohnbereichen?	☐	☐	☐	☐	☐
5	Wie häufig finden Terminabsprachen für Visiten zwischen Ihnen und den Pflegenden der Wohnbereiche statt?	☐	☐	☐	☐	☐
6	Wie häufig gibt es Hausbesuche im festen Rhythmus?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

		sehr oft	oft	manch-mal	selten	nie
7	Wie häufig gibt es von Ihnen initiierte Hausbesuche ohne festen Rhythmus?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Wie häufig gibt es von Pflegenden initiierte Hausbesuche ohne festen Rhythmus?	☐	☐	☐	☐	☐
9	Wenn es keine Terminabsprachen gibt, wie häufig kündigen Sie Ihre Visiten mindestens einen Tag vorher an?	☐	☐	☐	☐	☐
10	Wie häufig gibt es in den Wohnbereichen genügend Zeit für Besprechungen mit den Pflegenden?	☐	☐	☐	☐	☐
11	Wie häufig treffen Sie gemeinsam mit den verantwortlich Pflegenden Absprachen zur Versorgung der Bewohner/-innen?	☐	☐	☐	☐	☐
12	Wie häufig halten sich die Pflegenden an getroffene Absprachen?	☐	☐	☐	☐	☐
13	Wie häufig dokumentieren Sie Ihre An- und Verordnungen in der Bewohnerdokumentation?	☐	☐	☐	☐	☐
14	Wie häufig werden Ihre An- und Verordnungen zeitnah und zuverlässig umgesetzt?	☐	☐	☐	☐	☐
15	In dringenden Fällen: Wie häufig können Sie von den verantwortlich Pflegenden während Ihrer normalen Praxiszeiten sofort telefonisch erreicht werden?	☐	☐	☐	☐	☐
16	Wie häufig kommt es vor, dass Pflegende Sie zu einem Akutbesuch eines Bewohners in das Heim bitten?	☐	☐	☐	☐	☐
17	Wenn Pflegende Sie zu einem Akutbesuch zu einer Bewohnerin/einem Bewohner bestellen, wie häufig war das rückblickend notwendig?	☐	☐	☐	☐	☐
18	Wie häufig stimmen Sie mit den im interprofessionellen Team getroffenen Entscheidungen überein?	☐	☐	☐	☐	☐
19	Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass Sie beim Entscheidungsprozess zur medizinischen Versorgung ihrer Patienten in Pflegeheimen außen vorgelassen werden?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

		sehr oft	oft	manch-mal	selten	nie
20a	Wie häufig werden Sie zu Fallkonferenzen im Pflegeheim eingeladen, um mit den Pflegenden sowie ggf. anderen Beteiligten die Versorgung einzelner Bewohner/-innen zu besprechen? (Bei „nie“ bitte direkt zu 21.)	☐	☐	☐	☐	☐
20b	Wie häufig nehmen Sie an solchen Fallkonferenzen im Pflegeheim teil?	☐	☐	☐	☐	☐
21	Wie häufig tragen Sie ein Namensschild, wenn Sie das Pflegeheim für die Versorgung einer Patientin/eines Patienten aufsuchen?	☐	☐	☐	☐	☐
22	Wie häufig führen Sie in dem Pflegeheim für die Pflegenden Fortbildungen zu medizinischen Themen durch?	☐	☐	☐	☐	☐
23	Wie häufig haben Sie den Eindruck, dass **relevante gesundheitliche Veränderungen der Bewohner** vom Pflegeteam vor Ort übersehen oder falsch gedeutet werden?	☐	☐	☐	☐	☐
24	Wie häufig haben Sie den Eindruck, dass **relevante Informationen über die medizinische Behandlung der Bewohner** (z.B. Ihre Verordnungen) im Pflegeteam vor Ort „untergehen“?	☐	☐	☐	☐	☐

3. Organisation Ihrer ärztlichen Tätigkeit in den Pflegeheimen

3.1 Regelungen für die Zusammenarbeit und Kommunikation

Bitte kreuzen Sie an, welche nachfolgend genannten Regelungen für die Zusammenarbeit Ihre Praxis mit dem genannten Pflegeheim vereinbart sind.

a. Kooperationsvereinbarungen nach folgenden Vorgaben bzw. zu folgenden Inhalten

- ☐ Heimarzt nach § 119b Abs. 2 SGB V
- ☐ Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V
- ☐ Besondere Versorgung nach § 140a SGB V
- ☐ 24stündige Erreichbarkeit von Hausärzten an jedem Tag der Woche
- ☐ Keine bestehenden Kooperationsvereinbarungen
- ☐ Sonstige Kooperationsstrukturen: _____

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

b. Regelungen zur Erreichbarkeit (innerhalb oder außerhalb eines formalen Kooperationsvertrags)

- ☐ 24-Stunden-Erreichbarkeit über Mobilnummer des Hausarztes
- ☐ Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst außerhalb der Praxiszeiten
- ☐ Sonstige: _____

3.2 Mittel und Wege der Kommunikation

Welche der folgenden Mittel und Wege für den Informationsaustausch nutzen Sie mit dem Pflegeheim?

- ☐ Direkte Durchwahl zum Hausarzt
- ☐ Feste Telefon-/Videosprechstunden
- ☐ Faxformular
- ☐ Report bzw. Reportformular per E-Mail
- ☐ Sonstige: _____

4. Ihre Zufriedenheit mit der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit in dem <u>oben genannten Pflegeheim</u>

Bitte beziehen Sie sich bei Ihren Aussagen auf **<u>die letzten drei Monate</u>**.

Wie zufrieden Sind Sie …		**völlig**	**ziemlich**	**teils-teils**	**wenig**	**gar nicht**
1	… mit der Zusammenarbeit mit den Pflegenden in dem Pflegeheim im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐
2	… mit der Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Fachärztinnen/-ärzten in dem Pflegeheim?	☐	☐	☐	☐	☐
3	… mit der Anerkennung und Wertschätzung durch die Pflegenden in dem Pflegeheim im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐
4	… mit dem Fachwissen der Pflegefachkräfte in dem Pflegeheim?	☐	☐	☐	☐	☐
5	… mit Ihren Einflussmöglichkeiten innerhalb der Zusammenarbeit mit den Pflegenden in dem Pflegeheim?	☐	☐	☐	☐	☐
6	… mit Ihrer Rolle innerhalb der Zusammenarbeit mit den Pflegenden in dem Pflegeheim?	☐	☐	☐	☐	☐
7	… mit bestehenden gemeinschaftlichen Vereinbarungen zum Erreichen der Ziele in dem Pflegeheim?	☐	☐	☐	☐	☐
8	… mit der Art der Entscheidungsfindung innerhalb der Zusammenarbeit mit den Pflegenden in dem Pflegeheim?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Wie zufrieden Sind Sie …		**völlig**	**ziemlich**	**teils-teils**	**wenig**	**gar nicht**
9	… mit der Effektivität der Zusammen-arbeit (Aufwand versus Nutzen) mit den Pflegenden in dem Pflegeheim?	☐	☐	☐	☐	☐
10	… mit dem Ablauf Ihrer Visiten in der Pflegeheim?	☐	☐	☐	☐	☐
11	… mit der Rechtzeitigkeit der Informationsübermittlung zum Gesundheitszustand der von Ihnen in diesem Pflegeheim versorgten Bewohner/-innen?	☐	☐	☐	☐	☐
12	… mit der Relevanz und Richtigkeit der schriftlichen und mündlichen Informationen, die Sie von den Pflegekräften zum Gesundheitszustand der von Ihnen in diesem Pflegeheim versorgten Bewohner/-innen erhalten?	☐	☐	☐	☐	☐
13	… mit der Nachvollziehbarkeit durchgeführter Medikamentengaben (inkl. Bedarfsmedikation) durch die Pflegefachkräfte in diesem Pflegeheim?	☐	☐	☐	☐	☐
14	… mit der Transparenz der Ansprechpartner in diesem Pflegeheim?	☐	☐	☐	☐	☐
15	… mit bestehenden Regelungen der ärztlichen Zuständigkeit für die Nacht und am Wochenende in diesem Pflegeheim?	☐	☐	☐	☐	☐
16	… mit der allgemeinen Qualität der Kommunikation zwischen Ihnen und den Pflegenden in diesem Pflegeheim?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

5. Ihre wahrgenommenen Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit <u>bezogen auf das genannte Heim</u>.

a) Inwieweit hat sich die <u>Qualität</u> nachfolgender Aspekte <u>in den letzten 12 Monaten</u> verändert?

		… deutlich verbessert	… eher verbessert	… nicht verändert	… eher verschlech-tert	… deutlich verschlech-tert
1	Die allgemeine Qualität der Zusammenarbeit mit den Pflegekräften in dem Pflegeheim hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
2	Die allgemeine Qualität der Kommunikation mit den Pflegekräften in dem Pflegeheim hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
3	Die Kommunikation mit den Pflegekräften in dem Pflegeheim per Telefon und Fax hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
4	Die telefonische Erreichbarkeit der Pflege<u>fach</u>kräfte in dem Pflegeheim hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
5	Der Informationsfluss zwischen mir/meiner Praxis und den Pflegekräften hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
6	Die Terminabsprachen zu meinen Visiten in dem Pflegeheim haben sich …	☐	☐	☐	☐	☐
7	Die pflegerische Vorbereitung meiner Visiten in dem Pflegeheim hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
8	Der Ablauf der Visiten in dem Pflegeheim (inkl. Vorgespräch und Nachgespräch mit den Pflegekräften) hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
9	Die Möglichkeit zur Dokumentation meiner Anordnungen hat sich in dem Pflegeheim …	☐	☐	☐	☐	☐
10	Die Umsetzung meiner Verordnungen in dem Pflegeheim hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

		… deutlich verbessert	… eher verbessert	… nicht verändert	… eher verschlech-tert	… deutlich verschlech-tert
11	Die Bewohnereinbindung in Entscheidungen zur medizinischen Versorgung hat sich in dem Pflegeheim …	☐	☐	☐	☐	☐
12	Die pflegerisch-medizinischen Kompetenzen der Pflegekräfte in dem Pflegeheim haben sich …	☐	☐	☐	☐	☐
13	Die allgemeine Qualität der Versorgung der Bewohner in dem Pflegeheim hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐

b) Inwieweit hat sich die <u>Häufigkeit</u> nachfolgender Aspekte <u>in den letzten 12 Monaten</u> verändert?

		… deutlich häufiger als vor 12 Monaten	… eher häufiger als vor 12 Monaten	… mit un-veränderter Häufigkeit wie vor 12 Monaten	… eher seltener als vor 12 Monaten	… deutlich seltener als vor 12 Monaten
1	Fax- und Telefonkontakte mit den Pflegenden in dem Heim erfolgen inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐
2	Vor-Ort-Visiten durch mich erfolgen in dem Pflegeheim inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐
3	Die Überprüfung der Standardbedarfsmedikation erfolgt in dem Pflegeheim inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐
4	Einsätze des Bereitschaftsarztes erfolgen bei den von mir versorgten Bewohnern in dem Pflegeheim inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐
5	Rettungsdiensteinsätze (mit oder ohne Notarzt) erfolgen bei den von mir versorgten Bewohnern in dem Pflegeheim inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

		… deutlich häufiger als vor 12 Monaten	… eher häufiger als vor 12 Monaten	… mit un-veränderter Häufigkeit wie vor 12 Monaten	… eher seltener als vor 12 Monaten	… deutlich seltener als vor 12 Monaten
6	Krankenhauseinweisungen der von mir versorgten Bewohner erfolgen in dem Pflegeheim inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐

c) Gibt es neben den bereits abgefragten Aspekten für Sie noch weitere nennenswerte Veränderungen in der Zusammenarbeit mit dem genannten Pflegeheim (in den vergangenen 12 Monaten)?

_____

_____

_____

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Hausarzt-Nr. ☐☐

Datum: _____

Liebe Pflegende,

für die Interpretation der späteren Ergebnisse der *interprof* ACT-Studie ist es wichtig, dass wir auch Ihre Sichtweisen, Erfahrungen und Erwartungen zur Versorgung von Bewohnern erfassen. Wir bitten Sie daher, diesen Fragebogen auszufüllen. Dieser wird circa 15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Der Fragebogen enthält zwei Teile: Teil A bezieht sich auf allgemeine Angaben sowie Einstellungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Im Teil B möchten wir Ihre Erwartungen und Erfahrungen in der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit bezogen auf einen Hausarzt/eine Hausärztin erfahren.

Nach erfolgter mündlicher Aufklärung ist die Teilnahme an der Befragung freiwillig und kann abgelehnt werden, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen. Alle Regeln des Datenschutzes werden eingehalten (siehe hierzu Infobox unten).

Das Ausfüllen des Bogens werten wir als schriftliche Einwilligung in die Teilnahme. Bei weiteren Fragen können Sie sich gern an die Studienmitarbeiter vor Ort wenden.

Herzlichen Dank,

Ihr *interprof* ACT-Studienteam

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Das Einverständnis zur Studienteilnahme kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs können die bereits erhobenen Daten nicht gelöscht werden, da eine Rückverfolgung nicht möglich ist.

Zugriff auf die Daten haben nur Mitarbeiter der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt. Die Bestimmungen der Datenschutzgesetze werden eingehalten. Die Ergebnisse der Befragung werden in Form von wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht. Dabei sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens willigen Sie in die Teilnahme ein und erklären sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

Studienzentrum Lübeck:

Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Sascha Köpke

Anja Behncke, Tel. 0451 500-51265, E-Mail: anja.behncke@uksh.de

Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Teil A: Allgemeine Fragen

1. Pflegerisch-ärztliche Kommunikation und Zusammenarbeit

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu verschiedenen Aspekten der pflegerisch-ärztlichen Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. **Bitte wählen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie aus.**

Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu den nachfolgenden Aussagen über die Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden an.

		stimme voll zu	**stimme eher zu**	**stimme eher nicht zu**	**stimme nicht zu**
1	In den Aufgabenbereichen von Pflegekräften und Ärztinnen/Ärzten gibt es viele Überschneidungen.	☐	☐	☐	☐
2	Pflegekräfte und Ärztinnen/Ärzte sollten über Krankenhauseinweisungen von Patienten gemeinsam entscheiden.	☐	☐	☐	☐
3	Pflegekräfte sollten ärztliche Anweisungen hinterfragen und klären, wenn sie meinen, dass diese den Patienten schädigen könnten.	☐	☐	☐	☐
4	Die wichtigste Funktion der Pflegekräfte besteht darin, die ärztlichen Anweisungen auszuführen.	☐	☐	☐	☐
5	Pflegekräfte sollten auch dafür verantwortlich sein, die Auswirkungen der medizinischen Behandlung zu überwachen.	☐	☐	☐	☐
6	Pflegekräfte sollten gegenüber Patienten für die von ihnen erbrachten Pflegeleistungen rechenschaftspflichtig sein.	☐	☐	☐	☐
7	Ärztinnen/Ärzte sollten in allen Fragen der Gesundheitsversorgung die oberste Autorität sein.	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

2. Ihre Einstellung zur Zusammenarbeit und Kommunikation

Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu den nachfolgenden Aussagen über Ihre Einstellung zur ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit an.

		stimme voll zu	**stimme eher zu**	**stimme eher nicht zu**	**stimme nicht zu**	**weiß nicht**
1	Ich erachte Fallkonferenzen in den Pflegeheimen grundsätzlich als wichtig (z.B. einmal im Quartal), um die Versorgung der Betroffenen mit der Hausärztin/dem Hausarzt und ggf. weiteren Beteiligten zu besprechen. (Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit von Fallkonferenzen.)	☐	☐	☐	☐	☐
2	Ich erachte die oben genannten Fallkonferenzen in der Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt grundsätzlich als zeitlich und organisatorisch machbar.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ich erachte feste Telefon-sprechstunden mit der Hausärztin/dem Hausarzt als sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ich erachte eine gemeinsame Visite mit der Hausärztin/dem Hausarzt als sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Eine gute Kooperation zwischen mir als verantwortlicher Pflegekraft und der Hausärztin/dem Hausarzt kann die Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohner/-innen verringern.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Eine gute Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt verbessert die Effektivität der Versorgung.	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

3. Wie bewerten Sie die aktuellen Rahmenbedingungen für Ihre Arbeit im Pflegeheim?

3.1. Wie zufrieden sind Sie mit nachfolgenden Faktoren der Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern **im Allgemeinen**?

Wie zufrieden sind Sie …		**völlig**	**ziemlich**	**teils-teils**	**wenig**	**gar nicht**
1	… mit der Aufgabenverteilung zwischen Pflegenden und Hausärztinnen/-ärzten in der medizinischen Versorgung der Bewohner/-innen in Ihrer Einrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
2	… mit den Möglichkeiten, medizinische Diagnostik mittels technischer Geräte (z. B. EKG, Sonografie) vor Ort in Ihrer Einrichtung durchzuführen?	☐	☐	☐	☐	☐
3	… mit den Möglichkeiten, invasive Behandlungen (z. B. Infusionstherapie) vor Ort in Ihrer Einrichtung durchzuführen?	☐	☐	☐	☐	☐
4	… mit der Anzahl an Pflegefachkräften („Pflegeschlüssel“) in Ihrem Wohnbereich?	☐	☐	☐	☐	☐
5	... mit dem Dokumentationssystem in Ihrer Einrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

3.2. Wie wichtig sind Ihnen folgende Faktoren für eine effektive Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen/-ärzten?

Wie wichtig finden Sie, dass …		**sehr wichtig**	**wichtig**	**eher wichtig**	**eher unwichtig**	**unwichtig**	**absolut unwichtig**
1	… Hausärztinnen/-ärzte nach einer Visite direkt in der Bewohnerakte Ihrer Pflegeeinrichtung Eintragungen vornehmen können (z.B. bei Anordnung von Medikamenten)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	… es eine gemeinsame elektronische Bewohner-/ Patientenakte für Pflegeeinrichtungen und Hausarztpraxen gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	… es für die Hausärztinnen/ Hausärzte feste Ansprechpartner auf pflegerischer Seite gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	… Hausarztvisiten von Pflegefachkräften vorbereitet werden, z.B. indem visitenrelevante Informationen vorab gesammelt und Punkt für Punkt aufgelistet werden?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	… es eine klare Regelung der hausärztlichen Erreichbarkeit gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	… Sie eine Hausärztin/ einen Hausarzt direkt kontaktieren können (unter Umgehung der Praxismitarbeiter)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	… es eine Regelung für die hausärztliche Zuständigkeit in der Nacht und am Wochenende gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Wie wichtig finden Sie, dass …		**sehr wichtig**	**wichtig**	**eher wichtig**	**eher unwichtig**	**unwichtig**	**absolut unwichtig**
8	… es gemeinsam entwickelte, bewohner-übergreifende Pfade/ Algorithmen für die Entscheidungsfindung über Krankenhauseinweisungen gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	… es pro Bewohner/-in eindeutige Absprachen mit der Hausärztin/dem Hausarzt zum Vorgehen in akuten Erkrankungsfällen gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	… es telemedizinische Applikationen („Apps“) für hausärztliche „Fernvisiten“, z.B. mittels Videoübertragung, gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	… vor Ort im Pflegeheim Medizingeräte für erweiterte medizinische Diagnostik (z. B. EKG, Sonografie, Gefäßdoppler) verfügbar sind?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	… es vor Ort im Pflegeheim möglich ist, invasive Behandlungen (z. B. Infusionstherapie) durchzuführen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	… es in Pflegeheimen speziell qualifizierte Pflegeexpertinnen/-experten Geriatrie gibt, die ausgewählte heilberufliche Aufgaben gemäß § 63b SGB V für bestimmte Bewohnergruppen (z. B. chronische Wunden, Herzinsuffizienz) eigenverantwortlich (nicht auf Delegationsbasis) übernehmen können?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.3 Gibt es darüber hinaus weitere Faktoren, die Ihnen für eine effektive Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen/Hausärzten wichtig sind?

_____

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

4. Demografische Angaben

a. Alter: _____ Jahre

b. Geschlecht:

☐ Weiblich

☐ Männlich

c. Ihre Berufsbezeichnung:

☐ Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger

☐ Examinierte Altenpflegerin/examinierter Altenpfleger

☐ Sonstige Bezeichnung: _____

d. Haben Sie einer der folgenden Zusatzqualifizierungen? *(Mehrfachnennungen möglich)*

☐ Leitung eines Wohnbereichs

☐ Gerontopsychiatrische Pflege

☐ Onkologische Pflege

☐ Palliative Care

☐ _____

e. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als examinierte Pflegekraft? _____ Jahre

Wie viele Jahre davon in der stationären Altenpflege? _____ Jahre

f. Wie lange arbeiten Sie in der derzeitigen Einrichtung? _____Jahre

Mit welchem Stundenumfang? _____ Stunden pro Woche

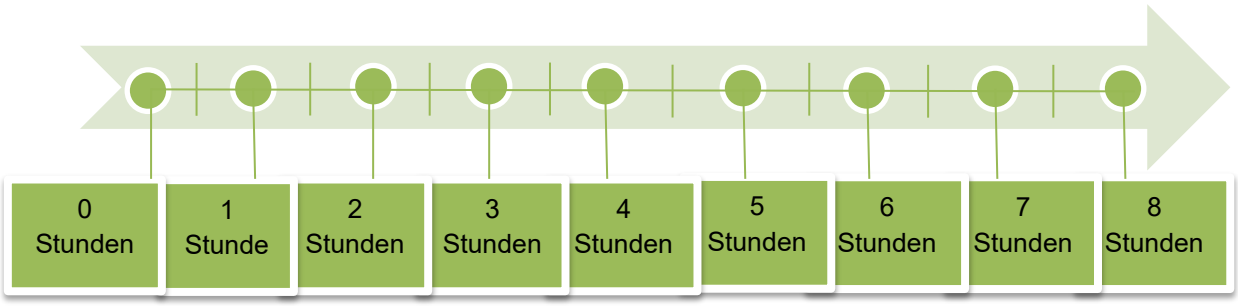
Einrichtungs-ID ☐☐☐

g. Bitte schätzen Sie, wie viel Zeit Sie <u>durchschnittlich pro Schicht</u> für nachfolgende Tätigkeiten aufbringen müssen. Beziehen Sie sich hierbei bitte auf die <u>letzten 3 Monate</u>:

1) Für die Behandlungspflege

Auf der nachfolgenden Skala ist eine Arbeitsschicht von maximal 8 Stunden dargestellt, unterteilt in volle und halbe Stunden.

Bitte kreuzen Sie <u>auf der waagerechten Linie</u> an, wie viele Stunden Sie pro Schicht durchschnittlich für die Behandlungspflege aufwendeten.



2) Für die Kommunikation mit der Hausärztin/dem Hausarzt (bzw. Praxis) <u>per Telefon/Fax</u> (Bitte schätzen die Zeit pro Schicht ein):

- ☐ weniger als 0,5 Stunden
- ☐ zwischen 0,5 und 1,0 Stunden
- ☐ zwischen 1,0 und 1,5 Stunden
- ☐ mehr als 1,5 Stunden

3) Für die Kommunikation mit der Hausärztin/dem Hausarzt <u>vor Ort in Ihrer Einrichtung</u> (Bitte schätzen Sie die Zeit pro Schicht ein):

- ☐ weniger als 0,5 Stunden
- ☐ zwischen 0,5 und 1,0 Stunden
- ☐ zwischen 1,0 und 1,5 Stunden
- ☐ mehr als 1,5 Stunden

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Hausarzt-Nr. ☐☐

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Für den nachfolgenden Teil B des Fragebogens möchten wir Ihre Erwartungen und Erfahrungen in der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit mit dem Hausarzt/der Hausärztin _____ erfahren.

Um später keine Rückschlüsse auf die einzelnen Personen ziehen zu können, wird dieses Blatt vom Studienteam nach Erhalt des Fragebogens entfernt.

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Hausarzt-Nr. ☐☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Hausarzt-Nr. ☐☐

Teil B: Fragen speziell zur Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf Ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit obengenannter Ärztin bzw. obengenanntem Arzt. Bitte halten Sie sich bei Ihren Antworten jeweils Ihre Erfahrungen aus den vergangenen drei Monaten vor Augen.

1. Ihre Erfahrungen in der pflegerisch-ärztlichen Zusammenarbeit

Bitte kreuzen Sie die Antwortkategorie an, die im Durchschnitt am besten Ihren Erfahrungen in den letzten drei Monaten entspricht.

		sehr oft	oft	manch-mal	selten	nie
1	Wie häufig finden Terminabsprachen für Visiten zwischen Ihnen und der Hausärztin/dem Hausarzt statt?	☐	☐	☐	☐	☐
2	Wenn es keine Terminabsprachen gibt, wie häufig kündigt die Hausärztin/der Hausarzt die Visiten mindestens einen Tag vorher an?	☐	☐	☐	☐	☐
3	Wie häufig kommt es vor, dass Sie die Hausärztin/den Hausarzt beim ersten Anruf nicht erreichen können?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Wie häufig nehmen Sie Kontakt zur Hausärztin/zum Hausarzt auf?	☐	☐	☐	☐	☐
5	Wie häufig gibt es in den Wohnbereichen genügend Zeit für Besprechungen mit der Hausärztin/dem Hausarzt?	☐	☐	☐	☐	☐
6	Wie häufig treffen Sie gemeinsam mit der Hausärztin/dem Hausarzt Absprachen zur Versorgung des Bewohners/der Bewohnerin?	☐	☐	☐	☐	☐
7	Wie häufig dokumentiert die Hausärztin/der Hausarzt selbst seine An- und Verordnungen in der Bewohnerdokumentation?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Wie häufig werden die Anliegen der Bewohner zeitnah und zuverlässig von der Hausärztin/dem Hausarzt umgesetzt?	☐	☐	☐	☐	☐
9	In dringenden Fällen: Wie häufig können Sie die Hausärztin/den Hausarzt direkt während der normalen Praxiszeiten sofort telefonisch erreichen?	☐	☐	☐	☐	☐
10	In dringenden Fällen: Wie häufig können Sie die Hausärztin/den Hausarzt außerhalb der normalen Praxiszeiten telefonisch erreichen?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

		sehr oft	oft	manch-mal	selten	nie
11a	Wie häufig führen Sie Fallkonferenzen durch? (Falls Sie keine Fallkonferenzen durchführen, bitte Frage 11b überspringen und bei Frage 12 fortfahren.)	☐	☐	☐	☐	☐
11b	Wie häufig wird die Hausärztin/der Hausarzt zu Fallkonferenzen eingeladen?	☐	☐	☐	☐	☐
12	Wie häufig tragen Sie selbst ein Namensschild?	☐	☐	☐	☐	☐
13	Wie häufig trägt die Hausärztin/der Hausarzt ein Namensschild beim Arztbesuch im Heim?	☐	☐	☐	☐	☐
14	Wie häufig führt die Hausärztin/der Hausarzt im Pflegeheim für die Pflegenden Fortbildungen zu medizinischen Themen durch?	☐	☐	☐	☐	☐

2. Organisation der ärztlichen Tätigkeit in Ihrem Pflegeheim

2.1. Regelungen für die Zusammenarbeit und Kommunikation

Welche nachfolgend genannten Regelungen wurden mit der oben genannten Hausärztin/dem oben genannten Hausarzt vereinbart? Bitte kreuzen Sie an. (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ 24-Stunden-Erreichbarkeit über Mobilnummer der Hausärztin/des Hausarztes
- ☐ Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst außerhalb der Praxiszeiten
- ☐ Sonstige: _____

2.2. Mittel und Wege der Kommunikation

Welche der folgenden Mittel und Wege für den Informationsaustausch nutzen Sie mit dieser Hausärztin/diesem Hausarzt? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Direkte Durchwahl zum Hausarzt
- ☐ Feste Telefon-/Videosprechstunden
- ☐ Faxformular
- ☐ Report bzw. Reportformular per E-Mail
- ☐ Sonstige: _____

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Hausarzt-Nr. ☐☐

3. Ihre Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der obengenannten Hausärztin/ dem obengenannten Hausarzt.

Bitte kreuzen Sie die Antwortkategorie an, die im Durchschnitt am besten Ihren Erfahrungen in den letzten drei Monaten entspricht.

Wie zufrieden Sind Sie …		**völlig**	**ziemlich**	**teils-teils**	**wenig**	**gar nicht**
1	… mit der Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐
2	… mit der Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Fachärztinnen/-ärzten?	☐	☐	☐	☐	☐
3	… mit der Anerkennung und Wertschätzung durch die Hausärztinnen/Hausärzte im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐
4	… mit der fachlichen Kompetenz der Hausärztin/dem Hausarzt?	☐	☐	☐	☐	☐
5	… mit Ihren Einflussmöglichkeiten innerhalb der Zusammenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
6	… mit Ihrer Rolle innerhalb der Zusammenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
7	… mit bestehenden gemeinschaftlichen Vereinbarungen zum Erreichen der Ziele?	☐	☐	☐	☐	☐
8	… mit der Art der Entscheidungsfindung innerhalb der Zusammenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
9	… mit der Effektivität der Zusammen-arbeit (Aufwand versus Nutzen)?	☐	☐	☐	☐	☐
10	… mit dem Ablauf der Visiten in der Pflegeeinrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
11	… mit der Vollständigkeit der Angaben bei hausärztlichen Verordnungen zur Regel- oder Bedarfsmedikation (Angabe von Indikation, Dosis, Dauer, Applikationsform, ggf. zu beachtende Nebenwirkungen)?	☐	☐	☐	☐	☐
12	… mit der Lesbarkeit der hausärztlichen Verordnungen, z. B. zur Regel- oder Bedarfsmedikation?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Wie zufrieden Sind Sie …		völlig	ziemlich	teils-teils	wenig	gar nicht
13	… mit der Rechtzeitigkeit der Informationsübermittlung durch die Hausärztinnen/Hausärzte bei neuen oder geänderten Verordnungen, z. B. zur Regel- oder Bedarfsmedikation?	☐	☐	☐	☐	☐
14	… mit bestehenden Regelungen der hausärztlichen Zuständigkeit für die Nacht und am Wochenende?	☐	☐	☐	☐	☐

4. Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt finde ich besonders positiv:

_____

_____

_____

5. Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt finde ich besonders negativ:

_____

_____

_____

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Hausarzt-Nr. ☐☐

Datum: _____

Liebe Pflegende,

die 12-monatige *interprof* ACT-Studie steht kurz vor dem Abschluss. Für die Interpretation der späteren Ergebnisse der *interprof* ACT-Studie ist es wichtig, dass wir erneut Ihre Sichtweisen, Erfahrungen und Erwartungen zur Versorgung von Bewohnern erfassen.

Wir bitten Sie daher, diesen Fragebogen auszufüllen. Dieser wird circa 15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Der Fragebogen enthält zwei Teile: Teil A bezieht sich auf allgemeine Angaben sowie Einstellungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Im Teil B möchten wir Ihre Erwartungen und Erfahrungen in der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit bezogen auf einen Hausarzt/eine Hausärztin erfahren.

Wie bei der Erstbefragung vor 12 Monaten ist die Teilnahme an der Befragung freiwillig und kann abgelehnt werden, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen. Alle Regeln des Datenschutzes werden eingehalten (siehe hierzu Infobox unten).

Das Ausfüllen des Bogens werten wir als schriftliche Einwilligung in die Teilnahme. Bei weiteren Fragen können Sie sich gern an die Studienmitarbeiter vor Ort wenden.

Herzlichen Dank,

Ihr *interprof* ACT-Studienteam

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Das Einverständnis zur Studienteilnahme kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs können die bereits erhobenen Daten nicht gelöscht werden, da eine Rückverfolgung nicht möglich ist.

Zugriff auf die Daten haben nur Mitarbeiter der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt. Die Datenspeicherzeit beträgt 10 Jahre. Die Bestimmungen der Datenschutzgesetze werden eingehalten. Die Ergebnisse der Befragung werden in Form von wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht. Dabei sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens willigen Sie in die Teilnahme ein und erklären sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

Studienzentrum Lübeck:

Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Sascha Köpke

Linda Gärtner, Tel. 0451/ 9299 5115, E-Mail: linda.gaertner@uksh.de

Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Teil A: Allgemeine Fragen

1. Pflegerisch-ärztliche Kommunikation und Zusammenarbeit

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu verschiedenen Aspekten der pflegerisch-ärztlichen Zusammenarbeit in der Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. **Bitte wählen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie aus.**

Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu den nachfolgenden Aussagen über die Aufgaben- und Rollenverteilung zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden an.

		stimme voll zu	**stimme eher zu**	**stimme eher nicht zu**	**stimme nicht zu**
1	In den Aufgabenbereichen von Pflegekräften und Hausärztinnen/Hausärzten gibt es viele Überschneidungen.	☐	☐	☐	☐
2	Pflegekräfte und Hausärztinnen/Hausärzte sollten über Krankenhauseinweisungen von Patienten gemeinsam entscheiden.	☐	☐	☐	☐
3	Pflegekräfte sollten ärztliche Anweisungen hinterfragen und klären, wenn sie meinen, dass diese den Patienten schädigen könnten.	☐	☐	☐	☐
4	Die wichtigste Funktion der Pflegekräfte besteht darin, die ärztlichen Anweisungen auszuführen.	☐	☐	☐	☐
5	Pflegekräfte sollten auch dafür verantwortlich sein, die Auswirkungen der medizinischen Behandlung zu überwachen.	☐	☐	☐	☐
6	Pflegekräfte sollten gegenüber Patienten für die von ihnen erbrachten Pflegeleistungen rechenschaftspflichtig sein.	☐	☐	☐	☐
7	Hausärztinnen/Hausärzte sollten in allen Fragen der Gesundheitsversorgung die oberste Autorität sein.	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

2. Ihre Einstellung zur Zusammenarbeit und Kommunikation

Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu den nachfolgenden Aussagen über Ihre Einstellung zur pflegerisch-ärztlichen Zusammenarbeit an.

		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	weiß nicht
1	Ich erachte die Kommunikation mit der zuständigen Hausärztin/ dem zuständigen Hausarzt als einen wichtigen Teil meiner pflegerischen Verantwortung für die Gesundheit der Bewohner.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Ich erachte Fallkonferenzen in den Pflegeheimen grundsätzlich als wichtig (z. B. einmal im Quartal), um die Versorgung der Betroffenen mit der Hausärztin/dem Hausarzt und ggf. weiteren Beteiligten zu besprechen. (Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit von Fallkonferenzen.)	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ich erachte die obengenannten Fallkonferenzen in der Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt grundsätzlich als zeitlich und organisatorisch machbar.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ich erachte feste Telefon-sprechstunden mit der Hausärztin/dem Hausarzt als sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Ich erachte eine gemeinsame Visite mit der Hausärztin/dem Hausarzt als sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Eine gute Kooperation zwischen mir als verantwortlicher Pflegekraft und der Hausärztin/dem Hausarzt kann die Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohner/-innen verringern.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Eine gute Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt verbessert die Effektivität der Versorgung.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Im Allgemeinen fällt es mir leicht, mich mit der Hausärztin/dem Hausarzt fachlich über einen Bewohner auszutauschen.	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

3. Wie bewerten Sie die aktuellen Rahmenbedingungen für Ihre Arbeit im Pflegeheim?

3.1. Wie zufrieden sind Sie mit nachfolgenden Faktoren der Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern **im Allgemeinen**?

Wie zufrieden sind Sie …		**völlig**	**ziemlich**	**teils-teils**	**wenig**	**gar nicht**
1	… mit der Aufgabenverteilung zwischen Pflegenden und Hausärztinnen/-ärzten in der medizinischen Versorgung der Bewohner/-innen in Ihrer Einrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
2	… mit den Möglichkeiten, medizinische Diagnostik mittels technischer Geräte (z. B. EKG, Sonografie) vor Ort in Ihrer Einrichtung durchzuführen?	☐	☐	☐	☐	☐
3	… mit den Möglichkeiten, invasive Behandlungen (z. B. Infusionstherapie) vor Ort in Ihrer Einrichtung durchzuführen?	☐	☐	☐	☐	☐
4	… mit der Anzahl an Pflegefachkräften („Pflegeschlüssel“) in Ihrem Wohnbereich?	☐	☐	☐	☐	☐
5	... mit dem Dokumentations-system in Ihrer Einrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
6	… mit der Qualität der Übergabe zum Schichtwechsel in Ihrem Team?	☐	☐	☐	☐	☐
7	… mit Ihren eigenen pflegerisch-medizinischen Fachkenntnissen und Fähigkeiten?	☐	☐	☐	☐	☐
8	… mit den pflegerisch-medizinischen Fachkenntnissen und Fähigkeiten Ihrer pflegerischen Kollegen?	☐	☐	☐	☐	☐
9	… mit der eigenen Fähigkeit zur Kommunikation mit den Hausärzten?	☐	☐	☐	☐	☐
10	… mit dem Informationsfluss innerhalb des eigenen Pflegeteams speziell zu Belangen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern.	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

3.2. Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu den nachfolgenden Aussagen über die Leitungs- und Führungskultur in Ihrer Einrichtung an.

		stimme voll zu	**stimme eher zu**	**stimme eher nicht zu**	**stimme nicht zu**
1	Die Vorgesetzten unterstützen die Pflegenden.	☐	☐	☐	☐
2	Die Wohnbereichsleitung/Pflegedienstleitung zeichnet sich durch gute Management- und Führungsfähigkeiten aus.	☐	☐	☐	☐
3	Die Pflegedienstleitung/Heimleitung ist für das Pflegepersonal ansprechbar und erreichbar.	☐	☐	☐	☐
4	Es gibt Lob und Anerkennung für eine gute Arbeitsleistung.	☐	☐	☐	☐
5	Die Heimleitung legt Wert auf eine hohe Pflegequalität.	☐	☐	☐	☐
6	Die Pflegedienstleitung ist gleichberechtigt in der Heimleitung und hat die gleichen Einflussmöglichkeiten und Befugnisse wie andere Personen der obersten Leitungsebene.	☐	☐	☐	☐
7	Organisation und Einteilung der Pflegearbeit fördert die Versorgungs-/Pflegequalität (z.B. betreut eine Pflegende einzelne Patienten über einen bestimmten Zeitraum).	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

3.3 Wie wichtig sind Ihnen folgende Faktoren für eine effektive Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen/-ärzten?

Wie wichtig finden Sie, dass …		**sehr wichtig**	**wichtig**	**eher wichtig**	**eher unwichtig**	**unwichtig**	**absolut unwichtig**
1	… Hausärztinnen/-ärzte nach einer Visite direkt in der Bewohnerakte Ihrer Pflegeeinrichtung Eintragungen vornehmen können (z.B. bei Anordnung von Medikamenten)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	… es eine gemeinsame elektronische Bewohner-/ Patientenakte für Pflegeeinrichtungen und Hausarztpraxen gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	… es für die Hausärztinnen/ Hausärzte feste Ansprechpartner auf pflegerischer Seite gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	… Hausarztvisiten von Pflegefachkräften vorbereitet werden, z.B. indem visitenrelevante Informationen vorab gesammelt und Punkt für Punkt aufgelistet werden?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	… es eine klare Regelung der hausärztlichen Erreichbarkeit gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	… Sie eine Hausärztin/ einen Hausarzt direkt kontaktieren können (unter Umgehung der Praxismitarbeiter)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	… es eine Regelung für die hausärztliche Zuständigkeit in der Nacht und am Wochenende gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Wie wichtig finden Sie, dass …		**sehr wichtig**	**wichtig**	**eher wichtig**	**eher unwichtig**	**unwichtig**	**absolut unwichtig**
8	… es gemeinsam entwickelte, bewohner-übergreifende Pfade/ Algorithmen für die Entscheidungsfindung über Krankenhauseinweisungen gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	… es pro Bewohner/-in eindeutige Absprachen mit der Hausärztin/dem Hausarzt zum Vorgehen in akuten Erkrankungsfällen gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	… es telemedizinische Applikationen („Apps“) für hausärztliche „Fernvisiten“, z.B. mittels Videoübertragung, gibt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	… vor Ort im Pflegeheim Medizingeräte für erweiterte medizinische Diagnostik (z. B. EKG, Sonografie, Gefäßdoppler) verfügbar sind?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	… es vor Ort im Pflegeheim möglich ist, invasive Behandlungen (z. B. Infusionstherapie) durchzuführen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	… es in Pflegeheimen speziell qualifizierte Pflegeexpertinnen/-experten Geriatrie gibt, die ausgewählte heilberufliche Aufgaben gemäß § 63b SGB V für bestimmte Bewohnergruppen (z. B. chronische Wunden, Herzinsuffizienz) eigenverantwortlich (nicht auf Delegationsbasis) übernehmen können?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

3.4 Gibt es darüber hinaus weitere Faktoren, die Ihnen für eine effektive Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen/Hausärzten wichtig sind?

_____

_____

_____

4. Ihre wahrgenommenen Veränderungen in der allgemeinen medizinischen Versorgung der Bewohner

a) Inwieweit hat sich die <u>Qualität</u> der nachfolgenden Aspekte <u>in den letzten 12 Monaten</u> verändert?

		… deutlich verbessert	… eher verbessert	… nicht verändert	… eher verschlech-tert	… deutlich verschlech-tert
1	Die Möglichkeit für Hausärztinnen/ Hausarzte zur Dokumentation von Anordnungen vor Ort im Pflegeheim hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
2	Die Umsetzung der ärztlichen Verord-nungen hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
3	Die Bewohner-einbindung in Entscheidungen zur medizinischen Ver-sorgung hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
4	Die Sicherheit rund um die Verordnung und Gabe von Medikamenten hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
5	Die allgemeine Qualität der Versorgung der Bewohner hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

b) Inwieweit hat sich die <u>Häufigkeit</u> der nachfolgenden Aspekte <u>in den letzten 12 Monaten</u> verändert?

		… deutlich häufiger als vor 12 Monaten	… eher häufiger als vor 12 Monaten	… mit unveränderter Häufigkeit wie vor 12 Monaten	… eher seltener als vor 12 Monaten	… deutlich seltener als vor 12 Monaten
1	Rettungsdiensteinsätze (mit oder ohne Notarzt) im Pflegeheim erfolgen inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐
2	Einsätze des Bereitschaftsarztes erfolgen inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐
3	Krankenhauseinweisungen der Bewohner erfolgen inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐

c) Gibt es daneben noch weitere nennenswerte Veränderungen in der medizinischen Versorgung der Bewohner (in den vergangenen 12 Monaten)?

_____

_____

_____

Einrichtungs-ID ☐☐☐

5. Demografische Angaben

a. Alter: _____ Jahre

b. Geschlecht:

☐ Weiblich

☐ Männlich

c. Ihre Berufsbezeichnung:

☐ Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger

☐ Examinierte Altenpflegerin/examinierter Altenpfleger

☐ Sonstige Bezeichnung: _____

d. Haben Sie eine der folgenden Zusatzqualifizierungen? *(Mehrfachnennungen möglich)*

☐ Nein

☐ Leitung eines Wohnbereichs

☐ Gerontopsychiatrische Pflege

☐ Onkologische Pflege

☐ Palliative Care

☐ _____

e. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als examinierte Pflegekraft? _____ Jahre

Wie viele Jahre davon in der stationären Altenpflege? _____ Jahre

f. Wie lange arbeiten Sie in der derzeitigen Einrichtung? _____Jahre

Mit welchem Stundenumfang? _____ Stunden pro Woche

g. Würden Sie Ihre Einrichtung einer pflegerischen Kollegin/einem pflegerischen Kollegen als eine gute Arbeitsstelle weiterempfehlen?

Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

h. Wenn Mitglieder Ihrer Familie oder gute Freunde/Bekannte in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege umziehen müssten, würden Sie dann Ihre Einrichtung empfehlen?

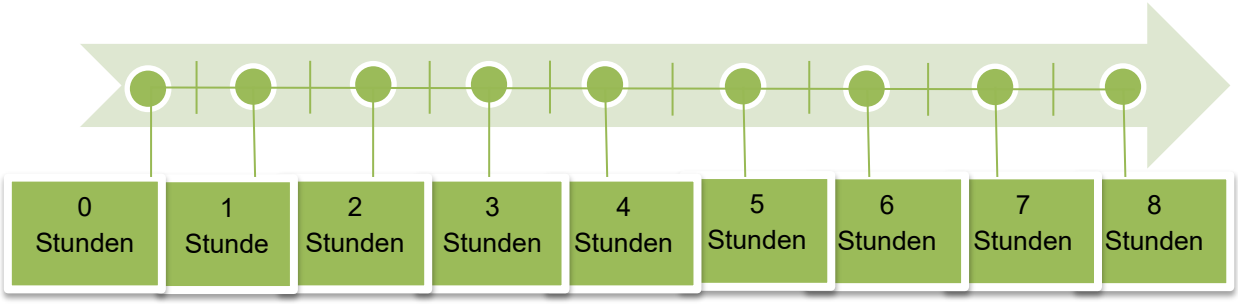
Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
☐	☐	☐	☐

i. Bitte schätzen Sie, wie viel Zeit Sie durchschnittlich pro Schicht für nachfolgende Tätigkeiten aufbringen müssen. Beziehen Sie sich hierbei bitte auf die letzten 3 Monate:

1) Für die Behandlungspflege

Auf der nachfolgenden Skala ist eine Arbeitsschicht von maximal 8 Stunden dargestellt, unterteilt in volle und halbe Stunden.

Bitte kreuzen Sie auf der waagerechten Linie an, wie viele Stunden pro Schicht Sie durchschnittlich für die Behandlungspflege aufwenden.



2) Für die Kommunikation mit Hausärztinnen/Hausärzten (bzw. Praxis) per Telefon/Fax (Bitte schätzen die Zeit pro Schicht ein):

- ☐ weniger als 0,5 Stunden
- ☐ zwischen 0,5 und 1,0 Stunden
- ☐ zwischen 1,0 und 1,5 Stunden
- ☐ mehr als 1,5 Stunden

Einrichtungs-ID ☐☐☐

3) Für die Kommunikation mit Hausärztinnen/Hausärzten vor Ort in Ihrer Einrichtung (Bitte schätzen Sie die Zeit pro Schicht ein):

- ☐ weniger als 0,5 Stunden
- ☐ zwischen 0,5 und 1,0 Stunden
- ☐ zwischen 1,0 und 1,5 Stunden
- ☐ mehr als 1,5 Stunden

j. Wie sehr stimmen Sie nachfolgenden Aussagen zur Rolle der Kommunikation mit Hausärztinnen und Hausärzten im Rahmen Ihrer pflegerischen Arbeit zu? Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an.

		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1	Die Kommunikation mit Hausärztinnen/Hausärzten (z.B. Absprachen treffen, Terminfindung) ist **für mich** ein sehr wichtiger Bestandteil meiner pflegefachlichen Arbeit.	☐	☐	☐	☐
2	Die Kommunikation mit Hausärztinnen/Hausärzten (z.B. Absprachen treffen, Terminfindung) ist **für die anderen Pflegefachkräfte in unserem Team** ein sehr wichtiger Bestandteil ihrer pflegefachlichen Arbeit.	☐	☐	☐	☐

k. Bitte beantworten Sie die folgende Frage nur, wenn Sie in dem Interventionsheim arbeiten.

Bitte beurteilen Sie, inwieweit folgende Aussagen zur Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen zutreffen.

	Trifft voll-kommen zu				Trifft überhaupt nicht zu
	1	←			5
Ich werde weiter an der Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen auch nach Beendigung der Studie arbeiten.	☐	☐	☐	☐	☐
Das Pflegeteam wird weiter an der Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen auch nach Beendigung der Studie arbeiten.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann die *interprof* ACT-Maßnahmen gut in meinen Arbeitsalltag integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Das Pflegeteam kann die *interprof* ACT-Maßnahmen gut in ihren Arbeitsalltag integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Für den nachfolgenden Teil B des Fragebogens möchten wir Ihre Erwartungen und Erfahrungen in der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit mit dem Hausarzt/der Hausärztin _____ erfahren.

Sollten Sie keine Aussage zu dem Hausarzt/ der Hausärztin treffen können, streichen Sie bitte die nachfolgenden Seiten einfach durch.

Um später keine Rückschlüsse auf die einzelnen Personen ziehen zu können, wird dieses Blatt vom Studienteam nach Erhalt des Fragebogens entfernt.

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Hausarzt-Nr. ☐☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Hausarzt-Nr. ☐☐

Teil B: Fragen speziell zur Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf Ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit obengenannter Ärztin bzw. obengenanntem Arzt. Bitte halten Sie sich bei Ihren Antworten jeweils Ihre Erfahrungen aus den vergangenen drei Monaten vor Augen.

1. Allgemeine Fragen

1.1 Wie angemessen finden Sie, nach den Erfahrungen aus den letzten drei Monaten, den Zeitaufwand für die Kommunikation per Telefon/Fax mit der Hausärztin/dem Hausarzt?

Mit Blick auf den Versorgungsbedarf bei den Pflegeheimbewohnern war unser Zeitaufwand für die Kommunikation per Telefon/Fax in den vergangenen drei Monaten …				
… deutlich zu hoch	… tendenziell zu hoch	… gerade richtig	…. tendenziell zu knapp	… deutlich zu knapp
☐	☐	☐	☐	☐

1.2 Wie angemessen finden Sie, nach den Erfahrungen aus den letzten drei Monaten, den Zeitaufwand für die Kommunikation vor Ort mit der Hausärztin/dem Hausarzt?

Mit Blick auf den Versorgungsbedarf bei den Pflegeheimbewohnern war unser Zeitaufwand für die Vor-Ort-Besuche in den vergangenen drei Monaten …				
… deutlich zu hoch	… tendenziell zu hoch	… gerade richtig	…. tendenziell zu knapp	… deutlich zu knapp
☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

2 Ihre Erfahrungen in der pflegerisch-ärztlichen Zusammenarbeit

2.1 Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu den nachfolgenden Aussagen über die Kommunikation mit der Hausärztin/dem Hausarzt an.

		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1	Die Kommunikation zwischen mir und der Hausärztin/dem Hausarzt ist durch Wertschätzung und gegenseitiges Vertrauen geprägt.	☐	☐	☐	☐
2	Die Kommunikation zwischen mir und der Hausärztin/dem Hausarzt ist durch Offenheit geprägt.	☐	☐	☐	☐
3	In der Kommunikation zwischen mir und der Hausärztin/dem Hausarzt werden vermutete oder beobachtete Fehler offen und konstruktiv angesprochen, und es gibt Möglichkeiten, daraus zu lernen.	☐	☐	☐	☐
4	Gemeinsam werden Wege gesucht, um aufgetretene Fehler in Zukunft zu vermeiden und die Versorgung zu verbessern.	☐	☐	☐	☐

2.2 In den nachfolgenden Ausführungen geht es um Ihre Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt. Bitte beziehen Sie sich bei Ihren Antworten auf Ihre Erfahrungen <u>in den vergangenen drei Monaten.</u>

		sehr oft	oft	manch-mal	selten	nie
1	Wie häufig finden Terminabsprachen für Visiten zwischen Ihnen und der Hausärztin/dem Hausarzt statt?	☐	☐	☐	☐	☐
2	Wenn es keine Terminabsprachen gibt, wie häufig kündigt die Hausärztin/der Hausarzt die Visiten mindestens einen Tag vorher an?	☐	☐	☐	☐	☐
3	Wie häufig kommt es vor, dass Sie die Hausärztin/den Hausarzt beim ersten Anruf nicht erreichen können?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Wie häufig nehmen Sie Kontakt zur Hausärztin/zum Hausarzt auf?	☐	☐	☐	☐	☐
5	Wie häufig gibt es in den Wohnbereichen genügend Zeit für Besprechungen mit der Hausärztin/dem Hausarzt?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Hausarzt-Nr. ☐☐

		sehr oft	oft	manch-mal	selten	nie
6	Wie häufig treffen Sie gemeinsam mit der Hausärztin/dem Hausarzt Absprachen zur Versorgung des Bewohners/der Bewohnerin?	☐	☐	☐	☐	☐
7	Wie häufig dokumentiert die Hausärztin/der Hausarzt selbst seine An- und Verordnungen in der Bewohnerdokumentation?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Wie häufig werden die Anliegen der Bewohner zeitnah und zuverlässig von der Hausärztin/dem Hausarzt umgesetzt?	☐	☐	☐	☐	☐
9	In dringenden Fällen: Wie häufig können Sie die Hausärztin/den Hausarzt direkt während der normalen Praxiszeiten sofort telefonisch erreichen?	☐	☐	☐	☐	☐
10	In dringenden Fällen: Wie häufig können Sie die Hausärztin/den Hausarzt außerhalb der normalen Praxiszeiten telefonisch erreichen?	☐	☐	☐	☐	☐
11a	Wie häufig führen Sie Fallkonferenzen durch? (Falls Sie keine Fallkonferenzen durchführen, bitte Frage 11b überspringen und bei Frage 12 fortfahren.)	☐	☐	☐	☐	☐
11b	Wie häufig wird die Hausärztin/der Hausarzt zu Fallkonferenzen eingeladen?	☐	☐	☐	☐	☐
12	Wie häufig tragen Sie selbst ein Namensschild?	☐	☐	☐	☐	☐
13	Wie häufig trägt die Hausärztin/der Hausarzt ein Namensschild beim Arztbesuch im Heim?	☐	☐	☐	☐	☐
14	Wie häufig führt die Hausärztin/der Hausarzt im Pflegeheim für die Pflegenden Fortbildungen zu medizinischen Themen durch?	☐	☐	☐	☐	☐
15	Wie häufig haben Sie den Eindruck, dass relevante Informationen über den Gesundheitszustand oder die medizinische Behandlung der Bewohner in der Hausarztpraxis „untergehen“?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

3 Organisation der ärztlichen Tätigkeit in Ihrem Pflegeheim

3.1 Regelungen für die Zusammenarbeit und Kommunikation

Welche nachfolgend genannten Regelungen wurden mit der oben genannten Hausärztin/dem oben genannten Hausarzt vereinbart? Bitte kreuzen Sie an. (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ 24-Stunden-Erreichbarkeit über Mobilnummer der Hausärztin/des Hausarztes
- ☐ Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst außerhalb der Praxiszeiten
- ☐ Sonstige: _____

3.2 Mittel und Wege der Kommunikation

Welche der folgenden Mittel und Wege für den Informationsaustausch nutzen Sie mit dieser Hausärztin/diesem Hausarzt? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Direkte Durchwahl zum Hausarzt
- ☐ Feste Telefon-/Videosprechstunden
- ☐ Faxformular
- ☐ Report bzw. Reportformular per E-Mail
- ☐ Sonstige: _____

4. Ihre Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit der obengenannten Hausärztin/ dem obengenannten Hausarzt.

Bitte kreuzen Sie die Antwortkategorie an, die im Durchschnitt am besten Ihren Erfahrungen in den **letzten drei Monaten** entspricht.

Wie zufrieden Sind Sie …		**völlig**	**ziemlich**	**teils-teils**	**wenig**	**gar nicht**
1	… mit der Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐
2	… mit der Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Fachärztinnen/-ärzten?	☐	☐	☐	☐	☐
3	… mit der Anerkennung und Wertschätzung durch die Hausärztinnen/Hausärzte im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐
4	… mit der fachlichen Kompetenz der Hausärztin/dem Hausarzt?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Wie zufrieden Sind Sie …		**völlig**	**ziemlich**	**teils-teils**	**wenig**	**gar nicht**
5	… mit Ihren Einflussmöglichkeiten innerhalb der Zusammenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
6	… mit Ihrer Rolle innerhalb der Zusammenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
7	… mit bestehenden gemeinschaftlichen Vereinbarungen zum Erreichen der Ziele?	☐	☐	☐	☐	☐
8	… mit der Art der Entscheidungsfindung innerhalb der Zusammenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
9	… mit der Effektivität der Zusammen-arbeit (Aufwand versus Nutzen)?	☐	☐	☐	☐	☐
10	… mit dem Ablauf der Visiten in der Pflegeeinrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
11	… mit der Vollständigkeit der Angaben bei hausärztlichen Verordnungen zur Regel- oder Bedarfsmedikation (Angabe von Indikation, Dosis, Dauer, Applikationsform, ggf. zu beachtende Nebenwirkungen)?	☐	☐	☐	☐	☐
12	… mit der Lesbarkeit der hausärztlichen Verordnungen, z. B. zur Regel- oder Bedarfsmedikation?	☐	☐	☐	☐	☐
13	… mit der Rechtzeitigkeit der Informationsübermittlung durch die Hausärztinnen/Hausärzte bei neuen oder geänderten Verordnungen, z. B. zur Regel- oder Bedarfsmedikation?	☐	☐	☐	☐	☐
14	… mit bestehenden Regelungen der hausärztlichen Zuständigkeit für die Nacht und am Wochenende?	☐	☐	☐	☐	☐
15	… mit der allgemeinen Qualität der Kommunikation zwischen Ihnen und der Hausärztin/dem Hausarzt?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

5. Ihre wahrgenommenen Veränderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit bezogen auf die genannte Hausärztin/den genannten Hausarzt.

a) Wie hat sich die Qualität folgender Aspekte in den letzten 12 Monaten verändert?

		… deutlich verbessert	… eher verbessert	… nicht verändert	… eher verschlech-tert	… deutlich verschlech-tert
1	Die allgemeine Qualität der Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
2	Die allgemeine Qualität der Kommunikation mit der Hausärztin/dem Hausarzt hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
3	Die Kommunikation mit der Hausärztin/dem Hausarzt per Telefon und Fax hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
4	Die telefonische Erreichbarkeit der Hausärztin/dem Hausarzt hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
5	Der Informations-fluss zwischen uns Pflegekräften und der Hausärztin/dem Hausarzt hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
6	Die Termin-absprachen mit der Hausärztin/dem Hausarzt zu den Visiten haben sich …	☐	☐	☐	☐	☐
7	Die Vorbereitung der Visiten hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
8	Der Ablauf der Visiten (inkl. Vorgespräch und Nachgespräch mit der Hausärztin/dem Hausarzt) hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID ☐☐☐

b) Wie hat sich die <u>Häufigkeit</u> folgender Aspekte in den letzten 12 Monaten verändert?

		… deutlich häufiger als vor 12 Monaten	**… eher häufiger als vor 12 Monaten**	**… mit unveränderter Häufigkeit wie vor 12 Monaten**	**… eher seltener als vor 12 Monaten**	**… deutlich seltener als vor 12 Monaten**
1	Fax- und Telefonkontakte mit der Hausärztin/dem Hausarzt erfolgen inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐
2	Vor-Ort-Visiten der Hausärztin/des Hausarztes erfolgen inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐
3	Die Überprüfung der Standardbedarfsmedikation durch die Hausärztin/den Hausarzt erfolgt inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐

c) Gibt es neben den bereits abgefragten Veränderungen für Sie noch weitere nennenswerte Veränderungen in der Zusammenarbeit mit der genannten Hausärztin/dem Hausarzt (in den vergangenen 12 Monaten)?

_____

_____

_____

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Messzeitpunkt: ☐ T0 Bewohner-ID ☐☐☐☐☐☐☐

☐ durch den Bewohner ausgefüllt ☐ mit Hilfe eines Studienmitarbeiters

Hinweis: Der Fragebogen ist nur bei DSS ≤ 4 auszufüllen

Datum: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte beantworten Sie alle Fragen so spontan wie möglich und geben Sie die für Sie am ehesten zutreffende Antwort an. Wichtig ist, dass Sie jeweils nur ein Kreuz pro Zeile setzen

1. Zufriedenheit mit Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt

	Sehr zufrieden 	**Zufrieden** 	**Unzufrieden** 	**Sehr unzufrieden** 	**Kann ich nicht beurteilen**
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen …					
… mit der Betreuung durch Ihren Hausarzt?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden sind Sie mit …					
… der Häufigkeit der Besuche Ihres Hausarztes bei Ihnen im Heim?	☐	☐	☐	☐	☐
… der Zeit, die er/sie sich für Sie nimmt?	☐	☐	☐	☐	☐
… den Informationen, die Sie von Ihrem Hausarzt zu Ihrer Gesundheit und Behandlung erhalten?	☐	☐	☐	☐	☐

2. Inwieweit werden Sie von Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt in Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen einbezogen?

Wie häufig kommt es vor,	**Immer**	**Meistens**	**Selten**	**Nie**	**Kann ich nicht**

Messzeitpunkt: ☐ T0 Bewohner-ID ☐☐☐☐☐☐☐

☐ durch den Bewohner ausgefüllt ☐ mit Hilfe eines Studienmitarbeiters

Hinweis: Der Fragebogen ist nur bei DSS ≤ 4 auszufüllen

dass Ihr Hausarzt …					**beurteilen**
… mit Ihnen über Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten spricht?	☐	☐	☐	☐	☐
… Ihnen alles so erklärt, dass Sie es gut verstehen können?	☐	☐	☐	☐	☐
… Sie so sehr in die Entscheidungen über Ihre Behandlung einbezieht, wie Sie es möchten?	☐	☐	☐	☐	☐

3. Wenn Sie an Ihre medizinische Versorgung hier im Heim denken, wie häufig haben Sie das Gefühl, dass….

	Immer	**Meistens**	**selten**	**Nie**	**Kann ich nicht beurteilen**
… sich die Pflegenden und Ihr Hausarzt über Ihre Gesundheit und Ihre Behandlung austauschen?	☐	☐	☐	☐	☐
… Sie die Medikamente und Therapiemaßnahmen so erhalten, wie Sie Ihr Hausarzt verordnet hat?	☐	☐	☐	☐	☐
… Ihnen bei akuten Gesundheitsproblemen oder Beschwerden rasch und effektiv geholfen wird?	☐	☐	☐	☐	☐
… die Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden und Ihrem Hausarzt Ihrem Wohl dient?	☐	☐	☐	☐	☐

4. Allgemeine Angaben

a. Wie lange werden Sie bereits durch Ihren aktuellen Hausarzt behandelt?

Messzeitpunkt: ☐ T0 Bewohner-ID ☐☐☐☐☐☐☐

☐ durch den Bewohner ausgefüllt ☐ mit Hilfe eines Studienmitarbeiters

Hinweis: Der Fragebogen ist nur bei DSS ≤ 4 auszufüllen

☐ weniger als ein Jahr

☐ 1 bis 2 Jahre

☐ 3 bis 5 Jahre

☐ mehr als 5 Jahre

b. Sind Sie im letzten halben Jahr in der Praxis Ihres Hausarztes gewesen?

☐ Nein

☐ Ja

c. Wie häufig kommt es vor, dass Ihre Angehörigen sich um Ihre ärztliche Versorgung kümmern, z. B. Termine beim Hausarzt oder Hausarztbesuche bei Ihnen im Heim organisieren?

☐ Regelmäßig

☐ Ab und zu

☐ Nie

☐ Kann ich nicht genau sagen

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Attachment PE-QUAN5 Version 2

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Datum: _____

Beurteilung der Kick-Off Veranstaltung

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

wir freuen uns, dass Sie im Rahmen unserer *interprof* ACT - Studie an der Kick-Off Veranstaltung teilgenommen haben.

Für die genaue Bewertung der Studienergebnisse ist es wichtig, dass wir auch untersuchen, wie Sie die Kick-Off Veranstaltung einschätzen. Hierfür erhalten Sie nun diesen Fragebogen. Er besteht aus zwei Teilen: Der Teil A ist jetzt gleich zu Beginn der Veranstaltung auszufüllen, der Teil B am Ende.

Wir bitten Sie sehr herzlich, beide Fragenbogenteile auszufüllen.

Wichtig: Diese Befragung erfolgt ohne Bezug zu Ihrem Namen. Alle Regeln des Datenschutzes und der guten wissenschaftlichen Praxis werden eingehalten (siehe Infobox). Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Befragung nach erfolgter mündlicher Aufklärung freiwillig und kann abgelehnt werden, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen.

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Das Einverständnis zur Studienteilnahme kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs können die bereits erhobenen Daten nicht gelöscht werden, da eine Rückverfolgung nicht möglich ist.

Zugriff auf die Daten haben nur Mitarbeiter der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt. Die Bestimmungen der Datenschutzgesetze werden eingehalten. Die Ergebnisse der Befragung werden in Form von wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht. Dabei sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens willigen Sie in die Teilnahme ein und erklären sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

Kontakt Studienzentrum Lübeck: Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Sascha Köpke, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel.: 0451 500-51265

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Teil A: Vor Beginn der Veranstaltung

1. Welcher der nachfolgenden Berufs- bzw. Personengruppen gehören Sie an?

- ☐ Heimleitung
- ☐ Pflegedienstleitung
- ☐ Pflegefachkraft (des beteiligten Wohnbereiches)
- ☐ Hausarzt/-ärztin
- ☐ Medizinische Fachangestellte (MFA)
- ☐ Bewohnerin/Bewohner oder Bewohnervertretung
- ☐ Angehörige bzw. Mitglied des Angehörigenbeirates
- ☐ Sonstiges (bitte angeben): _____

2. Was sollte beim Kick-off Treffen, Ihrer Meinung nach, unbedingt diskutiert werden?
(Bitte kreuzen Sie **maximal 3 Antworten** an)

- ☐ Zielvereinbarungstreffen: Gemeinsame Vereinbarung von Zielen für die Versorgung eines Bewohners zwischen zuständigen Pflegenden, Hausarzt und Bewohner
- ☐ Hauptansprechpartner auf dem Wohnbereich für die Kommunikation mit dem Hausarzt
- ☐ Dokumentation der Standardbedarfsmedikation
- ☐ Pflegende und Hausärzte tragen Namensschilder
- ☐ Wechselseitige Erreichbarkeit zwischen Pflegenden und Hausarzt per Telefon/Fax
- ☐ Geplanter und strukturierter Heimbesuch des Hausarztes
- ☐ Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegenden allgemein
- ☐ Sonstige Themen:

  _____

3. **Warum nehmen Sie an dem heutigen Kick-off Treffen teil?**
(Bitte kreuzen Sie **maximal 3 Antworten** an)

- ☐ Ich möchte mehr über die Studie erfahren.
- ☐ Ich möchte die Qualität der Zusammenarbeit verbessern.
- ☐ Ich möchte die Versorgung aktiv mitgestalten.
- ☐ Ich möchte aktuelle Probleme in der Versorgung diskutieren.
- ☐ Ich möchte die an der Studie beteiligten Personen kennenlernen.
- ☐ Kann ich nicht beantworten.

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

☐ Sonstiges: _____

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Teil B: Am Ende der Veranstaltung

1. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.

		Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
1	Die Inhalte wurden für mich verständlich dargestellt.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Es gab ausreichend Raum für Diskussionen und Fragen.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Die zur Verfügung gestellten Unterlagen waren angemessen.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ich fühle mich gut in den Entscheidungsprozess einbezogen.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Mit den Ergebnissen der Diskussion bin ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Die Veranstaltung hat meine Erwartungen insgesamt erfüllt.	☐	☐	☐	☐	☐

2. Wie zuversichtlich sind Sie, dass die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen gelingt?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr zuversichtlich	überwiegend zuversichtlich	eher zuversichtlich	eher nicht zuversichtlich	überwiegend nicht zuversichtlich	gar nicht zuversichtlich

3. Gibt es etwas zum Verlauf oder dem Ergebnis der Veranstaltung, womit Sie nicht ganz zufrieden sind oder was für Sie ungeklärt geblieben ist?

_____

_____

4. Haben Sie weitere Anmerkungen zum Kick-off Treffen?

_____

_____

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

interprof ACT- Effekte von Strategien zur Verbesserung ärztlich-Pflegerischer Zusammenarbeit
Prozessevaluation – Evaluation Kick-Off Meeting – Moderator/in

Attachment PE-QUAN6 Version 2

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Datum: _____

Beurteilung der Kick-Off Veranstaltung

Liebe Moderatorin, lieber Moderator,

wir freuen uns, dass Sie im Rahmen unserer *interprof* ACT - Studie an der Kick-Off Veranstaltung teilgenommen haben.

Für die genaue Bewertung der Studienergebnisse ist es wichtig, dass wir auch untersuchen, wie Sie die Kick-Off Veranstaltung einschätzen. Hierfür erhalten Sie nun diesen Fragebogen. Er besteht aus zwei Teilen: Der Teil A ist jetzt gleich zu Beginn der Veranstaltung auszufüllen, der Teil B am Ende.

Wir bitten Sie sehr herzlich, beide Fragenbogenteile auszufüllen.

Wichtig: Diese Befragung erfolgt ohne Bezug zu Ihrem Namen. Alle Regeln des Datenschutzes und der guten wissenschaftlichen Praxis werden eingehalten (siehe Infobox). Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Befragung nach erfolgter mündlicher Aufklärung freiwillig und kann abgelehnt werden, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen.

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Das Einverständnis zur Studienteilnahme kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs können die bereits erhobenen Daten nicht gelöscht werden, da eine Rückverfolgung nicht möglich ist.

Zugriff auf die Daten haben nur Mitarbeiter der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt. Die Bestimmungen der Datenschutzgesetze werden eingehalten. Die Ergebnisse der Befragung werden in Form von wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht. Dabei sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens willigen Sie in die Teilnahme ein und erklären sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

Kontakt Studienzentrum Lübeck: Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Sascha Köpke, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel.: 0451 500-51265

Attachment PE-QUAN6 Version 2

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Teil A: Vor Beginn der Veranstaltung

1. **Welcher der nachfolgenden Personengruppe gehören Sie an?**

☐ *interprof* ACT-Verantwortliche

☐ Heimleitung

☐ Pflegedienstleitung

☐ Studienmitarbeiter

2. **Was sollte beim Kick-off Treffen, Ihrer Meinung nach, unbedingt diskutiert werden?**
(Bitte kreuzen Sie **maximal 3 Antworten** an)

☐ Zielvereinbarungstreffen: Gemeinsame Vereinbarung von Zielen für die Versorgung eines Bewohners zwischen zuständigen Pflegenden, Hausarzt und Bewohner
☐ Hauptansprechpartner auf dem Wohnbereich für die Kommunikation mit dem Hausarzt
☐ Dokumentation der Standardbedarfsmedikation
☐ Pflegende und Hausärzte tragen Namensschilder
☐ Wechselseitige Erreichbarkeit zwischen Pflegenden und Hausarzt per Telefon/Fax
☐ Geplanter und strukturierter Heimbesuch des Hausarztes
☐ Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflegenden allgemein
☐ Sonstige Themen:

_____

3. **Warum nehmen Sie an dem heutigen Kick-off Treffen teil?**
(Bitte kreuzen Sie **maximal 3 Antworten** an)

☐ Ich möchte mehr über die Studie erfahren.
☐ Ich möchte die Qualität der Zusammenarbeit verbessern.
☐ Ich möchte die Versorgung aktiv mitgestalten.
☐ Ich möchte aktuelle Probleme in der Versorgung diskutieren.
☐ Ich möchte die an der Studie beteiligten Personen kennenlernen.
☐ Kann ich nicht beantworten.
☐ Sonstiges: _____

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Teil B: Am Ende der Veranstaltung

1. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.

		Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

1	Ich bin mit der Durchführung der Kick-Off Veranstaltung zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Der zeitliche Rahmen für die Kick-Off Veranstaltung war ausreichend.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Es gab ausreichend Raum für Diskussionen und Fragen.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Mit den Ergebnissen der Diskussion bin ich zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Mir ist es gelungen, die Teilnehmer gleichberechtigt in den Entscheidungsprozess einzubeziehen.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Die Veranstaltung hat meine Erwartungen insgesamt erfüllt.	☐	☐	☐	☐	☐

2. Wie zuversichtlich sind Sie, dass die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen gelingt?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr zuversichtlich	überwiegend zuversichtlich	eher zuversichtlich	eher nicht zuversichtlich	überwiegend nicht zuversichtlich	gar nicht zuversichtlich

3. Gibt es etwas zum Verlauf oder dem Ergebnis der Veranstaltung, womit Sie nicht ganz zufrieden sind oder was für Sie ungeklärt geblieben ist?

_____

_____

4. Haben Sie weitere Anmerkungen zur Kick-Off Veranstaltung?

_____

_____

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Attachment PE-QUAN4a Version 2

Datum: _____

Beurteilung der Schulung der *interprof* ACT-Verantwortlichen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

wir freuen uns, dass Sie sich dazu entschieden haben, im Rahmen unserer *interprof* ACT-Studie als *interprof* ACT-Verantwortliche tätig zu werden. Die heutige Schulung diente dazu, Sie auf diese Rolle vorzubereiten.

Für die genaue Bewertung der Studienergebnisse ist es wichtig, dass wir auch untersuchen, wie sich die Schulung und Ihre *interprof* ACT-Tätigkeit auf Ihr Wissen, Ihre Sichtweisen und Ihre Belastungen auswirken. Hierfür erhalten Sie heute diesen Fragebogen sowie jeweils einen weiteren Fragebogen am Ende der zweiten Schulung und am Ende der Studie in einem Jahr. Wir bitten Sie sehr herzlich, diese Fragebögen auszufüllen.

Wichtig: Diese Befragung erfolgt ohne Bezug zu Ihrem Namen. Alle Regeln des Datenschutzes und der guten wissenschaftlichen Praxis werden eingehalten (siehe Infobox). Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Befragung nach erfolgter mündlicher Aufklärung freiwillig und kann abgelehnt werden, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen.

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Das Einverständnis zur Studienteilnahme kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs können die bereits erhobenen Daten nicht gelöscht werden, da eine Rückverfolgung nicht möglich ist.

Zugriff auf die Daten haben nur Mitarbeiter der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt. Die Bestimmungen der Datenschutzgesetze werden eingehalten. Die Ergebnisse der Befragung werden in Form von wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht. Dabei sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens willigen Sie in die Teilnahme ein und erklären sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

Kontakt Studienzentrum Lübeck: Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Sascha Köpke, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel.: 0451 500-51265

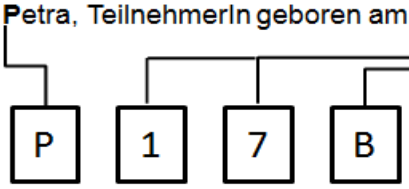
Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Attachment PE-QUAN4a Version 2

Noch ein Hinweis, bevor Sie mit der Beantwortung der Fragen beginnen: Bitte bilden Sie einen persönlichen Code (siehe Beispiel) und tragen Sie diesen ein. Der Code ist wichtig, damit wir diesen Fragebogen und Ihre künftigen Fragebögen einander zuordnen können.

Der Code setzt sich zusammen aus dem **ersten Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter**, dem **Tag Ihres (eigenen) Geburtsdatums** und dem **ersten Buchstaben Ihres (eigenen) Geburtsortes.**

Beispiel:
Vorname der Mutter: **P**etra, TeilnehmerIn geboren am **17**.08.1981 in **B**erlin



Bitte tragen Sie den Code sorgfältig und in Großbuchstaben analog zum o.g. Beispiel ein.

Ihr Code:

☐ ☐ ☐ ☐

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Attachment PE-QUAN4a Version 2

1. Warum übernehmen Sie die Rolle als *interprof* ACT-Verantwortliche?

- ☐ Eigenes Interesse
- ☐ Verpflichtung durch Vorgesetzten
- ☐ Sonstiges: _____

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf die Schulung selbst. Wir möchten die *interprof* ACT-Verantwortlichen-Schulung gern weiterentwickeln und bitten Sie deshalb um eine Rückmeldung.

2. Inhaltliche und methodische Aspekte

2.1 Wie zufrieden waren Sie mit der Schulung bezüglich der Schulungsinhalte?

Völlig	Eher	Eher nicht	Gar nicht
☐	☐	☐	☐

2.2 Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen.

		Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
1	Die Veranstaltung war gut strukturiert.	☐	☐	☐	☐
2	Die Inhalte wurden für mich verständlich dargestellt.	☐	☐	☐	☐
3	Die Medien wurden passend zu den Inhalten eingesetzt.	☐	☐	☐	☐
4	Es gab ausreichend Raum für Diskussion und Fragen.	☐	☐	☐	☐
5	Die zur Verfügung gestellten Unterlagen waren angemessen.	☐	☐	☐	☐
6	Die Schulung hat meine Erwartungen insgesamt erfüllt.	☐	☐	☐	☐

2.3 Wie gut fühlen Sie sich durch die Schulung auf Ihre neue Rolle als *interprof* ACT-Verantwortliche vorbereitet?

☐	☐	☐	☐
Gut	Eher gut	Eher Schlecht	Schlecht

2.4 Gibt es Inhalte, die Sie vermisst haben oder gern noch intensiver thematisiert hätten? Falls ja, notieren Sie diese bitte hier.

(Bitte hier auch Inhalte nennen, die Ihnen ggf. unklar geblieben sind.)

2.5 Haben Sie noch weitere Anmerkungen zu der Schulung? Falls ja, notieren Sie diese bitte hier.

3 Wenn Sie an die heute vermittelten Inhalte denken, worin sehen Sie Ihre Aufgaben als *interprof* ACT- Verantwortliche in Ihrer Einrichtung. Bitte nennen Sie kurz in eigenen Worten max. drei Antworten.

4 Erwartungen an die Umsetzung der *interprof* ACT-Verantwortlichen-Rolle

4.1 Alles in allem, wie zuversichtlich sind Sie aktuell, dass Sie die in der Schulung vermittelten Aufgaben und Rollen in Ihrem Arbeitsbereich umsetzen können?

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Attachment PE-QUAN4a Version 2

☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr zuversichtlich	überwiegend zuversichtlich	eher zuversichtlich	eher nicht zuversichtlich	überwiegend nicht zuversichtlich	gar nicht zuversichtlich

4.2 Was könnte Ihnen die Arbeit als *interprof* ACT-Verantwortliche in Ihrem Arbeitsumfeld erleichtern? Bitte nennen Sie maximal drei potenziell erleichternde Faktoren.

(1)

_____

(2)

_____

(3)

_____

4.3 Was könnte Ihnen die Arbeit als *interprof* ACT-Verantwortliche in Ihrem Arbeitsumfeld erschweren? Bitte nennen Sie maximal drei potenzielle Barrieren.

(1)

_____

(2)

_____

(3)

_____

5 Allgemeine Angaben

a. Alter: _____ Jahre

b. Geschlecht:

☐ Weiblich

☐ Männlich

c. Ihre Berufsbezeichnung:

☐ Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger

☐ Examinierte Altenpflegerin/examinierter Altenpfleger

☐ Sonstige Bezeichnung: _____

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

d. Haben Sie einer der folgenden Zusatzqualifizierungen? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- ☐ Nein
- ☐ Leitung eines Wohnbereichs
- ☐ Gerontopsychiatrische Pflege
- ☐ Onkologische Pflege
- ☐ Palliative Care
- ☐ _____

e. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als examinierte Pflegekraft?

_____ Jahre

Wie viele Jahre davon in der Altenpflege? _____ Jahre

f. Wie lange arbeiten Sie in der derzeitigen Einrichtung? _____Jahre

Mit welchem Stundenumfang? _____ Stunden pro Woche

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Attachment PE-QUAN4b Version 1

☐ Schulung 2

Datum: _____

Beurteilung der Schulung der *interprof* ACT-Verantwortlichen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

die heutige Schulung diente dazu, Sie nach dem Kick-off Treffen auf Ihre Rolle bei der Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen in Ihrer Pflegeeinrichtung vorzubereiten.

Für die genaue Bewertung der Studienergebnisse ist es wichtig, dass wir auch untersuchen, wie sich die Schulung und Ihre *interprof* ACT-Tätigkeit auf Ihr Wissen, Ihre Sichtweisen und Ihre Belastungen auswirken. Hierfür erhalten Sie heute diesen Fragebogen sowie jeweils einen weiteren Fragebogen nach sechs Monaten und am Ende der Studie in einem Jahr. Wir bitten Sie sehr herzlich, diese Fragebögen auszufüllen.

Wichtig: Diese Befragung erfolgt ohne Bezug zu Ihrem Namen. Alle Regeln des Datenschutzes und der guten wissenschaftlichen Praxis werden eingehalten (siehe Infobox). Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Befragung nach erfolgter mündlicher Aufklärung freiwillig und kann abgelehnt werden, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen.

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Das Einverständnis zur Studienteilnahme kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs können die bereits erhobenen Daten nicht gelöscht werden, da eine Rückverfolgung nicht möglich ist.

Zugriff auf die Daten haben nur Mitarbeiter der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt. Die Bestimmungen der Datenschutzgesetze werden eingehalten. Die Ergebnisse der Befragung werden in Form von wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht. Dabei sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens willigen Sie in die Teilnahme ein und erklären sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

Kontakt Studienzentrum Lübeck: Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Sascha Köpke, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel.: 0451 500-51265

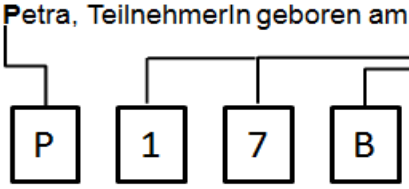
Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Attachment PE-QUAN4b Version 1

Noch ein Hinweis, bevor Sie mit der Beantwortung der Fragen beginnen: Bitte bilden Sie einen persönlichen Code (siehe Beispiel) und tragen Sie diesen ein. Der Code ist wichtig, damit wir diesen Fragebogen und Ihre künftigen Fragebögen einander zuordnen können.

Der Code setzt sich zusammen aus dem **ersten Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter**, dem **Tag Ihres (eigenen) Geburtsdatums** und dem **ersten Buchstaben Ihres (eigenen) Geburtsortes.**

Beispiel:
Vorname der Mutter: **P**etra, TeilnehmerIn geboren am **17**.08.1981 in **B**erlin



Bitte tragen Sie den Code sorgfältig und in Großbuchstaben analog zum o.g. Beispiel ein.

Ihr Code:

☐ ☐ ☐ ☐

1. Inhaltliche und methodische Aspekte

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Attachment PE-QUAN4b Version 1

1.1 Wie zufrieden waren Sie mit der Schulung bezüglich der Schulungsinhalte?

Völlig	Eher	Eher nicht	Gar nicht
☐	☐	☐	☐

1.2 Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen.

		Stimme völlig zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
1	Die Veranstaltung war gut strukturiert.	☐	☐	☐	☐
2	Die Inhalte wurden für mich verständlich dargestellt.	☐	☐	☐	☐
3	Die Medien wurden passend zu den Inhalten eingesetzt.	☐	☐	☐	☐
4	Es gab ausreichend Raum für Diskussion und Fragen.	☐	☐	☐	☐
5	Die zur Verfügung gestellten Unterlagen waren angemessen.	☐	☐	☐	☐
6	Die Schulung hat meine Erwartungen insgesamt erfüllt.	☐	☐	☐	☐

1.3 Wie gut fühlen Sie sich durch die Schulung auf Ihre Rolle als *interprof* ACT-Verantwortliche vorbereitet?

☐	☐	☐	☐
Gut	Eher gut	Eher Schlecht	Schlecht

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Attachment PE-QUAN4b Version 1

1.4 Inwieweit fühlen Sie sich jetzt in der Lage, die Einführung der beim Kick-off Treffen vereinbarten Maßnahmen in Ihrer Einrichtung voranzubringen?

Ich fühle mich in der Lage, die Einführung der unten genannten Maßnahmen in den beteiligten Wohnbereichen voranzubringen.	**Stimme völlig zu**	**Stimme eher zu**	**Stimme eher nicht zu**	**Stimme gar nicht zu**	Maßnahme nicht vereinbart
Maßnahme „Namensschild“	☐	☐	☐	☐	☐
Maßnahme „Wechselseitige Erreichbarkeit“	☐	☐	☐	☐	☐
Maßnahme „Standardbedarfsmedikation“	☐	☐	☐	☐	☐
Maßnahme „Zielvereinbarungstreffen“	☐	☐	☐	☐	☐
Maßnahme „Hauptansprechpartner“	☐	☐	☐	☐	☐
Maßnahme „Heimbesuch“	☐	☐	☐	☐	☐

1.5 Wie lehrreich fanden Sie die Durchführung des Rollenspiels zur Maßnahme „Zielvereinbarungstreffen“?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr lehrreich	überwiegend lehrreich	eher lehrreich	eher nicht lehrreich	überwiegend nicht lehrreich	gar nicht lehrreich

1.6 Gibt es Inhalte, die Sie vermisst haben oder gern noch intensiver thematisiert hätten? Falls ja, notieren Sie diese bitte hier.
(Bitte hier auch Inhalte nennen, die Ihnen ggf. unklar geblieben sind.)

_____

_____

_____

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Attachment PE-QUAN4b Version 1

1.7 Haben Sie noch weitere Anmerkungen zu der Schulung? Falls ja, notieren Sie diese bitte hier.

_____

_____

2 Alles in allem, wie zuversichtlich sind Sie aktuell, dass Sie die in der Schulung vermittelten Aufgaben und Rollen in Ihrem Arbeitsbereich umsetzen können?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr zuversichtlich	überwiegend zuversichtlich	eher zuversichtlich	eher nicht zuversichtlich	überwiegend nicht zuversichtlich	gar nicht zuversichtlich

3 Allgemeine Angaben

3.1 Teilnahme am ersten IPAV-Workshop vor dem Kick-off-Treffen

☐ Ich habe bereits an dem ersten IPAV-Workshop teilgenommen.
→Danke, damit haben Sie das Ende des Fragebogens erreicht; Sie brauchen keine weiteren Fragen zu beantworten.

☐ Ich habe **NICHT** an dem ersten IPAV-Workshop teilgenommen.
→Bitte füllen Sie die soziodemografischen Angaben im Abschnitt 3.2 aus.

3.2 Soziodemografische Angaben

a. Alter: _____ Jahre

b. Geschlecht:

☐ Weiblich

☐ Männlich

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

Attachment PE-QUAN4b Version 1

c. Ihre Berufsbezeichnung:

- ☐ Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger
- ☐ Examinierte Altenpflegerin/examinierter Altenpfleger
- ☐ Sonstige Bezeichnung: _____

d. Haben Sie einer der folgenden Zusatzqualifizierungen? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- ☐ Nein
- ☐ Leitung eines Wohnbereichs
- ☐ Gerontopsychiatrische Pflege
- ☐ Onkologische Pflege
- ☐ Palliative Care
- ☐ _____

e. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als examinierte Pflegekraft?

_____ Jahre

Wie viele Jahre davon in der Altenpflege? _____ Jahre

f. Wie lange arbeiten Sie in der derzeitigen Einrichtung? _____Jahre

Mit welchem Stundenumfang? _____ Stunden pro Woche

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Datum: _____

Liebe *interprof* ACT-Verantwortliche, lieber *interprof* ACT-Verantwortlicher,

wir freuen uns, dass Sie unsere Studie als *interprof* ACT-Verantwortliche unterstützen.

Rund 6 Monate sind bereits seit den beiden Schulungen und der Einführung der Maßnahmen in Ihrer Einrichtung vergangen. Nun möchten wir gerne für die Interpretation der späteren Ergebnisse der *interprof* ACT-Studie Ihre bisherigen Erfahrungen und Tätigkeiten im Rahmen der Studie näher beleuchten.

Wir bitten Sie sehr herzlich, diesen Fragebogen auszufüllen.

Diese Befragung erfolgt ohne Bezug zu Ihrem Namen. Alle Regeln des Datenschutzes und der guten wissenschaftlichen Praxis werden eingehalten (siehe hierzu Infobox unten). Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Befragung nach erfolgter mündlicher Aufklärung freiwillig und kann abgelehnt werden, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen.

Herzlichen Dank,

Ihr *interprof* ACT-Studienteam

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Das Einverständnis zur Studienteilnahme kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs können die bereits erhobenen Daten nicht gelöscht werden, da eine Rückverfolgung nicht möglich ist.

Zugriff auf die Daten haben nur Mitarbeiter der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt. Die Bestimmungen der Datenschutzgesetze werden eingehalten. Die Ergebnisse der Befragung werden in Form von wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht. Dabei sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens willigen Sie in die Teilnahme ein und erklären sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

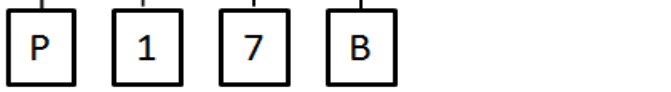
Kontakt Studienzentrum Lübeck: Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Sascha Köpke, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel.: 0451 500-51265

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Noch ein Hinweis, bevor Sie mit der Beantwortung der Fragen beginnen: Bitte bilden Sie einen persönlichen Code (siehe Beispiel) und tragen Sie diesen ein. Der Code ist wichtig, damit wir diesen Fragebogen und Ihre künftigen Fragebögen einander zuordnen können.

Der Code setzt sich zusammen aus dem **ersten Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter**, dem **Tag Ihres (eigenen) Geburtsdatums** und dem **ersten Buchstaben Ihres (eigenen) Geburtsortes.**

Beispiel:
Vorname der Mutter: **P**etra, TeilnehmerIn geboren am **17**.08.1981 in **B**erlin



Tragen Sie den Code bitte sorgfältig und in Großbuchstaben analog zum o.g. Beispiel ein.

Bitte verwenden Sie den gleichen Code, wie auf den Fragebögen zur Schulung.

Ihr Code:

☐ ☐ ☐ ☐

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Teil A: Allgemeine Fragen zur IPAV-Rolle

1. Welche Rolle nehmen Sie im Rahmen der *interprof* ACT-Studie ein?

☐ *interprof* ACT-Verantwortliche

☐ Vertretung der *interprof* ACT-Verantwortlichen

→ Wenn Sie die Rolle der *interprof* ACT-Verantwortlichen innehaben, fahren Sie bitte mit Frage 2 fort.

→ Wenn Sie die Rolle der *interprof* ACT-Vertretung innehaben, fahren Sie bitte mit Frage 3 fort.

2. Haben Sie eine Vertretung?

☐ Ja **→ weiter mit Frage 3**

☐ Nein **→ weiter mit Frage 4**

3. Wie gut gelingt ihrer Meinung nach die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und Ihrer Vertretung bzw. der interprof ACT-Verantwortlichen?

☐	☐	☐	☐
Gut	Eher gut	Eher Schlecht	Schlecht

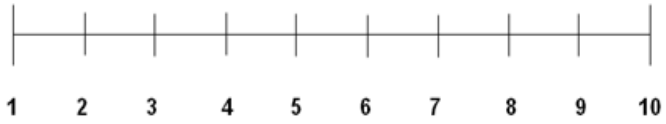
4. Wie zufrieden sind Sie aktuell damit, wie Sie Ihre Aufgaben und Rollen als *interprof* ACT-Verantwortliche bzw. -Vertretung umsetzen können?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr zufrieden	überwiegend zufrieden	eher zufrieden	eher nicht zufrieden	überwiegend nicht zufrieden	gar nicht zufrieden

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

5. Wie zufrieden sind Sie mit dem aktuellen Stand der Umsetzung? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl auf der nachfolgend abgebildeten Skala an.

(1 = sehr unzufrieden; 10 = sehr zufrieden)



6. Welche Aktivitäten haben Sie unternommen bzw. sind geplant, um die Einführung der Maßnahmen zu unterstützen?

Bitte kreuzen Sie entsprechend an. Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte die Umsetzung der Aktivität kurz beschreiben.

Aktivitäten zur Unterstützung der Maßnahmeneinführung	Ja, erfolgte bereits	Nein, ist aber geplant	Nein, und auch nicht geplant
Gespräche mit den beteiligten Pflegeteams	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			
Gespräche mit den benannten pflegerischen Hauptansprechpartnern im Pflegeteam	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			
Gespräche mit den beteiligten Hausärzten	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Aktivitäten zur Unterstützung der Maßnahmeneinführung	Ja, erfolgte bereits	Nein, ist aber geplant	Nein, und auch nicht geplant
Gespräche mit den Praxismitarbeitern der beteiligten Praxen	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			
Gespräche mit den Bewohnern	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			
Gespräche mit Angehörigen oder Betreuern	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			
Gespräche mit Heim- und/oder Pflegedienstleitung	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			
Begleitung von Pflegeprozessen oder Arztbesuchen im Heim	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			
Organisation von Materialien, z. B. Namensschildern oder Formulare „Standardbedarfsmedikation“	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Aktivitäten zur Unterstützung der Maßnahmeneinführung	Ja, erfolgte bereits	Nein, ist aber geplant	Nein, und auch nicht geplant
Klärung technischer Fragen, z. B. zur Fax- oder Telekommunikation mit Hausarztpraxen	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			
Fachweiterbildung einzelner Pflegefachkräfte (z.B. Geriatrie)	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			
Gemeinsame Fallbesprechungen	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			
Gemeinsame Behandlungspfade	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			
Regelmäßige Meetings zwischen IPAV und Pflegedienstleitung bzw. Einrichtungsleitung	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			
Einstellung weiterer Pflegekräfte	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Aktivitäten zur Unterstützung der Maßnahmeneinführung	Ja, erfolgte bereits	Nein, ist aber geplant	Nein, und auch nicht geplant
Schaffung zeitlicher Ressourcen für IPAV-Arbeit	☐	☐	☐
Wenn die Aktivität bereits erfolgte bzw. geplant ist, bitte kurz die Maßnahme erläutern:			

7. Wurden zudem zusätzliche Schulungen zu medizinischen oder pflegerisch-ärztlichen Themen (z.B. palliative Versorgung) im Rahmen der Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen durchgeführt?

☐ Nein, sind auch nicht geplant → **weiter mit Teil B**

☐ Nein, sind aber bereits geplant zum Thema: → **weiter mit Teil B**

1. _____
2. _____
3. _____

☐ Ja, nämlich zum Thema: → **weiter mit Frage 8**

1. _____
2. _____
3. _____

8. Wenn bereits zusätzliche Schulungen erfolgt sind, wer hat diese durchgeführt?

☐ Kollegen des Pflegeteams
☐ PDL
☐ Einrichtungsleitung
☐ an der Studie teilnehmende Hausärzte
☐ andere Hausärzte
☐ Fachärzte
☐ Externe Anbieter
☐ Sonstige: _____

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Teil B: Fragen zur ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit

1. Bitte beurteilen Sie, inwieweit folgende Aussagen zum Prozess der Umsetzung aktuell zutreffen.

	Trifft voll-kommen zu				**Trifft überhaupt nicht zu**
	1 ⟷ **5**				
Das gesamte Pflegeteam kennt das eingeführte *interprof* ACT-Maßnahmenpaket.	☐	☐	☐	☐	☐
Das *interprof* ACT-Maßnahmenpaket und dessen Umsetzung werden regelmäßig in Teambesprechungen thematisiert.	☐	☐	☐	☐	☐
Das *interprof* ACT-Maßnahmenpaket konnte, wie in der Kick-off - Veranstaltung vereinbart, völlig in den täglichen Arbeitsablauf integriert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Pflegenden halten sich an die in der Kick-off-Veranstaltung getroffenen Vereinbarungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Arbeitszufriedenheit im Pflegeteam ist sehr hoch.	☐	☐	☐	☐	☐
Der Aufwand an pflegerischer Dokumentation ist in den vergangenen 6 Monaten mehr geworden.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Hausärzte halten sich an die in der Kick-off-Veranstaltung getroffenen Vereinbarungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Leitungen (Pflegedienstleitung/Einrichtungsleitung) halten sich an die in der Kick-off Veranstaltung getroffenen Vereinbarungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich durch die Leitungen (PDL/EL) in meiner Arbeit für *interprof* ACT gut unterstützt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe den Eindruck, dass das Pflegeteam hinter dem Projekt *interprof* ACT steht und an der Umsetzung interessiert ist	☐	☐	☐	☐	☐
Seitens der Pflegenden besteht eine hohe Bereitschaft zur Kommunikation mit den Hausärzten.	☐	☐	☐	☐	☐
Seitens der Hausärzte besteht eine hohe Bereitschaft zur Kommunikation mit dem Pflegeteam.	☐	☐	☐	☐	☐
Es ist für die Pflegenden einfach, offen mit den Hausärzten zu kommunizieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegende und Hausärzte kommunizieren nicht immer offen miteinander.	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegende und Hausärzte sind nicht immer kooperativ miteinander.	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Ich habe eine gleichberechtigte Beziehung mit Gleichgesinnten meiner eigenen Disziplin.	☐	☐	☐	☐	☐

2. Bitte beurteilen Sie, wie zufrieden Sie selbst aktuell mit der Qualität der pflegerisch-ärztlichen Kommunikation sind.

	Wie zufrieden Sind Sie …	**völlig**	**ziemlich**	**teils-teils**	**wenig**	**gar nicht**
1	… mit der Zusammenarbeit mit der Hausärztin/dem Hausarzt im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐
2	… mit der Anerkennung und Wertschätzung durch die Hausärztinnen/Hausärzte im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐
3	… mit Ihren Einflussmöglichkeiten innerhalb der Zusammenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
4	… mit bestehenden gemeinschaftlichen Vereinbarungen zum Erreichen der Ziele?	☐	☐	☐	☐	☐
5	… mit der Art der Entscheidungsfindung innerhalb der Zusammenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
6	… mit der Effektivität der Zusammen-arbeit (Aufwand versus Nutzen)?	☐	☐	☐	☐	☐
7	… mit dem Ablauf der Visiten in der Pflegeeinrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
8	… mit der Vollständigkeit der Angaben bei hausärztlichen Verordnungen zur Regel- oder Bedarfsmedikation (Angabe von Indikation, Dosis, Dauer, Applikationsform, ggf. zu beachtende Nebenwirkungen)?	☐	☐	☐	☐	☐
9	… mit der Lesbarkeit der hausärztlichen Verordnungen, z. B. zur Regel- oder Bedarfsmedikation?	☐	☐	☐	☐	☐
10	… mit der Rechtzeitigkeit der Informationsübermittlung durch die Hausärztinnen/Hausärzte bei neuen oder geänderten Verordnungen, z. B. zur Regel- oder Bedarfsmedikation?	☐	☐	☐	☐	☐
11	… mit bestehenden Regelungen der hausärztlichen Zuständigkeit für die Nacht und am Wochenende?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

3. Bitte beurteilen Sie, inwieweit es Unterschiede in der Zusammenarbeit der Pflegenden mit den an *interprof* ACT teilnehmenden Hausärzten und den nicht teilnehmenden Hausärzten gibt.

3.1 Die Zusammenarbeit mit den an *interprof* ACT teilnehmenden Hausärzten …

- ☐ … klappt **insgesamt deutlich besser** als mit den anderen Hausärzten
- ☐ … klappt **insgesamt eher besser** als mit den anderen Hausärzten
- ☐ … klappt **insgesamt eher schlechter** als mit den anderen Hausärzten
- ☐ … klappt **insgesamt deutlich schlechter** als mit den anderen Hausärzten
- ☐ … **unterscheidet sich insgesamt nicht** von der Zusammenarbeit mit den anderen Hausärzten

3.2 Wenn Sie einen Unterschied in der Zusammenarbeit mit den an *interprof* ACT teilnehmenden Hausärzten im Vergleich zur Zusammenarbeit mit den anderen Hausärzten sehen (ob besser oder schlechter), beschreiben Sie diesen Unterschied kurz.

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Teil C: Wahrnehmung der Schulung und Begleitung

1. Wenn Sie zurückblicken und an die IPAV-Schulung denken, die Sie zu Studienbeginn erhalten haben: Wie hilfreich war diese Schulung für Sie?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
… sehr hilfreich	… überwiegend hilfreich	… eher hilfreich	… eher nicht hilfreich	… überwiegend nicht hilfreich	… überhaupt nicht hilfreich

Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung kurz:

_____

_____

_____

_____

_____

2. In den vergangenen Monaten sind Sie von einer Studienmitarbeiterin regelmäßig bei Ihrer *interprof* ACT-Arbeit begleitet worden? Wie hilfreich war diese Begleitung für Sie?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
… sehr hilfreich	… überwiegend hilfreich	… eher hilfreich	… eher nicht hilfreich	… überwiegend nicht hilfreich	… überhaupt nicht hilfreich

Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung kurz:

_____

_____

_____

_____

_____

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

3. Gibt es etwas, was wir als Studienteam hätten tun können, um Sie in Ihrer *interprof* ACT-Arbeit noch besser zu unterstützen?

☐ Nein, ich sehe aktuell nichts, was das Studienteam noch hätte tun können.

☐ Ja, folgende Aspekte hätten mir vielleicht geholfen (bitte kurz nennen):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Vielen Dank!

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Datum: _____

Liebe *interprof* ACT-Verantwortliche, lieber *interprof* ACT-Verantwortlicher,

wir freuen uns, dass Sie unsere Studie als *interprof* ACT-Verantwortliche unterstützt haben.

Die 12-monatige *interprof* ACT-Studie steht kurz vor dem Abschluss. Für die Interpretation der späteren Ergebnisse der *interprof* ACT-Studie ist es wichtig, dass wir erneut Ihre Sichtweisen, Erfahrungen und Erwartungen und Tätigkeiten im Rahmen der Studie näher beleuchten.

Wir bitten Sie sehr herzlich, diesen Fragebogen auszufüllen. Teil A des Fragebogens wird im gemeinsamen Gespräch mit der Studienmitarbeiterin ausgefüllt. Teil B und C bitten wir Sie alleine auszufüllen.

Diese Befragung erfolgt ohne Bezug zu Ihrem Namen. Alle Regeln des Datenschutzes und der guten wissenschaftlichen Praxis werden eingehalten (siehe hierzu Infobox unten). Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Befragung nach erfolgter mündlicher Aufklärung freiwillig und kann abgelehnt werden, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen.

Das Ausfüllen des Bogens werten wir als schriftliche Einwilligung in die Teilnahme. Bei weiteren Fragen können Sie sich gern an die Studienmitarbeiter vor Ort wenden.

Herzlichen Dank,

Ihr *interprof* ACT-Studienteam

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Das Einverständnis zur Studienteilnahme kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs können die bereits erhobenen Daten nicht gelöscht werden, da eine Rückverfolgung nicht möglich ist.

Zugriff auf die Daten haben nur Mitarbeiter der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt. Die Datenspeicherzeit beträgt 10 Jahre. Die Bestimmungen der Datenschutzgesetze werden eingehalten. Die Ergebnisse der Befragung werden in Form von wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht. Dabei sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens willigen Sie in die Teilnahme ein und erklären sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

Kontakt Studienzentrum Lübeck: Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Sascha Köpke, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel.: 0451 500-51265

Studienzentrum Lübeck:

Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Sascha Köpke

Linda Gärtner, Tel. 0451/ 9299 5115, E-Mail: linda.gaertner@uksh.de

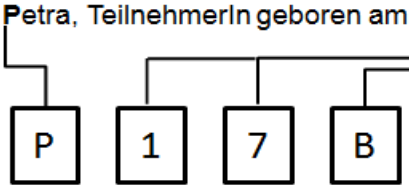
Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Noch ein Hinweis, bevor Sie mit der Beantwortung der Fragen beginnen: Bitte bilden Sie einen persönlichen Code (siehe Beispiel) und tragen Sie diesen ein. Der Code ist wichtig, damit wir diesen Fragebogen und Ihren bereits zuvor ausgefüllten Fragebogen einander zuordnen können.

Der Code setzt sich zusammen aus dem **ersten Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter**, dem **Tag Ihres (eigenen) Geburtsdatums** und dem **ersten Buchstaben Ihres (eigenen) Geburtsortes.**

Beispiel:
Vorname der Mutter: **P**etra, TeilnehmerIn geboren am **17**.08.1981 in **B**erlin



Tragen Sie den Code bitte sorgfältig und in Großbuchstaben analog zum o.g. Beispiel ein.

Bitte verwenden Sie den gleichen Code, wie auf den Fragebögen vor 6 Monaten.

Ihr Code:

☐ ☐ ☐ ☐

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Teil A: Abschließendes Supervisionsgespräch

1. Welche Rolle nehmen Sie im Rahmen der *interprof* ACT-Studie ein?

☐ *interprof* ACT-Verantwortliche

☐ Vertretung der *interprof* ACT-Verantwortlichen

→ Wenn Sie die Rolle der *interprof* ACT-Verantwortlichen innehaben, fahren Sie bitte mit Frage 2 fort.

→ Wenn Sie die Rolle der *interprof* ACT-Vertretung innehaben, fahren Sie bitte mit Frage 3 fort.

2. Haben Sie eine Vertretung?

☐ Ja **→ weiter mit Frage 3**

☐ Nein **→ weiter mit Frage 4**

3. Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und Ihrer Vertretung bzw. der *interprof* ACT-Verantwortlichen funktioniert?

☐	☐	☐	☐
Gut	Eher gut	Eher schlecht	Schlecht

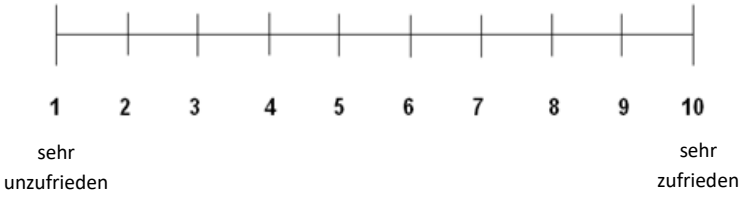
4. Wie zufrieden sind Sie aktuell damit, wie Sie Ihre Aufgaben und Rollen als *interprof* ACT-Verantwortliche bzw. -Vertretung umsetzen konnten?

☐	☐	☐	☐	☐	☐
sehr zufrieden	überwiegend zufrieden	eher zufrieden	eher nicht zufrieden	überwiegend nicht zufrieden	gar nicht zufrieden

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

5. Wie zufrieden sind Sie mit dem aktuellen Stand der Umsetzung? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl auf der nachfolgend abgebildeten Skala an.

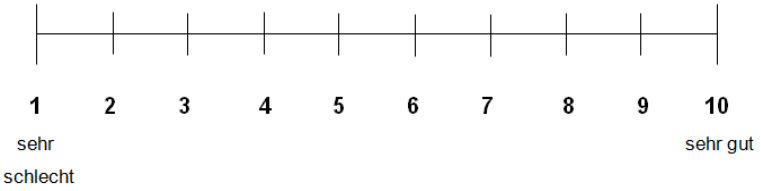
(1 = sehr unzufrieden; 10 = sehr zufrieden)



6. Wie gut würden Sie zum jetzigen Zeitpunkt den Grad der Umsetzung der einzelnen Maßnahmen einschätzen, auf einer Skala von 1 bis 10? (1=sehr schlecht; 10 = sehr gut) ggf. Schwierigkeiten notieren.

(Wenn die Einführung einer *interprof* ACT-Maßnahme in der Einrichtung nicht geplant ist, bitte entsprechenden Vermerk ankreuzen.)

6a) Umsetzung der Zielvereinbarungstreffen:



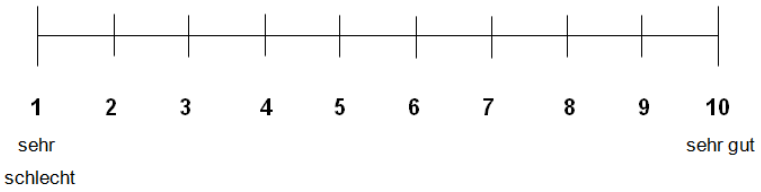
☐ Diese Maßnahme wurde in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Eine Einschätzung anhand der Skala ist nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gab es Probleme?**

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

6b) Umsetzung der Hauptansprechpartner:

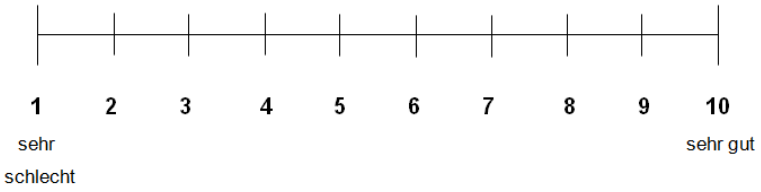


☐ Diese Maßnahme wurde in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Eine Einschätzung anhand der Skala ist nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gab es Probleme?**

6c) Umsetzung der Standardbedarfsmedikation:



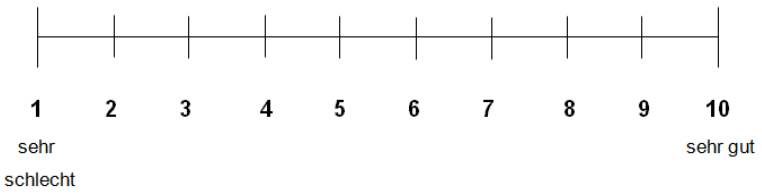
☐ Diese Maßnahme wurde in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Eine Einschätzung anhand der Skala ist nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gab es Probleme?**

6d) Umsetzung der Namensschilder:



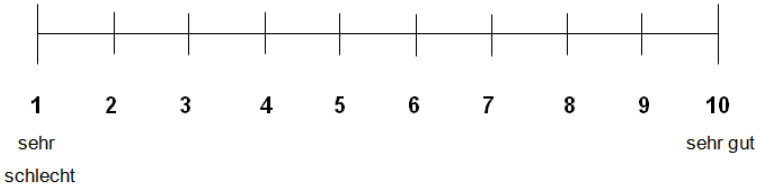
☐ Diese Maßnahme wurde in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Eine Einschätzung anhand der Skala ist nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gab es Probleme?**

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

6e) Umsetzung der wechselseitigen Erreichbarkeit:



☐ Diese Maßnahme wurde in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Eine Einschätzung anhand der Skala ist nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gab es Probleme?**

6f) Umsetzung des Hausbesuchs – Terminabsprache, Routinebesuch:



☐ Diese Maßnahme wurde in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Eine Einschätzung anhand der Skala ist nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gab es Probleme?**

7. Förderliche und hinderliche Faktoren in Ihrer Arbeit als *interprof* ACT-Verantwortliche bzw. -Vertretung

7.1 Gab es Faktoren, die Ihnen Ihre Arbeit als *interprof* ACT-Verantwortliche bzw. -Vertretung erleichtert haben?

☐ Nein, es gab keinen erleichternden Faktor.

☐ Ja, es gab einen oder mehrere erleichternde Faktoren

Wenn ja, welche Faktoren waren dies? Bitte nennen Sie maximal drei.

(1)_____

(2)_____

(3)_____

7.2 Gab es Faktoren, die Ihnen Ihre Arbeit als *interprof* ACT-Verantwortliche bzw. -Vertretung erschwert haben?

☐ Nein, es gab keinen erschwerenden Faktor.

☐ Ja, es gab einen oder mehrere erschwerende Faktoren.

Wenn ja, welche Faktoren waren dies? Bitte nennen Sie maximal drei.

(1)_____

(2)_____

(3)_____

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

8. Wurden zusätzlich Schulungen zu medizinischen oder pflegerisch-ärztlichen Themen (z.B. palliative Versorgung) im Rahmen der Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen durchgeführt?

☐ Nein

☐ Ja, nämlich zum Thema: → **weiter mit Frage 9**

1. _____
2. _____
3. _____

9. Wenn zusätzliche Schulungen erfolgt sind, wer hat diese durchgeführt?

☐ Kollegen des Pflegeteams
☐ Pflegedienstleitung
☐ Einrichtungsleitung
☐ an der Studie teilnehmende Hausärzte
☐ andere Hausärzte
☐ Fachärzte
☐ Externe Anbieter

Sonstige: _____

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Teil B: Allgemeine Fragen zur IPAV-Rolle

10. Wie wichtig sind aus Ihrer Sicht die folgenden Aktivitäten gewesen, um die Umsetzung der Maßnahmen in den letzten 6 Monaten zu unterstützen?

		sehr wichtig	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig	absolut unwichtig
1	Gespräche mit den beteiligten Pflegeteams	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Gespräche mit den benannten pflegerischen Hauptansprech-partnern im Pflegeteam	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Gespräche mit den beteiligten Hausärzten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Gespräche mit den Praxismitarbeitern der beteiligten Praxen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Gespräche mit den Bewohnern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	Gespräche mit Angehörigen oder Betreuern	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Gespräche mit Heim- und/oder Pflegedienstleitung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	Begleitung von Pflegeprozessen oder Arztbesuchen im Heim	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Organisation von Materialien, z. B. Namensschildern oder Formulare „Standardbedarfsmedikation“	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	Klärung technischer Fragen, z. B. zur Fax- oder Telekommunikation mit Hausarztpraxen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	Fachweiterbildung einzelner Pflegefachkräfte (z.B. Geriatrie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	Gemeinsame Fallbesprechungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	Gemeinsame Behandlungspfade	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

		sehr wichtig	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig	absolut unwichtig
14	Regelmäßige Meetings zwischen IPAV und Pflegedienstleitung bzw. Einrichtungsleitung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	Einstellung weiterer Pflegekräfte	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	Schaffung zeitlicher Ressourcen für IPAV-Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Wie bewerten Sie die aktuellen Rahmenbedingungen für Ihre Arbeit im Pflegeheim?

11.1 Wie zufrieden sind Sie mit nachfolgenden Faktoren der Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern **im Allgemeinen**?

Wie zufrieden sind Sie …		völlig	ziemlich	teils-teils	wenig	gar nicht
1	… mit der Aufgabenverteilung zwischen Pflegenden und Hausärztinnen/-ärzten in der medizinischen Versorgung der Bewohner/-innen in Ihrer Einrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
2	… mit den Möglichkeiten, medizinische Diagnostik mittels technischer Geräte (z. B. EKG, Sonografie) vor Ort in Ihrer Einrichtung durchzuführen?	☐	☐	☐	☐	☐
3	… mit den Möglichkeiten, invasive Behandlungen (z. B. Infusionstherapie) vor Ort in Ihrer Einrichtung durchzuführen?	☐	☐	☐	☐	☐
4	… mit der Anzahl an Pflegefachkräften („Pflegeschlüssel“) in Ihrem Wohnbereich?	☐	☐	☐	☐	☐
5	... mit dem Dokumentations-system in Ihrer Einrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
6	… mit der Qualität der Übergabe zum Schichtwechsel in Ihrem Team?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Wie zufrieden sind Sie …		völlig	ziemlich	teils-teils	wenig	gar nicht
7	… mit Ihren eigenen pflegerisch-medizinischen Fachkenntnissen und Fähigkeiten?	☐	☐	☐	☐	☐
8	… mit den pflegerisch-medizinischen Fachkenntnissen und Fähigkeiten Ihrer pflegerischen Kollegen?	☐	☐	☐	☐	☐
9	… mit der eigenen Fähigkeit zur Kommunikation mit den Hausärzten?	☐	☐	☐	☐	☐
10	… mit dem Informationsfluss innerhalb des eigenen Pflegeteams speziell zu Belangen der hausärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern.	☐	☐	☐	☐	☐

11.2. Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu den nachfolgenden Aussagen über die Leitungs- und Führungskultur in Ihrer Einrichtung an.

		stimme voll zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1	Die Vorgesetzten unterstützen die Pflegenden.	☐	☐	☐	☐
2	Die Wohnbereichsleitung/Pflegedienstleitung zeichnet sich durch gute Management- und Führungsfähigkeiten aus.	☐	☐	☐	☐
3	Die Pflegedienstleitung/Heimleitung ist für das Pflegepersonal ansprechbar und erreichbar.	☐	☐	☐	☐
4	Es gibt Lob und Anerkennung für eine gute Arbeitsleistung.	☐	☐	☐	☐
5	Die Heimleitung legt Wert auf eine hohe Pflegequalität.	☐	☐	☐	☐
6	Die Pflegedienstleitung ist gleichberechtigt in der Heimleitung und hat die gleichen Einflussmöglichkeiten und Befugnisse wie andere Personen der obersten Leitungsebene.	☐	☐	☐	☐
7	Organisation und Einteilung der Pflegearbeit fördert die Versorgungs-/Pflegequalität (z.B. betreut eine Pflegende einzelne Patienten über einen bestimmten Zeitraum).	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

12 Wahrnehmung der Schulungen und Begleitung

12.1 Wenn Sie zurückblicken und an die Schulungen denken, die Sie zu Studienbeginn erhalten haben: Wie hilfreich waren diese für Sie?

… sehr hilfreich	… überwiegend hilfreich	… eher hilfreich	… eher nicht hilfreich	… überwiegend nicht hilfreich	… überhaupt nicht hilfreich
☐	☐	☐	☐	☐	☐

12.2 In der letzten Schulung erhielten Sie eine Checkliste und einen Reflexionsbogen. Wie hilfreich fanden Sie …

… die Checkliste bei der Einführung und Umsetzung der Maßnahmen?

… sehr hilfreich	… überwiegend hilfreich	… eher hilfreich	… eher nicht hilfreich	… überwiegend nicht hilfreich	… überhaupt nicht hilfreich	Habe ich nicht genutzt
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

… den Reflexionsbogen zur Vorbereitung der Termine mit dem Ansprechpartner aus dem Studienteam?

… sehr hilfreich	… überwiegend hilfreich	… eher hilfreich	… eher nicht hilfreich	… überwiegend nicht hilfreich	… überhaupt nicht hilfreich	Habe ich nicht genutzt
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

12.3 In den vergangenen Monaten sind Sie von einer Studienmitarbeiterin regelmäßig bei Ihrer Arbeit als *interprof* ACT-Verantwortliche bzw. -Vertretung begleitet worden, u.a. durch Telefonate und Vor-Ort-Besuche. Wie hilfreich war diese Begleitung für Sie?

… sehr hilfreich	… überwiegend hilfreich	… eher hilfreich	… eher nicht hilfreich	… überwiegend nicht hilfreich	… überhaupt nicht hilfreich
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

12.4 Gibt es etwas, was wir als Studienteam hätten tun können, um Sie in Ihrer Arbeit als *interprof* ACT-Verantwortliche bzw. -Vertretung noch besser zu unterstützen?

☐ Nein, ich sehe aktuell nichts, was das Studienteam noch hätte tun können.

☐ Ja, folgende Aspekte hätten mir noch helfen können (Bitte kurz nennen.):

_____

_____

_____

_____

_____

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Teil C: Fragen zur pflegerisch-ärztlichen Zusammenarbeit

1. Bitte beurteilen Sie, inwieweit folgende Aussagen zur Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen zur Förderung der pflegerisch-ärztlichen Zusammenarbeit in den letzten 6 Monaten zutreffen.

	Trifft voll-kommen zu				Trifft überhaupt nicht zu
	1	←			5
Das gesamte Pflegeteam kennt das eingeführte *interprof* ACT-Maßnahmenpaket.	☐	☐	☐	☐	☐
Das *interprof* ACT-Maßnahmenpaket und dessen Umsetzung wurden regelmäßig in Teambesprechungen thematisiert.	☐	☐	☐	☐	☐
Das *interprof* ACT-Maßnahmenpaket konnte, wie in der Kick-off Veranstaltung vereinbart, völlig in den tgl. Arbeitsablauf integriert werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Pflegenden haben sich an die in der Kick-off-Veranstaltung getroffenen Vereinbarungen gehalten.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Arbeitszufriedenheit im Pflegeteam ist sehr hoch.	☐	☐	☐	☐	☐
Der Aufwand an pflegerischer Dokumentation ist in den vergangenen 12 Monaten mehr geworden.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Hausärzte haben sich an die in der Kick-off-Veranstaltung getroffenen Vereinbarungen gehalten.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Leitungen (PDL/Einrichtungsleitung) haben sich an die in der Kick-off Veranstaltung getroffenen Vereinbarungen gehalten.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe mich durch die Leitungen (PDL/EL) in meiner Arbeit für *interprof* ACT gut unterstützt gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe den Eindruck, dass das Pflegeteam hinter dem Projekt *interprof* ACT steht und an der Umsetzung interessiert ist.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich werde weiter an der Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen auch nach Beendigung der Studie arbeiten.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Pflegenden werden weiter an der Umsetzung der *interprof* ACT-Maßnahmen auch nach Beendigung der Studie arbeiten.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kann die *interprof* ACT-Maßnahmen gut in meinen Arbeitsalltag integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Die Pflegenden können die *interprof* ACT-Maßnahmen gut in ihren Arbeitsalltag integrieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Seitens der Pflegenden besteht eine hohe Bereitschaft zur Kommunikation mit den Hausärzten.	☐	☐	☐	☐	☐
Seitens der Hausärzte besteht eine hohe Bereitschaft zur Kommunikation mit dem Pflegeteam.	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Es ist für die Pflegenden einfach, offen mit den Hausärzten zu kommunizieren.	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegende und Hausärzte kommunizieren nicht immer offen miteinander.	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegende und Hausärzte sind nicht immer kooperativ miteinander.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich habe eine gleichberechtigte Beziehung mit Gleichgesinnten meiner eigenen Disziplin.	☐	☐	☐	☐	☐

2. Bitte beurteilen Sie, wie zufrieden Sie selbst aktuell mit der Qualität der pflegerisch-ärztlichen Kommunikation sind.

	Wie zufrieden Sind Sie …	**völlig**	**ziemlich**	**teils-teils**	**wenig**	**gar nicht**
1	… mit der Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen/-ärzten im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐
2	…mit der Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Fachärztinnen/-ärzten?	☐	☐	☐	☐	☐
3	… mit der Anerkennung und Wertschätzung durch die Hausärztinnen/-ärzte im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐
4	… mit der fachlichen Kompetenz der Hausärztinnen/-ärzte?	☐	☐	☐	☐	☐
5	… mit Ihren Einflussmöglichkeiten innerhalb der Zusammenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
6	… mit bestehenden gemeinschaftlichen Vereinbarungen zum Erreichen der Ziele?	☐	☐	☐	☐	☐
7	… mit der Art der Entscheidungsfindung innerhalb der Zusammenarbeit?	☐	☐	☐	☐	☐
8	… mit der Effektivität der Zusammen-arbeit (Aufwand versus Nutzen)?	☐	☐	☐	☐	☐
9	… mit dem Ablauf der Visiten in der Pflegeeinrichtung?	☐	☐	☐	☐	☐
10	… mit der Vollständigkeit der Angaben bei hausärztlichen Verordnungen zur Regel- oder Bedarfsmedikation (Angabe von Indikation, Dosis, Dauer, Applikationsform, ggf. zu beachtende Nebenwirkungen)?	☐	☐	☐	☐	☐
11	… mit der Lesbarkeit der hausärztlichen Verordnungen, z. B. zur Regel- oder Bedarfsmedikation?	☐	☐	☐	☐	☐
12	… mit der Rechtzeitigkeit der Informationsübermittlung durch die Hausärztinnen/Hausärzte bei neuen oder geänderten Verordnungen, z. B. zur Regel- oder Bedarfsmedikation?	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

Wie zufrieden Sind Sie …		völlig	ziemlich	teils-teils	wenig	gar nicht
13	… mit bestehenden Regelungen der hausärztlichen Zuständigkeit für die Nacht und am Wochenende?	☐	☐	☐	☐	☐
14	… mit der allgemeinen Qualität der Kommunikation zwischen Ihnen und den Hausärztinnen/-ärzten?	☐	☐	☐	☐	☐

3. Ihre wahrgenommenen Veränderungen in der medizinischen Versorgung der Bewohner

a) Inwieweit hat sich die Qualität der nachfolgenden Aspekte in den letzten 12 Monaten verändert?

		… deutlich verbessert	… eher verbessert	… nicht verändert	… eher verschlech-tert	… deutlich verschlech-tert
1	Die allgemeine Qualität der Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen/-ärzten hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
2	Die allgemeine Qualität der Kommunikation mit den Hausärztinnen/-ärzten hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
3	Die telefonische Erreichbarkeit der Hausärztinnen/-ärzten hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
4	Die Kommunikation mit den Hausärztinnen/-ärzten per Telefon und Fax hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
5	Der Informationsfluss zwischen uns Pflegekräften und den Hausärztinnen/-ärzten hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
6	Die Terminabsprachen mit den Hausärztinnen/-ärzten zu den Visiten haben sich …	☐	☐	☐	☐	☐
7	Die Vorbereitung der Visiten hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
8	Der Ablauf der Visiten (inkl. Vorgespräch und Nachgespräch mit den Hausärztinnen/-ärzten) hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

		… deutlich verbessert	… eher verbessert	… nicht verändert	… eher verschlech-tert	… deutlich verschlech-tert
9	Die Möglichkeit für Hausärztinnen/ Hausarzte zur Dokumentation von Anordnungen vor Ort im Pflegeheim hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
10	Die Umsetzung der ärztlichen Verordnungen hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
11	Die Bewohnereinbindung in Entscheidungen zur medizinischen Versorgung hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
12	Die Sicherheit rund um die Verordnung und Gabe von Medikamenten hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐
13	Die allgemeine Qualität der Versorgung der Bewohner hat sich …	☐	☐	☐	☐	☐

b) Inwieweit hat sich die <u>Häufigkeit</u> der nachfolgenden Aspekte <u>in den letzten 12 Monaten</u> verändert?

		… deutlich häufiger als vor 12 Monaten	… eher häufiger als vor 12 Monaten	… mit un-veränderter Häufigkeit wie vor 12 Monaten	… eher seltener als vor 12 Monaten	… deutlich seltener als vor 12 Monaten
1	Fax- und Telefonkontakte mit den Hausärztinnen/-ärzten erfolgen inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐
2	Vor-Ort-Visiten der Hausärztinnen/-ärzte erfolgen inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐
3	Die Überprüfung der Standardbedarfsmedikation durch die Hausärztinnen/-ärzten erfolgt inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐
4	Rettungsdiensteinsätze (mit oder ohne Notarzt) im Pflegeheim erfolgen inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐
5	Einsätze des Bereitschaftsarztes erfolgen inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐

Einrichtungs-ID: ☐☐☐ Persönlicher Code ☐☐☐☐

		… deutlich häufiger als vor 12 Monaten	… eher häufiger als vor 12 Monaten	… mit unveränderter Häufigkeit wie vor 12 Monaten	… eher seltener als vor 12 Monaten	… deutlich seltener als vor 12 Monaten
6	Krankenhauseinweisungen der Bewohner erfolgen inzwischen …	☐	☐	☐	☐	☐

c) Gibt es daneben noch weitere nennenswerte Veränderungen in der medizinischen Versorgung der Bewohner (in den vergangenen 12 Monaten)?

_____

_____

_____

4. Bitte beurteilen Sie, inwieweit es Unterschiede in der Zusammenarbeit der Pflegenden mit den an *interprof* ACT teilnehmenden Hausärzten und den nicht teilnehmenden Hausärzten gibt.

4.1 Die Zusammenarbeit mit den an *interprof* ACT teilnehmenden Hausärzten …

- ☐ … klappt **insgesamt deutlich besser** als mit den anderen Hausärzten
- ☐ … klappt **insgesamt eher besser** als mit den anderen Hausärzten
- ☐ … klappt **insgesamt eher schlechter** als mit den anderen Hausärzten
- ☐ … klappt **insgesamt deutlich schlechter** als mit den anderen Hausärzten
- ☐ … **unterscheidet sich insgesamt nicht** von der Zusammenarbeit mit den anderen Hausärzten

4.2 Wenn Sie einen Unterschied in der Zusammenarbeit mit den an *interprof* ACT teilnehmenden Hausärzten im Vergleich zur Zusammenarbeit mit den anderen Hausärzten sehen (ob besser oder schlechter), beschreiben Sie diesen Unterschied kurz.

_____

_____

_____

Vielen Dank!

interprof ACT- Effekte von Strategien zur Verbesserung ärztlich pflegerischer Zusammenarbeit
Prozessevaluation- Wechsel IPAV

PE-QUAN 14a, Version 1

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Erfasser-ID ☐☐☐☐☐

Meldung eines Wechsels der/des designierten IPAV

Datum: _____

1. Wer hat gewechselt?

- ☐ IPAV
- ☐ IPAV-Vertretung

2. Was gab es für einen Wechsel?

- ☐ IPAV und IPAV-Vertretung haben ihre Rollen offiziell getauscht
- ☐ IPAV-Vertretung wird IPAV
- ☐ Eine neue Person wir die Rolle der IPAV oder deren/dessen Vertretung übernehmen

3. Wann fand der Wechsel der/der IPAV oder deren/dessen Vertretung statt?

Datum: _____

4. Wer hat das Studienzentrum über den Wechsel informiert?

- ☐ Heimleitung/PDL
- ☐ IPAV
- ☐ IPAV-Vertretung
- ☐ Sonstiger _____

5. Grund des Wechsels

- ☐ Erkrankung
- ☐ Verlassen der Einrichtung
- ☐ Ablegen der Rolle aus persönlichen Gründen

☐ Sonstiges: _____

6. Nachschulung

☐ **Ist eine Nachschulung geplant**

☐ Ja, *geplant am*_____

☐ Nein, weil

☐ Es fand nur ein Rollentausch zwischen IPAV und IPAV-Vertretung statt

☐ Vertretung wird IPAV und ist bereits geschult

☐ Studiendauer > Beginn des 11. Monats

☐ Sonstiges _____

☐ **Bei wem ist die Nachschulung geplant?**

☐ IPAV

☐ IPAV-Vertretung

☐ Bei keinem

7. Wann werden die Kerndaten der/des neuen IPAV oder derer/dessen neuen Vertretung erhoben?

☐ Erhebung erfolgt im Rahmen der Nachschulung (über Fragebogen zur 2.IPAV-Schulung = PE-QUAN4b)

☐ Erhebung erfolgt über den separaten Basis-Fragebogen

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

PE-QUAN 14b; Version 1

Basis-Fragebogen

Datum:_____

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

wir freuen uns, dass Sie die Rolle der *interprof* ACT-Verantwortlichen bzw. deren/dessen Vertretung übernehmen.

Nachfolgend möchten wir Ihnen nun einige Fragen zur Person stellen, wobei die Befragung ohne Bezug zu Ihrem Namen erfolgt. Alle Regeln des Datenschutzes und der guten wissenschaftlichen Praxis werden eingehalten (siehe Infobox). Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Befragung nach erfolgter mündlicher Aufklärung freiwillig und kann abgelehnt werden, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen.

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Das Einverständnis zur Studienteilnahme kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs können die bereits erhobenen Daten nicht gelöscht werden, da eine Rückverfolgung nicht möglich ist.

Zugriff auf die Daten haben nur Mitarbeiter der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremdem Zugriff geschützt. Die Bestimmungen der Datenschutzgesetze werden eingehalten. Die Ergebnisse der Befragung werden in Form von wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht. Dabei sind keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens willigen Sie in die Teilnahme ein und erklären sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

Kontakt Studienzentrum Lübeck: Prof. Dr. Katrin Balzer und Prof. Dr. Sascha Köpke, Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel.: 0451 500-51265

1. Warum übernehmen Sie die Rolle als *interprof* ACT-Verantwortliche?

- ☐ Eigenes Interesse
- ☐ Verpflichtung durch Vorgesetzten
- ☐ Sonstiges: _____

2. Allgemeine Angaben

a. Alter: _____ Jahre

b. Geschlecht:

- ☐ Weiblich
- ☐ Männlich

Einrichtungs-ID: ☐☐☐

c. Ihre Berufsbezeichnung:

☐ Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger

☐ Examinierte Altenpflegerin/examinierter Altenpfleger

☐ Sonstige Bezeichnung: _____

d. Haben Sie eine der folgenden Zusatzqualifizierungen? *(Mehrfachnennungen möglich)*

☐ Nein

☐ Leitung eines Wohnbereichs

☐ Gerontopsychiatrische Pflege

☐ Onkologische Pflege

☐ Palliative Care

☐ _____

e. Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als examinierte Pflegekraft?

_____ Jahre

Wie viele Jahre davon in der Altenpflege? _____ Jahre

f. Wie lange arbeiten Sie in der derzeitigen Einrichtung? _____Jahre

Mit welchem Stundenumfang? _____ Stunden pro Woche

Erfasser-ID ☐☐☐☐☐

Allgemeine Angaben der Schulenden

Geschlecht:

- ☐ Weiblich
- ☐ Männlich

Alter: _____

Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? (Mehrfachnennungen möglich)

- ☐ Medizin
- ☐ Gesundheits- und Krankenpflege/ Altenpflege
- ☐ Psychologie
- ☐ Sonstiges _____

Attachment PE-QUAN15 Version 1

Befragung der Erfasserin/ des Erfassers zur Verblindung

Einrichtungs-ID: **Datum:** **Erfasser-ID:**

Hiermit überprüfen wir, ob es gelungen ist, Sie gegenüber der Gruppenzugehörigkeit der Einrichtungen zu verblinden.

Bitte kreuzen Sie an!

Ich vermute, diese Einrichtung ist in der:

□ Interventionsgruppe □ Kontrollgruppe

Bitte begründen Sie Ihre Vermutung kurz in Stichworten:

_____

_____

_____

_____

_____

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Erfasser-IDs ☐☐☐☐☐ & ☐☐☐☐☐

Protokoll zur 1. IPAV-Schulung

Liebe Schulende,

dieses Protokoll ist im Anschluss an die Schulung auszufüllen. Pro IPAV-Schulung ist jeweils ein Protokoll auszufüllen.

1. Rahmendaten zur 1.IPAV-Schulung

Datum: _____ von _____ bis _____ Uhr

Teilnehmer	Angemeldet	Anwesend	Gründe für Abwesenheit
IPAV			
IPAV-Vertretung			
weitere Teilnehmer: _____ _____			

1.1. Alles in allem, wie zufrieden sind Sie mit der Durchführung der Schulung?

	1 ⟷ 5
(1 = sehr zufrieden; 5 = gar nicht zufrieden)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1.2. Gab es Störungen während der 1. IPAV-Schulung?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, durch…
  - ☐ Bewohnerklingel
  - ☐ Telefonate
  - ☐ Ansprache durch Dritte
  - ☐ Sonstiges _____

1.3. Bitte ergänzen Sie die tatsächlich benötigte Zeit für die Einleitung zur Schulung (Begrüßung, Vorstellung, Ablauf besprechen).

Geplante Zeit:	10 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

2. Beurteilung der geplanten Themenblöcke

2.1. Bitte beurteilen Sie nachfolgend, ob alle Inhalte der einzelnen Themenblöcke wie geplant behandelt wurden?

(1 = alle Inhalte wie geplant behandelt, 5 = keine Inhalte wie geplant behandelt)	**1** ⟷ **5**	Anmerkungen und ggf. vorgenommene Anpassungen
Themenblock 1: Hintergrund, Ziele, Maßnahmen und Ablauf der Studie *interprof* ACT	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 2: Rolle der IPAV, Vorgehen beim Einholen des Meinungsbildes	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 3: Kick-off Veranstaltung (Ziele, Ablauf, Aufgaben, Organisation)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

2.2 Gab es Abweichungen vom methodisch-didaktischen Konzept innerhalb der einzelnen Themenblöcke?

(1 = keine Abweichung vom methodisch-didaktischen Konzept, 5 = komplette Abweichung vom methodisch-didaktischen Konzept)	**1** ⟷ **5**	Anmerkungen und ggf. vorgenommene Anpassungen
Themenblock 1: Hintergrund, Ziele, Maßnahmen und Ablauf der Studie *interprof* ACT	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 2: Rolle der IPAV, Vorgehen beim Einholen des Meinungsbildes	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 3: Kick-off Veranstaltung (Ziele, Ablauf, Aufgaben, Organisation)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

2.3 Bitte ergänzen Sie in den nachfolgenden Tabellen die tatsächlich benötigte Zeit für die jeweiligen Themenblöcke.

Themenblock 1: Hintergrund, Ziele, Maßnahmen und Ablauf der Studie *interprof* ACT

Geplante Zeit:	35 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

Themenblock 2: Rolle der IPAV, Vorgehen beim Einholen des Meinungsbildes

Geplante Zeit:	15 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

Themenblock 3: Kick-off Veranstaltung (Ziele, Ablauf, Aufgaben, Organisation)

Geplante Zeit:	45 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

3. **Bitte ergänzen Sie die tatsächlich benötigte Zeit für die Evaluation der Schulung (Aushändigen und Einsammeln der IPAV-Fragebögen, Beurteilung der Schulung).**

Geplante Zeit:	15 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

4. **Gibt es ansonsten etwas, was aus Ihrer Sicht bei künftigen IPAV-Schulungen unbedingt berücksichtigt werden sollte?**

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Erfasser-IDs ☐☐☐☐☐ & ☐☐☐☐☐

Protokoll zur 2. IPAV-Schulung

Liebe Schulende,

dieses Protokoll ist im Anschluss an die Schulung auszufüllen. Pro IPAV-Schulung ist jeweils ein Protokoll auszufüllen.

1. Rahmendaten zur 2. IPAV Schulung

Datum: _____ von _____ bis _____ Uhr

Teilnehmer	Angemeldet	Anwesend	Gründe für Abwesenheit
IPAV			
IPAV-Vertretung			
weitere Teilnehmer: _____ _____			

1.1. Alles in allem, wie zufrieden sind Sie mit der Durchführung der Schulung?

	1 ⟷ 5
(1 = sehr zufrieden; 5 = gar nicht zufrieden)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1.2. Gab es Störungen während der 2. IPAV-Schulung?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, durch …
  - ☐ Bewohnerklingel
  - ☐ Telefonate
  - ☐ Ansprache durch Dritte
  - ☐ Sonstiges _____

1.3. Bitte ergänzen Sie die tatsächlich benötigte Zeit für die Einleitung zur Schulung (Begrüßung, Ablauf besprechen, Rückblick Kick-off Treffen).

Geplante Zeit:	15 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

2. Beurteilung der geplanten Themenblöcke

2.1 Bitte beurteilen Sie nachfolgend, ob alle Inhalte der einzelnen Themenblöcke wie geplant behandelt wurden?

(1 = alle Inhalte wie geplant behandelt, 5 = keine Inhalte wie geplant behandelt)	**1** ⟷ **5**	Anmerkungen und ggf. vorgenommene Anpassungen
Themenblock 1: Aufgaben der IPAV	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 2: Maßnahmenumsetzung	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 3: Umgang mit Hindernissen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 4: Begleitung durch das Studienteam	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

2.2 Gab es Abweichungen vom methodisch-didaktischen Konzept innerhalb der einzelnen Themenblöcke?

(1 = keine Abweichung vom methodisch-didaktischen Konzept, 5 = komplette Abweichung vom methodisch-didaktischen Konzept)	**1** ⟷ **5**	Anmerkungen und ggf. vorgenommene Anpassungen
Themenblock 1: Aufgaben der IPAV	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 2: Maßnahmenumsetzung	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 3: Umgang mit Hindernissen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 4: Begleitung durch das Studienteam	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

2.3 Bitte ergänzen Sie in den nachfolgenden Tabellen die tatsächlich benötigte Zeit für die jeweiligen Themenblöcke.

Themenblock 1: Aufgaben der IPAV

Geplante Zeit:	5 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

Themenblock 2: Maßnahmenumsetzung

Geplante Zeit:	45 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

Themenblock 3: Umgang mit Hindernissen

Geplante Zeit:	10 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

Themenblock 4: Begleitung durch das Studienteam

Geplante Zeit:	10 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

3 Bitte ergänzen Sie die tatsächlich benötigte Zeit für die Evaluation der Schulung (Aushändigen der Checkliste, Raum für Fragen, Evaluation der Schulung).

Geplante Zeit:	20 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

4 Gibt es ansonsten etwas, was aus Ihrer Sicht bei künftigen IPAV-Schulungen unbedingt berücksichtigt werden sollte?

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Erfasser-IDs ☐☐☐☐☐ & ☐☐☐☐☐

Protokoll zur IPAV-Nachschulung

Liebe Schulende,

dieses Protokoll ist im Anschluss an die Schulung auszufüllen. Pro IPAV-Nachschulung ist jeweils ein Protokoll auszufüllen.

1. Rahmendaten zur Nachschulung

Datum: _____ von _____ bis _____ Uhr

Wer wird nachgeschult:

☐ IPAV

☐ IPAV-Vertretung

Warum findet eine Nachschulung statt?

☐ IPAV bzw. IPAV-Vertretung konnten nicht an den stattgefundenen IPAV-Schulungen teilnehmen.

☐ Wechsel der IPAV bzw. IPAV-Vertretung

Teilnehmer	Angemeldet	Anwesend	Gründe für Abwesenheit
IPAV			
IPAV-Vertretung			
weitere Teilnehmer: _____ _____			

1.1. Alles in allem, wie zufrieden sind Sie mit der Durchführung der Nachschulung?

	1 ⟷ **5**
(1 = sehr zufrieden; 5 = gar nicht zufrieden)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1.2. Gab es Störungen während der Nachschulung?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, durch…
  - ☐ Bewohnerklingel
  - ☐ Telefonate
  - ☐ Ansprache durch Dritte
  - ☐ Sonstiges _____

1.3. Bitte ergänzen Sie die tatsächlich benötigte Zeit für die Einleitung zur Schulung (Begrüßung, Vorstellung, Ablauf besprechen).

Geplante Zeit:	5 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

2. Beurteilung der geplanten Themenblöcke

2.1. Bitte beurteilen Sie nachfolgend, ob alle Inhalte der einzelnen Themenblöcke wie geplant behandelt wurden?

(1 = alle Inhalte wie geplant behandelt, 5 = keine Inhalte wie geplant behandelt)	**1** ⟷ **5**	Anmerkungen und ggf. vorgenommene Anpassungen
Themenblock 1: Hintergrund, Ziele und Ablauf der Studie *interprof* ACT	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 2: Maßnahmenpaket	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 3: Aufgaben der IPAV	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 4: Umgang mit Hindernissen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 5: Begleitung durch das Studienteam	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

2.2 Gab es Abweichungen vom methodisch-didaktischen Konzept innerhalb der einzelnen Themenblöcke?

(1 = keine Abweichung vom methodisch-didaktischen Konzept, 5 = komplette Abweichung vom methodisch-didaktischen Konzept)	**1** ⟷ **5**	Anmerkungen und ggf. vorgenommene Anpassungen
Themenblock 1: Hintergrund, Ziele und Ablauf der Studie *interprof* ACT	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 2: Maßnahmenpaket	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 3: Aufgaben der IPAV	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 4: Umgang mit Hindernissen	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
Themenblock 5: Begleitung durch das Studienteam	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

2.3 Bitte ergänzen Sie in den nachfolgenden Tabellen die tatsächlich benötigte Zeit für die jeweiligen Themenblöcke.

Themenblock 1: Hintergrund, Ziele und Ablauf der Studie *interprof* ACT

Geplante Zeit:	10 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

Themenblock 2: Maßnahmenpaket

Geplante Zeit:	25 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

Themenblock 3: Aufgaben der IPAV

Geplante Zeit:	10 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

Themenblock 4: Umgang mit Hindernissen

Geplante Zeit:	5 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

Themenblock 5: Begleitung durch das Studienteam

Geplante Zeit:	5 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

3. Bitte ergänzen Sie die tatsächlich benötigte Zeit für die Evaluation der Schulung (Aushändigen und Einsammeln der IPAV-Fragebögen, Beurteilung der Schulung).

Geplante Zeit:	5 Minuten
Tatsächlich benötigte Zeit:	……. Minuten

4. Gibt es ansonsten etwas, was aus Ihrer Sicht bei künftigen IPAV-Schulungen unbedingt berücksichtigt werden sollte?

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

Einrichtungs-ID ☐☐☐ Erfasser-ID ☐☐☐☐

Protokoll zur Begleitung der IPAV

Ausfüllhinweise:

- Dieses Protokoll ist nur für Vor-Ort-Gespräche mit der IPAV auszufüllen. Alle anderen Kontakte bitte in der dazugehörigen Excel-Liste notieren.
- **Teil B dieses Protokolls** kann als Strukturierungshilfe für das Gespräch verwendet werden und sollte am besten **direkt während des Gesprächs mit der IPAV** ausgefüllt werden.
- **Das Protokoll sollte abschließend auf inhaltliche Konsistenz der Angaben geprüft werden.**
- Bitte stellen Sie sicher, dass Ihre soziodemografischen Charakteristika einmalig über den Bogen „Allgemeine Daten_Schulung“ erhoben wurden.

Teil A: Allgemeine Fragen

Datum: _____ **von:** _____ Uhr **bis:** _____ Uhr

1. **Anlass des Vor-Ort-Gesprächs:**
   - ☐ Geplant
   - ☐ Ungeplant, bitte Anlass notieren: _____

2. **Mit wem wurde kommuniziert?** (Mehrfachantworten möglich)
   - ☐ IPAV
   - ☐ Vertretung IPAV
   - ☐ Sonstige Teilnehmer (z.B. PDL, usw.), *nämlich* _____

     Grund für Gespräch mit sonstigen Teilnehmern:
     - ☐ Urlaub der IPAV oder deren Stellvertreter
     - ☐ Krankheitsbedingter Ausfall des geplanten Kontaktes
     - ☐ Schichtwechsel der IPAV
     - ☐ IPAV-Wechsel
     - ☐ Sonstiges: _____

3. Gab es einen Wechsel der IPAV oder deren Vertretung?

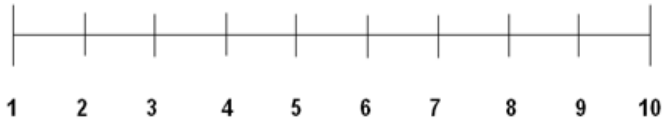
☐ Nein

☐ Ja, *dann Dokument „Wechsel IPAV" ausfüllen*

Teil B: Gespräch mit IPAV zur Umsetzung der Maßnahmen (Angaben aus Sicht der IPAV, bitte direkt von der IPAV erfragen)

1. Aktueller Stand und Rückblick zum letzten persönlichen Kontakt

a. Wie zufrieden sind Sie mit dem aktuellen Stand der Umsetzung? (1 = sehr unzufrieden; 10 = sehr zufrieden)



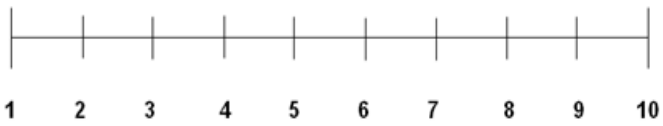
Ggf. Anmerkungen notieren:

_____

_____

_____

b. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren selbstgesetzten Zielen vom letzten persönlichen Kontakt? (1 = sehr unzufrieden; 10 = sehr zufrieden)
(Hinweis für den Supervisor: Protokoll des letzten Vor-Ort-Gespräches mit der IPAV sollte vorliegen, um selbstgesetzte Ziele zu rekapitulieren.)



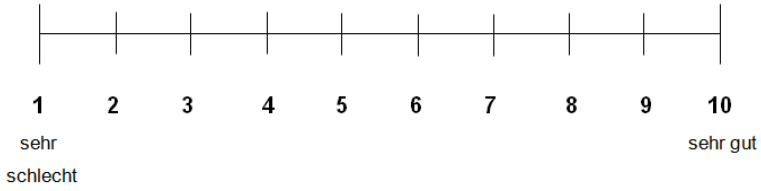
Ggf. Anmerkungen notieren:

_____

_____

2. **Wie gut würden Sie zum jetzigen Zeitpunkt den Grad der Umsetzung der einzelnen Maßnahmen einschätzen, auf einer Skala von 1 bis 10? (1=keine Umsetzung erkennbar; 10 = bereits vollkommen umgesetzt) ggf. Schwierigkeiten notieren.**
(Wenn die Einführung einer *interprof* ACT-Maßnahme in der Einrichtung nicht geplant ist, bitte entsprechenden Vermerk ankreuzen.)

Zielvereinbarungstreffen:

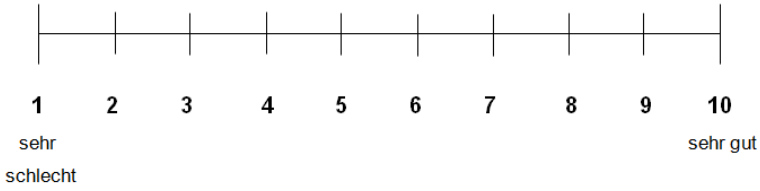


☐ Maßnahme wird in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Einschätzung anhand der Skala nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde bereits hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gibt es Probleme?**

Hauptansprechpartner:

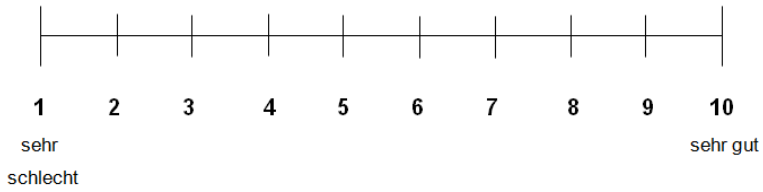


☐ Maßnahme wird in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Einschätzung anhand der Skala nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde bereits hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gibt es Probleme?**

Standardbedarfsmedikation:

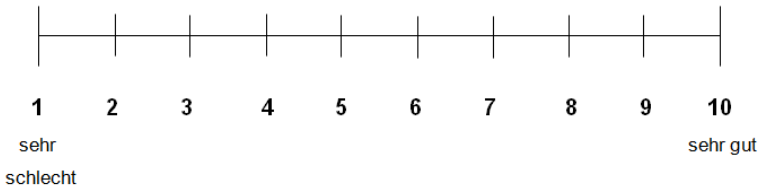


☐ Maßnahme wird in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Einschätzung anhand der Skala nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde bereits hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gibt es Probleme?**

Namensschilder:

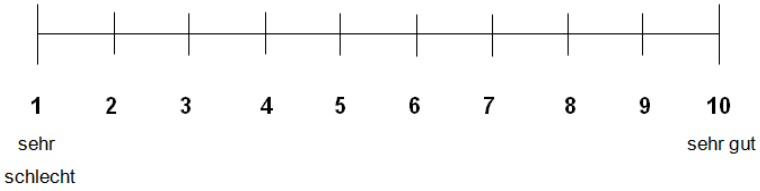


☐ Maßnahme wird in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Einschätzung anhand der Skala nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde bereits hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gibt es Probleme?**

Wechselseitige Erreichbarkeit:

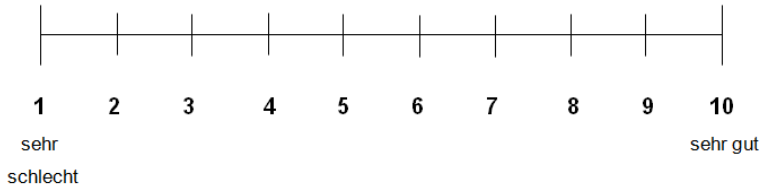


☐ Maßnahme wird in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Einschätzung anhand der Skala nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde bereits hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gibt es Probleme?**

Hausbesuch – Terminabsprache, Routinebesuch:



☐ Maßnahme wird in der Einrichtung nicht eingeführt

☐ Einschätzung anhand der Skala nicht möglich, weil *(bitte unbedingt einen Grund nennen)* _____

Begründung der IPAV zur genannten numerischen Einschätzung:	
Was wurde bereits hinsichtlich der Maßnahme erfolgreich bearbeitet?	**Wo gibt es Probleme?**

3. Beeinflussende Faktoren bei der Umsetzung der Maßnahmen.

a. Welche der nachfolgend aufgeführten Faktoren erleichtern bzw. erschweren Ihnen die Umsetzung der Maßnahmen? Bitte kreuzen Sie an. Es sollen möglichst alle Faktoren angesprochen werden. Falls ein Faktor nicht eingeschätzt werden kann, bitte einen Grund dafür angeben.
(Mehrfachnennungen möglich)

	Sehr positiv/ sehr hilfreich für Umsetzung	**Eher positiv/eher hilfreich für Umsetzung**	**Weder noch**	**Eher negativ/ eher hemmend für Umsetzung**	**Sehr negativ/ sehr hemmend für Umsetzung**
Zusammenarbeit mit den Kollegen im Pflegeteam	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Bereitschaft/Engagement der Kollegen im Pflegeteam für die Umsetzung	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Bereitschaft/Engagement der Vorgesetzten für die Umsetzung	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Zusammenarbeit mit den Hausärzten	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Bereitschaft/Engagement der Hausärzte für die Umsetzung	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					

Medizinisch-pflegerische Fachkompetenzen der Kollegen im Pflegeteam	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Medizinische Fachkompetenzen der Hausärzte	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Bisherige Erfahrungen/Ergebnisse meiner IPAV-Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Erfahrene Anerkennung von Kollegen für meine IPAV-Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Erfahrene Anerkennung von Vorgesetzten für meine IPAV-Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Erfahrene Anerkennung von Hausärzten für meine IPAV-Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Erfahrene Anerkennung von Bewohnern/ Angehörigen für meine IPAV-Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Meine eigenen beruflichen Erfahrungen und Kompetenzen	☐	☐	☐	☐	☐

Anmerkungen:					
Zeitliche Ressourcen für die IPAV-Arbeit	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Anzahl der Pflegefachkräfte im Pflegeteam	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
Stabilität des Pflegeteams (geringe Fluktuation)	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					
IPAV-Schulungsunterlagen und -materialien (z. B. Handbuch)	☐	☐	☐	☐	☐
Anmerkungen:					

b. Gibt es über die obengenannten Faktoren noch andere, die Ihre Arbeit als IPAV aktuell besonders unterstützen oder hemmen? Falls ja, nennen Sie diese bitte hier kurz.

Weitere unterstützende Faktoren	Weitere hemmende Faktoren

4. Gibt es noch etwas, was Sie als IPAV aktuell beschäftigt?

5. Vereinbarte Ziele bzw. Aufgaben für die IPAV: (Bitte die Ziele nachvollziehbar und die Aufgaben als eine geplante Aktivität der IPAV formulieren)

Ziele/Aufgaben	zu erfüllen bis
Ziel: *Beispiel: „Einführung des Faxformulars auf dem Wohnbereich X bis zur KW X“*	
Aufgabe: *Beispiel: „Information über die Einführung des Faxformulars an den Hausarzt Dr. X beim Hausbesuch am X. geben“* *„Wohnbereich X erhält eine Kopiervorlage des neuen Faxformulars bis zur KW X.“*	***03.03.2018***
Ziel:	
Aufgabe:	
Ziel:	
Aufgabe:	
Ziel:	
Aufgabe:	

Ziel:	
Aufgabe:	

6. nächster geplanter Kontakt am _____

Teil C: Beurteilung des Kontaktes aus Sicht des Supervisors

1. Gab es Störungen während des Kontaktes?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, durch…
  - ☐ Bewohnerklingel
  - ☐ andere Telefonate
  - ☐ Ansprache durch Dritte
  - ☐ Sonstiges _____

2. Bewertung des Kontaktes

2.1 Während des Gesprächs habe ich mich in meiner Supervisor-Rolle sicher gefühlt.

☐	☐	☐	☐	☐
Trifft vollkommen zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Kann ich nicht beurteilen

2.2 Ich habe den Eindruck, dass das Gespräch für die IPAV bzw. deren Vertretung hilfreich war.

☐	☐	☐	☐	☐
Trifft vollkommen zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Kann ich nicht beurteilen

2.3 Die für das Gespräch eingeplante Zeit war …

☐	☐	☐	☐	☐
Zu lang	Eher zu lang	Gerade richtig	Eher zu kurz	Zu kurz

2.4 In der Begleitung ist mir noch Folgendes aufgefallen bzw. Folgendes beschäftigt mich…

Anlage 86: Kurzbogen zur Supervision der Einrichtung

Erfasser-ID	**Datum**	**Dauer des Kontaktes in Minuten** *(außer bei E-Mails)*	**Mit wem?** *(bei anderen Personen außer IPAV und deren Vertretung, bitte Funktion mit eintragen)*	**Art des Kontaktes** *(T = Telefonisch; E = E-Mail; S = Sonstige Kommunikationsweise (bitte nennen)* ***ACHTUNG: Bei Vor-Ort-Gesprächen bitte nur Protokoll ausfüllen!***
EFB15	*04.09.2018, 08:34 Uhr*	*11 Minuten*	*IPAV*	*T*
EFB15	*20.09.2018, 09:20 Uhr*	*2 Minuten*	*PDL*	*T*

Was war Anlass/Thema des Kontakts? *(Bitte kurz in wenigen Stichwörtern notieren.)*	**Was wurde vereinbart? Was ist das Ergebnis des Gespräches?** *(Bitte kurz in wenigen Stichwörtern notieren.)*
Supervision der Projektumsetzung: Hauptansprechpartner in Praxen wurden noch nicht benannt (Urlaubszeit), Struktur des Heimbesuchs gut, Namensschilder für Studentische Hilfskräfte etc. wurden noch nicht gebraucht, Bedarfsmedikation wurde überarbeitet, Notfallnummer liegt bereit, Faxformular wurde angepasst.	*IPAV versucht weiterhin Kontakt zu HA's bzgl. der Benennung von Hauptansprechpartnern aufzunehmen. IPAV plant, nochmal alle Mitarbeiter über das Projekt zu informieren, um Akzeptanz zu erhöhen.*
Terminvereinbarung Supervision	*Telefontermin*

Falls Sie dies aktuell bewerten können: Wie zufrieden ist die IPAV mit dem aktuellen Stand der Umsetzung? *(Skala 1-10; 1 = sehr unzufrieden; 10 = sehr zufrieden; 00 = keine Bewertung möglich)*	**Fand seit dem letzten Kontakt ein IPAV-Wechsel statt?** (Nein/Ja - *bei "Ja" Dokument IPAV-Wechsel ausfüllen)*	**nächster geplanter Kontakt am**
5	*Nein*	*20.09.2018*
0 0	*Nein*	*27.09.2018, 08.00 Uhr*

Protokoll Kick-off Treffen

Datum

_____

Protokollant/in

_____

Welche Maßnahme/n wird/werden bereits im Pflegeheim umgesetzt?

- ☐ Zielvereinbarungstreffen
- ☐ Hauptansprechpartner/in
- ☐ Standardbedarfsmedikation
- ☐ Namensschilder
- ☐ Wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon / Fax
- ☐ Strukturierte Hausbesuche

Startzeit des Kick-off Treffens _____

_____

Hinweis:

- *Die Spalte „Wer spricht" nur kennzeichnen mit Buchstaben, keine Nennung von Namen:*
  - *P – Pflege*
  - *A – Arzt*
  - *L – Leitung*
  - *B – Bewohner*
  - *F – Familie/Angehörige*

Attachment PE-QUAN9 Version 1

Protokoll – Kick-off Treffen

Einrichtungs-ID ☐☐☐

1. Besprechung der Maßnahmen

Maßnahme 1: _____ (von _____ bis _____)

Sub-Thema	*Wer spricht*	*Anmerkungen*

Wie effektiv/zielorientiert erfolgte die Diskussion des Maßnahmenpakets?

Sehr effektiv	Eher effektiv	Eher uneffektiv	Sehr uneffektiv
☐	☐	☐	☐

Welche Faktoren haben effektive Diskussionen begünstigt?

Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zur ausbalancierten Teilnahme aller Beteiligten an den Diskussionen zu?

Der Aussage „An der Diskussion waren alle Teilnehmenden ungefähr im gleichen Umfang beteiligt.“ ….			
… stimme ich vollauf zu	… stimme ich eher zu	… stimme ich eher nicht zu	… stimme ich auf keinen Fall zu
☐	☐	☐	☐

Wenn die Diskussionen insgesamt oder zu einzelnen Themen von einzelnen Personen dominiert wurden: Bitte notieren Sie kurz die Personen, die diese Diskussionen dominiert haben bzw. die ggf. überhaupt nicht beteiligt waren?

	Dominierende Diskussionsteilnehmer/-innen	Diskussionsteilnehmer/-innen ohne Wortbeitrag
Maßnahme 1		

Attachment PE-QUAN9 Version 1

Protokoll – Kick-off Treffen

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Maßnahme 2: _____ (von _____ bis _____)

Sub-Thema	*Wer spricht*	*Anmerkungen*

Wie effektiv/zielorientiert erfolgte die Diskussion des Maßnahmenpakets?

Sehr effektiv	Eher effektiv	Eher uneffektiv	Sehr uneffektiv
☐	☐	☐	☐

Welche Faktoren haben effektive Diskussionen begünstigt?

Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zur ausbalancierten Teilnahme aller Beteiligten an den Diskussionen zu?

Der Aussage „An der Diskussion waren alle Teilnehmenden ungefähr im gleichen Umfang beteiligt.“ ….			
… stimme ich vollauf zu	… stimme ich eher zu	… stimme ich eher nicht zu	… stimme ich auf keinen Fall zu
☐	☐	☐	☐

Wenn die Diskussionen insgesamt oder zu einzelnen Themen von einzelnen Personen dominiert wurden: Bitte notieren Sie kurz die Personen, die diese Diskussionen dominiert haben bzw. die ggf. überhaupt nicht beteiligt waren?

	Dominierende Diskussionsteilnehmer/-innen	Diskussionsteilnehmer/-innen ohne Wortbeitrag
Maßnahme 2		

Attachment PE-QUAN9 Version 1

Protokoll – Kick-off Treffen

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Maßnahme 3: _____ (von _____ bis _____)

Sub-Thema	*Wer spricht*	*Anmerkungen*

Wie effektiv/zielorientiert erfolgte die Diskussion des Maßnahmenpakets?

Sehr effektiv	Eher effektiv	Eher uneffektiv	Sehr uneffektiv
☐	☐	☐	☐

Welche Faktoren haben effektive Diskussionen begünstigt?

Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zur ausbalancierten Teilnahme aller Beteiligten an den Diskussionen zu?

Der Aussage „An der Diskussion waren alle Teilnehmenden ungefähr im gleichen Umfang beteiligt.“ ….			
… stimme ich vollauf zu	… stimme ich eher zu	… stimme ich eher nicht zu	… stimme ich auf keinen Fall zu
☐	☐	☐	☐

Wenn die Diskussionen insgesamt oder zu einzelnen Themen von einzelnen Personen dominiert wurden: Bitte notieren Sie kurz die Personen, die diese Diskussionen dominiert haben bzw. die ggf. überhaupt nicht beteiligt waren?

	Dominierende Diskussionsteilnehmer/-innen	Diskussionsteilnehmer/-innen ohne Wortbeitrag
Maßnahme 3		

Attachment PE-QUAN9 Version 1

Protokoll – Kick-off Treffen

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Maßnahme 4: _____ (von _____ bis _____)

Sub-Thema	*Wer spricht*	*Anmerkungen*

Wie effektiv/zielorientiert erfolgte die Diskussion des Maßnahmenpakets?

Sehr effektiv	Eher effektiv	Eher uneffektiv	Sehr uneffektiv
☐	☐	☐	☐

Welche Faktoren haben effektive Diskussionen begünstigt?

Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zur ausbalancierten Teilnahme aller Beteiligten an den Diskussionen zu?

Der Aussage „An der Diskussion waren alle Teilnehmenden ungefähr im gleichen Umfang beteiligt.“ ….			
… stimme ich vollauf zu	… stimme ich eher zu	… stimme ich eher nicht zu	… stimme ich auf keinen Fall zu
☐	☐	☐	☐

Wenn die Diskussionen insgesamt oder zu einzelnen Themen von einzelnen Personen dominiert wurden: Bitte notieren Sie kurz die Personen, die diese Diskussionen dominiert haben bzw. die ggf. überhaupt nicht beteiligt waren?

	Dominierende Diskussionsteilnehmer/-innen	Diskussionsteilnehmer/-innen ohne Wortbeitrag
Maßnahme 4		

Attachment PE-QUAN9 Version 1

Protokoll – Kick-off Treffen

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Maßnahme 5: _____ (von _____ bis _____)

Sub-Thema	*Wer spricht*	*Anmerkungen*

Wie effektiv/zielorientiert erfolgte die Diskussion des Maßnahmenpakets?

Sehr effektiv	Eher effektiv	Eher uneffektiv	Sehr uneffektiv
☐	☐	☐	☐

Welche Faktoren haben effektive Diskussionen begünstigt?

Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zur ausbalancierten Teilnahme aller Beteiligten an den Diskussionen zu?

Der Aussage „An der Diskussion waren alle Teilnehmenden ungefähr im gleichen Umfang beteiligt.“ ….			
… stimme ich vollauf zu	… stimme ich eher zu	… stimme ich eher nicht zu	… stimme ich auf keinen Fall zu
☐	☐	☐	☐

Wenn die Diskussionen insgesamt oder zu einzelnen Themen von einzelnen Personen dominiert wurden: Bitte notieren Sie kurz die Personen, die diese Diskussionen dominiert haben bzw. die ggf. überhaupt nicht beteiligt waren?

	Dominierende Diskussionsteilnehmer/-innen	Diskussionsteilnehmer/-innen ohne Wortbeitrag
Maßnahme 5		

Attachment PE-QUAN9 Version 1

Protokoll – Kick-off Treffen

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Maßnahme 6: _____ (von _____ bis _____)

Sub-Thema	*Wer spricht*	*Anmerkungen*

Wie effektiv/zielorientiert erfolgte die Diskussion des Maßnahmenpakets?

Sehr effektiv	Eher effektiv	Eher uneffektiv	Sehr uneffektiv
☐	☐	☐	☐

Welche Faktoren haben effektive Diskussionen begünstigt?

Inwieweit stimmen Sie folgender Aussage zur ausbalancierten Teilnahme aller Beteiligten an den Diskussionen zu?

Der Aussage „An der Diskussion waren alle Teilnehmenden ungefähr im gleichen Umfang beteiligt.“ ….			
… stimme ich vollauf zu	… stimme ich eher zu	… stimme ich eher nicht zu	… stimme ich auf keinen Fall zu
☐	☐	☐	☐

Wenn die Diskussionen insgesamt oder zu einzelnen Themen von einzelnen Personen dominiert wurden: Bitte notieren Sie kurz die Personen, die diese Diskussionen dominiert haben bzw. die ggf. überhaupt nicht beteiligt waren?

	Dominierende Diskussionsteilnehmer/-innen	Diskussionsteilnehmer/-innen ohne Wortbeitrag
Maßnahme 1		

Welche Maßnahmen sollen im Pflegeheim umgesetzt werden, ggf. mit Anpassungen?

☐ Zielvereinbarungstreffen _____

_____

_____

☐ Hauptansprechpartner/in _____

_____

_____

☐ Standardbedarfsmedikation _____

_____

_____

☐ Namensschilder _____

_____

_____

☐ Wechselseitige Erreichbarkeit per Telefon / Fax _____

_____

_____

☐ Strukturierter Hausbesuch _____

_____

_____

Ende des Kick-off Treffens: _____

Teilnehmerliste

Name	***Vorname***	***Bitte angeben:*** • ***Leitung*** • ***Pflegende*** • ***Ärztin / Arzt*** • ***Angehörige*** • ***Bewohner***	***Unterschrift***

Attachment PE-QUAN9 Version 1

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Protokoll – Kick-off Treffen

Sitzplan - Reihe

Attachment PE-QUAN9 Version 1

Einrichtungs-ID ☐☐☐

Protokoll – Kick-off Treffen

Sitzplan – U-Form



Attachment PE-00: Detailed overview of the process evaluation

1 Quantitative study part of the process evaluation

1.1 Data sources

The data collection will comprise following data resources (see also Table 1):

(1) Both intervention and control groups: standardized questionnaires targeting registered nurses, nursing or facility directors, GPs and residents at the beginning (T0) and after one year (T2).

(2) Intervention group: minutes of each supervision encounter during the follow-up completed by study assistants.

(3) In the intervention group: standardized questionnaires before and after the kick-off meeting involving all participants (GPs, registered nurses, and representatives of the residents and relatives) and chairs (nursing home director, *interprof* ACT agents and supervising study assistant).

(4) In the intervention group: standardized questionnaires to be completed by the *interprof* ACT agent and his/her deputy after each of the 2-hour-training session and after 6 months (T1) and 12 months (T2).

Table 1: Overview of the data sources and measuring points by target groups for the quantitative part of the process evaluation (Underlined data sources are attached to this amendement of the original trial protocol, QUEST = questionnaire)

***interprof* ACT agents (intervention group)**	**Supervising study assistants (intervention group)**	**Registered nurses (both study groups)**	**Nursing/ facility directors (both study groups)**	**GPs (both study groups)**	**Nursing home residents (both study groups)**
• Training session 1 QUEST (Attachment PE-QUAN4a) • Pre-post kick-off meeting QUEST (chairs) (Attachment PE-QUAN6) • Training session 2 QUEST (Attachment PE-QUAN4b) • T1 QUEST *(Amendment)* • T2 QUEST *(Amendment)*	• Pre-post kick-off meeting QUEST (chairs) (Attachment PE-QUAN6) • T0 to T2 records of supervision encounters (PE-QUAN7a-PE-QUAN11)	• T0 QUEST (Attachment PE-QUAN2) • Pre-post kick-off meeting QUEST (attendees) (Attachment PE-QUAN5) • T2 QUEST *(Amendment)*	• T0 QUEST (case report form) (Attachment 26) • Pre-post kick-off meeting QUEST (attendees/chairs) (Attachment PE-QUAN5/6) • T2 QUEST (case report form) *(Amendment)*	• T0 QUEST (Attachment PE-QUAN1) • Pre-post kick-off meeting QUEST (attendees) (Attachment PE-QUAN5) • T2 QUEST *(Amendment)*	• T0 QUEST on satisfaction with medical care (Attachment PE-QUAN3) • Pre-post kick-off meeting QUEST (attendees) (Attachment PE-QUAN5) • T2 QUEST on satisfaction with medical care (Attachment PE-QUAN3) • T0 and T2 case report forms (resident charts) (Attachments 27, 29)
Further target groups and data sources					
• **Relatives of residents:** Pre-post kick-off meeting QUEST (attendees) (Attachment PE-QUAN5) • **Study team member:** Minutes of the kick-off meeting *(Attachment-QUAN9)* • **Participant lists** of training sessions 1 and 2 with *interprof* ACT agents and of kick-off meetings					

1.2 Target populations: eligibility criteria and recruitment procedures

Below, specific eligibility criteria per target group are detailed. In addition to these criteria, informed consent will be a prerequisite for participation in any quantitative inquiry for this process evaluation (see chapter 5.2 in the study protocol). Unless noted otherwise, written information about scheduled surveys are included in the cover page of each questionnaire, and completion of these questionnaires will be regarded as written informed consent (see chapter 5.2 in the study protocol).

1.2.1 *interprof* ACT agents

Oral invitations to participate in scheduled surveys will be conveyed by members of the study team before each data collection point, i.e. the 2 hour-training sessions (PE-QUAN4), at the beginning of the kick-off meeting (PE-QUAN6), and during supervision contacts at T1 and T2 (*Amendments*). Given the desired number of one *interprof* ACT agent and one proxy per intervention nursing home, a size of 34 respondents is expected for this target group. Experiences from previous trials on complex interventions in the long-term setting [1, 2] suggest the risk of non-responses will be minimal.

1.2.2 Supervising study assistants (research team)

At each trial centre, one or two study assistants will supervise the *interprof* ACT agents. As part of this role, they will have to record dates, length, communication mode (telephone, electronic or face-to-face communication) and topic of each supervision encounter.

These records include information about the cluster in question (cluster ID) and main action points resulting from this supervision encounter.

1.2.3 Registered nurses

Registered nurses who are involved in the delivery of direct nursing and medical care to nursing home residents will be surveyed. At T0 and T2, all registered nurses working in the day, evening or night shifts will be asked by members of the research team to fill in the questionnaire (PE-QUAN2 for T0, *T2 = Amendments*) during the data collection days and return it directly in an opaque sealed envelope. In this questionnaire, they will have to refer to their experiences specifically made in the collaboration with at average three GPs randomly selected from all of the GPs taking care for the involved nursing home residents. Experiences from a previous cRCT in German nursing homes [1] suggest that at average four registered nurses may be reached per cluster, representing approximately 33 % of the target population.

In addition, in nursing homes assigned to the intervention group, registered nurses attending the kickoff meeting will be orally invited by a study team member at the beginning of the meeting to complete an integrated pre-post survey (PE-QUAN5).

1.2.4 Nursing or facility directors of the nursing homes

All representatives of the nursing home management attending the kick-off meeting (intervention group) will be asked to complete a questionnaire (PE-QUAN5/6). Given a sample size of 34 nursing homes, a minimum size of 34 respondents is expected for this target group.

In addition, the nursing home case report forms (Attachment 26 to the main study protocol) which have to be completed by one representative of the facility or nursing director will contribute some data to the process evaluation.

1.2.5 General practitioners (GPs)

This target group comprises all GPs responsible for the medical care for nursing home residents included in this trial. GPs will be recruited in multiple steps:

(1) All GPs showing interest in the main trial will be invited to take part in the process evaluation: A member of the local trial centre will hand over details about planned GP surveys for process evaluation and the T0 questionnaire (PE-QUAN1) (both study groups). After 12 months, GPs will receive additionally the T2 questionnaire (*Amendments)*. Completed questionnaires can be returned to the trial centre in prepaid opaque envelopes.

(2) In case, GPs´ patients were allocated to the intervention group, they will also receive details about the actions planned for implementation of the *interprof* ACT programme. All participating GPs will be invited to attend the kickoff meeting and integrate the *interprof* ACT measures into the care for the nursing home residents during the 12 months follow up. GPs attending the kickoff meeting will be orally invited by a study team member at the beginning of the meeting to complete an integrated pre-post survey (PE-QUAN5).

Unpublished data from an own trial previously conducted in the German long-term care setting [1] suggest a resident-to-physician ratio of 2.9. We therefore expect a total number of about 210 GPs to be invited to participate in the process evaluation. Based on previous surveys among German GPs [3, 4, 5], we assume a response rate of 45 %, reducing the sample size to about 95 GPs.

1.2.6 Nursing home residents

All nursing home residents enrolled into the trial will also be eligible for the process evaluation. They will provide three sources of data to this evaluation:

(1) Both at T0 and T2, all nursing home residents enrolled into the trial will be asked to orally answer standardized questions about their satisfaction with the quality of medical in a face-to-face interview by a study team member (PE-QUAN3). Written

information about the two surveys on satisfaction with medical care are included in the general study information for the residents and the legal guardian, respectively (see Attachments 9 and 14 [legal guardian] to the main trial protocol). Also, the residents will be orally informed by the study team members before baseline assessment. Directly before each face-to-face interview, the study assistants will repeat this oral information, reassuring the residents' consent. Equally to the data extracted from the residents' charts, the survey data will be collected in a pseudonymised manner based on a separate code list (see chapter 5.2 of the main trial protocol).

(2) In the intervention group, residents or their representatives/members of the nursing home´s advisory board will be invited to attend the kick-off meeting. At the beginning of the meeting, attending residents/representatives will be asked orally by a study team member to participate in a small pre-post survey (PE-QUAN5).

1.2.7 Further target groups in the kick-off meetings

(1) Attending relative representatives will be asked to complete the same questionnaire as the other attendees (PE-QUAN5).

(2) One member of the local trial centre will record main discussion points and the outcomes of the meeting, i.e. the *interprof* ACT components chosen by the attendees, including any amendment agreed on to the scope, methods or dosage of the components to be implemented. The study team members will use a semi-structured minute form for these written records. The minutes will include information about the cluster in question (cluster code) and the number and roles of the meeting attendees but no reference to the attendees' personal identity.

At each training session with designated *interprof* ACT agents and each kick-off meeting, all attendees will be asked to confirm their participation in person in a list. These participant lists will be saved electronically at the local trial centre separately from all of the other trial documents and be only accessible to the members of this local study team.

1.3 Variables, instruments and measuring points

The quantitative process evaluation targets four main subjects:

(1) Fidelity, dose, adaptions and reach of the implementation strategies as actually applied

(2) Mechanisms of the downstream effect of the *interprof* ACT programme

(3) Changes in the subjective quality of interprofessional collaboration and medical care

(4) Context factors potentially influencing the uptake and implementation of the implementation strategies and the *interprof* ACT programme as well as the downstream effect

1.3.1 Fidelity, dose, adaptions and reach of the implementation strategies

Quantitative data will be gathered on the participation rates, the duration, the topics under discussion, the subjectively perceived performance quality and outcomes of all training, meeting and supervision actions offered to the intervention group (e.g. *interprof* ACT agents, registered nurses, facility/nursing directors and GPs). The questionnaires have been specifically developed for this process evaluation, based on similar instruments successfully used in previous own trials [1, 2].

1.3.2 Evaluation of the mechanisms of change

This area of the process evaluation encompasses two major subjects: the degree of implementation of the *interprof* ACT components chosen at the kick-off meeting, and changes in key elements of nurse-physician collaboration and medical care as defined by Tsakitzidis et al. [6]. These key elements include following constructs: collaborative goal setting, the quality of interprofessional communication, shared coordination of care decisions, collaborative care planning, patient activation, contribution of involved professions, and leadership. To measure these constructs, the questionnaires of interest (PE-QUAN1, PE-QUAN2 and Attachment 26 to the main study protocol) include standardized items based on well-established tools: the Partnership Self Assessment Tool (PSAT) Questionnaire [7], the inventory of the KOVERDEM study (“Optimierung der Kooperation von Hausärzten und Pflegediensten in der ambulanten Versorgung von Demenzkranken”) [8], and the inventory of the InDemA project (“Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen”) [9]. In addition, closed and free-text questions newly created for this process evaluation will be incorporated into the questionnaires.

1.3.3 Evaluation of the impact of the subjective quality of care

As part of the surveys at T0 and T2, the registered nurses and the GPs will be asked to rate their satisfaction with the quality of nurse-physician collaboration in general and in terms of specific key elements, such as goal setting and decision-making (PE-QUAN1, PE-QUAN2). Respective items are based on the PSAT questionnaire [7] and tools used in the InDemA project [9].

In addition, the nursing or facility director will be invited to globally judge the quality of nurse-physician collaboration at nursing home level at T0 and T2 (Attachment 26 to the main protocol). The respective item has been derived from the KOVERDEM inventory [8]

Furthermore, nursing home residents will be asked to assess their satisfaction with the quality of medical care. The items were specifically developed for this process evaluation, taking into account existing frameworks and measurement instruments on patient-reported outcomes of primary care [10-12]. They will be included in a questionnaire (PE-QUAN3) which will be completed via face-to-face interviews by study assistants at baseline assessment (T0) and T2.

1.3.4 Potentially relevant context factors

Following Threapleton et al. [13], the quantitative part of the process evaluation seeks to gather information on various context factors at the organization-, intervention-, staff- and resident-related levels. In the surveys among the registered nurses (PE-QUAN2) and GPs (PE-QUAN1), we will collect data on existing facilitators and barriers at the various context levels both in general terms, i.e. as average estimates across all GPs or nursing homes they collaborate with, and specifically for individual GPs or nursing homes (see chapter 1.2.2).

Most of the data will be gathered by means of items specifically developed for this process evaluation, informed by similar instruments successfully used in own previous trials in the same setting [1, 2]. We will also draw on existing measuring tools: the PSAT questionnaire [7], the KOVERDEM inventory [8], the Jefferson Scale of Attitudes towards Physician-Nurse Collaboration [14] and the InDemA inventory [9]

1.4 Piloting of questionnaires and quality assurance of measurements

Whenever available, the questionnaires and other measurement instruments designed for use in this process evaluation will draw on established, pre-tested tools as described above. The majority of these tools is available in German language [8, 9, 15] and has already been demonstrated to provide valid data in previous research when applied to populations comparable to the target groups of this study. For all of the three instruments, the authors received permission to incorporate items of interest into this process evaluation.

For the PSAT questionnaire [7], no existing German language versions could be located. Therefore, after receiving permission by the original authors, the items of interest have been translated into German language [16], followed by a multiple-step adaption. This adaption is conducted by the study center Lübeck and is still ongoing.

1.5 Data analysis

The quantitative data will mainly be analyzed descriptively. We will determine following descriptive measures: proportions in case of categorical variables and measures of central tendency (mean and median) and dispersion (standard deviation (SD) and interquartile range (IQR)) in case of ordinal or continuous variables. We will compute all descriptive statistical measures both for the total sample and separately for each cluster. The descriptive analyses will be conducted separately for each research question of interest, i.e. (i) fidelity, dose and

reach of the implementation strategies applied, (ii) mechanisms of *interprof* ACT's downstream effects (changes in key elements of interprofessional care), (iii) changes in the subjective quality of interprofessional collaboration and medical care, and (iv) influence of context factors. The descriptive findings per cluster will be graphically summarized for each research question. Based on this summary, the clusters will be ranked per study group according to the degree of implementation and the changes in key elements of interprofessional care and in the subjective quality of care measures, with keeping the summary information about present context factors. These summary depictions will illustrate differences between clusters and study groups concerning prevalent context factors, the degree of implementation and downstream effects of *interprof* ACT and allow us to draw hypotheses about most likely mechanisms of causal effects and relevant effect modifiers and moderators. Based on these hypotheses, we will conduct explorative between-group comparisons to estimate the size of group differences in changes in interprofessional care from baseline to T2 and the impact of certain context factors. For this purpose, we will use generalized linear models, with the exact model then chosen based on the actual size and characteristics of available data. Despite use of this inferential statistics, all analyses will be entirely explorative and not include any formal test of hypothesis.

The aggregated rank orders of clusters and the model estimates will inform the interpretation of the findings retrieved for the primary and secondary trial outcomes. To enhance this understanding, the quantitative findings will be compared to respective qualitative findings. The result of this synthesis will serve as foundation for the generation of a more advanced regression model to explore the interaction between important context factors and the degree and outcome of the implementation of *interprof* ACT (see chapter 3.7 of the main trial protocol).

1.6 Data protection

See chapter 5.2 in the main study protocol.

2 Qualitative part of the process evaluation

The qualitative process evaluation will be performed by the Chair of Organization and Corporate Development, Faculty of Economics, University of Göttingen. The aim is to assess the *"interprof* ACT" intervention with regard to feasibility and prospects of an implementation into routine care, to adapt it accordingly if necessary, and to define a process map to facilitate the roll out. We thereby address the following research questions: (i) How do relevant working processes change through the implementation of *Interprof* ACT measures? (ii) How can effective processes be described and defined in a standardized form (process map)?

2.1 Data sources

Methods of the qualitative inquiry will include non-participating observations and semi-structured interviews in a sub-sample of four to five participating nursing homes per study group. In this sub-sample of nursing homes (and associated GPs), four different person groups will be involved in this qualitative sub-study: *interprof* ACT agents, registered nurses, GPs and nursing home residents, with the latter only being included in the observations.

We will collect respective data at several times in each of the up to ten nursing homes:

(1) Any time between randomised allocation of the nursing homes to the intervention or control group and the kick-off meeting in the matched nursing home assigned to the intervention group

(2) Directly after the kick-off meeting in the matched nursing home assigned to the intervention group

(3) By the end of month 6 of follow-up (T1)

(4) By the end of month 12 of follow-up (T2)

Additionally, we will be present during the kick-off meeting for observing the selection of *interprof* ACT measures. We will take notes e.g. on the quality of communication among the meeting attendees and the presentation and justification of positions and decisions.

2.2 Target populations: recruitment procedures

2.2.1 Nursing homes

The sub-sample of up to ten nursing homes will be recruited based on availability: Nursing homes agreeing to participate in the trial will be invited to take part in this qualitative inquiry until four to five nursing homes per study group will have been consented, with at least one nursing home per study group per trial centre (PE-QUAL2). Depending on the feasibility, additional criteria, e.g. size and location of the nursing homes, will be considered for building matched-pairs. Recruitment of nursing homes will be conducted by the trial centers. Participating nursing homes receive detailed information material about the process evaluation and data collection methods (PE-QUAL1).

2.2.2 *interprof* ACT agents

All nominated *interprof* ACT agents and their proxies working in nursing homes included in this qualitative sub-study will be invited to take part in the qualitative data collection (PE-QUAL5, PE-QUAL6). This includes participation in a semi-structured interview before and after the kick-off meeting and 6 as well as 12 months after baseline assessment. As far as *interprof* ACT agents are involved in direct nursing and medical care provision they could

also be part of the non-participating observations at these time points. Furthermore, they will be subject of observation during the kick-off meetings.

Before the first interview and observation, the *interprof* ACT agents will receive oral and written information by a member of the research team about the scope and procedures of this study (PE-QUAL5, PE-QUAL6), coupled with a form to confirm informed consent for interviews (PE-QUAL10, Anlage 39) and observations (PE-QUAL9, Anlage 39). Before each follow-up interview/observation, the study will again be explained to the *interprof* ACT agents, giving them opportunity to reconsider their consent.

2.2.3 Registered nurses

Registered nurses will be invited by a research team member to take part in the semi-structured interviews and non-participating observations at each data collection point for this qualitative inquiry. Recruitment, information distribution and consent confirmation follow the same procedures as outlined in chapter 2.2.2 (PE-QUAL3/4, PE-QUAL9/10, Anlage 39).

2.2.4 GPs

This target group comprises GPs responsible for the medical care of nursing home residents included in the sub-sample for this qualitative inquiry. Only GPs who have already expressed interest in the participation of this trial (see chapter 1.1.5) will be eligible for this part of the process evaluation. For GPs of the intervention and control group, this qualitative sub-study will encompass participation in an interview as well as in an observation at each of the time point mentioned above.

Eligible GPs will be invited by members of the research team responsible for the qualitative sub-study. They will receive written and oral information (via phone) about the study and data collection methods beforehand. At the beginning of each (follow-up) interview/observation, GPs will be orally reminded about the qualitative sub-study. Recruitment and consent confirmation follow the same procedures as outlined in chapter 2.2.2 (PE-QUAL7/8,PE-QUAL9/10, Anlage 39)

2.2.5 Nursing home residents

Interprofessional collaboration and communication between registered nurses and GPs often occurs in situations that involve nursing home residents, e.g. during GPs' visits to the nursing homes. Non-participating observation of those situations is important for our research question. However, this observation will focus on interprofessional collaboration and communication processes between GPs and nurses; direct participation of nursing home residents in the observations is not intended. Instead, they will be co-subject (together with registered nurses and GPs) of any non-participating observation targeting situations of nurse-physician collaboration that include direct contact with nursing home residents. No

interviews will be conducted with nursing home residents. No data about involved nursing home residents will be collected.

To allow nursing home residents sufficient time to decide about participation in possible observations, the research team responsible for the qualitative sub-study will ask the head nurse in advance for information about which nursing home residents will be visited by a GP during an upcoming data collection point. A member of this research team will inform respective nursing home residents about the observations in written and oral form (PE-QUAL11) one day prior to the observation at minimum. The written information will include a form to confirm informed consent (PE-QUAL12; Anlage 39). Directly before the observation, the researcher performing the observations will inform the resident in question again. Only nursing home residents able to provide written informed consent by themselves will be invited. Observation of situations involving nursing home residents will only take place if the residents' written informed consent is given. Withdrawal of consent is possible at any time. Observations will be terminated when residents withdraw their consent or in the presence of nursing home residents without confirmed written consent.

2.3 Data collection methods

2.3.1 Non-participating observations

The observational design follows scientific criteria and is therefore systematic [17]. Due to the exploratory nature of the study, the observation will be carried out by means of a semi-structured (observational) guideline [18, 19] as attached to this protocol (PE-QUAL13). For transparency purposes, the observation will be marked as open, which means that the observer will appear explicitly as scientist [20]. The level of participation is low and characterized as observer-as-participant, which means that interactions between observer and research object should be kept at a minimum [20].

Maintaining the authenticity and reality of the situation, the observation will be conducted directly in the field (nursing homes). More concretely, this means that the observer visits the nursing home, accompanies the registered nurse for care process documentation and observes the GP's and nurses' communication during the visit of the resident (if she/he gave informed consent). Short conversations with GPs and nurses will be held if possible. Participation of residents is not intended but will be considered in relevant situations of communication between GPs, registered nurses and residents (see chapter 2.2.5). The observer will take notes while observing. Notes will be pseudonymized and then stored in a word processor (e.g. Microsoft Word).

2.3.2 Interviews

In addition to the non-participating observations, short interviews will be conducted with GPs, registered nurses and *interprof* ACT agents (the latter only in nursing homes that belong to

the intervention group). These interviews will complement the observation data for the description of the care process and the evaluation of process changes through the *interprof* ACT measures. Furthermore, they will serve for clarifying observations as well as assessing respondents' perceptions of the process.

A semi-structured interview guide (PE-QUAL14–16) will be used that consists of open questions and allows an unbiased and flexible approach towards the object of research. Additional questions, e.g. for clarification, may be added in the course of the interview when it seems necessary to the interviewer. It will be a personal questioning with one interviewer and mainly one respondent at a time. This setting enhances the informational function of the questioning. The authority of the interviewer is neutral. All research requirements for qualitative studies will be followed [17]. Interviews will take place in the nursing homes or at any other place chosen by the interview partners. Interviews will be audio-recorded with an audio recorder that is only used for this project and will be transcribed and pseudonymized afterwards. If interview partners prefer not to be recorded, the interviewer will take notes.

Data collection will be conducted until saturation of results. We assume an overall timeframe of two to three days à one to three hours a day per nursing home per time point. We expect the collection of approximately four interviews per nursing home per time point, involving one to two GPs and two registered nurses including *interprof* ACT agents.

2.4 Data analysis

Qualitative data analyses will serve for exploring processes and identifying relevant process changes based on qualitative content analyses procedures [21]. Specifically, we will apply the qualitative approach of comparative case analyses [22]. We will first compile individual cases describing the process patterns of time-ordered events (including involved actors and context factors) for each of the nursing homes. We will then compare matched cases, note similarities and differences within each pair, gradually expanding cross-case analysis. To ensure reliable analysis of the qualitative data, the analysis will involve two coders (i.e. two research assistants) who will independently scrutinise the data and assign codes until they find strong agreement. In the course of this iterative process, we aim at identifying specific process patterns across cases that enable us to generate more general process descriptions in the form of process maps.

2.5 Data protection

See chapter 5.2 in the main study protocol.

References

1 *Richter C, Berg A, Fleischer S et al.* Effect of person-centred care on antipsychotic drug use in nursing homes (EPCentCare): study protocol for a cluster-randomised controlled trial. Implement Sci. 2015; DOI: 10.1186/s13012-015-0268-3.

2 *Abraham J, Möhler R, Henkel A et al.* Implementation of a Multicomponent intervention to Prevent Physical Restraints In Nursing home residenTs (IMPRINT): study protocol for a cluster-randomised controlled trial. BMC Geriatr. 2015; 15: 86. doi: 10.1186/s12877-015-0086-0.

3 *Frankenhauser-Mannuß J, Goetz K, Scheuer M, Szescenyi J, Leutgeb R.* [Out-of-hours primary care in Germany: general practitioners' views on the current situation]. Gesundheitswesen. 2014; 76(7):428–33. doi: 10.1055/s-0034-1367020.

4 *Kühne F, Behmann M, Bisson S, Walter U, Schneider N.* Non-response in a survey of physicians on end-of-life care for the elderly. BMC Res Notes. 2011; 4:367. doi: 10.1186/1756-0500-4-367.

5 *Steinhäuser J, Jäkel K, Szecsenyi J, Goetz K, Ledig T, Joos S.* [Procedures Performed in General Practice - a Cross-sectional Study]. Gesundheitswesen. 2016 May 12. [Epub ahead of print].

6 *Tsakitzidis G, Timmermans O, Callewaert N et al.* Outcome Indicators on Interprofessional Collaboration Interventions for Elderly. Int J Integr Care. 2016; 16 (2): 5. doi: 10.5334/ijic.2017.

7 Partnership Self-Assessment Tool-Questionaire. Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health. 2002.

8 *Van den Bussche H, Jahnecke-Latteck Ä-D, Ernst A*. Zufriedene Hausärzte und kritische Pflegende – Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung zu Hause lebender Menschen mit Demenz. Gesundheitswesen. 2013; 75: 328–333.

9 *Bartholomeyczik A, Wilm S, Bureick G, Halek M, Hardenacke D, Krüger C, Knee R, Mayer H, Mchiri N, Derks B, Löscher S.* Sachbericht zum Projekt "Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen (InDemA)". Witten, 2010.

10 *Wensing M, Baker R, Szecsenyi J, Grol R, On behalf of the EUROPEP Group.* Impact of national health care systems on patient evaluations of general practice in Europe. Health Policy 2004; 68:353-357.

11 *Goetz K, Campbell S, Willms S, Rochon J, Klingenberg A, Szecsenyi J.* How do chronically ill patients evaluate their medical care? An observational study with 46919 patients in 676 primary care practices of direct relevance to person-centered medicine. Int J Pers Cent Med 2011; 1(2):338–346.

12 *Bitzer EM, Dierks ML, Dörning H, Schwartz FW*. Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive – Psychometrische Prüfung eines standardisierten Erhebungsinstrumentes. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1999; 7(3):196-209.

13 *Threapleton DE, Chung RY, Wong SYS, Wong E, Chau P, Woo J, Chung VCH, Yeoh E-K.* Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review. International Journal for Quality in Health Care. 2017; 29(3): 327–334, doi: 10.1093/intqhc/mzx041.

14 *Hojat M, Fields SK, Veloski JJ, Griffiths M, Cohen MJ, Plumb JD*. Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration. Evaluation & the health professions, 1999b, 22(2):208-220

15 *Lakeit S.* Nurse-Physican Collaboration. A Systematic Literature Review measuring Nurse-Physican Collaboration, and the Development and Psychometric Testing of one of these Instruments for a German Target Group. Dissertation. 2015

16 Streiner DL, Norman GR. Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use. 4th ed. Oxford University Press: Oxford, 2008.

17 *Lamnek, S*. Qualitative Sozialforschung. 4. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 2005, 557–565.

18 *Diekmann, A.* Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden und Anwendungen. 16. Aufl. Hamburg: Rowohlts Taschenbuch Verlag; 2006, 468–479.

19 *Bortz J., Döring N.* Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 3 Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 2002, 320–327.

20 *Atteslander P*. Methoden der empirischen Sozialforschung. 11. Aufl. Berlin: Erich Schmidt Verlag; 2006, 68–87.

21 *Miles M. B., Huberman A. M.* Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 1994.

22 *Eisenhardt K. M.* 'Building Theories from Case Study Research'. Academy of Management Review 1989; 14: 532–550.

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3
D-37073 Göttingen

Informationsschrift zur wirtschaftswissenschaftlichen Begleitstudie:

Untersuchung der Abläufe der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit (vor und nach der Einführung der *interprof* ACT Maßnahmen)

Sehr geehrte Heimleitung,

wir möchten Sie einladen, an einer Begleitstudie der *interprof* ACT Studie teilzunehmen, in der wir die Abläufe der interprofessionellen Zusammenarbeit genauer untersuchen wollen. Mit Ihrem Einverständnis würden wir gerne eine Prozessevaluation bestehend aus offenen Interviews und nicht-teilnehmenden Beobachtungen in der Pflegeeinrichtung durchführen.

Worum geht es genau?

In dieser Begleitstudie geht es um die Beschreibung und einheitliche Dokumentierung von Prozessen der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit innerhalb von Pflegeeinrichtungen. Außerdem werden wichtige Einflussfaktoren, die auf diese Zusammenarbeit einwirken, identifiziert. Langfristig sind die Ziele, durch die gewonnenen Erkenntnisse die positive Wirkung der *interprof* ACT Maßnahmen zu unterstützen und die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit nachhaltig zu stärken.

Ablauf der Studie

Wir sind sehr an den subjektiven Sichtweisen zur interprofessionellen Zusammenarbeit interessiert und möchten daher gerne acht offene **Interviews** innerhalb eines Jahres mit Mitgliedern des Pflegeteams führen. Diese Interviews können je nach Verfügbarkeit im Zeitverlauf mit der gleichen Person oder mit wechselnden Interviewpartnern durchgeführt werden. Vier Interviews werden zu Beginn der Studie stattfinden. Nach 6 Monaten und 12 Monaten werden jeweils zwei weitere Interviews durchgeführt. Erfahrungsgemäß beträgt die Dauer eines Interviews ungefähr 20 Minuten, je nach Bedarf auch etwas länger. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen. Zudem werden zu den oben genannten Zeitpunkten ebenfalls acht Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten geführt.
Zur Beschreibung und Dokumentierung der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit möchten wir gerne **nicht-teilnehmende Beobachtungen** zu vier Zeitpunkten innerhalb eines Jahres durchführen. Analog zu den Interviews finden zwei Beobachtungseinheiten zu Beginn der Studie statt. Nach 6 Monaten und 12 Monaten wird jeweils eine weitere Beobachtungseinheit

durchgeführt. Für eine Beobachtungseinheit nimmt ein Studienmitarbeiter an 2-3 Tagen an den Versorgungstätigkeiten im Rahmen von Hausarztbesuchen für jeweils 1-3 Stunden beobachtend teil und hält sich dabei ausschließlich im Hintergrund auf. Der Studienmitarbeiter wird sich während der Beobachtung einige schriftliche Notizen machen. Danach wird er das Pflegepersonal bzw. der Hausärztinnen und Hausärzte kurz zu dem Besuch befragen (max. 5 min). Die Befragung wird mit einem Aufnahmegerät festgehalten. Zudem werden wir beim Kick-off Treffen anwesend sein und uns schriftliche Notizen zum Ablauf machen.

Ihr Nutzen

Sie erhalten durch Ihre Teilnahme eine detaillierte Prozessbeschreibung der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit in Ihrer Einrichtung, nach Wunsch auch im Vergleich zu ähnlichen Einrichtungen, deren Identität anonymisiert wird. Aufgrund der Berücksichtigung von Ihren konkreten Rahmenbedingungen, ist es uns möglich, Ihnen umfangreiches und individuelles Feedback zu den Abläufen in Ihrer Einrichtung zu liefern und so die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten langfristig zu stärken.
Wir gehen davon aus, dass die Verbesserung der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit einen direkten Einfluss auf Ihre Bewohner und deren Versorgungsqualität hat.

Datenschutz

Nach einer ausführlichen schriftlichen und mündlichen Aufklärung über die Studie ist ein Unterschreiben der Einverständnisklärung erforderlich. Die Teilnahme am Projekt ist freiwillig. Sie können Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile zurückziehen. Bei Rücktritt von der Studie können auf Wunsch bereits gewonnene Informationen vernichtet werden. Sie können sich bei der Rücknahme der Einwilligung entscheiden, ob Sie mit der Auswertung des Materials bzw. Ihrer Studiendaten einverstanden sind oder nicht. Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Entscheidung ändern wollen, setzen Sie sich bitte mit der Studienleitung in Verbindung.

Die für die Studien wichtigen Daten werden in pseudonymisierter Form gespeichert, ausgewertet und gegebenenfalls weitergegeben. Pseudonymisierung bedeutet, dass ein Nummern- und/oder Buchstabencode verwendet wird, ggf. in Kombination mit dem Geburtsjahr (nicht mit dem Geburtsdatum!). Eine nachträgliche Zuordnung der Daten zu einem bestimmten Heim oder einer bestimmten Person ist mit Hilfe einer Art „Schlüssel“, der in der Studienzentrale verwaltet wird, möglich. Die Ergebnisse der Studie werden in anonymisierter Form veröffentlicht (d.h. ein Bezug zu Ihrer Person ist dann nicht mehr möglich).

Wir sichern Ihnen zu, dass alle beteiligten Personen die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und die berufliche Schweigepflicht einhalten werden. Die Aufzeichnung bzw. Speicherung der Daten erfolgt für die Dauer von 10 Jahren.

Für weitere Fragen stehen wir natürlich gern zur Verfügung. Am besten erreichen Sie uns unter der folgenden Telefonnummer: 0551 / 394712 (Frau Färber, Sekretariat Professur Organisation und Unternehmensentwicklung) oder per E-Mail: christian.kortkamp@uni-goettingen.de

Prof. Dr. Indre Maurer Dr. Clarissa E. Weber Christian Kortkamp

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3
D-37073 Göttingen

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der wirtschaftswissenschaftlichen Begleitstudie:

Untersuchung der Abläufe der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit (vor und nach der Einführung der *interprof* ACT Maßnahmen)

Ich wurde über die Begleitstudie vollständig aufgeklärt und habe die schriftliche Studieninformation erhalten, gelesen und verstanden. Ich wurde darüber hinaus mündlich aufgeklärt und hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Die Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
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 bin damit einverstanden, dass eine Prozessevaluation bestehend aus **offenen Interviews** und **nicht-teilnehmenden Beobachtungen** in dieser Pflegeeinrichtung durchgeführt wird. Ich kann mein Einverständnis jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile zurückziehen.

Ich bin einverstanden, dass im Rahmen des Forschungsvorhabens personenbezogene Daten erhoben und aufgezeichnet und in pseudonymisierter Form gespeichert werden. Die Datenspeicherzeit beträgt 10 Jahre. Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass die pseudonymisierten Daten an Dritte weitergegeben werden können, jedoch nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf meine Person/Pflegeeinrichtung zulässt. Die Original (Tonband-) Aufzeichnungen werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Die pseudonymisierten Beobachtungsnotizen und Verschriftlichungen der Interviews werden nur vom Projektpersonal bzw. Mitarbeitern der Projektpartner ausgewertet und für wissenschaftliche Veröffentlichungen und die Lehre genutzt.
Ich weiß, dass ich mein Einverständnis zur Speicherung der personenbezogenen Daten jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden alle personenbezogenen Daten gelöscht.

Ich habe den Informationstext und eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.

Zudem habe ich die „Ergänzende Information zur aktualisierten Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)“ erhalten und wurde über die Inhalte mündlich aufgeklärt.

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Einwilligung zu meiner Teilnahme an der Studie.

Ort, Datum,	Ort, Datum,
Teilnehmer(in): **Unterschrift**	Unterschrift Studienmitarbeiter(in)

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben, 3
D-37073 Göttingen

Informationsschrift zur wirtschaftswissenschaftlichen Begleitstudie:

Untersuchung der Abläufe der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit (vor und nach der Einführung der *interprof* ACT Maßnahmen)

Liebe Mitglieder des Pflegeteams,

wir möchten Sie einladen, an einer Begleitstudie der *interprof* ACT Studie zur genaueren Untersuchung der Abläufe der interprofessionellen Zusammenarbeit teilzunehmen. Mit Ihrem Einverständnis würden wir gerne nicht-teilnehmende Beobachtungen Ihrer Arbeit, insbesondere der Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und -ärzten, in der Pflegeeinrichtung durchführen.

Worum geht es genau?

In dieser Begleitstudie geht es um die Beschreibung und einheitliche Dokumentierung von Prozessen der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit innerhalb von Pflegeeinrichtungen. Außerdem werden wichtige Einflussfaktoren, die auf diese Zusammenarbeit einwirken, identifiziert. Langfristig sind die Ziele, durch die gewonnenen Erkenntnisse die positive Wirkung der *interprof* ACT Maßnahmen zu unterstützen und die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit nachhaltig zu stärken.

Ablauf der Studie

Wir möchten daher eine **nicht-teilnehmende Beobachtung** zu vier Zeitpunkten innerhalb eines Jahres durchführen. Ein Studienmitarbeiter nimmt an Ihren Versorgungstätigkeiten für jeweils 1-3 Stunden beobachtend teil und hält sich dabei ausschließlich im Hintergrund auf. Uns interessieren die normalen Situationen Ihrer Tätigkeiten, so dass Sie sich wie im Alltag verhalten können und sollen. Der Studienmitarbeiter wird sich während der Beobachtung einige schriftliche Notizen machen. Danach wird er Sie kurz zu dem Besuch befragen (max. 5 min). Die Befragung wird mit einem Aufnahmegerät festgehalten, wenn Sie Ihre Zustimmung geben.

Datenschutz

Nach einer ausführlichen schriftlichen und mündlichen Aufklärung über die Studie ist ein Unterschreiben der Einverständnisklärung erforderlich. Die Teilnahme am Projekt ist freiwillig. Es ist für Sie kein persönlicher Nutzen von der Studienteilnahme zu erwarten. Sie

können Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile zurückziehen. Bei Rücktritt von der Studie können auf Wunsch bereits gewonnene Informationen vernichtet werden. Sie können sich bei der Rücknahme der Einwilligung entscheiden, ob Sie mit der Auswertung des Materials bzw. Ihrer Studiendaten einverstanden sind oder nicht. Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Entscheidung ändern wollen, setzen Sie sich bitte mit der Studienleitung in Verbindung.

Die für die Studien wichtigen Daten werden in pseudonymisierter Form gespeichert, ausgewertet und gegebenenfalls weitergegeben. Pseudonymisierung bedeutet, dass ein Nummern- und/oder Buchstabencode verwendet wird, ggf. in Kombination mit dem Geburtsjahr (nicht mit dem Geburtsdatum!). Eine nachträgliche Zuordnung der Daten zu einem bestimmten Heim oder einer bestimmten Person ist mit Hilfe einer Art „Schlüssel“, der in der Studienzentrale verwaltet wird, möglich. Die Ergebnisse der Studie werden in anonymisierter Form veröffentlicht (d.h. ein Bezug zu Ihrer Person ist dann nicht mehr möglich). Wir sichern Ihnen zu, dass alle beteiligten Personen die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und die berufliche Schweigepflicht einhalten werden. Die Aufzeichnung bzw. Speicherung der Daten erfolgt für die Dauer von 10 Jahren.

Für weitere Fragen stehen wir natürlich gern zur Verfügung. Am besten erreichen Sie uns unter der folgenden Telefonnummer: 0551 / 394712 (Frau Färber, Sekretariat Professur Organisation und Unternehmensentwicklung) oder per E-Mail: christian.kortkamp@uni-goettingen.de

Prof. Dr. Indre Maurer Dr. Clarissa E. Weber Christian Kortkamp

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3
D-37073 Göttingen

Informationsschrift zur wirtschaftswissenschaftlichen Begleitstudie:

Untersuchung der Abläufe der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit (vor und nach der Einführung der *interprof* ACT Maßnahmen)

Liebe Mitglieder des Pflegeteams,

wir möchten Sie einladen, an einer Begleitstudie der *interprof* ACT Studie teilzunehmen, in der wir die Abläufe der interprofessionellen Zusammenarbeit genauer untersuchen wollen. Mit Ihrem Einverständnis würden wir gerne offene Interviews mit Ihnen über Ihre Arbeit, insbesondere die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und -ärzten, in der Pflegeeinrichtung durchführen.

Worum geht es genau?

In dieser Begleitstudie geht es um die Beschreibung und einheitliche Dokumentierung von Prozessen der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit innerhalb von Pflegeeinrichtungen. Außerdem werden wichtige Einflussfaktoren, die auf diese Zusammenarbeit einwirken, identifiziert. Langfristig sind die Ziele, durch die gewonnenen Erkenntnisse die positive Wirkung der *interprof* ACT Maßnahmen zu unterstützen und die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit nachhaltig zu stärken.

Ablauf der Studie

Wir sind sehr an Ihrer Sichtweise zur interprofessionellen Zusammenarbeit interessiert und möchten daher gerne vier offene **Interviews** innerhalb eines Jahres mit Ihnen führen. Zwei Interviews werden zu Beginn der Studie stattfinden. Nach 6 Monaten und 12 Monaten wird jeweils ein weiteres Interview durchgeführt. Das Interview sollte nach Möglichkeit in entspannter Atmosphäre in der Pflegeeinrichtung erfolgen. Alternativ können wir das Interview aber auch an einem anderen, von Ihnen gewählten Ort durchführen. Für das Gespräch gibt es einen Leitfaden; es sollen aber auch die Punkte im Vordergrund stehen, die Sie bezüglich der Thematik für wichtig erachten. Erfahrungsgemäß beträgt die Dauer eines Interviews ungefähr 20 Minuten, je nach Bedarf auch etwas länger. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen.

Datenschutz

Nach einer ausführlichen schriftlichen und mündlichen Aufklärung über die Studie ist ein Unterschreiben der Einverständnisklärung erforderlich. Die Teilnahme am Projekt ist freiwillig. Es ist für Sie kein persönlicher Nutzen von der Studienteilnahme zu erwarten. Sie können Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile zurückziehen. Bei Rücktritt von der Studie können auf Wunsch bereits gewonnene Informationen vernichtet werden. Sie können sich bei der Rücknahme der Einwilligung entscheiden, ob Sie mit der Auswertung des Materials bzw. Ihrer Studiendaten einverstanden sind oder nicht. Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Entscheidung ändern wollen, setzen Sie sich bitte mit der Studienleitung in Verbindung.

Die für die Studien wichtigen Daten werden in pseudonymisierter Form gespeichert, ausgewertet und gegebenenfalls weitergegeben. Pseudonymisierung bedeutet, dass ein Nummern- und/oder Buchstabencode verwendet wird, ggf. in Kombination mit dem Geburtsjahr (nicht mit dem Geburtsdatum!). Eine nachträgliche Zuordnung der Daten zu einem bestimmten Heim oder einer bestimmten Person ist mit Hilfe einer Art „Schlüssel“, der in der Studienzentrale verwaltet wird, möglich. Die Ergebnisse der Studie werden in anonymisierter Form veröffentlicht (d.h. ein Bezug zu Ihrer Person ist dann nicht mehr möglich). Wir sichern Ihnen zu, dass alle beteiligten Personen die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und die berufliche Schweigepflicht einhalten werden. Die Aufzeichnung bzw. Speicherung der Daten erfolgt für die Dauer von 10 Jahren.

Für weitere Fragen stehen wir natürlich gern zur Verfügung. Am besten erreichen Sie uns unter der folgenden Telefonnummer: 0551 / 394712 (Frau Färber, Sekretariat Professur Organisation und Unternehmensentwicklung) oder per E-Mail: christian.kortkamp@uni-goettingen.de

Prof. Dr. Indre Maurer Dr. Clarissa E. Weber Christian Kortkamp

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3
D-37073 Göttingen

Informationsschrift zur wirtschaftswissenschaftlichen Begleitstudie:

Untersuchung der Abläufe der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit (vor und nach der Einführung der *interprof* ACT Maßnahmen)

Sehr geehrte/r *interprof* ACT Verantwortliche/r,

wir möchten Sie einladen, an einer Begleitstudie der *interprof* ACT Studie zur genaueren Untersuchung der Abläufe der interprofessionellen Zusammenarbeit teilzunehmen. Mit Ihrem Einverständnis würden wir gerne nicht-teilnehmende Beobachtungen Ihrer Arbeit, insbesondere der Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und -ärzten, in der Pflegeeinrichtung durchführen.

Worum geht es genau?

In dieser Begleitstudie geht es um die Beschreibung und einheitliche Dokumentierung von Prozessen der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit innerhalb von Pflegeeinrichtungen. Außerdem werden wichtige Einflussfaktoren, die auf diese Zusammenarbeit einwirken, identifiziert. Langfristig sind die Ziele, durch die gewonnenen Erkenntnisse die positive Wirkung der *interprof* ACT Maßnahmen zu unterstützen und die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit nachhaltig zu stärken.

Ablauf der Studie

Wir möchten daher eine **nicht-teilnehmende Beobachtung** zu vier Zeitpunkten innerhalb eines Jahres durchführen. Ein Studienmitarbeiter nimmt an Ihren Versorgungstätigkeiten für jeweils 1-3 Stunden beobachtend teil und hält sich dabei ausschließlich im Hintergrund auf. Uns interessieren die normalen Situationen Ihrer Tätigkeiten, so dass Sie sich wie im Alltag verhalten können und sollen. Der Studienmitarbeiter wird sich während der Beobachtung einige schriftliche Notizen machen. Danach wird er Sie kurz zu dem Besuch befragen (max. 5 min). Die Befragung wird mit einem Aufnahmegerät festgehalten, wenn Sie Ihre Zustimmung geben.

Datenschutz

Nach einer ausführlichen schriftlichen und mündlichen Aufklärung über die Studie ist ein Unterschreiben der Einverständnisklärung erforderlich. Die Teilnahme am Projekt ist freiwillig. Es ist für Sie kein persönlicher Nutzen von der Studienteilnahme zu erwarten. Sie

können Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile zurückziehen. Bei Rücktritt von der Studie können auf Wunsch bereits gewonnene Informationen vernichtet werden. Sie können sich bei der Rücknahme der Einwilligung entscheiden, ob Sie mit der Auswertung des Materials bzw. Ihrer Studiendaten einverstanden sind oder nicht. Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Entscheidung ändern wollen, setzen Sie sich bitte mit der Studienleitung in Verbindung.

Die für die Studien wichtigen Daten werden in pseudonymisierter Form gespeichert, ausgewertet und gegebenenfalls weitergegeben. Pseudonymisierung bedeutet, dass ein Nummern- und/oder Buchstabencode verwendet wird, ggf. in Kombination mit dem Geburtsjahr (nicht mit dem Geburtsdatum!). Eine nachträgliche Zuordnung der Daten zu einem bestimmten Heim oder einer bestimmten Person ist mit Hilfe einer Art „Schlüssel“, der in der Studienzentrale verwaltet wird, möglich. Die Ergebnisse der Studie werden in anonymisierter Form veröffentlicht (d.h. ein Bezug zu Ihrer Person ist dann nicht mehr möglich). Wir sichern Ihnen zu, dass alle beteiligten Personen die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und die berufliche Schweigepflicht einhalten werden. Die Aufzeichnung bzw. Speicherung der Daten erfolgt für die Dauer von 10 Jahren.

Für weitere Fragen stehen wir natürlich gern zur Verfügung. Am besten erreichen Sie uns unter der folgenden Telefonnummer: 0551 / 394712 (Frau Färber, Sekretariat Professur Organisation und Unternehmensentwicklung) oder per E-Mail: christian.kortkamp@uni-goettingen.de

Prof. Dr. Indre Maurer Dr. Clarissa E. Weber Christian Kortkamp

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3
D-37073 Göttingen

Informationsschrift zur wirtschaftswissenschaftlichen Begleitstudie:

Untersuchung der Abläufe der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit (vor und nach der Einführung der *interprof* ACT Maßnahmen)

Sehr geehrte/r *interprof* ACT Verantwortliche/r,

wir möchten Sie einladen, an einer Begleitstudie der *interprof* ACT Studie teilzunehmen, in der wir die Abläufe der interprofessionellen Zusammenarbeit genauer untersuchen wollen. Mit Ihrem Einverständnis würden wir gerne offene Interviews mit Ihnen über Ihre Arbeit, insbesondere die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und -ärzten, in der Pflegeeinrichtung durchführen.

Worum geht es genau?

In dieser Begleitstudie geht es um die Beschreibung und einheitliche Dokumentierung von Prozessen der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit innerhalb von Pflegeeinrichtungen. Außerdem werden wichtige Einflussfaktoren, die auf diese Zusammenarbeit einwirken, identifiziert. Langfristig sind die Ziele, durch die gewonnenen Erkenntnisse die positive Wirkung der *interprof* ACT Maßnahmen zu unterstützen und die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit nachhaltig zu stärken.

Ablauf der Studie

Wir sind sehr an Ihrer Sichtweise zur interprofessionellen Zusammenarbeit interessiert und möchten daher gerne vier offene **Interviews** innerhalb eines Jahres mit Ihnen führen. Zwei Interviews werden zu Beginn der Studie stattfinden. Nach 6 Monaten und 12 Monaten wird jeweils ein weiteres Interview durchgeführt. Das Interview sollte nach Möglichkeit in entspannter Atmosphäre in der Pflegeeinrichtung erfolgen. Alternativ können wir das Interview aber auch an einem anderen, von Ihnen gewählten Ort durchführen. Für das Gespräch gibt es einen Leitfaden; es sollen aber auch die Punkte im Vordergrund stehen, die Sie bezüglich der Thematik für wichtig erachten. Erfahrungsgemäß beträgt die Dauer eines Interviews ungefähr 20 Minuten, je nach Bedarf auch etwas länger. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen.

Datenschutz

Nach einer ausführlichen schriftlichen und mündlichen Aufklärung über die Studie ist ein Unterschreiben der Einverständnisklärung erforderlich. Die Teilnahme am Projekt ist freiwillig. Es ist für Sie kein persönlicher Nutzen von der Studienteilnahme zu erwarten. Sie können Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile zurückziehen. Bei Rücktritt von der Studie können auf Wunsch bereits gewonnene Informationen vernichtet werden. Sie können sich bei der Rücknahme der Einwilligung entscheiden, ob Sie mit der Auswertung des Materials bzw. Ihrer Studiendaten einverstanden sind oder nicht. Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Entscheidung ändern wollen, setzen Sie sich bitte mit der Studienleitung in Verbindung.

Die für die Studien wichtigen Daten werden in pseudonymisierter Form gespeichert, ausgewertet und gegebenenfalls weitergegeben. Pseudonymisierung bedeutet, dass ein Nummern- und/oder Buchstabencode verwendet wird, ggf. in Kombination mit dem Geburtsjahr (nicht mit dem Geburtsdatum!). Eine nachträgliche Zuordnung der Daten zu einem bestimmten Heim oder einer bestimmten Person ist mit Hilfe einer Art „Schlüssel“, der in der Studienzentrale verwaltet wird, möglich. Die Ergebnisse der Studie werden in anonymisierter Form veröffentlicht (d.h. ein Bezug zu Ihrer Person ist dann nicht mehr möglich). Wir sichern Ihnen zu, dass alle beteiligten Personen die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und die berufliche Schweigepflicht einhalten werden. Die Aufzeichnung bzw. Speicherung der Daten erfolgt für die Dauer von 10 Jahren.

Für weitere Fragen stehen wir natürlich gern zur Verfügung. Am besten erreichen Sie uns unter der folgenden Telefonnummer: 0551 / 394712 (Frau Färber, Sekretariat Professur Organisation und Unternehmensentwicklung) oder per E-Mail: christian.kortkamp@uni-goettingen.de

Prof. Dr. Indre Maurer Dr. Clarissa E. Weber Christian Kortkamp

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3
D-37073 Göttingen

GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT GÖTTINGEN

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der wirtschaftswissenschaftlichen Begleitstudie:

Untersuchung der Abläufe der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit (vor und nach der Einführung der *interprof* ACT Maßnahmen)

(Nicht-teilnehmende Beobachtung)

Ich wurde über die Begleitstudie vollständig aufgeklärt und habe die schriftliche Studieninformation erhalten, gelesen und verstanden. Ich wurde darüber hinaus mündlich aufgeklärt und hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Die Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
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 bin damit einverstanden, dass eine nicht-teilnehmende Beobachtung im Rahmen meinen Tätigkeiten in der Pflegeeinrichtung durchgeführt wird. Ich kann mein Einverständnis jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile zurückziehen.

Ich bin einverstanden, dass im Rahmen des Forschungsvorhabens personenbezogene Daten erhoben und aufgezeichnet und in pseudonymisierter Form gespeichert werden. Die Datenspeicherzeit beträgt 10 Jahre. Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass die pseudonymisierten Daten an Dritte weitergegeben werden können, jedoch nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf meine Person/Pflegeeinrichtung zulässt. Die Original Aufzeichnungen werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Die pseudonymisierten Beobachtungsnotizen werden nur vom Projektpersonal bzw. Mitarbeitern der Projektpartner ausgewertet und für wissenschaftliche Veröffentlichungen und die Lehre genutzt.
Ich weiß, dass ich mein Einverständnis zur Speicherung der personenbezogenen Daten jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden alle personenbezogenen Daten gelöscht.

Ich habe den Informationstext und eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.

Zudem habe ich die „Ergänzende Information zur aktualisierten Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)“ erhalten und wurde über die Inhalte mündlich aufgeklärt.

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Einwilligung zu meiner Teilnahme an der Studie.

Ort, Datum,	Ort, Datum,
Teilnehmer(in): **Unterschrift**	Unterschrift Studienmitarbeiter(in)

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3
D-37073 Göttingen

GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT GÖTTINGEN

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der wirtschaftswissenschaftlichen Begleitstudie:

Untersuchung der Abläufe der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit (vor und nach der Einführung der *interprof* ACT Maßnahmen)
(Interview)

Ich wurde über die Begleitstudie vollständig aufgeklärt und habe die schriftliche Studieninformation erhalten, gelesen und verstanden. Ich wurde darüber hinaus mündlich aufgeklärt und hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Die Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
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 bin damit einverstanden, dass das Interview auf Tonband aufgezeichnet wird. Ich kann mein Einverständnis jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile zurückziehen.

Ich bin einverstanden, dass im Rahmen des Forschungsvorhabens personenbezogene Daten erhoben und aufgezeichnet und in pseudonymisierter Form gespeichert werden. Die Datenspeicherzeit beträgt 10 Jahre. Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass die pseudonymisierten Daten an Dritte weitergegeben werden können, jedoch nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf meine Person/Pflegeeinrichtung zulässt. Die Tonbandaufzeichnungen werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Die pseudonymisierten Verschriftlichungen der Interviews werden nur vom Projektpersonal bzw. Mitarbeitern der Projektpartner ausgewertet und für wissenschaftliche Veröffentlichungen und die Lehre genutzt.
Ich weiß, dass ich mein Einverständnis zur Speicherung der personenbezogenen Daten jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden alle personenbezogenen Daten gelöscht.

Ich habe den Informationstext und eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.

Zudem habe ich die „Ergänzende Information zur aktualisierten Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)“ erhalten und wurde über die Inhalte mündlich aufgeklärt.

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Einwilligung zu meiner Teilnahme an der Studie.

Ort, Datum,	Ort, Datum,
Teilnehmer(in): **Unterschrift**	Unterschrift Studienmitarbeiter(in)

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3
D-37073 Göttingen

Informationsschrift zur wirtschaftswissenschaftlichen Begleitstudie:

Untersuchung der Abläufe der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit (vor und nach der Einführung der interprof ACT Maßnahmen)

Sehr geehrte Ärztinnen und Ärzte,

wir möchten Sie einladen, an einer Begleitstudie der *interprof* ACT Studie teilzunehmen, in der wir die Abläufe der interprofessionellen Zusammenarbeit genauer untersuchen wollen. Mit Ihrem Einverständnis würden wir gerne offene Interviews mit Ihnen über Ihre Arbeit, insbesondere die Zusammenarbeit mit Mitgliedern des Pflegeteams, in der Pflegeeinrichtung durchführen.

Worum geht es genau?

In dieser Begleitstudie geht es um die Beschreibung und einheitliche Dokumentierung von Prozessen der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit innerhalb von Pflegeeinrichtungen. Außerdem werden wichtige Einflussfaktoren, die auf diese Zusammenarbeit einwirken, identifiziert. Langfristig sind die Ziele, durch die gewonnenen Erkenntnisse die positive Wirkung der *interprof* ACT Maßnahmen zu unterstützen und die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit nachhaltig zu stärken.

Ablauf der Studie

Wir sind sehr an Ihrer Sichtweise zur interprofessionellen Zusammenarbeit interessiert und möchten daher gerne vier offene **Interviews** innerhalb eines Jahres mit Ihnen führen. Zwei Interviews werden zu Beginn der Studie stattfinden. Nach 6 Monaten und 12 Monaten wird jeweils ein weiteres Interview durchgeführt. Das Interview sollte nach Möglichkeit in entspannter Atmosphäre in der Pflegeeinrichtung erfolgen. Alternativ können wir das Interview aber auch an einem anderen, von Ihnen gewählten Ort durchführen. Für das Gespräch gibt es einen Leitfaden; es sollen aber auch die Punkte im Vordergrund stehen, die Sie bezüglich der Thematik für wichtig erachten. Erfahrungsgemäß beträgt die Dauer eines Interviews ungefähr 20 Minuten, je nach Bedarf auch etwas länger. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen.

Datenschutz

Nach einer ausführlichen schriftlichen und mündlichen Aufklärung über die Studie ist ein Unterschreiben der Einverständnisklärung erforderlich. Die Teilnahme am Projekt ist freiwillig. Es ist für Sie kein persönlicher Nutzen von der Studienteilnahme zu erwarten. Sie können Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile zurückziehen. Bei Rücktritt von der Studie können auf Wunsch bereits gewonnene Informationen vernichtet werden. Sie können sich bei der Rücknahme der Einwilligung entscheiden, ob Sie mit der Auswertung des Materials bzw. Ihrer Studiendaten einverstanden sind oder nicht. Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Entscheidung ändern wollen, setzen Sie sich bitte mit der Studienleitung in Verbindung.

Die für die Studien wichtigen Daten werden in pseudonymisierter Form gespeichert, ausgewertet und gegebenenfalls weitergegeben. Pseudonymisierung bedeutet, dass ein Nummern- und/oder Buchstabencode verwendet wird, ggf. in Kombination mit dem Geburtsjahr (nicht mit dem Geburtsdatum!). Eine nachträgliche Zuordnung der Daten zu einem bestimmten Heim oder einer bestimmten Person ist mit Hilfe einer Art „Schlüssel“, der in der Studienzentrale verwaltet wird, möglich. Die Ergebnisse der Studie werden in anonymisierter Form veröffentlicht (d.h. ein Bezug zu Ihrer Person ist dann nicht mehr möglich). Wir sichern Ihnen zu, dass alle beteiligten Personen die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und die berufliche Schweigepflicht einhalten werden. Die Aufzeichnung bzw. Speicherung der Daten erfolgt für die Dauer von 10 Jahren.

Für weitere Fragen stehen wir natürlich gern zur Verfügung. Am besten erreichen Sie uns unter der folgenden Telefonnummer: 0551 / 394712 (Frau Färber, Sekretariat Professur Organisation und Unternehmensentwicklung) oder per E-Mail: christian.kortkamp@uni-goettingen.de

Prof. Dr. Indre Maurer Dr. Clarissa E. Weber Christian Kortkamp

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben, 3

Informationsschrift zur wirtschaftswissenschaftlichen Begleitstudie:

Untersuchung der Abläufe der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit (vor und nach der Einführung der interprof ACT Maßnahmen)

Sehr geehrte Ärztinnen und Ärzte,

wir möchten Sie einladen, an einer Begleitstudie der *interprof* ACT Studie zur genaueren Untersuchung der Abläufe der interprofessionellen Zusammenarbeit teilzunehmen. Mit Ihrem Einverständnis würden wir gerne nicht-teilnehmende Beobachtungen Ihrer Arbeit, insbesondere der Zusammenarbeit mit Mitgliedern des Pflegeteams, in der Pflegeeinrichtung durchführen.

Worum geht es genau?

In dieser Begleitstudie geht es um die Beschreibung und einheitliche Dokumentierung von Prozessen der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit innerhalb von Pflegeeinrichtungen. Außerdem werden wichtige Einflussfaktoren, die auf diese Zusammenarbeit einwirken, identifiziert. Langfristig sind die Ziele, durch die gewonnenen Erkenntnisse die positive Wirkung der *interprof* ACT Maßnahmen zu unterstützen und die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit nachhaltig zu stärken.

Ablauf der Studie

Wir möchten daher eine **nicht-teilnehmende Beobachtung** zu vier Zeitpunkten innerhalb eines Jahres durchführen. Ein Studienmitarbeiter nimmt an Ihren Versorgungstätigkeiten für jeweils 1-3 Stunden beobachtend teil und hält sich dabei ausschließlich im Hintergrund auf. Uns interessieren die normalen Situationen Ihrer Tätigkeiten, so dass Sie sich wie im Alltag verhalten können und sollen. Der Studienmitarbeiter wird sich während der Beobachtung einige schriftliche Notizen machen. Danach wird er Sie kurz zu dem Besuch befragen (max 5. min). Die Befragung wird mit einem Aufnahmegerät festgehalten, wenn Sie Ihre Zustimmung geben.

Datenschutz

Nach einer ausführlichen schriftlichen und mündlichen Aufklärung über die Studie ist ein Unterschreiben der Einverständnisklärung erforderlich. Die Teilnahme am Projekt ist freiwillig. Es ist für Sie kein persönlicher Nutzen von der Studienteilnahme zu erwarten. Sie können Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie jederzeit, ohne Angabe von Gründen

und ohne Nachteile zurückziehen. Bei Rücktritt von der Studie können auf Wunsch bereits gewonnene Informationen vernichtet werden. Sie können sich bei der Rücknahme der Einwilligung entscheiden, ob Sie mit der Auswertung des Materials bzw. Ihrer Studiendaten einverstanden sind oder nicht. Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Entscheidung ändern wollen, setzen Sie sich bitte mit der Studienleitung in Verbindung.

Die für die Studien wichtigen Daten werden in pseudonymisierter Form gespeichert, ausgewertet und gegebenenfalls weitergegeben. Pseudonymisierung bedeutet, dass ein Nummern- und/oder Buchstabencode verwendet wird, ggf. in Kombination mit dem Geburtsjahr (nicht mit dem Geburtsdatum!). Eine nachträgliche Zuordnung der Daten zu einem bestimmten Heim oder einer bestimmten Person ist mit Hilfe einer Art „Schlüssel“, der in der Studienzentrale verwaltet wird, möglich. Die Ergebnisse der Studie werden in anonymisierter Form veröffentlicht (d.h. ein Bezug zu Ihrer Person ist dann nicht mehr möglich). Wir sichern Ihnen zu, dass alle beteiligten Personen die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und die berufliche Schweigepflicht einhalten werden. Die Aufzeichnung bzw. Speicherung der Daten erfolgt für die Dauer von 10 Jahren.

Für weitere Fragen stehen wir natürlich gern zur Verfügung. Am besten erreichen Sie uns unter der folgenden Telefonnummer: 0551 / 394712 (Frau Färber, Sekretariat Professur Organisation und Unternehmensentwicklung) oder per E-Mail: christian.kortkamp@uni-goettingen.de

Prof. Dr. Indre Maurer Dr. Clarissa E. Weber Christian Kortkamp

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3
D-37073 Göttingen

Informationsschrift zur wirtschaftswissenschaftlichen Begleitstudie:

Untersuchung der Abläufe der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit (vor und nach der Einführung der *interprof* ACT Maßnahmen)

Sehr geehrte Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner,

wir möchten Sie einladen, an einer Begleitstudie der *interprof* ACT Studie zur genaueren Untersuchung der Abläufe der interprofessionellen Zusammenarbeit teilzunehmen. Mit Ihrem Einverständnis würden wir gerne nicht-teilnehmende Beobachtungen in Ihrem Beisein von der Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und –ärzten und Pflegekräften durchführen.

Worum geht es genau?

In dieser Begleitstudie geht es um die Beschreibung von Abläufen der Zusammenarbeit von Hausärzten und Pflegekräften im Pflegeheim. Außerdem werden wichtige Faktoren, die auf diese Zusammenarbeit einwirken, herausgearbeitet. Langfristig sind die Ziele, durch die gewonnenen Erkenntnisse die positive Wirkung der *interprof* ACT Maßnahmen zu unterstützen und die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit nachhaltig zu stärken.

Ablauf der Studie

Wir möchten in unserer Studie die Abläufe bei der Zusammenarbeit zwischen Ärzten/Ärztinnen und Pflegepersonal untersuchen und daher eine **nicht-teilnehmende Beobachtung** zu vier Zeitpunkten innerhalb eines Jahres durchführen. Dies bedeutet, dass ein Studienmitarbeiter an den Versorgungstätigkeiten der Hausärzte und der Pflegekräfte an 2-3 Tagen für jeweils 1-3 Stunden beobachtend teilnimmt. Die Versorgungstätigkeiten finden teilweise in Ihrem Beisein statt, z.B. im Rahmen von Arztvisiten. Der Studienmitarbeiter wird sich während der Beobachtung einige Notizen hinsichtlich der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit machen. Es werden keine Daten zu Ihrer Person erhoben.

Datenschutz

Nach einer ausführlichen schriftlichen und mündlichen Aufklärung über die Studie ist ein Unterschreiben der Einverständnisklärung erforderlich. Die Teilnahme am Projekt ist freiwillig. Es ist für Sie kein persönlicher Nutzen von der Studienteilnahme zu erwarten. Sie können Ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile zurückziehen. Bei Rücktritt von der Studie können auf Wunsch bereits

gewonnene Informationen vernichtet werden. Sie können sich bei der Rücknahme der Einwilligung entscheiden, ob Sie mit der Auswertung des Materials bzw. Ihrer Studiendaten einverstanden sind oder nicht. Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt Ihre Entscheidung ändern wollen, setzen Sie sich bitte mit der Studienleitung in Verbindung.

Die für die Studien wichtigen Daten werden in pseudonymisierter Form gespeichert, ausgewertet und gegebenenfalls weitergegeben. Pseudonymisierung bedeutet, dass ein Nummern- und/oder Buchstabencode verwendet wird, ggf. in Kombination mit dem Geburtsjahr (nicht mit dem Geburtsdatum!). Eine nachträgliche Zuordnung der Daten zu einem bestimmten Heim oder einer bestimmten Person ist mit Hilfe einer Art „Schlüssel“, der in der Studienzentrale verwaltet wird, möglich. Die Ergebnisse der Studie werden in anonymisierter Form veröffentlicht (d.h. ein Bezug zu Ihrer Person ist dann nicht mehr möglich). Wir sichern Ihnen zu, dass alle beteiligten Personen die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und die berufliche Schweigepflicht einhalten werden. Die Aufzeichnung bzw. Speicherung der Daten erfolgt für die Dauer von 10 Jahren.

Für weitere Fragen stehen wir natürlich gern zur Verfügung. Am besten erreichen Sie uns unter der folgenden Telefonnummer: 0551 / 394712 (Frau Färber, Sekretariat Professur Organisation und Unternehmensentwicklung) oder per E-Mail: christian.kortkamp@uni-goettingen.de

Prof. Dr. Indre Maurer Dr. Clarissa E. Weber Christian Kortkamp

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3
D-37073 Göttingen

GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT GÖTTINGEN

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der wirtschaftswissenschaftlichen Begleitstudie:

Untersuchung der Abläufe der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit (vor und nach der Einführung der *interprof* ACT Maßnahmen)
(Nicht-teilnehmende Beobachtung)

Ich wurde über die Begleitstudie vollständig aufgeklärt und habe die schriftliche Studieninformation erhalten, gelesen und verstanden. Ich wurde darüber hinaus mündlich aufgeklärt und hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Die Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
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 bin damit einverstanden, dass eine nicht-teilnehmende Beobachtung in meinem Beisein in der Pflegeeinrichtung durchgeführt wird. Ich kann mein Einverständnis jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile zurückziehen.

Ich bin einverstanden, dass im Rahmen des Forschungsvorhabens personenbezogene Daten erhoben und aufgezeichnet und in pseudonymisierter Form gespeichert werden. Die Datenspeicherzeit beträgt 10 Jahre. Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass die pseudonymisierten Daten an Dritte weitergegeben werden können, jedoch nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf meine Person/Pflegeeinrichtung zulässt. Die Original Aufzeichnungen werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Die pseudonymisierten Beobachtungsnotizen werden nur vom Projektpersonal bzw. Mitarbeitern der Projektpartner ausgewertet und für wissenschaftliche Veröffentlichungen und die Lehre genutzt.
Ich weiß, dass ich mein Einverständnis zur Speicherung der personenbezogenen Daten jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden alle personenbezogenen Daten gelöscht.

Ich habe den Informationstext und eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.

Zudem habe ich die „Ergänzende Information zur aktualisierten Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)“ erhalten und wurde über die Inhalte mündlich aufgeklärt.

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Einwilligung zu meiner Teilnahme an der Studie.

_____	_____
Ort, Datum	Ort, Datum
_____	_____
Teilnehmer(in): **Unterschrift**	Unterschrift Studienmitarbeiter(in)

Aufzeichnung Kick-Off Veranstaltung

1.1 Wie werden die Maßnahmen eingeführt (Beteiligte, Art der Kommunikation, Absprachen, etc.)?

1.2 Inwiefern gibt es Unterschiede, die durch Einrichtungsspezifika entstehen?

Datum	
Einrichtung ID	
Leitung ID	
TeilnehmerInnen ID	
Ort	
Dauer	
Zeit	
Visualisierung	
Kommunikation	
Auswahl Maßnahmen	
Art der Diskussion/ Teilnahme	
Einrichtungsspezifika	

Beobachtungsleitfaden für Prozessdokumentation vor und nach Kick-Off, T1 und T2 (Interventions-, und Kontrollgruppe)
Frage: 2.1: Was sind die Kernprozesse, die durch die Maßnahmen beeinflusst werden?

Prozessschritt / Kriterium	Schritt 1	Schritt 2	Schritt 3	Schritt 4	Schritt 5	…
Hauptakteur (Wer?)						
Tätigkeit (Was?)						
Wann?						
Beteiligte (Mit Wem?)						
Ort (Wo?)						
Häufigkeit (Wie häufig?)						
Dauer (Wie Lange? In Min)						
Hilfsmittel (Womit?)						
Empfänger (Für Wen?)						

Beobachtungsleitfaden für ärztlich-pflegerische Kommunikation vor und nach Kick-Off, T1 und T2 (Interventions-, und Kontrollgruppe)

Frage: 2.2: Wie erfolgt die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegepersonal?

Prozessschritt / Kriterium	Schritt 1	Schritt 2	Schritt 3	Schritt 4	Schritt 5	…
Hauptakteur (Wer?)						
Tätigkeit (Was?)						
Wann?						
Beteiligte (Mit Wem?)						
Ort (Wo?)						
Häufigkeit (Wie häufig?)						
Dauer (Wie Lange? In Min)						
Hilfsmittel (Womit?)						
Empfänger (Für Wen?)						

Interview Leitfaden Baseline T0 Interventions- und Kontrollgruppe (gleich für Pflegekräfte, Hausärztinnen und ärzte und Interprof ACT Verantwortliche)

Kernfragen:

2.1: Was sind die Kernprozesse, die durch die ACT Interventionsmaßnahmen beeinflusst werden?

2.2: Wie erfolgt die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegekräften?

Einführung

Vielen Dank für die Teilnahme an unserer Studie. Als Teil des Interprof ACT Projekts führen wir eine Begleitstudie zur Auswahl und Einführung der *interprof* ACT Interventionsmaßnahmen durch. Unser Schwerpunkt liegt auf der Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Hausärzten (HAs) hinsichtlich der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern.

Datum:
Einrichtung ID:
TeilnehmerInnen ID:

Beruf:
Funktion innerhalb der Einrichtung:

Beschreibung des Prozesses

Wenn Sie bei Bewohnern eine Zustandsverschlechterung feststellen, welche konkreten Arbeitsschritte unternehmen Sie? Können Sie die Arbeitsschritte bitte im Detail erläutern?

> Wer spricht mit wem?
>
> Wie verlaufen die Arbeitsschritte? Was ist die gewöhnliche Reihenfolge?
>
> Wie verläuft die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen HAs und Pflegekräften hierbei im Detail?
>
> Gibt es Probleme bei der Absprache oder Koordination? Falls Ja, können Sie diese beschreiben?
>
> Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden?

Welche Arbeitsschritte gehen der Entscheidung zur Krankenhausaufnahme von Pflegeheimbewohnern voraus? Wie ist der gewöhnliche Ablauf?

> Welche Personen/ Berufsgruppen sind beteiligt?
>
> Wer ist verantwortlich für die Entscheidung?

Wie verläuft die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen HAs und Pflegekräften im Detail?

Gibt es Probleme der Absprache oder Koordination? Falls Ja, können Sie diese beschreiben?

Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden?

Prozess-, Kommunikations- und Zusammenarbeitsveränderungen durch *interprof* ACT Interventionsmaßnahmen (Nur bei Interventionsgruppe & nach Kick-off)

Nachdem Maßnahmen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit ausgewählt wurden, was denken Sie wird sich verändern hinsichtlich des Treffens von Entscheidungen bei Krankenhausaufnahmen von Bewohnern?

Welche Veränderungen werden sich Ihrer Meinung nach durch die Maßnahmen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit ergeben?

Wie bewerten Sie die einzelnen Maßnahmen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit?

Wie wird sich die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen HAs und Pflegekräften Ihrer Meinung nach verändern?

Wo sehen Sie hierbei mögliche Probleme?

Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden?

Möchten Sie uns sonst noch etwas sagen?

Vielen Dank!

Interview Leitfaden Kontrollgruppe T1 (nach 6 Monaten) und T2 (nach 12 Monaten)

Kernfragen:

3.1: -
3.2: Wie haben sich die beschriebenen Kernprozesses durch die Einführung der Maßnahmen verändert?
3.3: Welche Faktoren beeinflussen die ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit?

Einführung

Datum:
Einrichtung ID:
TeilnehmerInnen ID:

Vielen Dank für die Teilnahme an unserer Studie. Bei unserem letzten Treffen – vor sechs Monaten – habe ich Ihnen Fragen bzgl. der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit gestellt. Mit dem Ziel mögliche Veränderungen zu dokumentieren, führen wir nun ähnliche Interviews mit Pflegekräften und HAs durch, und ich freue mich Ihre Meinung zu hören.

Ich werde Ihnen Fragen zu zwei Themenbereichen stellen. Zuerst über Ihre Einschätzung bzgl. der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit und zweitens über Ihre allgemeine Bewertung. Lassen Sie uns mit der Zusammenarbeit beginnen.

Ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit

Wie hat sich die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften bzw. den HAs seit unserem letzten Treffen verändert? Erzählen Sie doch mal!

- Was hat sich verändert, wenn es einem Bewohner plötzlich schlechter geht?
- Hinsichtlich der Entscheidung zur Krankenhausaufnahme von Bewohnern?

Wie hat sich die Kommunikation mit den Pflegekräften bzw. den HAs verändert?

- Was hat sich verändert, wenn es einem Bewohner plötzlich schlechter geht?
- Hinsichtlich der Entscheidung zur Krankenhausaufnahme von Bewohnern?

Wie hat sich die Absprache mit den Pflegekräften bzw. den HAs verändert?

- Was hat sich verändert, wenn es einem Bewohner plötzlich schlechter geht?
- Hinsichtlich der Entscheidung zur Krankenhausaufnahme von Bewohnern?

Wie empfinden Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften bzw. den HAs in diesem Pflegeheim im Allgemeinen?

Bewertung

Gibt es Ihrer Meinung nach Probleme bei der Zusammenarbeit mit den Pflegekräften bzw. den HAs? Falls Ja, können Sie diese beschreiben?

Was könnte man Ihrer Meinung nach noch verbessern?

Welches Zwischenfazit würden Sie soweit ziehen?

Möchten Sie uns sonst noch etwas sagen?

Vielen Dank!

Interview Leitfaden Interventionsgruppe T1 (nach 6 Monaten) und T2 (nach 12 Monaten)

Kernfragen:

3.1: Welche Maßnahmen werden zu welchem Grad eingeführt?
3.2: Wie haben sich die beschriebenen Kernprozesses durch die Einführung der Maßnahmen verändert?
3.3: Welche Faktoren beeinflussen die Implementierung und dauerhafte Nutzung der Maßnahmen?

Einführung

Datum:
Einrichtung ID:
TeilnehmerInnen ID:

Vielen Dank für die Teilnahme an unserer Studie. Vor sechs bzw. zwölf Monaten haben Heimleitung, Pflegekräfte, Interprof ACT Verantwortliche und HAs die Einführung verschiedener Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit diskutiert. Die Teilnehmenden einigten sich auf folgende Maßnahmen:

Aushändigung Tabelle

	Ja	Teilweise	Nein
 Zielvereinbarungstreffen			
 Hauptansprechpartner			
 Standardbedarfsmedikation			
Namensschilder für alle			
 Erreichbarkeit			
 Strukturierte Heimbesuche			

Diese Maßnahmen wurden vor sechs bzw. zwölf Monaten eingeführt.

Mit dem Ziel die Implementierung der Maßnahmen zu besprechen, führen wir Interviews mit Pflegekräften, Interprof ACT Verantwortlichen und HAs durch und ich freue mich, Ihrer Meinung zu hören.

Ich werde Ihnen Fragen zu drei Themenbereichen stellen. Zuerst geht es um die ACT Interventionsmaßnahmen, zweitens über Ihre Einschätzung bzgl. der ärztlich-pflegerischen Zusammenarbeit und zuletzt über Ihre allgemeine Bewertung. Lassen Sie uns mit den Maßnahmen anfangen.

Interventionsmaßnahmen

An welchen *interprof* ACT Maßnahmen waren Sie aktiv beteiligt? (1); (2); (3); …

Zu welchem Grad haben Sie die *interprof* ACT Maßnahmen in Ihren Arbeitsalltag integriert?

Wie hat die Implementierung der *interprof* ACT Maßnahmen Ihren Arbeitsalltag beeinflusst?

Gab es hinsichtlich der Umsetzbarkeit Unterschiede zwischen den *interprof* ACT Maßnahmen?

Nachdem die *interprof* ACT Maßnahmen eingeführt wurden, wie empfinden Sie die Arbeit in diesem Pflegeheim im Allgemeinen?

Was hat sich für Sie geändert? Erzählen Sie doch mal!

Wie hat sich der Umsetzungsgrad der *interprof* ACT Maßnahmen in den letzten sechs bzw. zwölf Monaten verändert?

Welche Faktoren beeinflussen die Umsetzung der *interprof* ACT Maßnahmen?

Welche Faktoren beeinflussen die dauerhafte Implementierung der *interprof* ACT Maßnahmen?

Ärztlich-pflegerische Zusammenarbeit

Wie hat sich die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften bzw. den HAs nach der Implementierung der *interprof* ACT Maßnahmen verändert? Erzählen Sie doch mal!

- Was hat sich verändert, wenn es einem Bewohner plötzlich schlechter geht?
- Hinsichtlich der Entscheidung zur Krankenhausaufnahme von Bewohnern?

Wie hat sich die Kommunikation mit den Pflegekräften bzw. HAs verändert?

- Was hat sich verändert, wenn es einem Bewohner plötzlich schlechter geht?
- Hinsichtlich der Entscheidung zur Krankenhausaufnahme von Bewohnern?

Wie hat sich die Absprache mit den Pflegekräften bzw. HAs verändert?

- Was hat sich verändert, wenn es einem Bewohner plötzlich schlechter geht?
- Hinsichtlich der Entscheidung zur Krankenhausaufnahme von Bewohnern?

Wie empfinden Sie die Zusammenarbeit mit den Pflegekräften bzw. HAs in diesem Pflegeheim im Allgemeinen?

Bewertung

Wie nützlich waren die *interprof* ACT Maßnahmen (1);(2);(3); für Ihren Arbeitsalltag in diesem Pflegeheim?

Welche Auswirkung hatte Ihrer Meinung nach die *interprof* ACT Maßnahmen (1);(2);(3); auf die medizinische Versorgung der BewohnerInnen? Erzählen Sie doch mal!

Wie bewerten Ihrer Meinung nach die BewohnerInnen die *interprof* ACT Maßnahmen (1);(2);(3);?

Sind Ihrer Meinung nach die eingeführten *interprof* ACT Maßnahmen generell nützlich?

Was könnte man Ihrer Meinung nach noch verbessern?

Welches (Zwischen)-fazit würden Sie soweit ziehen?

Möchten Sie uns sonst noch etwas sagen?

Vielen Dank!

Monitoring Plan	Interprof ACT		Seite 1/8
	01811		Version 0.7 01.02.2018

Author

Role/ Institution	Name	Signature	Date
Project coordination/ UMG KSM	[redacted]		

Reviewer

Role/ Institution	Name	Signature	Date
Monitor / UMG KSM	[redacted]		

Approval

Rolle/ Institution	Name	Signature	Date
Principal Investigator / Institut für Allgemeinmedizin, UMG	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Co-Principal Investigator / Institut für Allgemeinmedizin, UMG	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Änderungsindex

Version	Datum	Änderungsgrund
1.0		Not applicable (new document)

Table of contents

1. Objectives 3
2. Scope 3
3. Abbrevations 3
4. Study Contacts 4
5. Study related information 5
6. Monitoring 6
6.1. Site eligibility assessment 6
6.2. Initiation of study sites 6
6.3. On-site monitoring 6
6.4. Close out visit 6
7. Source data verification (SDV) 7
8. References 8
8.1. Internal References: 8
8.2. External References 8

1. Objectives

The purpose of this monitoring manual is to describe the specific monitoring concept for the clinical trial:

„Effects of strategies to improve general practitioner-nurse collaboration and communication in regard to hospital admissions of nursing home residents."

On-site Monitoring is performed in accordance with KSM standard operating procedures, Good Clinical Practice guideline ICH-GCP E6 (R2) and the applicable local regulations. Quality measures performed by study offices are described in the respective SOPs provided by the lead study office Göttingen. All applicable standards are referenced in section 11 of this document.

2. Scope

This manual applies to the principal/co-principal investigators, to *interprof* ACT study office personnel and KSM personnel with delegated roles in the study organization, monitoring and data management of this trial.

3. Abbrevations

GCP	Good Clinical Practice
GP	General Practitioner
ICF	Informed Consent Form
KSM	Klinische Studien Management Ressort Forschung und Lehre der Universitätsmedizin Göttingen
PTL	Project Team Leader, KSM
SDV	Source Data Verification
SOP	Standard Operating Procedure
UMG	Universitätsmedizin Göttingen

4. Study Contacts

Role	Facility	Contact details
Principal Investigator / Leiterin der klinischen Prüfung	Universitätsmedizin Göttingen Institut für Allgemeinmedizin Humboldtallee 38 37073 Göttingen Germany	[redacted]
Lead Study Office	Universitätsmedizin Göttingen Institut für Allgemeinmedizin Humboldtallee 38 37075 Göttingen Germany	[redacted]
Study Office	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Allgemeinmedizin Martinistraße 52 20246 Hamburg	[redacted]
Study Office	Universität zu Lübeck Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege Ratzeburger Allee 160, Haus 50 23538 Lübeck	[redacted]
Clinical Research Organization	Klinische Studien Management, Ressort Forschung und Lehre der Universitätsmedizin Göttingen Von-Bar-Str. 2/4 37075 Göttingen Germany	[redacted]

5. Study related information

Study title:	Effects of strategies to improve general practitioner-nurse collaboration and communication in regard to hospital admissions of nursing home residents
Short title:	*interprof* ACT
Sponsor reference:	Study no: 01811
Study design:	Multicenter, cluster-randomised controlled interventional study (Cluster-RCT)
Regulatory classification according to sponsor:	MBO-Ä § 15
Investigational drugs:	n.a.
Sites:	34 nursing homes
Timetable	Trial-related ▪ Recruitment period: 12 months ▪ Planned start (first resident in): 02/2018 ▪ Study duration (follow-up) per nursing home resident: 13 months
Primary endpoint:	Cumulative incidence of hospitalization within 12 months
Sample size:	680 patients
CRF:	Electronic Data Capture-System secuTrial® supported by KSM

The three study offices Göttingen, Lübeck and Hamburg recruit the nursing homes. Nusing home personnel contacts residents and invites them for study participation. In case nursing home residents are interested to participate in the study, study office personnel visits the nursing home and performes the necessary steps to enroll the patient. The study offices coordinate and support the activities at the participating nursing homes. The study office Göttingen is the lead study office and coordinates the activities at the other study offices.

The following table shows the approximate number of nursing homes allocated to each study office:

Study office	Göttingen	Lübeck	Hamburg
Allocated nursing homes	Approx. 8	Approx. 8	Approx. 18

Nursing homes can be divided into two groups, the intervention group and the control group:

In the intervention group a new kind of cooperation between nurse and GP is investigated. In the control group medical care according to usual standards is applied. Couples consisting of one intervention and one control nursing home are enrolled.

Relevant source data will be transferred to the study office. The study office is responsible for the compliance with all applicable data protection regulations.

6. Monitoring

The extent and quality of monitoring follows a risk adapted concept and consists of the following elements:

- Selection of nursing homes by allocated study office
- Initiation of study offices Lübeck and Hamburg in a research team meeting conducted by lead study office Göttingen
- Initiation visits of nursing homes conducted by allocated study offices
- Two on-site monitoring per study office conducted by independent KSM monitor
  One extra on-site monitoring visit can be allocated based on criteria like recruitment and quality
- Close-outs of study offices Lübeck and Hamburg in a research team meeting conducted by lead study office Göttingen
- Close-out visit of nursing homes conducted by the allocated study offices

6.1. Selection of nursing homes

The study offices select the nursing homes as follows:

1.) Potentially eligible nursing homes as defined per protocol are identified via internet investigation.
2.) Eligible nursing homes are contacted via telephone and asked for suitable contact persons.
3.) The contact persons (e.g. facility managers and/or nursing home directors) will be informed in written and in the next step in oral form about the study and receive an invitation to participate.
4.) In case of interest the study will also be introduced by one or two study office team members to the nursing home director in a personal meeting.

6.2. Initiation of study sites

Lead study office Göttingen performs the initiation of study offices Lübeck and Hamburg in a research team meeting. All study offices perform on-site initiation visits for their allocated nursing homes.

The scope of this visit is defined in SOP Interprof ACT Allg 1.

6.3. On-site monitoring

The on-site monitoring of study offices will be performed by a designated KSM monitor. The monitoring visit is conducted according to KSM SOP "Monitoring". Two on-site monitoring visits take place for each study office during the course of the study.

- The first visit takes place after inclusion of the first couple of nursing homes and a minimum inclusion of 3 patients.
- The second visit takes place after inclusion of more than 80 % of the planned residents in the scope of the respective study office.
- One additional risk adapted monitoring visit can be allocated based on recruitment rate and previous monitoring findings.

The on-site monitoring visits of nursing homes are performed by staff of the respective study office. The scope of this visit is defined in SOP Interprof ACT Allg 2.

6.4. Close-out visit

The close-out of the study offices is performed by lead study office Göttingen in the scope of a team meeting. The close-out visits of the nursing homes are performed by respective study offices. The scope of this visit is defined in SOP Interprof ACT Allg 3.

7. Source data verification (SDV)

Required source data is collected by study office personnel in the nursing homes. Monitoring as described below will take place in the study offices.

KSM study monitor verifies the following risk based selection of CRF data against the source data with respect to proper documentation and consistency during the on-site visit:

Table 2: Source data verification of key data

Key data	Source data verification	Extent
Existence of the trial subject	Nursing home resident's participation to the trial is documented on the listing of the nursing home's administration. The monitor checks the availability of source data, the screening log and resident identification list.	*100% of the residents
Informed Consent	The monitor checks the GCP-compliant informed consent documentation.	*100% of the residents
Eligibility criteria	All inclusion criteria (as specified in the study protocol).	3 residents per nursing home
Primary endpoints	Number of hospital admissions while study duration.	1 resident per nursing home

* Percentage of nursing home residents, which are currently enrolled at the time of monitoring visit.

8. References

8.1. Internal References:

- KSM SOP Monitoring: roXtra ID 23625
- SOP Interprof ACT Allg 1: Vorgehen, Einschluss Heim und Bewohner
- SOP Interprof ACT Allg 2: Vorgehen, Unterstützung Interventionsheime im Studienverlauf
- SOP Interprof ACT Allg 3: Close out (noch ausstehend)

8.2. External References

- (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –* in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main

- Verordnung über die Anwendung der Guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Arzneimitteln zur Anwendung am Menschen (GCP-V) vom 09. August 2004 (BGBl. I 2004 S. 2081) zuletzt geändert durch Art. 8 G vom 19. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2192), in Kraft getreten 26. Oktober 2012

- INTEGRATED ADDENDUM TO ICH E6(R1): GUIDELINE FOR GOOD CLINICAL PRACTICE E6(R2) Current Step 4 version dated 9 November 2016