

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



interprof HOME

Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause

Konsortialführung:	Georg-August-Universität Göttingen
Förderkennzeichen:	01VSF20005
Akronym:	<i>interprof</i> HOME
Projekttitel:	Entwicklung eines interprofessionellen patientenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Patient*innen
Autoren	Uta Sekanina, Christiane Müller, Marilena Diel, Britta Tetzlaff, Anja Kühn, Katrin Balzer, Richard Dano, Sascha Köpke
Förderzeitraum:	01.05.2021 – 30.09.2023

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis	2
II. Abbildungsverzeichnis	2
III. Tabellenverzeichnis	2
1. Zusammenfassung	4
2. Beteiligte Projektpartner	5
3. Projektziele	6
4. Projektdurchführung	8
5. Methodik	9
6. Projektergebnisse	23
7. Diskussion der Projektergebnisse	42
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	47
9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	48
10. Literaturverzeichnis	52
11. Anhang	58
12. Anlagen	59



I. Abkürzungsverzeichnis

ANG	An-/Zugehörige
Einw.	Einwohner
GAU	Georg-August-Universität Göttingen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HÄ	Hausärzt*innen
i.m.	intramuskulär
i.v.	intravenös
KG	Kontrollgruppe
MPH	Master of Public Health
PKV	Private Krankenversicherung
PMP	Personen mit Pflegebedarf
PP	Pflegefachpersonen
RCT	Randomized controlled trial
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard operating procedure
SWOT	Strengths-Weakness-Opportunities-Threats- Analysis
TH	Therapeut*innen
TIDieR	Template for Intervention Description and Replication
UKE	Universitätsmedizin Hamburg-Eppendorf
UKK	Universitätsklinik zu Köln
UMG	Universitätsmedizin Göttingen
UzL	Universität zu Lübeck
WHO	World Health Organisation
WP	Work package

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign	11
Abbildung 2: Interventionskomponenten.....	24
Abbildung 3: Zufriedenheit von PMP/ANG mit der Zusammenarbeit der Berufsgruppen	37
Abbildung 4: Interventionsmöglichkeiten zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit	38
Abbildung 5: Delegation medizinischer Tätigkeiten an Pflegefachpersonen	38

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner	5
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien (WP2).....	14
Tabelle 3: Anzahl Teilnehmende Best Practice Cases (WP3)	17
Tabelle 4: Anzahl Teilnehmende an Interviews und Fokusgruppen (WP2)	21
Tabelle 5: Anzahl Teilnehmende: Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörigen, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen für den Survey (WP4).....	21
Tabelle 6: Teilnehmer*innenzahlen bei den verschiedenen Arbeitspaketen	22
Tabelle 7: Demografie der Teilnehmer*innen in Interviews und Fokusgruppen (WP2)	26

Tabelle 8: Kategoriensystem der Interviews und Fokusgruppen (WP2).....	27
Tabelle 9: Demografie der Vertreter*innen GKV/PKV (WP2).....	30
Tabelle 10: Kategoriensystem der Interviews mit GKV/PKV-Vertreter*innen	31
Tabelle 11: Demografie der Personen mit Pflegebedarf der Cases in WP3	34
Tabelle 12: Demografie der professionellen Akteur*innen in WP3	34
Tabelle 13: Demografiedaten alle Beteiligte in WP4	36
Tabelle 14: Charakteristika der Teilnehmer*innen der gemischten Fokusgruppen.....	39

1. Zusammenfassung

Hintergrund

Vor dem Hintergrund einer häufig komplexen Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf ist die Abstimmung zwischen An-/Zugehörigen, Pflegediensten, Hausärzt*innen und Ergo-/Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen oft unzureichend. Dies kann die Versorgung der Personen mit Pflegebedarf negativ beeinflussen. Aktuell erfolgen ca. 50 % der Krankenhausaufnahmen in dieser Personengruppe aufgrund „ambulant-sensitiver“ Diagnosen. Ziel der Studie ist die Exploration der Wahrnehmung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung von zu Hause lebenden Personen mit Pflegebedarf sowie die Entwicklung eines bedarfsorientierten, interprofessionellen, personenzentrierten Versorgungskonzeptes zur Vermeidung von Krankenhausaufnahmen.

Methodik

Mittels Einzelinterviews und Fokusgruppen der beteiligten Akteur*innen, Best-Practice Beobachtungen von ärztlichen und pflegerischen Hausbesuchen, einem Fragebogensurvey und einem abschließenden Expert*innenworkshop wurde ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Die Auswertung der einzelnen Arbeitspakete erfolgt inhaltsanalytisch und deskriptiv.

Ergebnisse

Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Leistungserbringenden findet in geringem Umfang und meist auf organisatorischer Ebene statt. Kontaktaufnahme und inhaltlicher Informationsaustausch erfolgen häufig anlassbezogen und aufgrund von Eigeninitiative der Leistungserbringenden. Interprofessionelle persönliche Begegnungen, feste Vereinbarungen und fixe Ansprechpersonen kommen eher selten vor, obwohl sie von den Beteiligten oft als sehr bereichernd empfunden werden. Mangelnde gegenseitige Erreichbarkeit, fehlende Zeit und geringe Bezahlung behindern die Zusammenarbeit, persönliche Bekanntschaft und gegenseitiges Vertrauen fördern sie. Die Best Practice Cases konnten zeigen, dass Personen mit Pflegebedarf und ihre An-/Zugehörigen eine zentrale Rolle in der häuslichen Gesundheitsversorgung eingenommen haben. Die Zusammenarbeit wurde in den Cases dadurch gestärkt, dass sich die Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen in drei Aufgabenfeldern aktiv eingebracht haben. Diese betreffen: 1) die Gestaltung und Sicherung des Informationsaustauschs zwischen den beteiligten Akteur*innen 2) Entscheidungsprozesse und Entschlussfassung hinsichtlich inhaltlicher und organisationaler Aspekte der Gesundheitsversorgung sowie 3) die Beaufsichtigung der Arbeit der professionellen Gesundheitsversorger*innen. In den Ergebnissen des Surveys wird ersichtlich, dass Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen mit der Zusammenarbeit und Absprachen zwischen Pflegediensten, Hausärzt*innen und Therapeut*innen unzufrieden sind. Professionell Versorgende berichten von unzureichender Kommunikation untereinander, da wichtige Informationen über Personen mit Pflegebedarf in der häuslichen Versorgung häufig untergehen. Sie sehen die Möglichkeiten der Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit in Komponenten wie gemeinsamen Hausbesuchen, gemeinsamen Fallbesprechungen und gemeinsamer digitaler Dokumentation.

Das entwickelte Versorgungskonzept „*interprof* HOME“ besteht aus sechs Komponenten: Auftakt-Treffen, Benennung und Stärkung einer koordinierenden Person, digitales Kommunikationssystem (Messenger), Sondertelefonnummer, gemeinsamer Hausbesuch und gemeinsame Besprechungen.

Diskussion

Die Erkenntnisse der Studie *interprof* HOME bieten einen umfassenden Einblick in die aktuelle Zusammenarbeit bei der pflegerisch-hausärztlichen-therapeutischen Versorgung zuhause. Zudem wurde ein interprofessionelles, personenzentriertes Versorgungskonzept

für die häusliche Versorgung erstellt. Durch den Einbezug aller Personengruppen bildeten die Erkenntnisse aus den Interviews, Fokusgruppen, Best Practice Cases und dem Survey die Basis für das Versorgungskonzept und flossen in die Konzeptentwicklung von *interprof* HOME zur Verbesserung der Zusammenarbeit in der Versorgung ein. Obwohl die Teilnehmer*innen Komponenten, wie feste Besprechungen und Koordinationspersonen, gemeinsame Hausbesuche und eine gemeinsame Dokumentation zur Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation befürworten, bestehen Bedenken hinsichtlich der Umsetzung aufgrund von Zeit- und Ressourcenbeschränkungen. Die Umsetzung des Versorgungskonzepts hinsichtlich personenzentrierter und klinischer Patient*innenoutcomes als auch die interprofessionelle Zusammenarbeit sollten in weiteren Untersuchungen evaluiert werden. Das Versorgungskonzept „*interprof* HOME“ könnte dazu beitragen die Zusammenarbeit und damit die Versorgung von Personen mit Pflegebedarf, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben, zu verbessern.

2. Beteiligte Projektpartner

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner

interprof HOME		
	Institutsleitung	Verantwortlichkeiten
Konsortialführung Projektleitung	Universitätsmedizin Göttingen (UMG) Institut für Allgemeinmedizin Prof. Dr. med. Eva Hummers Institutsdirektorin	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 Ralf Tostmann	Datenmanagement
Konsortialpartner	Georg-August-Universität Göttingen (GAU) Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät Prof. Dr. Indre Maurer	Rekrutierung, Datenerhebung und Datenauswertung Best Practice Cases, Publikationen, Expertise Prozessentwicklung, Prozessmanagement, Qualitative Prozessevaluation
	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin Prof. Dr. med. Martin Scherer	Rekrutierung, Datenerhebung, Supervision und Training Studienmitarbeiter*innen, Publikationen
	Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung Prof. Dr. Hans-Helmut König	Gesundheitsökonomische Evaluation
	Universität zu Lübeck (UzL) Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sektion für	Expertise Pflegewissenschaft, Rekrutierung,

	Forschung und Lehre in der Pflege Prof. Dr. Katrin Balzer	Fragebogenvalidierung, Quantitative Prozessevaluation
	Universitätsklinik Köln Institut für Pflegewissenschaft Prof. Dr. Sascha Köpke	Expertise Pflegewissenschaft, Rekrutierung, Datenerhebung, Survey
	Kanzlei für Gesundheitsrecht Dr. Dr. Thomas Ruppel	Gesundheitsrechtliche 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	

3. Projektziele

Hintergrund

Zum Jahresende 2021 wurden knapp 1 Millionen (983.000) Personen mit Pflegebedarf von 15.400 ambulanten Pflegediensten versorgt (1). Mit einer weiteren, deutlichen Zunahme der Anzahl von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf ist in den nächsten Jahrzehnten zu rechnen. Ihre Versorgung ist hochkomplex und wird von verschiedenen Akteur*innen wie Pflegefachpersonen aus ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch den An-/Zugehörigen geleistet. Die Versorgungssituation bedarf ständiger gegenseitiger Absprachen, welche selten systematisch oder strukturiert erfolgen. Dieses kann die Sicherheit der Personen mit Pflegebedarf negativ beeinflussen.

Unzureichende Zusammenarbeit und Kommunikation der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen kann laut Literaturrecherche eine Ursache für unerwünschte Ereignisse und Fehler darstellen sowie durch Probleme bei der Übermittlung von Informationen zu „inkonsistenter Versorgung“ führen (2). Fehlende standardisierte Kommunikationsstrukturen zwischen an der Versorgung beteiligten Personen werden als negativ für die Sicherheit für die Personen mit Pflegebedarf identifiziert (2).

Wir nehmen an, dass durch einen systematischen, strukturierten interprofessionellen personenzentrierten Austausch die Versorgung von Personen mit Pflegebedarf verbessert werden kann. Eine Meta-Synthese (3) identifiziert eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit als zentralen Erfolgsfaktor für eine sichere und personen-orientierte Versorgung. Careau et al. zeigten auf, dass zur Erfüllung der Bedürfnisse von Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen diese als Teammitglieder betrachtet werden sollten (4). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2010) erkennt die interprofessionelle Zusammenarbeit in Ausbildung und Praxis als eine innovative Strategie an, die eine wichtige Rolle bei der Bewältigung der globalen Gesundheitskrise spielen wird: “Collaborative practice happens when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care.”

Da bei der Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung in Deutschland keine etablierten Strukturen vorliegen und das Themenfeld in der Literatur kaum abgebildet ist, wird in der Studie explorativ mit allen beteiligten Berufsgruppen sowie den Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen, das interprofessionelle Versorgungskonzept in einem mehrstufigen

Prozess entwickelt. Die Personen mit Pflegebedarf werden durch das Versorgungskonzept aktiv in ihre Versorgung einbezogen und so in ihren Selbstmanagementkompetenzen gefördert. Best Practice Cases sollen aktuelle Beispiele, aus denen Ansätze für das Versorgungskonzept übernommen werden können, aufzeigen. In einem Survey (5) mit allen beteiligten Personengruppen wird die interprofessionelle Kooperation als wichtiger Aspekt der Umsetzung von Personenzentrierung differenzierter untersucht.

In der nationalen Literatur ist wenig zur Sichtweise der Berufsgruppen zur interprofessionellen Zusammenarbeit zu finden: In einem Fragebogensurvey bei Pflegefachpersonen zu wesentlichen Aufgaben und Problembereichen der ambulanten Pflege nahm diese nur eine marginale Rolle ein. Die Zusammenarbeit mit Hausärzt*innen zur Ausstellung von Verordnungen wird hier als konfliktreich angesehen, eine verbesserte Kommunikation, die Reduzierung von Reibungsverlusten sowie ein verbessertes Schnittstellenmanagement werden für sinnvoll erachtet (6). Ambulant tätige Therapeut*innen empfinden den Austausch über gemeinsame Patient*innen mit Hausärzt*innen, Pflegediensten und anderen Therapeut*innen als zu selten (7). Bei der Versorgung von Demenzpatient*innen sehen die beteiligten Hausärzt*innen und ambulanten Pflegedienste die Kommunikation und Dokumentation in der Zusammenarbeit als umständlich, unregelmäßig und unzufriedenstellend an (8). Aktuell gehen wenige, meist Einzelprojekte neue Wege in der Zusammenarbeit zwischen Hausärzt*innen und Pflege, Therapeut*innen werden dabei nicht einbezogen. In Nordrhein wird zurzeit eine flächendeckende Kooperation von Hausärzt*innen und ambulanten Pflegediensten angestrebt, bei der die Delegation von ärztlichen Leistungen möglich ist (9). In einem weiteren Projekt stellt eine hausärztliche Praxis Pflegefachpersonen direkt ein. Konzeptuell anders aufgestellt, jedoch ähnliche übergeordnete Ziele verfolgend, gibt es diverse „Lots*innenprojekte“ in diesem Setting. Dabei ist neben verstärkter Nutzung von Telemedizin ebenso die Delegation von Leistungen möglich (10). Ein weiteres Projekt (RubiN=Regional ununterbrochen betreut im Netz) bindet zentrale, bei Ärzt*innennetzen angesiedelte Versorgungskordinatorinnen bei geriatrischen Patient*innen ein (11). Ziel eines weiteren Projektes (CCM=Case- und Care Management-Landkreis Thüringen) ist eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung durch Case- und Care-Management in einer ländlichen Region von drei benachbarten Landkreisen. Hausärztliche Praxen sollen somit entlastet werden. Zudem sollen die medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Aspekte der Behandlung durch den Case- und Care-Manager beratend, lenkend und versorgend zwischen Hausärzt*innen, An-/Zugehörigen, Kostenträgern sowie Leistungserbringer*innen aufgegriffen werden (12). Diese Lotsenprojekte beabsichtigen, Personen durch komplexe Prozesse zu leiten, Ressourcen zugänglich zu machen oder bei der Navigation durch unterschiedliche Dienstleistungen behilflich zu sein. Keines der Projekte zielt jedoch auf eine Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit von Hausärzt*innen, Pflegediensten und Therapeut*innen in der ambulanten Versorgung von Personen mit Pflegebedarf und eine aktive Integration der Betroffenen und ihrer An-/Zugehörigen.

Die internationale Literatur zeigt auf, dass für die Einführung und Aufrechterhaltung einer guten Zusammenarbeit von Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen klar vorgegebene Strukturen, gemeinsame Ziele sowie Teamentwicklung wesentlich sind (13). Eine niederländische Studie beschreibt gegenseitiges Vertrauen als wichtigste Bedingung für eine gute Kommunikation. Eine Verbesserung des Austauschs könnte durch strukturierte und hinreichend entlohnte interprofessionelle Teamtreffen, mehr direkte Kontakte und interprofessionelle Trainingsprogramme gelingen (14). Physiotherapeut*innen geben zudem den Bedarf nach einer besseren Kommunikation mit den Hausärzt*innen an, um das gegenseitige Verständnis von Fähigkeiten und aufgetretenen Problemen zu verbessern (15). Eine engere Zusammenarbeit kann zu einem besseren Management von Personen mit Pflegebedarf mit komplexen Problemlagen führen und unnötigen Ressourcenverbrauch durch die Vermeidung unangemessener Überweisungen verhindern. Während Interventionsstudien im stationären Setting die Überlegenheit der Versorgung durch ein multiprofessionell

besetztes Team (16) oder durch die Einbeziehung von Hausärzt*innen oder Apotheker*innen nahelegen (17), existieren nur sehr wenige ähnliche Konzepte für den Bereich der ambulanten Versorgung. In Ontario, Canada, versorgen seit einigen Jahren interprofessionelle „Home Based Primary Care Teams“, Patient*innen in ihrer Häuslichkeit (18). Mitglieder der Teams geben u.a. gemeinsame Ziele als wesentlich für die Versorgung an und sehen sich eher in der Lage, eine ganzheitliche bio-psycho-soziale Versorgung mit auch präventiven Ansätzen zu leisten (19). Die Personen mit Pflegebedarf wiederum fühlen sich sicher, innerlich zufrieden, und angemessen versorgt (20).

Ziele und Fragestellung:

Ziel des Projektes ist die Entwicklung eines Versorgungskonzepts zur Optimierung der personenzentrierten Zusammenarbeit von Pflegediensten, Hausärzt*innen und Therapeut*innen in der Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf, sodass Krankenhausaufnahmen vermieden werden. In einer **explorativen Mixed Methods Studie** wird unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein personenzentriertes interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Die Ziele hierbei sind:

1. Exploration der medizinisch-pflegerischen-therapeutischen Versorgung von durch ambulante Pflegedienste versorgte, in der eigenen Häuslichkeit lebenden Patient*innen bezüglich
 - Prozessen der Zusammenarbeit in der pflegerisch-hausärztlich-therapeutischen Versorgung,
 - Problemen, Herausforderungen und „Best Practice“-Beispielen in dieser Zusammenarbeit,
 - Einflussfaktoren auf die Qualität der Versorgung auf Mikro-, Meso- und Makroebene.
2. Entwicklung des interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzepts
 - Entwicklung von Komponenten, die die Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörige einbinden
 - Gestaltung einer Implementierungsstrategie der entwickelten Komponenten

4. Projektdurchführung

Das Projekt *interprof* HOME startete am 01.05.2021. Es wurde unter der Konsortialführung der Universitätsmedizin Göttingen zusammen mit den beteiligten Projektpartnern (s. Tabelle 1) umgesetzt.

Zunächst erfolgte eine intensive Auseinandersetzung mit der inhaltlichen Ausrichtung des Projekts mittels Literaturrecherche über verschiedene Datenbanken, graue Literatur und Einbindung der Anregungen aus dem Advisory Board. Zudem wurden die im Rahmen der Studie notwendigen Studienmaterialien (Flyer, Anschreiben, Aufklärungsinformationen mit Datenschutzpassus, Einwilligungformulare, Demografiebögen, Leitfäden, papierbasierte und digitale Fragebögen) in Abstimmung mit den Kooperationspartnern erstellt. Zur Identifikation mit dem Projekt und zur Steigerung der Wiedererkennung wurde ein Logo konzipiert. Zunächst wurden zur Exploration der Versorgungssituation parallel Einzelinterviews mit Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen sowie monoprofessionelle Fokusgruppen mit Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen und Therapeut*innen durchgeführt (WP2), Best Practice Cases (WP3) detektiert und ein Survey (WP4) durchgeführt. Für die Einzelinterviews mit Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen sowie für die Fokusgruppen wurden Standard Operating Procedures (SOP) erstellt und alle Mitarbeiter*innen geschult. Ein Datenschutzkonzept wurde konzipiert und umgesetzt.

Am 06.09.2021 konnte mit der Rekrutierung der Personen mit Pflegebedarf sowie der An-/Zugehörigen zunächst über Selbsthilfegruppen begonnen werden. Das erste Interview fand

im Dezember 2021 statt. Die Rekrutierung gestaltete sich schwierig, da alle Berufsgruppen, bei durch die pandemiebedingt erschwerten Arbeitsbedingungen und erhöhten Erkrankungsraten der eigenen Mitarbeiter*innen, zumindest initial eine geringere Bereitschaft zur Teilnahme zeigten. Die Rekrutierung von Hausärzt*innen für die Teilnahme an Fokusgruppen sowie für die weitere Gewinnung von Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen wurde aufgrund der Impfkation in den Praxen von Ende 2021 in das Jahr 2022 verschoben, sodass die monoprofessionellen Fokusgruppen von März bis Mai 2022 durchgeführt werden konnten. Zusätzlich erfolgten Expert*inneninterviews mit 5 Vertreter*innen von gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen (AOK Niedersachsen und Barmer Ersatzkasse), um deren Perspektive auf die Versorgung von Personen mit Pflegebedarf in der ambulanten Pflege zu erfassen. Im nächsten Schritt flossen die Ergebnisse der Einzelinterviews mit Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen sowie der monoprofessionellen Fokusgruppen mit Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen und Therapeut*innen in die Leitfadententwicklung zur Durchführung von gemischten Fokusgruppen im September 2022 mit allen 5 beteiligten Personengruppen (WP5) ein. Dort wurden erste Ansätze zur Optimierung der interprofessionellen personenzentrierten Versorgung und Implementierungsmöglichkeiten eines interprofessionellen, personenzentrierten Versorgungskonzepts erarbeitet. Diese Erkenntnisse wurden zusammen mit den Erkenntnissen aus den Best Practice Cases (WP3) und dem Survey (WP4) trianguliert. Daraus konnte eine umfassende Grundlage für die Diskussion im Rahmen des Expert*innenworkshop (WP6) entwickelt werden. Der Expert*innenworkshop zur Festlegung der Komponenten fand am 30.11.2022 und 01.12.2022 jeweils für vier Stunden als Videokonferenz statt. Alle Studienteilnehmer*innen wurden schriftlich und mündlich durch wissenschaftliche Mitarbeiter*innen aufgeklärt. Sie nahmen erst nach schriftlicher Einwilligung an den Erhebungen teil. In der Abschlussphase des Projekts (Monat 20-29) wurden weitere relevante Themen für die Entwicklung des Konzepts durch eine erweiterte multiperspektivische Datenauswertung und Gegenüberstellung bei den Analysen erschlossen. Das Versorgungskonzept wurde schließlich konkretisiert und eine mögliche Implementierungsstrategie festgelegt. Die Studie wurde insgesamt im Rahmen von drei Advisory Board Treffen beraten (beratendes Gremium) und medizinjuristisch durch eine Kanzlei für Medizin- und Gesundheitsrecht (Konsortialpartner) begleitet.

Die Rekrutierung von beruflichen Akteur*innen sowie von Personen mit Pflegebedarf konnte pandemiebedingt über alle Workpackages hinweg im ursprünglich vorgesehenen Zeitraum nicht nach Plan durchgeführt werden. Es wurde ein Antrag auf Arbeitsplanänderung mit Reduktion der Fallzahlen für die Einzelinterviews (Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige) und monoprofessionelle Fokusgruppen (Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen), eine Änderung der Einschlusskriterien für die Best-Practice Cases inklusive Reduktion der Fallzahlen und die Umstellung des Surveys auf eine anonyme Onlinebefragung gestellt. Im weiteren Verlauf war abzusehen, dass aufgrund der massiven Rekrutierungsschwierigkeiten und den damit verbundenen zeitlichen Verzögerungen, die Testung des entwickelten interprofessionellen, personenzentrierten Versorgungskonzepts im ursprünglich geplanten Förderzeitraum (01.05.2021 bis 31.08.2024) nicht zu bewerkstelligen war. Dies führte dazu, dass ein Antrag auf vorzeitige Projektbeendigung mit dem Fokus auf eine vertiefenden Ausarbeitung des Versorgungskonzepts gestellt wurde. Das Projekt endete vorzeitig nach 29 Monaten am 30. September 2023.

5. Methodik

Studiendesign

Interprof HOME wurde als explorative Mixed Methods-Studie entwickelt. Eine strukturierte Literaturrecherche präziserte zunächst das Forschungsfeld und lieferte Informationen für die Erstellung der Leitfäden für die Einzelinterviews und monoprofessionellen Fokusgruppen. Sie

umfasste die Themen: Aktuelle Versorgung in der Häuslichkeit, Versorgung durch die jeweiligen beteiligten Berufsgruppen (Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen), interprofessionelle Zusammenarbeit, Personenzentrierung, Erfahrungen mit der Versorgung während der COVID-19-Pandemie sowie Vorstellungen von einer idealen interprofessionellen häuslichen Versorgung. An den vier Studienzentren UMG, UKE, UzL und UKK wurden Interviews und monoprofessionelle Fokusgruppen (WP2) durchgeführt, um die aktuelle Versorgungssituation zu erörtern sowie hinderliche und förderliche Faktoren in der Zusammenarbeit und erste Hinweise für Komponenten zur Verbesserung der Zusammenarbeit aufzunehmen. Parallel dazu wurden am Studienzentrum GAU Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen und Therapeut*innen gebeten, Best Practice Cases (WP3) zu identifizieren, um diese in Beobachtungen bei Hausbesuchen, Einzelinterviews mit den beteiligten Akteur*innen und Shadowings des Arbeitsalltags von Pflegefachpersonen genauer zu untersuchen. Best-Practice-Cases sind in dieser Studie Versorgungskonstellationen, in denen die Zusammenarbeit von den Beteiligten in den Versorgungsfällen als besonders gut funktionierend wahrgenommen werden. Am Studienzentrum UKK wurde im gleichen Zeitraum ein Survey (WP4) mit allen beteiligten Akteur*innen durchgeführt, um Erkenntnisse über die bisherige Zusammenarbeit im Rahmen ärztlicher Hausbesuche, Möglichkeiten der Kooperation, Schnittstellen und mögliche Ideen für Komponenten zu erhalten. Ergebnisse aus den WP2, WP3 und WP5 flossen in die Entwicklung der Leitfäden für die gemischten Fokusgruppen, um Ansätze für die Optimierung der interprofessionellen personenzentrierten Versorgung und Implementierungsideen zu eruieren. Daran anschließend wurde in einem Expert*innenworkshop auf Basis der Lösungsansätze aus WP5 wesentliche Komponenten des Versorgungskonzepts festgelegt und die Implementierungsstrategie weiter konkretisiert. Im Vorfeld wurde eine Zusammenfassung der Hauptbefunde an die Expert*innen gesendet. Sie diente der Vorbereitung auf den Workshop. Insgesamt haben 25 Expert*innen an der Veranstaltung teilgenommen: 3 Personen mit Pflegebedarf, 2 An-/Zugehörige, 7 Pflegefachpersonen, 4 Hausärzt*innen, 2 Therapeut*innen und sieben weitere Berufsgruppen, wie Vertreter*innen von Krankenkassen, medizinische Fachangestellte etc.). Weitere relevante Themen für die Entwicklung der Komponenten wurden durch eine erweiterte multiperspektivische Datenauswertung und Gegenüberstellung der Analysen im Forscherteam erschlossen. Abschließend wurde das Versorgungskonzept *interprof* HOME und die Implementierungsstrategie mit den entsprechenden Handreichungen wie z.B. Formblätter und Handbücher ausgestaltet.

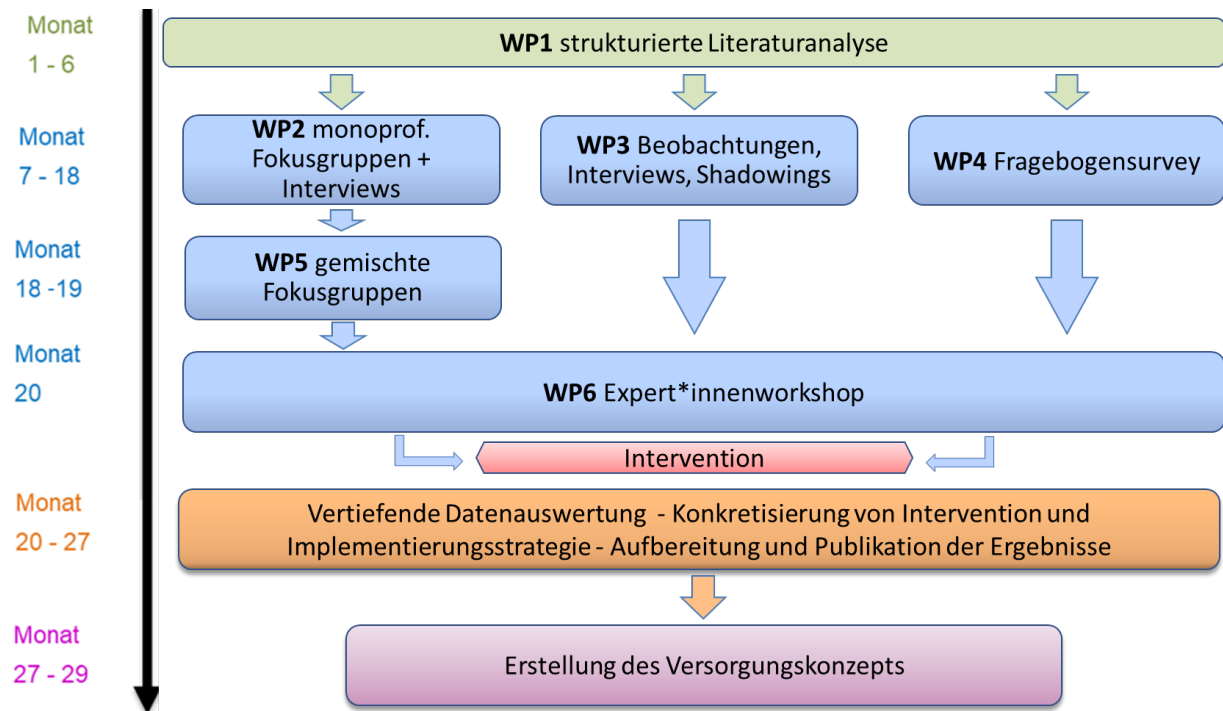


Abbildung 1: Studiendesign

Zunächst wurde Ende Oktober/Anfang November 2021 eine Literaturrecherche (WP1, 2021) zu den Erfahrungen mit der (interprofessionellen) Zusammenarbeit und Kommunikation in der häuslichen Versorgung von Personen mit Pflegebedarf aus der Perspektive von Hausarzt*innen, Pflegefachpersonen, Therapeut*innen, Personen mit Pflegebedarf und Angehörigen in den letzten 10 Jahren (2011- 2021) in englischer und deutscher Sprache durchgeführt.

Die Fragestellungen der Literaturrecherche lauteten:

- Wie sehen Hausarzt*innen die Zusammenarbeit/Kommunikation mit professionell Pflegenden von ambulanten Pflegediensten und Therapeut*innen (Ergo-, Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen) bei der Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf?
- Wie sehen professionell Pflegende von ambulanten Pflegediensten die Zusammenarbeit/Kommunikation mit Hausarzt*innen und Therapeut*innen (Ergo-, Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen) bei der Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf? Wie sehen Ergo-, Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen die Zusammenarbeit/Kommunikation mit professionell Pflegenden von ambulanten Pflegediensten und Hausarzt*innen bei der Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf?
- Wie sehen in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf die Zusammenarbeit/Kommunikation von professionell Pflegenden von ambulanten Pflegediensten und Hausarzt*innen und Therapeut*innen (Ergo-, Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen)?
- Wie sehen An- und Zugehörige von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf die Zusammenarbeit/Kommunikation von professionell Pflegenden von ambulanten Pflegediensten und Hausarzt*innen und Therapeut*innen (Ergo-, Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen)?

Daraus ergaben sich nach PICO-Schema folgende Suchkomponenten:

P=Population	Personen mit Pflegebedarf, Hausärztinnen/Hausärzte, An-/Zugehörige, Therapeut*innen (Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen)
I=Phenomenon of Interest	Perspektive auf und Erfahrung mit (interprofessioneller) Zusammenarbeit und Kommunikation
Co=Context	ambulante häusliche Versorgung

Die Datenbanken Cochrane Library, PubMed, EMBASE, CINAHL und Psycinfo wurden u.a. mit den folgenden kombinierten Suchbegriffen und Schlagwörtern durchsucht:

((interprofessional) OR (multi-disciplinary) OR (multidisciplinary) OR (interdisciplinary) OR (cross-disciplinary))
AND
((collaborat*) OR (cooperat*) OR (communicat*) OR (Communication[MeSH Terms]) OR (relation*) OR (Patient Care Team) OR (patient care team[MeSH Terms]))
AND
((Ambulatory care[MeSH Terms]) OR ("outpatient care") OR ("home care") OR ("ambulatory care"))
AND
((nurse) OR (nurses) OR (nursing staff) OR ("Nursing Staff"[Mesh]) OR ("Nurses, Community Health"[Mesh]))
AND
("Family"[Mesh] OR family) OR ("informal caregiver" OR "informal caregivers"))
AND
("Physical Therapists"[Mesh] OR "Occupational Therapists"[Mesh]) OR ("physical therapist") OR ("physical therapists") OR ("Occupational Therapist") OR ("Occupational Therapists") OR (therapist*) OR (physiotherapist*) OR ("speech therapist") OR ("speech therapists"))
AND
("General Practitioners"[Mesh]) OR ("Physicians, Family"[Mesh]) OR ("Physicians, Primary Care"[Mesh]) OR (general practitioner*) OR (physician*) OR ("General doctor") OR ("family doctor") OR ("family doctors") OR ("family physician") OR ("family physicians"))

Eine weitere systematische Evidenzsynthese wurde im Juli/August 2022 (WP1, 2022) von einer Studentin im Rahmen einer Qualifizierungsarbeit im Modul GW4710 des Masterstudiengangs Gesundheits- und Versorgungswissenschaften der Universität zu Lübeck durchgeführt. Die Arbeit wurde von Prof. Dr. Katrin Balzer und Anja Kühn betreut. Ziel der systematischen Übersichtsarbeit über Interventionsstudien war es, international bereits erprobte Strategien für die Stärkung der interprofessionellen personenzentrierten Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf zu identifizieren. Zudem sollten die Komponenten, die Effektivität und die Umsetzbarkeit dieser Strategien zusammengefasst und kritisch bewertet werden.

Folgende Fragestellungen wurden untersucht:

- Welche Interventionen zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung von Personen mit langfristigem Pflegebedarf und Inanspruchnahme professioneller pflegerischer Unterstützung wurden bisher wissenschaftlich evaluiert?
- Welche Komponenten umfassen diese Interventionen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit?
- Welche Auswirkungen haben die Interventionen insbesondere auf die Lebensqualität von Personen mit langfristigem Pflegebedarf, auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und die interprofessionelle Zusammenarbeit?
- Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Umsetzung der Interventionen wurden berichtet?

Da Interventionen zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit als komplexe Interventionen einzuordnen sind, wurde vorab ein vorläufiges logisches Modell (Anhang 10) entwickelt, das Zielgruppen, Merkmale und potenziell relevante Zielgrößen dieser Interventionen sowie angenommene Kontextfaktoren zusammenfasst. Das logische Modell diente als theoretische Basis für die Planung der methodischen Schritte der Evidenzsynthese (21).

Basierend auf dem „Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement“ (22) wurde eine systematische Evidenzsynthese erarbeitet. Die Recherche erfolgte in den Datenbanken MEDLINE via Pubmed, Cochrane Library, CINAHL und PEDro. Dabei wurde eine primäre Suchstrategie für die Datenbank MEDLINE entwickelt (Anhang 11) und anschließend an die anderen Datenbanken angepasst. Für die Recherche in der Datenbank PEDro wurden die Suchbegriffe „care“, „team“ und „collaboration“ genutzt und mit dem Booleschen Operator AND verknüpft.

Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden Studien eingeschlossen, die ausschließlich erwachsene Personen mit einem Langzeitpflegebedarf einbezogen haben und die durch Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Therapeut*innen sowie An- und Zugehörigen in ihrem häuslichen Umfeld versorgt wurden. Es sollten alle Interventionen mit dem primären Ziel der Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und die Lebensqualität der Pflegebedürftigen.

Ausgeschlossen wurden Studien, die Personen einbezogen haben, die sich in der Sterbephase befanden. Außerdem wurden Studien ausgeschlossen, die sich auf Disease-Management-Programme, Programme, in denen Maßnahmen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit eine Komponente neben anderen Interventionskomponenten darstellten sowie Programme, in denen sich Maßnahmen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit nur auf begrenzte Zeitintervalle bezogen (Anhang 12).

Eingeschlossen wurden RCTs in deutscher und englischer Sprache, die im Zeitraum 2012 bis 2022 publiziert wurden.

Zwei unabhängige Personen haben die Titel und Abstracts aller gefundenen Referenzen anhand der Ein- und Ausschlusskriterien überprüft, mögliche Konflikte wurden besprochen und aufgelöst. Beide Personen prüften ebenso die ausgewählten Volltexte.

Aus den eingeschlossenen Studien wurden Daten zu den allgemeinen Merkmalen der einzelnen Studien wie Autor*innen, Publikationsjahr oder Studientyp, die Charakteristika der Intervention wie beteiligte Berufsgruppen und Interventionskomponenten sowie die primären und sekundären Zielgrößen und die Zielgrößen der Prozessevaluation extrahiert. Für

die Charakteristika der Interventionen wurden dabei die Kriterien der „Template for Intervention Description and Replication (TIDieR) Checklist“ herangezogen (23).

Jede eingeschlossene Studie wurde mithilfe des „Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized controlled trials“ (RoB 2) kritisch bewertet (24). Jede inkludierte Studie wurde von der Erstautorin mithilfe des „Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials“ (RoB 2) bewertet (Higgins et al., 2022) und anschließend von der Zweitautorin überprüft (24). Etwaige Unstimmigkeiten wurden in einem gemeinsamen Gespräch im Konsens gelöst. Die Bewertung der Verzerrungsrisiken erfolgte dabei jeweils separat für die primären Zielgrößen Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen, Lebensqualität und interprofessionelle Zusammenarbeit.

Die Daten wurden mittels strukturiert-narrativer und grafischer Synthesemethoden zusammengefasst (25).

Rekrutierung

Für die Einzelinterviews (**WP2**) sollten geeignete Personen mit Pflegebedarf und deren An-/Zugehörige über hausärztliche Praxen, Pflegedienste, therapeutische Praxen und Selbsthilfegruppen gewonnen werden. Zur Entlastung der hausärztlichen Praxen während des Zeitraums der Covid-19-Impfkation wurden zunächst Selbsthilfegruppen und Pflegedienste intensiv kontaktiert. Die Aufklärung erfolgt schriftlich und mündlich durch Studienmitarbeiter*innen. Potenziell beeinflussende Merkmale wie u.a. soziale Unterstützung, familiäre Co-Pflege, Nähe zur hausärztlichen Praxis, Dichte der Pflegedienste und gesundheitliche Situation (26) sollten möglichst heterogen abgebildet sein. Für die Fokusgruppen in **WP2**, **WP5** wurden Hausarzt*innen, Therapeut*innen und Pflegedienste über lokale Register an den vier Standorten identifiziert und zur Teilnahme eingeladen. Bei der Auswahl wurde Wert auf u.a. Diversität bei Geschlecht, Spezialisierung, und regionale Lage der Vertreter*innen der Berufsgruppen gelegt. Die Vertreter*innen von den Kranken- und Pflegekassen für die Expert*inneninterviews wurden nach telefonischer Kontaktaufnahme mit den Ansprechpartner*innen der jeweiligen Kassen gewonnen. Parallel wurden in einem weiteren Projektstrang Hausarzt*innen, Pflegefachpersonen und Therapeut*innen aus **WP2** und später zusätzlich über lokale Register und rekrutierte Professionelle, zur Identifikation von Best Practice Cases gebeten. Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden angewendet (s. Tabelle 2):

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien (WP2)

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Personen mit Pflegebedarf	Alter: ≥ 18 Jahre Erhält Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes nach SGB XI* ² im letzten Jahr Pflegegrad ≥ 2 In der Häuslichkeit lebend Ausreichend Deutschkenntnisse	Erkrankung oder Einschränkung, die ein Interview nicht zulässt* ¹ Keine Einwilligungserklärung oder keine Einwilligungserklärung eines gesetzlichen Betreuers, wenn rechtlich vorgegeben
An-/Zugehörige	Alter: ≥ 18 Jahre Pflege einer Person mit Pflegebedarf, die von einem ambulanten Pflegedienst nach SGB XI im letzten Jahr zuhause gepflegt wurde und einen Pflegegrad ≥ 2 hat Ausreichend Deutschkenntnisse	Keine Einwilligungserklärung
Pflegefachpersonen	Qualifikation als Pflegefachpersonen In einem Pflegedienst arbeitend Hausbesuche in den letzten 6 Monaten	Keine Einwilligungserklärung

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
	Ausreichend Deutschkenntnisse	
Hausärzt*innen	Qualifikation als Ärzt*in für Allgemeinmedizin oder innere Medizin Als Hausärzt*in arbeitend Hausbesuche in den letzten 6 Monaten Ausreichend Deutschkenntnisse	Keine Einwilligungserklärung
Therapeut*innen	Qualifikation als Ergo- /Physiotherapeut*in oder Logopäd*in, Hausbesuche in den letzten 6 Monaten Ausreichend Deutschkenntnisse	Keine Einwilligungserklärung

*1: ausreichendes Gehör- und Sprachverständnis, intellektuelles Verständnis für Fragen und Inhalte der Studie;

In **WP3** wurden nur Fälle eingeschlossen, wenn die Akteur*innen eines Falls übereinstimmen, dass ein Fall ein „Best Practice Case“ ist. Best-Practice Cases sind in dieser Studie Versorgungskonstellationen, in denen interprofessionelle Prozesse von den Beteiligten (Pflegedienste, Hausärzt*innen, ggf. Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen, Personen mit Pflegebedarf sowie Angehörigen) als besonders gut funktionierend wahrgenommen werden.

Ursprünglich war geplant, dass die professionell Pflegenden und Hausärzt*innen die Best-Practice Cases identifizieren. Da in den anderen Workpackages deutlich wurde, dass Therapeut*innen in der damaligen angespannten Pandemiesituation leichter zu erreichen und häufiger zu einer Teilnahme bereit waren, wurden auch diese als erste Ansprechpartner*innen (d.h. zur Identifikation von Best-Practice Cases) kontaktiert. Dadurch wurde ein breiterer und teilweise auch schnellerer Zugang zu möglichen Fällen und Kontaktpersonen eröffnet und die Wahrscheinlichkeit von Fallgewinnungen erhöht.

Pflegedienste, Hausärzt*innen, Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen wurden über lokale Register (u.a. Kassenärztliche Vereinigung, DGA Medien GmbH Deutsche Gesundheitsauskunft.de, Pflegedienst.de, Deutscher Verband für Physiotherapie) an den vier Standorten identifiziert.

Für die Teilnehmer*innen der Berufsgruppen galten folgende Einschlusskriterien:

Einschlusskriterien – Professionals

- Abgeschlossen Berufsausbildung in dem jeweiligen Bereich
- Versorgung von /Durchführung von Hausbesuchen bei in der Häuslichkeit lebenden erwachsene Personen mit Pflegebedarf

Interessierte Akteur*innen wurden schriftlich und mündlich kontaktiert und zur Identifikation von Best-Practice-Cases gebeten. Nach Identifikation wurden die Akteur*innen gebeten, die Person mit Pflegebedarf und ggf. die An- und Zugehörige in den Best-Practice Cases zur Teilnahme einzuladen und die Einwilligung zur Weitergabe der Kontaktdaten einzuholen. Anschließend kontaktieren Wissenschaftler*innen die Person mit Pflegebedarf und ggf. die An- und Zugehörigen schriftlich und mündlich, um über die Studie aufzuklären und die Einschlusskriterien zu überprüfen.

Für die Personen mit Pflegebedarf sowie An-/Zugehörige von Personen mit Pflegebedarf wurden Personen gewonnen, die folgende Eignungskriterien erfüllten:

Einschlusskriterien – Personen mit Pflegebedarf

- Pflegebedarf mit Bezug von Sachleistungen (Versorgung durch Pflegedienst) nach SGB XI
- In der Häuslichkeit lebend
- Volljährigkeit
- Hinreichende Deutschkenntnisse

Ausschlusskriterien – Personen mit Pflegebedarf

- Vorliegen einer Erkrankung, die das Führen eines Interviews stark behindert, wie z.B. eine Aphasie oder schwere Demenz.
- Leben in Wohngruppe oder stationärer Pflegeeinrichtung
- Nicht erteilte Einwilligung des/der gesetzlichen Betreuer*in bei Personen, die nicht einwilligungsfähig sind

Einschlusskriterien – An- und Zugehörige

- Volljährigkeit
- Hinreichende Deutschkenntnisse
- Selbsteingeschätzte Rolle als pflegende An- oder Zugehörige einer in der Häuslichkeit lebenden Person mit Pflegebedarf und Sachleistungsbezug nach SGB XI

Die Namen der weiteren, an der Gesundheitsversorgung beteiligten, professionellen Akteur*innen (professionell Pflegende, Hausärzt*innen, ggf. Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen) erhielten die Wissenschaftler*innen durch die teilnehmenden Personen mit Pflegebedarf (der Best-Practice Cases). Anschließend wurden die Akteur*innen durch Wissenschaftler*innen telefonisch und postalisch kontaktiert und über die Studie aufgeklärt, sofern sie unter obengenannte Einschlusskriterien fielen. Um möglicherweise abweichende Einschätzungen durch die anderen Berufsgruppen sowie die Personen mit Pflegebedarf und An- und Zugehörigen zu vermeiden, wurden die Akteur*innen zu ihrer Einschätzung, ob ein Best-Practice-Case vorliegt, gebeten. Nur wenn alle Akteur*innen eines Falls übereinstimmten, dass ein Fall ein „Best-Practice Case“ ist, wurde der Fall eingeschlossen. Ursprünglich war geplant, dass, wenn es sich als schwierig erweisen sollte, solche Konsensfälle zu finden, auch Fälle eingeschlossen würden, in denen unterschiedliche Meinungen bestehen. In diesem Fall sollte auch analysiert werden, welche Faktoren zu den unterschiedlichen Wahrnehmungen führen. Ein solcher Fall ist allerdings nicht eingetreten.

Der ursprüngliche Plan sah zudem auch vor, alle Personen zu befragen, die an dem konkreten Fall der ambulanten Versorgung beteiligt waren. Dies war jedoch nicht zielführend, da in der Forschungspraxis deutlich wurde, dass es z.B. vorkam, dass es in einzelnen Fällen keine Angehörigen gab, der/die Hausarzt/Hausärztin keine Zeit für eine Teilnahme fand oder auch die Person mit Pflegebedarf (PMP) nicht in der Lage für ein Interview war. Damit diese Cases, bei denen nicht alle an der ambulanten Versorgung Beteiligten an der Studie teilnehmen wollten oder konnten, dennoch inkludiert werden konnten, wurden die Einschlusskriterien nach der Genehmigung des Antrages auf Arbeitsplanänderung gelockert:

Bezüglich der Bereitschaft zur Teilnahme an Interviews und Beobachtungen wurde ein Fall aufgenommen, so lange mehrere (aber nicht notwendigerweise alle) Personen, die in der häuslichen Versorgung eingebunden waren, zu einer Teilnahme bereit waren, da so das Forschungsziel erreicht werden konnte, dass verschiedene Sichtweisen analysiert und förderliche Faktoren identifiziert werden können. Die Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen und Therapeut*innen sprachen die von ihnen versorgten Personen mit Pflegebedarf (bzw. gesetzliche Vertreter*innen) sowie die (pflegenden) An-/Zugehörigen an. An der Teilnahme Interessierte wurden durch Studienmitarbeiter*innen zunächst telefonisch kontaktiert, mündlich und schriftlich über die Studie aufgeklärt und um ihre schriftliche informierte Einwilligung gebeten (s. Tabelle 3).

In dem Antrag auf Arbeitsplanänderung wurden noch weitere Hindernisse bedacht: So stellten die geplanten Beobachtungen ein Hindernis für die Zustimmung zur Teilnahme dar. Insbesondere vor dem Hintergrund der Pandemie waren einige Personen sehr zögerlich in Hinblick auf ein Treffen vor Ort. In manchen Fällen kam es daher zu Absagen einer Studienteilnahme, obwohl das Interesse an einem Interview bestanden hätte. Es war zuerst geplant, dass in jedem Fall jeweils ein Hausbesuch von jeder Profession (Hausärzt*innen, Professionell Pflegenden und ggf. Therapeut*innen) in Form einer nicht-teilnehmenden

Beobachtung begleitet wird. Damit die Beobachtungen nicht weiterhin zu Absagen von generell interessierten Personen führten, wurde die Teilnahme an dem Interview als obligatorisch aber die Beobachtung als optional für die Falleinschließung festgelegt. Da die Interviews die Hauptdatengrundlage bildeten, war es für das Erkenntnisinteresse nicht hinderlich, wenn nicht zwingend in jedem Fall Beobachtungen durchgeführt wurden. Diese waren als zusätzliche Anreicherung der Interviewdaten gedacht, auf die durch eine umfangreichere Befragung im Interview verzichtet werden konnte.

Tabelle 3: Anzahl Teilnehmende Best Practice Cases (WP3)

	Pflegefach- -personen	Person mit Pfle- ge- bedarf	An-/ Zuge- hörige	Haus- ärzt*- innen	ggf. Thera- peut* innen	Wund- expert* - innen
1. Case	2	1			1	1
2. Case	1	1	1	1		1
3. Case	1			1		
4. Case	1	1		1		
5. Case	1		1			
6. Case	1		1	1	1	
7. Case	1	2	1			1
8. Case	1	1	1			
Summe	9	6	5	4	2	3

Die Rekrutierung erfolgte für alle Personengruppen, bis die angestrebte Fallzahl erreicht war. Potenziell beeinflussende Merkmale wie u.a. soziale Unterstützung, familiäre Co-Pflege, Nähe zur hausärztlichen, Praxisdichte der Pflegedienste und gesundheitliche Situation (24) wurden im Sinne eines „maximum variation samplings“ möglichst heterogen abgebildet.

Für den Fragebogen in **(WP4)**, wurde ein Fragebogen entwickelt, der sowohl selbst entwickelte Items als auch Items aus bestehenden und validierten Instrumenten enthielt (22, 23). Größtenteils stammen diese aus dem Scoping Review von Peltonen et al. (2020), welches eine Vielzahl verschiedener Fragebögen zur interprofessionellen Zusammenarbeit darstellt (27). Zusätzlich wurden Items, die in einer zu *interprof* HOME vorangehenden Studie (interprofACT) zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der stationären Langzeitpflege entwickelt wurden (28, 29) übernommen. Um die Perspektiven aller relevanten Gruppen, die an der häuslichen Pflege von PMP beteiligt sind, einzubeziehen, entwickelten wir vier gruppenspezifische Fragebögen (PMP/ANG, PP, HÄ, TH). Die Fragebögen der professionell Versorgenden befassen sich mit vier thematischen Hauptkategorien: a) bisherige Zusammenarbeit im Rahmen der Hausbesuche von Hausärzt*innen, b) Möglichkeiten der Zusammenarbeit, c) Überschneidungen innerhalb der Zusammenarbeit und d) Vorschläge für Interventionen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Im Fragebogen der PMP/ANG baten wir auch um Informationen über die Zufriedenheit und Qualität der Zusammenarbeit sowie der Vereinbarungen zwischen den professionell Versorgenden im Allgemeinen. Die Fragebögen wurden vorab mit einer Person jeder Zielgruppe gepretestet, wobei wir Pretest-Techniken verwendeten wie z. B. "think aloud", "probing", "paraphrasing" und "confidence rating" (Lenzer, Neuert & Otto, 2015). Anschließend wurden die Fragebögen anhand der Pretest-Ergebnisse angepasst und anschließend vier nicht an der Studie beteiligten Pflegewissenschaftler*innen des Instituts für Pflegewissenschaft, Universität zu

Köln zur abschließenden Bewertung vorgelegt. Die Beschreibung der Endpunkte sowie der Bezug zu den genutzten Instrumenten ist als Anhang 8 beigefügt.

Für den Fragebogensurvey (**WP4**) wurden Pflegedienste, Hausärzt*innen und Therapeut*innen aus Registern und Rekrutierungslisten randomisiert ausgewählt und per E-Mail kontaktiert. Die sogenannte Schneeballtechnik wurde auch angewendet, indem die angeschriebene Person - unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien - den Raum erhielt den Fragebogensurvey innerhalb der jeweiligen Zielgruppe weiter zu verbreiten. Darüber hinaus wurde auch auf Öffentlichkeitsarbeit in gezielt ausgewählten Foren und Newslettern der jeweiligen Zielgruppen zurückgegriffen, um den angestrebten Rücklauf zu erzielen und eine Selektion zu vermeiden. Die Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen wurden über Pflegedienste, Praxen und Aushänge in Pflegestützpunkten aber auch über eingetragene Vereine (z.B. Arbeiterwohlfahrt, Wir pflegen e.V.), Aushänge in Krankenhausambulanzen und direkte Ansprache durch kooperierende Pflegedienste rekrutiert.

Ein- und Ausschlusskriterien für das Survey (WP4) wurden folgendermaßen formuliert:

Einschlusskriterien – Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen

- Leitende Pflegefachpersonen von Pflegediensten (oder eine von ihnen benannte Pflegefachperson)
- Hausärztlich tätige Mediziner*innen, entweder als Eigner*innen einer Praxis oder als Angestellte einer Praxis oder eines Medizinischen Versorgungszentrums
- Leitende Therapeut*innen von Praxen (oder eine von ihnen benannte Therapeut*in), die ambulante Heilmittelleistungen bei Personen mit Sachleistungsbezug nach SGB V erbringen
- Hausärzt*innen und Therapeut*innen müssen Hausbesuche bei in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf durchführen

Einschlusskriterien – Personen mit Pflegebedarf

- Pflegebedarf mit Bezug von Sachleistungen (Versorgung durch Pflegedienst) nach SGB XI
- In der Häuslichkeit lebend
- Volljährigkeit
- Hinreichende Deutschkenntnisse

Ausschlusskriterien – Personen mit Pflegebedarf

- Vorliegen einer Erkrankung, die das Ausfüllen eines Fragebogens (papiergestützt oder digital) behindert, wie z.B. eine fortgeschrittene Demenz
- Leben in Wohngruppe oder stationärer Pflegeeinrichtung
- Nicht erteilte Einwilligung des/der gesetzlichen Betreuer*in bei Personen, die nicht einwilligungsfähig sind

Einschlusskriterien – An-/Zugehörige

- Volljährigkeit
- Hinreichende Deutschkenntnisse
- Selbsteingeschätzte Rolle als pflegende An-/Zugehörige (aktuell bzw. bis vor höchstens 12 Monaten) einer in der Häuslichkeit lebenden Person mit Pflegebedarf und Sachleistungsbezug nach SGB XI

Die Teilnehmer*innen des Expert*innenworkshops (**WP6**) waren Personen mit Expertenwissen aus der Perspektive von Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörigen, Pflegediensten, Hausärzt*innen und Therapeut*innen sowie Expert*innen der Kosten- und Einrichtungsträger (Kranken- und Pflegekassen: AOK Niedersachsen und Barmer Ersatzkasse) der externen Qualitätssicherung, der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, der Gesundheits- und Berufspolitik, der wissenschaftlichen Allgemeinmedizin und der Pflege-, Therapie- und Versorgungswissenschaft. Geeignete Personen wurden auf Basis von Erfahrungen der Antragsteller*innen und des Advisory Boards schriftlich kontaktiert und zu

Beginn des Workshops durch Studienmitarbeiter*innen aufgeklärt. Insgesamt konnten 25 Teilnehmer*innen für beide Tage gewonnen werden. (s. Tabelle 6).

Zielgrößen und Messinstrumente

Es sind bei explorativem Vorgehen keine Zielgrößen vorgesehen.

Messpunkte und Methode der Datenerhebung

Für die Entwicklung des Versorgungskonzepts *interprof* HOME wurde eine themenspezifische aber methodisch offene Strategie für die Datenerhebung gewählt. Die Interviews und Fokusgruppen in **WP2** und **WP5** wurden nach Leitfäden (s. Anlagen 41-46, 48) durchgeführt, um eine inhaltliche Vergleichbarkeit zu gewährleisten und den Einfluss unterschiedlicher Moderationen zu minimieren. Die Leitfäden erhielten neben den geschlossenen Fragen gezielt erzählgenerierende Fragen, die eine Exploration des Feldes „Häusliche Versorgung“ ermöglichten. Die Berücksichtigung der Sichtweisen der einzelnen Akteursgruppen war letztlich wichtig, um ein bedarfsspezifisches Versorgungskonzept zu entwerfen. Die Moderator*innen nahmen zudem obligat an Schulungen zur Methode teil. In **WP2**, **WP5** und **WP6** wurden Interviews, Fokusgruppen und Expert*innenworkshop protokolliert, per Ton aufgezeichnet, und transkribiert. In **WP3** wurden Beobachtungen mittels standardisierter Beobachtungsprotokolle festgehalten, beim Shadowing fertigten die Wissenschaftler*innen Feldnotizen an. Die Interviews in **WP3** wurden ebenfalls mithilfe von Leitfäden (s. Anlage 47) durchgeführt. Im Anschluss wurden Beobachtungs- und Shadowingberichte (s. Anhang 6) erstellt. Der Survey (**WP4**) erfolgte über eine anonyme Onlinebefragung (Datenerhebungsplattform SoSci Survey). Die Fragebögen für die anvisierten Zielgruppen wurden literaturbasiert entwickelt. Hierzu wurden beispielsweise bereits validierte Instrumente wie der „Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration – JSAPNC“ oder „Assessment of Communicating and Sharing Information – CSI“ genutzt (30, 31).

Im Rahmen der digitalen Kontaktaufnahme bestand die Möglichkeit, den Fragebogensurvey direkt über den Link, bzw. QR-Code, online auszufüllen. Zusätzlich wurde in der E-Mail auf die Möglichkeit des Ausfüllens eines papiergestützten Fragebogens hingewiesen. Dazu konnten Interessierte den Kontakt zum jeweiligen Studienzentrum aufnehmen. Eine Verblindung war aufgrund des Designs nicht erforderlich. Die qualitativen Daten wurden zudem datenschutzkonform pseudonymisiert.

Der Expert*innenworkshop (**WP6**) wurde videokonferenzbasiert an zwei Nachmittagen über jeweils 4 Stunden durchgeführt. Es wurde in Kleingruppen gearbeitet, die zu den Workshopthemen unterschiedliche Zusammensetzungen von Teilnehmenden beinhalteten. So war sichergestellt, dass Perspektiven von mehreren Personen in unterschiedlicher Zusammensetzung repräsentiert wurden und ein konstruktiver Austausch möglich war. Die Ergebnisse aus **WP3**, **WP4**, **WP5** wurden mittels Miro-Board aufbereitet und vorgestellt, so dass an den zwei Workshoptagen virtuell hands-on damit gearbeitet werden konnte. Am ersten Workshoptag wurden 4 Komponentenbündel kurz vorgestellt, die den Teilnehmer*innen vorab per E-Mail zur Verfügung gestellt worden waren. Anschließend setzten sich die Teilnehmer*innen mit den einzelnen Komponenten anhand von Leitfragen in vier Arbeitsgruppen auseinander. Die Machbarkeit/Umsetzbarkeit sowie Schwerpunktsetzungen wurde abschließend mit allen Teilnehmer*innen diskutiert und mittels einer Umfrage (Lime-Survey) bewertet. Am zweiten Workshoptag wurden die Umfrageergebnisse bezüglich der wichtigsten Komponenten und ihrer Umsetzbarkeit vorgestellt und diskutiert. Danach wurden in 4 Arbeitsgruppen mittels SWOT-Analyse (Stärken und Schwächen der Komponentenbündel) die mit allen Teilnehmer*innen diskutiert und bewertet. Das Ziel des Expert*innenworkshops (Priorisierung der Komponenten, Erarbeitung der Implementierungswege) konnte erreicht werden.

Stichprobengröße und Fallzahlen

In allen Workpackages konnte auch mit reduzierten Stichprobengrößen und Fallzahlen das Studienziel weiterverfolgt werden.

Für **WP2** wurden Interviews mit 20 Personen mit Pflegebedarf und 21 An-/Zugehörigen sowie neun monoprofessionelle Fokusgruppen, drei für jede Berufsgruppe durchgeführt. Es nahmen 17 Pflegekräfte (zwei Gruppen mit jeweils fünf Personen, eine Gruppe mit sieben Personen), 14 Allgemeinmediziner*innen (zwei Gruppen mit jeweils vier Personen, eine Gruppe mit sechs Personen) und 21 Therapeut*innen (drei Gruppen mit jeweils sieben Personen) an den Fokusgruppen teil (s. Tabelle 4).

Methodische Auswirkung der Fallreduzierung für Interviews und Fokusgruppen

Laut wissenschaftlich methodischer Literatur ist eine Fallzahlkalkulation sowohl bei Interviews (32), als auch bei Fokusgruppen (33), von verschiedenen Faktoren wie z.B. der Fragestellung abhängig. Dabei geht es nicht um Repräsentativität, sondern um die inhaltlich relevanten Varianten von Problemzugängen und Erfahrungen (ebd.). Ausgehend von der Fragestellung haben wir einen Plan entworfen, nach dem die Teilnehmer*innen der Einzelinterviews und Fokusgruppen über relevant erscheinende Merkmale verfügen sollen (34). U.a. sollten die Teilnehmer*innen sowohl weiblichen als auch männlichen Geschlechts sein, verschiedenen Alters sein. Zudem sollten sie aus Großstädten als auch aus ländlichen Gebieten rekrutiert werden.

Personen mit Pflegebedarf sollten verschiedene Pflegegrade aufweisen und Angehörige in unterschiedlichen Beziehungen zu den Personen mit Pflegebedarf stehen. Die umgesetzte Rekrutierung bzw. die Varianz von interviewten Personen und Fokusgruppen-Teilnehmer*innen bildet diesbezüglich eine gute Diversität ab:

Wir konnten in unserem Sample bei den Personen mit Pflegebedarf 20 Personen in einem Alter von 31 – 99 Jahren abbilden. Die Personen haben einen Pflegegrad von 2 bis 5. Sechs der interviewten Personen sind männlichen Geschlechts. Der Großteil der vierzehn Frauen lebt allein. Sieben der interviewten Personen leben in einer Großstadt (> 20.000 Einwohner) und 13 Personen in einer Kleinstadt bzw. dem ländlichen Bereich (< 20.000 Einwohner). Neun der interviewten Personen erhalten Physiotherapie, eine Person zusätzlich Logopädie und keine Person war in ergotherapeutischer Behandlung.

Wir konnten in der Gruppe der An- /Zugehörigen vierzehn Personen aus einer Großstadt, und sieben Personen aus einer Kleinstadt bzw. einem ländlicheren Gebiet interviewen. Acht Personen pflegen einen Elternteil, zehn Personen ihre Ehepartner*innen, zwei Personen ihre Kinder und bei einer Person war die Person mit Pflegebedarf die Tante der Ehefrau. Die Dauer der Pflegebedürftigkeit bei den gepflegten Personen variiert von 3 bis 33 Jahren mit einem Pflegegrad von 2 bis 5. Zwölf der Personen mit Pflegebedarf erhalten Physiotherapie, sechs Personen Ergotherapie und fünf zusätzlich Logopädie.

Für die monoprofessionellen Fokusgruppen konnten wir insgesamt 17 professionell Pflegenden in einem Alter von 26 – 61 Jahren gewinnen, die 2 – 30 Jahre in der Pflege generell, bzw. 1-30 Jahre in der ambulanten Pflege tätig waren. Von den vier Männern und 13 Frauen kamen fünf aus einer Großstadt, acht aus einer Stadt, drei aus einer Kleinstadt und eine Pflegefachperson aus einem ländlichen Gebiet. An der Fokusgruppe mit Hausärztinnen und Hausärzten haben fünf Männer und neun Frauen im Alter von 36-69 Jahren teilgenommen. Davon sind sechs in einer Großstadt, zwei in einer Kleinstadt und sechs im Ländlichen tätig. Insgesamt haben sieben Logopäd*innen, fünf Ergotherapeut*innen und fünf Physiotherapeut*innen die Gruppe der „Therapeut*innen“ in einer monoprofessionellen Fokusgruppe „repräsentiert“. Die fünf Männer und zwölf Frauen sind im Alter von 25-60 Jahren. Dreizehn arbeiten in einer Großstadt, eine Person in einer Stadt und drei im ländlichen Bereich. Eine Therapeutin hatte ihre Tätigkeit bereits aufgegeben und hat keine Angabe zu ihrem Arbeitsort gemacht. Aus den oben beschriebenen Gründen halten wir eine Fallzahl von maximal 20 Interviews pro Personengruppe sowie drei Fokusgruppen pro Berufsgruppe für ausreichend, um die verschiedenen Perspektiven hinreichend abzubilden.

Tabelle 4: Anzahl Teilnehmende an Interviews und Fokusgruppen (WP2)

	Personen mit Pflegebedarf	An-/Zugehörige	Pflegefachpersonen	Hausärzt*innen	Therapeut*innen
Leitfadengestützte Interviews	20	21			
Fokusgruppe 1			5	4	7
Fokusgruppe 2			5	4	7
Fokusgruppe 3			7	6	7
Gesamt	20	21	17	14	21

WP3: Im Rahmen der Best-Practice-Case Analyse wurden Daten in 8 Cases erhoben. Dazu wurden 9 Beobachtungen von Hausbesuchen von Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen und Therapeut*innen durchgeführt. Zusätzlich wurden 29 Einzelinterviews mit Akteur*innen der Cases (bspw. Hausärzt*in, Pflegefachperson, Therapeut*in, Wundexpert*innen, Personen mit Pflegebedarf, angehörige Person) geführt. Außerdem wurden zwei Shadowings des Arbeitsalltags einer Pflegefachperson (d.h. über die Versorgung der Best-Practice Cases hinaus) in Pflegediensten durchgeführt.

WP4: Das Survey war explorativ angelegt. Aufgrund fehlender im Vorfeld verfügbarer ähnlicher Erhebungen lag kein valider Anhaltspunkt für eine Stichprobenkalkulation vor. Eine Stichprobe von n=100 pro Gruppe (Leitung ambulante Pflegedienste, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und Patient*innen/ Angehörige-Dyaden) wurde als ausreichend erachtet, um hinreichend aussagekräftige Ergebnisse zu erreichen. Ein ausreichender Rücklauf sollte eine Selektion vermeiden. Es wurden 600 ambulante Pflegedienste, 600 Hausärzt*innen und 300 Therapeut*innen kontaktiert, um den avisierten Stichprobenumfang zu erreichen. Jeweils 150 E-Mails bzw. 75 bei den Therapeut*innen wurden pro Standort verschickt. Die Zielgruppe der in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf (PMP) bzw. deren Angehörige (ANG) konnte aufgrund datenschutzrechtlicher Gründe nicht anhand von organisierten Listen bzw. aus Registern identifiziert werden. Aus diesem Grund wurden Personen bzw. deren An-/Zugehörige im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit rekrutiert (passive Rekrutierungsstrategie). Hierzu wurden diese Zielgruppen über Gatekeeper, wie z.B. Selbsthilfegruppen, Leitungen von Patienteninformationszentren und Verbänden (z.B. Wir pflegen e.V.) sowie über Aushänge und Informationsflyer kontaktiert, informiert und rekrutiert (Tabelle 5).

Tabelle 5: Anzahl Teilnehmende: Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörigen, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen für den Survey (WP4)

Anzahl ausgefüllter Fragebögen				
	Personen mit Pflegebedarf u./An-/Zugehörige	Pflegefachpersonen	Hausärzt*innen	Therapeut*innen
IST (online)	26	58	32	77
IST (Papierfragebögen)	11	12	1	4
IST (gesamt)	37	70	33	81
SOLL	100	100	100	100

Bei den gemischten Fokusgruppen in **WP5**, mit jeweils einer Gruppe pro Studienzentrum, wurde eine Gruppengröße von n=10 angestrebt: 2 Pflegefachpersonen, 2 Hausärzt*innen, 2 Therapeut*innen, 2 Personen mit Pflegebedarf und 2 An-/Zugehörige. Die Gruppengröße stellte hier sicher, dass gleichgewichtet jeweils 2 Vertreter*innen pro Zielgruppe teilnehmen können. Die Fokusgruppen wurden pandemiekonform per Videokonferenz durchgeführt. Insgesamt nahmen 37 Personen an den gemischten Fokusgruppen teil (s. Tabelle 6).

Die angestrebte Vielfalt der Teilnahme von verschiedenen Expert*innen (**WP6**) (ca. 10 unterschiedliche Perspektiven) wurde erreicht. Neben Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörigen, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen und Therapeut*innen nahmen weitere sieben Expert*innen mit folgenden Perspektiven teil: Selbsthilfegruppen (n=1), Kostenträger (n=2), Medizinjurist (n=1), medizinische Fachberufe (n=1), Telemedizin (n=1) und Anbieter sozialer Dienste (n=1). Es wurde in Kleingruppen gearbeitet, die zu den Workshopthemen unterschiedlich besetzt wurden. Die Zusammenstellung der Teilnehmerzahlen über alle Work Packages ist in Tabelle 6 zu finden.

Tabelle 6: Teilnehmer*innenzahlen bei den verschiedenen Arbeitspaketen

	WP2 (ist/soll)	WP3 (ist/soll)	WP4 (ist/soll)	WP5 (ist/soll)	WP6 (ist/soll)
Personen mit Pflegebedarf	20/20	6/3-5* ²	37/100	7/8	3
An-/ Zugehörige	21/20	5/3-5* ²		7/8	2
Professionell Pflegefachpersonen	17/24	9/3-5* ²	70/100	8/8	7
Hausärzt*innen	14/24	4/3-5* ²	33/100	6/8	4
Therapeut*innen	21/24	2/ ggfs. 3- 5* ²	81/100	9/8	2
Sonstige* ¹	-	3/0	-	-	7
Gesamt	93/112	29/12-40	221*²/400	37/40	25/40

*1 Sonstige Studienteilnehmer*innen waren in WP3 mitversorgende Wundexpert*innen, deren Bedeutung für die Zusammenarbeit in machen Versorgungsfällen ersichtlich wurde. In WP6 weitere Teilnehmende des Expert*innenworkshops, wie z.B. die Vertretung der Kostenträgerperspektive.

*2 Rückwirkend beantragter Antrag auf Anpassung der Fallzahlen

Auswertung

Die Auswertungen von Interviews und Fokusgruppen in **WP2** erfolgen mittels strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz (49) je durch zwei Wissenschaftler*innen verschiedener Zentren zunächst unabhängig voneinander, dann im regelmäßigen Austausch. Es wurde mit MAXQDA als Softwaretool gearbeitet. Bei zentrumsübergreifenden Treffen und Videokonferenzen wurde der Stand der Auswertung im Wissenschaftler*innenteam diskutiert.

Zur Auswertung der Best Practices Cases (**WP3**) erfolgte eine Case-basierte qualitative Inhaltsanalyse der Interviews, Beobachtungen und der Shadowings. Die Analyse folgte den Prinzipien der Grounded Theory und orientierte sich am Gioia-Approach.

WP4: Die Auswertung erfolgt anhand statistisch-deskriptiver Verfahren, die Freitexte wurden zudem inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet (35).

Datentriangulation

Die Analyseergebnisse von **WP2** wurden Teilnehmer*innen der gemischten Fokusgruppen (**WP5**) als Ausgangslage präsentiert, um Ideen für neue Formen der Zusammenarbeit zu

generieren. Auch in **WP5** erfolgte die Auswertung der Fokusgruppen mittels strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz (49) mit MAXQDA 2022 je durch zwei Wissenschaftler*innen verschiedener Zentren, zunächst unabhängig voneinander, dann im regelmäßigen Austausch. Es wurden im Weiteren erste konkrete Komponenten skizziert und über die Form der Implementierung diskutiert. Die Ergebnisse von **WP3, WP4** und **WP5** wurden in einer Matrix einander gegenübergestellt. Diese war nach den zentralen Themen, die hinsichtlich der Bedürfnisse, Erwartungen, aktueller Praxis und relevanten Kontextfaktoren bezogen auf die ambulante pflegerische, hausärztliche und therapeutische Versorgung von Personen mit Pflegebedarf identifiziert wurden, gegliedert. Die Matrix wurde nun auf sich überlappende, ergänzende oder widersprechende Befunde geprüft. Diese Kontrastierung erfolgte durch Wissenschaftler*innen von zwei Studienzentren unabhängig voneinander. Die Triangulationsergebnisse wurden dann im gesamten Konsortium kritisch hinsichtlich Validität und Plausibilität reflektiert (36). Die im Konsortium abgestimmten Ergebnisse wurden in einem vorläufigen logischen Modell (21) der interprofessionellen personenzentrierten Versorgung von Personen mit ambulantem Pflegebedarf zusammengefasst. Die triangulierten Ergebnisse von **WP3, WP4** und **WP5** bildeten zudem die Basis für die Diskussionen im Expert*innenworkshop **WP6**. Sie wurden hier weiter konkretisiert und konsentiert.

WP6: Die Ergebnisse des Expert*innenworkshop wurden zusammengefasst und im *CFIR-ERIC* (Implementation Strategy Matching Tool) eingegeben. Über dieses Tool konnten Hinweise auf mögliche Implementierungsstrategien identifiziert werden. Die Implementierungsstrategien wurden dann unter Einbeziehung der bereichsübergreifenden ERIC-Umsetzungsstrategien festgelegt. Anschließend wurden die entwickelten Komponenten des Versorgungskonzepts, die Implementierungsstrategien und Implementierungshinweise in einem Protokoll dokumentiert und den Workshopteilnehmenden zur Kommentierung vorgestellt.

Arbeiten am Versorgungskonzept *interprof* HOME:

Mithilfe des beschriebenen Studiendesigns und der Datenanalyse entstand das *interprof* HOME Versorgungskonzept auf einer überwiegend empirischen Basis. Für die Konkretisierung des Versorgungskonzepts sowie der Implementierungsstrategie zum Ende der Studie war eine parallel laufende, vertiefende Auswertung der vielschichtigen und inhaltlich verbundenen Daten aus Interviews, Fokusgruppen, Fragebogensurvey, Beobachtungen und Shadowings durch das wissenschaftliche Team erforderlich, um die Sichtweisen der verschiedenen Akteur*innen, die an der Versorgung von pflegebedürftigen Personen in ihrer Häuslichkeit beteiligt sind, besser abzugrenzen und in die weitere Operationalisierung des Versorgungskonzepts und Festlegung von Implementierungsstrategien und Umsetzungshilfen umzusetzen. Dafür wurden weitere relevante Themenschwerpunkte im empirischen Material identifiziert, die die interprofessionelle Zusammenarbeit nicht direkt ansprachen, aber tiefergehende Einblicke in die derzeitige alltägliche Gestaltung der häuslichen Versorgung und damit in die Rahmenbedingungen für die Implementierung und notwendigen begleitenden Prozesse zum Versorgungskonzept ermöglichten. Die Komponenten des Expert*innenworkshop (**WP6**) bildeten die Basis für das endgültige Versorgungskonzept. Die detaillierten Zielbeschreibungen, Dokumentations- und Kommunikationsprozesse, Implementierungshilfen (wie z.B. Formblätter und Handbücher) wurden im Studienteam mittels TIDieR-Leitlinie konzipiert und konkretisiert (23). Dies wird in dem Dokument „Versorgungskonzept *interprof* HOME“ detailliert beschrieben (s. Anhang 1-4).

6. Projektergebnisse

Ergebnisse WP1 (2021): Strukturierte Literaturrecherche

Im ersten Teil der strukturierten Literaturübersicht wurden 28 Studien zum Thema Zusammenarbeit und Kommunikation berücksichtigt. Hinsichtlich des Studiendesigns handelte es sich bei 19 der Studien um qualitative Studien, fünf Studien hatten ein quantitatives Design, eine war eine Mixed Methods Studie, außerdem gab es ein Scoping

Review, eine realistische Synthese und eine Fallstudie. Die Mehrheit der Studien konzentrierte sich auf die Perspektive der Pflegefachpersonen sowie die der Personen mit Pflegebedarf, keine der Studien befasste sich ausschließlich mit der Perspektive der Therapeut*innen. Die realistische Synthese konzentrierte sich nicht auf eine einzelne Perspektive, sondern vielmehr auf die komplexen Mechanismen, die der teambasierten Erbringung von personenzentrierter häuslicher Versorgung zugrunde liegen. Das Scoping Review und eine qualitative Studie konzentrierten sich auf die häusliche Pflege von Parkinson-Patient*innen, drei Studien befassten sich mit der häuslichen Palliativpflege und zwei mit der Zusammenarbeit bei der Überleitung von Patient*innen vom Krankenhaus nach Hause. Weitere Ergebnisse siehe Anhang 7.

Ergebnisse WP1 (2022): Systematische Evidenzsynthese

Die Suche in den Datenbanken ergab insgesamt 2376 potenziell relevante Studien. Darüber hinaus wurden fünf weitere Studien von Metzelthin et al. (2014) und eine weitere Studie durch die Sichtung des Studienprotokolls von Reckrey et al. (2018) einbezogen (37, 38). Insgesamt konnten fünf Studien eingeschlossen werden. Vier der fünf eingeschlossenen Studien waren Cluster-RCTs (Brazil et al. 2022, Corry et al. 2021a und 2021b, Voruganti et al. 2017) (39–42). Dabei wurden drei Studien als Machbarkeitsstudie (Brazil et al. 2022, Corry et al. 2021a und 2021b) und eine als Pilotstudie umgesetzt (Voruganti et al. 2017) (39–42). Die Studie von Federman et al. (2022) wurde als RCT durchgeführt (43). Das Flowchart (Anhang 13) zeigt die Anzahl der identifizierten, der ein- und ausgeschlossenen Datensätze sowie die Gründe für den Ausschluss. Insgesamt wurde das Verzerrungsrisiko der bewerteten Studien als unklar eingestuft. In der ambulanten interprofessionellen Versorgung von Personen mit Langzeitpflegebedarf wurden bisher die „Anticipatory Care Planning“ (ACP) (Brazil et al. 2022, Corry et al. 2021a und 2021b), das „Home-based primary care (HBPC)“-Programm (Federman et al. 2022) und das Online-Kommunikationstool „Loop“ (Voruganti et al. 2017) wissenschaftlich evaluiert (39–43). Zu den Hauptkomponenten der Interventionen gehörten Hausbesuche, die Untersuchung der Patient*innen und die Entwicklung eines individuellen Pflege- bzw. Behandlungsplans. In der Studie von Voruganti et al. (2017) wurde ein webbasiertes Kommunikationstool für die teambasierte Zusammenarbeit entwickelt, um Patient*innen, Pflegefachpersonen und weiteren an der Versorgung beteiligten Professionen die Zusammenarbeit und Kommunikation zu erleichtern (42).

Abbildung 2 gibt eine Übersicht zu den Interventionskomponenten der eingeschlossenen Studien.

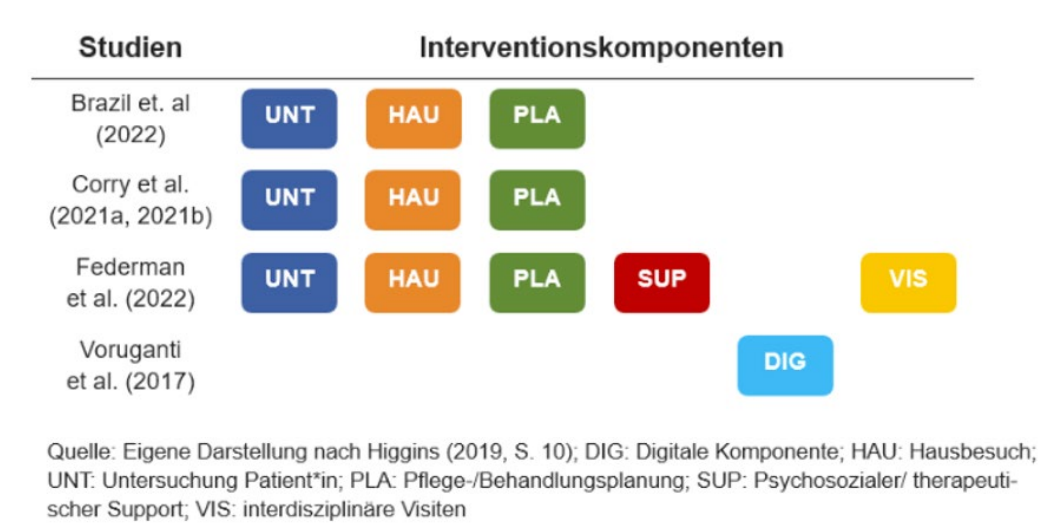


Abbildung 2: Interventionskomponenten

Lebensqualität

Auswirkungen der Interventionen auf die Lebensqualität konnten weder für die ACP-Intervention (39) noch für die HBPC-Intervention festgestellt werden (Anhang 14, Anhang 15).

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Zwei Studien berichteten über die Auswirkungen der Interventionen auf die Anzahl der Krankenhauseinweisungen und Besuche in der Notaufnahme (42, 43).

HBPC versus Standardversorgung

Daten über Krankenhauseinweisungen und Besuche in der Notaufnahme der Patient*innen wurden aus der Datenbank des New Yorker "Statewide Planning and Research Cooperative System" (SPARCS) entnommen. Federman et al. (2022) konnten nach 12 Monaten eine geringere Hospitalisierungsrate der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe feststellen (-17.9%, 95%-KI: -31.0%, -1.0%; $p=0.001$; NNT 6, 95%-KI: 3–100). Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gab es hinsichtlich der Besuche in der Notaufnahme (1.2%, 95%-KI: -10.5%, -12.4%; $p=0.87$).

Loop versus Standardversorgung

Daten über Krankenhauseinweisungen und Besuche in der Notaufnahme wurden durch Selbstauskünfte der Studienteilnehmenden erfasst. Zu Beginn der Studie suchten drei Patient*innen der Interventionsgruppe und ein/e Patient*in der Kontrollgruppe die Notaufnahme auf. Im dritten Monat wurden in der Interventionsgruppe keine Besuche und in der Kontrollgruppe drei Besuche gemeldet. Ähnliche Zahlen wurden für die Anzahl der Krankenhausaufenthalte der Patient*innen beobachtet (42).

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Daten zu den Auswirkungen der Interventionen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit wurden von keiner inkludierten Studie explizit erhoben. In der Pilotstudie von Voruganti et al. (2017) wurde allerdings festgestellt, dass die Nutzung von "Loop" zu einer größeren Anzahl von Beiträgen der Patient*innen im Vergleich zu den Gesundheitsdienstleister*innen führte (41, 42). Dieses Ergebnis und der patient*innenorientierte Inhalt der Nachrichten verdeutlichte laut den Autor*innen, dass Interprofessionelle Zusammenarbeit durch "Loop" bis zu einem gewissen Grad Koordinationsaufgaben angesprochen wurden, aber bei isolierter Betrachtung des Tools, keine Zusammenarbeit stattfand.

Förderliche und hinderliche Faktoren

Für eine wirksame und nachhaltige Umsetzung der ACP-Intervention wurden eine sorgfältige und rechtzeitige Auswahl der Patient*innen, die Bereitschaft und Unterstützung der Hausärzt*innen und die Nutzung bestehender Strukturen innerhalb der beiden Gesundheitssysteme angesehen. Das multidisziplinäre Arbeiten, die Schulung der ACP-Pflegefachpersonen und die Beurteilung der körperlichen, geistigen und psychosozialen Gesundheit der Studienteilnehmenden wurden ebenso als förderliche Faktoren angesehen (41).

Als hinderlich wurden die zunehmende Arbeitsbelastung, der Mangel an Zeit sowie finanzieller und personeller Ressourcen beschrieben.

Für Umsetzung der anderen Interventionen wurden keine förderlichen und hinderlichen Faktoren berichtet (42, 43).

Ergebnisse WP2: Monoprofessionelle Fokusgruppen und Interviews (44)

In WP2 wurde insbesondere die Wahrnehmung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung von Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörigen, Pflegefachpersonen, Hausärzten und Therapeuten untersucht.

Insgesamt wurden Interviews mit 20 Personen mit Pflegebedarf und 21 An-/Zugehörigen sowie neun monoprofessionelle Fokusgruppen, drei für jede Berufsgruppe durchgeführt. Es nahmen 17 Pflegekräfte (zwei Gruppen mit jeweils fünf Personen, eine Gruppe mit sieben Personen), 14 Hausärzt*innen (zwei Gruppen mit jeweils vier Personen, eine Gruppe mit sechs Personen) und 21 Therapeuten (drei Gruppen mit jeweils sieben Personen) an den Fokusgruppen teil (s. *Tabelle 7*).

Die Teilnehmer*innen wurden gezielt rekrutiert, um eine Vielfalt an Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Wohnort, Pflegegrad und Beziehung zu An-/Zugehörigen zu berücksichtigen. Die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen wurden so ausgewählt, dass eine Varianz in Geschlecht, Wohnort und Berufserfahrung sichergestellt werden konnte (s. *Tabelle 7*).

*Tabelle 7: Demografie der Teilnehmer*innen in Interviews und Fokusgruppen (WP2)*

	20 Person mit Pflegebedarf	21 An- /Zuge- hörige	17 Pflegefach- personen	14 Hausärzt* - innen	21 Therapeut* - innen ^{*1}
Geschlecht					
weiblich	14	16	13	9	15
männlich	6	5	4	5	6
Alter (in Jahren, Spanne)	31-99	36-87	26-61	36-69	25-60
Wohnort					*2
ländlich	13	7	4	8	4
städtisch	7	14	13	6	16
Beziehung zur Person mit Pflegebedarf					
Partner*in		10			
Mutter		8			
Vater		1			
Andere		1			
Versorgt von*³					
An-/Zugehörigen	11				
Pflegefachpersonen	19	20			
Hausärzt*innen	6	6			
Therapeut*innen* ¹		22			
Pflegegrad*⁴					
2	11	2			
3	5	3			
4	2	10			
5	2	6			
Arbeitserfahrung (in Jahren)					
Mittel (in Jahren)			2-30 7,75	7-42 19,75	2-29 12,86
Anzahl an Hausbesuchen pro Woche			1-100	0-10	1-50

*1 Ergo-/Physiotherapeut*innen/Logopäd*innen; *2 fehlende Antwort; *3mehrere Antworten möglich; *4 minimale bis schwere Beeinträchtigung, eingeteilt in Grad 2-5

Mittels Software MAXQDA 2022 wurde strukturierend-inhaltsanalytisch ausgewertet. Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörige wurden jeweils separat in einer Datei und monoprofessionelle Fokusgruppen zusammen in einer Datei ausgewertet. Auf Basis der Leitfäden wurden Kategorien definiert, die durch induktive Codes aus den Interviews ergänzt und angepasst wurden. Im Anschluss wurden die Daten trianguliert.

Dabei ergaben sich unterschiedliche Aspekte der Zusammenarbeit in drei Hauptkategorien: „Wahrnehmung der interprofessionellen Zusammenarbeit“, „Kommunikationsmitteln“ und „hinderliche und förderliche Faktoren“. Tabelle 8 gibt eine Übersicht über das Kategoriensystem.

Tabelle 8: Kategoriensystem der Interviews und Fokusgruppen (WP2)

Hauptkategorie	Unterkategorie
Wahrnehmung der Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Keine bis wenig Zusammenarbeit • Organisationale Koordination • Austausch von Informationen <ul style="list-style-type: none"> ○ Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörige als Vermittler*innen ○ Pflegefachpersonen als Vermittler*innen ○ Direkter Austausch zwischen den Professionen • Gemeinsames Arbeiten <ul style="list-style-type: none"> ○ Ineinandergreifendes Arbeiten ○ Gemeinsame Besprechung ○ Delegation von Aufgaben
Kommunikationsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Fax • Telefon • Messengerdienst • Schriftliche Dokumentation
Hinderliche und förderliche Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Personenbezogene Faktoren <ul style="list-style-type: none"> ○ Bekanntheit ○ Anerkennung der Fachlichkeit • Strukturelle Bedingungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Gegenseitige Erreichbarkeit ○ Finanzielle und zeitliche Einschränkungen ○ Fragmentation der Versorgung

Wahrnehmung der interprofessionellen Zusammenarbeit:

Die Kategorie „Wahrnehmung der interprofessionellen Zusammenarbeit“ wurde vergeben, wenn Aspekte der Zusammenarbeit und/oder Interaktion zwischen den Gesundheitsprofessionen durch die Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörigen und den professionellen Akteur*innen genannt wurden.

Keine bis wenig Zusammenarbeit:

In dieser Subkategorie wurden deutlich, dass alle Akteur*innengruppen (Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen und Therapeut*innen (Ergo-/Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen)) eine geringe Zusammenarbeit wahrgenommen haben. Insbesondere in wenig komplexen Versorgungssituationen wurde selten die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit oder auch ein Interesse am gemeinsamen Arbeiten gesehen wie folgendes Zitat zeigt: „Die Ergotherapeutin hat nie gesagt, ich will mal mit [...] dem Physiotherapeuten reden. Und der

Physiotherapeut hat auch nicht gesagt, er will man mit denen reden. Also da hat jeder Seins gemacht. Und die Hausärztin hat weder mit dem einen noch mit dem anderen geredet. [...] Der Pflegedienst hat weder mit den Therapeuten noch mit der Ärztin.“ (C_ANG_01, Pos. 44).

Organisationale Koordination:
In dieser Subkategorie

wurden koordinative Aufgaben wie Verordnungs- und Terminmanagement genannt. Sich überschneidende Termine, damit einhergehender Zeitverlust in einer Therapieeinheit oder abgesagte Termine waren negative Konsequenzen unzureichender Koordination wie folgendes Zitat darlegt: *„In dem Falle, (unv.) ist die Pflege vor mir dran. [...] und an dem Tag findet dann keine Therapie mehr statt. Das heißt es FÄLLT eine Therapieeinheit, die geplant ist und die durchgeführt werden könnte dann aus, weil sich dann diese Zeiten überschneiden.“ (A_FG_TH, Pos. 78).*

Austausch von Informationen:

In dieser Subkategorie wurde der Austausch von Informationen zur anderen Profession, z.B. bei falsch ausgefüllten Verordnungen, aber auch zu medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Belange codiert, wie folgendes Zitat darlegt: *„Ne, das mache ich selbstständig. Die [Rezepte] hole ich, oder ruf den Arzt an und hinterleg da Briefmarken, dass der mir die Rezepte zuschickt.“ (A_PMP_02, Pos. 50) oder [...], ob ich mich nun um die Physiotherapieverordnung kümmern muss, aber das fällt mir ja nicht schwer und bisschen was kann man ja selbst machen, man muss ja nicht alles anderen überlassen.“ (A_PMP_02, Pos 194)*

Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörige als Vermittler*innen:

In dieser Subkategorie wurde Informationen überwiegend über die Personen mit Pflegebedarf selbst oder ihre An-/Zugehörigen zu der anderen Berufsgruppen weitergegeben. Die Vermittlertätigkeit von Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörige zum Teil als ausreichend, aber auch häufig als nicht zufriedenstellend beurteilt. Für die Personen mit Pflegebedarf oder An-/Zugehörige bedeutete diese Aufgabe zum Teil eine Belastung. Andere wollten mit dieser Vermittlertätigkeit die Kontrolle über die eigene Versorgungssituation behalten wie dieses Zitat offenbart: *„Ja. Was ich nicht weitergebe, bleibt geheim.“ (D_ANG_05, Pos. 41-44).*

Pflegefachpersonen als Vermittler*innen:

Bei Personen mit Pflegebedarf oder An-/Zugehörigen, die die Vermittlerrolle nicht ausübten, oder nicht vorhandenen bzw. überlasteten An-/Zugehörigen, übernahmen in dieser Subkategorie meist die Pflegefachpersonen diese Informationsweitergabe.

Direkter Austausch zwischen den Professionen:

Diese Subkategorie zeigt auf, dass bei dringenden Anliegen, z.B. Verschlechterung der Symptomlage, von allen Professionen Kontakt zur anderen Profession aufgenommen wurde, was häufig gut funktionierte wie in diesem Zitat aufgeführt wird: *„Wenn irgendwas Dringendes ist, es ruft mal eine Therapeutin an und weist mal auf etwas hin.“ „Ja, ich hab Sorge. Das ist doch irgendwie was Ernsteres.“ (FG_HÄ, Pos. 70).* Wobei hierbei jede Profession für sich in Anspruch nahm, diejenige zu sein, die die Kontaktaufnahme initiiert, was beispielhaft dieses Zitat belegt: *„[...] also die Kommunikation mit Physiotherapeuten, da muss man sich selber darum kümmern. Ne? Also ich habe das noch nie in die andere Richtung erlebt, [...]“ (C_G_HÄ, Pos. 20)*

Gemeinsames Arbeiten:

In allen Kategorien schien die Intensität der Zusammenarbeit je nach pflegerischer, medizinischer, therapeutischer und psychosozialer Komplexität der Gesundheitssituation zu variieren.

Ineinandergreifendes Arbeiten:

Gemeinsam und sich ergänzend gearbeitet wurde überwiegend in komplexen Versorgungssituationen, wie z.B. in der 24-Stunden- oder Langzeitpflege. *„Mich kann ein Physiotherapeut da anlernen genau in solchen Handgriffen und dann kann der Patient davon profitieren, dass ich das morgens, mittags, abends dreimal am Tag mache und dann sieht man auf einmal ganz andere Fortschritte.“* (D_FG_PP, Pos. 71) oder *„Aber wir können natürlich nochmal besser arbeiten, wenn wir auch was zu essen haben, dann die konkreten Schluckübungen dann durchzuführen mit Essen.“* (A_FG_TH, Pos. 64).

Gemeinsame Besprechung:

In der Subkategorie „Gemeinsame Besprechungen“ wurden manchmal von Personen mit Pflegebedarf oder An-/Zugehörigen oder von Vertreter*innen der Berufsgruppen organisiert. Beispielhaft gab es einen Hausarzt, der seine Hausbesuchstermine an die Versorgungsrouten der Pflegefachpersonen anpasste, um sie vor Ort zu treffen. Andere Hausärzt*innen schätzten Pflegefachpersonen als ihr verlängertes Auge im Sinne einer täglichen Visite. Ineinandergreifendes Arbeiten wurde auch von den Pflegefachpersonen und Therapeut*innen beschrieben. Logopäd*innen kamen z.B. zum Zeitpunkt einer Mahlzeit, um das Essen für das Schlucktraining zu nutzen. Physiotherapeut*innen zeigten den Pflegefachpersonen beispielsweise Bewegungsübungen für Patient*innen, die dann täglich durchgeführt wurden, damit schnellere Fortschritte in der Verbesserung des Gesundheitszustands erzielt werden konnten.

Kommunikationsmittel:

Die Kategorie „Kommunikationsmittel“ wurde vergeben, wenn Medien zum Austausch von Informationen genutzt wurden und einen Einfluss auf die Zusammenarbeit aufzeigten.

Fax/Telefon:

Die Berufsgruppen nutzten hauptsächlich Fax und Telefon, die teilweise als unbefriedigend, zeitaufwändig und bei mangelnder Erreichbarkeit, die Abläufe verlangsamernd empfunden wurden, wie dieses Zitat aufzeigt: *„Das ist ähm doch das am meisten genutzte Medium bei uns. Der Pflegedienst schickt ein Fax, wir brauchen ein neues Medikament oder wir brauchen Verbandsmaterial, wir brauchen dies oder das. Und wir schicken Fax zurück [...]“* (A_FG_HÄ, Pos. 37).

Messengerdienste:

Messenger-Dienste wurden in Einzelfällen von Pflegefachpersonen bei gutem Kontakt mit Hausärzt*innen genutzt. *„[...] , dass ich denen meine Privatnummer gegeben habe, wo ich denen vertraue, wo sie mal eben eine Nachricht schreiben können. [...], manchmal hilft das auch ganz gut.“* (F_FG_HÄ, Pos. 37). Einige Hausärzt*innen hatten Sorge, dass bei Herausgabe ihrer Handynummer, diese ausgenutzt würde.

Schriftliche Dokumentation:

Da keine formalen, gemeinsamen schriftlichen oder elektronischen Dokumentationssysteme existierten, initiierten einige Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige und auch professionelle Teilnehmer*innen individuelle Kommunikationsstrukturen. Es wurden z.B. informelle Klebezettel geschrieben *„[...] wir schreiben einen Zettel oder Sonstiges [...]“* (D_FG_TH, Pos. 50), ein selbstkonstruiertes „Übergabebuch“ kreiert oder die Pflegedokumentationsmappe um ein „Therapieblatt“ für die Therapeut*innen ergänzt.

Hinderliche und förderliche Faktoren:

Die Kategorie „hinderliche und förderliche Faktoren“ wurde vergeben, wenn Erfahrungen genannt wurden, die sich aus der Perspektive der Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörigen und professionellen Akteur*innen, vorteilhaft oder nachteilig auf die Zusammenarbeit auswirkten. In dieser Kategorie wurde zwischen personenbezogenen und strukturellen Faktoren unterschieden.

Personenbezogene Faktoren:

Personenbezogene Faktoren, wie das „Bekanntsein“ und die gegenseitige Anerkennung von Fachwissen, wurden als entscheidend für eine effektive Zusammenarbeit betrachtet. *„Ja, also bei mir war das häufig so: Wenn man dann mal aufeinandergetroffen ist, also Pflege und Physiotherapiebehandlung, dass man dann ab dem Zeitpunkt dann sozusagen sich sogar persönlich abgesprochen hat. [...]“ (CB_FG_TH, Pos. 94).*

Strukturelle Bedingungen:

Darüber hinaus beeinflussten strukturelle Faktoren, wie die wechselseitige Erreichbarkeit, finanzielle und zeitliche Einschränkungen sowie die unterschiedliche Anzahl von Diensten und Praxen in einer Region die Zusammenarbeit, wie dieses Zitat beweist: *„[...] Zurzeit finde ich es aber auch schwierig, überhaupt telefonisch Arztpraxen zu erreichen. Das ist also ein ganz großes Problem zurzeit. Und wenn man es auf anderen Kanälen versucht, per Fax, per Mail, per Anrufbeantworter, da weiß man nie: Sind die Informationen oder Fragen, die wir haben, angekommen? Immer muss man trotzdem noch mal nachfassen. Also es ist ein riesengroßer Zeitaufwand. [...]“ (B_FG_PP, Pos. 36).* In Bezug auf den Zeitmangel werden die Einschränkungen in diesem Zitat einer An-/Zugehörigen deutlich: *„[...] Ich hatte immer die Vorstellung eben, dass der Physiotherapeut und die Ergotherapeutin mal vielleicht miteinander reden sollten, ne? Und ich vermute aber, dass die auch/ Das ist was, was die nicht abrechnen können, ne, das kostet dann Zeit und ist, ja, aber eigentlich ein Minuspunkt oder so.“ (C_ANG_01, Pos. 54).*

Ergebnisse WP2: Vertreter*innen GKV/PKV

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten eine eigene oder kooperative neutrale Pflegeberatung durch Pflegeberater*innen und Pflegeschulungen durch Pflegefachpersonen, nach Bedarf auch im häuslichen Setting an. Kooperationspartner*innen sind externe Beratungsstellen wie z.B. Pflegestützpunkte oder Pflegedienste. Anlass für die Kommunikation ist meist der Anspruch auf und Beantragung von Leistungen in neuen Pflegesituationen. Darüber hinaus kommen Beratungssuchende selbst auf die Krankenkassen zu oder die Beratung wird von Pflegediensten, Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Pflegestützpunkten oder Beratungsstellen gemeldet. Insgesamt wurden Interviews mit fünf Vertreter*innen von GKV/PKV geführt. Diese wurden gezielt rekrutiert, um sowohl die Perspektive im Versorgungssetting als auch einen Einblick in das Versorgungsmanagement zu erhalten.

Tabelle 9: Demografie der Vertreter*innen GKV/PKV (WP2)

	Expert*innen GKV/PKV
Geschlecht	
weiblich	2
männlich	3
Alter (in Jahren, Spanne)	29-54
Beruf	
Pflegefachperson	2
Industriekaufmann/-frau	1
Sozialversicherungsfachangestellte/r	1
Diplomkaufmann/-frau	1
Aufgabenbereich (in der Position)	
Pflegeberatung/Versorgungskoordination	3
Sachbearbeitung Pflegeversicherung	1
Versorgungsmanagement	1
Arbeitserfahrung (in der Position) (in Jahren)	3-20
Dauer der Tätigkeit im Unternehmen	4-33

Aufgrund einer nicht zu verstehenden Audioaufnahme aufgrund von schlechter Aufnahmequalität konnten nur vier von fünf Interviews inhaltsanalytisch mittels MAXQDA2022 ausgewertet werden. Auf Basis des Codebaums (s. Tabelle 2) der Auswertung der Interviews mit den Personen mit Pflegebedarf und den An-/Zugehörigen sowie der monoprofessionellen Fokusgruppen mit den beruflichen Akteur*innen wurden entsprechende Codes aus den Interviews mit den Vertreter*innen GKV/PKV zugeordnet. Nicht alle Codes konnten befüllt werden. Die Hauptkategorien „Wahrnehmung der Zusammenarbeit“, „Kommunikationsmittel“ und „Hinderliche und förderliche Faktoren“ konnten codiert werden. Für die Kategorie „Gemeinsames Arbeiten“ fanden sich keine Entsprechungen bei den Vertreter*innen GKV/PKV. Eine zusätzliche Subkategorie „Hausärzt*innen als Vermittler*innen“ entstand in der Subkategorie „Austausch von Information“. Nicht alle Kommunikationsmittel wurden erwähnt. In der Kategorie: „Hinderlich und förderliche Faktoren“ konnten keine Codes zu den Kategorien „Anerkennung der Fachlichkeit“, „gegenseitige Erreichbarkeit“ und „Fragmentation der Versorgung“ codiert werden. Tabelle 10 gibt einen Überblick über den Codebaum der Vertreter*innen GKV/PKV.

Tabelle 10: Kategoriensystem der Interviews mit GKV/PKV-Vertreter*innen

Hauptkategorie	Unterkategorie
Wahrnehmung der Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Keine bis wenig Zusammenarbeit • Organisationale Koordination • Austausch von Informationen <ul style="list-style-type: none"> ○ Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörige als Vermittler*innen ○ Pflegefachpersonen als Vermittler*innen ○ Hausärzt*innen als Vermittler*innen ○ Direkter Austausch zwischen den Professionen
Kommunikationsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Telefon • Schriftliche Dokumentation
Hinderliche und förderliche Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Personenbezogene Faktoren <ul style="list-style-type: none"> ○ Bekanntheit • Strukturelle Bedingungen <ul style="list-style-type: none"> ○ Finanzielle und zeitliche Einschränkungen

Wahrnehmung der Zusammenarbeit:

Diese Kategorie wurde codiert, wenn Aspekte der Interaktion und Zusammenarbeit der beruflichen Akteur*innen untereinander oder mit Personen mit Pflegebedarf oder An-/Zugehörigen genannt wurden.

Keine bis wenig Zusammenarbeit:

Die Wahrnehmung der Zusammenarbeit durch die Vertreter*innen der GKV/PKV ist unterschiedlich. Die Vertreter*innen der GKV/PKV berichten, dass die Berufsgruppen, wenig Kontakt untereinander haben und sich selten Informationen für die weitere Versorgung einholen. Ihnen fällt auf, dass manche Hausärzt*innen in der häuslichen Versorgung Rücksprachen mit Pflegediensten nehmen und sehr engagiert sind, insbesondere in komplexen Versorgungssituationen wie aus diesem Zitat ersichtlich wird: *„Ich habe es auch schon erlebt, dass halt auch Hausärzte tatsächlich vehement sich um die Versicherten gekümmert haben, weil es eben zum Beispiel keine Angehörigen gibt. Also, wenn ich einen engagierten Arzt habe, der sieht, oh, da ist jemand ganz alleine, dann habe ich es tatsächlich schon erlebt, dass der sich auch einschaltet und da das eine oder andere macht.“* (C_EXP_03, Pos. 33). Andere Hausärzt*innen wiederum werden nur tätig, wenn sich jemand bei ihnen meldet. Andere Vertreter*innen der GKV/PKV geben an, dass ihnen die Kooperation und

Kommunikation zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen nicht bekannt ist.

Koordination von Aufgaben:

Die Vertreter*innen der GKV/PKV beschreiben, dass das Verordnungsmanagement häufig zwischen Pflegedienst und Hausarzt geklärt wird.

Austausch von Informationen:

Die Vertreter*innen der GKV/PKV sind der Meinung, dass die Hoheit über die Versorgung bei den Hausärzt*innen liegt und diese damit Schlüsselstelle in der Kommunikation sind. Dort müssen die Informationen strukturiert zusammenlaufen, um einen Gesamtüberblick über die Versorgung der Personen mit Pflegebedarf zu erhalten. Sie führen aus, dass Informationsaustausch in der analogen Welt relativ aufwendig ist, da dieser nur über persönliche Gespräche, Telefonate oder schriftlich stattfindet.

Direkter Austausch:

Die Vertreter*innen der GKV/PKV berichten einerseits, dass die Kommunikation zwischen Therapeuten und Hausärzt*innen oft einseitig ist und meist von den Pflegefachpersonen und Therapeut*innen zu den Hausärzt*innen erfolgt. Andererseits würden Hausärzt*innen oft auf Rückmeldungen warten, da es keine festen Ansprechpartner*innen in der häuslichen Versorgung gibt. Sie sind der Meinung, dass Informationsaustausch davon abhängt, ob die Berufsgruppen Netzwerke aufgebaut haben wie dieses Zitat belegt: *„Da gibt es keinen wirklich gut strukturierten Prozess, sondern es hängt halt sehr stark davon ab, wie die unterschiedlichen Behandler letztendlich dort auf eigene Initiative auch Netzwerke aufgebaut haben und sich austauschen.“* (C_EXP_05, Pos. 45). Der direkte Austausch von Informationen zwischen den beteiligten Berufsgruppen wird als wichtig erachtet, sei aber nicht immer gegeben. Andere Vertreter*innen der GKV/PKV vermuten, dass die Pflegefachpersonen und die Therapeut*innen sich eventuell vor Ort austauschen. Ein/e andere Vertreter*in der GKV/PKV erläutert, dass der Austausch der Berufsgruppen untereinander schwierig ist.

Personen mit Pflegebedarf als Vermittler*innen:

Die Vertreter*innen der GKV/PKV berichten, dass der Pflegedienst in der Versorgungssituation häufig bestimmt, welche weiteren Maßnahmen notwendig sind. Der Pflegedienst kommuniziert das dann möglicherweise an die Personen mit Pflegebedarf oder deren An-/Zugehörigen. Diese müssen sich dann um die ärztliche Verordnung kümmern. Sie denken, dass der Pflegedienst oft keinen Kontakt zu anderen Berufsgruppen hat und eventuell nicht weiß, welche Personen in der Versorgungssituation involviert ist. Er hat meist keinen Kontakt zu anderen Dienstleistern und kann nur Anregungen geben. Der Austausch zwischen Pflegedienst und Personen mit Pflegebedarf kann helfen, Informationen zu sammeln. Die Person mit Pflegebedarf kann dann als Vermittler dienen wie dieses Zitat hervorhebt. *„Und wahrscheinlich wird es so sein, also je nachdem, wenn Angehörige da sind, wird es wahrscheinlich mit den Angehörigen kommuniziert beziehungsweise mit den Pflegebedürftigen. Aber der Pflegebedürftige oder die Angehörigen müssten sich dann ja erst mal darum kümmern, eine ärztliche Verordnung zu bekommen.“* (C_EXP_03, Pos. 53).

Pflegefachpersonen als Vermittler*innen:

Die Vertreter*innen der GKV/PKV berichten ebenso, dass in der Versorgungssituation der Pflegedienst oft Vermittler zwischen den Personen mit Pflegebedarf und anderen Leistungserbringern/Dienstleistern ist und die Hausärzt*innen auf den Pflegedienst verweisen, wenn z.B. Anfragen der Vertreter*innen GKV/PKV kommen wie dieses Zitat demonstriert: *„Aber es gibt manchmal eben so Rückfragen auch an den Verordner. Und dann kommt ganz oft die Rückmeldung: Ach, fragen Sie doch mal den Pflegedienst, der weiß das doch viel besser. Aber letztendlich müsste ja der Arzt das eigentlich am allerbesten wissen, wie es um seinen Patienten bestellt ist. Und ja, das ist schon mitunter sehr interessant.“* (C_Exp_01, Pos. 67). Die Pflegedienste bzw. Pflegefachpersonen sind diejenigen, die die größte Nähe zu den Personen mit Pflegebedarf haben, da sie täglich vor Ort sind wie dieses Zitat darlegt: *Ich*

glaube, wenn ein Pflegedienst in eine Versorgungssituation implementiert ist, dass häufig der Pflegedienst so das Drehkreuz ist. Der Pflegedienst ganz oft auch der Vermittler ist, das Sprachrohr. (C_Exp_01, Pos. 67).

Hausärzt*innen als Vermittler*innen:

Ein/e Vertreter*in der GKV/PKV merkt an, dass der Austausch mit anderen Berufsgruppen jedoch meist über die Hausärzt*innen erfolgt.

Kommunikationsmittel:

Die Kategorie „Kommunikationsmittel“ wurde vergeben, wenn die genannten Kommunikationsmittel zum Austausch von Informationen genutzt wurden und einen Einfluss auf die Zusammenarbeit aufzeigten.

Die Vertreter*innen der GKV/PKV berichten, dass die Interaktionen zwischen den Berufsgruppen im ambulanten Bereich oft telefonisch sind. Die Pflegedienste nutzen manchmal Tablets zur Zeiterfassung. Die Pflegedokumentationsmappe wird überwiegend handschriftlich geführt. Es ist unklar, welche Personen in die Mappen schauen und ob jede/r Zugriff auf die Pflegedokumentation hat. Eine digitale Pflegedokumentation, ist meist nicht vorhanden wie in diesem Zitat zu erkennen ist: *„Aber der größte Teil, ich würde jetzt wirklich sagen 90 Prozent, macht das immer noch handschriftlich in einer Mappe.“ (C_Exp_02, Pos. 69).* Eine Weiterleitung an die, an der Behandlung Beteiligten, gibt es nicht.

Hinderliche und förderliche Faktoren:

Die Kategorie „hinderliche und förderliche Faktoren“ wurde vergeben, wenn Erfahrungen genannt wurden, die sich aus der Perspektive der Vertreter*innen GKV/PKV als vorteilhaft oder nachteilig auf die Zusammenarbeit auswirkten.

Personenbezogene Faktoren:

Die Vertreter*innen der GKV/PKV bemerken, dass Bekanntsein für den Austausch von Informationen die persönliche Bekanntschaft relevant ist.

Bekanntsein:

Die Vertreter*innen der GKV/PKV geben an, dass es unwahrscheinlich ist, dass der Pflegedienst mit einem/r Physiotherapeut*in oder Dritten kommuniziert, außer er kennt diese bereits wie dieses Zitat zeigt: *„Und ich glaube NICHT, dass der Pflegedienst großartig mit einem Physiotherapeuten oder mit Dritten kommuniziert, außer weil er die vielleicht gar nicht kennt und gar nicht weiß, wer da kommt.“ (C_EXP_03, Pos. 53).*

Strukturelle Bedingungen:

Die Vertreter*innen der GKV/PKV legen dar, dass eine individuelle Begleitung in den derzeitigen Strukturen schwer möglich ist und vom individuellen Engagement und den Möglichkeiten der beteiligten Personen abhängig ist.

Finanzielle und zeitliche Einschränkungen:

Die Vertreter*innen der GKV/PKV sehen, dass die in der Häuslichkeit agierenden Berufsgruppen oft wenig Zeit haben und es finanzielle Einschränkungen gibt. Sie sind der Meinung, dass weder Hausärzt*innen noch Pflegefachpersonen sich intensiv um die Person mit Pflegebedarf kümmern können, wie in dieses Zitat verdeutlicht: *„Die [Pflegefachpersonen] haben dann einen klaren Auftrag, mit dem sie in die Häuslichkeit hineingehen. Und da läuft die Uhr dann natürlich auch mit.“ (C_EXP_05, Pos. 61).*

Die dargestellten Ergebnisse aus WP2 flossen in die Entwicklung von Leitfäden für die Datenerhebung der gemischten Fokusgruppen ein.

Ergebnisse WP3: Best Practice Cases

In WP3 wurden Best Practice Cases untersucht. Dies sind Versorgungskonstellationen, in denen die Zusammenarbeit von den Beteiligten in den Versorgungsfällen als besonders gut funktionierend wahrgenommen und beschrieben wurde. Ziel war es, die förderlichen Faktoren und Handlungen zu identifizieren, die zu einer guten Zusammenarbeit beitragen.

Die Versorgungskonstellationen wurden gezielt rekrutiert, um eine Vielfalt an Merkmalen wie bspw. Geschlecht, Alter, Wohnort, Pflegegrad, Anzahl der Versorgungen durch den Pflegedienst sowie Anzahl der involvierten professionellen Akteure zu berücksichtigen. Diese Diversität ist in fast allen Punkten gegeben. Bei dem Charakteristikum des Alters entspricht die Spanne von 59 bis 88 Jahren den Forschungsergebnissen bezüglich der durchschnittlichen Altersspanne der Personen, die Pflege in Deutschland benötigen (45) (s. Tabelle 11).

Tabelle 11: Demografie der Personen mit Pflegebedarf der Cases in WP3

Case	Geschlecht	Alter (in Jahren)	Pflegegrad	Wohnort	Anzahl der Professionellen	Anzahl der Besuche durch Pflegedienst
1	Männlich	60	4	Ländlich	4	2x pro Woche
2	Weiblich / Männlich	59 / 60	2 / 5	Ländlich	3	3x pro Woche
3	Weiblich	88	3	Städtisch	3	2x pro Tag
4	Weiblich	85	2	Städtisch	2	1x pro Woche
5	Weiblich	84	3	Städtisch	1	2x pro Woche
6	Weiblich	84	4	Städtisch	3	1x pro Woche
7	Weiblich / Männlich	85 / 87	4 / 4	Ländlich	3	3x pro Tag
8	Weiblich	82	2	Ländlich	2	2 x pro Tag

Tabelle 12: Demografie der professionellen Akteur*innen in WP3

	Professionelle Pflegefachperson	Hausarzt*in	Therapeut*in	Wundexpert*in
Geschlecht	m=2; w=7	m=1; w=3	m=0; w=2	m=0; w=3
Altersspanne (in Jahren)	26-62	43-63	34-62	38-54
Arbeitsort	Stadt = 5; Kleinstadt = 3; Ländlich = 1	Stadt = 1; Kleinstadt = 1; Ländlich = 2	Stadt = 0; Kleinstadt = 1; Ländlich = 1	Stadt = 3; Kleinstadt = 0; Ländlich = 0
Arbeitserfahrung (in Jahren)	6-36	8-40	13-43	8-23

Im Rahmen der Datenerhebung wurden halbstrukturierte Interviews mit 29 Akteur*innen durchgeführt (6 Personen mit Pflegebedarf, 5 An-/Zugehörige, 9 Pflegefachpersonen, 4 Hausarzt*innen, 2 Therapeut*innen sowie 3 Wundexpert*innen), um die Perspektiven der verschiedenen Akteur*innen auf die Zusammenarbeit zu erfahren. Zudem wurden insgesamt 9 nicht-teilnehmende Beobachtungen im Rahmen der Hausbesuche der Pflegefachpersonen durchgeführt, um Handlungen und Interaktionen der Akteur*innen aufzunehmen, die den Akteur*innen nicht bewusst sind, oder die sie für zu unwichtig halten, um sie im Interview zu

erwähnen. Zusätzlich wurden vor und nach den Beobachtungen informelle Gespräche geführt, um zum einen Unsicherheiten zu adressieren und die nicht-teilnehmende Rolle des*der Forscher*in und das Ziel der Beobachtung zu klären. Zum anderen dienten diese Gespräche dazu, die Kontexte bestimmter Handlungen erfragen zu können, und um zu ermitteln, ob die beobachteten Hausbesuche in gewohnter Weise abgelaufen sind, oder ob durch die Beobachtung es zu Veränderungen gekommen ist. Zusätzlich wurden Shadowings in Pflegediensten durchgeführt, um den Alltag in der häuslichen Versorgung und einflussnehmende Kontextfaktoren besser analysieren zu können. Diese Shadowings umfassten 3 Tage in Pflegediensten.

Zur Auswertung der Best Practices Cases erfolgte eine Case-basierte qualitative Inhaltsanalyse der Interviews, der Beobachtungen und der Shadowings mit Hilfe der MAXQDA-Software. Die Analyse folgte den Prinzipien der Grounded Theory und orientierte sich am Gioia-Approach. Bei der Auswertung wurde früh deutlich, dass die Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen eine besondere Rolle in der interprofessionellen Gesundheitsversorgung einnahmen. In einem iterativen Prozess wurden die spezifischen Handlungen identifiziert, die Personen mit Pflegebedarf und/oder ihre Angehörigen unternommen haben, um die Zusammenarbeit zu managen.

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen eine zentrale Rolle innerhalb des Netzwerkes an Akteur*innen einnahmen, die alle zur häuslichen Gesundheitsversorgung beitragen (Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen, Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen, Therapeut*innen und Wundexpert*innen). Die Zusammenarbeit wurde in den Cases dadurch gestärkt, dass sich die Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen in drei Aufgabenfeldern, die in der Analyse als second-order Themes ermittelt wurden, aktiv eingebracht haben. Diese betreffen: 1) die Gestaltung und Sicherung des Informationsaustauschs zwischen den beteiligten Akteur*innen 2) Entscheidungsprozesse und Entschlussfassung hinsichtlich inhaltlicher und organisationaler Aspekte der Gesundheitsversorgung sowie 3) die Beaufsichtigung der Arbeit der professionellen Gesundheitsversorger*innen. Aufgabenfeld 1) zeigt, dass Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen aktiv in die Gestaltung und Sicherung des Informationsaustauschs involviert waren. Dieser Einfluss erfolgte auf zwei Arten, welche die aggregated Dimensions bildeten. Entweder legten die Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen zu Beginn der Versorgung fest, wie Informationen zwischen den Versorger*innen geteilt werden sollten oder sie übernahmen das Informationsmanagement selbst und reichten die Informationen immer, wenn benötigt, zu den entsprechenden Gesundheitsversorger*innen weiter. In Bezug auf Aufgabenfeld 2) wurde deutlich, dass Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen sich aktiv in die Entscheidungsprozesse und der Entschlussfassung einbrachten. Sie wollten mindestens über Entscheidungen informiert werden, wenn nicht sogar aktiv in alle Entscheidungen einbezogen werden. Bezüglich Aufgabenfeld 3) verstanden Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen die Beaufsichtigung der Arbeit der professionellen Gesundheitsversorger*innen auch als Teil ihrer Rolle. Auch hier gab es Best-Practice Cases, in denen diese Aufgabe fortwährend und inhaltlich sehr detailliert von den Personen mit Pflegebedarf und ihren Angehörigen umgesetzt wurde und andere, in denen Rahmenbedingungen vorab geklärt wurden und sie im Verlauf eher auf einer übergeordneten Ebene die organisatorischen Umstände, wie beispielsweise Abrechnungen, im Blick behielten. Diese Ergebnisse wurden mit denen von WP4 und WP5 in einer Matrix einander gegenübergestellt und auf sich überlappende, ergänzende oder widersprechende Befunde geprüft. Diese triangulierten Ergebnisse wurden in einem vorläufigen logischen Modell (21) der interprofessionellen personenzentrierten Versorgung von Personen mit ambulantem Pflegebedarf zusammengefasst und bildeten weiterhin die Basis für die Diskussionen im Expertenworkshop WP6.

Ergebnisse WP4: Survey

Wir erhielten weniger als die erwarteten 100 Fragebögen pro Gruppe mit insgesamt 244 ausgefüllten Fragebögen, die für die Analyse geeignet waren. Zusätzlich zu den vollständigen Datensätzen haben wir Datensätze mit bis zu 30 % Missings in die Analyse einbezogen. Auf Grundlage der kontaktierten häuslichen Pflegedienste (n=630), hausärztlichen Praxen (n=630) und therapeutischen Praxen (n=330) betrug die Rücklaufquote PP: 12% (n=75); HÄ: 6% (n=39); TH: 28%. (n=92). Wir erhielten n=38 Fragebögen von PRHC/RL, können aber aufgrund der passiven Rekrutierung die Rücklaufquote nicht ermitteln.

Die Stichprobe der professionellen Versorgenden sowie der PMP und ANG ist wie folgt beschrieben:

Tabelle 13: Demografiedaten alle Beteiligte in WP4

	Pflegefachpersonen	Hausärzt*innen	Therapeut*innen	Personen mit Pflegebedarf u. An-/Zugehörige
Geschlecht (w/m/d – in %)	79/14/0 (k.A.: 7)	55/44/0	78/18/0 (k.A.: 4)	80/13/0 (k.A.: 7)
Altersgruppe (in %):				
18-34 Jahre	12,1	9,1	19,2	10,0
35-50 Jahre	27,3	27,3	34,2	16,7
51-60 Jahre	36,4	48,5	28,8	50,0
Älter als 60 Jahre	16,7	15,2	13,7	16,7
k.A.	7,6	0	4,1	6,7

In den Ergebnissen des Surveys wird ersichtlich, dass viele Personen mit Pflegebedarf und Angehörige mit der Zusammenarbeit und Absprachen zwischen Pflegediensten, Hausärzt*innen und Therapeut*innen unzufrieden sind und das Gefühl haben, dass diese nicht ihrem Wohlbefinden dienen. 25% der befragten Personen mit Pflegebedarf bzw. Angehörige können die Zusammenarbeit zwischen Pflegediensten und Therapeut*innen nicht beurteilen.

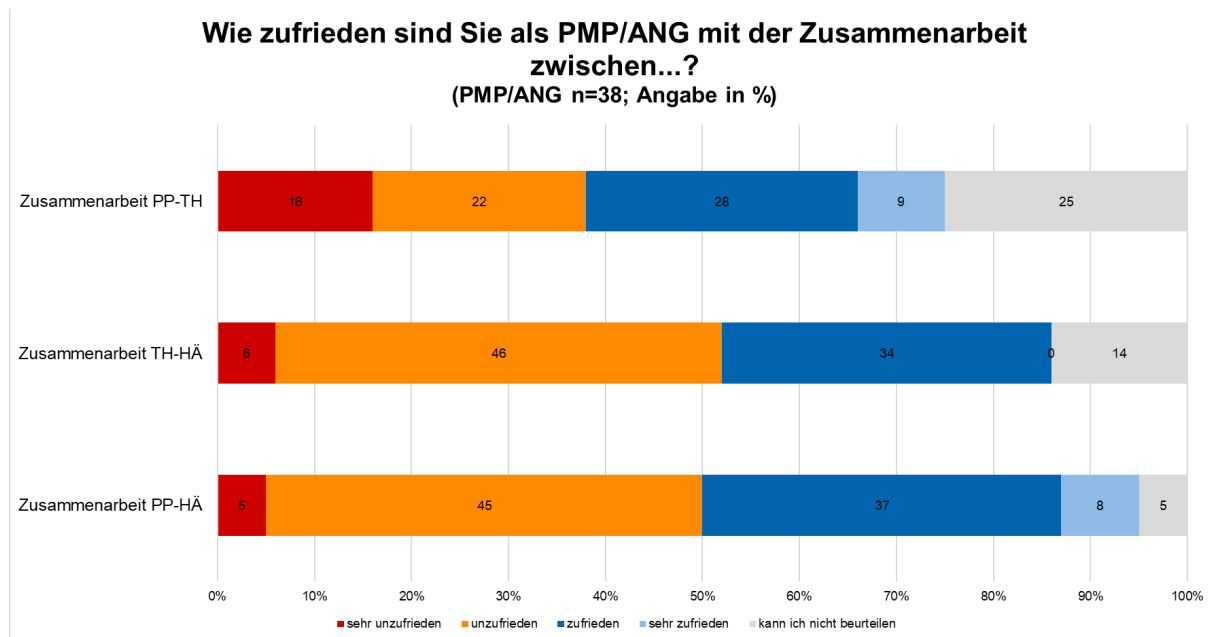


Abbildung 3: Zufriedenheit von PMP/ANG mit der Zusammenarbeit der Berufsgruppen

Jede der befragten Berufsgruppen spricht sich dafür aus, dass die Kommunikation zu den anderen Berufsgruppen ein wichtiger Bestandteil ihrer pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Verantwortung ist. Dennoch berichten professionell Versorgende von unzureichender Kommunikation untereinander, da wichtige Informationen über Personen mit Pflegebedarf in der häuslichen Versorgung häufig untergehen. Sie sehen die Möglichkeiten der Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit in Komponenten wie gemeinsamen Hausbesuchen, gemeinsamen Fallbesprechungen und gemeinsamer digitaler Dokumentation. Die Regelmäßigkeit von geplanten Telefonsprechstunden und gemeinsamen Hausbesuchen werden als positiv gewertet, um den Austausch zwischen den professionell Versorgenden zu fördern. Hier zeigen sich jedoch Abweichungen in der Frequenz zur Durchführung der einzelnen Komponenten. Während Pflegedienste und Hausärzt*innen sich häufiger in Telefonsprechstunden austauschen möchten, reicht den Therapeut*innen die Festlegung der Zeitpunkte über einen größeren Zeitraum. Ebenso verhält es sich mit den Zeiträumen der angedachten gemeinsamen Hausbesuche:

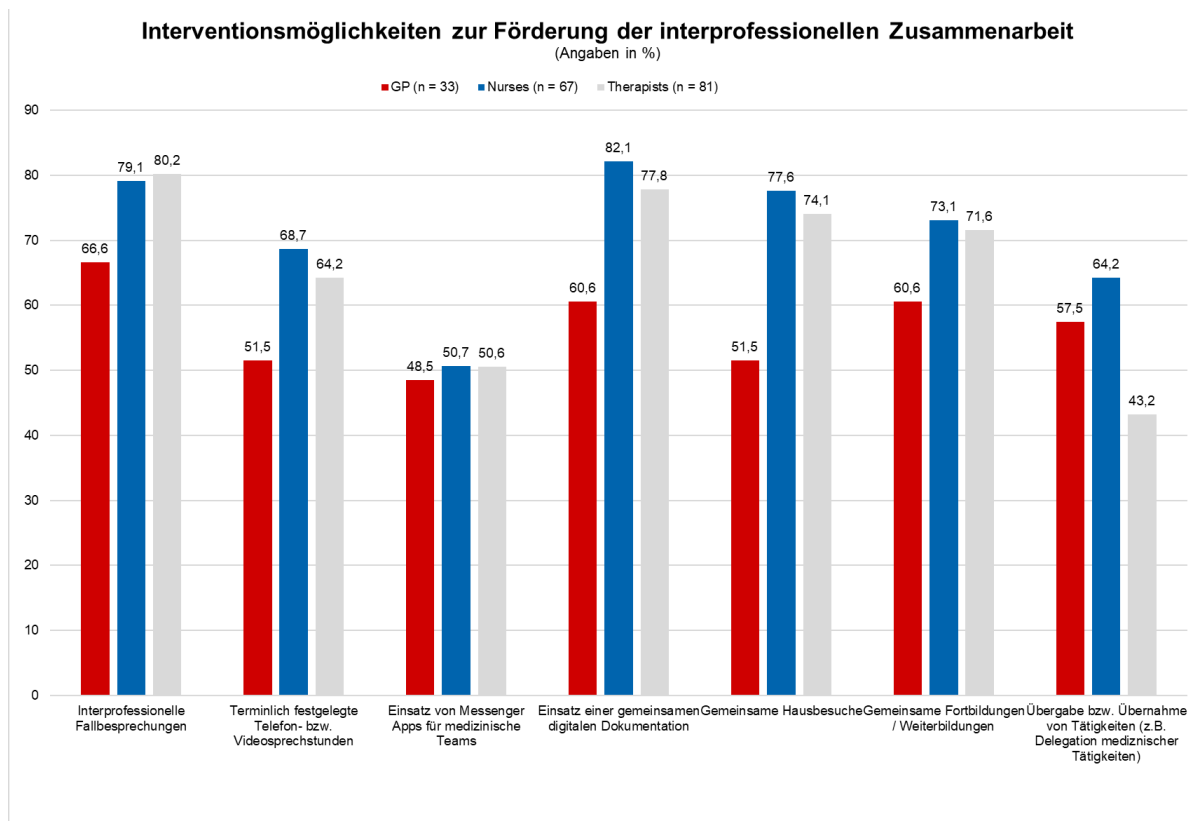


Abbildung 4: Interventionsmöglichkeiten zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Eine weitere Möglichkeit zur Förderung der Zusammenarbeit ist die Übertragung von medizinischen Tätigkeiten, um Hausärzt*innen zu entlasten. Hierzu sehen sich Pflegedienste in der Lage, Aufgaben wie venöse Blutabnahmen, i.m. und i.v. Injektionen, Medikamentenberatung, körperliche Untersuchungen und die Einschätzung des Gesundheitszustandes zu übernehmen. Hausärzt*innen zeigen sich offen gegenüber der Übertragung von Aufgaben, sehen allerdings die Medikamentenberatung und körperliche Untersuchungen in ihrem eigenen Aufgabengebiet:

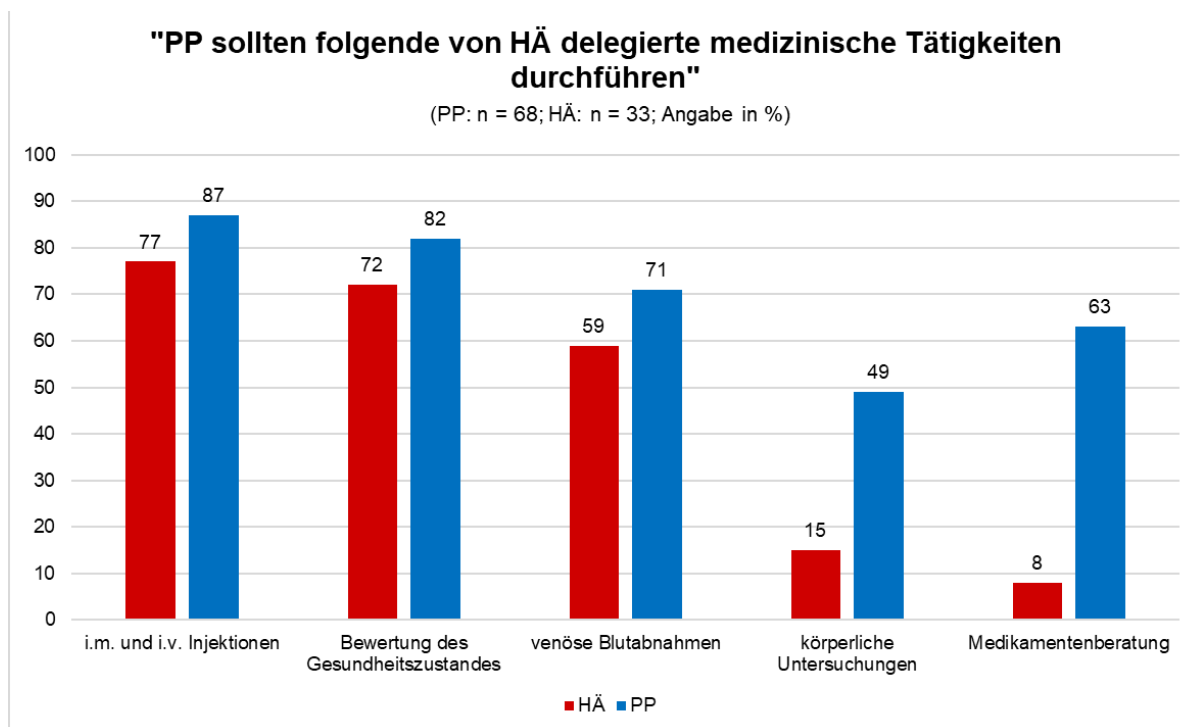


Abbildung 5: Delegation medizinischer Tätigkeiten an Pflegefachpersonen

Durch die qualitative Auswertung der Freitexte des Surveys konnten insgesamt sechs Hauptkategorien identifiziert werden. Die Hauptkategorien beschreiben dabei allgemeine Oberthemen für verschiedene Vorschläge und Wünsche der Befragten, die relevant sind um Rahmenbedingungen für eine gelingende, interprofessionelle Zusammenarbeit zu schaffen. Die erste Hauptkategorie, die durch die qualitative Analyse identifiziert werden konnte, ist die „Interprofessionelle Zusammenarbeit“, in der Textpassagen zu den Themenbereichen „Erreichbarkeit“ und „Kommunikation“ zusammengefasst wurden. Bezüglich der „Erreichbarkeit“ war vor allem die Erreichbarkeit der Hausärztinnen und Hausärzte über alle Sprechstunden hinweg, ergänzt durch die Etablierung von Bereitschaftsnummern laut den Befragten von Bedeutung für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Kommunikation gilt darüber hinaus als zentraler Aspekt und soll laut den Befragten geschult und durch eine digitalisierte Form vereinfacht werden. Die zweite Hauptkategorie ist der „Abbau von Hierarchien“, der unter den Professionen stattfinden muss und laut den Befragten durch ein „vertrauensvolles Miteinander“ und durch „Arbeiten auf Augenhöhe“ gelingen kann. Die dritte Hauptkategorie ist der „Ausbau der pflegerischen Kompetenzen“, der laut den Befragten mit einer „Förderung der Substitution von ärztlichen Tätigkeiten an pflegerisches Personal“ einhergehen sollte, um eine interprofessionelle Zusammenarbeit zu gewährleisten. Die vierte Hauptkategorie bildet die „Bürokratie“, in denen Textpassagen zu den Themenbereichen „Abbau von Verwaltungstätigkeiten in Praxen“ und „Rezept- und Medikamentenmanagement“ zusammengefasst wurden. Die Befragten wünschen sich, dass das Rezept- und Medikamentenmanagement durch eine digitalisierte Form von gebündelten Übermittlungen von Rezepten und Verordnungen vereinfacht wird. Die fünfte Hauptkategorie ist die „Finanzierung“, in der Textpassagen zu Themenbereichen „Mangelnde und fehlende Vergütung von IPZ-Leistungen“, „Wunsch nach Refinanzierung von IPZ-Leistungen“ und „Konkrete Vorschläge für die Refinanzierung von IPZ-Leistungen“ zusammengefasst wurden. Die sechste Hauptkategorie ist das „Personal“, in der Textpassagen zu Themenbereichen „Qualifikation des Personals“, sowie „Personalmangel und Fluktuation“ zusammengefasst wurden. Eine adäquate Qualifikation des Personals ist dabei laut den Befragten entscheidend für eine interprofessionelle Zusammenarbeit. Personalmangel und Fluktuation sind laut den Befragten konkrete Gründe für das Scheitern der interprofessionellen Zusammenarbeit im Status Quo.

Ergebnisse WP5: gemischte Fokusgruppen

Insgesamt nahmen an den vier gemischten Fokusgruppen, bestehend aus insgesamt 7 Personen mit Pflegebedarf, 7 An-/Zugehörige, 8 Pflegefachpersonen, 6 Hausärzt*innen und 9 Therapeut*innen (4 Ergotherapeut*innen, 2 Physiotherapeut*innen und 3 Sprach- und Sprachtherapeut*innen) mit folgenden Charakteristiken teil (s. Tabelle 14)

Tabelle 14: Charakteristika der Teilnehmer*innen der gemischten Fokusgruppen

	Personen mit Pflegebedarf (n= 7)	An-/Zugehörige (n= 7)	Pflegefachpersonen (n= 8)	Hausärzt*innen (n= 6)	Therapeut*innen (n=9)
Alter in Jahren					
min-max	38-64	45-74	38-60 ^d	37-57	25-47
im Mittel	51.57	57.86	47.71	46.00	37.22
Standard Abweichung	9.93	9.94	9.25	7.75	8.24
Median	54.00	57.00	42.00	43.00	36.00
Frauen, n (%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)	7 (87.5%)	4 (66.7%)	7 (77.8%)
Stadtgröße, n (%)					
<5.000 Einw.	4 (57.1%)	1 (14.3%)	3 (37.5%)	2 (33.3%)	-
5.000-20.000 Einw.	-	3 (42.9%)	1 (12.5%)	3 (50.0%)	3 (33.3%)

	Personen mit Pflegebedarf (n= 7)	An-/Zugehörige (n= 7)	Pflegefachpersonen (n= 8)	Hausärzt*innen (n= 6)	Therapeut*innen (n=9)
20.001-100.000 Einw.	1 (14.3%)	-	1 (12.5%)	-	2 (22.2%)
>100.000 Einw.	2 (28.6%)	3 (42.9%)	3 (37.5%)	1 (16.7%)	4 (44.4%)
fehlend	-	-	-	-	-
Pflegegrad, n (%)^{a,b}					
0	-	-			
1	-	-			
2	-	3 (42.9%)			
3	3 (42.9%)	2 (28.6%)			
4	2 (28.6%)	1 (14.3%)			
5	1 (14.3%)	1 (14.3%)			
fehlend	1 (14.3%)	-			
Dauer der Pflegebedürftigkeit, n (%)					
1-5 Jahre	4 (57.1%)	5 (71.4%)			
6-20 Jahre	2 (28.6%)	2 (28.6%)			
21-35 Jahre	-	-			
fehlend	1 (14.3%)	-			
Heilmittelverordnung für..., n (%)^{ac}					
Ergotherapie	3 (42.9%)	2 (28.6%)			
Physiotherapie	7 (100.0%)	2 (28.6%)			
Logopädie	1 (14.3%)	-			
Berufserfahrung					
min-max			12-42	9-30	1-21
im Mittel			25.88	17.00	11.64
Standard Abweichung			10.32	8.85	8.18
Berufserfahrung, n (%)					
1-5 Jahre			-	-	3 (33.3%)
6-20 Jahre			3 (37.5%)	4 (66.6%)	4 (44.4%)
21-35 Jahre			3 (37.5%)	2 (33.3%)	1 (11.1%)
>36 Jahre			2 (25.0%)	-	-
fehlend			-	-	-

^a Die Daten beziehen sich auf Perspektive der Personen mit Pflegebedarf.

^b Pflegegrad: 0 = keine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit; 1 = geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit; 2 = erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit; 3 = schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit; 4 schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit; 5 = schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen für die pflegerische Versorgung.

^c Mehrere Antworten möglich.

Die Gruppengröße variierte zwischen 8 und 10 Teilnehmenden. Es konnten zwölf Handlungsbereiche zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörigen, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen und Therapeut*innen herausgearbeitet werden. Ein Schwerpunkt lag darauf, wie die personenzentrierte Versorgung gefördert werden kann und inwieweit die Wünsche, Bedürfnisse und Ressourcen von Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen einbezogen werden können. Ein weiterer wichtiger Aspekt war die Förderung von Vertrauen und gegenseitiger Bekanntschaft zwischen den Akteur*innen. Die zwölf Handlungsbereiche waren im Einzelnen: 1. Erweiterung der Kompetenz von Pflege-/Therapieberufen durch Blankoverordnungen und Bedarfsmedikation, 2. Fortbildung nicht nur für die an der

häuslichen Versorgung beteiligten Berufsgruppen, sondern auch für An-/Zugehörige, 3. Feste Ansprechpartner*innen, Koordinationspersonen für die jeweilige Versorgungssituation, 4. Ein analoges Kommunikations-/Dokumentationssystem, 5. Ein digitales Kommunikations-/Dokumentationssystem, 6. Digitale Terminabstimmungsmöglichkeiten, 7. Analoge Terminabstimmungsmöglichkeiten, 8. Nutzung von E-Mail-Programmen zur Kommunikation und Dokumentation, 9. Nutzung von Faxgeräten für die Kommunikation und Dokumentation, 10. Nutzung des Telefons für die Kommunikation, 11. Geplante gemeinsame Hausbesuche und 12. Geplante (regelmäßige) Besprechungen (s. Anhang9). Für den Expertenworkshop wurden die zwölf Bereiche vom Forschungsteam in vier Bereiche: 1. Kompetenzerweiterung, Fortbildung; 2. Koordination, Planung von gemeinsamen Hausbesuchen, 3. telefonische Kommunikation, persönliche Kommunikation, Dokumentation und Terminkoordination, 4. digitale Kommunikation, Dokumentationssysteme und Terminkoordination, Videokonferenzen zur Fallbesprechung gruppiert (s. Ergebnisse WP6). Diese Ergebnisse wurden zusammen mit den Ergebnissen von WP3 und WP4 im Voraus an die Expert*innen des Expertenworkshops (WP6) gesendet.

Ergebnisse WP6: Expert*innenworkshop

WP6: Während des zweitägigen Expert*innenworkshops wurden die Ergebnisse in den vier Themenbereichen diskutiert. Insgesamt nahmen 25 Expert*innen (3 Personen mit Pflegebedarf, 2 An-/Zugehörige, 7 Pflegefachpersonen, 4 Hausärzt*innen, 2 Therapeut*innen und 7 andere Expert*innengruppen) teil.

Die folgenden Komponenten zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der personenzentrierten Versorgung wurden von den Expert*innen priorisiert: 1. Zuweisung der koordinierenden Rolle möglichst an die pflegebedürftige Person oder ihre pflegenden An-/Zugehörige, 2. Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit auf regionaler Ebene, 3. Einführung einer Telefonnummer, die von allen Beteiligten in gemeinsam vorab definierten Situationen genutzt werden kann, die dringende, aber nicht lebensbedrohliche gemeinsame Abklärungen erfordern (z. B. wenn Hausärzt*innen die Pflegefachpersonen direkt informieren möchten oder umgekehrt), 4. digitales Kommunikationssystem, 5. regelmäßige gemeinsame Hausbesuche mit allen Beteiligten (Personen mit Pflegebedarf, ggf. An-/Zugehörige, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, ggf. Therapeut*innen) und 6. anlassbezogene oder regelmäßige digitale Treffen der beteiligten Fachpersonen, zu denen auch Personen mit Pflegebedarf und/oder ihre pflegenden An-/Zugehörigen eingeladen werden. Förderliche und hinderliche Faktoren für die Umsetzung dieser Komponenten wurden diskutiert. So wurden z. B. die gegenseitige Vertrautheit und das Vertrauen zwischen den beteiligten Fachkräften, der Person mit Pflegebedarf und ihren An-/Zugehörigen als förderlich für die interprofessionelle Pflege angesehen. Auch finanzielle Anreize, z. B. für die Teilnahme an gemeinsamen Hausbesuchen oder die Übernahme von Koordinationsaufgaben, wurden als förderlich empfunden. Bei Kommunikationssystemen müssen Datenschutzbestimmungen geklärt und beachtet werden. Personen mit Pflegebedarf äußerten die Befürchtung, dass die Teilnahme an digitaler Kommunikation, insbesondere an digitalen Treffen, für sie zu anstrengend werden könnte, insbesondere wenn ein hohes Alter sowie eine geringere Medienaffinität bestehen. Mit Hilfe des CFIR-ERIC Strategy Matching Tools (46) wurden schließlich die folgenden relevanten Umsetzungsstrategien abgeleitet:

- Identifizierung und Vorbereitung von Champions,
- Bewertung der Bereitschaft und Ermittlung von Hindernissen und Erleichterungen,
- Erfassung und Weitergabe von lokalem Wissen,
- Lokale Meinungsführer informieren,
- Anreiz-/Zulassungsstrukturen ändern,
- Zugang zu neuen Finanzmitteln,
- Aufbau einer Koalition,
- Feedback von Patienten/Verbrauchern und Angehörigen einholen und nutzen,
- Durchführung von Aufklärungsbesuchen,

- Förderung der Anpassungsfähigkeit der

Vertiefende Auswertung des Versorgungskonzept *interprof* HOME und Entwicklung von Implementierungsstrategien (s. Anhang 1-4)

Für die endgültige Version des konzeptionellen Ansatzes für eine interprofessionelle, personenzentrierte Versorgung "*interprof* HOME" wurden die Ergebnisse des Expert*innen-Workshops durch das Studienteam vertiefend ausgewertet und für das Konzept konkretisiert. Ein interprofessionelles, personenzentriertes Versorgungskonzept für zuhause lebende Personen mit Pflegebedarf, mit den folgenden sechs Komponenten, wurde entwickelt.

1. **Kick-off-Meeting:** Bei diesem Treffen lernen sich alle am Versorgungsprozess beteiligten Personen kennen. Zusätzlich werden die Aufgaben im Projekt erläutert, Verantwortlichkeiten festgelegt und bevorstehende Treffen geplant.

2. **Benennung & Stärkung einer Koordinationsperson:** Die Aufgabe der Koordinationsperson besteht darin, die Person mit Pflegebedarf und gegebenenfalls einen An-/Zugehörigen bei der häuslichen Versorgung durch umfassende Koordination zu unterstützen und die Arbeitsbelastung zu reduzieren. Wenn diese Rolle von der Person mit Pflegebedarf oder einem An-/Zugehörigen übernommen wird, ist es Aufgabe der anderen Teammitglieder, die Koordinationsperson nach Möglichkeit zu unterstützen.

3. **Digitales Kommunikationssystem (Messenger):** Ein digitales Kommunikationssystem (Messenger) wird für einen schnellen Austausch von Informationen und Fotos eingerichtet. Dies kann auch für die Planung des gemeinsamen Hausbesuchs und gemeinsamer Besprechungen genutzt werden.

4. **Spezielle Telefonnummer:** Alle professionellen Pflegekräfte richten eine spezielle Telefonnummer ein oder nutzen ein Diensthandy. Die Zuständigkeit für die spezielle Telefonnummer, die Anlässe und die Stunden für die Nutzung der Nummer werden im Team besprochen. Ziel der speziellen Telefonnummer ist eine schnellere Erreichbarkeit und verbesserte Kommunikation im Falle dringender Anliegen.

5. **Gemeinsamer Hausbesuch:** In den ersten 2 Monaten nach dem Kick-off-Meeting gibt es einen gemeinsamen Hausbesuch, um die aktuellen Anliegen der Person mit Pflegebedarf zu besprechen und das weitere Vorgehen festzulegen.

6. **Gemeinsame Besprechungen:** In regelmäßigen, gemeinsamen Besprechungen werden die aktuellen gesundheitsbezogenen Anliegen der Person mit Pflegebedarf neu bewertet und weitere Komponenten besprochen. Die gemeinsamen Besprechungen finden nach dem gemeinsamen Hausbesuch mindestens einmal pro Quartal statt, entweder persönlich oder online.

Für eine entsprechende Implementierungsstrategie wurden ein Hand- und Arbeitsbuch sowie Formblätter angefertigt (s. Anhang2), um die Umsetzung der einzelnen Komponenten realisieren zu können.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Unsere Auswertungen von WP2, WP3, WP4, WP5, und WP6, führten zu detaillierten Beschreibungen und Diskussionen darüber, wie Prozesse der interprofessionellen Zusammenarbeit in der pflegerischen-hausärztlichen-therapeutischen Versorgung stattfinden und welche Herausforderungen und Best Practice Beispiele in dieser Zusammenarbeit

existieren. Zudem konnte ein interprofessionelles Versorgungskonzept in der vorgesehenen Vorgehensweise mit den beteiligten Akteur*innen entwickelt werden.

Exploration der pflegerischen-hausärztlichen-therapeutischen Versorgung von durch ambulante Pflegedienste versorgte, in der eigenen Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf

Die Ergebnisse der Interviews und monoprofessionellen Fokusgruppen (WP2) zeigen auf, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit in einfachen Versorgungssituationen selten vorkommt, da sowohl die Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen, als auch die Vertreter*innen der Berufsgruppen diese oft als nicht relevant oder notwendig empfinden. Diese Beobachtung stimmt mit denen aus früheren internationalen Studien in häuslichen Versorgungssettings überein, die darauf hinweisen, dass professionelle Akteure in der Regel unabhängig voneinander arbeiten, ohne die potenziellen Vorteile der Zusammenarbeit zu erkennen. Zudem besteht gegenseitig wenig Wissen über die Expertise der anderen professionellen Akteur*innen (11–13). Die organisatorischen Koordinationsaufgaben sind oft der einzige Kontakt zwischen den professionellen Akteur*innen und werden als herausfordernd wahrgenommen. Koordinationsmängel können zu sich überschneidenden Terminen und damit Verlust von Therapiezeit oder Terminabsagen führen(47). In den Analysen konnte dargestellt werden, dass gut koordinierte Teams als effektiver bei der Erfüllung der Bedürfnisse von Patient*innen gelten als schlecht koordinierte Teams (48–50). Diese Erkenntnisse unterstreichen die Bedeutung des Informationsaustauschs zwischen den professionellen Akteur*innen für eine effiziente organisatorische Koordination. Darüber hinaus konnte in WP3 (Best Practice Cases) die Rolle der Personen mit Pflegebedarf und ihren An-/Zugehörigen im Rahmen der Best Practice Cases tiefergehend beleuchtet werden. Es wurde in der Analyse deutlich, dass die Personen mit Pflegebedarf und ihre An-/Zugehörigen Koordinationsaufgaben übernehmen, um die potentiellen Mängel in der interprofessionellen Koordination und die daraus folgenden negativen Konsequenzen zu umgehen. Durch die proaktive Involvierung der Personen mit Pflegebedarf und ihren An-/Zugehörigen werden gemeinsame Entscheidungsprozesse, die Abstimmung der Arbeitsschritte sowie der Informationsfluss zwischen den professionellen Akteur*innen sichergestellt. Auch die Ergebnisse des Surveys (WP4) zeigen, dass Personen mit Pflegebedarf sowie ihre An-/Zugehörigen mit den Absprachen der professionellen Akteur*innen unzufrieden sind. Ein Großteil gibt an, dass sie das Gefühl haben, die interprofessionelle Zusammenarbeit diene nicht ihrem eigenen Wohl. Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen und Therapeut*innen sind der Meinung, dass in der interprofessionellen Kommunikation untereinander Informationslücken bestehen, die die Gestaltung einer adäquaten Versorgung von Personen mit Pflegebedarf behindern. Die professionellen Akteur*innen sprechen sich dafür aus, die Kommunikation untereinander in Form von gemeinsamen Hausbesuchen, interprofessionellen Fallbesprechungen und einer gemeinsamen digitalen Dokumentation zu verbessern und zu stärken. Derzeit existiert keine formale Regelung für den direkten interprofessionellen Austausch. Görres et al. zeigen auf, dass das Fehlen von standardisierten Kommunikationsregeln und -systemen für den richtigen Zeitpunkt der Kontaktaufnahme und Inhalt in den aktuellen Versorgungsstrukturen als kritisch betrachtet wird (47).

Zudem birgt der unzureichende Informationsaustausch mit Personen mit Pflegebedarf oder deren An-/Zugehörigen, die oft als Vermittler*innen dienen, erhebliche Risiken für unerwünschte Ereignisse und Versorgungsmängel.

Weitere Erkenntnisse aus den Interviews mit Personen mit Pflegebedarf und ihren An-/Zugehörigen sowie den monoprofessionellen Fokusgruppen weisen darauf hin, dass die professionellen Akteur*innen eher zur Zusammenarbeit neigen, wenn die Versorgungssituation komplex wird oder sich der Gesundheitszustand einer Person mit Pflegebedarf zu verschlechtern scheint. Dies belegen weitere Studien, die den Informationsaustausch als entscheidend für die Zusammenarbeit insbesondere in komplexen Versorgungssituationen erachten (8, 47, 48, 51–53). Pflegefachpersonen übernehmen dann

oft, insbesondere bei überlasteten Personen mit Pflegebedarf oder, wenn kein An-/Zugehöriger die organisatorischen Aufgaben übernehmen kann, die Vermittlerfunktion zwischen den Personen mit Pflegebedarf oder deren An-/Zugehörigen und den beruflichen Akteur*innen. Dies bedeutet jedoch auch, dass in einfachen Versorgungssituationen das Fehlen vorab etablierter Strukturen zwischen den beruflichen Akteur*innen zu einer Vulnerabilität bei plötzlich auftretenden Gesundheitskrisen führen kann. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird umso wichtiger, je komplexer die Versorgungssituationen werden. Sie kann die Arbeitsbelastung verringern sowie eine flexiblere, verbesserte Versorgung durch die Verknüpfung von pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Aufgaben erreichen. Einige Studien bestätigen auch die von uns beschriebenen Herausforderungen, denen die professionellen Akteur*innen in Form unterschiedlicher Arbeitszeiten und -prozesse, geografischer Grenzen und Personalfuktuation gegenüberstehen (8, 14, 49, 51, 54–57).

Unsere Auswertungen der Interviews und monoprofessionellen Fokusgruppen in WP2 beschreiben zudem, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit durch personenbezogene Faktoren, Vertrauen und gegenseitige Wertschätzung der Expertise der verschiedenen Teilnehmer*innen beeinflusst werden. Dies steht im Einklang mit mehreren Studien, in denen die Teilnehmer*innen betonten, dass es wichtig sei, bekannt und vertraut zu sein, um eine effektive Kommunikation und Zusammenarbeit in interprofessionellen Gesundheitsumgebungen zu fördern (14, 48, 49).

Entwicklung des interprofessionellen, personenzentrierten Versorgungskonzepts

Unsere Mixed-Methods-Studie ergab, dass sich die professionellen Akteur*innen, die sich um eine Person mit Pflegebedarf kümmern, oft nicht kennen. Ein Treffen könnte dazu beitragen, Strukturen für die Zusammenarbeit zu schaffen. Es gibt keine gemeinsame Planung der Versorgungsbedürfnisse. Zudem sind die Vertreter*innen der Berufsgruppen oft schwer zu erreichen, was zu Krankenhausaufenthalten der Personen mit Pflegebedarf führen kann. Um die interprofessionelle Kommunikation zu stärken, befürworten die Teilnehmer*innen Komponenten wie feste Telefon-/Videoberatungen und gemeinsame Hausbesuche. Sie sind jedoch kritisch gegenüber deren Umsetzung aufgrund von Zeit- und Personalmangel. Das entwickelte personenzentrierte Versorgungskonzept besteht aus sechs Komponenten und ist nun bereit für eine Implementierungsstudie, die seine Durchführbarkeit und Auswirkungen untersucht.

Das Projekt *interprof* HOME und seine Ergebnisse sind in Deutschland einzigartig. Andere national umgesetzte Projekte haben Barrieren und Förderfaktoren beschrieben, jedoch kein Konzept zur Verbesserung der aktuellen Situation in der häuslichen Pflege ohne Einführung eines Pflege- und Fallmanagement angeboten. Darüber hinaus benötigen sowohl die Personen mit Pflegebedarf als auch ihre An-/Zugehörigen Unterstützung. Sie sind überfordert von der Vielzahl unbekannter Aufgaben, insbesondere, wenn das Familienmitglied versorgungsbedürftig wird. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie diese Aufgaben vollständig abgeben wollen.

Unser Ansatz unterscheidet sich von anderen Studien die Pflege- und Fallmanager*innen oder Netzwerke in den Fokus nehmen, wie das Projekt RubiN (Kontinuierliche Versorgung in regionalen Netzwerken) (11), das Projekt CCM (Case und Care Manager) bei dem Pflege- und Fallmanager*innen die Versorgungsbedürfnisse älterer Personen mit Pflegebedarf erfassen (58) oder das Projekt AIP (Aging in Place) (59) mit der Vernetzung von regionalen Gesundheitsversorger*innen. Andere Projekte zielen auf die Einbindung von technologischen Komponenten wie digitalen Visiten (Telecare) (60), telemedizinisch unterstützende transsektorale Kooperationsnetzwerke wie das Projekt STH (Stay&treat@home) (61) oder eine Telehealth -Plattform für die Optimierung der interprofessionellen Kommunikation wie das Projekt Comm4Care (Communication for care) (62). Bisher gibt es keine Projekte, die darauf abzielen, die interprofessionelle Zusammenarbeit von Hausarzt*innen, Pflegefachpersonen von ambulanten Pflegediensten und Ergo-/Physiotherapeut*innen sowie

Logopäd*innen zu fördern und gleichzeitig Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörige aktiv und partizipativ einzubinden.

Wir nehmen an, dass *interprof* HOME die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zufriedenheit verbessern und unnötige Krankenhausaufenthalte verringern wird. Der gezielte Einsatz von Verordnungen und ambulanter Versorgung könnten möglicherweise sogar zu geringeren Kosten führen. Es ist jedoch unklar, ob die professionellen Akteur*innen die für gemeinsame Treffen und Hausbesuche erforderliche Zeit aufbringen können. Dies liegt daran, dass die große Anzahl verschiedener ambulanter Pflegedienste, Hausärzt*innen und Therapeut*innen die Zusammenarbeit erschwert. In diesem Zusammenhang sollten die Vergütung der interprofessionellen Zusammenarbeit und Kommunikation sowie die Bildung eines regionalen Netzwerks berücksichtigt werden. Neben den Bedürfnissen der Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörigen, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen und Therapeut*innen, die befragt wurden, befasst sich das Konzept auch mit einigen Aspekten, die bereits aus anderen Studien bekannt sind, um die Zusammenarbeit zu verbessern: Die Qualität der persönlichen Beziehungen zu kooperierenden Partner*innen wird als bedeutsam berichtet (63). Wesentliche Elemente der häuslichen Versorgung aus der Sicht von Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen sind die Kompetenz der Pflegefachpersonen selbst, gute Erreichbarkeit und Interesse der professionellen Akteur*innen an der Person mit Pflegebedarf, ihre Bereitschaft, Termine miteinander zu vereinbaren, gut und transparent zusammenzuarbeiten, einschließlich der Nutzung einer gemeinsamen Dokumentation (64).

Stärken und Schwächen

Unsere Studie sticht aufgrund des partizipativen Ansatzes bei der Entwicklung eines Versorgungskonzepts aus der bisherigen Literatur zum Thema heraus, da sie nicht nur die professionellen Akteur*innen, sondern auch Personen mit Pflegebedarf sowie An-/Zugehörige in die Erhebungen einbindet, um einen ganzheitlichen Blick auf die Versorgungssituation in der Häuslichkeit zu erhalten. Ferner wurden mit Ergo-/Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen bislang in weniger Erhebungen berücksichtigte Professionen in die Studie eingeschlossen, welches ein zusätzliches Spektrum an Perspektiven einbrachte und somit die Datengrundlage bereicherte. Alle an der häuslichen Pflege beteiligten Akteursgruppen haben aktiv zur Entwicklung des interprofessionellen personenzentrierten Pflegekonzepts „*interprof* HOME“ beigetragen. Durch die Integration ihrer Perspektiven und Bedürfnisse wird angenommen, dass die Akzeptanz des Konzepts in der Praxis höher ist und seine Umsetzung im Alltag realistischer erscheint (65, 66). Ein weiterer Vorteil ist der Mixed-Methods-Ansatz (Interviews, Fokusgruppen, Beobachtungen, Shadowings, Survey, Expertenworkshop), der es ermöglicht, die Forschungsfragen aus verschiedenen methodischen Blickwinkeln zu beantworten und somit einen tiefen Einblick in das Thema zu gewähren. Außerdem ermöglichte die Analyse der Best Practice Cases das Lernen von dem Forschungsfeld. Durch die Rekrutierung von Fällen, in denen die Beteiligten die Zusammenarbeit als gut funktionierend wahrgenommen haben, konnten die förderlichen Faktoren und Handlungen identifiziert werden. Auf diese bereits erfolgreich eingesetzten Faktoren aufbauend, wurden dann mögliche Komponenten zur Einführung in die Regelversorgung abgeleitet, die aufgrund ihres bereits bestehenden Nutzens auch für andere Versorgungsfälle praktikabel sein müssten. Stärke des Surveys ist die Zusammenstellung des Fragebogens anhand Items aus vorhandenen validierten Instrumenten und selbstentwickelten Items. Ebenso trägt die Rekrutierung von Surveyteilnehmer*innen über die vier Standorte zu einer breiten Abbildung von Merkmalen bei. Zudem wurden vier an die jeweilige Personengruppe (Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen) angepasste Fragebögen erstellt, so dass alle Perspektiven aufgenommen werden konnten. Schwäche des Surveys ist der relativ geringe Rücklauf gerade bei Personen mit Pflegebedarf und Hausärzt*innen. Die angestrebte Fallzahl konnte aufgrund erhöhtem Arbeitsaufwand bei allen zu rekrutierenden Berufsgruppen nicht erreicht werden. Eine weitere Stärke ist die Zusammensetzung des interprofessionellen Forschungsteams. Kontinuierliche Diskussionen

über die Daten und den Analyseprozess in Untergruppen sowie regelmäßige Treffen des gesamten Studienteams führten zu einer gut reflektierten Sicht auf das Material. Eine Einschränkung dieser Studie könnte darin bestehen, dass die Stichprobe nur eine Gruppe von Personen mit Pflegebedarf sowie An-/Zugehörige und professionelle Akteur*innen abbildet, die bereit waren, teilzunehmen; ein Interesse am Thema ist anzunehmen (Selektionsbias). Zudem wurden Menschen mit Demenz, Aphasie und anderen einschränkenden Bedingungen nicht einbezogen. Jedoch wurde die Perspektive ihrer An-/Zugehörigen berücksichtigt. Trotz sorgfältiger Auswahl und großer Diversität der Teilnehmer*innen könnte es immer noch „blinde Flecke“ in Bezug auf bestimmte Erfahrungen oder Perspektiven geben. Dies verringert nicht unbedingt die Ergebnisse dieser Studie. Schließlich war das Ziel, die Breite und Tiefe der Erfahrungen zu entdecken und zu verstehen. Unsere Stichprobe führte zu einer Vielfalt von Aussagen. Die Variationen und Gemeinsamkeiten von Erfahrungen konnten damit dem explorativen Design der Studie gerecht werden. Ein weiterer Selektionsbias entstand durch die, aufgrund der Distanzauflagen in der Corona-Pandemie telefonisch durchgeführten Interviews mit Personen mit Pflegebedarf, welche eine hinreichende mentale und physische Fähigkeit zur Bewältigung von technischen Anforderungen aufweisen mussten, möglich. Indem wir ergänzend An-/Zugehörige befragten, erhielten wir zudem Einblicke in komplexere Versorgungssituationen von schwerer eingeschränkten Personen mit Pflegebedarf und überbrückten damit die Einschränkung der Erhebung bei eher gesunderen und aufgeschlosseneren Personen mit Pflegebedarf. Unsere guten Erfahrungen mit der Durchführung von Telefoninterviews bestätigten die Kriterien von Farooq und de Viliers, die keine Schwierigkeiten seitens der Interviewer*innen und Interviewten bei der telefonischen Datenerhebung fanden (67). Die pandemie-bedingten Distanzauflagen führten im Weiteren dazu, dass auch die Fokusgruppen per Videokonferenz durchgeführt wurden, was gut umgesetzt werden konnte. Hierzu zeigten Yom et al. auf, dass sich die Aussagen von in Präsenz geführten und videobasierten Fokusgruppen überschneiden (68).

Implikationen für die Praxis

Die interprofessionelle Zusammenarbeit, insbesondere in einfachen Versorgungssituationen ist sehr selten. Barrieren und Herausforderungen, einschließlich Kommunikationsproblemen und mangelndes Bewusstsein über die jeweilige Expertise der anderen Professionellen bestehen zwischen den Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörigen und den Berufsgruppen. Diese müssen angegangen werden, um die Zusammenarbeit in der Häuslichkeit zu verbessern. Gemeinsame Besprechungen von allen beteiligten Akteursgruppen, möglicherweise in Form von Hausbesuchen, und eine festgelegte Koordinationsperson im Versorgungsteam könnten helfen, klare Strukturen zu schaffen und von Anfang an ein Bekanntsein zwischen den Versorger*innen herzustellen. Der resultierende gemeinsame Blick auf die Versorgungssituation integriert die verschiedenen Perspektiven der Beteiligten, sodass die Komponenten besser auf die Bedürfnisse der Personen mit Pflegebedarf abgestimmt werden könnten und pflegerisch-medizinisch-therapeutische Synergien eine verbesserte Versorgung ermöglichen. Die Einbindung der Personen mit Pflegebedarf und ihrer An-/Zugehörigen aber auch der Einsatz eines gemeinsam genutzten digitalen Tools für Dokumentation und Kommunikation könnten die Kontinuität der Versorgung und eine zeitnahe Reaktion des jeweils adressierten Professionellen verbessern. Eine somit engere interprofessionelle Zusammenarbeit könnte dazu beitragen, ungünstige Ereignisse besser vorausszusehen und Lücken in der häuslichen Versorgungssituation zu überbrücken. Unsere Ergebnisse können zukünftiger Forschung dienen, die sich weiter auf die Entwicklung interprofessioneller personenzentrierter Interventionen zur verbesserten Versorgung von Personen mit Pflegebedarf konzentrieren. Darüber hinaus benötigen sowohl Personen mit Pflegebedarf als auch ihre An-/Zugehörigen Unterstützung. Sie sind überfordert von der Vielzahl unbekannter Aufgaben, insbesondere wenn das Familienmitglied versorgungsbedürftig wird. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie diese Aufgaben vollständig abgeben wollen, sondern eine enge personenzentrierte Einbindung in die Versorgungsprozesse.

Außerdem könnten eine intensive Kommunikation mit klaren Absprachen, Offenheit und Transparenz (69), Schulungen und Workshops für den Wissensaustausch (70), gemeinsame Hausbesuche (71), regelmäßige Teamtreffen (72) sowie kleinere und weniger komplizierte Strukturen (69) dazu beitragen, die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Ein Mangel an Transparenz könnte beispielsweise durch gemeinsame (digitale) Dokumentation reduziert werden (73).

Das neu entwickelte interprofessionelle und personenzentrierte Pflegekonzept "*interprof HOME*" soll in einer späteren Studie hinsichtlich Durchführbarkeit und Akzeptanz pilotiert werden. Eine Prozessevaluation und eine gesundheitsökonomische Bewertung werden diese Studie ergänzen und zusätzliche Informationen für eine weitere, groß angelegte Implementierung und Bewertung beitragen.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Studie *interprof HOME* verfolgte die Ziele, die häusliche Versorgung aus der Perspektive von professionellen und nicht-professionellen beteiligten Personen hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit zu explorieren, um eine personenzentriertes interprofessionelles Versorgungskonzept zu entwickeln. Das Versorgungskonzept (s. Anhang 1-4) wurde im Rahmen eines komplexen, aufeinander aufbauenden Studiendesigns entwickelt, das nicht nur Analysen der Wahrnehmung der Versorgungssituation, sondern auch die Einschätzung zu Plausibilität und Praktikabilität der Komponenten durch Expert*innen berücksichtigt. Die Verbesserung der (pflegerischen, hausärztlichen und therapeutischen) Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung ist das Ziel von *interprof HOME*.

Die Entwicklung des Versorgungskonzepts kann als einzigartig betrachtet werden. Für ein tiefgehendes Verständnis der Versorgungssituation zuhause wurden unterschiedliche Erhebungsmethoden (Interviews, Fokusgruppen, Best Practice Cases, Survey und Expert*innenworkshop) bei verschiedenen Zielgruppen (Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörigen, Pflegefachpersonen, Hausarzt*innen und Ergo-/Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen, Expert*innen) genutzt. Das partizipative, mehrstufige Design trug dazu bei, den aktuellen Stand der interprofessionellen Zusammenarbeit abzubilden. Zugleich wurden auch mögliche Strategien im Dialog mit den Studienteilnehmenden diskutiert und konsentiert.

Durch die Partizipation der an der Versorgung beteiligten Personen bei der Entwicklung des Versorgungskonzepts ist der praktische Nutzen erwartungsgemäß groß. Wichtige Defizite, aber auch Best Practice Zusammenhänge für eine personenzentrierte häusliche Versorgung, mit besonderem Fokus auf der interprofessionellen Zusammenarbeit, spielen eine wichtige strukturelle Rolle in *interprof HOME*. Die entwickelten Komponenten spiegeln vier Handlungsbereiche für eine verbesserte Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung wieder:

- Personenzentrierte und bedarfsgerechte Ziele setzen: Koordinierende Person, gemeinsamer Hausbesuch, gemeinsame Besprechungen
- Aufgaben teilen und koordinieren: Auftakt-Treffen, koordinierende Person
- Regelmäßigen und persönlichen Austausch pflegen: Gemeinsamer Hausbesuch, gemeinsame Besprechungen, digitales Kommunikationssystem
- Erreichbarkeit, besonders in akuten Situationen, sicherstellen: Sondertelefonnummer, digitales Kommunikationssystem

Zu erwarten ist ein Nutzen des Versorgungskonzepts auch für das Versorgungssystem. Die strukturiertere Dokumentation und (persönliche) Weitergabe von Informationen zu den Versorgungsprozessen und den Anliegen der Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen sowie die der jeweiligen beteiligten Professionen untereinander, kann laut Erkenntnissen aus der Studie mehr Vertrauen schaffen, Ressourcen optimieren und Wege kürzen. Eine Fehl- oder Unterversorgung soll zudem verhindert werden. Diese erwarteten Effekte des

Akronym: interprof HOME
Förderkennzeichen: 01VSF20005

Versorgungskonzepts *interprof* HOME werden voraussichtlich in einer späteren Interventionsstudie getestet und in Folge veröffentlicht.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Standortübergreifend

Projektflyer

Information und Rekrutierung von Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen, Therapeut*innen, Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen (s. Anlage 1)

Studienregistrierung

Registrierung der Studie über clinicaltrials.gov
<https://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=NCT05149937>

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

Homepage des Instituts

Veröffentlichung des Projekts auf der Homepage des Instituts für Allgemeinmedizin der UMG: *interprof* HOME – Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf (in deutscher und englischer Sprache).

Online verfügbar unter <https://generalpractice.umg.eu/forschung/projekte/interprof-home/>

Newsletter

Kurzvorstellung des Projektes in den Newslettern des Institutes für Allgemeinmedizin, im November 2021, April und Dezember 2022, April 2023: *interprof* HOME - Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf.

Wissenschaftliche Veröffentlichung in Zeitschriften

U. Sekanina, B. Tetzlaff, A. Mazur, T. Huckle, R. Dano, C. Höckelmann, K. Balzer, S. Köpke, M. Scherer, E. Hummers, C. Müller (2024)

Interprofessional collaboration in the home care setting: Perspectives of people receiving home care, their relatives, registered nurses, general practitioners and therapists – results of a qualitative analysis. *BMC Primary Care*, 25, 79.

Online verfügbar unter <https://rdcu.be/dAkXy>

Vorträge bei Kongressen

55. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Lübeck, 16. – 18.09.2021

A. Mazur, C. Müller, K. Balzer, T. Friede, L. Gärtner, H.H. König, A. Konnopka, S. Köpke, I. Maurer, T. Ruppel, M. Scherer, B. Tetzlaff, C.E. Weber, E. Hummers

interprof HOME: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf (Studiendesign). German Medical Science GMS Publishing House. In: 55. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DOI: 10.3205/21DEGAM077. Online verfügbar unter <https://www.egms.de/static/en/meetings/degam2021/21degam077.shtml>

57. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Berlin, 28.09. -30.09.2023

U. Sekanina, B. Tetzlaff, A. Mazur, T. Huckle, R. Dano, C. Höckelmann, K. Balzer, S. Köpke, M. Scherer, E. Hummers, C. Müller

Akronym: interprof HOME
Förderkennzeichen: 01VSF20005

interprof HOME: Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Häuslichkeit: Perspektiven von Personen mit Pflegebedarf, ihrer An-/Zugehörigen, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen sowie Ergo-/Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen, Ergebnisse der qualitativen Auswertung in *interprof* HOME. Abstract online verfügbar unter <https://www.egms.de/static/en/meetings/degam2023/23degam122.shtml>

Zentrum für interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG) Nachwuchsworkshop 2023, 30.11-01.12.2023

U. Sekanina, B. Tetzlaff, A. Mazur, T. Huckle, R. Dano, C. Höckelmann, K. Balzer, S. Köpke, M. Scherer, E. Hummers, C. Müller

interprof HOME: Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Häuslichkeit: Perspektiven von Personen mit Pflegebedarf, ihrer An-/Zugehörigen, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen sowie Ergo-/Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen, Ergebnisse der qualitativen Auswertung in *interprof* HOME.

57. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Berlin, 28.09. -30.09.2023

A. Mazur, A. Kühn, T. Huckle, U. Sekanina, R. Dano, B. Tetzlaff, I. Tinis, S. Köpke, M. Scherer, C. Müller, E. Hummers, K. Balzer

Versorgungsbedarfe und Personenzentrierung: Die Perspektive von Personen mit Pflegebedarf und Angehörigen, Ergebnisse der qualitativen Auswertung in *interprof* HOME. Abstract online verfügbar unter

<https://www.egms.de/static/en/meetings/degam2023/23degam100.shtml>

Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen

Homepage des Instituts

Kurzbeschreibung des Forschungsprojektes *Interprof* HOME – Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf.

Online verfügbar unter <https://www.uni-goettingen.de/de/647770.html>

Vorträge bei Kongressen

Paper Development Workshop at the 14th International Symposium on Process Organization Studies (PROS), Chania, Greece, 18 – 21.06.2023

M. Diel, I. Maurer, C. E. Weber

How non-professional actors manage professional actors in home care.

39th European Group for Organization Studies Colloquium (EGOS), Cagliari, Italy, 06 – 08.07.2023

M. Diel, I. Maurer, C. E. Weber

How non-professional actors manage professional actors in home care.

Research in the Rough professional development workshop at the 83rd Academy of Management Annual Meeting (AOM), Boston, USA, 04 – 08.08.2023

M. Diel, I. Maurer, C. E. Weber

How non-professional actors manage professional actors in home care.

Early Career Scholars Online Paper Development Workshops at the Society for Studies in Organizing Health Care (SHOC), online, tbd., September, 2023

M. Diel, I. Maurer, C. E. Weber

How non-professional actors manage professional actors in home care.

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Homepage des Instituts

Veröffentlichung auf der Homepage des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin: *interprof* HOME – Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf. Online verfügbar unter

<https://www.uke.de/kliniken-institute/institute/allgemeinmedizin/forschung/interprof-home.html>

Wissenschaftliche Veröffentlichung in Zeitschriften

B. Tetzlaff, M. Scherer, K. Balzer, L. Steyer, S. Köpke, T. Friede, I. Maurer, C. E. Weber, H.-H. König, A. Konnopka, T. Ruppel, A. Mazur, E. Hummers, C. A. Müller (2023). Protocol: Development of an interprofessional person-centred care concept for persons with care needs living in their own homes (interprof HOME): study protocol for a mixed-methods study. *BMJ open*, 13(7).

Vorträge bei Kongressen

57. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Berlin, 28.09. -30.09.2023

B. Tetzlaff, A. Mazur, U. Sekanina, T. Huckle, R. Dano, C. Höckelmann, A. Kühn, M. Diel, L. Bremer, S. Kuba, C. E. Weber, I. Maurer, K. Balzer, S. Köpke, M. Scherer, E. Hummers, C. Müller – *interprof* HOME: Entwicklung des interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes interprof HOME für Personen mit Pflegebedarf, die in ihrer eigenen Häuslichkeit leben: eine Mixed-Methods Studie. Abstract online verfügbar unter <https://www.egms.de/static/en/meetings/degam2023/23degam099.shtml>

Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Universität zu Lübeck

Homepage des Instituts

Veröffentlichung auf der Homepage der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege: *interprof* HOME – Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf. Online verfügbar unter <https://www.uksh.de/pflegeforschung/Pflegeforschung/Aktuelle+Projekte-p-120.html>

Beitrag im online-Nachrichtendienst

Nutzung des standortübergreifenden Flyers mit standortspezifischen Ansprechpartner*innen; Beitrag im online-Nachrichtendienst „HL-Live“

Online verfügbar unter <https://www.hl-live.de/text.php?id=150410>

EbM-Kongress, 13.- 15. 03.2024 in Berlin zum Thema: Evidenzbasierte Politik und Gesundheitsversorgung - erreichbares Ziel oder Illusion?

A. Kühn, I. Tinis, A. Mazur, R. Dano, S. Köpke, B. Tetzlaff, M. Scherer, U. Sekanina, C. Müller, E. Hummers, K. Balzer

Förderliche und hinderliche Aspekte für die Umsetzung der personenzentrierten häuslichen Versorgung aus Sicht von Pflegebedürftigen und An- und Zugehörigen: Qualitative Sekundäranalyse von Daten aus der interprof HOME-Studie

Institut für Pflegewissenschaft, Universitätsklinikum Köln

Homepage des Instituts

Veröffentlichung auf der Homepage am Institut für Pflegewissenschaften, Medizinische Fakultät der Universität Köln: *interprof* HOME – Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf.

Akronym: interprof HOME
Förderkennzeichen: 01VSF20005

Online verfügbar unter
<https://pflgewissenschaft.uni-koeln.de/forschung/projekt-archiv/interprof-home>

Vorträge bei Kongressen

Kongress des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM-Kongress), Lübeck, 01.-03.09.2022

R. Dano, C. Müller, B. Tetzlaff, M. Scherer, K. Balzer, I. Maurer, H.H. König, T. Friede, E. Hummers, S. Köpke (2022); *interprof HOME*: Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause (Arbeitspaket 4: Erstellung und Durchführung eines Fragebogensurveys). In: 23. Jahrestagung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin e.V. DOI: 10.3205/22ebm147.

Abstract online verfügbar unter
<https://www.egms.de/static/de/meetings/ebm2022/22ebm147.shtml>

Kongress des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM-Kongress), Potsdam, 22.-24.03.2023

L. Bremer, R. Dano, C. Müller, B. Tetzlaff, M. Scherer, K. Balzer, C.E. Weber, I. Maurer, H.H. König, T. Friede, E. Hummers, S. Köpke (2023) – *interprof HOME*: Interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause – Ergebnisse eines Surveys aus Sicht von Pflegefachpersonen. In: 24. Jahrestagung des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin e.V., DOI: doi: 10.3205/23ebm109

Abstract online verfügbar unter:
<https://www.egms.de/static/de/meetings/ebm2023/23ebm109.shtml>

3rd International Conference of the German Society of Nursing Science, online, 11.05.-12.05.2023

R. Dano, C. Müller, B. Tetzlaff, M. Scherer, K. Balzer, C.E. Weber, I. Maurer, H.H. König, T. Friede, E. Hummers, S. Köpke (2023) – *interprof HOME*: Interprofessional collaboration in ambulatory health care. A cross-sectional survey. In: 3rd International Conference of the German Society of Nursing Science

Geplante Veröffentlichungen

Vorträge bei Kongressen

98th European General Practice Research Network (EGPRN), 09. - 12.05.2024 in Porto, Portugal zum Thema: Evidence-Based General Practice.

U. Sekanina, A. Mazur, B. Tetzlaff, A. Mazur, T. Huckle, A. Kühn, R. Dano, C. Höckelmann, K. Balzer, S. Köpke, M. Scherer, E. Hummers, C. Müller

Interprofessional collaboration in the home care setting: Perspectives of people receiving home care, their relatives, registered nurses, general practitioners and therapists – results of a qualitative analysis.

14th Organisational Behaviour in Health Care Conference (OBHC), 03.04. – 05.04.2024, Oslo, Norwegen:

M. Diel, C.E. Weber, I. Maurer, C. Müller, E. Hummers

Boundary spanning in interprofessional collaboration: How patients coordinate interprofessional work in home care?

Wissenschaftliche Veröffentlichung in Zeitschriften

M. Diel, C.E. Weber, I. Maurer, C. Müller, E. Hummers

Boundary spanning in interprofessional collaboration: How patients coordinate interprofessional work in home care?

Die Einreichung ist für April 2024 beim Journal *Social Science and Medicine* geplant.

B. Tetzlaff, A. Mazur, U. Sekanina, T. Huckle, R. Dano, C. Höckelmann, A. Kühn, M. Diel, L. Bremer, S. Kuba, C. E. Weber, I. Maurer, K. Balzer, S. Köpke, M. Scherer, E. Hummers, C. Müller
Development of an interprofessional person-centred care concept for persons with care needs living in their own homes (*interprof HOME*): a mixed methods approach.

Das Manuskript wird im April 2024 beim *Journal of Interprofessional Care* eingereicht

R. Dano, L. Bremer, C. Müller, A. Mazur, E. Hummers, B. Tetzlaff, K. Balzer, T. Ruppel, S. Köpke
Collaborative structures in the German ambulatory health sector: interprofessional communication between registered nurses, general practitioners and therapists. A multi-perspective cross-sectional study.

Das Manuskript wurde im Februar 2024 beim *Journal of Interprofessional Care* eingereicht.

L. Bremer, R. Dano, C. Müller, C. A. Mazur, E. Hummers, B. Tetzlaff, K. Balzer, T. Ruppel, S. Köpke

Rahmenbedingungen für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit: qualitative Analyse von Freitextfeldern eines Surveys. Einreichung in: *Pflege. Die Wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*.

Die Einreichung ist für Anfang April 2024 in der Zeitschrift *Pflege*, Hogrefe Verlag, geplant.

A. Mazur, Anja Kühn, I. Tinis, B. Tetzlaff, T. Huckle, R. Dano, U. Sekanina, C. Müller, S. Köpke, M. Scherer, E. Hummers, K. Balzer.

How person-centered is the current practice of home care for people with care needs in Germany? Secondary qualitative analysis of data from the *interprof HOME* study combining the views of People Receiving Home Care and Relatives.

Die Einreichung ist für Juni 2024, beim Journal, *BMJ open*, *Health Services Research*, geplant.

10. Literaturverzeichnis

1. Statistisches Bundesamt Deutschland. pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.xlsx; 2021 [Stand: 27.02.2025]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.html>.
2. Görres, S., Warfelmann, C., Meinecke, P., Riemann, M. Perspektivenwerkstatt Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP); 2018. Verfügbar unter: <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Abschlussbericht.pdf>.
3. Holmen H, Larsen MH, Sallinen MH, Thoresen L, Ahlsen B, Andersen MH et al. Working with patients suffering from chronic diseases can be a balancing act for health care professionals - a meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Health Serv Res* 2020; 20(98). doi: 10.1186/s12913-019-4826-2.
4. Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Vincent C, Swaine B. Interprofessional collaboration: development of a tool to enhance knowledge translation. *Disabil Rehabil* 2015; 37(4):372–8. doi: 10.3109/09638288.2014.918193.

5. Hower KI, Vennedey V, Hillen HA, Kuntz L, Stock S, Pfaff H et al. Implementation of patient-centred care: which organisational determinants matter from decision maker's perspective? Results from a qualitative interview study across various health and social care organisations. *BMJ Open* 2019; 9(4). doi: 10.1136/bmjopen-2018-027591.
6. Büscher A, Horn A. Bestandsaufnahme zur Situation in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer Expertenbefragung. Bielefeld: Inst. für Pflegewissenschaft Univ. Bielefeld; 2010. (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)10-145).
7. Barzel A, Ketels G, Schön G, van Bussche H den. Erste deutschlandweite Befragung von Physio- und Ergotherapeuten zur Berufssituation: Teil 3, Physio- und Ergotherapeuten zwischen Kooperation und Konkurrenz. *Physioscience : Wissenschaft & Forschung in der Physiotherapie* 2011; 7(3):91–8.
8. van den Bussche H, Jahncke-Latteck Ä-D, Ernst A, Tetzlaff B, Wiese B, Schramm U. Zufriedene Hausärzte und kritische Pflegendе - Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung zu Hause lebender Menschen mit Demenz. *Das Gesundheitswesen : Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, medizinischer Dienst, public health, öffentlicher Gesundheitsdienst, Versorgungsforschung* 2013; 75(5):328–33. doi: 10.1055/s-0032-1321754.
9. Deutsches Ärzteblatt. Ärzte und Pflegedienste in Nordrhein wollen Versorgung gemeinsam sichern; 2019 [Stand: 03.08.2021]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/107895/Aerzte-und-Pflegedienste-in-Nordrhein-wollen-Ver-sorgung-gemeinsam-sichern>.
10. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Ambulante Pflege und medizinische Versorgung im ländlichen Raum verbessern – Telemedizin- und Pflegeprojekt in Gifhorn gestartet; 2019 [Stand: 03.08.2021]. Verfügbar unter: https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/service_kontakt/presseinformationen/ambulante-pflege-und-medizinische-versorgung-im-landlichen-raum-verbessern-telemedizin-und-pflegeprojekt-in-gifhorn-gestartet-181774.html.
11. G-BA Innovationsfonds. RubiN - Regional ununterbrochen betreut im Netz; 2024 [Stand: 11.01.2024]. Verfügbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/rubin-regional-ununterbrochen-betreut-im-netz.174>.
12. CCM-Landkreis Tübingen. Universitätsklinikum Tübingen: Aufbau eines Primärversorgungsnetzwerkes durch das Angebot eines Case- und Care Managements für ärztliche Praxen im ländlichen Raum; 2023 [Stand: 29.12.2023]. Verfügbar unter: <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/institute/allgemeinmedizin/forschung/forschungsprojekte/ccm-tue>.
13. Hämel K, Vössing C. The collaboration of general practitioners and nurses in primary care: a comparative analysis of concepts and practices in Slovenia and Spain. *Prim Health Care Res Dev* 2017; 18(5):492–506. doi: 10.1017/S1463423617000354.
14. Nieuwboer MS, Perry M, van der Sande R, Maassen ITHM, Olde Rikkert MGM, van der Marck MA. Identification of influencing factors and strategies to improve communication between general practitioners and community nurses: a qualitative focus group study. *Fam Pract* 2018; 35(5):619–25. doi: 10.1093/fampra/cmz009.
15. Clemence ML, Seamark DA. GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions- a qualitative study. *1460-2229* 2003; 20(5):578–82. doi: 10.1093/fampra/cmz009.
16. Mitchell GK, Brown RM, Erikssen L, Tieman JJ. Multidisciplinary care planning in the primary care management of completed stroke: a systematic review. *BMC Fam Pract* 2008; 9(44). doi: 10.1186/1471-2296-9-44.

17. Nazir A, Unroe K, Tegeler M, Khan B, Azar J, Boustani M. Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2013; 14(7):471–8. doi: 10.1016/j.jamda.2013.02.005.
18. Smith-Carrier T, Neysmith S. Analyzing the interprofessional working of a home-based primary care team. *Canadian journal on aging* 2014; 33(3):271–84.
19. Smith-Carrier T, Pham T-N, Akhtar S, Nowaczynski M, Seddon G, Sinha S. "A More Rounded Full Care Model": Interprofessional Team Members' Perceptions of Home-Based Primary Care in Ontario, Canada. *1545-0856* 2015; 34(3-4):232–51. doi: 10.1080/01621424.2015.1108892.
20. Smith-Carrier T, Sinha SK, Nowaczynski M, Akhtar S, Seddon G, Pham T-NT. It 'makes you feel more like a person than a patient': patients' experiences receiving home-based primary care (HBPC) in Ontario, Canada. *Health Soc Care Community* 2017; 25(2):723–33. doi: 10.1111/hsc.12362.
21. Rehfues EA, Booth A, Brereton L, Burns J, Gerhardus A, Mozygemba K et al. Towards a taxonomy of logic models in systematic reviews and health technology assessments: A priori, staged, and iterative approaches. *Res Synth Methods* 2018; 9(1):13–24. doi: 10.1002/jrsm.1254.
22. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *1756-1833* 2021; 372:n71. Verfügbar unter: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71.short>.
23. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, Milne R, Perera R, Moher D et al. Die TIDieR Checkliste und Anleitung: Ein Instrument für eine verbesserte Interventionsbeschreibung und Replikation = Better reporting of intervention ; template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *Das Gesundheitswesen : Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, medizinischer Dienst, public health, öffentlicher Gesundheitsdienst, Versorgungsforschung* 2016; 78(3):175–88.
24. Higgins J, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Sterne J-A. Assessing risk of bias in a randomized trial. In: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*: John Wiley & Sons, Ltd; 2019. S. 205–28.
25. McKenzie JE, Brennan SE. Synthesizing and presenting findings using other methods. In: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*: John Wiley & Sons, Ltd; 2019. S. 321–47.
26. Pollmanns J, Romano PS, Weyermann M, Geraedts M, Drösler SE. Impact of Disease Prevalence Adjustment on Hospitalization Rates for Chronic Ambulatory Care-Sensitive Conditions in Germany. *Health Serv Res* 2018; 53(2):1180–202. doi: 10.1111/1475-6773.12680.
27. Peltonen J, Leino-Kilpi H, Heikkilä H, Rautava P, Tuomela K, Siekkinen M et al. Instruments measuring interprofessional collaboration in healthcare - a scoping review. *J Interprof Care* 2020; 34(2):147–61. doi: 10.1080/13561820.2019.1637336.
28. Müller C, Hesjedal-Streller B, Fleischmann N, Tetzlaff B, Mallon T, Scherer M et al. 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* 2020; 21(1):913. doi: 10.1186/s13063-020-04736-x.
29. Steyer L, Kortkamp C, Müller C, Tetzlaff B, Fleischmann N, Weber CE et al. Implementation, mechanisms of change and contextual factors of a complex intervention to improve interprofessional collaboration and the quality of medical care

- for nursing home residents: study protocol of the process evaluation of the interprof ACT intervention package. *Trials* 2022; 23(1):561. doi: 10.1186/s13063-022-06476-6.
30. Ward J, Schaal M, Sullivan J, Bowen ME, Erdmann JB, Hojat M. The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration: a study with undergraduate nursing students. *J Interprof Care* 2008; 22(4):375–86. doi: 10.1080/13561820802190533.
 31. Anthoine E, Delmas C, Couterut J, Moret L. Development and psychometric testing of a scale assessing the sharing of medical information and interprofessional communication: the CSI scale. *BMC Health Serv Res* 2014; 14:126. doi: 10.1186/1472-6963-14-126.
 32. National Institute for Health Research. National Standard for Public Involvement [Stand: 27.02.2025]. Verfügbar unter: <https://www.nihr.ac.uk/news/nihr-announces-new-standards-public-involvement-research>.
 33. Schulz M, Mack B, Renn O. Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden; 2012.
 34. Schreier. Qualitative content analysis in practice; 2012 [Stand: 27.02.2025]. Verfügbar unter: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/3059220/Schreier.pdf?sequence=1>.
 35. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12. überarbeitete Auflage: Beltz Verlag, Weinheim/Basel; 2015.
 36. Tashakkori A, Teddlie C. Quality of Inferences in Mixed Methods Research: Calling for an Integrative Framework. In: Bergman MM, Hrsg. *Advances in mixed methods research: Theories and applications*. Los Angeles: Sage; 2008.
 37. Metzelthin, S. F., Van Rossum, E., De Witte, L. P., Ambergen, A., Hobma, S., Sipers, W., Daniel, R., Habets, H., Crasborn, L., Kempen, G. I. Frail elderly people living at home; effects of an interdisciplinary primary care programme. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 2014; 158:A7355-A7355. Verfügbar unter: https://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citation_ids=citjournalarticle_437115_7.
 38. Reckrey JM, Brody AA, McCormick ET, DeCherrie LV, Zhu CW, Ritchie CS et al. Rationale and design of a randomized controlled trial of home-based primary care versus usual care for high-risk homebound older adults. *Contemporary Clinical Trials* 2018; 68:90–4. doi: 10.1016/j.cct.2018.03.011.
 39. Brazil K, Cardwell C, Carter G, Clarke M, Corry DAS, Fahey T et al. Anticipatory care planning for community-dwelling older adults at risk of functional decline: a feasibility cluster randomized controlled trial. 1471-2318 2022; 22(1):452. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-022-03128-x>.
 40. Corry DAS, Doherty J, Carter G, Doyle F, Fahey T, O'Halloran P et al. Acceptability of a nurse-led, person-centred, anticipatory care planning intervention for older people at risk of functional decline: A qualitative study. *PLOS ONE* 2021b; 16(5):e0251978. Verfügbar unter: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0251978>.
 41. Corry DAS, Carter G, Doyle F, Fahey T, Gillespie P, McGlade K et al. Successful implementation of a trans-jurisdictional, primary care, anticipatory care planning intervention for older adults at risk of functional decline: interviews with key health professionals. 1472-6963 2021a; 21(1):871. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-021-06896-1>.
 42. Voruganti T, Grunfeld E, Jamieson T, Kurahashi AM, Lokuge B, Krzyzanowska MK et al. My Team of Care Study: A Pilot Randomized Controlled Trial of a Web-Based

- Communication Tool for Collaborative Care in Patients With Advanced Cancer. *J Med Internet Res* 2017; 19(7):e219. doi: 10.2196/jmir.7421.
43. Federman AD, Brody A, Ritchie CS, Egorova N, Arora A, Lubetsky S et al. Outcomes of home-based primary care for homebound older adults: A randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2023; 71(2):443–54. doi: 10.1111/jgs.17999.
 44. Sekanina U, Tetzlaff B, Mazur A, Huckle T, Kühn A, Dano R et al. Interprofessional collaboration in the home care setting: perspectives of people receiving home care, relatives, nurses, general practitioners, and therapists-results of a qualitative analysis. *BMC Prim Care* 2024; 25(1):79. doi: 10.1186/s12875-024-02313-8.
 45. Statistisches Bundesamt. Mehr Pflegebedürftige; 2024 [Stand: 17.01.2024]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html>.
 46. Waltz TJ, Powell BJ, Fernández ME, Abadie B, Damschroder LJ. Choosing implementation strategies to address contextual barriers: diversity in recommendations and future directions. *Implement Sci* 2019; 14(1):42. doi: 10.1186/s13012-019-0892-4.
 47. Görres S, Warfelmann C, Meinecke P, Riemann M. Perspektivenwerkstatt - Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP): Abschlussbericht für das ZQP. Bremen: Universität Bremen; 2018.
 48. Erdmann J, Götz K. Kooperation zwischen Hausärzt* innen und ambulanten Pflegediensten—eine qualitative Studie. *Historischer Tiefstand* 2022:184.
 49. Reeves S., Pelone F., Harrison R., Goldman J., Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; (6). doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
 50. D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, San Martín-Rodríguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res* 2008; 8(188). doi: 10.1186/1472-6963-8-188.
 51. Zimansky M, Ceylan B, Klukas E, Hamacher M, van de Sand H, Gustaevel M et al. Interprofessionelle Zusammenarbeit von Hausärzt_innen und Pflegefachpersonen in der Primärversorgung. *Pflege* 2023. doi: 10.1024/1012-5302/a000942.
 52. Coninck L de, Declercq A, Bouckaert L, Döpp C, Graff MJL, Aertgeerts B. The willingness and barriers to collaborate in the care of frail older adults: perspectives of primary care professionals. *BMC Geriatr* 2023; 23(1):488. Verfügbar unter: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-023-04163-y>.
 53. Schneider E, Petersen JJ, Schulz-Rothe S, Gerlach FM, Rossmann T, Siebenhofer A et al. [Interprofessional Care of Patients with Rheumatoid Arthritis from the Perspective of a General Practitioner Perspective: Results of a Cross-sectional Study]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 2020; 83(2):e1-e8. Verfügbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32557446/>.
 54. Wieser H, Piccoliori G, Siller M, Comploj E, Stummer H. Living on the Own Island? Aligned Collaboration Between Family Physicians, Nurses, Dieticians, and Patients With Diabetes Type 2 in an Outpatient Care Setting in Northern Italy: Findings From a Qualitative Study. *Global advances in health and medicine* 2020; 9:2164956120946701. Verfügbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33224632/>.
 55. Grol SM, Molleman GRM, Wensing M, Kuijpers A, Scholte JK, van den Muijsenbergh MTC et al. Professional Care Networks of Frail Older People: An Explorative Survey Study from the Patient Perspective. *International journal of integrated care* 2020; 20(1):12. Verfügbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32292310/>.

56. Schmitz C, Atzeni G, Berchtold P. Challenges in interprofessionalism in Swiss health care: the practice of successful interprofessional collaboration as experienced by professionals. *Swiss Med Wkly* 2017; 147(4344):w14525. Verfügbar unter: <https://www.smw.ch/index.php/smw/article/view/2394>.
57. Gerber M, Kraft E, Bosshard C. Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. *Schweiz Ärztztg* 2018. doi: 10.4414/saez.2018.17276.
58. CCM-Landkreis Tübingen. Universitätsklinikum Tübingen: Aufbau eines Primärversorgungsnetzwerkes durch das Angebot eines Case- und Care Managements für ärztliche Praxen im ländlichen Raum; 2023 [Stand: 29.12.2023]. Verfügbar unter: <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/institute/allgemeinmedizin/forschung/forschungsprojekte/ccm-tue>.
59. IGES. Verbesserte Koordinierung in der ambulanten Pflege; 2021 [Stand: 29.12.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/R/Resortforschung/IGES_Institut_Zwischenbericht_Effizienzpotentiale_U5283-barrierefrei-korr.pdf.
60. TeleCare. Universitätsklinikum Tübingen: Etablierung und Evaluation von „TeleCare“: Einführung einer digitalen interprofessionellen Visite zwischen Pflegedienst, hausärztlicher Praxis und Patientinnen und Patienten zur Verbesserung der Versorgung und der Patientensicherheit; 2023 [Stand: 29.12.2023]. Verfügbar unter: <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/institute/gesundheitswissenschaften/pflegewissenschaft/forschungsprojekte/versorgungsforschung-und-digitalisierung-pflege/telecare>.
61. G-BA Innovationsfonds. STAY@HOME-TREAT@HOME – Aufbau eines telemedizinisch unterstützten transsektoralen Kooperationsnetzwerkes von der Nachbarschaftshilfe bis zur Notfallversorgung für ambulante Pflegeempfangende - G-BA Innovationsfonds; 2024 [Stand: 16.02.2024]. Verfügbar unter: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/stayathome-treatathome-aufbau-eines-telemedizinisch-unterstuetzten-transsektoralen-kooperationsnetzwerkes-von-der-nachbarschaftshilfe-bis-zur-notfallversorgung-fuer-ambulante-pflegeempfangende.506>.
62. Comm4Care. aQua- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.; 2023 [Stand: 29.12.2023]. Verfügbar unter: <https://www.aqua-institut.de/projekte/comm4care>.
63. Steihaug S, Paulsen B, Melby L. Norwegian general practitioners' collaboration with municipal care providers - a qualitative study of structural conditions. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2017; 35(4):344–51. doi: 10.1080/02813432.2017.1397264.
64. Oosterveld-Vlug MG, Custers B, Hofstede J, Donker GA, Rijken PM, Korevaar JC et al. What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliat Care* 2019; 18(1):96. Verfügbar unter: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-019-0485-7>.
65. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *1472-6963* 2017; 17(1):88. Verfügbar unter: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2031-8?report=reader>.

66. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of health care interventions: A theoretical framework and proposed research agenda. *British J Health Psychol* 2018; 23(3):519–31. doi: 10.1111/bjhp.12295.
67. Farooq MB, Villiers C de. Telephonic qualitative research interviews: when to consider them and how to do them. *MEDAR* 2017; 25(2):291–316. doi: 10.1108/MEDAR-10-2016-0083.
68. Yom M, Wilhelm T, Holzmüller H. Online-Fokusgruppen als innovative Methode zur nutzerbasierten Beurteilung der Web Usability. In: Szwillus G, Ziegler J, Hrsg. *Mensch & Computer 2003*. Wiesbaden: Vieweg+Teubner Verlag; 2003. S. 207–18 (Berichte des German Chapter of the ACM).
69. Skinner MS, Veenstra M, Sogstad M. Nurses' assessments of horizontal collaboration in municipal health and care services for older adults: A cross-sectional study. *Research in Nursing & Health* 2021; 44(4):704–14. doi: 10.1002/nur.22144.
70. VanDevanter N, Dorsen CG, Messeri P, Shelley D, Person A. Oral health care and smoking cessation practices of interprofessional home care providers for their patients with HIV. *J Interprof Care* 2012; 26(4):339–40. doi: 10.3109/13561820.2012.676107.
71. Mertens F, Gendt A de, Deveugele M, van Hecke A, Pype P. Interprofessional collaboration within fluid teams: Community nurses' experiences with palliative home care. *J Clin Nurs* 2019; 28(19-20):3680–90. doi: 10.1111/jocn.14969.
72. Dolu İ, Naharcı Mİ, Logan PA, Paal P, Vaismoradi M. Transitional 'hospital to home' care of older patients: healthcare professionals' perspectives. *Scand J Caring Sci* 2021; 35(3):871–80. doi: 10.1111/scs.12904.
73. Northwood M, Ploeg J, Markle-Reid M, Sherifali D. Home-Care Nurses' Experiences of Caring for Older Adults With Type 2 Diabetes Mellitus and Urinary Incontinence: An Interpretive Description Study. *SAGE Open Nursing* 2021; 7:23779608211020977. doi: 10.1177/23779608211020977.

11. Anhang

Versorgungskonzept	
Anhang 1:	Konzeptentwicklung
Anhang 2:	Handbuch
Anhang 3:	Präsentation- Auftaktreffen
Anhang 4:	Hinweisblatt BigBlueButton
Anhang 5:	Pseudonymisierungsregeln
Anhang 6:	Beobachtungs- und Shadowingreporte
Anhang 7:	Datenextraktionstabelle der eingeschlossenen Studien 2021 (WP1)
Anhang 8:	Questionnaire – Survey (WP4)
Anhang 9:	Kategoriensystem gemischte Fokusgruppen
Anhang 10:	Iteratives Logisches Modell
Anhang 11:	Primäre Suchstrategie 2022 (WP1)
Anhang 12:	Ein- und Ausschlusskriterien 2022
Anhang 13:	Flowchart 2022
Anhang 14:	Charakteristika der eingeschlossenen Studien 2022 (WP1)
Anhang 15:	Beurteilung der Evidenz nach GRADE 2022 (WP1)
Anhang 16:	Bewertung des Verzerrungsrisikos (WP1)

12. Anlagen

Rekrutierung/Anschreiben	
Anlage 1:	Informationsflyer alle Beteiligte
Anlage 2:	Kurzinformation - Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige für Pflegedienste, Hausärzt*innen; Selbsthilfegruppen
Anlage 3:	Aushang an Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige für Survey - (WP4)
Anlage 4:	Aushang an Pflegedienste für Survey mit QR-Code - (WP4)
SOP	
Anlage 5:	SOP-Rekrutierung von Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige für Interviews - (WP2)
Anlage 6:	SOP-Datenerhebung von Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige für Interviews - (WP2)
Anlage 7:	SOP-Rekrutierung von Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen für Fokusgruppen - (WP2, WP5)
Anlage 8:	SOP-Datenerhebung von Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen für monoprofessionelle Fokusgruppen - (WP2)
Anlage 9:	SOP-Datenerhebung für Survey – (WP4)
Anlage 10:	SOP-Datenerhebung von Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen für „gemischte“ Fokusgruppen - (WP5)
Informationsschreiben	
Anlage 11:	Information Interview für Personen mit Pflegebedarf - (WP2)
Anlage 12:	Information Interview für An-/Zugehörige - (WP2)
Anlage 13:	Information Interview für gesetzliche Betreuer*innen - (WP2)
Anlage 14:	Information Interview für Vertreter*innen GKV/PKV- (WP2)
Anlage 15:	Information monoprofessionelle Fokusgruppe für Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen - (WP2)
Anlage 16:	Information Beobachtungen für alle Beteiligte - (WP3)
Anlage 17:	Information Shadowings für Pflegefachpersonen - (WP3)
Anlage 18:	Information Survey für alle Beteiligte - (WP4)
Anlage 19:	Information Gemischte Fokusgruppen für Personen mit Pflegebedarf - (WP5)
Anlage 20:	Information Gemischte Fokusgruppen für An-/Zugehörige - (WP5)
Anlage 21:	Information Gemischte Fokusgruppen für Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen ¹ - (WP5)
Anlage 22:	Information Interview für Personen mit Pflegebedarf - (WP3)
Anlage 23:	Information Interview für An-/Zugehörige - (WP3)
Anlage 24:	Information Interview für Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen ¹ - (WP3)
Anlage 25:	Information Expert*innenworkshop - (WP6)
Einwilligungen	
Anlage 26:	Einwilligung zum Interview mit Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige, Vertreter*innen GKV/PKV- (WP2)
Anlage 27:	Einwilligung zum Interview mit Personen mit Pflegebedarf für gesetzliche Betreuer*innen - (WP2)
Anlage 28:	Einwilligung zu monoprofessionellen Fokusgruppen für Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen- (WP2)
Anlage 29:	Einwilligung zum Interview Beobachtungen für alle Beteiligten - (WP3)
Anlage 30:	Einwilligung zum Interview für alle Beteiligten - (WP3)

Anlage 31:	Einwilligung zum Shadowing für Pflegefachpersonen- (WP3)
Anlage 32:	Einwilligung zum Survey - Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige, Pflegedienstleitungen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen – (WP4)
Anlage 33:	Einwilligung zu „gemischten“ Fokusgruppen für alle Beteiligten – (WP5)
Anlage 34:	Einwilligung zum Expert*innenworkshop für Expert*innen - (WP6)
Demografiebogen	
Anlage 35:	Demografiebogen - Personen mit Pflegebedarf
Anlage 36:	Demografiebogen - An-/Zugehörige
Anlage 37:	Demografiebogen - Pflegefachpersonen
Anlage 38:	Demografiebogen - Hausärzt*innen
Anlage 39:	Demografiebogen - Therapeut*innen
Anlage 40:	Demografiebogen – Vertreter*innen GKV/PKV
Leitfäden	
Anlage 41:	Leitfaden für Interview mit Personen mit Pflegebedarf- (WP2)
Anlage 42:	Leitfaden für Interview mit An-/Zugehörige - (WP2)
Anlage 43:	Leitfaden für Interview mit Vertreter*innen GKV/PKV - (WP2)
Anlage 44:	Leitfaden für monoprofessionelle Fokusgruppe mit Pflegefachpersonen - (WP2)
Anlage 45:	Leitfaden für monoprofessionelle Fokusgruppe mit Hausärzt*innen - (WP2)
Anlage 46:	Leitfaden für monoprofessionelle Fokusgruppe mit Therapeut*innen - (WP2)
Anlage 47:	Themenbereiche für Interviews, Beobachtungen, Shadowings - (WP3)
Anlage 48:	Leitfaden für Gemischte Fokusgruppe mit allen Beteiligten - (WP5)
Anlage 49:	Leitfaden für Expert*innenworkshop mit Expert*innen - (WP6)
Fragebogen	
Anlage 50:	Survey - Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige - (WP4)
Anlage 51:	Survey - Pflegefachpersonen - (WP4)
Anlage 52:	Survey - Hausärzt*innen - (WP4)
Anlage 53:	Survey - Therapeut*innen - (WP4)



interprof HOME

**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung
zu Hause**

interprof HOME Konzeptentwicklung

**Dieses Dokument beschreibt die Entwicklung des Versorgungskonzepts
interprof HOME und stellt dabei die Komponenten und Implementierungshilfen
vor.**

Version 1
23.01.2024

Inhalt

Inhalt	2
1. Hintergrund und Projektziele	3
2. Interventionsentwicklung	3
3. Das Versorgungskonzept <i>interprof</i> HOME	7
3.1. Auftakt-Treffen	9
3.2. Benennung & Stärkung einer koordinierenden Person	10
3.3. Digitales Kommunikationssystem (Messenger)	11
3.4. Sondertelefonnummer	12
3.5. Gemeinsamer Hausbesuch	13
3.6. Gemeinsame Besprechungen	15
4. Fazit und Ausblick	16
5. Literatur	18

1. Hintergrund und Projektziele

Die Studie *interprof HOME* befasste sich mit der häuslichen Versorgung von Personen mit Pflegebedarf (PMP), in der neben An- und Zugehörigen (ANG) auch Hausärzt*innen (HÄ), Pflegefachpersonen (PP) von ambulanten Pflegediensten und Therapeut*innen (TH) (Logopäd*innen, Physio- und Ergotherapeut*innen) tätig sind. Der Blick richtete sich dabei vor allem auf die Zusammenarbeit zwischen den Professionen, die im häuslichen Setting eine relevante Bedeutung annehmen kann. Laut des Statistischen Bundesamts gab es zum Jahresende 2021 ca. 5 Millionen Menschen mit Pflegebedarf in Deutschland (1). Die Tendenz einer Erhöhung dieser Zahl steigt. Fünf von sechs Personen mit Pflegebedarf (4,17 Millionen) werden in ihrer Häuslichkeit durch An-/Zugehörige versorgt, wobei ca. 1 Million die partielle bzw. vollständige Unterstützung eines ambulanten Pflege- und Betreuungsdienstes erhalten (ebd.). Somit ist die Häuslichkeit auch als Versorgungssetting zu betrachten, das Kriterien der Bedarfs- und Personenzentrierung für eine hochqualitative Versorgung erfüllen soll (2). Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist eins dieser Kriterien (3). Studien zeigen, dass die interprofessionelle Kommunikation und Kooperation zwischen den zuständigen Versorger*innen verbesserungsbedürftig sind (4) und möglicherweise Mitverantwortung für ambulant sensitive Krankenhauseinweisungen tragen (5). Die genauen hinderlichen und förderlichen Faktoren für eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung in Deutschland sind empirisch wenig untersucht. Ein Versorgungskonzept, das basierend auf diesen Faktoren entwickelt wird, könnte zur Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung beitragen.

Vor diesem Hintergrund waren die Hauptziele der Studie:

1. die Exploration des Feldes häusliche Versorgung, um Perspektiven von professionell Versorgenden sowie von Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen über die interprofessionelle Zusammenarbeit und ihre Einflussfaktoren zu erschließen.
2. die Entwicklung eines personenzentrierten interprofessionellen Versorgungskonzepts für die Verbesserung der pflegerischen, hausärztlichen und therapeutischen Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung, die zukünftig auf Ihre Wirksamkeit getestet werden kann.

2. Interventionsentwicklung

Die gesetzten Ziele wurden im Rahmen eines Mixed-Methods Designs und in Anlehnung an das MRC-Framework (6) für die Entwicklung komplexer Interventionen verfolgt. Das Mixed-Methods Design umfasste sechs Arbeitspakete (WP= Workpackages), die z.T. parallel und z.T. nacheinander umgesetzt wurden (s. Beschreibung des Designs im Ergebnisbericht unter Methodik, Kapitel 5). Abbildung 1 bietet einen Überblick über das Studiendesign und ihre Arbeitspakete:

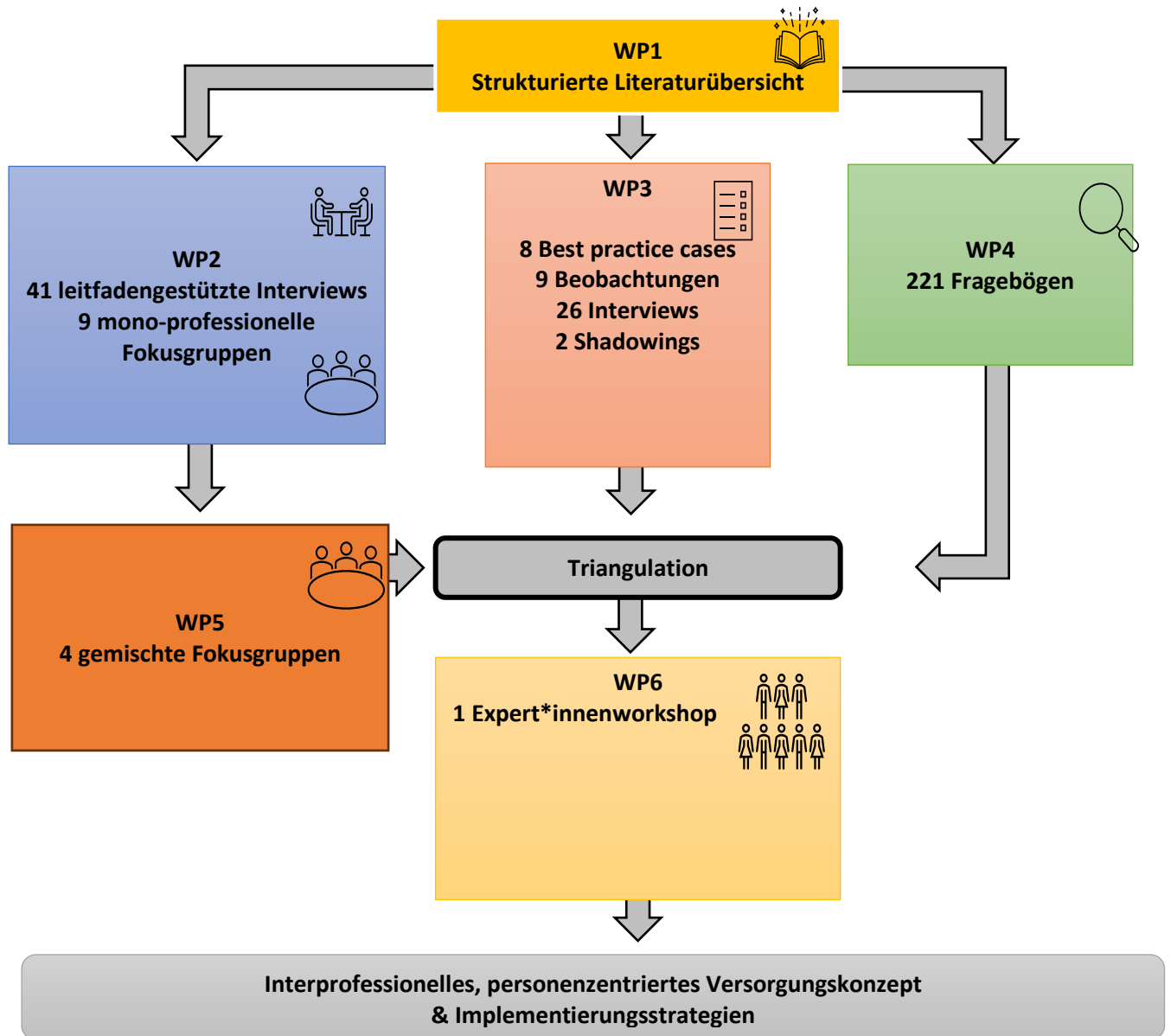


Abbildung 1: Mixed-Methods Design für die Entwicklung von interprof HOME

WP1 (strukturierte Literaturrecherche): Eine strukturierte Literaturrecherche eröffnete die Arbeiten, um die Evidenzlage zu Perspektiven, Interventionen oder Strategien zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ), generiert in internationalen (verfügbar auf Englisch) und nationalen Studien (verfügbar auf Deutsch), zu identifizieren. Die Recherche erfolgte in den Datenbanken Cochrane Library, PubMed, EMBASE, CINAHL, Psycinfo u. a. mithilfe der Suchbegriffen *ambulatory care*, *home care*, *interprofessional collaboration*, *interprofessional relations*, *patient perception*, *patient experiences*. Insgesamt wurden 28 Studien eingeschlossen, davon erfüllten fünf quantitative und 19 qualitative Studien

die Ziele der Recherche. Die weiteren vier Paper waren jeweils eine Mixed-Methods Studie, ein Scoping Review, eine realistische Synthese und eine Fallstudie. Die eingeschlossenen Studien haben insgesamt alle von uns untersuchten Perspektiven adressiert. Die Erkenntnisse aus diesem Arbeitsschritt haben dazu beigetragen, Klarheit über methodologische Entscheidungen bezogen auf die Entwicklung von Leitfäden und Fragebögen zu gewinnen.

WP2 (Interviews und monoprofessionelle Fokusgruppen): Basierend auf den Ergebnissen der Literaturrecherche wurden semistrukturierte, themenzentrierte Interview-Leitfäden für die telefonischen Gespräche mit PMP und ANG entwickelt. Sie umfassten die Themen: Aktuelle Versorgung in der Häuslichkeit, Versorgung durch die jeweiligen beteiligten Berufsgruppen (HÄ, TH und PP), interprofessionelle Zusammenarbeit, Personenzentrierung, Erfahrungen mit der Versorgung während der COVID-19-Pandemie sowie Vorstellungen von einer idealen interprofessionellen häuslichen Versorgung. Diese Leitfäden wurden immer von erzählgenerierenden Fragen eingeführt und von spezifischen Nachfragen ergänzt, wenn notwendig. Zu diesem Arbeitspaket gehörte ebenfalls die standortübergreifende Durchführung von monoprofessionellen online Fokusgruppen mit jeweils HÄ, TH und PP, à 6 bis 8 Teilnehmenden. Hinderliche und förderliche Faktoren für die aus Sicht der Befragten gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit in der Häuslichkeit wurden zum Hauptthema der Fokusgruppen.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung wurde von den Teilnehmenden als unterschiedlich wahrgenommen. Einige erlebten keine oder seltene Zusammenarbeit, während andere eine differenzierte Wahrnehmung hatten. Koordinationsarbeit, Informationsaustausch und gemeinsame Zusammenarbeit waren zentrale Anteile der Zusammenarbeit, wobei persönliche Bekanntschaften und strukturelle Bedingungen die Zusammenarbeit beeinflussten. Die Koordination von Terminen und Verordnungen wurde als anspruchsvoll, aber notwendig empfunden, und wurden oft von PMP, ANG oder bei deren Überlastung von den PP übernommen. Der Informationsaustausch wurde als entscheidend für die optimale Versorgung betrachtet, wobei PMP und ANG oft als Vermittler fungierten. Direkter Austausch zwischen den professionellen Akteuren war selten, fand aber in komplexen Versorgungssituationen, z.B. bei Symptomverschlechterung, statt. Persönliche Faktoren, wie Bekanntheit und Anerkennung von Fachlichkeit, spielten eine wichtige Rolle in der Zusammenarbeit. Strukturelle Bedingungen, wie die Erreichbarkeit, finanzielle und zeitliche Beschränkungen sowie die Fragmentierung der Versorgung dadurch, dass in einer Region mehrere Pflegedienste, Ärzt*innen- und Therapeut*innenpraxen für die PMP zuständig sind, beeinflussten jedoch die Effektivität der Zusammenarbeit.

Die Ergebnisse fließen in die Entwicklung der Leitfäden für die gemischten Fokusgruppen (WP5) ein.

WP3 (Best Practice Cases): Die Exploration des Feldes hinsichtlich der Perspektiven zu möglichen Einflussfaktoren auf die interprofessionelle Zusammenarbeit erfolgte ebenfalls anhand der beobachteten Interaktionen von „best practice cases“ in der Häuslichkeit und shadowings der Versorgungsroutine von Pflegefachpersonen. Insgesamt wurden 8 „best practice cases“ mithilfe von 9 Beobachtungen von Hausbesuchen, 26 Interviews und 2 shadowings begleitet und analysiert. Die Auswertung der Daten in diesem Arbeitspakt ergab, dass PMP und/oder ihre ANG entscheidend für die Koordination der „best practice cases“ sind. Zwei Typen der Koordinierungsarbeit wurden identifiziert: Im ersten Typ wählen PMP/ANG professionell Versorgende, die ihre Anforderungen an die Versorgung entsprechen und in der Lage sind, notwendige Beziehungen zwischen den an der Versorgung beteiligten Personen zu pflegen. Im zweiten Typ sind PMP/ANG diejenigen Personen, die Versorgungsprozesse und Aufgaben innerhalb des Versorgungsteams koordinieren, damit die Kooperation reibungslos funktionieren kann.

WP4 (Survey): Parallel wurde ein Survey konzipiert und durchgeführt, um interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht von PMP/ANG, HÄ, PP und TH zu untersuchen. Der Fragebogen wurde von 37 PMP/ANG, 33 HÄ, 70 PP und 81 TH ausgefüllt. PMP/ANG waren nicht zufrieden mit der Zusammenarbeit und den Absprachen zwischen den involvierten Berufsgruppen und gaben an, die Versorger*innen würden ihren Interessen und Bedürfnissen nicht entsprechen („unzufrieden“: 46%, „sehr unzufrieden“: 8%). Pflegefachpersonen, Hausarzt*innen und Therapeut*innen schätzen die interprofessionelle Kommunikation mehrheitlich als einen sehr wichtigen Bestandteil ihrer jeweiligen beruflichen Praxis (PP: 55%, HÄ: 54%, TH: 48%). Vorschläge für die Stärkung der interprofessionellen Kommunikation waren u.a. die Nutzung einer Sondertelefonnummer, Videokonsultationen sowie gemeinsame Hausbesuche. Die Implementierung dieser Vorschläge in die Versorgungspraxis sehen die Befragten aufgrund von knappen Zeitressourcen und Personal jedoch kritisch.

WP5 (gemischte Fokusgruppen): Die Ergebnisse des Arbeitspakets 2 flossen in die Konzipierung des Arbeitspakets 5 hinein. Darauf basierend wurde ein Leitfaden für die gemischten Fokusgruppen entwickelt, der die Erarbeitung von Ideen zur Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie ihrer Implementierung als Hauptziel verfolgte. Durchgeführt wurden insgesamt vier gemischte Fokusgruppen, an denen insgesamt 7 PMP, 7 ANG, 8 PP, 6 HÄ und 9 TH (4 Ergotherapeut*innen, 2 Physiotherapeut*innen und 3 Logopäd*innen) teilnahmen. Die Größe der jeweiligen Gruppen variierte zwischen 8 und 10 Teilnehmenden.

WP6 (Expert*innenworkshop): Die Hauptergebnisse der Datenanalyse in den Arbeitspaketen 2 bis 5 wurden aufbereitet und an die Expert*innen als postalisches Dokument zugesendet. Die im Vorfeld zugesendete Zusammenfassung der Hauptbefunde diente der

Vorbereitung der Expert*innenrunde auf den Workshop. Insgesamt haben 25 Expert*innen an der Veranstaltung teilgenommen: 3 PMP, 2 ANG, 7 PP, 4 HÄ, 2 TH und 7 weitere Berufsgruppen, wie Vertreter*innen von Krankenkassen, medizinische Fachangestellte etc.). Das Ziel des zweitägigen Workshops war es vier Hauptergebnisfelder zu diskutieren:

1. Kompetenzerweiterung, Weiterbildung
2. Koordination, Planung von gemeinsamen Hausbesuchen
3. Analoge Kommunikation, Dokumentation und Terminkoordination
4. Digitale Kommunikation, Dokumentation und Terminkoordination

Die folgenden Maßnahmen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit und der personenzentrierten Versorgung wurden von den Expert*innen genannt:

1. Zuweisung der koordinierenden Rolle an die pflegebedürftige Person oder deren An-/Zugehörige,
2. Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit auf regionaler Ebene,
3. Einführung einer Telefonnummer, die von allen Beteiligten in gemeinsam definierten Situationen genutzt werden kann, in denen dringende gemeinsame Abklärungen notwendig sind (z. B. wenn die*der Hausärzt*in die Pflegefachperson direkt informieren möchte oder umgekehrt),
4. ein digitales Kommunikationssystem,
5. regelmäßige gemeinsame Hausbesuche mit allen Beteiligten (PMP, ANG, PP, HA, ggf. TH)
6. anlassbezogene Treffen der beteiligten Fachkräfte, zu denen auch die Person mit Pflegebedarf und/oder ihre An-/zugehörigen eingeladen werden.

Es wurden die Faktoren erörtert, die die Umsetzung dieser Maßnahmen unterstützen oder behindern. So wurden z. B. gegenseitige Vertrautheit und Vertrauen zwischen den beteiligten Versorger*innen, der Person mit Pflegebedarf und ihrer An-/Zugehörigen als förderlich für die Versorgung angesehen. Auch finanzielle Anreize, z. B. für die Teilnahme an gemeinsamen Hausbesuchen oder die Übernahme von Koordinationsaufgaben, wurden als förderlich empfunden. Bei digitalen Kommunikationssystemen müssen Datenschutzbestimmungen geklärt und beachtet werden. Personen mit Pflegebedarf äußerten die Befürchtung, dass die Teilnahme an digitaler Kommunikation, insbesondere an digitalen Besprechungen, zu einer Belastung werden könnte.

3. Das Versorgungskonzept *interprof*HOME

Mithilfe des beschriebenen Studiendesigns und der Datenanalyse entstand das *interprof* HOME Versorgungskonzept aus einer überwiegend empirischen Basis. Durch die Berücksichtigung der multiplen Perspektiven der beteiligten Akteur*innen sowie die Einschätzung der Plausibilität bzw. Praxistauglichkeit der Ergebnisse im Rahmen des

Expert*innenworkshops hat die Entwicklung einen partizipativen Charakter. Das Versorgungskonzept spricht somit Aspekte der Versorgungsroutine an, die sich als relevant für die Gestaltung der Versorgung aus Sicht der professionellen aber auch der nicht professionellen Personen herausstellten.

Interprof HOME besteht aus den folgenden sechs Maßnahmen:

- Auftakt-Treffen
- Benennung & Stärkung einer koordinierenden Person
- Digitales Kommunikationssystem (Messenger)
- Sondertelefonnummer
- Gemeinsamer Hausbesuch
- Gemeinsame Besprechungen

Die Koordination von Aufgaben und der Kommunikation zwischen den an der Versorgung beteiligten Personen ist ein wichtiges Handlungsfeld. Im Konzept *interprof* HOME übernehmen zwei Personen koordinierende und kommunikative Aufgaben: Die Pflegefachperson und die koordinierende Person.

- Die Pflegefachperson ist für die Zusammenkünfte im Versorgungsteam zuständig. Sie trägt im Rahmen ihres Aufgabenbereichs u.a. Verantwortung für die Festlegung von Terminen für einen gemeinsamen Hausbesuch und ggf. die gemeinsamen Besprechungen. Sie übernimmt Moderation und Dokumentation von Besprechungen sowie die Unterstützung der koordinierenden Person (für detailliertere Beschreibung s. Anhang Handbuch, S. 7).
- Die koordinierende Person übernimmt organisatorische Aufgaben, die die Person mit Pflegebedarf direkt betreffen. Beispiele hierfür sind die Organisation und das Abholen von Rezepten, Vereinbarung von Terminen mit Ärzt*innen und Therapeut*innen, Weiterleitung von Befunden und Berichten und die Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragen. Eine wichtige Aufgabe der koordinierenden Person ist die Identifizierung, Besprechung und Weitergabe von Anliegen und Ziele der PMP an das Versorgungsteam. Bei der Durchführung dieser Aufgaben wird die koordinierende Person vom Versorgungsteam unterstützt, wenn erwünscht (für detailliertere Beschreibung s. Anhang Handbuch, S. 12).

Im Folgenden werden die sechs Maßnahmen vom Versorgungskonzept *interprof* HOME in Details beschrieben.

3.1. Auftakt-Treffen

Das Auftakt-Treffen mit allen Beteiligten des individuellen Versorgungsteams (Person mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige, Pflegefachperson, Hausärzt*in, Therapeut*in) ist der erste Schritt bei der Etablierung einer optimierten interprofessionellen Zusammenarbeit in der Häuslichkeit. Es findet im ersten Monat nach Studieneinschluss digital als Videokonferenz oder vor Ort statt und dauert max. 2 Stunden. Neben dem persönlichen Kennenlernen verfolgt dieses Treffen das Ziel, Zuständigkeiten im Versorgungsteam zu klären, die Formen der Zusammenarbeit zu besprechen und das Vorgehen beim Einbeziehen der Person mit Pflegebedarf und deren An-/Zugehörigen in die Versorgung abzustimmen. Zudem sollen die Termine für den gemeinsamen Hausbesuch und ggf. die erste gemeinsame Besprechung festgelegt werden, die weitere Komponenten des Konzepts sind (s. jeweils Abschnitte 3.5 und 3.6). Die Umsetzung der weiteren Komponenten wird nach einem vorgegebenen Schema (s. Anhang PPT Auftakt-Treffen) im Versorgungsteam besprochen und dokumentiert.

Umsetzung der Komponente „Auftakt-Treffen“

- Die Kontaktaufnahme mit allen Teilnehmenden des Versorgungsteams ist der erste Schritt. Das Studienteam übernimmt diese Aufgabe mithilfe der Kontaktliste des Versorgungsteams, die anlässlich der Rekrutierung, Aufklärung und Einwilligung bereits erstellt wurde (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 1 Kontaktliste). Neben den Namen und Funktionen beinhaltet die Liste die Telefonnummer und E-Mail-Adresse der professionellen Versorger*innen und ggf. der An-/Zugehörigen. Das Studienteam nimmt dann telefonischen Kontakt zu den Personen auf, um weitere Informationen einzuholen, wie eventuell bereits bestehende Sondertelefonnummern und ggf. geeignete Zeiträume für Besprechungen in Erfahrung zu bringen (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 2 Kontaktliste Versorgungsteam). Ein Zeitpunkt für das Auftakt-Treffen wird durch das Studienteam nach Rücksprache mit den beteiligten Personen telefonisch oder online, ggf. mit Hilfe eines Terminfindungstools (z.B. DFN-Terminplaner¹) vereinbart.
- Das Treffen findet entweder in Präsenz, falls geeignete Räumlichkeiten vorhanden sind und die Mehrzahl der Beteiligten es wünschen, oder online als Videokonferenz statt. Zu den geeigneten Räumlichkeiten für ein Präsenztreffen zählen z. B. Besprechungsräume in der Hausarztpraxis oder bei dem Pflegedienst, die über die notwendige Technik verfügen (wie WLAN-Verbindung und Beamer). Sollte das Treffen als online Veranstaltung stattfinden, richtet das Studienteam eine Videokonferenz auf einer datenschutzkonformen Plattform ein (z. B. BigBlueButton). Die Teilnehmenden werden

¹ <https://rz.uni-greifswald.de/dienste/webdienste/foodle/>

dazu eingeladen, wobei sie über die Datenschutzbestimmungen informiert werden (s. Anhang DSGVO und BigBlueButton-Hinweiblatt). Falls die Personen mit Pflegebedarf oder die An-/Zugehörigen nicht in der Lage sind, eigenständig an der Videokonferenz teilzunehmen, wird eine Unterstützung durch das Studienteam angeboten. Hierzu fährt ein*e Studienmitarbeiter*in in die Häuslichkeit, um mittels eines Tablets mit mobilen Daten den Zugang zu gewährleisten.

- Die Moderation des Treffens erfolgt durch ein*e Mitarbeiter*in des jeweiligen Studienteams. Die Pflegefachperson wird gebeten das Protokoll (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 3 Auftakt-Treffen) zu führen, da sie die Organisation und Moderation des nächsten Treffens (gemeinsamer Hausbesuch) übernehmen wird.
- Während des Auftakt-Treffens werden alle sechs Komponenten nacheinander vorgestellt und festgelegt, welche Punkte für die Einführung der Komponenten wichtig sind und welche Person die einzelnen Aufgaben übernehmen wird. Die Vorstellung erfolgt mittels der vom Studienteam bereits vorbereiteten PowerPoint-Präsentation (s. Anhang PPT Auftakt-Treffen). Das Ergebnis dieses Abschnitts wird in einem Protokoll (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 3 Auftakt-Treffen) festgehalten.

3.2. Benennung & Stärkung einer koordinierenden Person

Beim Auftakttreffen werden die allgemeinen Aufgaben bei der Koordination der Versorgung der Person mit Pflegebedarf (z. B. Rezeptabholung, Medikamentenbesorgungen, Terminkoordination mit Hausärzt*innen/Therapeut*innen, Beantragung Behindertenausweis, usw.) benannt. Für die gezielte Übernahme dieser Aufgaben wird eine koordinierende Person im Versorgungsteam bestimmt. Die Benennung der koordinierenden Person als eine von sechs Interventionskomponenten hat zum Ziel, Transparenz zu schaffen. Allen Beteiligten soll ersichtlich werden, welche Person die primäre Koordination der Versorgung übernimmt und welche Herausforderungen damit einhergehen. Es ist die Aufgabe der anderen Teammitglieder, die koordinierende Person zu unterstützen. Sollte diese Rolle durch die Person mit Pflegebedarf oder eine An-/Zugehörige übernommen werden, ist es die Aufgabe der anderen Teammitglieder, die koordinierende Person auch zu entlasten bzw. zu stärken. Weiterhin wird festgelegt, welche Person als Vertretung fungieren kann. Die verantwortliche Person, die die koordinierende Rolle übernimmt, sowie eine Vertretung, werden in einem Formblatt (Formblatt 3) dokumentiert, welches allen Beteiligten zur Verfügung gestellt wird. Dies geschieht analog mithilfe der *interprof* HOME-Mappe, die in der Häuslichkeit zu finden und allen zugänglich ist, aber auch digital, in dem das Formblatt über den Messengerdienst (siehe Maßnahme digitales Kommunikationssystem, S. 11) an die anderen Teilnehmenden als Scan oder Bild geschickt wird.

Umsetzung der Komponente „Koordinierende Person“

- Im Rahmen des Auftakt-Treffens werden die Ziele und die Relevanz dieser Komponente vorgestellt (siehe Anhang PPT Auftakt-Treffen).
- Vor dem gemeinsamen Hausbesuch (siehe gemeinsamer Hausbesuch, S. 14) oder einer gemeinsamen Besprechung (siehe gemeinsame Besprechung, S. 15) bespricht die koordinierende Person mit der Person mit Pflegebedarf deren Anliegen und Ziele für die Versorgung und notiert diese in einem Formblatt (Formblatt 5a oder Formblatt 5b). Außerdem notiert sie ihre eigenen Anliegen und Wünsche als koordinierende Person.
- Das Formblatt sendet die koordinierende Person allen Versorger*innen vor dem gemeinsamen Hausbesuch via digitalem Kommunikationssystem (Messenger) zu oder bittet die Pflegefachperson dieses zu tun.
- Das Formblatt wird zudem von der Pflegefachperson ausgedruckt und in der *interprof* HOME-Mappe in der Häuslichkeit abgelegt.
- Während des gemeinsamen Hausbesuchs bzw. der gemeinsamen Besprechung werden die Anliegen und Ziele der Person mit Pflegebedarf sowie die Wünsche und Anliegen der koordinierenden Person mit allen Versorger*innen besprochen. Die Ziele für die Versorgung der Person mit Pflegebedarf und die Vorgehensweisen der professionellen Versorger*innen werden festgelegt und im Formblatt notiert. Sie werden beim jeweiligen nächsten Treffen von den professionellen Versorger*innen evaluiert.

3.3. Digitales Kommunikationssystem (Messenger)

Mit dem Ziel, die Kommunikation zwischen den versorgenden Personen zu optimieren bzw. den schnelleren Austausch von Informationen und Bildern im Versorgungsteam zu erleichtern wird ein datenschutzkonformes Messenger-System genutzt. Bei dringenden Anliegen können auch Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörige durch das Kommunikationssystem Anfragen an die professionellen Versorger*innen stellen. So können Versorgungsbedarfe mithilfe des digitalen Dienstes identifiziert und ggf. unter Beteiligung aller involvierten Personen ohne aufwendige Prozesse oder längere Wartezeiten angegangen werden. Im Rahmen der Dienstnutzung sollen die gegenseitige Erreichbarkeit der professionellen Versorger*innen sowie eine transparente und lückenlose Versorgung gewährleistet werden. Die daraus resultierenden schnelleren Handlungsmöglichkeiten sollen zur Vermeidung von Verschlechterung der Symptomlage und Folgekomplikationen beitragen.

Nutzung eines digitales Kommunikationssystem

- Ein datenschutzkonformer² Messenger, ist bereits nach den Richtlinien von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziert³ und wird während des Auftakt-Treffens gewählt. Dieser kann von den Versorger*innen im Team als Smartphone oder Desktop-App genutzt werden. Die Software sollte neben der Zusendung von individuellen oder Gruppen-Nachrichten sowie von Dateien (z. B. Fotos, Dokumente) auch die Durchführung von Videokonferenzen ermöglichen.
- Die Anlässe, zu denen der Dienst genutzt werden soll, werden gemeinsam im Auftakttreffen diskutiert und definiert. Nach dem Auftakt-Treffen richten alle professionellen Versorger*innen innerhalb von maximal 2 Wochen das digitale Kommunikationssystem ein. Dies kann sowohl auf ihren Diensthandys bzw. Tablets als auch auf Dienstrechnern erfolgen.
- Pflegefachpersonen erstellen eine Messenger-Gruppe und laden die Beteiligten via E-Mail ein. Es gibt zwei Varianten bei der Erstellung dieser Gruppen:
 - Variante A: Die Gruppe besteht aus allen Beteiligten (inklusive der Person mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige)
 - Variante B: Die Gruppe besteht aus den (professionellen) Versorger*innen
- Das Protokoll vom Auftakt-Treffen sowie alle anderen Formblätter, die zur besseren Kommunikation innerhalb des Versorgungsteams erstellt werden, werden dann via Kommunikationssystem durch die Pflegefachpersonen versandt. Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörige finden das Protokoll, falls sie nicht in der Messenger-Gruppe sein sollten, ebenfalls in der *interprof* HOME-Mappe in der Häuslichkeit.

3.4. Sondertelefonnummer

Die Optimierung der Versorgung durch bessere Erreichbarkeit der Versorger*innen in dringenden/besonderen Anlässen ist das Ziel dieser Komponente. Eine andere Telefonleitung als diejenige, die in der Praxis normalerweise zum Einsatz kommt, soll einen freien und schnelleren Zugang zur Informationen und Absprachen im Versorgungsteam ermöglichen, die zeitlich vom Team selbst als dringend eingestuft werden. Von Pflegefachpersonen, Hausarzt*innen, ggf. Ergotherapeut*innen / Physiotherapeut*innen / Logopäd*innen wird eine Sondertelefonnummer zu Öffnungszeiten der jeweiligen Praxis zur Verfügung gestellt, die von Mitarbeitenden vorrangig bedient wird.

² Einen von zertifizierenden Stellen zertifizierter Videodienstleister gemäß den Regelungen von GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) finden Sie unter diesem Link: https://www.kbv.de/media/sp/liste_zertifizierte-Videodienstleister.pdf

³ https://www.kbv.de/media/sp/liste_zertifizierte-Videodienstleister.pdf

Umsetzung der Komponente „Sondertelefonnummer“

- Im Rahmen des Auftakt-Treffens werden die Ziele und die Relevanz dieser Maßnahme vorgestellt (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 3 Auftakt-Treffen).
- Die Anlässe zum Benutzen der Sondernummer werden nach der Vorstellung der Maßnahme im Team besprochen, definiert und dokumentiert (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 4 Sondertelefonnummer).
- Folgende Anlässe könnten für den Einsatz der Sondernummer gelten:
 - (akute) Verschlechterung der Symptomlage
 - Medizinisch, pflegerisch, therapeutische Fragen
 - Medikamentenmanagement
 - Ordnungsmanagement
- Der Nutzerkreis der Sondertelefonnummer wird ebenfalls diskutiert (Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen).
- In der hausärztlichen Praxis sollten Mitarbeitende ausgewählt werden, die die Sondernummer während der Öffnungszeiten bedienen.
- Dem Versorgungsteam wird das SBAR-Schema als Arbeitshilfe zu einer Strukturierung des Gesprächs am Telefon vorgestellt. Diese Arbeitshilfe kann zum Einsatz kommen, falls es sich das Team wünscht (s. Anhang Handbuch, S. 15).
- Innerhalb von zwei Wochen nach dem Auftakt-Treffen richten alle professionellen Versorger*innen eine Sondertelefonnummer ein. Sie teilen die Telefonnummer, den Namen der Mitarbeiter*in und die Zeiten der Erreichbarkeit mithilfe der Pflegefachperson allen Beteiligten mit (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 4 Sondertelefonnummer). Diese führt alle Daten zusammen und teilt das Dokument via digitales Kommunikationssystem. Das Original wird ebenfalls in die *interprof* HOME-Mappe in der Häuslichkeit abgelegt, damit die Person mit Pflegebedarf sowie An-/Zugehörige einen leichten Zugang haben.

3.5. Gemeinsamer Hausbesuch

Der gemeinsame Hausbesuch hat das Ziel, die Person mit Pflegebedarf und An-/Zugehörige in ihrem häuslichen Umfeld kennenzulernen. An diesem Termin wird die aktuelle Versorgungslage gemeinsam mit den professionellen Versorger*innen erörtert und anschließend Strategien zur Verbesserung der Versorgungssituation entwickelt. Zudem wird die Zusammenarbeit zwischen den professionellen Versorger*innen gestärkt, indem intensiver kommuniziert und Aufgaben konkret verteilt werden.

Umsetzung der Komponente „Gemeinsamer Hausbesuch“

- Ein gemeinsamer Hausbesuch aller Beteiligten (Person mit Pflegebedarf, ggf. An- und Zugehörige, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, ggf. Ergotherapeut*in / Physiotherapeut*in / Logopäd*in) findet bis zu zwei Monate nach dem Auftakt-Treffen statt.
- Etwa eine Woche vor dem gemeinsamen Hausbesuch findet ein Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person statt und wird auf dem Formblatt 5a notiert (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 5a Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch). Bei dem Vorgespräch bittet die koordinierende Person die Person mit Pflegebedarf ihre aktuellen Anliegen und Ziele zu formulieren.
- Auch die koordinierende Person formuliert Anliegen und Fragen, die bei dem gemeinsamen Hausbesuch angesprochen werden sollen. Die koordinierende Person lässt das Formblatt 5a (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 5a Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch) allen Beteiligten via digitales Kommunikationssystem (Messenger) zukommen oder bittet eine*n professionelle*n Versorger*in, z.B. die Pflegefachperson dies zu tun. Zusätzlich wird dieses Blatt auch in der *interprof* HOME-Mappe in der Häuslichkeit aufbewahrt. Formblatt 5a sollte beim gemeinsamen Hausbesuch allen Beteiligten vorliegen, um ihnen bei der Ausformulierung der Zielvereinbarungen und der Planung des weiteren Vorgehens eine Orientierung zu bieten.
- Die Pflegefachpersonen übernimmt die Organisation des gemeinsamen Hausbesuchs und kümmert sich um einen gemeinsamen Termin. Ebenso erinnern Sie kurz zuvor nochmals die professionellen Versorger*innen via digitales Kommunikationssystem und die Person mit Pflegebedarf und ggf. An-/Zugehörige telefonisch an den gemeinsamen Hausbesuch. Eine Checkliste für die Vorbereitung und wird als Arbeitshilfe vom Studententeam zur Verfügung gestellt Durchführung (s. Anhang Handbuch, S. 17).
- Die Moderation des Hausbesuchserfolgt durch die Pflegefachperson. Nach einem vorgegebenen Schema werden die aktuellen gesundheitsbezogenen Versorgungsbedarfe der Person mit Pflegebedarf erneut eruiert und ein interprofessionelles Vorgehen zu deren Deckung besprochen (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 6a Zielvereinbarungen Hausbesuch).
- Das ausgefüllte Formblattes 6a Zielvereinbarungen Hausbesuch wird von der Pflegefachperson im Anschluss an den gemeinsamen Hausbesuch an alle Beteiligten via Messenger versendet.

- Ein Exemplar des Formblattes 5a Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch und des Formblattes 6a Zielvereinbarungen Hausbesuch wird durch die Pflegefachperson ausgedruckt und in der *interprof* HOME-Mappe in der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf abgeheftet sowie jeweils ein gedrucktes Exemplar an das Studienteam gesendet.
- Weitere gemeinsame Hausbesuche in unterschiedlichen Konstellationen sind möglich, werden aber nicht durch das Studiendesign vorgegeben.

3.6. Gemeinsame Besprechungen

Gemeinsame Besprechungen sollen die Versorgung von Personen mit Pflegebedarf verbessern, da die Berufsgruppen intensiver miteinander kommunizieren und somit bessere Absprachen treffen können. Die Personen mit Pflegebedarf und die An-/Zugehörigen entscheiden, ob sie selbst dabei sein möchten; ansonsten werden die Versorgungsbedarfe der Person mit Pflegebedarf im Vorfeld durch die koordinierende Person erfragt.

Umsetzung der Komponente „gemeinsame Besprechungen“

- Gemeinsame Besprechungen werden anlassbezogen durchgeführt.
- Mindestteilnehmende sind die professionellen Akteur*innen. Die Personen mit Pflegebedarf und die Angehörigen entscheiden, ob sie dabei sein möchten.
- Die Organisation sowie die Moderation der gemeinsamen Besprechungen findet durch die Pflegefachperson statt.
- Anlassbezogen bittet die koordinierende Person die Pflegefachperson sich um einen gemeinsamen Termin für die gemeinsame Besprechung, die Besprechungsform sowie, falls in Präsenz, den Ort zu kümmern. Ebenso erinnert die Pflegefachperson kurz zuvor alle Beteiligten via Messenger und/ oder telefonisch an die **gemeinsame Besprechung**.
- Eine Checkliste (s. Anhang Handbuch, S. 23) hilft, an alle wichtigen Punkte zu denken.
- Etwa eine Woche vor der gemeinsamen Besprechung findet ein Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person statt. Die Inhalte werden auf dem Formblatt 5b (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 5b Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch) notiert. Bei dem Vorgespräch bittet die koordinierende Person die Person mit Pflegebedarf, ihre aktuellen Anliegen und Ziele zu formulieren. Auch die koordinierende Person formuliert Anliegen und Fragen, die bei der gemeinsamen Besprechung angesprochen werden sollen. Die koordinierende Person lässt das Formblatt 5b allen Beteiligten via digitales Kommunikationssystem (Messenger) zukommen oder bittet die Pflegefachperson dies zu übernehmen. Formblatt 5b sollte bei den gemeinsamen Besprechungen allen Beteiligten vorliegen, um ihnen bei der

Ausformulierung der Zielvereinbarungen und der Planung des weiteren Vorgehens eine Orientierung zu bieten.

- In der gemeinsamen Besprechung werden zunächst die Zielvereinbarungen des gemeinsamen Hausbesuches ausgewertet und Anmerkungen zur Umsetzung in das Formblatt 6a eingetragen (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 6b Zielvereinbarungen Hausbesuch).
- Danach wird die Person mit Pflegebedarf durch die Pflegefachperson gefragt, welche aktuellen Anliegen und Ziele sie hat und aktuell besprechen möchte. Diese werden bei der ersten gemeinsamen Besprechung von der Pflegefachperson in das Formblatt 6b eingetragen (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 6b Zielvereinbarungen Besprechungen).
- Die Anliegen und Versorgungsziele der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person werden im Anschluss im Versorgungsteam besprochen. Ziele für die Versorgung und die Vorgehensweisen aller Beteiligten werden festgelegt und in dem Formblatt 6b notiert (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 6b Zielvereinbarungen Besprechungen).
- Ein Formblatt für diese Besprechung (s. Anhang Implementierungshilfen, Formblatt 6b Zielvereinbarungen Besprechungen) wird von der Pflegefachperson ausgefüllt, welches sie im Anschluss an alle Beteiligten über Messengerdienst versenden und in der *interprof* HOME-Mappe in der Häuslichkeit abheftet.
- Die Erreichung der festgelegten Ziele wird bei der folgenden gemeinsamen Besprechung von den Beteiligten bewertet und das weitere Vorgehen ggf. angepasst.

4. Fazit und Ausblick

Die Studie *interprof* HOME verfolgte die Ziele, die häusliche Versorgung aus der Perspektive von professionellen und nicht-professionellen beteiligten Personen hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit zu explorieren, um eine personenzentriertes interprofessionelles Versorgungskonzept zu entwickeln. Das Versorgungskonzept wurde im Rahmen eines komplexen, aufeinander aufbauenden Studiendesigns entwickelt, das nicht nur Analysen der Wahrnehmung der Versorgungssituation, sondern auch die Einschätzung zu Plausibilität und Praktikabilität der Komponenten durch Expert*innen berücksichtigt. Die Verbesserung der pflegerischen, hausärztlichen und therapeutischen Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung ist das Ziel von *interprof* HOME.

Die Entwicklung des Versorgungskonzepts kann als einzigartig betrachtet werden. Für ein tiefgehendes Verständnis der Versorgungssituation zuhause wurden unterschiedliche

Erhebungsmethoden (Interviews, Fokusgruppen, Best Practice Cases, Survey und Expert*innenworkshop) bei verschiedenen Zielgruppen (Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörigen, Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen und Ergo-/Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen, Expert*innen) genutzt. Das partizipative, mehrstufige Design trug dazu bei, den aktuellen Stand der interprofessionellen Zusammenarbeit abzubilden. Zugleich wurden auch mögliche Strategien im Dialog mit den Studienteilnehmenden diskutiert und konsentiert. Durch die Partizipation der an der Versorgung beteiligten Personen bei der Entwicklung des Versorgungskonzepts ist der praktische Nutzen erwartungsgemäß groß. Wichtige Defizite, aber auch Best Practice Zusammenhänge für eine personenzentrierte häusliche Versorgung, mit besonderem Fokus auf der interprofessionellen Zusammenarbeit, spielen eine wichtige strukturelle Rolle in *interprof* HOME. Die entwickelten Komponenten spiegeln vier Handlungsbereiche für eine verbesserte Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung wieder:

- Personenzentrierte und bedarfsgerechte Ziele setzen: Koordinierende Person, gemeinsamer Hausbesuch, gemeinsame Besprechungen
- Aufgaben teilen und koordinieren: Auftakt-Treffen, koordinierende Person
- Regelmäßigen und persönlichen Austausch pflegen: Gemeinsamer Hausbesuch, gemeinsame Besprechungen, digitales Kommunikationssystem
- Erreichbarkeit, besonders in akuten Situationen, sicherstellen: Sondertelefonnummer, digitales Kommunikationssystem

Zu erwarten ist ein Nutzen des Versorgungskonzepts auch für das Versorgungssystem. Die strukturiertere Dokumentation und (persönliche) Weitergabe von Informationen zu den Versorgungsprozessen und den Anliegen der Personen mit Pflegebedarf und An-/Zugehörigen sowie die der jeweiligen beteiligten Professionen untereinander, kann laut Erkenntnissen aus der Studie mehr Vertrauen schaffen, Ressourcen optimieren und Wege kürzen. Eine Fehl- oder Unterversorgung soll zudem verhindert werden. Diese erwarteten Effekte des Versorgungskonzepts *interprof* HOME werden voraussichtlich in einer späteren Interventionsstudie getestet und in Folge veröffentlicht.

5. Literatur

1. Statistisches Bundesamt Deutschland. pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.xlsx; 2021 [Stand: 17.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/12/PD22_554_224.html.
2. WHO. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report. Service Delivery and Safety. 2015 [Stand: 30.01.2024]. Verfügbar unter: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/155004/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
3. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. Health Expect 2018; 21(2):429–40. doi: 10.1111/hex.12640.
4. Görres, S., Warfelmann, C., Meinecke, P., Riemann, M. Perspektivenwerkstatt Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP); 2018. Verfügbar unter: <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Patientensicherheit-Abschlussbericht.pdf>.
5. Tsiasioti C, Behrendt S, Jürchott K, Schwinger A, Hrsg. Pflegebedürftigkeit in Deutschland. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; Imprint: Springer; 2020.
6. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. 1756-1833 2021; 374:n2061. doi: 10.1136/bmj.n2061.



Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause

Hand- und Arbeitsbuch zur Durchführung von *interprof* HOME

Sehr geehrte*r Teilnehmer*in,

vielen Dank, dass Sie unser *interprof* HOME-Projekt unterstützen. Dies wissen wir sehr zu schätzen!

In diesem Hand- und Arbeitsbuch möchten wir Ihnen einen detaillierten Überblick über das Maßnahmenpaket *interprof* HOME geben.

Im Projekt werden die Maßnahmen von vielen verschiedenen Versorgungsteams umgesetzt. Für den Erfolg des Projektes ist es deshalb wichtig, dass alle Beteiligten die Maßnahmen einheitlich nach den hier aufgeführten Abläufen durchführen.

Auf den folgenden Seiten leiten wir Sie durch die einzelnen Maßnahmen von *interprof* HOME.

AUF FOLGENDE PUNKTE GEHEN WIR DABEI EIN:

ANSPRECHPERSONEN	4
1 IHRE ROLLEN UND AUFGABEN IN INTERPROF HOME	5
1.1 ... ALS PFLEGEFACHPERSON	6
1.2 ... ALS KOORDINIERENDE PERSON	7
2 DAS VERSORGUNGSKONZEPT INTERPROF HOME	8
2.1 AUFTAKT-TREFFEN	10
2.1.1 WARUM FINDET DAS AUFTAKT-TREFFEN STATT?	10
2.1.2 WER NIMMT AM AUFTAKT-TREFFEN TEIL?	10
2.1.3 WANN FINDET DAS AUFTAKT-TREFFEN STATT UND WIE LANGE DAUERT ES?	10
2.1.4 WIE WIRD DAS AUFTAKT-TREFFEN ORGANISIERT?	10
2.1.5 WIE FINDET DAS AUFTAKT-TREFFEN STATT?	11
2.1.6 WAS WIRD WÄHREND DES AUFTAKT-TREFFENS BESPROCHEN?	11
2.2 BENENNUNG & STÄRKUNG EINER KOORDINIERENDEN PERSON	12
2.2.1 WARUM WIRD EINE KOORDINIERENDE PERSON BENANNT?	12
2.2.2 WER KANN DIE KOORDINIERENDE PERSON SEIN?	12
DIE ROLLE DER KOORDINIERENDE PERSON SOWIE IHRE VERTRETUNG KANN JEDE PERSON IM VERSORGUNGSTEAM ÜBERNEHMEN. AUF WUNSCH KÖNNEN DIE ROLLEN AUCH VON DER PERSON MIT PFLEGEBEDARF SELBST ODER EINE* ^R AN-/ZUGEHÖRIGEN ÜBERNOMMEN WERDEN. ES IST DIE AUFGABE DER ANDEREN TEAMMITGLIEDER, DIE	
KOORDINIERENDE PERSON ZU UNTERSTÜTZEN.	12
2.2.3 WANN WIRD EINE KOORDINIERENDE PERSON BENANNT?	12
2.2.4 WIE WIRD DIE KOMPONENTE „KOORDINIERENDE PERSON“ UMGESETZT?	12
2.3 DIGITALES KOMMUNIKATIONSSYSTEM (MESSENGER)	13
2.3.1 WARUM WIRD EIN DIGITALES KOMMUNIKATIONSSYSTEMS (MESSENGER) EINGERICHTET?	13
2.3.2 WER NUTZT DAS DIGITALE KOMMUNIKATIONSSYSTEM (MESSENGER)?	13
2.3.3 WANN WIRD EIN DIGITALES KOMMUNIKATIONSSYSTEM (MESSENGER) EINGERICHTET?	13
2.3.4 WIE WIRD EIN DIGITALES KOMMUNIKATIONSSYSTEMS (MESSENGER) EINGERICHTET?	14

2.3.5	WIE ERFOLGT DIE KOMMUNIKATION ÜBER EIN DIGITALES KOMMUNIKATIONSSYSTEM (MESSENGER)?	14
2.4	SONDERTELEFONNUMMER	14
2.4.1	WARUM WIRD EINE SONDERTELEFONNUMMER EINGERICHTET?	14
2.4.2	WER BIETET EINE SONDERTELEFONNUMMER AN?	14
2.4.3	WANN WIRD EINE SONDERTELEFONNUMMER EINGERICHTET?	15
2.4.4	WIE ERFOLGT DIE KOMMUNIKATION ÜBER EINE SONDERTELEFONNUMMER?	15
2.5	GEMEINSAMER HAUSBESUCH	16
2.5.1	WARUM FINDET EIN GEMEINSAMER HAUSBESUCH STATT?	16
2.5.2	WER NIMMT AM GEMEINSAMEN HAUSBESUCH TEIL?	16
2.5.3	WANN FINDET DER GEMEINSAME HAUSBESUCH STATT?	16
2.5.4	WIE WIRD DER GEMEINSAME HAUSBESUCH ORGANISIERT?	16
2.5.5	WIE UND WANN FINDET DAS VORGESPRÄCH ZWISCHEN DER PERSON MIT PFLEGEBEDARF UND DER KOORDINIERENDEN PERSON STATT?	17
2.5.6	WAS WIRD WÄHREND DES GEMEINSAMEN HAUSBESUCHES BESPROCHEN?	18
2.6	GEMEINSAMEN BESPRECHUNGEN	22
2.6.1	WARUM FINDEN GEMEINSAME BESPRECHUNGEN STATT?	22
2.6.2	WER NIMMT AN DEN GEMEINSAMEN BESPRECHUNGEN TEIL?	22
2.6.3	WANN FINDEN DIE GEMEINSAMEN BESPRECHUNGEN STATT?	22
2.6.4	WIE WERDEN DIE GEMEINSAMEN BESPRECHUNGEN ORGANISIERT?	22
2.6.5	WIE UND WANN FINDET DAS VORGESPRÄCH ZWISCHEN DER PERSON MIT PFLEGEBEDARF UND DER KOORDINIERENDEN PERSON STATT?	23
2.6.6	WAS WIRD BEI DEN GEMEINSAMEN BESPRECHUNGEN BESPROCHEN?	24
2.6.7	WEITERE GEMEINSAME BESPRECHUNGEN	25

Ansprechpersonen

Die Mitarbeiter*innen aus den Studienzentren werden Sie während der Einführung des Versorgungskonzepts telefonisch und auch gerne online begleiten und unterstützen. Bitte zögern Sie nicht, diese bei Fragen zu kontaktieren:

Kontakt zum Göttinger Studienteam:

Dr. med. Christiane Müller, MPH

christiane.mueller@med.uni-goettingen.de

Uta Sekanina

uta.sekanina@med.uni-goettingen.de

Tel.: 0551- 39-22638

Kontakt zum Lübecker Studienteam:

Anja Kühn

anja.kuehn@uksh.de

Tel.: 0451-50057271

Kontakt zum Hamburger Studienteam:

Dr. Britta Tetzlaff

interprof@uke.de

Tel.: 040-7410-57158

Kontakt zum Kölner Studienteam:

Richard Dano

richard.dano@uk-koeln.de

Tel.: 0221-478 65483

1 Ihre Rollen und Aufgaben in *interprof* HOME

Bei der Versorgung von Personen mit Pflegebedarf ist es wichtig, dass die beteiligten Berufsgruppen miteinander harmonieren. Es wird angenommen, dass eine gut geplante Zusammenarbeit zu einer Verbesserung der Kommunikation führt. Folglich kann auch das Wohl der Person mit Pflegebedarf gefördert werden. Wissenschaftliche Studien haben zudem gezeigt, dass durch eine funktionierende Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung ungeplante Krankenhausaufenthalte vermieden werden können.

Sie können im Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung auf umfassende Erfahrungen und wahrscheinlich auch eingespielte Abläufe zurückgreifen.

In *interprof* HOME gestaltet sich Ihre Rolle ein wenig anders, als Sie es aus Ihrer täglichen Arbeit gewohnt sind. Deshalb möchten wir Ihnen im Folgenden einige Hinweise zu Ihrer Rolle in *interprof* HOME geben. Die Beachtung dieser Hinweise trägt maßgeblich zum Erfolg unseres Projekts bei!

In *interprof* HOME haben Sie als **Pflegefachperson** oder auch als **koordinierende Person** besondere Aufgaben im interprofessionellen Versorger*innen-Team.

Als **Hausärztin/ Hausarzt** sowie als **Ergo-/ Physiotherapeut*in bzw. Logopäd*in** unterstützen bestmöglich die **koordinierende Person** bei ihren Aufgaben.

1.1 ... als Pflegefachperson

Das Maßnahmenpaket *interprof* HOME ist an Personen mit Pflegebedarf gerichtet, die eine ambulante Versorgung durch mehrere Gesundheitsberufe (ambulanter Pflegedienst, Hausärzt*innen, Therapeut*innen) in ihrer Häuslichkeit erhalten.

Sie in Ihrer Rolle als **Pflegefachperson** sind für die Zusammenkünfte im Versorgungsteam zuständig. Ihre Aufgaben liegen

1. in der Festlegung der Termine für einen **gemeinsamen Hausbesuch** und die **gemeinsamen Besprechungen**. Zudem erinnern Sie alle Beteiligten jeweils kurz vor den gemeinsamen Treffen.
2. Sie moderieren den **gemeinsamen Hausbesuch** und die **gemeinsamen Besprechungen**.
3. Sie dokumentieren während des **gemeinsamen Hausbesuches** und den **gemeinsamen Besprechungen**, die besprochenen Versorgungsbedarfe auf einem Formblatt und versenden dieses danach an alle Beteiligten.
4. Sie richten eine Gruppe in einem digitalen **Kommunikationssystem (Messenger)** ein.
5. Sie führen alle Kontaktdaten und **Sondertelefonnummern** zu einem Dokument zusammen, welches sie allen Beteiligten zur Verfügung stellen.
6. Sie drucken jeweils immer ein ausgefülltes Exemplar der Formblätter aus bzw. kopieren es und heften dieses in der *interprof* Home-Mappe in der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf ab.
7. Sie unterstützen bestmöglich die **koordinierende Person** bei ihren Aufgaben.

1.2 ... als koordinierende Person

Das Maßnahmenpaket *interprof* HOME ist an Personen mit Pflegebedarf gerichtet, die eine ambulante Versorgung durch mehrere Gesundheitsberufe (ambulanter Pflegedienst, Hausärztinnen/ Hausärzte, Therapeut*innen) in ihrer Häuslichkeit erhalten.

Sie in Ihrer Rolle als **koordinierende Person** übernehmen

1. organisatorische Aufgaben, wie z.B.

- die Organisation und das Abholen von Rezepten, Medikamenten und Heilmittelverordnungen,
- die Organisation von Terminen mit Hausärzt*innen und Therapeut*innen,
- die Sammlung und ggf. Weiterleitung von Befunden/ Berichten verschiedener Versorger*innen (Hausärzt*innen, Therapeut*innen, ambulante Pflegedienste, Fachärzt*innen),
- die Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragen (z.B. bei der Beantragung eines Pflegegrades, Hilfsmitteln)

Bei Ihren Aufgaben werden Sie bestmöglich durch das gesamte Versorgungsteam unterstützt.

2. Sie führen mit der Person mit Pflegebedarf vor dem **gemeinsamen Hausbesuch** und vor den **gemeinsamen Besprechungen** jeweils ein Vorgespräch, um aktuelle Anliegen und Ziele in der Gesundheitsversorgung zu identifizieren.

3. Anhand eines Formblatts erfassen Sie diese Anliegen und legen gemeinsam mit der Person mit Pflegebedarf Ziele fest. Zudem notieren Sie dort Ihre eigenen Anliegen als **koordinierende Person**.

4. Sie teilen das ausgefüllte Formblatt des Vorgesprächs mit dem Versorgungsteam via Messenger, oder bitten die **Pflegefachperson**, dies für Sie zu tun.

6. Mit dem professionellen Versorgungsteam planen Sie während des **gemeinsamen Hausbesuchs** und den **gemeinsamen Besprechungen** das Vorgehen, um diese Ziele zu erreichen.

7. Während der nächsten **gemeinsamen Besprechungen** überprüfen Sie zusammen mit dem Versorgungsteam, ob die Ziele, ggf. Teilziele, erreicht wurden. Ggf. leiten Sie, gemeinsam mit dem professionellen Versorgungsteam, weitere Maßnahmen ein.

2 Das Versorgungskonzept *interprof HOME*

Aus welchen Komponenten besteht das Versorgungskonzept *interprof HOME*?



Auftakt-Treffen: An diesem Termin lernen sich alle an der Versorgung beteiligten Personen kennen. Zudem werden die Aufgaben im Projekt erklärt, Zuständigkeiten bestimmt sowie anstehende Termine festgelegt.



Benennung & Stärkung einer koordinierenden Person: Die Aufgabe der **koordinierenden Person** liegt darin, die Person mit Pflegebedarf und ggf. An-/ Zugehörige bei der häuslichen Versorgung durch eine ganzheitliche Koordination zu unterstützen und zu entlasten. Sollte diese Rolle durch die Person mit Pflegebedarf oder eine*n An-/Zugehörige*n übernommen werden, ist es die Aufgabe der anderen Teammitglieder, die **koordinierende Person** soweit es möglich ist, zu unterstützen.



Digitales Kommunikationssystem (Messenger): Es wird ein digitales Kommunikationssystem (Messenger) für einen schnellen Austausch von Informationen und Bildern eingerichtet. Hierüber kann auch die Absprache von Terminen für den **gemeinsamen Hausbesuch** und die **gemeinsamen Besprechungen** erfolgen.



Sondertelefonnummer: Alle professionellen Versorger*innen richten eine **Sondertelefonnummer** ein bzw. nutzen ein Diensthandy. Die für die **Sondertelefonnummer** zuständige Person, die Anlässe sowie die Zeiten für die Nutzung der Nummer werden im Team besprochen. Ziel der **Sondertelefonnummer** ist eine schnellere Erreichbarkeit und verbesserte Kommunikation bei dringlichen Anlässen.



Gemeinsamer Hausbesuch: Es findet bis zu 2 Monaten nach dem Auftakttreffen ein **gemeinsamer Hausbesuch** statt, bei dem die aktuellen Anliegen der Person mit Pflegebedarf und das weitere Vorgehen besprochen werden.



Gemeinsame Besprechungen: In **gemeinsamen Besprechungen** werden die aktuellen gesundheitsbezogenen Anliegen der Person mit Pflegebedarf erneut erhoben und das weitere Vorgehen besprochen. Die gemeinsamen Besprechungen finden nach dem gemeinsamen Hausbesuch anlassbezogen nach Bedarf in Präsenz oder online statt.

Tab. 1: Umsetzung der einzelnen *interprof HOME*-Maßnahmen im Verlauf

Was?	Wann?	Organisation durch
Auftakt-Treffen	Festgelegter Termin nach Studienein-schluss	Studienzentrum
Benennung & Stärkung einer koor-dinierenden Person	Beim Auftakttreffen	Studienzentrum
Digitales Kommunikationssystem (Messenger)	Bis ca. 2 Wochen nach Auftakt-Treffen	Alle professionellen Ver-sorger*innen
Sondertelefonnummer	Bis ca. 2 Wochen nach Auftakt-Treffen	Alle professionellen Ver-sorger*innen
Vorgespräch mit Person mit Pfl-egebedarf für gemeinsamen Haus-besuch	Ca. 1 Woche vor dem gemeinsamen Haus-besuch	Koordinierende Person
Gemeinsamer Hausbesuch	Bis 2 Monate nach Auftakt-Treffen	Pflegefachperson
Vorgespräch mit Person mit Pfl-egebedarf für gemeinsame Bespre-chung	Ca. 1 Woche vor der gemeinsamen Bespre-chung	Koordinierende Person
Gemeinsame Besprechungen	Anlassbezogen	Pflegefachperson

2.1 Auftakt-Treffen



2.1.1 Warum findet das Auftakt-Treffen statt?

Neben dem persönlichen Kennenlernen werden beim Auftakt-Treffen die einzelnen Komponenten des Versorgungskonzepts *interprof* HOME vorgestellt. Zudem wird besprochen, welche Person für die Durchführung der Komponenten verantwortlich ist. Zudem sollten die Termine für den **gemeinsamen Hausbesuch** festgelegt werden. Das Vorgehen wird immer mit der Person mit Pflegebedarf und ggf. mit den An-/Zugehörigen abgestimmt.

2.1.2 Wer nimmt am Auftakt-Treffen teil?

- Person mit Pflegebedarf,
- ggf. An-/Zugehörige*r,
- Pflegefachperson,
- Hausärzt*in,
- ggf. Ergotherapeut*in/ Logopäd*in/ Physiotherapeut*in.

2.1.3 Wann findet das Auftakt-Treffen statt und wie lange dauert es?

Das **Auftakt-Treffen** findet im **ersten Monat** Ihrer Studienteilnahme in Präsenz oder in Form einer Videokonferenz statt und dauert max. 2 Stunden.

2.1.4 Wie wird das Auftakt-Treffen organisiert?

Einholen der Kontaktdaten

Die Person mit Pflegebedarf wird bei Studieneinschluss gebeten eine Kontaktliste **Formblatt 1 Kontaktliste** zu erstellen, die neben den Namen und Funktionen die Telefonnummer der professionellen Versorger*innen und ggf. der An-/ Zugehörigen beinhaltet. Das Studienteam nimmt dann telefonischen Kontakt zu den Personen auf, um weitere Daten wie E-Mail-Adressen, eventuell bereits bestehende **Sondertelefonnummern** und geeignete Zeiträume für gemeinsame Treffen in Erfahrung zu bringen. Diese werden dann in das **Formblatt 2 Kontaktliste Versorgungsteam** durch das Studienteam einzutragen.

Terminfindung

Ein Zeitpunkt für das **Auftakt-Treffen** wird durch das Studienteam nach Rücksprache mit den beteiligten Personen telefonisch und/ oder online, ggf. mit Hilfe eines Terminfindungstools (z.B. foodle) vereinbart.

2.1.5 Wie findet das Auftakt-Treffen statt?

Der Wunsch der Person mit Pflegebedarf ist maßgeblich dafür, ob das Treffen in Präsenz oder online stattfindet.

Veranstaltung in Präsenz

Falls geeignete Räumlichkeiten vorhanden sind, kann das Treffen mit allen Beteiligten in Präsenz gestaltet werden. Es kann in der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf, der An-/Zugehörigen oder in Räumlichkeiten der professionellen Versorger*innen bzw. des Studienteams stattfinden.

Veranstaltung im Onlineformat

Sollte das Treffen als Videokonferenz stattfinden, richtet das Studienteam eine Videokonferenz auf einer datenschutzkonformen Plattform (z.B. WebEx, Big Blue Button) ein und lädt die Teilnehmenden dazu ein. Falls die Personen mit Pflegebedarf oder die An-/ Zugehörigen nicht in der Lage sind, eigenständig an der Videokonferenz teilzunehmen, wird eine Unterstützung durch das Studienteam angeboten, z.B. durch die Bereitstellung eines Tablets in der Häuslichkeit und Unterstützung beim Zugang zur Konferenz.

Moderation & Protokollführung

Die Moderation des Auftakt-Treffens erfolgt durch eine*n Mitarbeiter*in des Studienzentrums. Die **Pflegefachperson** wird gebeten das Auftakt-Treffen zu protokollieren **Formblatt 3 Auftakttreffen**.

2.1.6 Was wird während des Auftakt-Treffens besprochen?

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

16:00 – 16:10	Einleitende Worte, Vorstellung des Ablaufs der Veranstaltung, kurze Vorstellung Versorgungskonzept „ <i>interprof</i> HOME“
16:10 – 16:35	Vorstellung Komponente „Auftakttreffen“ inklusive Vorstellungsrunde („Kennenlernen“)
16:35 – 17:00	Vorstellung der weiteren Komponenten
17:00– 17:20	Festlegung der Zuständigkeiten und Termine für die einzelnen Komponenten
17:20 - 17:50	Vorstellung des Ablaufes des gemeinsamen Hausbesuches und der gemeinsamen Besprechungen
17:50 -18:00	Zusammenfassung, Informationen zum weiteren Vorgehen, Verabschiedung

Vorstellung der Komponenten und Festlegung der Zuständigkeiten und Termine

Während des Auftakt-Treffens werden alle Komponenten nacheinander vorgestellt. Die Vorstellung erfolgt mittels der **Power-Point-Präsentation (Anhang 4 PPT_Auftakt-Treffen)**. Dabei wird festgelegt, welche Punkte für die Einführung der Komponente wichtig sind, welche Person die einzelnen Aufgaben übernimmt sowie wann die einzelne Komponente stattfindet. Die Zuordnungen werden im **Formblatt 3 Auftakt-Treffen** festgehalten.

2.2 Benennung & Stärkung einer koordinierenden Person



2.2.1 Warum wird eine koordinierende Person benannt?

Die Benennung einer koordinierenden Person hat zum Ziel, Transparenz zu schaffen. Allen Beteiligten soll ersichtlich werden, welche Person die primäre Koordination der Versorgung übernimmt und welche Herausforderungen damit einhergehen.

2.2.2 Wer kann die koordinierende Person sein?

Die Rolle der koordinierenden Person sowie ihre Vertretung kann jede Person im Versorgungsteam übernehmen. Auf Wunsch können die Rollen auch von der Person mit Pflegebedarf selbst oder eine*r An-/Zugehörigen übernommen werden. Es ist die Aufgabe der anderen Teammitglieder, die koordinierende Person zu unterstützen.

2.2.3 Wann wird eine koordinierende Person benannt?

Beim **Auftakt-Treffen** wird sowohl eine koordinierende Person als auch ihre Vertretung benannt.

2.2.4 Wie wird die Komponente „Koordinierende Person“ umgesetzt?

Die **koordinierende Person** übernimmt organisatorische Aufgaben, wie z.B.

- die Organisation und das Abholen von Rezepten, Medikamenten und Heilmittelverordnungen,
- die Organisation von Terminen mit Ärzt*innen und Therapeut*innen,
- die Sammlung und ggf. Weiterleitung von Befunden/ Berichten verschiedener Versorger*innen (Hausärzt*innen, Therapeut*innen, ambulanter Pflegedienste, Fachärzt*innen),
- die Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragen (z.B. bei der Beantragung eines Pflegegrades, Hilfsmitteln).

Außerdem ist es die Aufgabe der koordinierenden Person vor dem **gemeinsamen Hausbesuch** und vor den **gemeinsamen Besprechungen** jeweils ein Vorgespräch mit der Person

mit Pflegebedarf zu führen, um aktuelle Anliegen und Ziele in der Gesundheitsversorgung zu identifizieren (Siehe hierzu 2.5.5).

Die Erfassung der Anliegen und Ziele der Person mit Pflegebedarf erfolgt mithilfe des **Formblattes 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch**. Zusätzlich werden die eigenen Anliegen und Ziele der **koordinierende Person** dokumentiert. Die koordinierende Person teilt das ausgefüllte Formblatt des Vorgesprächs mit dem Versorgungsteam via Messenger, oder bittet die **Pflegefachperson**, dies für sie zu tun. Während des **gemeinsamen Hausbesuchs** und den **gemeinsamen Besprechungen** plant die koordinierende Person mit dem professionellen Versorgungsteam das Vorgehen, um diese Ziele zu erreichen. Während der nächsten **gemeinsamen Besprechungen** überprüft die koordinierende Person zusammen mit dem Versorgungsteam, ob die Ziele, ggf. Teilziele, erreicht wurden. Ggf. leitet sie, gemeinsam mit dem professionellen Versorgungsteam, weitere Maßnahmen ein.

2.3 Digitales Kommunikationssystem (Messenger)



2.3.1 Warum wird ein digitales Kommunikationssystem (Messenger) eingerichtet?

Das digitale **Kommunikationssystem (Messenger)** ermöglicht einen Austausch von Textnachrichten, Bildern und Dokumenten. Dieser Austausch kann zwischen allen Beteiligten (Variante A) oder nur zwischen den professionellen Versorger*innen (Variante B) erfolgen. Zudem ist der Messenger ein Ort, an dem alle Informationen gebündelt werden können. Für dringende Anliegen wird zudem die Maßnahme **Sondertelefonnummer** eingerichtet.

2.3.2 Wer nutzt das digitale Kommunikationssystem (Messenger)?

- Pflegefachperson,
- Hausärzt*in,
- ggf. Personen mit Pflegebedarf,
- ggf. An-/Zugehörige*r,
- ggf. Ergotherapeut*in/ Logopäd*in/ Physiotherapeut*in.

2.3.3 Wann wird ein digitales Kommunikationssystem (Messenger) eingerichtet?

Beim **Auftakt-Treffen** bzw. **innerhalb von 2 Wochen** richten alle Beteiligten (Variante A) oder nur alle professionellen Versorger*innen (Variante B) ein digitales **Kommunikationssystem (Messenger)** auf ihrem Computer oder (Dienst-)Handy ein. Ob Variante A oder B umgesetzt wird, wird gemeinsam bei **Auftakt-Treffen** entschieden.

2.3.4 Wie wird ein digitales Kommunikationssystem (Messenger) eingerichtet?

Während des **Auftakt-Treffens** entscheidet sich das Versorgungsteam für einen datenschutzkonformen¹ **Messenger** und die **Pflegefachperson** erstellt eine Gruppe mit beispielsweise dem Namen „*interprof* HOME“ und dem Vor- und Nachnamen der jeweiligen Person mit Pflegebedarf. Danach werden die anderen Nutzer*innen in die Gruppe eingeladen.

2.3.5 Wie erfolgt die Kommunikation über ein digitales Kommunikationssystem (Messenger)?

Jegliche nicht dringliche Kommunikation, kann über den Messenger erfolgen. Weiterhin werden über den Messenger der **gemeinsame Hausbesuch** sowie ggf. **gemeinsame Besprechungen** geplant. Auch können gemeinsame Besprechungen ggf. über den **Messenger** als Videokonferenz durchgeführt werden. (Dieses ist nur möglich, wenn bereits eine entsprechende Lizenz in einer Praxis oder einem Pflegedienst vorhanden ist). Sämtliche Formblätter von *interprof* HOME werden über den Messenger verschickt, sowie jeweils ein ausgedrucktes Exemplar in der *interprof* HOME-Mappe in der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf abgelegt und eines an das Studienteam gesendet.

Sollte die Person mit Pflegebedarf den **Messenger** selbst nicht nutzen können oder wollen, findet die Kommunikation via Messenger über die **koordinierende Person** statt. Die Person mit Pflegebedarf gibt dann ihr Anliegen an die **koordinierende Person** weiter.

2.4 Sondertelefonnummer



2.4.1 Warum wird eine Sondertelefonnummer eingerichtet?

Durch die **Sondertelefonnummer** können alle Beteiligten, vor allem bei dringenden Anlässen, schnell miteinander in Kontakt treten. So kann z.B. bei einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Person mit Pflegebedarf rasch gehandelt werden. Dies kann zu einer Vermeidung von Komplikationen sowie Krankenhauseinweisungen und Rettungsdienst-Einsätzen führen.

2.4.2 Wer bietet eine Sondertelefonnummer an?

- Pflegefachperson/ bzw. ambulanter Pflegedienst,
- Hausärzt*in,
- ggf. Ergotherapeut*in/ Logopäd*in/ Physiotherapeut*in.

¹ Einen von zertifizierenden Stellen zertifizierter Videodiensteanbieter gemäß den Regelungen von GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) finden Sie unter diesem Link: https://www.kbv.de/media/sp/liste_zertifizierte-Videodiensteanbieter.pdf

2.4.3 Wann wird eine Sondertelefonnummer eingerichtet?

Sofern noch keine **Sondertelefonnummer** vorhanden ist, richten alle professionellen Versorger*innen **innerhalb von 2 Wochen** nach dem **Auftakt-Treffen** eine **Sondertelefonnummer** ein. Diese Telefonnummer, die Zeiten der Erreichbarkeit und die Anlässe, bei denen diese genutzt werden soll, werden mithilfe des **Formblattes 4 Sondertelefonnummer** der Pflegefachperson mitgeteilt. Die **Pflegefachperson** führt alle Informationen in dem **Formblatt 3 Auftakt-Treffen** zusammen und teilt das Dokument via Messenger mit allen Versorger*innen. Zudem druckt sie ein Exemplar des Formblattes aus und legt es in der *interprof* HOME-Mappe in der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf ab.

2.4.4 Wie erfolgt die Kommunikation über eine Sondertelefonnummer?

Die Anlässe zur Nutzung der **Sondertelefonnummer** werden während des **Auftakt-Treffens** besprochen. Weiterhin wird abgestimmt, zu welchen Zeiten die Sondertelefonnummer von welchen Personen genutzt werden kann.

Innerhalb der hausärztlichen Praxis sollten zuständige Mitarbeitende bestimmt werden, die die **Sondertelefonnummer** zu bestimmten Zeiten bedienen, z.B. in einem bestimmten Zeitfenster während der regulären Öffnungszeiten.

Folgende Anlässe könnten für den Einsatz der **Sondertelefonnummer** gelten (Beispiele):

- (akute) Verschlechterung der Symptomlage,
- Medizinische, pflegerische, therapeutische Fragen und Anliegen,
- Medikamentenmanagement,
- Verordnungsmanagement.

Die Informationsübermittlung zu Beginn kann nach einem bestimmten Ablauf (Tabelle 2) erfolgen. Weitere Informationen für die Kommunikation über die Sondertelefonnummer können Sie dem **Formblatt 4 Sondertelefonnummer** entnehmen.

Tabelle 2: Arbeitshilfe – strukturierte Kommunikation in Anlehnung an SBAR²

Schritte	Beispiel	
Situation	Hier spricht... Von Praxis.../Dienst... Es geht um...(Name der Person mit Pflegebedarf) Aktuelles Problem benennen	S

² Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) „Arbeitshilfe Bessere Kommunikation2: SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation“. Zugriff am 28.02.2023 auf: https://www.gqmg.de/media/redaktion/Publikationen/Arbeitshilfen/GQMG_ABK_02.2a._SBAR_16.08.20.pdf

Hintergrund	Vorerkrankungen, Verlauf berichten	B
Einschätzung	Wie schätze ich die Situation ein? Was erwarte ich?	A
Empfehlung	Was, denke ich, ist zu tun? „Mein Wunsch ist, dass Sie...“	R

2.5 Gemeinsamer Hausbesuch



2.5.1 Warum findet ein gemeinsamer Hausbesuch statt?

Der **gemeinsame Hausbesuch** hat das Ziel, die aktuelle Gesundheitsversorgung der Person mit Pflegebedarf in ihrem häuslichen Umfeld zu besprechen und gemeinsam im Versorgungsteam Vorgehensweisen zur Verbesserung der Versorgungssituation abzustimmen. Zudem soll der **gemeinsame Hausbesuch** die Zusammenarbeit im Versorgungsteam stärken.

2.5.2 Wer nimmt am gemeinsamen Hausbesuch teil?

- Person mit Pflegebedarf,
- ggf. An- und Zugehörige*r,
- Pflegefachperson,
- Hausärzt*in,
- ggf. Ergotherapeut*in/ Logopäd*in/ Physiotherapeut*in.

2.5.3 Wann findet der gemeinsame Hausbesuch statt?

Der **gemeinsame Hausbesuch** findet **bis zu zwei Monate nach dem Auftakt-Treffen** statt.

2.5.4 Wie wird der gemeinsame Hausbesuch organisiert?

Die **Pflegefachperson** übernimmt die Organisation und Moderation des **gemeinsamen Hausbesuchs**. Sie kümmert sich um einen gemeinsamen Termin, falls eine Terminfestlegung nicht bereits beim **Auftakt-Treffen** stattgefunden hat. Ebenso erinnert die **Pflegefachperson** kurz zuvor alle Beteiligten via **Messenger** und/ oder telefonisch an den **gemeinsamen Hausbesuch**. Die folgende Checkliste hilft, an alle wichtigen Punkte zu denken:

Checkliste für den gemeinsamen Hausbesuch

- Datum und Uhrzeit des gemeinsamen Hausbesuchs sind festgelegt
- Person mit Pflegebedarf ist über den Termin informiert und hat die Teilnahme bestätigt
- An-/ Zugehörige*r ist über den Termin informiert und hat die Teilnahme bestätigt
- Hausärzt*in ist über den Termin informiert und hat die Teilnahme bestätigt

- Therapeut*in(nen) ist (sind) über den Termin informiert und hat (haben) die Teilnahme bestätigt
- Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person hat stattgefunden und das ausgefüllte **Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch** liegt allen Beteiligten vor
- **Formblatt 6a Zielvereinbarungen Hausbesuch** und ggf. Endgerät zur Protokollführung sind eingepackt

2.5.5 Wie und wann findet das Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person statt?

Etwa eine Woche vor dem **gemeinsamen Hausbesuch** findet ein Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der **koordinierenden Person** statt. Die Inhalte werden auf dem **Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch** notiert. Bei dem Vorgespräch bittet die **koordinierende Person** die Person mit Pflegebedarf, ihre aktuellen Anliegen und Ziele (maximal fünf) zu formulieren. Beispiele für Anliegen und Ziele aus Sicht der Person mit Pflegebedarf, die bei einem Vorgespräch besprochen werden sollen, finden Sie in Abbildung 2.

Auch die **koordinierende Person** selbst formuliert maximal drei Anliegen und Fragen, die bei dem **gemeinsamen Hausbesuch** angesprochen werden sollen. Das könnte zum Beispiel der Bedarf, Befunde nach einem Termin bei einer Fachärzt*in zu besprechen, die Beantragung von Hilfsmitteln oder die Veränderung des Pflegegrades sein (Abbildung 3). Die **koordinierende Person** lässt das **Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch** allen Beteiligten via digitales Kommunikationssystem (Messenger) zukommen oder bittet die Pflegefachperson dies zu tun. Das **Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch** sollte beim **gemeinsamen Hausbesuch** allen Beteiligten vorliegen. Es soll ihnen bei der Ausformulierung der Zielvereinbarungen und der Planung des weiteren Vorgehens eine Orientierung bieten.

Aktuelle Anliegen & Ziele aus der Sicht der Person mit Pflegebedarf		
Anliegen	Ziel	
1	Das Aufstehen vom Stuhl und der Gang bis zur Toilette fällt mir schwer.	Ich möchte allein vom Stuhl aufstehen und am Rollator ins Badezimmer gehen können.
2	Ich vergesse immer, wann der Pflegedienst kommt.	Ich möchte mich erinnern, wann der Pflegedienst kommt.
3	Ich wache regelmäßig nachts auf und kann nicht einschlafen.	Ich würde gerne in der Nacht durchschlafen können.

4	Nach dem Toilettengang kann ich mich nicht richtig anziehen.	Nach dem Toilettengang würde ich mich gerne wieder richtig anziehen können.
5	Ich habe Schmerzen beim Wasserlassen.	Ich hätte gerne keine Schmerzen beim Wasserlassen.

Abb. 2: Beispiele für Anliegen und Ziele aus Sicht der Person mit Pflegebedarf

Aktuelle Anliegen aus der Sicht der koordinierenden Person	
	Aktuelles Anliegen
1	Meine Mutter war am 09.03.2023 beim Neurologen. Der hat ein neues Medikament verordnet. Darüber würde ich gerne einmal sprechen.
2	Ist es vielleicht sinnvoll, dass meine Mutter einen Toilettensstuhl verordnet bekommt? Aus meiner Sicht würde das die Gefahr nachts zu fallen minimieren, da sie dann das Schlafzimmer nicht verlassen muss, wenn Sie mal müsste.
3	Die Nachbarin meiner Mutter hat gesagt, dass es möglich wäre, einen Behindertenausweis zu beantragen. Es wäre damit auch möglich den Parkplatz direkt vor der Arztpraxis zu benutzen. Können Sie mir sagen, wie wir das machen können?

Abbildung 3: Beispiele für Anliegen und Fragen aus Sicht der koordinierenden Person

2.5.6 Was wird während des gemeinsamen Hausbesuches besprochen?

Zeitraum (exemplarisch): 16:00 – 16:45 Uhr

16:00 – 16:05	Ankommen
16:05 – 16:15	Vorstellung des Ablaufs, Darstellung der aktuellen Anliegen und Versorgungsziele durch die Person mit Pflegebedarf/ koordinierende Person
16:15 – 16:35	Festlegung des konkreten Vorgehens zur Verbesserung der Versorgung durch das Versorgungsteam
16:35 – 16:45	Zusammenfassung, Sonstiges, Verabschiedung

Darstellung der aktuellen Anliegen und Versorgungsziele durch Person mit Pflegebedarf/ koordinierende Person

Zunächst wird die Person mit Pflegebedarf durch die **Pflegefachperson** gefragt, welche aktuellen Anliegen und Ziele sie hat und aktuell besprechen möchte. Diese werden von der **Pflegefachperson** in das **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Hausbesuch** eingetragen.

Festlegung des Vorgehens zur Verbesserung der Versorgung durch alle Beteiligten

Nach dem Besprechen der Anliegen der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person werden Ziele für die Versorgung und die Vorgehensweisen von allen Beteiligten festgelegt und in **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Hausbesuch** notiert.

Hand- & Arbeitsbuch *interprof* HOME

In Abbildung 4 sind Beispiele für Themenbereiche aufgeführt, zu denen Ziele entwickelt werden können. Es sind jedoch auch andere Themenbereiche möglich. Auch die Anordnung von Bedarfsmedikamenten kann in diesem Rahmen besprochen werden.

Am Ende des Hausbesuchs wären nach Möglichkeit drei Ziele zu formulieren. Es empfiehlt sich die Ziele nach den SMART- Kriterien zu formulieren.

S = spezifisch,

M= messbar,

A= akzeptiert/attraktiv,

R= realistisch und

T= terminiert.

	Zielvereinbarungen	Vorgehen	Zuständigkeiten	Evaluation Datum: 18.02.2023
✘ Körperfunktionen und -struktur, z.B. Schmerz, Sehen, Hören, Gleichgewicht, Emotionen)	Frau B. hat in den nächsten Tagen keine Schmerzen mehr beim Wasserlassen.	medikamentöse Behandlung (Antibiotikum)	Ärzt*in	Goldrutenkraut hat nur unzureichend geholfen, deshalb Antibiotikum, nach 2 Tagen war sie schmerzfrei
✘ Mobilität, z.B. Positionswechsel im Bett, stabile Sitzposition halten, Aufstehen aus sitzender Position/ Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen	Frau B. kann in 4 Wochen selbständig vom Stuhl aufstehen und die 3m ins Badezimmer am Rollator zurücklegen.	Tägliche Förderung der Mobilisation. Tägliches Gehtraining mit Pflege und An-/Zugehöriger, 5 Min, zusätzlich 2x wöchentlich Physiotherapie und 1x wöchentlich Ergotherapie	Ergotherapie, Physiotherapie, Pflege, An-/Zugehörige	Teilziel: Frau B. kann teilweise selbständig vom Armlehnen-Stuhl aufstehen und am Rollator ins Badezimmer gehen.

Hand- & Arbeitsbuch *interprof HOME*

<p>✘ Kognitive und kommunikative Fähigkeiten,</p> <p>z.B. örtliche und zeitliche Orientierung, Gedächtnis, Beteiligung an einem Gespräch</p>	<p>Frau B. ist in der Lage, sich aktiv an Gesprächen zu beteiligen</p>	<p>Die Fähigkeit, kommunizieren zu können, wird bei Fr. B. gefördert</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2x die Woche Logopädie, - Pflegende animieren Frau B. während der Ausübung pflegerischer Tätigkeiten zum Sprechen 	<p>Logopädie, Pflege</p>	<p>Teilziel:</p> <p>Frau B. ist in der Lage, selbstständig ihre Bedürfnisse zu artikulieren. Sie benötigt jedoch noch Unterstützung, um fließend und pausenlos kommunizieren zu können.</p>
<p>✘ Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (Förderung zur Teilnahme am Alltagsleben)</p>	<p>Frau B. erhält zur Zeit des Kaffeetrinkens regelmäßig Gesellschaft, da sie derzeit nicht in der Lage ist, an sozialen Aktivitäten außerhalb ihrer Wohnung teilzunehmen.</p>	<p>Angehörige organisiert eine Ehrenamtliche, die Frau B 2x wöchentlich Gesellschaft beim Kaffeetrinken in ihrer Wohnung leistet.</p>	<p>An-/Zugehörige</p>	<p>Frau B. hat 2x wöchentlich Besuch von Frau Schneider 😊</p>
<p><input type="checkbox"/> Selbstversorgung,</p> <p>z.B. Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden, Rasieren, Kämmen usw.), An- und Auskleiden, Ernährung (Essen mundgerecht zubereiten/ Getränk eingießen, Essen und Trinken) sowie Ausscheiden (Toilette benutzen, Umgang mit Dauerkatheter und Stoma usw.)</p>				
<p><input type="checkbox"/> Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen, z.B. Medikation, Injektion, Arztbesuche</p>				

Abb. 4: Beispiele für Themenbereiche

Während des Hausbesuchs protokolliert **Pflegefachperson** die besprochenen Ziele sowie das Vorgehen in **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Hausbesuch**. Die Umsetzung der festgelegten Ziele wird bei der folgenden **gemeinsamen Besprechung** von den Beteiligten ausgewertet.

Das ausgefüllte **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Hausbesuch** wird von der **Pflegefachperson** im Anschluss an den gemeinsamen Hausbesuch an alle Beteiligten via Messenger versendet.

Ein Exemplar des **Formblattes 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch** und des **Formblattes 6 Zielvereinbarungen Hausbesuch** wird durch die **Pflegefachperson** ausgedruckt und in der *interprof* Home-Mappe in der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf abgeheftet sowie jeweils ein gedrucktes Exemplar an das Studienteam gesendet.

2.6 Gemeinsamen Besprechungen



2.6.1 Warum finden gemeinsame Besprechungen statt?

Auch bei den **gemeinsamen Besprechungen** steht die Versorgung der Person mit Pflegebedarf im Fokus. Durch die Vereinbarung von Zielen und dem Vorgehen aller Beteiligten kann die Versorgung der Person mit Pflegebedarf passgenauer erfolgen und damit verbessert werden.

Die gemeinsame Auswertung der Zielerreichung bei der nächsten gemeinsamen Besprechung zeigt allen Beteiligten mögliche Veränderungen direkt auf.

Die Anliegen und Versorgungsziele der Person mit Pflegebedarf werden, wie auch beim **gemeinsamen Hausbesuch**, in einem Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der **koordinierenden Person** besprochen.

2.6.2 Wer nimmt an den gemeinsamen Besprechungen teil?

- Pflegefachperson,
- Hausarzt*in,
- ggf. Ergotherapeut*in/ Logopäd*in/ Physiotherapeut*in,
- ggf. Person mit Pflegebedarf
- ggf. An-/Zugehörige*r.

Die Personen mit Pflegebedarf und die An-/ Zugehörigen entscheiden selbst, ob sie an den **gemeinsamen Besprechungen** teilnehmen möchten, sofern sie nicht selbst die **koordinierende Person** sind.

2.6.3 Wann finden die gemeinsamen Besprechungen statt?

Regelmäßige, **gemeinsame Besprechungen** finden anlassbezogen vor Ort, per Video oder telefonisch statt.

Die **koordinierende Person** bittet aufgrund aktueller Anliegen, die gemeinsam mit dem gesamten Versorgungsteam besprochen werden sollten, um eine **gemeinsame Besprechung**.

2.6.4 Wie werden die gemeinsamen Besprechungen organisiert?

Die Organisation sowie die Moderation der **gemeinsamen Besprechungen** findet durch **die Pflegefachperson** statt.

Anlassbezogen kümmert sich **die Pflegefachperson** um einen gemeinsamen Termin für die gemeinsame Besprechung, die Besprechungsform sowie, falls in Präsenz, den Ort. Ebenso

erinnert die **Pflegefachperson** kurz zuvor alle Beteiligten via **Messenger** und/ oder telefonisch an die **gemeinsame Besprechung**. Die folgende Checkliste hilft Ihnen, an alle wichtigen Punkte zu denken:

Checkliste für die gemeinsamen Besprechungen

- Datum und Uhrzeit der gemeinsamen Besprechung sind festgelegt
- Person mit Pflegebedarf ist über den Termin informiert und hat ihre Teilnahme bestätigt
- An-/ Zugehörige*r ist über den Termin informiert und hat die Teilnahme bestätigt
- Hausärzt*in ist über den Termin informiert und hat die Teilnahme bestätigt
- Pflegefachperson ist über den Termin informiert und hat die Teilnahme bestätigt
- Therapeut*in(nen) ist (sind) über den Termin informiert und hat (haben) die Teilnahme bestätigt
- Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person hat stattgefunden
- Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Besprechungen** liegt allen Beteiligten vor
- Formblatt 6 Zielvereinbarungen Besprechungen** und ggf. Endgerät zur Protokollführung sind eingepackt
- Formblatt 6 Zielvereinbarungen Hausbesuch** oder **Zielvereinbarungen Besprechungen** für die Evaluation der Ziele liegt vor

2.6.5 Wie und wann findet das Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der koordinierenden Person statt?

Etwa eine Woche vor der **gemeinsamen Besprechung** findet ein Vorgespräch zwischen der Person mit Pflegebedarf und der **koordinierenden Person** statt. Die Inhalte werden auf dem **Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Hausbesuch** notiert. Bei dem Vorgespräch bittet die **koordinierende Person** die Person mit Pflegebedarf, ihre aktuellen Anliegen und Ziele (maximal fünf) zu formulieren. Beispiele für Anliegen und Ziele aus Sicht der Person mit Pflegebedarf, die bei einem Vorgespräch besprochen werden sollen, finden Sie in Abbildung 2. Auch die **koordinierende Person** formuliert Anliegen und Fragen, die bei der **gemeinsamen Besprechung** angesprochen werden sollen. Die **koordinierende Person** lässt das **Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Besprechungen** allen Beteiligten via digitalem Kommunikationssystem (Messenger) zukommen oder bittet die Pflegefachperson dies zu tun. **Formblatt 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Besprechungen** sollte bei den **gemeinsamen Besprechungen** allen Beteiligten vorliegen, um ihnen bei der Ausformulierung der Zielvereinbarungen und der Planung des weiteren Vorgehens eine Orientierung zu bieten.

2.6.6 Was wird bei den gemeinsamen Besprechungen besprochen?

Zeitraum (Beispiel): 16:00 – 16:45 Uhr

16:00 – 16:05	Ankommen
16:05 – 16:40	Vorstellung des Ablaufs Auswertung der Erreichung der Versorgungsziele und Anliegen vom Hausbesuch / von der letzten Besprechung Bericht der aktuellen Versorgungslage durch Person mit Pflegebedarf/ koordinierende Person Anliegen und Ziele der Person mit Pflegebedarf/ koordinierenden Person Festlegung des Vorgehens zur Verbesserung der Versorgung durch alle Beteiligten
16:40 – 16:45	Zusammenfassung, Sonstiges, Verabschiedung

Auswertung der Zielerreichung

Zunächst werden die Zielvereinbarungen des **gemeinsamen Hausbesuches** ausgewertet und Anmerkungen zur Umsetzung in das **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Hausbesuch** eingetragen.

Bericht der aktuellen Versorgungslage sowie Anliegen und Versorgungsziele durch Person mit Pflegebedarf/ koordinierende Person

Danach wird die Person mit Pflegebedarf durch die **Pflegefachperson** gefragt, welche aktuellen Anliegen und Ziele sie hat und aktuell besprechen möchte. Diese werden bei der **ersten gemeinsamen Besprechung** von der **Pflegefachperson** in das **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Besprechungen** eingetragen.

Festlegung des Vorgehens zur Verbesserung der Versorgung durch alle Beteiligten

Danach werden die Anliegen und Versorgungsziele der Person mit Pflegebedarf und der **koordinierenden Person** im Versorgungsteam besprochen. Ziele für die Versorgung und die Vorgehensweisen aller Beteiligten werden festgelegt und in dem **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Besprechungen** notiert.

In der Abbildung 4 auf Seite 20 sind Beispiele für Themenbereiche aufgeführt, zu denen Ziele entwickelt werden können. Es sind jedoch auch andere Themenbereiche möglich. Auch die Anordnung von Bedarfsmedikamenten kann bei den gemeinsamen Besprechungen Inhalt sein.

Hand- & Arbeitsbuch *interprof* HOME

In den gemeinsamen Besprechungen sollten nach Möglichkeit drei Ziele formuliert werden. Es empfiehlt sich, die Ziele möglichst SMART zu formulieren.

S = spezifisch,

M= messbar,

A= akzeptiert/attractiv,

R= realistisch und

T= terminiert.

Während der gemeinsamen Besprechung protokolliert die **Pflegefachperson** die besprochenen Ziele sowie das weitere Vorgehen im **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Besprechungen**. Die Erreichung der festgelegten Ziele wird bei der **folgenden gemeinsamen Besprechung** von den Beteiligten bewertet.

Das **Formblatt 6 Zielvereinbarungen Besprechungen** wird von der **Pflegefachperson** im Anschluss an die **gemeinsame Besprechung** an alle Beteiligten via Messenger versendet.

Ein Exemplar des **Formblattes 5 Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamen Besprechungen** und des **Formblattes 6 Zielvereinbarungen Besprechungen** wird durch die **Pflegefachperson** ausgedruckt und in der *interprof* Home-Mappe in der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf abgeheftet sowie jeweils ein Exemplar an das Studienteam gesendet.

2.6.7 Weitere gemeinsame Besprechungen

Weitere **gemeinsame Besprechungen** können anlassbezogen durchgeführt werden. Der Ablauf und die Inhalte der gemeinsamen Besprechungen entsprechen denen der ersten Besprechung.



**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zu-
hause**

Arbeitsmaterialien

Vorname, Name (Person mit Pflegebedarf): _____

Formblatt 1: Kontaktliste

	Vorname, Name	Telefon
Meine Kontaktdaten		
Meine An- bzw. Zugehörige/ Mein An- bzw. Zugehöriger		
Mein*e Hausärzt*in/		
Mein ambulanter Pflegedienst		
Meine Ansprechperson im ambulanten Pflege- dienst		
Mein*e Ergotherapeut*in		
Mein*e Logopäd*in		
Mein*e Physiotherapeut*in		

Vorname, Name (Person mit Pflegebedarf): _____

Formblatt 2: Kontaktliste Versorgungsteam

Person mit Pflegebedarf	Günstigstes Zeitfenster für gemeinsame Treffen in Präsenz					
Vorname, Name:	Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR
Adresse:						
Telefon:						
Fax:						
E-Mail:						

An- / und Zugehörige*r	Günstigstes Zeitfenster für gemeinsame Treffen in Präsenz					
Vorname, Name:	Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR
Adresse:						
Telefon:						
Fax:						
E-Mail:						

Vorname, Name (Person mit Pflegebedarf): _____

Hausarzt*in	Günstigstes Zeitfenster für gemeinsame Treffen in Präsenz					
Vorname, Name:	Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR
Adresse:						
Telefon:						
Ggf. Sondertelefonnummer:						
Fax:						
E-Mail:						

Ambulanter Pflegedienst (Pflegefachperson)	Günstigstes Zeitfenster für gemeinsame Treffen in Präsenz					
Vorname, Name:	Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR
Adresse:						
Telefon:						
Ggf. Sondertelefonnummer:						
Fax:						
E-Mail:						

Vorname, Name (Person mit Pflegebedarf): _____

Ergotherapeut*in	Günstigstes Zeitfenster für gemeinsame Treffen in Präsenz					
Vorname, Name:	Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR
Adresse:						
Telefon:						
Ggf. Sondertelefonnummer:						
Fax:						
E-Mail:						

Logopäd*in	Günstigstes Zeitfenster für gemeinsame Treffen in Präsenz					
Vorname, Name:	Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR
Adresse:						
Telefon:						
Ggf. Sondertelefonnummer:						
Fax:						
E-Mail:						

Vorname, Name (Person mit Pflegebedarf): _____

Physiotherapeut*in	Günstigstes Zeitfenster für gemeinsame Treffen in Präsenz					
Vorname, Name:	Uhrzeit	MO	DI	MI	DO	FR
Adresse:						
Telefon:						
Ggf. Sondertelefonnummer:						
Fax:						
E-Mail:						

Formblatt 3: Auftakt-Treffen

Allgemeines

Datum: _____

Ort: _____

Format: Präsenz online

Dauer des Auftakt-
treffens:

Von:_____ bis:_____

Dokumentation
durch:

Anwesende

Vorname, Name:

Person mit Pflegebedarf _____

Zu- / Angehörige _____

Pflegefachperson _____

Hausärzt*in _____

Ergotherapeut*in _____

Logopäd*in _____

Physiotherapeut*in _____

**Koordinierende
Person**

Notizen:

Digitales Kommunikationssystem (Messenger)

Name der Gruppe im Messenger: _____

Variante A: Alle Beteiligten sind in der Gruppe

Variante B: Alle professionellen Versorger*innen sind in der Gruppe

Vorname, Name (Person mit Pflegebedarf): _____

Sondertelefonnummer

	Anrede	Titel	Vorname	Name	Sondertelefonnummer	Ansprechperson Sondertelefonnummer: <i>Anrede, Name</i>	Erreichbarkeit	Kann genutzt werden, bei:	Kann <u>nicht</u> genutzt werden, bei:
Pflegefachperson							MO:		
							DI:		
							MI:		
							DO:		
							FR:		
							SA:		
							SO:		
Hausärzt*in							MO:		
							DI:		
							MI:		
							DO:		
							FR:		
							SA:		
							SO:		
Ergotherapeut*in							MO:		
							DI:		
							MI:		
							DO:		
							FR:		
							SA:		
							SO:		

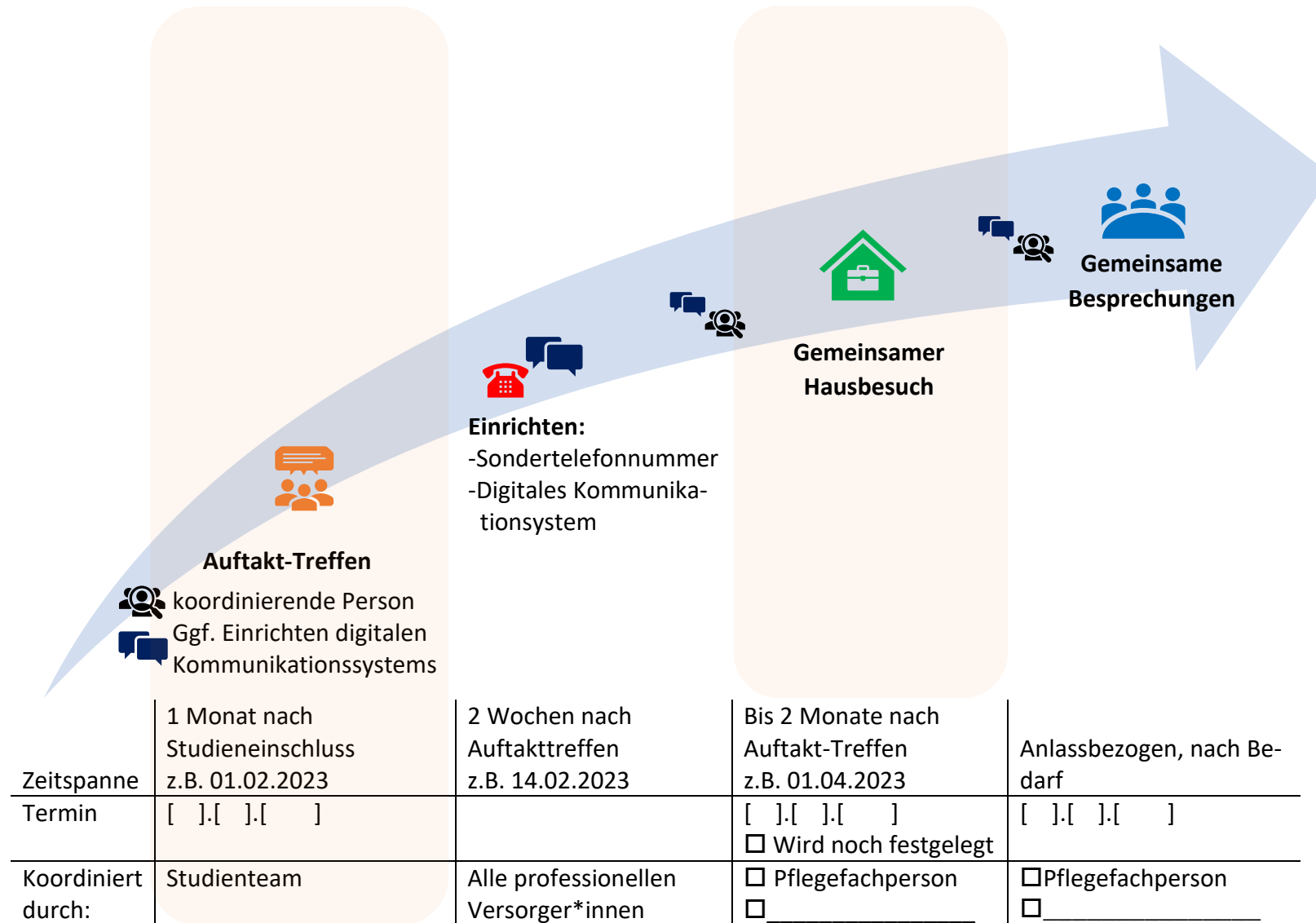
Vorname, Name (Person mit Pflegebedarf): _____

Hand- & Arbeitsbuch *interprof HOME*

	Anrede	Titel	Vorname	Name	Sondertelefonnummer	Ansprechperson Sondertelefonnummer: <i>Anrede, Name</i>	Erreichbarkeit	Kann genutzt werden, bei:	Kann <u>nicht</u> genutzt werden, bei:
Logopäd*in							MO:		
							DI:		
							MI:		
							DO:		
							FR:		
							SA:		
							SO:		
Physiotherapeut*in							MO:		
							DI:		
							MI:		
							DO:		
							FR:		
							SA:		
							SO:		

Alle beteiligten professionellen Versorger*innen erhalten, im Anschluss an das Auftakttreffen, jeweils das „*Formblatt 4: Sondertelefonnummer*“. Dieses wird im Anschluss an Sie, als Pflegefachperson versandt. Bitte tragen Sie die entsprechenden Daten in diese Übersichtstabelle „*Sondertelefonnummer*“ ein.

Zeitlicher Ablauf der Komponenten (die letzten Besprechungen können weg)



Vorname, Name (Person mit Pflegebedarf): _____

Nächste Schritte

Was?	Wann?	Wer?	Dokumentation durch:	Vorname, Name:
Einrichtung digitales Kommunikati- onssystem (Messenger)	Bis ca. 2 Wochen nach Auftakt-Treffen	Alle	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____	_____ _____ _____
Einrichtung Sondertelefonnummer	Bis ca. 2 Wochen nach Auftakt-Treffen	Alle	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____	_____ _____ _____
Erledigt bis:	[] .[] .[] []			
Vorgespräch: Koordinierende Person mit der Person mit Pflegebedarf				

Was?	Wann?	Organisation und Mode- ration durch:	Vorname, Name:	Dokumentation durch:	Vorname, Name
Gemeinsamer Hausbesuch	Bis 2 Monate nach Auftakt-Treffen	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____	_____ _____	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____	_____ _____
Termin am:	[] .[] .[] [] <input type="checkbox"/> Wird noch festgelegt				

Vorgespräch: Koordinierende Person mit der Person mit Pflegebedarf					
Was?	Wann?	Organisation und Moderation durch:	Vorname, Name:	Dokumentation durch:	Vorname, Name:
Gemeinsame Besprechung	anlassbezogen	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____	_____ _____	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____	_____ _____
Termin am:	[] . [] . [] <input type="checkbox"/> Wird noch festgelegt				
Vorgespräch: Koordinierende Person mit der Person mit Pflegebedarf					
Gemeinsame Besprechungen	anlassbezogen	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____	_____ _____	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____	_____ _____
Termin am:	[] . [] . []				
Vorgespräch: Koordinierende Person mit der Person mit Pflegebedarf					
Gemeinsame Besprechungen	anlassbezogen	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____	_____ _____	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____	_____ _____
Termin am:	[] . [] . [] <input type="checkbox"/> Wird noch festgelegt				

Formblatt 4: Sondertelefonnummer

Vorname, Name: _____

- Pflegefachperson Hausärzt*in Ergotherapeut*in Logopäd*in Physiotherapeut*in

Eine Maßnahme des Maßnahmenpaketes *interprof* HOME ist die Einführung einer Sondertelefonnummer. Ziel dieser Sondertelefonnummer ist eine verbesserte Erreichbarkeit. Zu welchen Anlässen bzw. dringlichen Anliegen Ihre Sondernummer genutzt werden darf, besprechen Sie in Ihrem Versorgungsteam.

Die Sondertelefonnummer meiner Einrichtung lautet: _____

Folgende Person ist dafür verantwortlich: _____

Zu folgenden Zeiten ist diese erreichbar:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<input type="checkbox"/> zu den Öffnungszeiten: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> zu den Öffnungszeiten: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> zu den Öffnungszeiten: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> zu den Öffnungszeiten: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> zu den Öffnungszeiten: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> zu den Öffnungszeiten: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> zu den Öffnungszeiten: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> und/oder: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> und/oder: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> und/oder: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> und/oder: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> und/oder: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> und/oder: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> und/oder: _____ _____ _____

Die Sondertelefonnummer kann genutzt werden bei Anliegen...	Die Sondertelefonnummer soll nicht genutzt werden bei...
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ... zur allgemeinen Organisation der Versorgung <input type="checkbox"/> ... zu pflegerischen/therapeutischen Maßnahmen <input type="checkbox"/> ... zu (Pflege-) Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> ... zum Allgemeinzustand der Person mit Pflegebedarf <input type="checkbox"/> ... Sonstiges: <ul style="list-style-type: none"> - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ 	<p><input checked="" type="checkbox"/> Lebensbedrohlichen Ereignissen/ Zuständen</p> <p><input type="checkbox"/> Bitte führen Sie hier die Anlässe auf:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Formblatt 5: Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamem Hausbesuch oder gemeinsamen Besprechungen Seite 1/3

Vorname, Name der Person mit Pflegebedarf: <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/>	Koordinierende Person: <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/>	Datum: <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/>
--	--	--

Liebe koordinierende Person,

vor dem **gemeinsamen Hausbesuch** oder gemeinsamen Besprechungen besprechen Sie die Anliegen und Ziele für die Versorgung mit der Person mit Pflegebedarf und notieren diese in diesem Formblatt. Außerdem notieren Sie Ihre eigenen Anliegen und Wünsche als koordinierende Person. Das Formblatt senden Sie bitte allen Versorger*innen vor dem **gemeinsamen Hausbesuch** oder der **gemeinsamen Besprechung** via digitales Kommunikationssystem (Messenger) zu oder bitten Sie die Pflegefachperson dieses zu tun.

Bedenken Sie bei den Anliegen und Zielen der Person mit Pflegebedarf, dass diese in einem realistischen Rahmen umsetzbar sind.

Es sollten drei bis maximal fünf Anliegen und Ziele aufgeführt werden.

Das Formblatt 5 wird von der Pflegefachperson ausgedruckt und in der *interprof* HOME-Mappe in der Häuslichkeit abgelegt. Außerdem wird ein Exemplar durch die Pflegefachperson an das Studententeam versendet.

Ein Beispiel zum Ausfüllen sehen Sie hier. Weitere Beispiele finden Sie im Handbuch. Ihre Dokumentation beginnt auf der folgenden Seite.

	Aktuelles Anliegen	Ziel
1	Das Aufstehen vom Stuhl und der Gang bis zur Toilette fällt mir schwer.	Ich möchte allein vom Stuhl aufstehen und am Rollator ins Badezimmer gehen können.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Welche Anliegen und Ziele haben Sie als Person mit Pflegebedarf?

	Aktuelles Anliegen	Ziel
1		
2		
3		
4		
5		

Welche Wünsche und Anliegen haben Sie darüber hinaus als koordinierende Person?

Anhaltspunkte könnten sein:

Vorname, Name (Person mit Pflegebedarf): _____

- Fachärzt*innentermine (Besprechung von Befunden)
- Beantragung von Hilfsmitteln/ Behindertenausweisen
- Erhöhung/ Veränderung des Pflegegrades

	Aktuelle Anliegen
1	
2	
3	

Vorname, Name (Person mit Pflegebedarf): _____

Formblatt 6: Zielvereinbarungen gemeinsamer Hausbesuch oder gemeinsame Besprechung Seite 1/3

Liebe Pflegefachperson,

während **des gemeinsamen Hausbesuchs** oder bei **gemeinsamen Besprechungen** werden die Anliegen und Ziele der Person mit Pflegebedarf sowie die Wünsche und Anliegen der koordinierenden Person besprochen.

Die Ziele für die Versorgung der Person mit Pflegebedarf und die Vorgehensweisen der professionellen Versorger*innen werden festgelegt und in diesem Formblatt notiert. Sie werden beim jeweiligen nächsten Treffen von den professionellen Versorger*innen evaluiert.

Das Formblatt 6 wird von Ihnen an alle Versorger*innen via digitales Kommunikationssystem (Messenger) versandt und von der Pflegefachperson der *interprof* Home-Mappe archiviert. Außerdem wird ein Exemplar durch die Pflegefachperson an das Studententeam via digitales Kommunikationssystem (Messenger) versendet.

Bei der Formulierung der Ziele sollte darauf geachtet werden, dass diese konkret, messbar, realistisch und terminiert sein sollten.

Ein Beispiel finden Sie vorab ausgefüllt unten im Dokument. Weitere Hinweise zum Ausfüllen dieses Formblatts erhalten Sie im Handbuch im Abschnitt **gemeinsamer Hausbesuch und gemeinsame Treffen**.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Vorname, Name (Person mit Pflegebedarf): _____

Allgemeines

Datum: _____

Ort: _____

Format: Präsenz online

Anwesende

Person mit Pflegebedarf _____

Zu- / Angehörige _____

Pflegefachperson _____

Hausärzt*in _____

Ergotherapeut*in _____

Logopäd*in _____

Physiotherapeut*in _____

Dauer: _____ Von: _____ bis: _____

Dokumentation durch: _____

Koordinierende Person

Notizen:

Ihre Dokumentation:

	Zielvereinbarungen am	Vorgehen	Zuständigkeiten	Auswertung (nächstes Treffen) Datum:
<input type="checkbox"/> Körperfunktionen und -struktur <input checked="" type="checkbox"/> Mobilität <input type="checkbox"/> Kognitive und kommunikative Fähigkeiten <input type="checkbox"/> Selbstversorgung <input type="checkbox"/> Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen <input type="checkbox"/> Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte <input type="checkbox"/> Sonstiges und von der Person mit Pflegebedarf angesprochene Anliegen	<p>Frau B. kann in 4 Wochen selbständig vom Stuhl aufstehen und die 3m ins Badezimmer am Rollator zurücklegen.</p>	<p>Tägliche Förderung der Mobilisation:.</p> <p>Tägliches Gehtraining mit Pflege, 5 Min und Angehörigen, zusätzlich 2x wöchentlich Physiotherapie und 1x wöchentlich Ergotherapie</p>	<p>Angehörige, Ergotherapie, Physiotherapie, Pflege,</p>	<p>18.02.2023</p> <p>Teilziel:</p> <p>Frau B. kann teilweise selbständig vom Armlehnenstuhl aufstehen und am Rollator ins Badezimmer gehen.</p>
<input type="checkbox"/> Körperfunktionen und -struktur <input type="checkbox"/> Mobilität <input type="checkbox"/> Kognitive und kommunikative Fähigkeiten <input type="checkbox"/> Selbstversorgung <input type="checkbox"/> Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen <input type="checkbox"/> Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte <input type="checkbox"/> Sonstiges und von der Person mit Pflegebedarf angesprochene Anliegen.				

Vorname, Name (Person mit Pflegebedarf): _____

Hand- & Arbeitsbuch *interprof* HOME

	Zielvereinbarungen	Vorgehen	Zuständigkeiten	Evaluation Datum:
<input type="checkbox"/> Körperfunktionen und -struktur <input type="checkbox"/> Mobilität <input type="checkbox"/> Kognitive und kommunikative Fähigkeiten <input type="checkbox"/> Selbstversorgung <input type="checkbox"/> Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen <input type="checkbox"/> Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte <input type="checkbox"/> Sonstiges und von der Person mit Pflegebedarf angesprochene Anliegen				
<input type="checkbox"/> Körperfunktionen und -struktur <input type="checkbox"/> Mobilität <input type="checkbox"/> Kognitive und kommunikative Fähigkeiten <input type="checkbox"/> Selbstversorgung <input type="checkbox"/> Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen				

Vorname, Name (Person mit Pflegebedarf): _____

Hand- & Arbeitsbuch *interprof* HOME

	Zielvereinbarungen	Vorgehen	Zuständigkeiten	Evaluation Datum:
<input type="checkbox"/> Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte <input type="checkbox"/> Sonstiges und von der Person mit Pflegebedarf angesprochene Anliegen				
<input type="checkbox"/> Körperfunktionen und -struktur <input type="checkbox"/> Mobilität <input type="checkbox"/> Kognitive und kommunikative Fähigkeiten <input type="checkbox"/> Selbstversorgung <input type="checkbox"/> Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen <input type="checkbox"/> Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte <input type="checkbox"/> Sonstiges und von der Person mit Pflegebedarf angesprochene Anliegen				







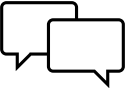

interprof HOME

**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung
zu Hause**

Auftakt-Treffen

***interprof* HOME**

Netiquette

- Video (Kamera) an 
- Ton (Mikrofon) vorerst ausschalten 
- Handzeichen geben, Mikrofon anschalten, wenn Sie aufgefordert werden zu sprechen 

- Chat-Funktion nur bei Verbindungsproblemen  



<https://www.badisches-tagblatt.de/Media/BT/Online-Netiquette.jpg>



interprof HOME

**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung
zu Hause**



16.00 – 16.10 Uhr

Einführung in die Veranstaltung

16.10 – 16.35 Uhr

Vorstellung der Maßnahme „Auftakt-Treffen“
inklusive Vorstellungsrunde

16.35 – 17.00 Uhr

Vorstellung weiterer Maßnahmen

17.00 – 17.20 Uhr

Festlegung der Zuständigkeiten & Termine für
die einzelnen Maßnahmen

17.20 – 17.50 Uhr

Vorstellung des Ablaufes des gemeinsamen
Hausbesuches und der gemeinsamen
Besprechungen

17.45 – 18.00 Uhr

Zusammenfassung, Informationen zum
weiteren Vorgehen, Verabschiedung

Maßnahmenpaket *interprof* HOME



Auftakt-Treffen



Benennung & Stärkung einer koordinierenden Person



Digitales Kommunikationssystem (Messenger)



Sondertelefonnummer



Gemeinsamer Hausbesuch



Gemeinsame Besprechungen

Auftakt-Treffen

Ziele:

- Kennenlernen aller Beteiligten
- Vorstellung der einzelnen Maßnahmen
- Klärung von Zuständigkeiten & Terminen
- Besprechung der Formen der Zusammenarbeit
- Benennung der koordinierenden Person



Kennenlernen

- Wie heiÙe ich?
- Welcher Berufsgruppe gehöre ich an?
- Was ist meine derzeitige Aufgabe in Bezug auf die Person mit Pflegebedarf?

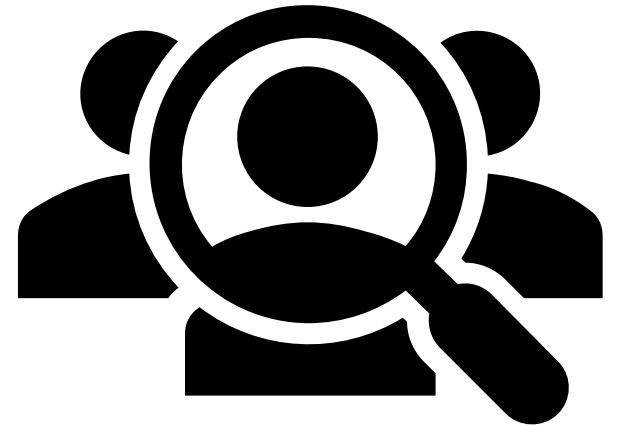
Benennung & Stärkung einer koordinierenden Person

Es wird eine Person benannt, die die Koordination der Versorgung der Person mit Pflegebedarf übernimmt.

Alle anderen unterstützen sie.

Ziele:

- Verbesserte Versorgung der Person mit Pflegebedarf durch ganzheitliche Koordination
- Stärkung bzw. Entlastung der Person mit Pflegebedarf und ihrer An-/Zugehörigen durch eine koordinierende Person



Digitales Kommunikationssystem (Messenger)

Es wird ein digitales Kommunikationssystem eingerichtet.

Ziele:

- Einfacher & schneller Austausch von Informationen und Bildern
 - **Variante A:** zwischen allen Beteiligten (inklusive der Person mit Pflegebedarf)
 - **Variante B:** zwischen den (professionellen) Versorger*innen



Sondertelefonnummer

In den Praxen & im Pflegedienst wird eine Sondertelefonnummer bzw. ein Diensthandy eingerichtet.

Es werden die Zeiten, Anlässe sowie die Personen, die die Sondertelefonnummer nutzen dürfen, im Team besprochen und dokumentiert.

Ziel:

Zuverlässige Erreichbarkeit der professionellen Versorger*innen zu festgelegten Zeiten und Anlässen.



Gemeinsamer Hausbesuch

Es findet ein gemeinsamer Hausbesuch statt, bei dem die aktuellen Anliegen und Wünsche der Person mit Pflegebedarf sowie das interprofessionelles Vorgehen besprochen werden.

Teilnehmende: Möglichst alle Beteiligten.

Die Person mit Pflegebedarf kann entscheiden, ob ein Hausbesuch auch ohne die Beteiligung aller stattfinden kann.

Wann? innerhalb der ersten zwei Monate nach Studieneinschluss

Dauer: 45 Minuten



Gemeinsame Besprechungen

In gemeinsamen Besprechungen werden die aktuellen gesundheitsbezogenen Versorgungsbedarfe der Person mit Pflegebedarf erneut erhoben und das inter-professionelles Vorgehen wird besprochen.

Teilnehmende: Möglichst alle Beteiligten.

Die Person mit Pflegebedarf kann entscheiden, ob sie selbst teilnehmen möchte. Sie entscheidet bei Teilnahme auch die Form (Präsenz, online oder telefonisch).

Häufigkeit: Nach dem gemeinsamen Hausbesuch mindestens einmal im Quartal oder anlassbezogen



Festlegung der Zuständigkeiten & Zeitpunkte



Auftakt-Treffen



Benennung & Stärkung einer koordinierenden Person



Digitales Kommunikationssystem (Messenger)



Sondertelefonnummer

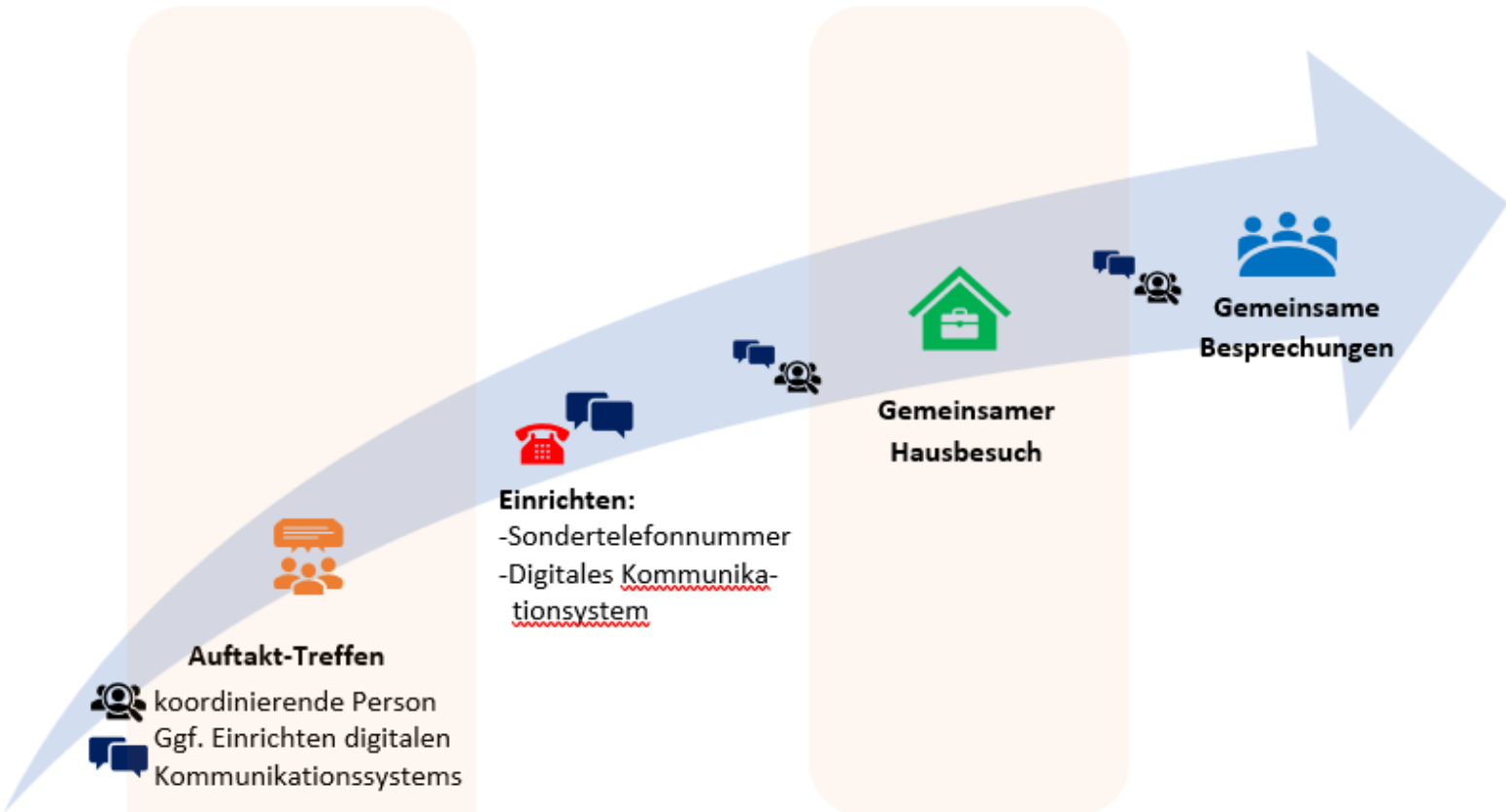


Gemeinsamer Hausbesuch



Gemeinsame Besprechungen

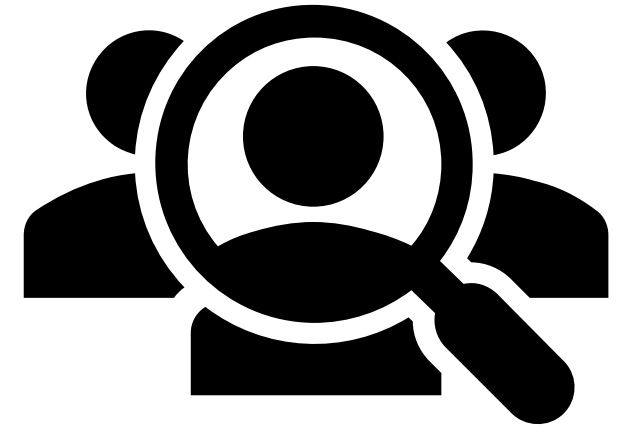
Zeitplan (exemplarisch)



	<p>Auftakt-Treffen</p> <p>koordinierende Person Ggf. Einrichten digitalen Kommunikationssystems</p>	<p>Einrichten:</p> <p>-Sondertelefonnummer -Digitales <u>Kommunikationssystem</u></p>	<p>Gemeinsamer Hausbesuch</p>	<p>Gemeinsame Besprechungen</p>
Zeitspanne	1 Monat nach Studieneinschluss z.B. 01.02.2023	2 Wochen nach Auftakttreffen z.B. 14.02.2023	Bis 2 Monate nach Auftakt-Treffen z.B. 01.04.2023	Anlassbezogen, nach Bedarf
Termin	[]-[]-[]		[]-[]-[] <input type="checkbox"/> Wird noch festgelegt	[]-[]-[]
Koordiniert durch:	Studienteam	Alle professionellen Versorger*innen	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____

Benennung der koordinierenden Person

Wer kann sich vorstellen diese Aufgaben zu übernehmen?



Koordinierende Person – Zuständigkeiten und Aufgaben

- Koordination der Versorgung der Person mit Pflegebedarf, z.B.
 - Rezeptabholung
 - Medikamentenbesorgungen
 - Terminkoordination mit Ärzt*innen/Therapeut*innen
 - Beantragung Behindertenausweis.
- Vorbesprechungen der Anliegen und Wünsche für die Maßnahmen „Gemeinsamer Hausbesuch“ (Formblatt 5a) & „Gemeinsame Besprechungen“ (Formblatt 5b)
- Vorbesprechung der Anliegen der koordinierenden Person



Wer kann sich vorstellen diese Aufgaben zu übernehmen?

Digitales Kommunikationssystem (Messenger)

Abstimmen der Varianten

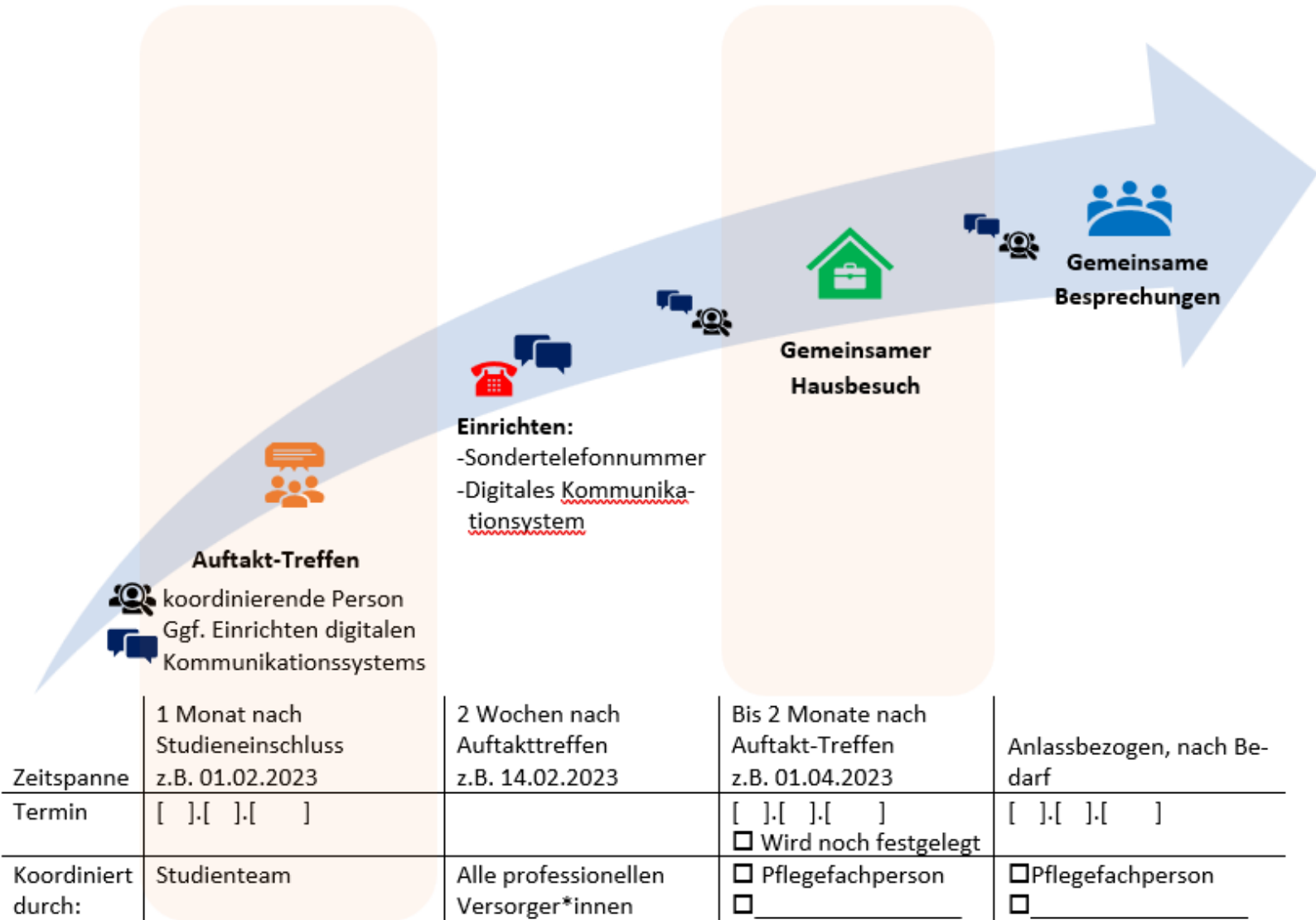
- **Variante A:** zwischen allen Beteiligten (inklusive der Person mit Pflegebedarf)

ODER

- **Variante B:** zwischen den (professionellen) Versorger*innen



Zeitplan (exemplarisch)



Nutzung der Sondertelefonnummer – Aufgaben für professionelle Versorger*innen

- (Dienst-)Handy oder weitere (freie) ISDN-Telefonnummer vorhanden?
- Wenn nicht: wer richtet die Nummer ein?
- Bis wann? *(max. 2 Wochen nach Auftakt-Treffen)*
- Telefonnummer sowie Erreichbarkeiten und Anlässe der Pflegefachperson mitteilen (Formblatt 4). *(max. 2 Wochen nach Auftakt-Treffen)*
- Pflegefachperson verschickt die Daten (Formblatt 3) an alle Beteiligten via Messenger



Auszug aus Formblatt 4: Sondertelefonnummer



Formblatt 4: Sondertelefonnummer

Vorname, Name: _____

- Pflegefachperson
 Hausärztin/ Hausarzt
 Ergotherapeut*in
 Logopäd*in
 Physiotherapeut*in

Eine Maßnahme des Maßnahmenpaketes *interprof* HOME ist die Einführung einer Sondertelefonnummer. Ziel dieser Sondertelefonnummer ist eine verbesserte Erreichbarkeit. Zu welchen Anlässen bzw. dringlichen Anliegen (**z.B. Stürze, Blutzuckerentgleisung, kardiale Beschwerden, Verwirrheitszustände etc.**) Ihre Sondernummer genutzt werden darf, besprechen Sie in Ihrem Versorgungsteam.

Die Sondertelefonnummer meiner Einrichtung lautet: _____

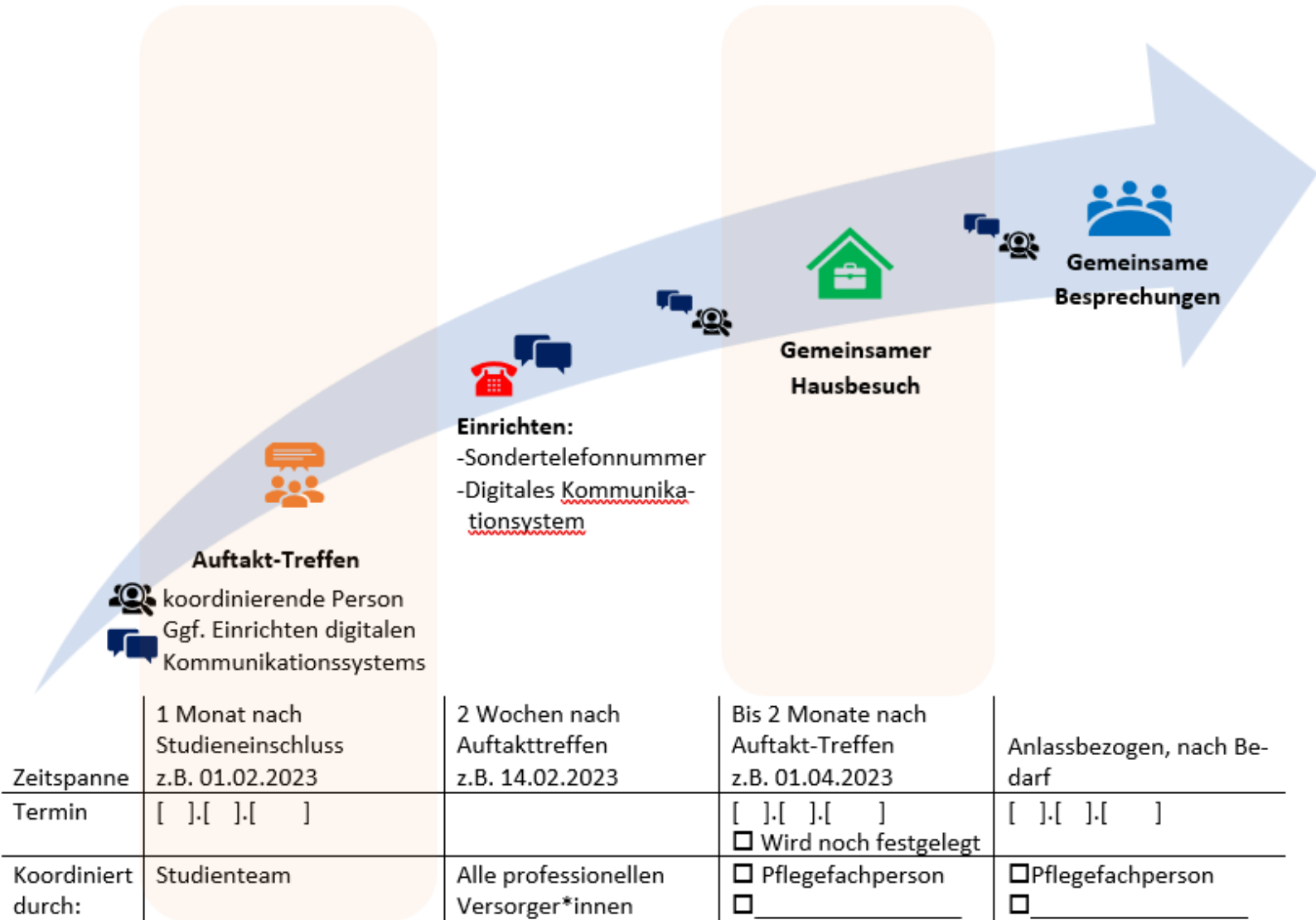
Folgende Person ist dafür verantwortlich: _____

Zu folgenden Zeiten ist diese erreichbar:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
<input type="checkbox"/> zu den Öffnungszeiten: _____ _____	<input type="checkbox"/> zu den Öffnungszeiten: _____ _____	<input type="checkbox"/> zu den Öffnungszeiten: _____ _____	<input type="checkbox"/> zu den Öffnungszeiten: _____ _____	<input type="checkbox"/> zu den Öffnungszeiten: _____ _____	<input type="checkbox"/> zu den Öffnungszeiten: _____ _____	<input type="checkbox"/> zu den Öffnungszeiten: _____ _____
<input type="checkbox"/> und/oder: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> und/oder: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> und/oder: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> und/oder: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> und/oder: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> und/oder: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> und/oder: _____ _____ _____

Die Sondertelefonnummer kann genutzt werden bei Anliegen...	Die Sondertelefonnummer soll nicht genutzt werden bei...
<input type="checkbox"/> ... zur allgemeinen Organisation der Versorgung <input type="checkbox"/> ... zu pflegerischen/therapeutischen Maßnahmen <input type="checkbox"/> ... zu (Pflege-) Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> ... zum Allgemeinzustand der Person mit Pflegebedarf <input type="checkbox"/> ... Sonstiges: - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____	<input checked="" type="checkbox"/> Lebensbedrohlichen Ereignissen/ Zuständen <input type="checkbox"/> Bitte führen Sie hier die Anlässe auf: _____ _____ _____ _____ _____

Zeitplan (exemplarisch)



	Auftakt-Treffen koordinierende Person Ggf. Einrichten digitalen Kommunikationssystems	Einrichten: -Sondertelefonnummer -Digitales <u>Kommunikationssystem</u>	Gemeinsamer Hausbesuch	Gemeinsame Besprechungen
Zeitspanne	1 Monat nach Studieneinschluss z.B. 01.02.2023	2 Wochen nach Auftakttreffen z.B. 14.02.2023	Bis 2 Monate nach Auftakt-Treffen z.B. 01.04.2023	Anlassbezogen, nach Bedarf
Termin	[]-[]-[]		[]-[]-[] <input type="checkbox"/> Wird noch festgelegt	[]-[]-[]
Koordiniert durch:	Studienteam	Alle professionellen Versorger*innen	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____

Gemeinsamer Hausbesuch – Aufgaben (1/2)

Pflegefachperson oder Therapeut*in:

- **Organisieren** den Hausbesuch (Termine festlegen nach vorheriger Absprache mit den Beteiligten)
- **moderieren** den Hausbesuch

Koordinierende Person:

- Bespricht mit Hilfe des Formblatts 5 und der Person mit Pflegebedarf ihren individuellen Pflegebedarf für den Hausbesuch.
- Notiert sich ebenso ihre eigenen Anliegen und Fragen



Auszug aus Formblatt 5: Vorgespräch Anliegen

Formblatt 5: Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamem Hausbesuch oder gemeinsamen Besprechungen

Seite 1/3

Vorname, Name der Person mit Pflegebedarf: _____	Koordinierende Person: _____	Datum: _____
---	---------------------------------	-----------------

Liebe koordinierende Person,

vor dem **gemeinsamen Hausbesuch** oder gemeinsamen Besprechungen besprechen Sie die Anliegen und Ziele für die Versorgung mit der Person mit Pflegebedarf und notieren diese in diesem Formblatt. Außerdem notieren Sie Ihre eigenen Anliegen und Wünsche als koordinierende Person. Das Formblatt senden Sie bitte allen Versorger*innen vor dem **gemeinsamen Hausbesuch** oder der **gemeinsamen Besprechung** via digitales Kommunikationssystem (Messenger) zu oder bitten Sie die Pflegefachperson dieses zu tun.

Bedenken Sie bei den Anliegen und Zielen der Person mit Pflegebedarf, dass diese in einem realistischen Rahmen umsetzbar sind.

Es sollten drei bis maximal fünf Anliegen und Ziele aufgeführt werden.

Das Formblatt 5 wird von der Pflegefachperson ausgedruckt und in der *interprof* HOME-Mappe in der Häuslichkeit abgelegt. Außerdem wird ein Exemplar durch die Pflegefachperson an das Studententeam versendet.

Ein Beispiel zum Ausfüllen sehen Sie hier. Weitere Beispiele finden Sie im Handbuch. Ihre Dokumentation beginnt auf der folgenden Seite.

	Aktuelles Anliegen	Ziel
1	Das Aufstehen vom Stuhl und der Gang bis zur Toilette fällt mir schwer.	Ich möchte allein vom Stuhl aufstehen und am Rollator ins Badezimmer gehen können.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.



Gemeinsamer Hausbesuch – Aufgaben (2/2)

Hausärzt*in:

- notiert mit Hilfe des Formblatts 6 den Versorgungsbedarf während des Hausbesuches
- versendet das ausgefüllte Formblatt 6a an alle Beteiligten via Messenger



Auszug aus Formblatt 6: Zielvereinbarungen Hausbesuche/ Besprechungen

Formblatt 6: Zielvereinbarungen gemeinsamer Hausbesuch oder gemeinsame Besprechung Seite 1/3

Liebe Pflegefachperson,

während **des gemeinsamen Hausbesuchs** oder bei **gemeinsamen Besprechungen** werden die Anliegen und Ziele der Person mit Pflegebedarf sowie die Wünsche und Anliegen der koordinierenden Person besprochen.

Die Ziele für die Versorgung der Person mit Pflegebedarf und die Vorgehensweisen der professionellen Versorger*innen werden festgelegt und in diesem Formblatt notiert. Sie werden beim jeweiligen nächsten Treffen von den professionellen Versorger*innen evaluiert.

Das Formblatt 6 wird von Ihnen an alle Versorger*innen via digitales Kommunikationssystem (Messenger) versandt und von der Pflegefachperson der *interprof* Home-Mappe archiviert. Außerdem wird ein Exemplar durch die Pflegefachperson an das Studienteam via digitales Kommunikationssystem (Messenger) versendet.

Bei der Formulierung der Ziele sollte darauf geachtet werden, dass diese konkret, messbar, realistisch und terminiert sein sollten.

Ein Beispiel finden Sie vorab ausgefüllt unten im Dokument. Weitere Hinweise zum Ausfüllen dieses Formblatts erhalten Sie im Handbuch im Abschnitt **gemeinsamer Hausbesuch und gemeinsame Treffen**.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Allgemeines

Datum: _____

Dauer: _____ Von: _____ bis: _____

Ort: _____

Dokumentation durch: _____

Format: Präsenz online

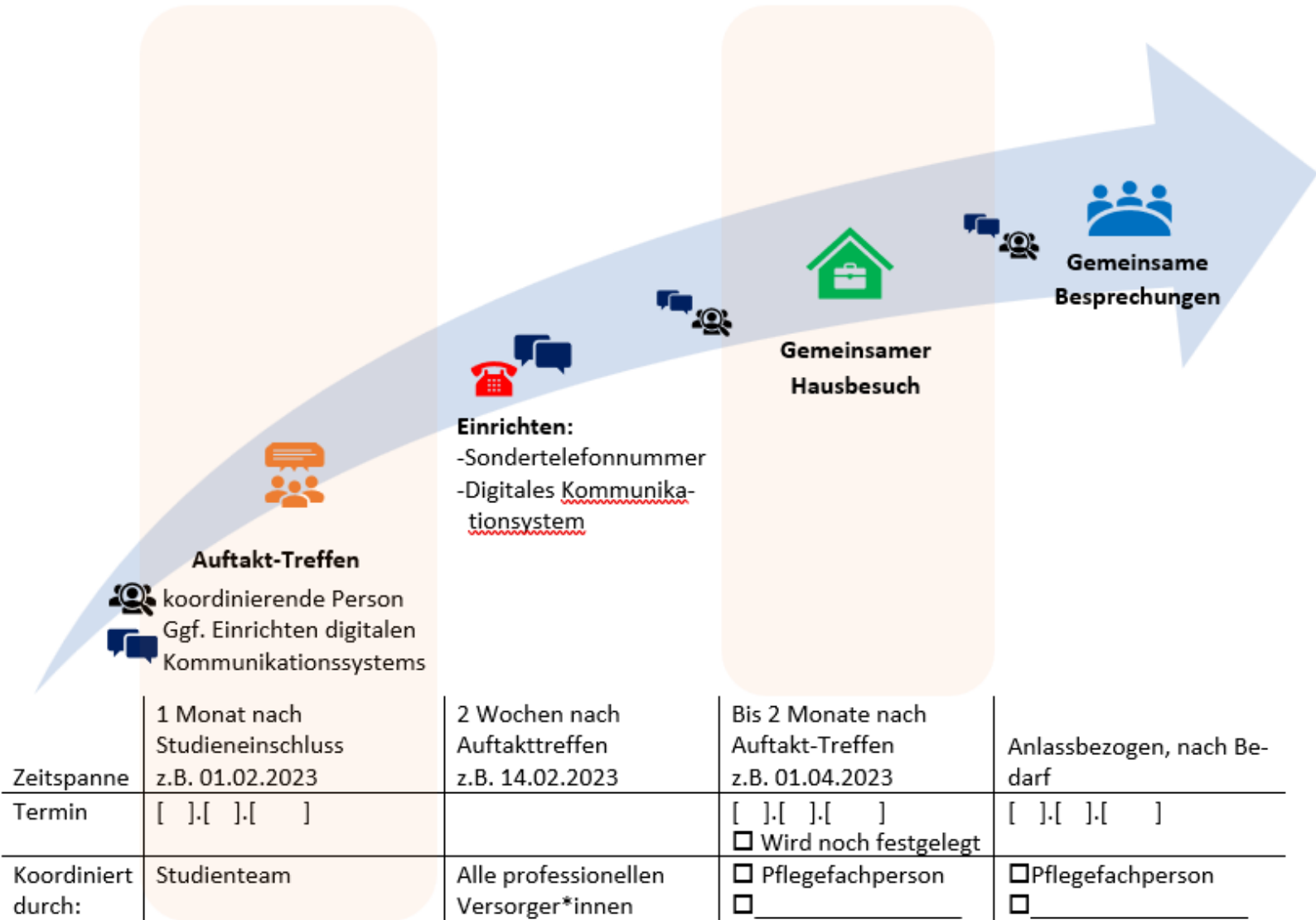
Anwesende

Vorname, Name:

Koordinierende Person

Notizen:

Zeitplan (exemplarisch)



Zeitspanne	1 Monat nach Studieneinschluss z.B. 01.02.2023	2 Wochen nach Auftakttreffen z.B. 14.02.2023	Bis 2 Monate nach Auftakt-Treffen z.B. 01.04.2023	Anlassbezogen, nach Bedarf
Termin	[]-[]-[]		[]-[]-[] <input type="checkbox"/> Wird noch festgelegt	[]-[]-[]
Koordiniert durch:	Studienteam	Alle professionellen Versorger*innen	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Pflegefachperson <input type="checkbox"/> _____

Gemeinsame Besprechungen - Formen der Zusammenarbeit

In Präsenz

- Falls geeignete Räumlichkeiten vorhanden sind, kann das Treffen mit allen Beteiligten in Präsenz gestaltet werden.

Onlineformat

- In Absprache mit allen Teilnehmenden,
- z. B. über Videosoftware der hausärztlichen Praxis/Pflegedienst ?
- Tablet/PC vorhanden ?
- Person mit Pflegebedarf könnte auch per Telefon zugeschaltet werden



Gemeinsame Besprechungen – Aufgaben (1/2)

Person mit Pflegebedarf:

- **Entscheidet, ob...**

1. Sie mit dabei sein möchte
2. Es in Präsenz oder im Onlineformat stattfindet

Koordinierende Person:

Bespricht mit Person mit Pflegebedarf im Voraus die Anliegen und Wünsche (Formblatt 5b)



Auszug aus Formblatt 5: Vorgespräch Anliegen

Formblatt 5: Versorgungsbedarfe Vorgespräch vor gemeinsamem Hausbesuch oder gemeinsamen Besprechungen

Seite 1/3

Vorname, Name der Person mit Pflegebedarf: _____	Koordinierende Person: _____	Datum: _____
---	---------------------------------	-----------------

Liebe koordinierende Person,

vor dem **gemeinsamen Hausbesuch** oder gemeinsamen Besprechungen besprechen Sie die Anliegen und Ziele für die Versorgung mit der Person mit Pflegebedarf und notieren diese in diesem Formblatt. Außerdem notieren Sie Ihre eigenen Anliegen und Wünsche als koordinierende Person. Das Formblatt senden Sie bitte allen Versorger*innen vor dem **gemeinsamen Hausbesuch** oder der **gemeinsamen Besprechung** via digitales Kommunikationssystem (Messenger) zu oder bitten Sie die Pflegefachperson dieses zu tun.

Bedenken Sie bei den Anliegen und Zielen der Person mit Pflegebedarf, dass diese in einem realistischen Rahmen umsetzbar sind.

Es sollten drei bis maximal fünf Anliegen und Ziele aufgeführt werden.

Das Formblatt 5 wird von der Pflegefachperson ausgedruckt und in der *interprof* HOME-Mappe in der Häuslichkeit abgelegt. Außerdem wird ein Exemplar durch die Pflegefachperson an das Studienteam versendet.

Ein Beispiel zum Ausfüllen sehen Sie hier. Weitere Beispiele finden Sie im Handbuch. Ihre Dokumentation beginnt auf der folgenden Seite.

	Aktuelles Anliegen	Ziel
1	Das Aufstehen vom Stuhl und der Gang bis zur Toilette fällt mir schwer.	Ich möchte allein vom Stuhl aufstehen und am Rollator ins Badezimmer gehen können.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.



Gemeinsame Besprechungen – Aufgaben (2/2)

Pflegefachperson und Hausärzt*in:

- Organisieren und moderieren abwechselnd die gemeinsamen Besprechungen (**Start:** Hausärzt*in)
- Erstellen einen Link (falls online) oder legen den Ort (falls in Präsenz) fest
- Dokumentieren das Ergebnis der gemeinsamen Besprechungen mit Hilfe des Formblatts 6b und versendet es an alle Beteiligten (**Start:** Pflegefachperson)



Hinweisblatt zum Datenschutz für Online-Meetings, Telefonkonferenzen, Webinare, Lehr- und Fortbildungsveranstaltungen der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) via BigBlueButton und zu den Informationspflichten nach Art. 13, Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Wir möchten Sie nachfolgend über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit der Nutzung von „**BigBlueButton**“ (**BBB**) informieren.

Zweck der Verarbeitung

Wir nutzen das Tool „BigBlueButton“ (BBB), um Videokonferenzen und/oder Webinare (nachfolgend „Online-Meetings“) durchzuführen. „BigBlueButton“ ist ein plattformunabhängiges Open-Source-Webkonferenzsystem. Die Lizenz des Quellcodes hält die BigBlueButton, Inc., Kanada.

Verantwortliche/r

Verantwortlich für Datenverarbeitung, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Durchführung von „Webkonferenzen“ steht, ist die:

Universitätsmedizin Göttingen, vertreten durch den Vorstand, Robert-Koch-Str. 40. 37075 Göttingen.

Hinweis: BBB wird nur auf eigenen Servern der Gesellschaft für wissenschaftliche Datenverarbeitung mbH Göttingen (GWDG), Am Faßberg 11, 37077 Göttingen gehostet. Die GWDG ist eine gemeinsame Einrichtung der Georg-August-Universität Göttingen - Stiftung Öffentlichen Rechts und der Max-Planck-Gesellschaft. Sie erfüllt die Funktion eines Rechen- und IT-Kompetenzzentrums für beide Einrichtungen.

Welche Daten werden verarbeitet?

Bei der Nutzung von „BBB“ werden verschiedene Datenarten verarbeitet. Der Umfang der Daten hängt dabei auch davon ab, welche Angaben zu Daten Sie vor bzw. bei der Teilnahme an einem „Online-Meeting“ machen.

Folgende personenbezogene Daten sind Gegenstand der Verarbeitung:

Angaben zum/zur Benutzer*in: Vorname, Nachname, Email Adresse

Meeting-Metadaten: Thema, Beschreibung (optional), Teilnehmer*in-IP-Adressen

Bei Aufzeichnungen (optional): Video-, Audio- und Präsentationsaufnahmen, Audioaufnahmen, Chat-Nachrichten und andere Ereignisse (Umfragen, Hand-Heben, Interaktionen mit den Zeichen-Werkzeugen auf den Folien usw.).

Bei Einwahl mit dem Telefon: Angabe zur eingehenden und ausgehenden Rufnummer, Ländername, Start- und Endzeit. Ggf. können weitere Verbindungsdaten wie z.B. die IP-Adresse des Geräts gespeichert werden.

Text-, Audio- und Videodaten: Sie haben ggf. die Möglichkeit, in einem „Online Meeting“ die Chat-, Fragen- oder Umfragefunktionen zu nutzen. Insoweit werden die von Ihnen gemachten Texteingaben verarbeitet, um diese im „Online-Meeting“ anzuzeigen und ggf. zu protokollieren. Um die Anzeige von Video und die Wiedergabe von Audio zu ermöglichen, werden entsprechend während der Dauer des Meetings die Daten vom Mikrofon Ihres Endgeräts sowie von einer etwaigen Videokamera des Endgeräts verarbeitet. Sie können die Kamera oder das Mikrofon jederzeit selbst über die „BBB“-Applikationen abschalten bzw. stummstellen. Um an einem „Online-Meeting“ teilzunehmen bzw. den „Meeting-Raum“ zu betreten, müssen Sie zumindest Angaben zu Ihrem Namen machen.

Umfang der Verarbeitung

Wir verwenden „BBB“, um „Online-Meetings“ durchzuführen. Wenn wir „Online-Meetings“ aufzeichnen wollen, werden wir Ihnen das im Vorweg transparent mitteilen und – soweit erforderlich – um eine Zustimmung bitten. Die Tatsache der Aufzeichnung wird Ihnen zudem in der „BBB“-App angezeigt.

Zum Zwecke der Fehleranalyse werden Einwahl-Daten erhoben und bis zu 9 Tage gespeichert. Diese Daten können auch personenbezogene Daten (Namen, E-Mail Adressen, IPs) sowie Chat-Verläufe enthalten.

Eine Aufzeichnung bedarf der Einwilligung aller Teilnehmer*innen. Dazu müssen die Nutzer*innen vom Veranstaltungsleiter hierauf vor Beginn der Aufzeichnung hingewiesen werden und die Wahl haben, Mikrofon und Videokamera auszuschalten, bevor die Aufzeichnung erfolgt. Entsprechende Hinweise müssen vor jeder Aufzeichnung mündlich gegeben werden. Eine ungefragte Aufzeichnung, insbesondere durch die Teilnehmer*innen, ist untersagt. Andernfalls liegt ein Verstoß gegen § 201 StGB vor, der mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bestraft werden kann.

Der Aufzeichnungsprozess von BigBlueButton lässt sich in verschiedene Phasen unterteilen.

Phase 1: Wird ein Meeting gestartet und dabei die optionale Aufzeichnungs-Funktion angefragt, werden Rohdaten (Audio- und Videodaten sowie Chatverläufe und andere Metadaten) von allen Teilnehmer*innen für die spätere Weiterverarbeitung aufgezeichnet und lokal vorgehalten. Diese Rohdaten-Aufzeichnung umfasst aus technischen Gründen das gesamte Meeting.

Phase 2: Wurde während des Meetings die Aufzeichnungs-Funktion tatsächlich genutzt, wird aus den Rohdaten eine für die Veröffentlichung geeignete Präsentation angefertigt. Dabei werden nur die Zeitabschnitte übernommen, während der die Aufzeichnungs-Funktion aktiviert war. Die zu Grunde liegenden Rohdaten werden nach einer angemessenen Frist automatisch gelöscht.

Phase 3: Wurde die Konferenz aufgezeichnet, prüft BigBlueButton die Rohdaten und überführt sie in ein für die Veröffentlichung geeignetes Format. Dabei werden nur die Zeitabschnitte übernommen, während der die Aufzeichnung aktiv war.

Hinweise

Die Daten aus Phase 1 und 2 verbleiben auf dem BBB System und sind für Benutzer*innen nicht einsehbar. Die Löschung nicht benötigter Daten erfolgt automatisch.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gründet im Fall Ihrer freiwilligen Teilnahme an einer Videokonferenz des Instituts für Allgemeinmedizin der UMG auf Ihrer Einwilligung nach Art.6, Abs. 1, lit. a), die Sie mit der Nutzung dieses Online-Formats geben.

Soweit personenbezogene Daten von Beschäftigten der UMG verarbeitet werden, ist § 12 NDSG die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung. Sollten im Zusammenhang mit der Nutzung von „BBB“ personenbezogene Daten nicht für die Begründung, Durchführung oder Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses erforderlich, gleichwohl aber elementarer Bestandteil bei der Nutzung von „BBB“ sein, so ist Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung. Unser Interesse besteht in diesen Fällen an der effektiven Durchführung von „Online-Meetings“.

Im Übrigen ist die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung bei der Durchführung von „Webkonferenzen“ Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO, soweit die Konferenzen im Rahmen von Vertragsbeziehungen durchgeführt werden.

Sollte keine vertragliche Beziehung bestehen, ist die Rechtsgrundlage Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO. Auch hier besteht unser Interesse an der effektiven Durchführung der Fokusgruppen in Webkonferenzen.

Empfänger / Weitergabe von Daten

Personenbezogene Daten, die im Zusammenhang mit der Teilnahme an „Online-Meetings“ verarbeitet werden, werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben, sofern sie nicht gerade zur Weitergabe bestimmt sind. Beachten Sie bitte, dass Inhalte aus „Online-Meetings“ wie auch bei persönlichen Besprechungstreffen häufig gerade dazu dienen, um Informationen mit Kunden, Interessenten oder Dritten zu kommunizieren und damit zur Weitergabe bestimmt sind.

Datenverarbeitung außerhalb der Europäischen Union

„BBB“ ist ein Dienst, der von einem Anbieter aus Kanada erstellt wurde. Eine Verarbeitung der personenbezogenen Daten findet nur im Rechenzentrum der UMG und sonst an keiner weiteren Stelle und in keinem anderen Land statt.

Datenschutzbeauftragte/r

Wir haben einen Datenschutzbeauftragten benannt. Sie erreichen diesen wie folgt: Datenschutzbeauftragter der Universitätsmedizin Göttingen, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen, E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de

Ihre Rechte als Betroffene/r

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten. Sie können sich für eine Auskunft jederzeit an uns wenden. Bei einer Auskunftsanfrage, die nicht schriftlich erfolgt, bitten wir um Verständnis dafür, dass wir ggf. Nachweise von Ihnen verlangen, die belegen, dass Sie die Person sind, für die Sie sich ausgeben. Ferner haben Sie ein Recht auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung, soweit Ihnen dies gesetzlich zusteht. Schließlich haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Ein Recht auf Datenübertragbarkeit besteht ebenfalls im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben.

Löschung von Daten

Wir löschen personenbezogene Daten grundsätzlich dann, wenn kein Erfordernis für eine weitere Speicherung besteht. Ein Erfordernis kann insbesondere dann bestehen, wenn die Daten noch benötigt werden, um vertragliche Leistungen zu erfüllen, Gewährleistungs- und ggf. Garantieansprüche prüfen und gewähren oder abwehren zu können. Im Falle von gesetzlichen Aufbewahrungspflichten kommt eine Löschung erst nach Ablauf der jeweiligen Aufbewahrungspflicht in Betracht.

Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

Sie haben das Recht, sich über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch uns bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover, E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.

Stand: 08.02.2022



PSEUDONYMISIERUNGSREGELN

„*interprof* HOME – Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause“

Pseudonymisierung qualitativer Daten im Projekt

Ziel: Starke Abstraktion der Daten im Transkript

Vorgehen: Löschen von Merkmalen und ersetzen durch Platzhalter als Regel. Das Merkmal wird durch die entsprechende Oberkategorie ersetzt.

Beispiel:

<i>Originalangabe</i>	<i>Beispiel</i>	<i>Abstraktion</i>
Name	Carola, Frau Schneider etc.	PERSON
Alter	30	ALTER
Stadt	Göttingen	STADT
Großstadt (ab 100.000 Einwohner)	Berlin	GROßSTADT
Bundesland	Niedersachsen	BUNDESLAND
Beruf/Organisation	Logopäd*in Frau Schneider	LOGO 1, 2, 3,4...
	Physiotherapeut*in Frau Müller	PHYSIO 1, 2, 3,4...
	Ergotherapeut*in Herr Mertens	ERGO 1, 2, 3,4...
	Pflegefachperson Frau Fuchs	PP 1, 2, 3,4...
	Hausärzt*in Frau Schneider	HÄ 1, 2, 3,4...
	Selbsthilfegruppe MS-Stark	SHG 1, 2, 3,4...
	Pflegedienst Gutes Leben	PD 1, 2, 3,4...
Arbeitgeber	Bäcker Heinz	ARBEITGEBER
Schule	Domgymnasium	SCHULE
Sonstige Organisationen	Fußball	ORGANISATION/VEREIN
Datumsangaben	23.04.2022	TAG

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an

Meyermann, A. und Porzelt, M. (2014). Hinweise zur Anonymisierung von qualitativen Daten. In: forschungsdaten bildung informiert Nr.1 (2014), Forschungsdatenzentrum (FDZ) Bildung am DIPF Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (Hrsg.). Frankfurt am Main. Online abrufbar unter: <https://www.forschungsdaten-bildung.de/files/fdb-informiert-nr-1.pdf> (zuletzt aufgerufen am 07.02.2022).



Beobachtungs- und Shadowingreporte

Hinweis: Alle Beobachtungen und Shadowings wurden durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin des Lehrstuhls für Organisation und Unternehmensentwicklung der Georg-August-Universität Göttingen durchgeführt. Die Reporte wurden im Sinne des Datenschutzes so geschrieben, dass keine Rückschlüsse auf die Personen, Orte und konkreten Erkrankungen möglich sind. Nähere Informationen können aufgrund des Datenschutzkonzeptes nicht herausgegeben werden.

Beobachtungen Case 1:

Hausbesuch der/des Therapeut*in:

Der Hausbesuch der/des Therapeut*in (TH) wurde am 14.11.2022 begleitet. Begonnen wurde mit einer kurzen Unterhaltung über die letzte Woche und den aktuellen Gesundheitszustand. Anschließend wurde das Training durchgeführt mit einem Schwerpunkt auf der Mobilisierung und Stärkung des Oberkörpers. Darauffolgend erfolgte das Eincremen und Massieren des Oberkörpers des PMP durch die TH. Zum Schluss wurden noch Absprachen für den Termin in der kommenden Woche getroffen. Neben der PMP und der/dem TH waren keine weiteren Personen vor Ort.

Hausbesuch der/des Professionell Pflegenden:

Der Hausbesuch der/des Professionell Pflegenden (PP) wurde am 16.11.2022 begleitet. Der Besuch begann mit dem Wecken und Waschen der Person mit Pflegebedarf (PMP) durch die PP. Nach einer Verlagerung der PMP aus dem Bett ins Bad und einer intensiven Wäsche kümmerte sich die/der PP um die Frühstückzubereitung und anschließend die Wäsche der PMP. Es waren keine anderen Personen außer die PMP und der/dem PP vor Ort.

Shadowings Case 1:

Die/der PP wurde am 16.11.2022 auch zu weiteren Hausbesuchen im Rahmen eines Shadowings begleitet. Im Rahmen dessen wurden sechs weitere Haushalte besucht, bei der es zu einer Vielzahl an unterschiedlichen Versorgungen kam. Ein besonderer Fokus wurde bei diesem Shadowing daraufgelegt, die Dokumentationspflichten und -weisen näher zu analysieren. Es bestand die Möglichkeit sowohl die Vordrucke der Versorgungsordner für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) näher anzuschauen, als auch die App zu analysieren, in der alle Informationen innerhalb des Pflegedienstes gespeichert werden. Dabei wurde die vorgegebene Route, die während des Tages abgehakt wird, aber auch die Informationsweitergabe an andere PP, die auch in dem Fall tätig sind, ersichtlich.

Beobachtungen Case 2:

Hausbesuch der/des Professionell Pflegenden:

Der Hausbesuch der/des PP wurde am 15.11.2022 begleitet. Zu Beginn des Besuchs erfolgte die Wundversorgung der PMP durch die/den PP. Nach Abschluss dieser Versorgung wurde noch die Gesprächspauschale genutzt, die die PMP und ihr Angehöriger (ANG) dazugebucht haben. Innerhalb dieser wurde sich über aktuelle Themen und Probleme der PMP und ANG ausgetauscht, die nur ganz am Rande mit der Versorgung zu tun haben, wie z.B. anstehende Urlaube oder ausstehende Genehmigungen von Ersatz-Pflegeequipment. Neben der/dem TH und der PMP war noch deren ANG durchgehend präsent.

Beobachtungen Case 4:

Hausbesuch der/des Professionell Pflegenden:

Der Hausbesuch der/des PP wurde am 03.03.2023 begleitet. Dieser umfasste zuerst ein Gespräch über das aktuelle Befinden und etwas Smalltalk. Anschließend erfolgte das Duschen der PMP. Dann hat die/der PP die hauswirtschaftliche Versorgung durchgeführt, was die Reinigung der Wohnung beinhaltet. Abgeschlossen wurde der Hausbesuch mit einer Tasse Kaffee und einem Gespräch, in welchem private Themen besprochen wurden, wie z.B. frühere und aktuelle Hobbies. Außer der PMP und der/dem PP war keine weitere Person vor Ort.

Hausbesuch der/des Hausärzt*in:

Der Hausbesuch der/des Hausarztes/Hausärztin (HA) wurde am 03.02.2023 begleitet. Dieser umfasste die Besprechung des aktuellen Gesundheitszustandes, die Versorgungssituation, sowie nötige Veränderungen. Außerdem wurde eine kurze Untersuchung der Vitalfunktionen der PMP vorgenommen. Anschließend erfolgte ein Check des Versorgungsordners, den der Pflegedienst vor Ort mit allen Informationen bezüglich der Gesundheitsversorgung der PMP bereithält und pflegt. Neben der/dem HA und der PMP war keine weitere Person vor Ort.

Beobachtungen Case 6:

Hausbesuch der/des Professionell Pflegenden:

Der Hausbesuch der/des PP wurde am 27.07.2022 begleitet. Er begann mit einer herzlichen Begrüßung. Dann wurde die PMP von der PP im Bad geduscht sowie gepflegt. Anschließend wurde noch ein Kaffee gemeinsam getrunken, den der/die ANG vorbereitet hat. Dabei wurde besprochen, wie die Versorgung in den nächsten Wochen stattfinden soll. Außer der PMP und der/dem PP war lediglich bei dem Kaffee und der Besprechung noch der/die ANG anwesend.

Hausbesuch der/des Therapeut*in:

Der Hausbesuch der/des PP wurde am 27.07.2022 begleitet. Die TH hat verschiedene Übungen zum Erhalt der Beweglichkeit und der Ausdauer erklärt und durchführen lassen. Dazwischen wurden immer wieder Pausen zur Erholung eingebaut. Am Ende haben die PMP, deren ANG und der/die PP eine

gemeinsame Tasse Kaffee getrunken und das weitere Vorgehen und ein Termin für die kommende Woche festgelegt. Außer der PMP und der/dem PP war nur bei dem Kaffee und der Besprechung noch der/die ANG anwesend.

Beobachtungen Case 7:

Hausbesuch der/des Professionell Pflegenden:

Der Hausbesuch der/des PP wurde am 08.07.2022 begleitet. Die PP hat zuerst die erste PMP begrüßt und ist dann ins Schlafzimmer, um die zweite PMP zu wecken. Anschließend hat sie mit beiden besprochen, wer zuerst geduscht und angezogen werden soll und dies durchgeführt. Danach hat sie die gleiche Prozedur mit der anderen PMP wiederholt. Nachfolgend hat sie geprüft, dass beide PMP gefrühstückt haben und hat die zweite PMP stetig an das Trinken erinnert. Im Anschluss hat die/der PP noch die zweite PMP angeleitet die Spülmaschine zu beladen und anzustellen. Die Medikamentengabe folgte daraufhin sowie die Eintragung der Leistungen in den Versorgungsordner für den MDK. Anschließend wurde kurz der/die ANG kontaktiert, um abzustimmen, wie die Versorgung am Mittag ablaufen soll. Nach einer kurzen Verabschiedung wurde der Hausbesuch beendet. Es war keine weitere Person vor Ort als die beiden PMP und die/der PP.

Beobachtungen Case 8:

Hausbesuch der/des Professionell Pflegenden:

Der Hausbesuch der/des PP wurde am 08.07.2022 begleitet. Dieser begann mit einer kurzen Begrüßung und der Übergabe von Pflegematerialien durch die/den PP an die PMP. Anschließend wurde abgestimmt, was mit Materialien geschieht, die nicht mehr benötigt werden. Danach wurden die Stützstrümpfe angezogen und es erfolgte eine kurze Verabschiedung. Außer der PMP und der/dem PP war keine weitere Person anwesend.

Shadowing Case 8:

Die/der PP wurde am 08.07.2022 auch zu weiteren Hausbesuchen im Rahmen eines Shadowings begleitet. Die/der PP hat besonderen Wert daraufgelegt, die Hintergründe der Routenplanung zu vermitteln. Dabei hat sie/er insbesondere auch Probleme in der Personalplanung und damit verbundenen Versorgungspässen angesprochen. Der Unterschied zwischen kurzfristigen Zwischenfällen und langfristig vorhersehbare Ereignisse, wie in der Urlaubs- oder auch Weihnachtszeit wurde dabei insbesondere deutlich.

Literaturliste der Ergebnisse der Literaturrecherche (WP1)

Autor*innen	Land	Studiendesign	Zielsetzung	Zielgruppe	Ergebnisse
1 Esmaeili et al. 2021	Iran	Qualitative Studie: semi-strukturierte Interviews and strukturierte Beobachtungen	Untersuchung der Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen bei der Pflege erwachsener Patient*innen im Rahmen der häuslichen Pflege aus der Sicht von professionellen und nicht-professionellen Pflegenden.	9 nicht-professionell Pflegende, 3 Pflegende und 3 Pflege-Assistenzen	Es wurden drei Kategorien von Bedürfnissen pflegender Angehöriger ermittelt, darunter Bildungsbedürfnisse (Grundbedürfnisse und Notfälle), psychologische Bedürfnisse und wirtschaftliche Bedürfnisse. Da sich die Bedürfnisse, Gefühle und Ansichten der Pflegenden im Laufe der Zeit ändern, wurden die festgestellten Bedürfnisse in drei Zeiträume unterteilt.
2 Lopez Hartmann et al. 2016	Belgien	Qualitative Studie: Interviews	Untersuchung des Erlebens der Pflege eines gebrechlichen älteren Elternteils zu Hause von erwachsenen Töchtern.	11 pflegende, angehörige Frauen zwischen 40-70 Jahren	Vier Hauptthemen: Pflegende sein als natürlicher Prozess im Leben, Wahrnehmung und Konsequenzen von Pflegetätigkeiten, Pflege teilen und eine gute Balance zwischen der Pflege eines alternden Elternteils und anderen Verantwortlichkeiten finden. Pflegeaktivitäten können in sichtbare und unsichtbare Aktivitäten unterteilt werden und erzeugen unterschiedliche Gefühle. Die sichtbaren Aktivitäten konnten leichter mit anderen Familienmitgliedern und Fachleuten geteilt werden als die unsichtbaren. Die Frauen, die am meisten zu kämpfen hatten und tendenziell einer höheren Belastung ausgesetzt waren, waren diejenigen, die weniger Unterstützung von ihrer Familie erhielten.

3	Oosterveld-Vlug et al. 2019	Niederlande	Qualitative Studie: semi-strukturierte Interviews	Einen Einblick in die Elemente zu erhalten, die Patient*innen mit fortgeschrittenem Krebs und deren Angehörige für eine hochwertige Palliativversorgung als wesentlich erachten, und um herauszufinden, ob diese wesentlichen Elemente in der tatsächlichen Pflege, die sie erhalten, vorhanden sind.	13 Patient*innen mit fortgeschrittene m Krebs und 14 Angehörige	Sowohl Patient*innen als auch Angehörige hielten es für wichtig, dass ihr Hausarzt/ihre Hausärztin und das Pflegepersonal medizinisch kompetent, verfügbar, personenorientiert und proaktiv sind. Auch ein ordnungsgemäßer Informationsaustausch zwischen Pflegefachkräften und klare Verfahren bei der Anforderung bestimmter Ressourcen oder Dienstleistungen wurden als wesentlich für eine gute Palliativpflege zu Hause angesehen. Die meisten Befragten gaben an, dass diese wesentlichen Elemente in der Pflege, die sie erhielten, im Allgemeinen vorhanden waren. Allerdings wurden die Anforderungen an einen „richtigen Informationsaustausch zwischen Fachleuten“ und „klare und schnelle Verfahren“ als in der Praxis schwieriger zu erfüllen genannt. Patient*innen und Angehörige betonten außerdem, dass eine wachsame und durchsetzungsfähige Haltung ihrerseits von entscheidender Bedeutung sei, um sicherzustellen, dass sie die Pflege erhalten, die sie benötigen. Sie äußerten ihre Besorgnis über andere Menschen, die weniger auf die Pflege achten, die sie erhalten, oder die keine Familie haben, die sie dabei unterstützt.
4	Penrod et al. 2012	USA	Qualitative Study: ethnographische Methoden	Untersuchung der Pflegekultur im ambulanten klinischen Umfeld	7 Ärzte/Ärztinnen, 18 professionell Pflegende, 1 Sozialarbeiter*in	Es wurden drei unterschiedliche Pflegekulturen identifiziert: interdisziplinär, anbieterdominant und kooperatives Netzwerk. Jede dieser Kulturen bringt einzigartige Werte und Überzeugungen

					nen, 2 Berater*innen, 3 Ergo- und Physiotherapeut* innen, 3 Verwaltungspers onen	durch fünf Schlüsselmerkmale zum Ausdruck: Anerkennung der Gewissheit des Todes, Rolle der professionell Pflegerinnen, Wahrnehmung des Patientensystems, Schwerpunkt des Patientenbesuchs im gesamten Verlauf und Kontinuum der Pflege im gesamten Verlauf. Nicht-professionell Pflegende fungieren sowohl als Miterbringer als auch als Mitempfänger der Pflege.
5	Seamark et al. 2014	UK	Qualitative Studie: semi- strukturierte Interviews	Untersuchung der Ansichten pflegender Angehöriger über die gemeinschaftliche Unterstützung, die den Tod zu Hause ermöglichte.	59 Hinterbliebene, die am Lebensende zu Hause sterbende Patient*innen betreut hatten	Ein übergreifendes Thema war die Kontinuität der Pflege, die sich in persönliche, organisatorische und informationelle Kontinuität gliederte. Große Zahlen und Veränderungen im Pflegepersonal beeinträchtigten die persönliche Kontinuität und das Versäumnis der Allgemeinmediziner*innen, Besuche zu machen, wurde negativ bewertet. Betreuende Familienangehörige hatten geringe Erwartungen an die Informationskontinuität, da Informationen häufig nicht zwischen sekundärer und primärer Gesundheitsversorgung und anderen Pflegeeinrichtungen übertragen wurden. Organisatorische Kontinuität, sofern vorhanden, sorgte für Trost und Sicherheit sowie ein Gefühl der Kontrolle. Betreuende Familienangehörige in dieser Studie schlugen vor, dass die Minimierung der Anzahl der an der Pflege Beteiligten, die Erhöhung oder Gewährleistung der persönlichen Kontinuität und die

						Maximierung der Informations- und Organisationsaspekte der Pflege zu einer positiveren Erfahrung führen könnten.
6	Wool et al. 2019	USA	Qualitative Studie: semi-strukturierte Interviews	Untersuchung der Auswirkungen des HBPC-Programmes auf pflegende Angehörige, um Aspekte des Programms zu identifizieren, die Angehörige am hilfreichsten und sinnvollsten finden, sowie Bereiche mit Verbesserungspotenzial.	19 pflegende Angehörige	Es wurden drei Hauptthemen identifiziert: die Bedeutung der emotionalen Unterstützung des Personals; die Belastung durch die Betreuung der an die Häuslichkeit gebundenen Patient*innen; und der Bedarf an einem breiteren Spektrum an häuslichen Dienstleistungen
7	Geiger et al. 2016	Deutschland	Qualitative Studie: semi-strukturierte Interviews	Untersuchung der Aufgaben und Herausforderungen bei der Betreuung gebrechlicher älterer Patient*innen in der letzten Lebensphase aus Sicht der Hausärzte/Hausärztinnen und deren Wahrnehmung der eigenen Rolle und Verantwortung.	14 Hausärzte/Hausärztinnen	Die Hausärzte/Hausärztinnen zeigen ein starkes Engagement für die Betreuung gebrechlicher älterer Patient*innen bis zum Lebensende. Es handelt sich jedoch um eine herausfordernde und komplexe Aufgabe, die viel Zeit in Anspruch nimmt und die Hausärzte/Hausärztinnen an ihre Grenzen bringen kann. Es besteht ein großer Bedarf, die patienten- und familienzentrierte proaktive Kommunikation sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern. Eine Stärkung des Teamansatzes in der Primärversorgung könnte die Belastung der Hausärzte/Hausärztinnen, insbesondere in ländlichen Gebieten, verringern und gleichzeitig die Sterbebegleitung ihrer Patient*innen verbessern.

8	Pesko et al. 2018	USA	Lineare Regressionsmodelle und ein Propensity-Score-Matching-Ansatz	Untersuchung, ob Kommunikationsfehler zwischen häuslicher Krankenpflege und Ärztinnen/Ärzten während einer Phase der häuslichen Pflege nach der Entlassung aus dem Krankenhaus mit einer Wiederaufnahme ins Krankenhaus verbunden sind, stratifiziert nach Patient*innen mit hohem und niedrigem Risiko für eine Wiedereinweisung.	Elektronische Krankenakten von Patient*innen mit Herzinsuffizienz aus den Jahren 2008 und 2009 wurden mit Daten zu Krankenhausaufenthaltsansprüchen von Medicare-Leistungsempfängern verknüpft.	Kommunikationsfehler waren bei Hochrisikopatient*innen mit einem statistisch signifikanten Anstieg der Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme des Patienten um 9,7 Prozentpunkte (32,6 Prozent des Mittelwerts) verbunden. Eine schlechte Kommunikation zwischen häuslicher Krankenpflege und Ärztinnen/Ärzten ist mit einem erhöhten Risiko einer Wiedereinweisung ins Krankenhaus bei Hochrisikopatient*innen verbunden.
9	Schneider et al. 2020	Deutschland	Querschnitterhebung	Interprofessionelle Betreuung von Patient*innen mit rheumatoider Arthritis mit Pflegekräften, Ergo- und Physiotherapeut*innen aus hausärztlicher Sicht.	121 Hausärzte/Hausärztinnen	Bei Betrachtung der von Hausärzten/Hausärztinnen übernommenen Aufgaben, gaben mehr als 70% der Ärzte/Ärztinnen an bei der Betreuung ihrer Patient*innen mit rheumatoider Arthritis „oft“ die Koordination der Medikamente, Gespräche über die Diagnose und Laborkontrollen durchzuführen. Als zweithäufigste Kooperation und hoher Wichtigkeit wurde die Kooperation mit den Physiotherapeut*innen bewertet. Die höchste Zufriedenheit wurde mit der Zusammenarbeit mit Pflegediensten beschrieben.
10	Wieser et al. 2020	Italien	Qualitative Studie: problemzentrierte Interviews	Untersuchung, ob und inwieweit es in der aktuellen ambulanten Versorgung von drei Gesundheitsberufen ein	18 Hausärztinnen/Hausärzte, professionell Pflegende,	Die identifizierten Probleme reichten von der Beschreibung und Reflexion der aktuellen Gesundheitspraxis, Strategien und Hindernissen zur Bewältigung von Veränderungen im Ess- und

				Ziel ist, gemeinsam Patient*innen mit Diabetes mellitus Typ 2 bei der Änderung ihrer Ess- und Bewegungsgewohnheiten zu unterstützen.	ambulante Ernährungsberater*innen und Patient*innen mit Diabetes mellitus Typ 2	Bewegungsverhalten sowie für die Gesundheitspraxis in Bezug auf interprofessionelle Zusammenarbeit und patientenzentrierte Versorgung bis hin zu Überlegungen zur Zusammenarbeit und Patientenzentrierung (für Gesundheitsfachkräfte und Patient*innen, um Ziele zu erreichen) und Veränderungen und Ideen einer „idealen Pflegepraxis“. Die einbezogenen Berufsgruppen arbeiten überwiegend selbstständig. Zusammenarbeit findet derzeit nur auf individuellem Anlass statt und ist weder strukturiert noch organisiert.
1 1	Danielsen et al. 2018	Norwegen	Qualitative Studie: Fokusgruppen	Erkenntnisse gewinnen über Erkrankungen, die mehr Zeit und mehr Todesfälle zu Hause für Patient*innen mit unheilbaren Krankheiten und kurzer Lebenserwartung ermöglichen oder erschweren.	4 Fokusgruppen mit insgesamt 19 Teilnehmenden (professionell Pflegende oder Hausärztinnen/Hausärzte)	Drei Hauptthemen wurden identifiziert: 1) Die Bedeutung eines guten Starts für den Patient*innen und ihre Familien mit fünf Unterthemen, 2) „Staffelübergabe“ – die Bedeutung der Zusammenarbeit im gesamten Gesundheitssystem mit vier Unterthemen und 3) Vermeidung von neuem Krankenhausaufenthalt durch die Etablierung von Zusammenarbeit und Kompetenz innerhalb der primären Gesundheitsversorgung mit vier Unterthemen. Eine optimale Palliativpflege zu Hause hängt von einer engen Zusammenarbeit und einem Dialog zwischen den Patient*innen, der Familie, dem häuslichen Pflegepersonal und der Hausärztin/dem Hausarzt ab. Dies deutet darauf hin, dass sicherere Entlassungsroutinen und eine sicherere Planung erforderlich sind, wenn

						Krankenhäuser Patient*innen mit unheilbaren Krankheiten in ihre Häuslichkeit entlassen. Entscheidend für ein gutes Ergebnis ist ein guter Start für Patient*innen und ihre Familien, bei dem das erste interdisziplinäre Kooperationsgespräch bei Patient*innen zu Hause stattfindet.
1 2	Dolu et al. 2020	Türkei	Qualitative Studie: semi-strukturierte Interviews	Untersuchung der Perspektiven von Gesundheitsdienstleistern, einschließlich professionell Pflegenden und Ärztinnen/Ärzten, in Bezug auf die Übergangspflege vom Krankenhaus ins Heim.	8 professionell Pflegende und 5 Allgemeinärzte/-ärztinnen, die an der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten für ältere Patient*innen im Übergangsprozess vom Krankenhaus nach Hause beteiligt sind	Themen: „ununterbrochene Kette des Pflegetransfers“, „Verpflichtung zur Erfüllung der Bedürfnisse des Patienten/der Patientin“ und „Unterstützung und Beseitigung von Unklarheiten“. Schlüsselfaktoren, die sich auf die Qualität und Sicherheit der Übergangspflege und die Kontinuität der Gesundheitsversorgung auswirken, sind die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Gesundheitspersonal und Einrichtungen sowie das Bewusstsein älterer Patient*innen und pflegender Angehöriger und ihr Verantwortungsgefühl für die Kontinuität der Pflege zu Hause.
1 3	Giosa et al. 2019	Kanada	Realist Synthese	Untersuchung der komplexen Mechanismen, die der teambasierten Bereitstellung personenbezogener und familienzentrierter Pflege (PFCC) in der häuslichen Altenpflege zugrunde liegen.	159 Referenzen aus der Literaturerhebung	Teambasiertes PFCC in der häuslichen Pflege erfordert die einzigartigen Beiträge von professionell Pflegenden, Ergo- und Physiotherapeut*innen zusätzlich zur teambasierten PFCC-Funktion der Kommunikation und Unterstützung auf Systemebene durch Bildung.

					Wenn ein geriatrisches häusliches Pflorgeteam nicht aus Personen dieser drei Disziplinen besteht, scheint es notwendig zu sein, das Fehlen der Stärke der fehlenden Disziplin bei der Bereitstellung von PFCC zu kompensieren, um die Beiträge der anderen Disziplinen zu ergänzen.
1 4	Hjelle et al. 2018	Norwegen	Qualitative Studie: Fokusgruppen und Interviews	Untersuchung und Beschreibung der Rollen interdisziplinärer Teams bei Reablement-Diensten.	3 Fokusgruppen mit 2 Teams bestehend aus insgesamt 17 Gesundheitsfachkräften (Ergo und Physiotherapeut*innen, professionell Pflegenden und Sozialpädagog*innen) und 10 professionell Pflegenden aus häuslichen Pflegediensten; 3 Interviews mit Ergo- und Physiotherapeut*innen, professionell Pflegenden und Assistenzen. Hauptaufgabe der Gesundheitsfachkräfte bestand darin, Berater*in zu sein, bestehend aus (1) der Planung, Anpassung und Durchführung von Nachuntersuchungen der Intervention; (2) Aufgaben delegieren; und (3) Beaufsichtigung des häuslichen Pflegepersonals. Hauptaufgabe des häuslichen Pflegepersonals bestand darin, als Personal Trainer zu fungieren und (1) die älteren Erwachsenen zu ermutigen und zu beraten, alltägliche Aktivitäten auszuführen; und (2) die Vermittlung eines Gefühls der Sicherheit bei alltäglichen Aktivitäten. Ihre Arbeit verlagerte sich von der Körperpflege hin zur Ermutigung und Beratung älterer Menschen, Aktivitäten selbst auf sichere Weise durchzuführen. Die medizinischen Fachkräfte und das häusliche Pflegepersonal arbeiteten rollenübergreifend eng zusammen. Das häusliche Pflegepersonal erlebte einen Rollenwechsel von der häuslichen Pflege hin zu einer personenzentrierten Pflege. Dies wurde als Stärkung der

						Gesundheitsidentität ihrer Rolle wahrgenommen
1 5	Johannessen & Steihaug 2014	Norwegen	Qualitative Studie: semi-strukturierte Interviews	Untersuchung der Bedeutung professioneller Rollen bei der Zusammenarbeit beim Übergang von Patient*innen vom Krankenhaus nach Hause über eine Zwischeneinheit (intermediate unit.“).	38 Gesundheitsdienstleister	<p>Ergo- und Physiotherapeut*innen empfanden sich als ausgeschlossen von der Gemeinschaft der Pflegenden, während Ärztinnen/Ärzte die Zusammenarbeit als hervorragend wahrnahmen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Gesundheitsdienstleister ein unterschiedliches Verständnis von interprofessioneller Zusammenarbeit haben und dass sie in bestimmten Situationen interprofessionelle Zusammenarbeit als unangemessene Arbeitsmethode betrachten. Interprofessionelle Zusammenarbeit kann eine Lernumgebung zwischen Gesundheitsdienstleistern fördern. Um eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit zu erreichen, ist es wahrscheinlich notwendig, ein gegenseitiges Verständnis für Interprofessionalität zu schaffen und sich darauf zu einigen, in welchen Situationen es eine angemessene Arbeitsweise darstellt.</p> <p>In einem interprofessionellen Team verstehen sich professionell Pflegende in einer unterstützenden Rolle, ohne Verantwortung und nur als ausführendes</p>

						Organ. Sie wünschen sich von Ärztinnen/Ärzten mehr Aufmerksamkeit und Vertrauen.
1 6	Mertens et al. 2019	Belgien	Qualitative Studie: semi-strukturierte Interviews	Untersuchung, wie professionell Pflegende die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen/Hausärzten und spezialisierten Palliativpflegeteams in der häuslichen Palliativpflege erleben und welche wahrgenommenen Faktoren diese Zusammenarbeit beeinflussen.	20 professionell Pflegende	Interprofessionelle Teambesprechungen waren keine gängige Praxis. Die Zugänglichkeit und das gegenseitige Kennenlernen des anderen beeinflussten die Zusammenarbeit positiv. Zeitliche Engpässe, fehlendes Fachwissen der Hausärztinnen/Hausärzte, mangelnder Kommunikationsstil, Hierarchiewahrnehmung und Einkommensabhängigkeit wirkten sich negativ auf die Zusammenarbeit aus und bestimmten die Einbeziehung der Pflegekräfte des Palliativ-Home-Care-Teams. Die Bewältigungsstrategien von professionell Pflegenden balancierten zwischen einem auf die Patientin/den Patienten ausgerichteten und einem auf die berufliche Beziehung ausgerichteten Verhalten.
1 7	Northwood et al. 2021	Kanada	Qualitative Studie: Interviews	Untersuchung wie professionell Pflegende ältere häusliche Patient*innen mit Diabetes und Inkontinenz betreuen.	15 professionell Pflegende	Die Erfahrungen von häuslichen Pflegekräften, die sich um diese Bevölkerungsgruppe kümmern, werden in drei Themen und zugehörigen Unterthemen beschrieben: (a) Durchführung einer umfassenden Pflegebeurteilung mit Klient*in und Pflegekraft, (b) Bereitstellung einer ganzheitlichen Behandlung für mehrere chronische Erkrankungen und (c)

						Zusammenarbeit mit dem interprofessionelle Team. Die Bereitstellung dieser Pflege wurde durch ein aufgabenorientiertes häusliches Pflegesystem, begrenzte Möglichkeiten zur Zusammenarbeit und Kommunikation mit anderen Gesundheitsdienstleistern und die mangelnde Integration des Gesundheitssystems zwischen häuslicher Pflege, Primärversorgung und Akutversorgung behindert.
1 8	Ohta et a. 2020	Japan	Qualitative Studie: Fokusgruppen und Interviews	Ermittlung der Schwierigkeiten ländlicher häuslicher Pflegekräfte bei der interprofessionellen Zusammenarbeit bei der Bereitstellung einer reibungslosen Patient*innenversorgung.	13 professionell Pflegenden	Vier Themen wurden herausgearbeitet: Zusammenarbeit mit 1) Ärztinnen/Ärzten, 2) der Regierung, 3) Pflegekräften und zwischen Pflegenden aus Krankenhäusern. Pflegekräfte in der häuslichen Krankenpflege auf dem Land haben Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften, da die Rollen und Verantwortlichkeiten der einzelnen Fachkräfte vage definiert sind und Informationen ausgetauscht werden müssen. Bei der interprofessionellen Bildung und dem Informationsaustausch sollten die beruflichen und kulturellen Hintergründe des ländlichen Raums berücksichtigt werden. Respekt kann zu gegenseitigem Verständnis zwischen professionellen Pflegekräften und zu einer reibungslosen Patient*innenversorgung in der häuslichen Pflege auf dem Land führen. Innerhalb eines interprofessionellen Teams verstehen sich Pflegekräfte als

						hierarchisch dem medizinischen Personal untergeordnet
19	Skinner et al. 2021	Norwegen	Bundesweite Querschnittsbefragung	Beurteilung der Unterschiede in der horizontalen Zusammenarbeit durch Pflegekräfte mit zentralen Pflegediensten für ältere Erwachsene abzubilden, insbesondere mit Pflegeheimen, häuslichen Pflegediensten, Hausärztinnen/Hausärzten, der Vermittlungsstelle sowie Physio- und Ergotherapeut*innen	3717 professionell Pflegende aus Pflegeheimen und häuslichen Pflegediensten	Die Zusammenarbeit mit den häuslichen Pflegediensten wurde als am besten bewertet, während die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen/Hausärzten als am wenigsten gut bewertet wurde. Die Studie zeigte, dass die Größe des Arbeitsplatzes und der Gemeinde für die Beurteilung der Zusammenarbeit durch Pflegekräfte wichtig ist. Im Allgemeinen bewerteten Pflegekräfte in kleineren Gemeinden die Zusammenarbeit besser als in größeren Gemeinden.
20	Hayward & Willcock 2015	Australien	Qualitative Studie semi-strukturierte Telefon-Interviews	Ermittlung der Schlüsselkomponenten, die sowohl Hausärztinnen/Hausärzte als auch Physiotherapeut*innen in die interprofessionelle Kommunikation einbeziehen würden.	7 Hausärztinnen/Hausärzte, 7 Physiotherapeut*innen	Physiotherapeut*innen identifizierten die relevante medizinische Vorgeschichte, die psychosoziale Vorgeschichte, „yellow flags“, den voraussichtlichen Zeitrahmen für die Nachsorge und objektive Messungen der aktuellen Funktion als nützlichere Einbeziehungen in die schriftliche Kommunikation. Hausärztinnen/Hausärzte identifizierten die Einbeziehung einer Arbeitsdiagnose, einer Behandlungszusammenfassung und wahrscheinlicher langfristiger Ergebnisse als Schlüsselkomponenten für eine effektive Kommunikation.
21	Steighaug et al. 2017	Norwegen	Qualitative Studie: semi-strukturierte Interviews	Untersuchung der strukturellen Mechanismen, die die Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen/Hausärzten	4 Hausärztinnen/Hausärzte, 6 professionell Pflegende, 2	Hausärztinnen/Hausärzte sind wichtige Kooperationspartner im Gesundheitssystem. Ihre Fähigkeit zur Zusammenarbeit wird durch eine Reihe struktureller Bedingungen beeinflusst.

				und anderen Anbietern kommunaler Gesundheitsversorgung erleichtern oder behindern.	Physiotherapeut*innen	Meistens führt dies dazu, dass Hausärztinnen/Hausärzte zu wenig in potenzielle Kooperationen eingebunden werden: (i) einzelne Hausärztinnen/Hausärzte priorisieren unter vielen möglichen Kooperationspartnern, mit wem sie zusammenarbeiten wollen, (ii) interkommunale Zwänge erschweren Hausärztinnen/Hausärzte bei der Kontaktaufnahme mit Kooperationspartnern und (iii) Hausärztinnen/Hausärzte fallen nicht in die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Gemeinde. Es bedarf einer gemeinsamen Führung für die Grundversorgung. Darüber hinaus muss die interprofessionelle Arbeit im Mittelpunkt der Planung hausärztlicher Leistungen stehen. Für eine gute Zusammenarbeit sind jedoch engagierte Mitarbeiter*innen, ausreichende Ressourcen, ausreichend Zeit und geeignete Treffpunkte erforderlich
2 2	Vaartio- Rajalin & Fagerström 2019	Finnland	Scoping Review	Beschreibung des vorhandenen Wissens zur Rehabilitation von Menschen mit Parkinson-Krankheit in häuslicher Umgebung sowie der Personenzentrierung, Interprofessionalität und klinischen Wirksamkeit bestehender	Menschen mit Parkinson-Krankheit	Die meisten Interventionen wurden geplant, ohne vorher mit den Menschen mit Parkinson über ihre Vorlieben, Bedürfnisse oder Werte zu sprechen. Nur sehr wenige Interventionen waren individuell zugeschnitten oder wurden zu Hause durchgeführt, und viele Studien umfassten von Patient*innen aufgezeichnete Ergebnismessungen, jedoch nur als sekundäre Maßnahmen zu klinischen Messungen. Nur wenige

				Rehabilitationsmaßnahmen.		Studien konzentrierten sich auf einen interprofessionellen Ansatz zur Parkinson-Rehabilitation, obwohl sich dieser Ansatz im Hinblick auf die Lebensqualität von Menschen mit Parkinson als wirksam erwiesen hat.
2 3	Grol et al. 2020	Niederlande	Survey & Interviews	Untersuchung der Erfahrungen gebrechlicher älterer Patient*innen mit integrierter multidisziplinärer Pflege, indem die Pflegenetzwerke dieser Patient*innengruppe und ihre Wahrnehmung der Verbindung zwischen professionellen und informellen Pflegenden erfasst werden.	44 ältere Menschen, die von ihren Hausärztinnen/Hausärzten als „gebrechlich“ eingestuft wurden	Die Netzwerke der Teilnehmer*innen bestanden aus durchschnittlich 15 Akteuren. Hausärztinnen/Hausärzte waren die häufigsten Akteure in den Netzwerken und verfügten über gute Verbindungen zu Fachärzten und Anbietern häuslicher Pflege. Die Teilnehmer*innen sahen nicht immer eine Verbindung zwischen ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin und ihren nicht-professionellen Pflegenden. Nicht-professionellen Pflegenden bilden häufig Kommunikationsbrücken zwischen Patient*innen und Fachkräften. Eine bessere Kenntnis der Patient*innenperspektive ermöglicht es, Lücken in den professionellen Pflegenetzwerken gebrechlicher älterer Menschen zu schließen und Krisensituationen besser zu antizipieren.
2 4	Reckrey et al. 2015	USA	Pilotstudie Survey	Team Approach of Mount Sinai Visiting Doctors (MSVD)	Patient*innen, Hausärztinnen/Hausärzte, professionell Pflegenden, Sozialarbeiter*innen	Krankenhausaufenthalte, Wiedereinweisungen und Patient*innenzufriedenheit blieben gleich; Die Zufriedenheit der Ärztinnen/Ärzte verbesserte sich.
2 5	Sanerma et al. 2020	Finnland	Qualitative Studie: Interviews	Wie nehmen ältere Menschen und	6 Familien mit 6 älteren	Die häusliche Pflege sollte auf einer Analyse der individuellen Lebenssituation

				<p>Familienangehörige der häuslichen Pflege die klientenzentrierte Pflege in ihren häuslichen Pflegediensten wahr? Welche sozialen Mechanismen werden bei der Umsetzung häuslicher Pflegedienste realisiert?</p>	<p>Klient*innen häuslicher Pflege und 7 Familienmitgliedern</p>	<p>älter Menschen basieren. Soziale Mechanismen wie Interaktion, Partizipation, Vertrauen und Anpassung werden bei der Umsetzung häuslicher Pflegedienste realisiert. Die wichtigsten Ergebnisse des klientenzentrierten Dienstes waren die rechtzeitige Verfügbarkeit der Dienste, eine sichere Pflegebeziehung und Kontinuität der Pflege, die Möglichkeit, Einfluss auf die eigenen Dienste zu nehmen, und ein angemessener Preis der Dienste. Wesentliche Faktoren für die Qualität der Dienstleistung waren Gelassenheit, Freundlichkeit und Kompetenz der Fachkräfte. Die Kompetenz zur Klientenzentrierung sollte in alle Phasen der beruflichen Ausbildung in der häuslichen Pflege einbezogen werden.</p>
2 6	Jenkins et al. 2021	Schweiz	<p>Fallstudien in einem Advanced Practice Nurses (APN) Praxisentwicklung projekt basierend auf dem PDCA (Plan, Do, Check, Act)-Zyklus</p>	<p>Entwicklung der Rolle der Advanced Practice Nurses, einer häuslichen Krankenpflegeorganisation für Patient*innen mit Multimorbidität, unter Anwendung international etablierter APN-Kernkompetenzen.</p>	40 Klient*innen	<p>Es wurde eine Steigerung der Stabilität in komplexen Situationen und ein höheres Vertrauen von Klient*innen und pflegenden Angehörigen in ihr individuelles Gesundheitsmanagement erreicht. Die Schlüsselfaktoren waren die Führungsrolle der APN bei der Entwicklung von Best Practices und der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die APN spielte eine wichtige Rolle bei der Koordination der zahlreichen Beteiligten.</p>
2 7	Rosqvist et al. 2021	Schweden	<p>Qualitative Studie: semi-</p>	<p>Zufriedenheit von Patient*innen mit der</p>	11 Patient*innen mit der Parkinson-	<p>Gewünscht wurde ein besserer Zugang zur Physiotherapie. Die Aufrechterhaltung der Autonomie wurde von den</p>

			strukturierte Interviews	Parkinson-Krankheit im Spätstadium und ihrer nicht-professionell Pflegenden mit Fürsorge und Unterstützung.	Krankheit im Spätstadium und 9 nicht-professionell Pflegende	Patient*innen sowohl in der häuslichen Pflege als auch in einer zukünftigen stationären Pflegeumgebung als wichtig erachtet. Verantwortung und Loyalität zwischen den Ehepartner*innen und die Unterstützung durch die Kinder ermöglichten es, den Alltag zu Hause fortzusetzen, was auf die Vulnerabilität von Menschen ohne nicht-professionell Pflegende hinweist.
2 8	Hasson & Arnetz 2011	Schweden	Querschnittsbefragung	Vergleich der Wahrnehmung der Pflegequalität in Pflegeheimen und der häuslichen Pflege durch Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.	Ältere Menschen in Privathäusern, Servicewohnungen und Pflegeheimen	Pflegebedürftige schätzen ihre Tätigkeitsmöglichkeiten in der häuslichen Pflege deutlich schlechter ein als in Pflegeheimen. Angehörige von Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege bewerteten mehrere Aspekte der Pflegequalität deutlich schlechter als Angehörige von Pflegeheimbewohner*innen. Es wurden keine signifikanten Interaktionseffekte hinsichtlich der Prädiktoren der Gesamtqualitätsbewertungen zwischen den Pflegeeinrichtungen gefunden. Im Vergleich zu Pflegeheimen scheint bei der häuslichen Altenpflege ein größerer Entwicklungsbedarf hinsichtlich der Kompetenz des Personals, der Interaktion des Personals mit Angehörigen und der angebotenen Aktivitäten für ältere Menschen zu bestehen. In beiden Settings beeinflusst das Verhalten des Pflegepersonals die Zufriedenheit dieser Stakeholder mit der Pflege.



Interprof HOME – Survey (WP4)

Item documentation

	Nurses' questionnaire	Instrument used (including notes) / translations
	Scale	
1. Nursing and medical tasks and roles		
Shared educational and collaborative relationships	4step Likert-Scale: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Strongly agree ▪ Agree ▪ Disagree ▪ Strongly disagree 	JSAPNC (adapted+translated; original (item no 4)): "There are many overlapping areas of responsibility between physicians and nurses."
Physician's authority		JSAPNC (adapted+translated; original (item no 6)): "Physicians and nurses should contribute to decisions regarding the hospital discharge of patients."
Shared educational and collaborative relationships		JSAPNC (adapted+translated; original (item no 14)): "The primary function of the nurse is to carry out the physician's orders."
Physicians's authority		JSAPNC (adapted+translated; original (item no 7)): "Nurses should also have responsibility for monitoring the effects of medical treatment."
		JSAPNC (adapted+translated; original (item no 15)): "Doctors should be the dominant authority in all health care matters."
2. Interprofessional communication		
Communication between nurses and physicians	4step Likert-Scale: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Strongly agree ▪ Agree 	Item self-developed: „Communication with primary care physicians is an important part of my nursing responsibilities."



	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disagree ▪ Strongly disagree 	<p>Item self-developed: „Telephone consultations organized by primary care physicians and nursing specialists to discuss patients provide more security in my nursing activities.”</p>
		<p>Item self-developed: „Primary care physicians and nurses should conduct mutual home visits to patients in order to improve the information exchange between them.”</p>
<p>Telephone consultations as intervention possibility (nurses & physicians)</p>	<p>Given Categories:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Once a week ▪ Twice a week ▪ Once in a month ▪ Once every 3 months ▪ established and regular telephone consultations are not necessary <p><i>(multiple answers possible)</i></p>	<p>Item self-developed: „Established and regular telephone consultation hours should be held as follows.”</p>
<p>Communication between nurses and therapists</p>	<p>4step Likert-Scale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Strongly agree ▪ Agree ▪ Disagree ▪ Strongly disagree 	<p>Item self-developed: „Communication with primary therapists is an important part of my nursing responsibilities.”</p> <p>Item self-developed: „Telephone consultations organized by therapists and nursing specialists to discuss patients provide more security in my nursing activities.”</p>



		<p>Item self-developed: „Therapists and nurses should conduct mutual home visits to patients in order to improve the information exchange between them.”</p>
<p>Telephone consultations as intervention possibility (nurses & therapists)</p>	<p>Predefined Categories:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Once a week ▪ Twice a week ▪ Once in a month ▪ Once every 3 months ▪ established and regular telephone consultations are not necessary <p><i>(multiple answers possible)</i></p>	<p>Item self-developed: „Established and regular telephone consultation hours should be held as follows.”</p>
<p>2.3 General interprofessional collaboration between nurses, physicians and therapists</p>		
<p>General attitude towards interprofessional collaboration between nurses, physicians and therapists</p>	<p>4step Likert-Scale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Strongly agree ▪ Agree ▪ Disagree ▪ Strongly disagree 	<p>Item self-developed: „Regular and interprofessional case conferences are important for the patient's home care situation.”</p>
		<p>Item self-developed: „Ambulatory care nurses have sufficient time/personnel resources to participate in case conferences.”</p>
		<p>Item self-developed:</p>



		<p>„Successful cooperation between the mentioned professional groups can reduce the frequency of patients’ hospital admissions.”</p>
		<p>Item self-developed: „Collaboration among all of the mentioned professionals can improve the effectiveness of care.”</p>
<p>3. Arrangements and accessibility</p>		
<p>Arrangement of appointments</p>	<p>5step Likert-Scale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Never ▪ Seldom ▪ Sometimes ▪ Often ▪ Very often 	<p>InDemA (adapted, original (item no 3): “Wie häufig finden Terminabsprachen für Visiten zwischen Ihnen und den Pflegenden der Wohnbereiche statt?”</p> <p>Translation of adapted item: “How often do appointments for mutual home visits take place between you and primary care physicians?”</p>
		<p>InDemA (adapted, original (item no 4)): “Wenn es keine Terminabsprachen gibt, wie häufig kündigen Sie Ihre Visiten mindestens einen Tag vorher an?”</p> <p>Translation of adapted item: “If there are no appointments, how often do primary care physicians give at least one day's notice of home visits?”</p>



interprof HOME

Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause

Joint arrangements	<p>InDemA (adapted, original (item no 7a)): “Wie häufig treffen Sie gemeinsam mit den verantwortlich Pflegenden Absprachen zur Versorgung der Bewohner:innen?”</p> <p>Translation of adapted item: “How often do you make arrangements with primary care physicians to care for patients?”</p>
	<p>InDemA (adapted, original (item no 7b)): “Wie häufig halten sich die Pflegenden an getroffene Absprachen?”</p> <p>Translation of adapted item: „How often do primary care physicians adhere to agreements made?”</p>
Contact frequency	<p>Item self-developed: „How often do you contact primary care physicians?”</p>
Patient centered interprofessional collaboration	<p>Item self-developed: „How often are you notified by primary care physicians about prescriptions and orders?”</p>
	<p>InDemA (adapted, original (item no 9)): “Wie häufig werden Ihre An- und Verordnungen zeitnah und zuverlässig (von Pflegenden) umgesetzt?”</p> <p>Translation of adapted item: „How often are patients concerns acted upon in a timely manner by primary care physicians?”</p>



<p>Accessibility in urgent cases</p>		<p>InDemA (adapted, original (item no 10)): "In dringenden Fällen: Wie häufig können Sie die verantwortlich Pflgenden während Ihrer normalen Praxiszeiten sofort telefonisch erreichen?"</p> <p>Translation of adapted item: „In urgent cases: How often can you reach a family doctor immediately by phone during normal practice hours?"</p> <p>InDemA (adapted, original (item no 10)): "In dringenden Fällen: Wie häufig können Sie die verantwortlich Pflgenden während Ihrer normalen Praxiszeiten sofort telefonisch erreichen?"</p> <p>Translation of adapted item: „In urgent cases: How often can you reach a family doctor by phone outside normal practice hours?"</p>
<p>Lost information</p>		<p>Item self-developed: "How often do you feel that relevant information about the health status or medical treatment of the patients you care for is "lost" in the family practice?"</p>
<p>Interprofessional education</p>		<p>Item self-developed: „How often do primary care physicians provide education on medical topics in your nursing service?"</p>
<p>4. Exchange of information and transparency within the interprofessional care</p>		



Exchange of information in interprofessional care	<p>5step Likert-Scale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Never ▪ Seldom ▪ Sometimes ▪ Often ▪ Very often 	<p>CSI (adapted, original item no 1): “Physicians and nurses share medical information received from or delivered to the patient.”</p> <p>Translation of adapted item: “Nurses and primary care physicians exchange information about necessary nursing measures.”</p>
		<p>CSI (adapted, original item no 1): “Physicians and nurses share medical information received from or delivered to the patient.”</p> <p>Translation of adapted item: “Nurses and primary care physicians exchange information about necessary medical measures or changes.”</p>
		<p>CSI (adapted, original item no 1): “Physicians and nurses share medical information received from or delivered to the patient.”</p> <p>Translation of adapted item: “Nurses exchange nursing and therapeutic information received from patients with therapists.”</p>
Transparency in interprofessional care		<p>Item self-developed: „After their home visits, primary care physicians inform the nursing staff of the nursing service about changes in the medical treatment plan (e.g. adjustment of medication).”</p>



		<p>Item self-developed: “Nurse practitioners inform primary care physicians about nursing interventions in the home care of patients.”</p>
		<p>Item self-developed: “Family doctors, nurses and therapists discuss nursing-therapeutic-medical information and treatment strategies together.”</p>
5. Outpatient care after discharge from hospital / short-term care		
Knowledge about treatment after discharge	<p>4step Likert-Scale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Strongly agree ▪ Agree ▪ Disagree <p>Strongly disagree</p>	<p>Item self-developed: „After patients are discharged from hospital/short-term care, nurses usually have all the information they need for outpatient care.”</p>
		<p>Item self-developed: „In regular cases, all the professional groups involved are aware of the treatment strategies and therapies for home care.”</p>
Interprofessional exchange of special information about treatment after discharge		<p>Item self-developed: „To be clarified socio-legal questions for home care are usually dealt with jointly by the family doctors and nursing specialists.”</p>
		<p>Item self-developed: „After patients have been discharged from hospital/short-term care, there is usually an interprofessional exchange between the professional groups.”</p>



		<p>Item self-developed: „After patients are discharged from hospital/short-term care, nurses usually have all the necessary materials for follow-up treatment at their disposal.”</p>
Including patients and caregivers		<p>Item self-developed: „Patients and their caregivers are usually informed about possibilities of support from nursing professionals after discharge from hospital/short-term care.”</p>
Organizational aspects after discharge from hospital / short-term care		<p>Item self-developed: „The organization of necessary remedies and aids is unproblematic.”</p>
		<p>Item self-developed: „The organization of necessary medication is unproblematic.”</p>
6. Delegation of medical tasks		
Nurses' capability to perform selected medical tasks	<p>4step Likert-Scale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Strongly agree ▪ Agree ▪ Disagree ▪ Strongly disagree 	<p>Item self-developed: “As a trained and qualified nurse, I trust my capabilities to perform delegated and selected medical tasks.”</p>
		<p>Item self-developed: „Certain medical tasks (e.g. taking blood samples) should be delegated to trained and qualified nurses.”</p>
Effect of delegation		<p>Item self-developed: “The delegation of medical tasks to nurses reduces the workload of primary care physicians.”</p>



Requirements of delegations		Item self-developed: „Regular trainings for nurses in primary care practices ensure more safety when taking over or handing over medical duties.”
Strict separation of nurses’ and physicians’ tasks		Item self-developed: “Tasks areas of primary care physicians and nurses should be strictly separated.”
Selection of possible delegated medical tasks	Predefined categories: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Drawing intravenous blood samples ▪ Intramuscular and intravenous injections ▪ Drug counseling ▪ Physical examination ▪ Assessment of health status <i>(multiple answers possible)</i>	Item self-developed: „Nurses are capable of performing the following delegated medical tasks.”
7. Collaboration with occupational, physical and speech therapists		
Nurses’ knowledge about therapies’ backgrounds and aims	4step Likert-Scale: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Strongly agree ▪ Agree ▪ Disagree ▪ Strongly disagree 	Item self-developed: “In general, nurses are aware of their patients’ momentary therapies.”
		Item self-developed: „In general, nurses know the therapeutic exercises patients are supposed to perform at home.”



		Item self-developed: „In general, nurses know the goals of the therapeutic exercises.”
Interaction between nurses and therapists		Item self-developed: „Nurses and therapists discuss when appropriate exercises can be integrated into nursing care.”
Positive outcomes (for patients) of effective collaboration between nurses and therapists		Item self-developed: „A mutual home visit (nurses and therapists) is useful in order to be able to provide a holistic ambulatory care to patients.”
		Item self-developed: “Patients benefit when nurses and therapists work together to solve problems.”
Reciprocal support and learning		Item self-developed: “Mutual workshops/trainings or information events help the individual professional groups to support each other in their work and to learn from each other.”
8. Possibilities of interventions to promote interprofessional cooperation		
	Predefined categories: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inter-professional case conferences ▪ fixed telephone/video consultation hours ▪ Use of free messenger apps for 	Item self-developed: Possibilities of interventions to promote interprofessional cooperation



interprofHOME

Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause

	<p>medical teams (group chat)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Use of digital documentation (e.g. doctor's reports, therapy reports, nursing documentation by e-mail)▪ Joint home visits▪ Workshops/training (organised by each professional group for the other professional groups)▪ Takeover/transfer of activities (e.g. delegation of medical activities)▪ Free text input <p>(multiple answers possible)</p>	
9. + 10. Demographic information (self-developed)		



interprof HOME

Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause

Anhang 9: Kategoriensystem gemischte Fokusgruppen

Kategoriensystem gemischte Fokusgruppen (WP5)

Hauptkategorie	Unterkategorie	Beispiel
1 Kompetenzerweiterung	<u>Pflege</u> 1 Vorteile 1.1 bedarfsgerechtere Versorgung 1.2 kein Krankenhaus notwendig 2 Ausgestaltung 2.1 bestimmte Verordnungen durch professionell Pflegende 2.2 Kompetenzerweiterung durch politische Änderungen 2.3 keine ärztliche Verordnung notwendig <u>Therapeut*innen</u> 1 Vorteile 1.1 bedarfsgerechte Behandlung 2 Ausgestaltung 2.1 Blankoverordnung 2.2 Vorschlag für Heilmittelverordnung an HÄ senden	2.1 bestimmte Verordnungen durch professionell Pflegende: Es würde manches vereinfachen, wenn Verordnungen zum Beispiel über Medikamentengabe/ da können wir als Fachpflegekräfte das viel besser einschätzen, wie oft ist was warum bei jemandem notwendig oder nicht (und das auch oft dauerhafte Dinge sind?). Sowas sollten wir eigentlich selber ausstellen dürfen. Es gibt Dinge, die müssen jetzt nicht unbedingt ärztlich ausgestellt werden. Also das ist, HÄ_01, nicht Sie persönlich, aber da tritt man durchaus gerne auf den Schlips bei Ärzteschaften, die ungerne Kompetenzen abgeben. Ich sage mal, die Kompetenzen können ja (bei beiden?) bleiben. Ich würde sie nur gerne für meine Berufsgruppe auch haben in bestimmten Bereichen, die gut verantwortbar sind. (D_FG_gemischt, Pos. 96)
2 Aus- und Weiterbildung	<u>Ausbildung</u> 1 Vorteile 1.1 Hierarchien abbauen/ganzheitliches Denken etablieren 2 Ausgestaltung 2.1 Hospitationen integrieren	



	<p>2.2 generalisierte Pflegeausbildung = Hospitationen "berufsfremd"</p> <p>2.3 Heilmittelverordnung/Therapie nicht Inhalt des Medizinstudiums</p> <p>2.4 verpflichtende Zusammenarbeit/Grundstein in Ausbildung</p> <p>2.5 Blockmodul interdisziplinäre Zusammenarbeit</p> <p><u>Weiterbildung</u></p> <p>1 Vorteile</p> <p>1.1 Wissen fördert gegenseitiges Verständnis (z.B. Regress)</p> <p>2 Ausgestaltung</p> <p>2.1 Kommunikation üben statt Theorie lernen</p>	<p>2.4 verpflichtende Zusammenarbeit/Grundstein in Ausbildung:</p> <p>HÄ01: Ähm das geht aus meiner Sicht nur, wenn es verpflichtend bei den Mediziner*innen im Studium und bei den Ergotherapeuten von mir aus in der Ausbildung. Physiotherapeuten, Krankenpflegepersonal. Es muss verpflichtend sein. Weil das alles hier wie wir hier alle zusammensitzen, sind alle Leute mit überdurchschnittlichem Engagement, die zwei Stunden lang jetzt noch sich vor den Rechner setzen, weil sie das alles fördern wollen. Und die 90 Prozent, die ignorant sind und einfach sagen, "Ich mach mein Stiefel. Ich will gar keine zusätzliche Zeit.", die bekommt man aus meiner Sicht nur mit einer PFLICHT zur Zusammenarbeit. Und das kann man nur / Den Grundstein dafür kann man nur im Studium und in der Ausbildung legen, denke ich. (A_FG_gemischt, Pos. 180)</p>
<p>3 Ansprechperson</p>	<p><u>Allgemein</u></p> <p>1 Vorteile</p> <p>1.1 Entlastung durch Prozessverbesserung</p> <p>2 Ausgestaltung</p> <p>2.1 entsprechende Kompetenzen</p> <p>2.2 sinnvoll, wenn kein ANG vorhanden</p> <p>2.3 keinen weiteren administrativen Aufwand</p> <p>2.4 Gefahr der Überbürokratisierung</p> <p><u>Hausärztliche Praxis</u></p> <p>1 Ausgestaltung</p>	



	<p>1.1 Koordination medizinische Versorgung durch HÄ 1.2 feste Ansprechperson in hausärztlicher Praxis oder Pflegedienst für Therapeut*innen 1.3 Datenbündelung in der hausärztlichen Praxis 1.4 Versorger*innen übermitteln Ergebnisse an die hausärztliche Praxis 1.5 HA als Moderator verschiedener Versorger*innen 1.6 PMP berichtet HA über andere Arztbesuche 1.7 Erstgespräch HA - PMP über Kommunikations-(wege)</p> <p><u>Pflegeschlüssel</u></p> <p>1 Vorteile</p> <p>1.1 höchste Frequenz an Kontakten mit PMP</p> <p>2 Ausgestaltung</p> <p>2.1 Koordination digitaler Fallkonferenzen</p> <p><u>Andere</u></p> <p>1 regionale Gemeindefachperson/Case Management 2 Bezugstherapeut*in (Schlaganfallring)</p>	<p>1.1 Koordination med. Versorgung durch HÄ:</p> <p>B6: Also als direkte Antwort darauf: Aus meiner Sicht denke ich, das ist ja absolut auch unsere hausärztliche Aufgabe, was jetzt den medizinischen Bereich angeht, das zu sammeln und zu koordinieren und bei uns findet da auch mit den fachärztlichen Kollegen ein regelmäßiger bedarfsweiser Austausch statt sage ich mal. (D_FG_gemischt, Pos. 128)</p>
<p>4 Analoges System</p>	<p><u>Patient*innenakte vor-Ort/Pflegedokumentation</u></p> <p>1 Vorteile</p> <p>1.1 Dokumentation für den interdisziplinären Austausch 1.2 Dokumentation als Sammlung von Versorgungsinhalten</p> <p>2 Ausgestaltung</p> <p>2.1 Vergütung für die Zeit der doppelten Dokumentation</p>	<p>2.5 HÄ/TH dokumentieren in gesonderten Bereich:</p> <p>B6: Also vielleicht auch verbunden nochmal mit einer Frage sozusagen an die anderen Kolleginnen und Kollegen. Es ist bei uns so, dass wir durchaus die Möglichkeit haben zu dokumentieren vor Ort. Also ich kenne das eigentlich so, dass da eine Mappe vom Pflegedienst liegt und wenn ich da jetzt irgendwelche Änderungen bei der Visite habe oder wenn mir irgendwas Besonderes aufgefallen ist, dann dokumentiere ich das in dieser Pflegemappe. Also teilweise ist das so, dass da speziell für Ärzte nochmal ein</p>



interprof HOME

Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause

	<ul style="list-style-type: none">2.2 mögliche Einsicht durch PMP/ANG2.3 Einsicht durch HÄ/TH2.4 HÄ/TH dokumentieren nur das Wichtigste2.5 HÄ/TH dokumentieren in gesonderten Bereich2.6 HÄ/TH dokumentieren in allgemeinem Bereich	eigener Bereich ist und wenn das nicht ist, dann dokumentiere ich da frecherweise einfach bei der Pflege (schmunzelt) mit meine Visite und schreibe das da rein (D_FG_gemischt, Pos. 86)
5 Digitales System (Software/App)	<p>1 Vorteile</p> <ul style="list-style-type: none">1.1 weniger Korrekturen der Verordnungen durch Digitalisierung1.2 bessere Erreichbarkeit1.3 einfache Kommunikation zwischen Versorger*innen1.4 Informationsvermittlung nicht hauptsächlich durch PMP/ANG1.5 Digitale Mitteilung als ausreichend für einfache Fälle1.6 Dokumentation im Gehen mit Handy möglich1.7 weniger fehleranfällig1.8 effizienter und kostengünstiger Informationsaustausch1.9 Einsicht des HA auf Wunddokumentation erspart ggf. Hausbesuch1.10 digital einen Überblick bekommen1.11 würde Prozesse erleichtern und beschleunigen1.12 einfacher digital, da man nicht vor Ort sein muss <p>2 Ausgestaltung</p> <ul style="list-style-type: none">2.1 Möglichkeit einer direkten Benachrichtigung	



	<p>2.2 Online einloggen können</p> <p>2.3 Dokumentation ersetzt persönliche Kommunikation</p> <p>2.4 separaten Bereich für ANG</p> <p>2.5 Unterteilung nach Versorger*innen</p> <p>2.6 regelmäßige, konsequente Alltags-Dokumentation</p> <p>2.7 datenschutzkonforme Ablage von Daten</p> <p>2.8 Anwendung von Messenger-Gruppen</p> <ul style="list-style-type: none">• schneller Kommunikationsweg• für jeden Patient*innen eine Gruppe• nicht praktikabel für hohe Anzahl von Patient*innen <p>2.9 ein System für alle (auch Pflegeeinrichtungen)</p> <p>2.10 bedarf einen Admin (Krankenkasse?)</p> <p>2.11 datenschutzkonforme Übermittlung z.B. von Fotos</p> <p>2.12 Einsicht durch PMP/ANG</p> <p>2.13 Freischaltung für bestimmte Personen</p> <p>2.14 Fragen stellen können</p>	<p>2.13 Freischaltung für bestimmte Personen:</p> <p>Und meine Frage wäre halt oder meine Anmerkung wäre halt, ob die Angehörigen auf diese Mappe tatsächlich uneingeschränkt Zugriff haben sollten? Denn es gibt ja auch durchaus Dinge, die, wenn es zum Beispiel mangelnde Compliance gibt, vielleicht nicht so gerne den Angehörigen so mitteilen, sondern doch lieber persönlich. Was Sie vorhin schon angemerkt hatten mit diesem, dass viel übernommen wird oder halt, dass der Antrieb manchmal einfach nicht da ist. Dass man das vielleicht noch mal ein bisschen anders machen sollte. Also, dass man vielleicht einen Teil dieser Online-Mappe für die interdisziplinäre, also die professionelle Gruppen beiseitelegt und einen für die Angehörigen. Dass die dann darauf auch Zugriff haben. (C_FG_gemischt, Pos. 12)</p>
<p>6 Digitale Terminplanung</p>	<p>1 Vorteile</p> <p>1.1 alle haben Zugriff</p> <p>1.2 bessere zeitliche Koordination</p> <p>1.3 gleichzeitige Anwesenheit verschiedener Versorger*innen</p> <p>1.4 ungewollte Terminüberschneidungen verhindern</p> <p>2 Ausgestaltung</p>	<p>2.2 Abstimmung und Freigabe durch PMP:</p> <p>PMP: Ganz kurz noch dazu: Das geht aber auch nicht ohne Abstimmung. Also, dass Sie davon ausgehen können, Sie können dann Donnerstag kommen, weil die Menschen mit Pflegebedarf haben ja auch noch viele andere Termine, die nichts mit Medizin, Versorgung und so weiter zu tun haben. Also mich würden Sie wahrscheinlich nicht antreffen. (B_FG_gemischt, Pos. 77)</p>



	<p>2.1 in Kalender einwählen</p> <p>2.2 Abstimmung und Freigabe durch PMP</p>	
7 Analoge Terminplanung	<p>1 Vorteil</p> <p>1.1 Wissen wer wann kommt</p> <p>2 Ausgestaltung</p> <p>2.1 Alltagspraxis/Standardbesuch</p> <p>2.2 Hauskalender zum Eintragen</p> <p>2.3 Abstimmung und Freigabe durch PMP</p>	<p>2.2 Hauskalender zum Eintragen:</p> <p>TH3: [...] Ja, erst mal noch mal zu dem Terminplaner vielleicht und auch im Zusammenhang mit der Dokumentation: Ich denke, man könnte es auch alles ein bisschen einfacher halten. Also ja, digital ist schön und gut, aber es reicht tatsächlich/ Meiner Praxiserfahrung nach reicht es aus, einen Kalender da zu haben, also wenn die Patienten einen Termin haben, ich da eintragen kann, in Absprache natürlich. Alles ist in Absprache mit den Patienten, also mit meinem Klientel. Ob am Mittwoch um 16 Uhr, dann trage ich das bei ihm im Hauskalender wieder ein. (B_FG_gemischt, Pos. 82)</p>
8 E-Mail	<p>1 Herausforderungen</p> <p>1.1 hohe Anzahl von Patientenakten nicht bewältigbar</p> <p>2 Ausgestaltung</p> <p>2.1 Foto der analogen Dokumentation</p> <p>2.2 E-Mail-Verteiler</p> <p>2.3 datenschutzkonforme Übermittlung von Daten, z.B. Berichte</p> <p>2.4 E-Mail für Wunddokumentation</p> <p>2.5 E-Mail für bundeseinheitliche Medikamentenpläne</p> <p>2.6 Prioritätenanzeiger vor allem für HÄ</p> <p>2.7 Haftungsausschluss muss gegeben sein</p> <p>2.8 Erlaubnis der PMP</p>	<p>2.7 Haftungsausschluss muss gegeben sein:</p> <p>HÄ02: Hm, genau. Das ich halt einfach sehe, also heute ist nichts für mich drin zu lesen. Also muss / Also das wäre auf jeden Fall wichtig. Also anders ist es für mich nicht machbar. Und für eine (unv.), weil auch die Physiotherapeuten nehme ich mal an habe ja auch mehrere hundert Patienten. Die können ja natürlich auch nicht überall reinschauen, ob es was Neues gibt für die. Ist auch eine Haftungssache. Wenn da reingeschrieben wird und der Physiotherapeut verlässt sich darauf, dass die (unv.) extrem schlechten Zustand hat. Und die Ärztin soll da ja auch täglich reingucken. Und informiert mich halt nicht telefonisch oder per Fax. Wer haftet dann, wenn ich es nicht gelesen habe, weil ich einfach nicht mehrere hundert Patientenakten lesen kann. Ähm ja das muss natürlich auch bedacht werden. (A_FG_gemischt, Pos. 188)</p>



9 Fax	1 Vorteil 1.1 unverzügliche Mitteilung von Medikamentenänderungen 1.2 Anfragen können zeitlich flexibel abgearbeitet werden	1.2 Anfragen können zeitlich flexibel abgearbeitet werden: HÄ02: [...] Uns hat es sich sehr gut / Wir sind noch altmodisch. Wir haben viel mit FAX. Also die Pflegedienste faxen uns regelmäßig. Alles Mögliche. Ähm was ich dann Nachmittag nach der Sprechstunde halt dann auch bearbeiten kann. [...] (A_FG_gemischt, Pos. 144)
10 Telefon	1 Ausgestaltung 1.1 telefonischer Kontakt bei dringenden Angelegenheiten 1.2 keine direkte Durchwahl an ANG 1.3 PDL hat private Nummer des HA 1.4 Backoffice-Nummer/direkte Durchwahl	1.1 telefonischer Kontakt bei dringenden Angelegenheiten: B2: Ich würde es ähnlich handhaben wie Herr B6, dass man das sehr individuell gestaltet. Und ich würde es tatsächlich von mir aus machen. Also, wenn ICH den Bedarf sehe, dass da DRINGEND oder dass was besprochen werden muss, dann würde ich auch den Hörer in die Hand nehmen, ZUSÄTZLICH zu den Arztberichten, und einfach mal anrufen und um Rückruf bitten. Und bis jetzt hat der Arztbericht immer ausgereicht, aber dass man das auf jeden Fall noch mal so am Telefon direkt klärt. (C_FG_gemischt, Pos. 132)
11 Gemeinsame Hausbesuche	1 Vorteile 1.1 Anpassung der Versorgung bei monatlichen Visiten 1.2 gemeinsame Ausgestaltung der Versorgung 1.3 mögliche Anleitung von versorgenden Maßnahmen 2 Ausgestaltung 2.1 bei Bedarf mit einer Versorger*in Vor-Ort-Treffen 2.2 monatlich mit bestimmten Versorger*innen 2.3 nicht praktikabel für hohe Anzahl an PMP	1.3 mögliche Anleitung von versorgenden Maßnahmen: PMP: Ich sehe schon auch den Mehrwert dahinter. Ne? Also gerade, wenn der Pflegedienst da in ihrem Handling angeleitet werden können, wie zum Beispiel einen Transfer entlastender passieren kann, zum Beispiel durch Anleitung der Physiotherapie oder auch, wenn Essen gereicht wird, dass die Logopädin da mal dabei ist oder dass sie das anlernt. (B_FG_gemischt, Pos. 72)



12 Geplante (regelmäßige) Besprechungen

Allgemein

1 Ausgestaltung

- 1.1 praktikabel mit wenigen Pflegediensten
- 1.2 Planung für HÄ schwierig
- 1.3 Notwendigkeit einer zentralen Koordination
- 1.4 alle 2 bis 4 Monate
- 1.5 abrechenbar über Heilmittelverordnung
- 1.6 Zeitabstimmungssystem integriert in digitales System
- 1.7 Fallkonferenz nur für schwierige Fälle nach Bedarf

Digitale Fallkonferenzen

1 Vorteile

- 1.1 Bekanntschaft einfacher pflegen

2 Ausgestaltung

- 2.1 temporärer Zugang von ANG
- 2.2 integriert in digitales System
- 2.3 Zeitslots für alle Teilnehmenden finden

1.1 praktikabel mit wenigen Pflegediensten:

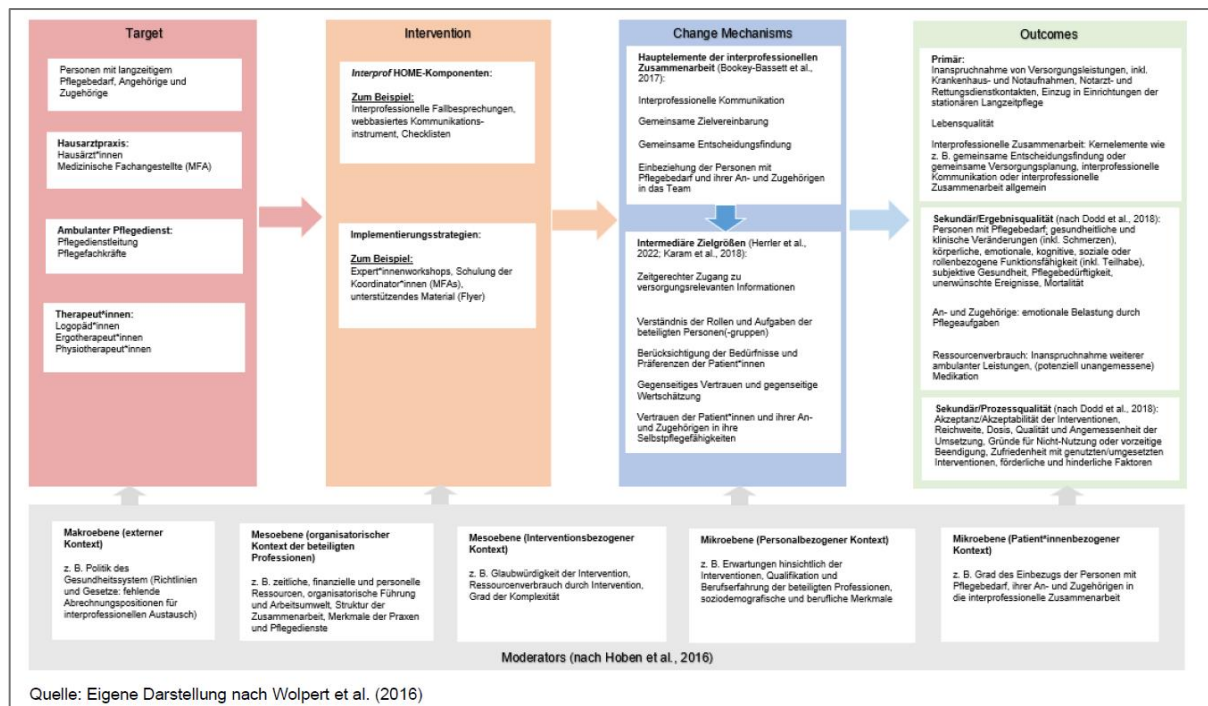
B9: [...] Und soweit das nicht ist, würde ich die Tendenz der Fallkonferenz bevorzugen. Bei uns ist das so, dass/ Ich bin ein bisschen außerhalb in einem kleineren Ort, und da ist eben die Caritas, sagen wir mal, macht, würde ich sagen, 80 Prozent der Pflege. Das finde ich für uns total genial. Ich kenne sie alle. Die haben überwiegend meine Handynummer. Das ist total super, weil man dann/ könnte man auch meinetwegen mal eine Konferenz machen, wo man dann gleich dreißig Patienten auf einmal bespricht oder relativ kurz guckt: Steht da was an? Oder einen kurzen Update macht. [...] (C_FG_gemischt, Pos. 16)

HA = Hausarzt/Hausärztin; HÄ = Hausärztinnen/Hausärzte; ANG = Angehörige; PMP = Person mit Pflegebedarf; TH = Therapeutinnen/Therapeuten;
PDL = Pflegedienstleitung



Anhang 10: (WP1, 2022)

Iteratives logisches Modell





Anhang 11

Primäre Suchstrategie MEDLINE (WP1, 2022)

Suchkonzept	Suchschritte		Treffer
			Medline (28.07.2022)
P = Personen mit langzeitigem ambulanten Pflegebedarf	#1	ambulatory [text word]	4.768
	#2	ambulant [tw]	106
	#3	outpatient [tw]	5.809
	#4	out-patient [tw]	202
	#5	home [tw]	9.889
	#6	#1-#5/OR	18.637
	#7	care [tw]	57.505
	#8	ambulatory care [MeSH]	967
	#9	care, community health [MeSH]	7.787
	#10	(#6 AND #7) OR #8 OR #9	14.572
I = interprofessionelle Zusammenarbeit	#11	interprof* [tw]	311
	#12	inter-prof*[tw]	24
	#13	multidis* [tw]	1.596
	#14	multi-dis* [tw]	109
	#15	interdis* [tw]	731
	#16	inter-dis* [tw]	10
	#17	multi-prof* [tw]	62
	#18	multi-prof* [tw]	31
	#19	interpersonal [tw]	1.994
	#20	crossdis* [tw]	9
	#21	cross-dis* [tw]	11
	#22	#11-#21/OR	4.504
	#23	collaborat* [tw]	3.088
	#24	cooperat* [tw]	3.014
	#25	communicat* [tw]	5.999
	#26	relation [tw]	4.770
	#27	relations [tw]	4.566
	#28	#23-#27/OR	19.078
	#29	#22 AND #28	2.094
	#30	Team, patient care [MeSH]	847
	#31	Interprofessional relations [MeSH]	367
	#32	#30 OR #31	1.085
	#33	#29 OR #32	2.748
P AND I	#34	#10 AND #33	542



Anhang 12

Ein- und Ausschlusskriterien (WP1, 2022)

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
P = Population	<p>Personen \geq 18 Jahre mit langfristigem Pflegebedarf, die</p> <ul style="list-style-type: none">durch einen ambulanten Pflegedienst in der eigenen Häuslichkeit versorgt werdenaufgrund gesundheitlicher Probleme in Bezug auf die Mobilität, Kognition oder Psyche ein erhöhtes Risiko für einen Bedarf an professioneller ambulanter pflegerischer Unterstützung haben	<p>Personen, die sich in der Sterbephase befinden</p> <p>Personen mit erschwertem Zugang zu üblichen Strukturen der Primärversorgung (z.B. aufgrund von Wohnungslosigkeit)</p>
I = Intervention	<p>Interventionen mit dem primären Ziel der Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit oder der interprofessionell abgestimmten Versorgung mit Beteiligung von mindestens zwei unterschiedlichen patientennahen Gesundheitsberufen, darunter mindestens zwei der folgenden Berufsgruppen: Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Therapeut*innen</p>	<p>Disease-Management-Programme</p> <p>Programme, in denen Maßnahmen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit eine Komponente neben anderen Interventionskomponenten darstellen</p> <p>Programme, in denen sich Maßnahmen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit nur auf abgegrenzte Zeitintervalle (z.B. erste Wochen nach Krankenhausentlassung) beziehen</p>
K = Kontrolle		
E = Ergebnis	<p>Primäre Zielgrößen*:</p> <ul style="list-style-type: none">Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen inkl. Krankenhaus-/Notaufnahmen, Notarzt- und	

	<p>Rettungsdienstkontakte, Einzug in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lebensqualität • Interprofessionelle Zusammenarbeit: Kernelemente wie z.B. gemeinsame Entscheidungsfindung oder gemeinsame Versorgungsplanung oder interprofessionelle Kommunikation oder interprofessionelle Zusammenarbeit allgemein <p>Sekundäre Zielgrößen (nach Dodd et al. 2018):</p> <p>Ergebnisqualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personen mit Pflegebedarf: gesundheitliche und klinische Veränderungen; körperliche, emotionale, kognitive, soziale oder rollenbezogene Funktionsfähigkeit (inkl. Teilhabe); subjektive Gesundheit, Pflegebedürftigkeit, unerwünschte Ereignisse, Mortalität • An- und Zugehörige: emotionale Belastung durch Pflegeaufgaben • Ressourcenverbrauch: Inanspruchnahme weiterer ambulanter Leistungen, Medikation <p>Prozessqualität:</p> <p>Akzeptanz der Interventionen, Reichweite, Dosis, Qualität und Angemessenheit der Umsetzung, Gründe für Nicht- Nutzung oder vorzeitige Beendigung, Zufriedenheit mit genutzten/umgesetzten</p>	
--	--	--



interprofHOME

Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause

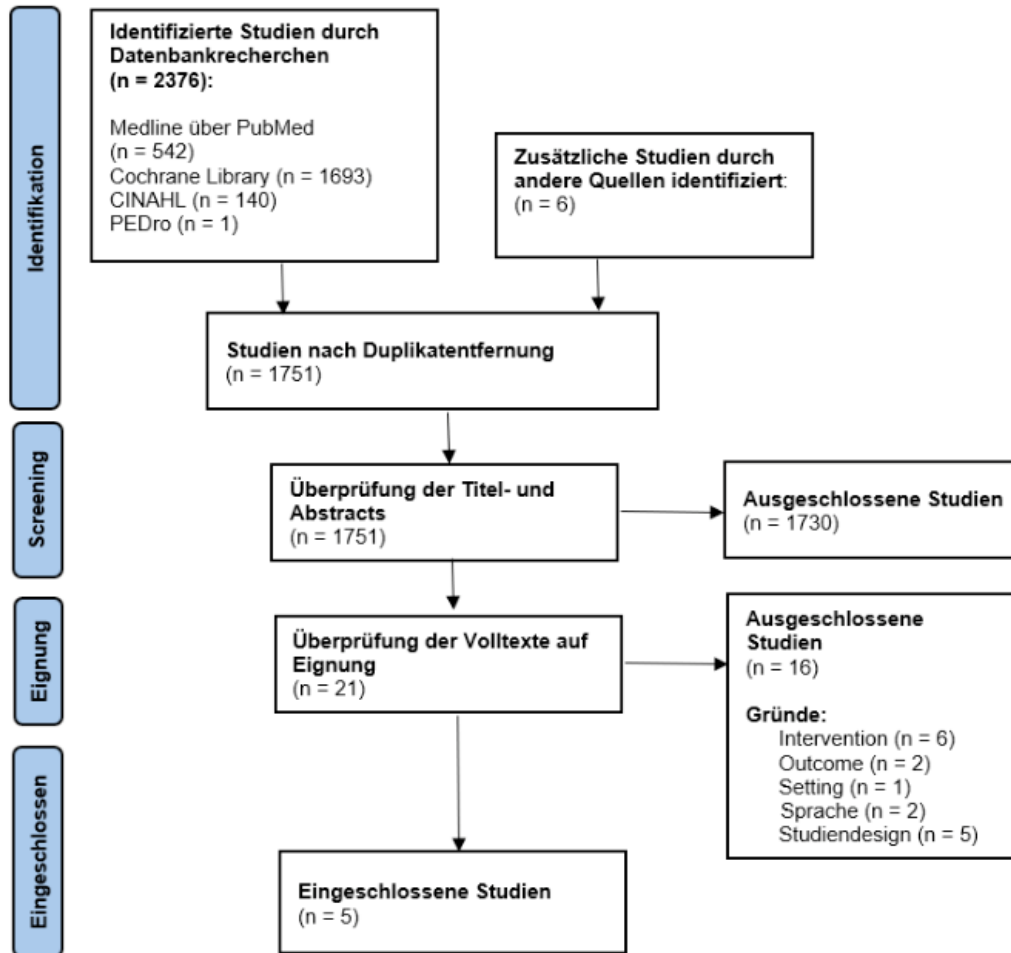
	Interventionen, förderliche und hinderliche Faktoren	
D = Design	RCTs	

*Für mindestens eine dieser Zielgrößen mussten Ergebnisse berichtet sein.



Anhang 13

PRISMA-Flowchart (WP1, 2022)



Quelle: Eigene Darstellung nach Page et al. (2021)

Anhang 14

Charakteristika der eingeschlossenen Studien 2022 (WP1)

Autor*in Jahr Land	Studientyp	Ziel	Setting, Zielpopulation, Beteiligte Berufsgruppen	Stichprobengröße	Intervention	Kontrolle	Ergebnisparameter
1 Brazil et al., 2022, Irland	cRCT (feasibility)	<p><u>Allgemeines Ziel:</u> Bestimmung der Durchführbarkeit, der Implementierung und der Ergebnisse einer vorausschauenden Pflegeplanung (ACP) in der Primärversorgung, um ältere Erwachsene mit dem Risiko einer Funktionseinschränkung durch die Entwicklung eines personalisierten Unterstützungsplans zu unterstützen</p> <p><u>Spezifische Ziele:</u> 1) Information über Rekrutierungsstrategien und -verfahren für Allgemeinmedizinische Praxen und Pat. für eine vollständige Studie 2) Bestimmung der Rekrutierungs-/ Bindungsraten und der Ergebnisvariabilität als Grundlage für die Berechnung der Stichprobengröße für eine vollständige Studie 3) Informationen über Mechanismen für eine optimale Durchführung der</p>	<p>Durchführung der Studie in Großbritannien und Irland</p> <p>GB: NHS (kostenloses Versorgungsmodell)</p> <p>Irland: gemischtes öffentlich-privates Gesundheitssystem (für Personen ab 70 Jahre oder mit geringem Einkommen kostenlosen Zugang zu Gesundheitsleistungen)</p> <p>Primärversorgung</p> <p>Pat. ≥ 70 J. mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risiko eines Funktionsverlustes, - mind. 2 chron. Erkrankungen (Multimorbidität), - Regelm. Einnahme von mind. 4 Medikamenten, - Fähigkeit, englischsprachigen Fragebogen auszufüllen 	<p>Einschluss von 8 Primärversorgung s-praxen</p> <p><u>Geplant:</u> 64 Pat., 8 Pat. pro Hausarzt*innen-praxis</p> <p>(32 pro randomisierte Gruppe)</p> <p><u>Analysiert:</u> IG: n=34 TN KG: n=31 TN</p>	<p>ACP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3-tägige Schulung der Studienassistent*innen, die für das Projekt angestellt wurden (waren nicht mit den Hausarzt*innenpraxen verbunden) - Organisation eines Hausbesuchs durch die Studienassistent*innen, um eine strukturierte Patient*innenbeurteilung durchzuführen - Erstellung eines personenzentrierten Pflegeplans - Übergabe der Medikamentenliste an Studienapotheke*in, um Medikamentenprüfung durchzuführen - Erstellung eines zusammenfassenden Berichts durch Studienassistent*in - Nach Rücksprache mit Hausarzt*in erneute Kontaktaufnahme mit PmP, um Unterstützungsmöglich 	<p>Standardversorgung (reaktive Versorgung →PmPs konnten Termine mit Hausarzt*in vereinbaren, wenn Probleme vorlagen)</p>	<p><u>Primär:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - QoL (EQ-5D-5L) - Depressionen (Center for Epidemiological studies depression scale, CES-D) <p><u>Sekundär:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Funktionsfähigkeiten (Katz Index of Independence of Daily living) - Ängstlichkeit (Generalised Anxiety Disorder 7, GAD-7) - Zufriedenheit mit der Versorgung (Patient Assessment of Chronic Illness Care [PACIC] Scale) - Medikationsmanagement <p><u>Prozessevaluation:</u> (Grundlage RE-AIM-Framework: reach, effectiveness, adoption, implementation, maintenance) <u>Qualitative Erhebung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wahrnehmung hinsichtlich der Angemessenheit, des Nutzens, der

			<p>Intervention und Cluster-Studienvorfahren</p> <p>4) Bewertung der Wahrnehmung der Pat., ihrer Familienangehörigen</p> <p>4) Bewertung der Wahrnehmung der Akzeptanz, Angemessenheit, Vorteile und Bequemlichkeit der ACP-Intervention durch Pat., Angehörige und Gesundheitsdienstleister</p> <p>5) Festlegung von Ergebnismessungen und wirtschaftlichen Bewertungsstrategien für eine umfassende Studie</p>	<p>- Eingeschrieben in der GMS/NHS-Grundversorgung)</p> <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inanspruchnahme von Palliativpflege - Kognitive Beeinträchtigungen - (MMST von 20 oder weniger) - Psychose - Obdachlosigkeit oder langfristige stationäre Behandlung oder Pflegeheimpflege <p>Rekrutierung über die Hausärzt*innenpraxen → Stichprobe aus dem Patient*innenregister und Screening nach Einschlusskriterien</p> <p>Pflegefachperson, Apotheker*in, Hausärzt*in</p>		<p>-keiten zu diskutieren oder zu bestätigen</p>		<p>Bequemlichkeit der ACP-Intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akzeptanz der ACP-Intervention (TN: erfasst nach 10 Wo.; Pflegefachperson, Apotheker*in, Hausärzt*in, Praxismanager*in nach 6 Mon.) <p><i>Gesundheitsökonomische Bewertung:</i> Stichprobenartige wirtschaftliche Bewertung; umfasst eine Kosten-Wirksamkeits-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse, um die ACP-Intervention mit der üblichen Versorgung in der Allgemeinmedizin zu vergleichen. Die grundlegenden Aufgaben der Bewertung bestehen darin, die Kosten und Ergebnisse der in Betracht gezogenen Alternativen zu ermitteln, zu messen, zu bewerten und zu vergleichen.</p>
2	Corry et al., 2021a, Irland ¹	cRCT (feasibility) (Subanalyse zu Brazile et al., s. o.)	<p>Einholen von Meinungen und Empfehlungen von erfahrenen Fachleuten aus dem Gesundheitswesen zur effektiven und nachhaltigen Umsetzung einer von Pflegefachpersonen geleiteten, personenzentrierten, vorausschauenden Pflegeplanung (ACP) für ältere Erwachsene mit dem Risiko eines</p>	<p>Irland</p> <p>Primärversorgung</p> <p>Erwachsene ≥ 70 J. mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 od. mehr chron. Erkrankungen (Multimorbidität), - PRISMA-7-Score von 3, - 4 od. mehr regelm. verschriebenen Medikamenten, 	<p><u>Stichprobe:</u> n=16 TN (Fachkräfte des Gesundheitswesens, u.a. Geriater*in, Ergotherapeut*in, Logopäd*in, Pflegefachpersonen): IG: n=8 KG: n=8</p>	ACP	./.	<p><u>Qualitative Inhaltsanalyse:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wer sollte die Intervention erhalten? 2. Wer sollte die Intervention durchführen? 3. Potenzieller Nutzen der Intervention 4. Was ist für eine erfolgreiche Umsetzung erforderlich? 5. Systemische Hindernisse

			Funktionsverlustes in der Primärversorgung	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Krankenhaus-aufenthalt im vergangenen Jahr, - 3 od. mehr Arztbesuchen im letzten Jahr, - Fähigkeit englischsprachigen Fragebogen auszufüllen Pflegefachpersonen, Apotheker*in, Hausarzt*in				
3	Corry et al., 2021b, Irland ²	cRCT (feasibility) (Subanalyse zu Brazile et al., s. o.)	Untersuchung der Pat.akzeptanz einer pflegerischen, personenzentrierten ACP-Intervention in der Primärversorgung für ältere Erwachsene mit dem Risiko einer funktionellen Beeinträchtigung	Irland Primärversorgung Erwachsene ≥ 70 J. mit: - 2 od. mehr chron. Erkrankungen (Multimorbidität), - 4 od. mehr regelm. verschriebenen Medikamenten, - Krankenhauseinweisung im letzten Jahr, - 3 od. mehr Arztbesuchen im letzten Jahr, - Fähigkeit, englischsprachigen Fragebogen auszufüllen Pflegefachpersonen, Apotheker*in, Hausarzt*in	8 Hausarzt*innen-praxen als Cluster-Standorte <u>Stichprobe:</u> 65 TN IG: n=34 TN KG: n=31 TN	ACP	./.	<u>Qualitative Analyse:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Zeitpunkt der Intervention - Verständnis von ACP - Persönlichkeit und individuelle Unterschiede - Einsamkeit und soz. Isolation - Ansichten zur Gesundheitsversorgung → Auf Basis der Themen Entwicklung eines 4-Faktoren-Modells der Akzeptanz (4FMA)

4	Feder- mann et al., 2022, USA	RCT	Bewertung der Wirkung von „Home-based primary care“ (HBPC) auf zu Hause lebende Erwachsene	USA Primärversorgung Erwachsene ≥ 65 J., die: - ≥ 1 Krankenhaus- aufenthalt in den letzten 12 Mon. hatten, - Hilfebedarf bei ≥ 2 Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen, - Weniger als 2 Mal pro Wo. das Haus verlassen Ärzt*innen, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter*in, Verwaltungsassistent*in Rekrutierung über Hausärzt*innenpraxen, Rehaeinrichtung und Visiting Nurse Service	<u>Stichprobe:</u> n=229 Pat. (188 TN von Hausärzt*innen- praxen; 29 TN von Krankenpflege- dienst; 12 TN von subakuter Rehaein-richtung) IG: n=115 KG: n=114 <u>Geplant:</u> n=350 Pat. IG: n=175 KG: n=175 <u>Analysiert:</u> n=226 Pat. IG: n=114 KG: n=112	HBPC: - Team bestehend aus Ärzt*in, Pflegedienst, Sozialarbeiter*in und Verwaltungsassistent*in - Beim ersten Besuch Anamnese und körperliche Untersuchung durch Ärzt*in und Erstellung eines Pflegeplans - Besprechung der Vorausplanung mit dem Pflegedienst - Nach Bedarf erfolgen weitere Untersuchungen - Telefonische Erreichbarkeit des Teams rund um die Uhr - Durchführung dringender Besuche durch ein Mitglied des Teams an den Wochentagen - Psychosoziale Bedarfsanalyse durch Sozialarbeiter*in bei neuen Patient*innen - 2-mal pro Woche interdisziplinäre Visite - Organisation weiterer Angebote wie z.B. Physio, Ergo, usw. bei Bedarf	Standard- versorgung	<u>Primär:</u> <u>QoL:</u> 13-item Quality of Life in Alzheimer's Disease (QoLAD) <u>Symptome:</u> Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) <u>Zufriedenheit mit</u> <u>Versorgung:</u> 5-item Family Satisfaction with End-of-Life Care (FAMCARE) <u>Krankenhausaufenthalte und</u> <u>Besuche in Notaufnahme:</u> New Yorker Datenbank des Statewide Planning and Research Cooperative System (SPARCS) <u>Sekundär:</u> <u>Mortalitätsrate:</u> Angehörige, Betreuende, Krankenakte
---	--	-----	---	---	--	---	-------------------------	--

5	Voruganti et al., 2017, Kanada	Multi-zentrische, nicht verblindete, pragmatische cRCT (Pilotstudie)	<p>Bewertung der Durchführbarkeit des webbasierten Tools „Loop“ für die Zusammenarbeit in der aktuellen Pflegepraxis und Erfassung vorläufiger Messwerte der Auswirkungen des Tools auf die Kontinuität und Qualität der Pflege, die Symptombelastung und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung</p> <p>Ziel des Tools: Erleichterung der Kommunikation und Zusammenarbeit</p>	<p>Kanada</p> <p>Ambulante Palliativversorgung (Zentrum und Klinik)</p> <p>Erwachsene ≥ 18 J. mit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krebs im Stadium IV od. III (Überlebensprognose von 3 Mon. bis 2 J.) - ECOG-Performance-Status von 0, 1 oder 2 - Einwilligungsfähig - Zugang zu einem Computer und Internet <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktuelle Hormontherapie für Brust- oder Prostatakrebs - Beeinträchtigter mentaler Status (Bedside Confusion Scale ≥ 2) - Teilnahme an einer anderen Studie <p>Ärzt*innen (vorrangig Palliativmedizin/ Onkologie, zusätzlich Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde), Pflegefachpersonen, Fallmanager*in, Naturheilpraktiker*in, pflegende Angehörige/</p>	<p><u>Stichprobe:</u> n=127 Pat. n=19 Ärzt*innen (Onkologie, Palliativmedizin)</p> <p><u>Geplant:</u> IG: n=75 Pat., n=10 Ärzt*innen KG: n=52 Pat., n=9 Ärzt*innen</p> <p><u>Analysiert:</u> IG: n=11 Pat. KG: n=11 Pat.</p>	Kommunikationstool „Loop“	Standardversorgung	<p><u>Primär:</u> <i>Machbarkeit:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rekrutierungsrate - Interventionstreue <p><u>Sekundär:</u> <i>Vorläufige Interventionseffekte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualität der Pflege - Wohlbefinden - Symptomintensität - Anzahl der Besuche in Notaufnahme - Krankenhauseinweisungen
---	--------------------------------	--	---	---	--	---------------------------	--------------------	--

				Betreuer*in, Apotheker*in, Physiotherapeut*in				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

ACP: Anticipatory Care Planning; GB: Großbritannien; GMS: General Medical Services; IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe; PmP: Person mit Pflegebedarf; PmPs: Personen mit Pflegebedarf; cRCT: cluster-Randomized Controlled Trial; MMST: Mini-Mental-Status-Test; n: Größe der Stichprobe; NHS: National Health Service; Pat.: Patient*innen; QoL: Quality of Life; TN: Teilnehmende

¹ Studie: „Successful implementation of a trans-jurisdictional, primary care, anticipatory care planning intervention for older adults at risk of functional decline: interviews with key health professionals“

² Studie: „Acceptability of a nurse-led, person-centred, anticipatory care planning intervention for older people at risk of functional decline: a qualitative study“

Anhang 15

Beurteilung der Evidenz nach *GRADE* (erstellt mit *GRADEpro* GDT) (WP1, 2022)

ACP, HBPC und Loop verglichen mit Standardversorgung bei Personen mit langfristigem Pflegebedarf

Patient*in oder Population: Personen mit langfristigem Pflegebedarf

Setting: Primärversorgung in Irland, Großbritannien, Kanada, USA

Intervention: ACP, HBPC, Loop

Vergleich: Standardversorgung

Endpunkte	Auswirkungen	Effektmaße	Anzahl der Teilnehmenden (Studien)	Certainty of the evidence (GRADE)	Kommentare
Lebensqualität Follow-up: 10 Wochen bis 12 Monate		MD -0.07 (95%-KI: 0.17, 0.04; p = 0.180) ^a MD 1.25 (95%-KI: -0.39, -2.89; p = 0.13) ^b	282 (2 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderat	Herabstufung der Evidenz aufgrund weitem KI ^b
Rate der Krankenhauseinweisungen Follow-up: 1 bis 12 Monate	In einer Studie wurden zu Beginn 3 Patient*innen der Interventionsgruppe, keine Patient*innen der Kontrollgruppe in ein Krankenhaus eingewiesen. Im 3. Monat wurden keine Einweisungen in der Interventionsgruppe, 3 Einweisungen in der Kontrollgruppe gemeldet. ^c	GD -17.9% (95%-KI: -31.0%, -1.0%, p = 0.001), NNT 6 (95%-KI: 3–100) ^b	248 (2 RCTs)	⊕○○○ Sehr niedrig	Herabstufung der Evidenz aufgrund unzureichender präziser Ergebnisse ^c ; Inkonsistenz der Ergebnisse ^{b,c} ; Indirektheit hinsichtlich Population und Ergebnismessung ^c
Anzahl der Besuche in der Notaufnahme Follow-up: 1 bis 12 Monate	In einer Studie suchten 3 Patient*innen der Interventionsgruppe zu Beginn der Studie, 1 Patient*in der Kontrollgruppe die Notaufnahme auf. Im 3. Monat wurden keine Besuche der Interventionsgruppe, 3 Besuche in der Kontrollgruppe gemeldet. ^c	GD 1.2% (95%-KI: -10.5%, -12.4%, p = 0.87) ^b	248 (2 RCTs)	⊕○○○ Sehr niedrig	Herabstufung der Evidenz aufgrund unzureichender präziser Ergebnisse ^c ; Inkonsistenz der Ergebnisse ^{b,c} ; Indirektheit hinsichtlich Population und Ergebnismessung ^c
Auswirkungen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit	Die Studien haben keine Daten zu den Auswirkungen der Interventionen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit erhoben.	---	---	---	

GD: Gruppendifferenz zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe; KI: Konfidenzintervall; MD: Mittelwertdifferenz; NNT: number needed to treat

GRADE-Arbeitsgruppe - Grade der Evidenz:

Hohe Sicherheit (HOCH): Wir sind sehr zuversichtlich, dass der tatsächliche Effekt in der Nähe des geschätzten Effekts liegt.

Mäßige Sicherheit (MODERAT): Wir sind mäßig zuversichtlich in Bezug auf die Effektschätzung: Der tatsächliche Effekt liegt wahrscheinlich nahe an der Effektschätzung, aber es besteht die Möglichkeit, dass er erheblich davon abweicht.

Geringe Sicherheit (NIEDRIG): Unser Vertrauen in die Effektschätzung ist begrenzt: Der tatsächliche Effekt kann erheblich von der Effektschätzung abweichen.

Sehr geringe Sicherheit (SEHR NIEDRIG): Wir haben sehr wenig Vertrauen in die Effektschätzung: Der tatsächliche Effekt unterscheidet sich wahrscheinlich erheblich von der Effektschätzung.

Quellen: ^a Brazil et al., 2022; ^b Federman et al., 2022; ^c Voruganti et al., 2017

Anhang 16 (WP1, 2022)

Bewertung des Verzerrungsrisikos

Insgesamt wurde das Verzerrungsrisiko der drei bewerteten Studien als „unklar“ eingestuft (Brazil et al., 2022; Federman et al., 2022; Voruganti et al., 2017).

Eine der Studien wies einen adäquaten Randomisierungsprozess auf (Federman et al., 2022). Bei zwei Studien wurde sowohl die Verblindung der Zuweisung als auch die Verblindung der Ergebnisbewertung weniger zuverlässig durchgeführt, wodurch das Verzerrungsrisiko als etwas bedenklich eingestuft wurde (Brazil et al., 2022; Voruganti et al., 2017). Darüber hinaus gab es bei zwei Studien ein erhöhtes Verzerrungsrisiko hinsichtlich der Domäne „Abweichungen von der beabsichtigten Intervention“, denn in beiden Untersuchungen wussten die Teilnehmenden während der Studie von ihrer zugewiesenen Intervention. Ebenso war dem Studienpersonal die Zuweisung der Teilnehmenden zum entsprechenden Studienarm bekannt (Brazil et al., 2022; Federman et al., 2022). Das Risiko einer Verzerrung für fehlende Ergebnisdaten war in allen drei Studien niedrig, da für alle Ergebnisse entsprechende Daten verfügbar waren (Brazil et al., 2022; Federman et al., 2022; Voruganti et al., 2017). Ebenfalls bestand bei den bewerteten Studien ein geringes Risiko einer Verzerrung hinsichtlich der Berichterstattung (Brazil et al., 2022; Federman et al., 2022; Voruganti et al., 2017). Zudem erfolgte die Messung der Ergebnisse in allen drei Studien mit geeigneten Messmethoden (Brazil et al., 2022; Federman et al., 2022; Voruganti et al., 2017).

Abbildung 3 zeigt die Gesamtbewertung der Verzerrungsrisiken. Supplement 6 stellt zudem eine detaillierte Auswertungsübersicht der Verzerrungsrisiken bereit.

Abb. 3 Bewertung der Verzerrungsrisiken mittels RoB 2

	D1	D2	D3	D4	D5	Gesamt
Brazil et al. (2022)	?	?	+	?	+	?
Federman et al. (2022)	+	?	+	+	+	?
Voruganti et al. (2017)	?	+	+	?	+	?

+ Niedriges Risiko; ? Unklares Risiko; - Hohes Risiko

Domänen:

- D1: Randomisierungsprozess
- D2: Abweichungen von beabsichtigter Intervention
- D3: Fehlende Ergebnisdaten
- D4: Ergebnismessungen
- D5: Selektion der berichteten Ergebnisse

Quelle: Eigene Darstellung nach Buchberger et al. (2014)

Konsortialführung Studienkoordination

Universitätsmedizin Göttingen
Institut für Allgemeinmedizin
Prof. Dr. med. Eva Hummers
Dr. med. Christiane Müller, MPH
Ana Mazur, MPH
Humboldtallee 38
37073 Göttingen

Ansprechpersonen



Ana Mazur, MPH

Telefon: +49 (0) 551 39-63709
Telefax: +49 (0) 551 39-9530
E-Mail: analucia.mazur@med.uni-goettingen.de



Uta Sekanina, M.A.

Telefon: +49 (0) 551 39-65577
Telefax: +49 (0) 551 39-9530
E-Mail: uta.sekanina@med.uni-goettingen.de

Beteiligte Zentren

Universitätsmedizin Göttingen
Institut für Medizinische Statistik
Prof. Dr. Tim Friede

Georg-August-Universität Göttingen
Professur für Organisation und Unternehmensentwicklung
Prof. Dr. Indre Maurer

**Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf**
**Institut und Poliklinik für Allgemein-
medizin**
Prof. Dr. med. Martin Scherer
Institut für Gesundheitsökonomie
Prof. Dr. med. Hans-Helmut König

Universität zu Lübeck
**Sektion für Forschung und Lehre in der
Pflege**
Prof. Dr. Katrin Balzer

Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft
Prof. Dr. Sascha Köpke

**Kanzlei für Medizinrecht und Gesund-
heitsrecht**
Dr. Dr. Thomas Ruppel

Projektförderung

Das Projekt wird gefördert
durch den **Innovations-
ausschuss beim G-BA.**

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG
GÖTTINGEN
ALLGEMEINMEDIZIN ■



**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung
zu Hause**

Informationen zur Studie



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Rechtsanwälte - Fachanwälte
Dr. jur. Dr. rer. med. Ruppel
KANZLEI FÜR MEDIZINRECHT
& GESUNDHEITSRECHT





**Sehr geehrte Damen,
sehr geehrte Herren,
liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,**

Sie kennen die komplexe häusliche Gesundheitsversorgung von Menschen mit Pflegebedarf aus persönlicher Erfahrung oder aus ihrem beruflichen Alltag?

Neben Angehörigen oder Vertrauenspersonen sind häufig ambulante Pflegedienste sowie Ergo-, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen an der Versorgung beteiligt. Zudem finden regelmäßige Hausarzt*innenkontakte statt.

Der notwendige beständige Austausch aller Beteiligten stellt oft eine Herausforderung dar, insbesondere auch unter den außergewöhnlichen Bedingungen einer Pandemie.

Wir haben jetzt die Chance, gemeinsam mit Ihnen ein Konzept zu entwickeln, wie die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten optimiert werden kann.

Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wertvollen Beitrag zur Versorgung von Personen mit Pflegebedarf in ihrer Häuslichkeit.

Herzlichen Dank für Ihr Interesse
Ihre



Prof. Dr. med. Eva Hummers
Projektleitung

Ziele der Studie

Bis Herbst 2022

- Entwicklung eines interprofessionellen Gesundheitsversorgungskonzepts

Ab Herbst 2022

- Einführung des neuen Versorgungskonzepts in 140 Haushalten im Rahmen einer Studie
- Verringerung von Krankenhausaufnahmen bei Personen mit Pflegebedarf und Verbesserung ihrer Lebensqualität
- Nachhaltige Stärkung der ärztlich-pflegerisch-therapeutischen Zusammenarbeit



Wer kann teilnehmen?

- Volljährige, in eigener Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf
- Angehörige und Vertrauenspersonen von in eigener Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf

Sowie an der **Versorgung von in eigener Häuslichkeit lebenden Menschen** mit Pflegebedarf beteiligte

- Beruflich Pflegende (ambulante Pflege)
- Hausarzt*innen
- Ergo- und Physiotherapeut*innen
- Logopäd*innen

Wie können Sie sich einbringen?

Wir suchen bis Sommer 2022 für

Interviews

(einmalig, 30-60min)

- Personen mit Pflegebedarf in eigener Häuslichkeit
- Angehörige und Vertrauenspersonen

Moderierte Gruppendiskussionen

(einmalig, max. 120 min)

- Personen mit Pflegebedarf in eigener Häuslichkeit
- Angehörige und Vertrauenspersonen
- Beruflich Pflegende (ambulante Pflege)
- Hausarzt*innen
- Ergo- und Physiotherapeut*innen
- Logopäd*innen

Beobachtungen eines Hausbesuchs durch eine*n Studienmitarbeiter*in

(Hausbesuch und ein Interview)

- Personen mit Pflegebedarf in eigener Häuslichkeit
- Angehörige und Vertrauenspersonen
- Beruflich Pflegende (ambulante Pflege)
- Hausarzt*innen
- Ergo- und Physiotherapeut*innen
- Logopäd*innen

Tagesbegleitungen im Berufsalltag

(einmalig)

- Beruflich Pflegende (ambulante Pflege)

Fragebogenstudie

- Teilnehmer*innen aus allen an der Versorgung beteiligten Personengruppen



Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zu Hause

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen würden Sie gerne für unser Forschungsprojekt „Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause“ gewinnen.

Wir suchen

- Personen, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden
- Angehörige und Vertrauenspersonen von Personen, die durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden

Im Projekt wollen wir Maßnahmen für eine gestärkte Zusammenarbeit von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen und Therapeut*innen entwickeln, von denen Sie profitieren.

Wir würden gerne mit Ihnen ein 30- 60 min. Gespräch zu Ihren Erfahrungen bei der Versorgung durch die verschiedenen Berufsgruppen führen. Eine Aufwandsentschädigung ist vorgesehen.

Sind Sie interessiert und würden gerne mehr Informationen erhalten?

Dann bitten wir Sie um Ihre Kontaktdaten sowie um Ihr Einverständnis, dass Ihr*e Leiterin des Pflegedienstes, Ihr*e Leiter*in der Selbsthilfegruppe oder Ihr*e Hausärzt*in diese an uns weiterleiten darf.

Wir bedanken uns herzlich bei Ihnen,

Ihre



Prof. Dr. med.
Eva Hummers
Projektleitung



Bei Rückfragen oder für weitere Informationen können Sie außerdem gerne unsere Ansprechpartnerinnen kontaktieren:



Ana Mazur, MPH

Telefon: +49 (0) 551 39-63709

Telefax.+49 (0) 551 39-9530

E-Mail:

analucia.mazur@med.uni-goettingen.de



Uta Sekanina, M.A.

Telefon:+49 (0) 551 39-65577

Telefax: +49 (0) 551 39-9530

E-Mail:

uta.sekanina@med.uni-goettingen.de

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



interprof HOME
**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause**



Teilnehmerinnen und Teilnehmer für eine Befragung gesucht

Sehr geehrte Damen und Herren,

die **ambulante Versorgung von zuhause gepflegten Personen** erfordert eine gut strukturierte Zusammenarbeit und offene Kommunikation zwischen den Berufsgruppen der Pflegefachpersonen (ambulante Pflegedienste), den Hausärzt*innen und den Therapeut*innen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie).

Gerne möchten wir Sie hierfür über Ihre Meinung und Einstellung befragen.

Für eine Studie (**Studientitel: *interprof HOME***) der Universitäten Göttingen, Hamburg-Eppendorf, Köln und Lübeck suchen wir **interessierte Teilnehmerinnen und Teilnehmer für eine schriftliche Befragung** zum Thema „**Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zu Hause**“. Die Befragung kann entweder schriftlich mit Papierfragebögen oder Online über einen Link durchgeführt werden und **dauert ca. 15 Minuten**.

- Sie erhalten Leistungen eines ambulanten Pflegedienstes?
- Sie werden von Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt zu Hause besucht?
- Sie nehmen ggf. therapeutische Anwendungen zuhause in Anspruch?
- Sie sind volljährig?
- Sie haben Interesse an der Befragung?

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann kontaktieren Sie uns gerne (siehe Kontaktdaten). **Angehörige und Vertrauenspersonen können ebenfalls teilnehmen**. Die Befragung ist kostenlos, freiwillig und erfolgt anonym.

Kontakt

Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft
Hr. Richard Dano
Telefonnummer: 0221 – 478 65483
E-Mail: richard.dano@uk-koeln.de



interprof HOME
Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause



UNIKLINIK
KÖLN



Beruflich Pflegende im ambulanten Dienst für eine Befragung gesucht

Sehr geehrte beruflich Pflegende,

in den nächsten Jahrzehnten ist mit einer deutlichen Zunahme von in der Häuslichkeit versorgten Patientinnen und Patienten zu rechnen. Ihre Versorgung ist häufig komplex und wird von verschiedenen Akteuren (Hausärzt:innen, beruflich Pflegenden aus ambulanten Pflegediensten, Physio-, Ergo- und Logopäd:innen) geleistet. Eine unzureichende interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation kann zu unerwünschten Ereignissen und Fehlern führen.

Das Institut für Pflegewissenschaft (IfP) der Medizinischen Fakultät an der Universität zu Köln sucht für das Projekt „**Interprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung**“ (**interprof HOME**) interessierte **beruflich Pflegenden** die von der Zusammenarbeit zwischen Hausärzt:innen und Therapeut:innen berichten möchten.

Einschlusskriterien:

- **Leitende beruflich Pflegenden** von **ambulanten Pflegediensten** oder eine von ihnen benannte **beruflich Pflegenden im ambulanten Dienst**

Befragung

Sollten Sie die Einschlusskriterien erfüllen und Interesse an der Teilnahme einer kurzen Befragung haben, scannen Sie den abgebildeten QR-Code. Alternativ kontaktieren Sie uns, um einen papierbasierten Fragebogen inklusive vorfrankierten Rücksendeumschlag zu erhalten.



Gruppendiskussion

Außerdem besteht die Möglichkeit an einer Gruppendiskussion zu diesem Thema teilzunehmen (inkl. Aufwandsentschädigung). Kontaktieren Sie uns für weitere Informationen.

Wir haben jetzt die Chance, gemeinsam mit Ihnen ein Konzept zu entwickeln, wie die Kommunikation und die Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten optimiert werden kann. **Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Personen mit Pflegebedarf in ihrer Häuslichkeit.**

Herzlichen Dank für Ihr Interesse.

Kontakt

Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft

Carolin Höckelmann & Richard Dano
Tel.: 0221 – 478 65483
E-Mail:

carolin.hoeckelmann@uk-koeln.de

richard.dano@uk-koeln.de



interprof HOME

Gute interprofessionelle

Gesundheitsversorgung zuhause

SOP – Rekrutierung

WP2

Einzelinterviews mit

Personen mit Pflegebedarf sowie Angehörigen

Version 1

Datum: 10. November 2021

Allgemein	4
1 Rekrutierung von Personen mit Pflegebedarf (PMP), gesetzlichen Betreuer*innen (BTR) sowie An-/Zugehörigen (ANG) für Einzelinterviews	5
1.1 Anschreiben von Pflegedienste (PD) /Pflegefachpersonen (PP), Hausärzt*innen (HÄ) und Selbsthilfegruppen (SHG).....	5
1.1.1 Identifizierung potentieller Teilnehmer*innen.....	5
1.1.2 Postalische Versendung der Einladung an PD/PP, HÄ, SHG	6
1.1.3 Reminder	6
1.1.4 Vorgehen bei Absage von PD/PP, HÄ und SHG	7
1.1.5 Vorgehen bei Zusage von PD/PP, HÄ und SHG	7
1.1.6 Nachfragen nach etwa 21 Tagen ohne Antwort der PMP/BTR/ANG	8
1.1.7 Vorgehen nach Erhalt Antwortbogen: Einladung von PMP/BTR/ANG	9
1.2 Telefonische Aufklärung	10
1.2.1 Terminfindung	10
1.2.2 Aufklärung.....	11
1.3 Vorgehen nach Eintreffen der Einwilligung.....	13
2 Anlagen	13
3 Anhang	16
3.1 Prüfung Einschlusskriterien PMP ggf. über BTR	16
3.2 Prüfung Einschlusskriterien An- und Zugehörige	17
3.3 Ablaufchart: Rekrutierung Einzelinterviews PMP/BTR, ANG in WP2	18
3.4 Pseudonymisierungstabellen	19
3.5 Zeit- und Arbeitsplan.....	20
3.6 HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5	20

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Identifizierung PMP/BTR, ANG über PP/PD, HÄ, SHG	5
Tabelle 2: Postalische Versendung Anschreiben an PD/PP, HÄ und SHG	6
Tabelle 3: Reminder Anschreiben PD/PP, HÄ und SHG nach 10 Tagen	6
Tabelle 4: Vorgehen bei Absage der PD/PP, HÄ und SHG	7
Tabelle 5: Vorgehen bei Zusage von PD/PP, HÄ und SHG	7
Tabelle 6: Nachfragen bei fehlender Antwort von PMP usw. bei PD, HÄ, SHG nach 21 Tagen	8
Tabelle 7: Unterlagen Einladung PMP/BTR/ANG	9
Tabelle 8: Terminfindung PMP/BTR/ANG.....	10
Tabelle 9: Unterlagen zum Aufklärungsprozess.....	12
Tabelle 10 : Vorgehen nach Einwilligung.....	13

Allgemein

- Das chronologische Vorgehen, von Zugangswegen, Aufklärung, Dokumentation und Archivierung von Studienunterlagen bei der Rekrutierung der Studienteilnehmer*innen werden in dieser SOP für das Arbeitspaket WP2 „Interviews mit Personen mit Pflegebedarf (PMP) sowie Angehörigen (ANG)“ detailliert beschrieben. Dabei werden die Aufgaben, Zuständigkeiten, Zeitfenster, Unterlagen und Inhalte der Kontaktaufnahme und Kontaktpflege dargestellt.
- Es gibt **eine einzige Excel-Tabelle** für die Dokumentation der Rekrutierung aller Akteure in WP2 und WP5. Entsprechende Tabellenblätter werden für die jeweilige Dokumentation genutzt. In dieser SOP beziehen sich die Dokumentationshinweise allein auf die Tabellenblätter für die hier beschriebene Rekrutierung WP2-Einzelinterviews mit PMP und ANG.
- Die Bezeichnung PMP/BTR steht in dieser SOP für Personen mit Pflegebedarf und gesetzliche Betreuer*innen. Dies wird hier stets als eine *Einheit* zwecks Vollständigkeit dargestellt. Das bedeutet, die Möglichkeit einer gesetzlichen Betreuung im Bereich „**Gesundheitssorge**“ wird immer mitberücksichtigt, auch in den Situationen, in denen dies nicht direkt gefragt werden darf.
- Die Fachgruppen werden nach dem Bestehen einer gesetzlichen Betreuung ihrer Patient*innen nicht gefragt. Das Vorliegen einer Betreuung (Bereich Gesundheitssorge) wird direkt bei der PMP entweder bei dem ersten telefonischen Kontakt oder spätestens bei dem Aufklärungsgespräch einfühlsam ermittelt. Sowohl bei dem Kontakt mit der PMP als auch bei dem späteren Kontakt mit der betreuenden Person (BTR), wird einfühlsam gefragt, ob die Pflicht einer Miteinwilligung der BTR besteht.
 - Bei PMP, bei denen eine Betreuung für den Bereich „Gesundheitssorge“ vorliegt gilt: Die Aufklärung der betreuenden Person wird immer angestrebt.
 - Bei PMP, bei denen eine Betreuung für den Bereich „Gesundheitssorge“ vorliegt und sie selbst einwilligungs**un**fähig sind, gilt: Die Aufklärung der betreuenden Person sowie ihre Einwilligung sind erforderlich für den Einschluss der PMP.
- **Anlagen** in dieser SOP entsprechen den Anlagen im Ethikantrag (UMG), die auf SharePoint abgelegt sind. Eine Auflistung der hier behandelten Anlagen befindet sich im Kapitel 2 dieser SOP.
- **Anhänge** in dieser SOP sind zusätzliche Formulare bzw. Informationen, die im Kapitel 3 zu finden sind.

Diese SOP befindet sich auf SharePoint unter **Qualitätssicherung - SOP**:

<https://sp.umg.eu/kwe/inst/allmed/interprofHOME/layouts/15/start.aspx#/Doc/Qualit%C3%A4tssicherung/SOPs>

1 Rekrutierung von Personen mit Pflegebedarf (PMP), gesetzlichen Betreuer*innen (BTR)¹ sowie An-/Zugehörigen (ANG) für Einzelinterviews

1.1 Anschreiben von Pflegedienste (PD) /Pflegefachpersonen (PP), Hausärzt*innen (HÄ) und Selbsthilfegruppen (SHG)

Die in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf, ggf. ihre gesetzlichen Betreuer*innen, sowie An- oder Zugehörige werden über hausärztliche Praxen, über Pflegedienste sowie über Selbsthilfegruppen gewonnen.

Diese Ansprechpartner*innen werden zunächst zu einer Studienteilnahme eingeladen und können in einem Faxantwortdokument ankreuzen, ob sie für die Studie PMP/BTR sowie ANG kontaktieren möchten. Bei Interesse erhalten sie Materialien zum Ansprechen der Zielgruppen von uns. Wir erfahren die Namen der interessierten PMP/BTR oder ANG von den PD, HÄ oder Selbsthilfegruppenleitungen oder durch die Interessent*innen selbst. PMP/BTR und ANG werden im nächsten Schritt bei Interesse von den Studienmitarbeiter*innen kontaktiert und erhalten weitere Studienunterlagen.

Ziel Stichprobe: pro Standort 7-8 PMP und 7-8 ANG

1.1.1 Identifizierung potentieller Teilnehmer*innen

Die Vertreter*innen der Berufsgruppen PD/PP, HÄ und SHG werden an jedem Standort über lokale Register (z. B. Kassenärztliche Vereinigung, DGA Medien GmbH Deutsche Gesundheitsauskunft.de, Pflege-dienst.de, nakos.de) identifiziert. Dies geschieht für den städtischen sowie auch ruralen Bereich. Die Kontaktdaten werden dokumentiert (s. [Tabelle 1](#)).

Tabelle 1: Identifizierung PMP/BTR, ANG über PP/PD, HÄ, SHG

Anlagen	Keine
Dokumentation	<u>Kontaktdaten der potentiellen Teilnehmer*innen</u> <i>in</i> <i>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5</i> Tabellenblatt: Rekr_PMP über PP HÄ SHG <i>Studienmitarbeiter*in: Hz.</i>
Ablage	<i>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick</i>

¹ Beim Vorliegen einer Betreuung im Aufgabenbereich „Gesundheitspflege“ werden gesetzliche Betreuer*innen grundsätzlich informiert. Im Fall einer Einwilligungsunfähigkeit der betreuten Personen, wird die Einwilligung des gesetzlichen Betreuers zusätzlich eingeholt.

1.1.2 Postalische Versendung der Einladung an PD/PP, HÄ, SHG

Die PD/PP, HÄ, TH und SHG werden postalisch angeschrieben (s. [Tabelle 2](#)).

Tabelle 2: Postalische Versendung Anschreiben an PD/PP, HÄ und SHG

Anlagen	<p>Je PD/PP, HÄ und SHG:</p> <p>Ein Informationsflyer: Anlage 1a</p> <p>Ein Rekrutierungsanschreiben PMP/ANG alle: Anlage 1c</p>
Dokumentation	<p><u>Versanddatum des Anschreibens</u></p> <p>in</p> <p>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5</p> <p>Tabellenblatt: Rekr_PMP über PP HÄ SHG</p> <p>Studienmitarbeiter*in: Hz.</p>
Ablage	HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick

1.1.3 Reminder

- Bei fehlender Rückmeldung der PD/PP, HÄ und SHG per Fax, Post, E-Mail oder Telefon.
- Nach etwa 10 Tage ohne Antwort sollte telefonisch Kontakt aufgenommen werden.
- Bis zu 3 Anrufversuche werden dokumentiert (s. [Tabelle 3](#)).

Tabelle 3: Reminder Anschreiben PD/PP, HÄ und SHG nach 10 Tagen

Anlagen	Keine
Dokumentation	<p><u>Datum des telefonischen Kontakts</u></p> <p>in</p> <p>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5</p> <p>Tabellenblatt: Rekr_PMP über PP HÄ SHG</p> <p><u>Ergebnis des Kontakts</u></p> <p>Bis zu 3 Anrufversuchen werden dokumentiert</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei erfolgreichem Kontakt wird Rückmeldung zusammengefasst eingetragen, z. B. „HA nicht ansprechbar“ oder „HA ruft am TT.MM.JJJJ zurück“. ○ Bei keinem Kontakt wird in Begründungsspalte „kein Kontakt möglich“ eingepflegt. <p>in</p> <p>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5</p> <p>Tabellenblatt: Rekr_PMP über PP HÄ SHG</p> <p>Studienmitarbeiter*in: Hz.</p>
Ablage	HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick

1.1.4 Vorgehen bei Absage von PD/PP, HÄ und SHG

Eine negative (Fax)-antwort (Anlage 1c) bzw. telefonische Rückmeldung eines PD/PP, HÄ oder SHG wird dokumentiert (s. [Tabelle 4](#)).

Tabelle 4: Vorgehen bei Absage der PD/PP, HÄ und SHG

Anlagen	Keine
Dokumentation	<u>Datum der Faxantwort bzw. der telefonischen Absage</u> <i>in</i> HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: Rekr_PMP über PP HÄ SHG <i>Studienmitarbeiter*in: Hz.</i>
Ablage	<i>Antwortfax 1c: separater Ordner in verschlossenem und zugangsbeschränktem Schrank</i> <i>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick</i>

1.1.5 Vorgehen bei Zusage von PD/PP, HÄ und SHG

- Eine positive (Fax)-antwort eines PD/PP, HÄ und SHG wird dokumentiert (s. [Tabelle 5](#)).
- Bei telefonischer Interessensbekundung wird ein Antwortfax (Anlage 1c) von einem/einer Studienmitarbeiter*in mit Datum und Handzeichen ausgefüllt und die Antwort anschließend dokumentiert (s. [Tabelle 5](#)).
- Bei einer Zusage von PD/PP, HÄ, und SHG werden ihnen weitere Unterlagen zur Ansprache der PMP/BTR/ANG zugeschickt: Kurzinformationen für die PMP/BTR/ANG zur Auslage oder direkte Übergabe sowie Antwortbögen (s. [Tabelle 5](#), Anlagen 1b, 2a).
- Aufgrund der beruflichen Schweigepflicht bzw. aus ethischen Gründen werden PD/PP, HÄ und SHG nicht gefragt, ob ein Betreuungsverhältnis bei potentiellen PMP besteht. Dies wird erst einfühlsam ermittelt, wenn ein direkter Kontakt mit Interessent*innen möglich ist. Ein geeigneter Zeitpunkt dafür kann das erste Telefonat (s. 1.1.7) oder spätestens der Aufklärungstermin (s. 1.2.2) sein.
- Die Betreuungsfrage kann sich allerdings spontan klären, wenn die Unterlagen in Absprache mit PMP/ANG an BTR gesendet werden. Es kann in dem Fall vorkommen, dass sich BTR freiwillig bei dem Studienteam meldet. Dies wird dokumentiert, so wie in 1.1.7 beschrieben.

Tabelle 5: Vorgehen bei Zusage von PD/PP, HÄ und SHG

Anlagen	10 x Kurzinformation: Anlage 1b 10 x Antwortbogen: Anlage 2a 10 x Umschlag adressiert an eigenes Institut (Versand bezahlt Empfänger)
----------------	---

Dokumentation	<u>Datum der Zusage PD/PP, HÄ und SHG</u> sowie <u>Versanddatum der Unterlagen PMP/BTR/ANG an PD/PP, HÄ und SHG</u> in HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: Rekr_PMP über PP HÄ SHG Studienmitarbeiter*in: Hz.
Ablage	Antwortbogen, Bögen Einschlusskriterien PMP sowie ANG: gemeinsam in separatem Ordner in verschlossenem und zugangsbeschränktem Schrank HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick

1.1.6 Nachfragen nach etwa 21 Tagen ohne Antwort der PMP/BTR/ANG

- Bei komplett fehlender Rückmeldung der PMP/BTR/ANG per Fax, Post, E-Mail oder Telefon: Telefonischen Kontakt mit entsprechenden PD, HÄ oder SHG aufnehmen. Nachfragen, ob Auslegen der Unterlagen oder direkte Ansprache funktioniert hat und wie der Eindruck zu den Rückmeldungen von Seiten der PD, Praxen oder SHG war. Der Zeitpunkt des Nachfragens kann flexibel auch früher gewählt, sollte jedoch spätestens nach 21 Tagen erfolgen.
- Die Voraussetzung dafür ist die Zuordnung der bereits gemeldeten PMP/ANG zu den jeweiligen angeschriebenen PD/PP, HÄ und SHG (s. 1.2.1).
- Bis zu 3 Anrufversuchen werden dokumentiert (s. [Tabelle 6](#)).

Tabelle 6: Nachfragen bei fehlender Antwort von PMP usw. bei PD, HÄ, SHG nach 21 Tagen

Anlagen	Keine
Dokumentation	Je PD, HÄ oder SHG: <u>Datum des Kontakts (Telefon)</u> <u>Ergebnis des Kontakts</u> in HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: Rekr_PMP über PP HÄ SHG Bis zu 3 Anrufversuchen werden dokumentiert ○Bei erfolgreichem Kontakt wird die Rückmeldung der PD, HÄ, SHG zusammengefasst eingetragen, z. B. „PMP/BTR/ANG sind schwer zu rekrutieren.“ ○Bei keinem Kontakt wird in der Begründungsspalte „kein Kontakt möglich“ eingepflegt. Studienmitarbeiter*in: Hz.
Ablage	HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick

1.1.7 Vorgehen nach Erhalt Antwortbogen: Einladung von PMP/BTR/ANG

- Bei einer schriftlichen Zusage (Anlage 2a) der PMP/BTR/ANG wird bei der nächsten telefonischen Gelegenheit gefragt (spätestens bei der Terminfindung, s. 1.2.1), wie die Information über die Studie die PMP/BTR/ANG erreicht hat (Tabelle 7, Information zur Rekrutierungsquelle). So wird es dem Studienteam ermöglicht, den Reminder bei den entsprechenden PD/PP, HÄ und SHG zu starten, die noch keine MP/BTR/ANG rekrutiert haben.
- Bei telefonischer Zusage wird der Antwortbogen (Anlage 2a) von einem/einer Studienmitarbeiter*in mit Datum und Handzeichen ausgefüllt und die Antwort anschließend dokumentiert (s. Tabelle 5, Anlage 2a).
- PMP/BTR/ANG werden weitere Unterlagen zugeschickt, die detaillierte Informationen über die Studie sowie eine Einwilligungserklärung umfassen (s. Tabelle 7, Anlagen).
- Die PMP/BTR/ANG werden unmittelbar nach Erhalt vom Antwortbogen bzw. Versand der weiteren Unterlagen zum ersten Mal angerufen und willkommen geheißen. Sie werden darum gebeten, sich mit den bald eintreffenden Unterlagen vor der mündlichen Aufklärung vertraut zu machen, um evtl. Fragen zu stellen.
- Die Klärung der Betreuungsfrage könnte je nach Einschätzung der Studienmitarbeiter*in einfühlend bereits hier erfolgen (s. Beschreibung unter 1.2.2).

Tabelle 7: Unterlagen Einladung PMP/BTR/ANG

Anlagen per Post	Alle	PMP	BTR	ANG
	1x Informationsflyer: Anlage 1a 1x Rückumschlag adressiert an eigenes Institut (Porto zahlt Empfänger) Datenschutzblatt online Plattform	1x Anschreiben Anlage 1d 1x Informationsschreiben Anlage 3a 2x Einwilligung Interview Anlage 4a 1x Demografie Anlage 5a 1x 9a Aufwandsentschädigung	1x Anschreiben Anlage 1f 1x Informationsschreiben Anlage 3c 2x Einwilligung Interview Anlage 4b CAVE: Einwilligung nur bei den zutreffenden Fällen der Einwilligungsunfähigkeit der PMP!	1x Anschreiben Anlage 1e 1x Informationsschreiben Anlagen 3b 2x Einwilligung Interview Anlage 4a 1x Demografie Anlage 5b 1x 9a Aufwandsentschädigung
Anhang Ein- und Ausschlusskriterien	Bogen Einschlusskriterien PMP/BTR: Anhang 3.1 Bogen Einschlusskriterien ANG: Anhang 3.2			
Dokumentation	<u>Datum Zusage im Antwortbogen (Anlage 2a)</u> <u>Versanddatum aller Unterlagen</u>			

	<p><u>Information zu Rekrutierungsquelle bei telefonischem Kontakt</u></p> <p>in HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: PMP_BTR_ANG</p> <p><u>Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien</u></p> <p>in Bogen Einschlusskriterien PMP Anhang 3.2 bzw. Bogen Einschlusskriterien ANG Anhang 3.3 Sowie in HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: PMP_BTR_ANG</p> <p><u>Prüfung Vorliegen einer Betreuung und Ihres Umfangs</u></p> <p>In HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: PMP_BTR_ANG</p> <p>Studienmitarbeiter*in: Hz.</p>
Ablage	<p>Antwortbogen, Bögen Einschlusskriterien PMP sowie ANG: gemeinsam in separatem Ordner in verschlossenem und zugangsbeschränktem Schrank</p> <p>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick</p>

1.2 Telefonische Aufklärung

1.2.1 Terminfindung

Bei dem telefonischen Kontakt nach dem Versand der weiteren Unterlagen werden PMP/BTR/ANG außerdem gefragt, über wen sie angesprochen wurden. Zudem wird angefragt, ob sie einen Termin für die Aufklärung in ein bis zwei Wochen vereinbaren möchten (s. [Tabelle 8](#)). Bei diesem Aufklärungstermin werden Sie eine Teilnahme entweder absagen können oder die Aufklärung gleich stattfinden lassen. Es muss stets klar kommuniziert werden, dass eine Absage zur Studienteilnahme jederzeit möglich ist.

Tabelle 8: Terminfindung PMP/BTR/ANG

Anlagen/Anhang	keine
-----------------------	--------------

Dokumentation	<u>Datum des telefonischen Kontakts</u> <u>Datum der vereinbarten telefonischen Aufklärung</u> <i>in</i> HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: PMP_BTR_ANG Studienmitarbeiter*in: Hz.
Ablage	HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick

1.2.2 Aufklärung

- Die PMP/BTR/ANG werden zum vereinbarten Termin angerufen.
- Falls die **Betreuungsfrage** weder spontan bei der Einladung noch beim ersten Telefonat geklärt wurde (s. 1.1.5), wird die PMP spätestens an der Stelle einfühlsam gefragt, ob eine Betreuung für die Gesundheitsvorsorge vorliegt.

Sollte eine Betreuung im Bereich Gesundheitsvorsorge vorliegen, wird die PMP weiter aufgeklärt. Darüber hinaus wird die betreute PMP darum gebeten, den/die BTR erstens über den Teilnahmewunsch zu informieren und zweitens um die Weiterleitung der Kontaktdaten des Studienteams an den/die BTR. Die Kontaktaufnahme mit der/den BTR wird verfolgt, falls die PMP in die Studie eingeschlossen wird.

Bei der Zusage des/der BTR werden die Unterlagen in [Tabelle 7](#) zugesandt und eine Aufklärung angestrebt. Bei der Kontaktaufnahme mit dem/der Betreuer*in wird einfühlsam gefragt, ob der Fall einer Einwilligungsunfähigkeit der PMP besteht. Wenn ja, wird eine Einwilligungserklärung sowohl seitens der PMP als auch seitens der BTR eingeholt.

Nichtaufklärbarkeit: Wenn die PMP im Aufklärungsprozess (aus geistigen Gründen, z. B. Desorientiertheit) nicht aufklärbar erscheint und eine Betreuung für die Gesundheitsvorsorge vorliegt, wird nach den Kontakten des/der Betreuer*in gefragt und diese kontaktiert. Wenn dies nicht möglich ist, kann die PMP nicht an der Studie teilnehmen. Wenn der Kontakt mit der BTR erfolgt, wird die BTR einfühlsam gefragt, ob eine Einwilligungsunfähigkeit der PMP besteht. Wenn ja, wird eine Einwilligungserklärung sowohl seitens der PMP als auch seitens der BTR eingeholt, falls eine Studienteilnahme der PMP vom Studienteam für möglich gehalten wird.

Die PMP kann an der Studie nicht teilnehmen, wenn eine Aufklärung aus körperlichen Gründen nicht durchführbar ist (nicht kompensierbare Schwerhörigkeit, Aphasie).

Nur in den Fällen Nichtteilnahme sollte der Person mitgeteilt werden, dass die Studie evtl. zu belastend für die Person sein kann und wir sie deshalb mit einer Nicht-Teilnahme schonen möchten.

- **Klärung Ein- und Ausschlusskriterien:** Die Ein- und Ausschlusskriterien werden am Telefon mit dem/der Interessent*innen durchgegangen. Die Erfüllung der Kriterien wird dokumentiert (s. Anhang 3.1).
- Aufklärung über die Studie (Grundlage dafür s. **Tabelle 9:** Anhang 3.1 bzw. 3.2 und Anlage 3a, 3b oder 3c) sowie Beantwortung etwaiger Fragen (z. B. zum Ausfüllen des Demografiebogens).
- Die teilnehmende Person wird gebeten, die beiden Einwilligungserklärungen unterschrieben sowie den ausgefüllten Demografiebogen (PMP/ANG) an das entsprechende Studienzentrum zurückzusenden.
- Es wird ein Termin für das Interview in ca. 4-14 Tagen vereinbart, je nach angemessener Dauer der Postversendung (s. **Tabelle 10**).
- Es wird geklärt, ob das Interview telefonisch oder per Video erfolgen soll. Wenn per Video wird eine Video-Einladung mit dem vereinbarten Termin sowie den Zugangsdaten per E-Mail versendet, die im Vorfeld in Erfahrung gebracht wird (s. **Tabelle 9**, Anlage 8a).
- Sofern nach etwa 7-10 Tagen keine Einwilligungserklärung per Post eingegangen ist, werden die PMP/BTR/ANG angerufen und nachgefragt, ob ihr Interesse weiterhin besteht.

Tabelle 9: Unterlagen zum Aufklärungsprozess

Anlagen/Anhang	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsschreiben zum Interview: Anlage 3a und/od. 3c, 3b • Demografiebogen: Anlage 5a oder 5b • Ggf. Video-Einladung wie Anlage 8a per E-Mail
Dokumentation	<p><u>Datum erfolgter Aufklärung</u></p> <p><i>in</i> HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: PMP_BTR_ANG</p> <p><u>Prüfung Vorliegen einer Betreuung und Ihres Umfangs</u></p> <p><i>in</i> HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: PMP_BTR_ANG</p> <p>Studienmitarbeiter*in: Hz.</p>
Ablage	HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick

1.3 Vorgehen nach Eintreffen der Einwilligung

- Unterschreiben der zwei Einwilligungserklärungen nun auch durch die aufklärende Person am Standort. Ein Exemplar wird an den/die Teilnehmende*n zurückgeschickt.
- Bestätigung des Interviewtermins mit Dokumentation (s. [Tabelle 10](#)).
- Pseudonymisierung der Teilnehmenden (Pseudonymisierungstabelle in Papierform, s. Anhang 3.4).

Tabelle 10 : Vorgehen nach Einwilligung

Anlagen/Anhang	Pseudonymisierungsliste: Anhang 3.4
Dokumentation	<u>Datum Zusendung der unterschriebenen Einwilligung PMP/BTR/ANG</u> sowie <u>Datum Termin für Interview</u> <i>in</i> HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5, Tabellenblatt: PMP_BTR_ANG <i>Studienmitarbeiter*in: Hz.</i>
Ablage	HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick

2 Anlagen

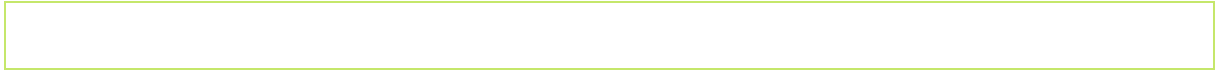
Die Anlagen sind standortbezogen und dem jeweiligen Ethikantrag zu entnehmen. Die hier verwendeten Anlagenamen beziehen sich auf den Ethikantrag UMG.

Vollständig auf SharePoint unter **Verwaltung – Ethik - Anträge**:

<https://sp.umg.eu/kwe/inst/allmed/interprofHOME/Doc/Forms/Verwaltung%20und%20Arbeitspakete/docsethomepage.aspx?RootFolder=%2Fkwe%2Finst%2Fallmed%2Finterprof-HOME%2FDoc%2FEthik%2FAntr%C3%A4ge&FolderC-TID=0x012000A633E3384DE15A40A8503BE2FA739E22&View=%7B66950633%2D85E0%2D4A16%2D9D58%2DD7ADAF7BF318%7D>

Nr.	
Rekrutierung/Anschreiben	
1a	Informationsflyer für alle Anlage 1a_V1_21-08-04_HOME_WP2-6_Flyer
1b	Kurzinformation - Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige Anlage 1b_V1_2021-08-04_HOME_WP2_Kurzinfo_PMP ANG
1c	Rekrutierung – Pflegedienste, Hausärzt*innen, Selbsthilfegruppen für Interview Personen mit Pflegebedarf, An- und Zugehörige Anlage 1c_V1_21-08-04_HOME_WP2_Rekr_Anschreiben_PMP ANG_alle

1d	Interview – (WP2) Personen mit Pflegebedarf Anlage 1d_V1_21-08-04_HOME_WP2_Interview_Anschreiben_PMP
1e	Interview - (WP2) An-/Zugehörige Anlage 1e_V1_21-08-04_HOME_WP2_Interview_Anschreiben_ANG
1f	Interview - (WP2) gesetzliche Betreuer*innen Anlage 1f_V1_21-08-06_HOME_WP2_Interview_Anschreiben_PMP_BTR
Antwortbogen	
2a	Interviews, Fokusgruppe - Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige Anlage 2a_V1_21_08_04_HOME_WP2_Antwortbogen_PMP ANG
Informationsschreiben	
3a	Interview - (WP2) Personen mit Pflegebedarf Anlage 3a_V1_21-08-06_HOME_WP2_Interview_Information_PMP
3b	Interview - (WP2) An-/Zugehörige Anlage 3b_V1_21-08-06_HOME_WP2_Interview_Information_ANG
3c	Interview - (WP2) gesetzliche Betreuer*innen Anlage 3c_V1_21-08-06_HOME_WP2_Interview_Information_BTR
Einwilligungen	
4a	Interview - (WP2) Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige, Vertreter*innen GKV/PKV Anlage 4a_V1_21-08-04_HOME_WP2_Interview_Einwillig_PMP ANG GKV
4b	Interview - (WP2) gesetzliche Betreuer*innen Anlage 4b_V1_21-08-06_HOME_WP2_Interview_Einwillig_BETR
Demografiebögen	
5a	Demografiebogen - Personen mit Pflegebedarf Anlage 5a_V1_21-08-05_HOME_Demograf_PMP
5b	Demografiebogen - An-/Zugehörige Anlage 5b_V1_21-08-05_HOME_Demograf_ANG



3 Anhang

3.1 Prüfung Einschlusskriterien PMP ggf. über BTR

Die Einschlusskriterien müssen vor der Studienaufklärung abgefragt.

Prüfung Einschlusskriterien PMP ggf. über BTR

Datum der Erhebung: _____

Erfasser*in ID: _____

Name Studienteilnehmer*in _____

Ggf.

Name gesetzliche*r Betreuer*in _____

1) Ist die PMP volljährig? / Sind Sie volljährig? Ist die von Ihnen betreute Person volljährig?

Ja

Nein

2) Lebt die PMP zuhause? Leben Sie zuhause? Lebt die von Ihnen betreute Person zuhause?

Ja

Nein

3) Dies wird von der/dem Studienmitarbeiter*in im Gespräch markiert

Sind hinreichend Deutschkenntnisse vorhanden?

Ja

Nein

4) Erhält die Person mit Pflegebedarf/ erhalten Sie/ erhält die von Ihnen betreute Person Sachleistungen (Versorgung durch Pflegedienst) nach SGB XI?

Ja

Nein

5) Liegt eine Erkrankung vor, die das Führen eines Interviews stark behindert wie z.B. eine Aphasie oder schwere Demenz? Liegt bei Ihnen eine Erkrankung vor, die Sie sehr behindern könnte, ein 30-minütiges Interview zu führen, z.B. Sprachstörungen?

Demenz oder Angemessenheit der Aussagen wird von der/dem Studienmitarbeiter im Gespräch eingeschätzt.

Ja

Nein

6) Lebt die Person mit Pflegebedarf/ leben Sie in einer / lebt die von Ihnen betreute Person in einer Wohngruppe oder stationären Pflegeeinrichtung?

Ja

Nein

7) Liegt bei Personen mit Pflegebedarf eine Einwilligung der gesetzlichen Betreuung vor? Liegt bei Ihnen eine gesetzliche Betreuung vor? Falls ja - Bezieht sich diese gesetzliche Betreuung auch auf den Bereich „Gesundheitssorge“?

Ja

Nein

3.2 Prüfung Einschlusskriterien An- und Zugehörige

Prüfung Einschlusskriterien An- und Zugehörige

Datum der Erhebung: _____

Erfasser*in ID _____

Name Studienteilnehmer*in _____

1) Sind Sie volljährig?

Ja

Nein

2) *Dies wird von der/dem Studienmitarbeiter*in im Gespräch markiert*

Sind hinreichend Deutschkenntnisse vorhanden?

Ja

Nein

3) Erhält Ihre angehörige Person mit Pflegebedarf, die Sachleistungen (Versorgung durch Pflegedienst) nach SGB XI erhält?

Ja

Nein

4) Lebt Ihre angehörige Person mit Pflegebedarf in ihrer eigenen Häuslichkeit?

Ja

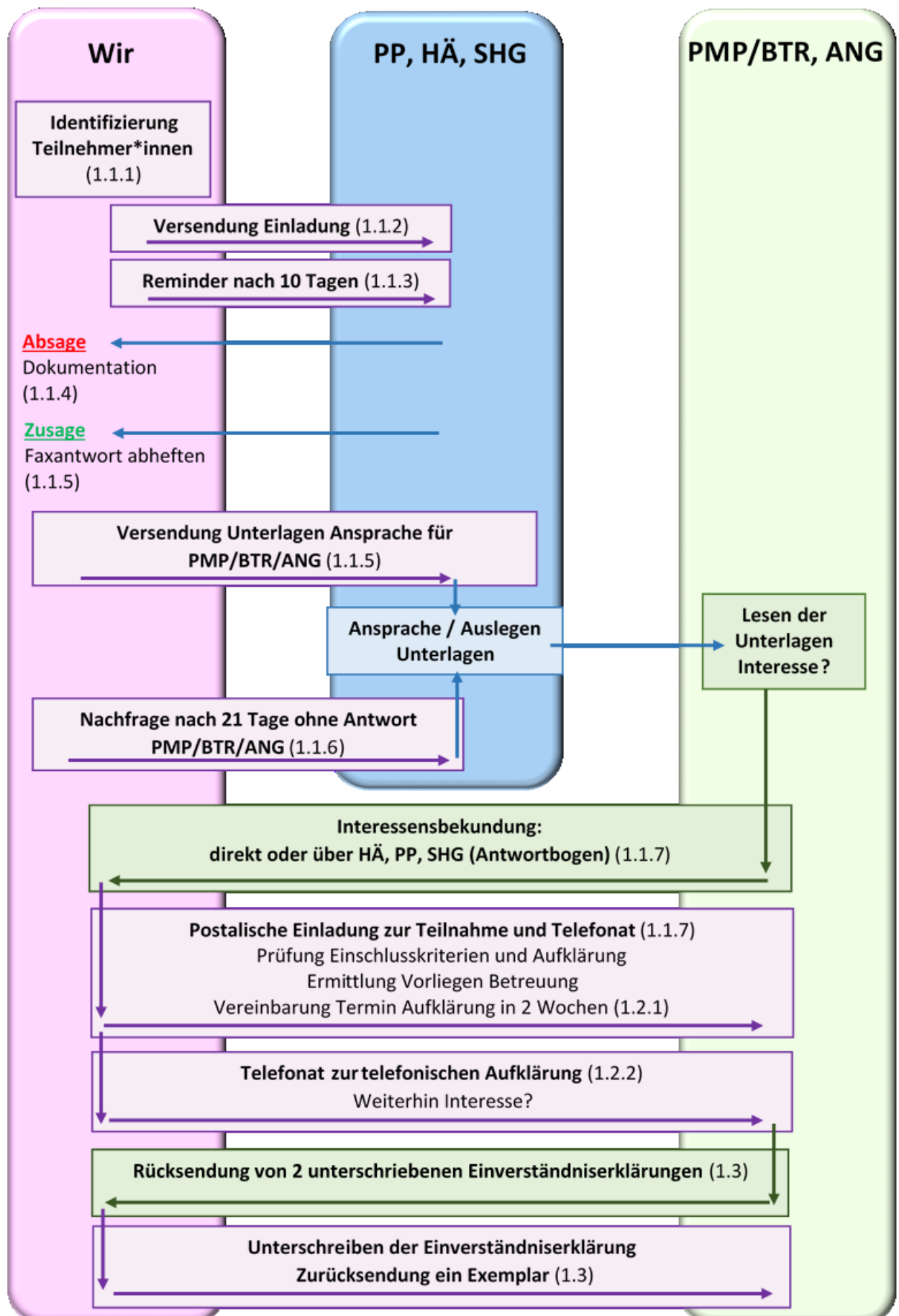
Nein

5) Sehen Sie sich in der Lage ihre Rolle als An- oder Zugehörige einer Person mit Pflegebedarf einzuschätzen?

Ja

Nein

3.3 Ablaufchart: Rekrutierung Einzelinterviews PMP/BTR, ANG in WP2



3.4 Pseudonymisierungstabellen

Personen, die pseudonymisiert wurden und dann nicht teilnehmen werden durchgestrichen, die ID wird nicht nochmal vergeben.

PMP- Einzelinterviews		
Nr.	Pseudonym	Name
1	C_PMP_01	
2	C_PMP_02	
3	C_PMP_03	
4	C_PMP_04	
5	C_PMP_05	
6	C_PMP_06	
7	C_PMP_07	
8	C_PMP_08	

ANG-Einzelinterviews		
Nr.	Pseudonym	Name
1	C_ANG_01	
2	C_ANG_02	
3	C_ANG_03	
4	C_ANG_04	
5	C_ANG_05	
6	C_ANG_06	
7	C_ANG_07	
8	C_ANG_08	

Hinweis: Die Codes für den Standortbezug sind: Hamburg – A, Lübeck – B, Göttingen – C, Köln – D, WiWis – W

3.5 Zeit- und Arbeitsplan

Der Zeit- und Arbeitsplan für die Rekrutierung von PMP/BTR/ANG für Einzelinterviews in WP2 befindet sich auf SharePoint unter *Zeitplan*:

https://sp.umg.eu/kwe/inst/allmed/interprofHOME/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7BA705178B-5ED7-4FC5-8CB3-89DBED729AA3%7D&file=2021-11-10_HOME_Zeitplan_Rekr.WP2_PMP.xlsx&action=default&CT=1636543991691&OR=DocLibClassicUI

3.6 HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5

Die Rekrutierungstabelle, die sowohl für WP2 als auch für WP5 genutzt wird, befindet sich auf SharePoint unter *Arbeitspakete – WP2 – Rekrutierung*:

https://sp.umg.eu/kwe/inst/allmed/interprofHOME/_layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7B31D2943B-6AE3-4185-8370-D9768BF119C1%7D&file=2021-11-10_HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5.xlsx&action=default&CT=1636544213641&OR=DocLibClassicUI



SOP – Datenerhebung

WP2

Einzelinterviews mit

Personen mit Pflegebedarf sowie Angehörigen

Datum: 23. November 2021

Inhalt

Checkliste für die praktische Durchführung qualitativer Interviews	3
1 Vorbereitungen vor Datenerhebung	5
2 Durchführung der Datenerhebung.....	5
2.1 Vorbereitung.....	5
2.1.1 Technische Aspekte der Interviewdurchführung	5
2.1.2 Gesprächspraktische Organisation der Interviewdurchführung.....	5
2.2 Interviewdurchführung.....	6
2.2.1 Einstiegsinformation am Interviewanfang	6
2.2.2 Themenbereiche für die offenen Leitfadeninterviews mit Personen mit Pflegebedarf	7
2.2.3 Themenbereiche für die offenen Leitfadeninterviews mit An- und Zugehörigen	9
2.2.4 Themenbereiche für die offenen Leitfadeninterviews mit Vertreter*innen der Kranken- und Pflegekassen.....	10
2.2.5 Ausstiegsformulierung zum Ende des Interviews	12
2.3 Nachbereitung	12
2.3.1 Postskript.....	12
2.3.2 Archivierung der Interviews:	12
3 Verwendete Literatur zur Erstellung der SOP.....	13

Checkliste für die praktische Durchführung qualitativer Interviews

Einwilligungserklärungen:

- ✓ Unterschriebene Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Einzelinterview liegt vor (mit selbstgeschriebenem Datum)
 - **Anlage 4a_V1_21-08-04_HOME_WP2_Interview_Einwillig_PMP ANG GKV**
 - Bei Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung auch: **Anlage 4b_V1_21-08-06_HOME_WP2_Interview_Einwillig_BETR**
- ✓ Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Einzelinterview wurde vom Studienteam unterschrieben und an Teilnehmer:in zurückgesandt
 - **Anlage 4a_V1_21-08-04_HOME_WP2_Interview_Einwillig_PMP ANG GKV**
 - Bei Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung auch: **Anlage 4b_V1_21-08-06_HOME_WP2_Interview_Einwillig_BETR**

Demografische Angaben:

- ✓ Demografische Angaben wurden vorab ausgefüllt und liegen vor
 - Personen mit Pflegebedarf: **Anlage 5a_V1_21-08-05_HOME_Demograf_PMP**
 - Angehörige*r/Vertrauensperson: **Anlage 5b_V1_21-08-05_HOME_Demograf_ANG**
 - Vertreter*innen der Kranken- und Pflegekassen:

Leitfaden:

- ✓ Leitfaden liegt bereit und wurde vorab auf Aktualität überprüft
 - Personen mit Pflegebedarf: **Anlage 6a_V1_21-08-04_HOME_WP2_Interview_Leitfaden_PMP**
 - Angehörige*r/Vertrauensperson: **Anlage 6b_V1_21-08-04_HOME_WP2_Interview_Leitfaden_ANG**
 - Vertreter*innen der Kranken- und Pflegekassen: **Anlage 6c_V1_2021-08-04_HOME_WP2_Interview_Leitfaden_GKV**

Technik:

- ✓ Am Vortag des Interviews die Aufnahmetechnik kontrollieren (Akku bzw. Batterien voll? Funktioniert das Gerät? Bin ich souverän im Umgang mit den Funktionen, die ich benötige?).
- ✓ Vor Beginn des eigentlichen Interviews mit dem/der Interviewpartner*in einen kurzen Aufnahmetest machen, um zu kontrollieren, ob beide Sprecher*innen auf der Aufnahme gut zu hören sind.
- ✓ Bei Pausen bzw. Unterbrechungen der Aufnahme, darauf achten, dass nicht aus Versehen der bisherige Track überspielt wird!
- ✓ Am Ende der Aufnahme diese vollständig sichern!

Pseudonymisierungsschlüssel:

- ✓ Interviews werden fortlaufend nachfolgendem Muster nummeriert und in die Pseudonymisierungstabelle eingetragen
 - Standortkürzel_Gruppenzugehörigkeit_Nummer
z.B. erstes Interview mit einer ambulant gepflegten Person an Standort A = „A_PMP_01“
- ✓ Alle Dateien (Audiofiles, Transkripte, Postskript) werden einheitlich benannt.

Archivierung und Daten-Transfer:

- ✓ Audio-Files auf einem verschlüsselten USB-Stick archivieren.
- ✓ Interviewdaten (Transkriptionen) werden nur verschlüsselt, wie im Datenschutzkonzept angegeben, ausgetauscht.

Postskript anfertigen:

- ✓ Datum, Uhrzeit (Start und Ende) sowie Länge und Ort des Interviews notieren.
- ✓ Gesprächsatmosphäre: Ort, Stimmung, Verhalten des/der Interviewten
- ✓ Befindlichkeiten: z. B. des/der Interviewenden; der Interviewperson
- ✓ Rapport: Beziehung zwischen den beiden Kommunikanten
- ✓ Gesprächsverlauf: Entwicklungsdynamik des gesamten Interviews
- ✓ Interaktionen: z. B. besondere Interaktionsphänomene zwischen den beiden Kommunizierenden
- ✓ Besonderheiten: z. B. allgemeiner oder spezieller Art
- ✓ Auffallende Themen: Berührte und ausgelassene Thematiken, bezogen auf die Forschungsfragen und darüber hinaus
- ✓ Störungen: z. B. des Interviewverlaufs

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 Einwilligungserklärung und Eintragen des Datums in HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 (verschlüsselter USB-Stick)
 - relevant ist hier das Datum der/des Zuletzt-Unterschreibenden, in der Regel also der/des Studienmitarbeiter*in.
 - Interview kann erst 24 Stunden nach Unterschreiben der Einwilligung der/des Teilnehmer*in stattfinden.

Ansonsten bitte filenote schreiben, dass auf die Bedenkzeit hingewiesen und explizit verzichtet wurde.
- Kontrolle des Fragebogens „Demografische Angaben“
 - ggf. darum bitten fehlende Angaben mündlich zu ergänzen, diese dann schriftlich nachtragen mit Datum und Kürzel der/des Studienmitarbeiter*in.

2 Durchführung der Datenerhebung

2.1 Vorbereitung

2.1.1 Technische Aspekte der Interviewdurchführung

- Am Vortag des Interviews die Aufnahmetechnik kontrollieren
 - (Akku bzw. Batterien voll? Funktioniert das Gerät? Bin ich souverän im Umgang mit den Funktionen, die ich benötige?). So kann eventuell noch rechtzeitig reagiert werden, falls etwas nicht geht (Batterien kaufen, Akku aufladen, Reserve-Gerät organisieren etc.).
- In der Interviewsituation – vor Beginn des eigentlichen Interviews – mit dem/der Interviewpartner*in einen kurzen Aufnahmetest machen, um zu kontrollieren, ob beide Sprecher*innen auf der Aufnahme gut zu hören sind.
- Wenn es Pausen bzw. Unterbrechungen der Aufnahme im Interview gibt, darauf achten, dass nicht aus Versehen der bisherige Track überspielt wird!
- Am Ende der Aufnahme diese vollständig sichern!

2.1.2 Gesprächspraktische Organisation der Interviewdurchführung

- Bevor mit den ersten Fragen des Interviews begonnen wird, muss dem/der Interviewpartner*in nochmals eine Einstiegsinformation gegeben werden, damit er/sie sich orientieren und in der Gesprächssituation ‚ankommen‘ kann. (→ s. Abschnitt 2.2. Interviewdurchführung)

- Den/die Interviewpartner*in dann fragen, ob er/sie bereit ist für das Interview oder ob er/sie noch allgemeine Fragen hat.
- Die Einstiegsinformation und eine daran eventuell anschließende Einstiegsinteraktion sollten am besten bereits aufgenommen werden.
- Bei Unterbrechungen: Pause, und dann wieder genau dort einsteigen, wo stehen geblieben wurde.
- Bei emotional kritischen Ereignissen (Interviewperson gerät in eine emotionale Krise, fängt an zu weinen etc.) nicht direkt die Aufnahme stoppen! Es soll jedoch ruhig darauf hingewiesen werden, dass das Aufnahmegerät ausgeschaltet werden kann, wenn dies die Interviewperson wünscht, um dann auch zu klären, wie weitergemacht werden soll.
- Am Ende des Interviews unbedingt etwa folgende Frage formulieren, um das Ende des Interviews offen einzuleiten:
„Ja, nun haben wir einiges besprochen! Gibt es noch von Ihnen aus etwas, was Sie gerne noch erzählen möchten, was Ihnen wichtig ist, und was bisher im Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?“
- Dann noch erfragen, wie das Interview für die/den Befragte*n war und wie es dazu gekommen ist, dass sie/er am Interview teilgenommen hat. Dies liefert oftmals interessante Informationen!
- Am Ende herzlich bedanken!

2.2 Interviewdurchführung

2.2.1 Einstiegsinformation am Interviewanfang

„Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit für das Interview nehmen. Bevor wir jetzt mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen noch einmal kurz erzählen, worum es in unserer Studie geht: Wir machen eine Befragung zum Thema „**Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause**“. Im Projekt „*interprof* HOME“ untersuchen wir die Erfahrungen aller Personen, die bei der Versorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf beteiligt sind. Ziel unseres Projektes ist es eine Grundlage dafür zu schaffen die interprofessionellen Gesundheitsversorgung zu verbessern. Wir haben Sie gefragt, ob Sie an diesem Interview teilnehmen, da Sie die komplexe häusliche Gesundheitsversorgung von Menschen mit Pflegebedarf aus persönlicher Erfahrung kennen. Wir möchten erfahren, was Ihnen dabei wichtig ist, was weniger wichtig ist, welche Ereignisse Sie mit dem Thema „**Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause**“ in Verbindung bringen und welche Rolle dieses Thema in Ihrem Alltag spielt. Ist das soweit okay?“

Gut, im Verlauf unseres Gesprächs werde ich Ihnen nun verschiedene offene Fragen stellen, bei denen ich Sie grundsätzlich bitte, einfach all das zu erzählen, was für Sie relevant und wichtig ist. Ich werde Sie dabei nicht unterbrechen. Es gibt da für uns auch kein ‚richtig‘ und kein ‚falsch‘. Wir werten nicht. Ich werde Ihnen auch genügend Zeit lassen, fühlen Sie sich also nicht unter Druck gesetzt, wir haben sozusagen „alle Zeit der Welt“, die Sie sich nehmen möchten. Ich schätze aber, das Interview wird in etwa 45-60 Minuten in Anspruch nehmen, wie ich Ihnen ja schon beim ersten Kontakt gesagt habe.

Noch zu ein paar formellen Angelegenheiten:

Wie wir Ihnen ja auch schon erzählt haben, möchten wir das Interview für die spätere Auswertung auf Band aufnehmen und es anschließend verschriftlichen. Dadurch kann ich Ihnen im Gespräch auch besser folgen, da ich nicht mitschreiben muss.

Selbstverständlich verwenden wir das Interviewmaterial in der Studie streng vertraulich und anonym. Das heißt: alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf Sie erlauben, werden gelöscht oder anonymisiert. Wir werden das auch noch schriftlich versichern, in einer Vertrauensschutzklärung. Darüber hinaus werden alle Daten auch nur dann anonymisiert ausgewertet, wenn Sie dazu Ihre Einverständniserklärung nach dem Interview gegeben haben.

Ist das soweit in Ordnung für Sie?

Gut, ja, dann zur ersten Frage ...“

2.2.2 Themenbereiche für die offenen Leitfadeninterviews mit Personen mit Pflegebedarf

1. Erzählung einer typischen Woche (aktuelle Versorgungssituation)

- Wie sieht denn so eine für Sie typische Woche aus, wenn Sie auf Ihre Gesundheitsversorgung schauen? Erzählen Sie doch einmal!
[Fragen zu den versorgenden Personen entsprechend dem Bogen „Demografische Angaben“ stellen]
- Erzählen Sie doch mal von ihrer Betreuung durch die (beruflich) Pflegenden vom ambulanten Pflegedienst?
- Wie werden Sie durch Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin betreut? Erzählen Sie doch mal...

- Sie bekommen auch Ergotherapie, Physiotherapie und/oder Logopädie [nur die Bereiche nennen, die auf dem Bogen angekreuzt wurden].
- Wie werden Sie durch den ... [alle Therapeut*innen nennen] betreut? Erzählen Sie doch mal...
- Werden Sie auch von Angehörigen oder Vertrauenspersonen versorgt oder kümmern sie sich um sie? Wie sieht diese Versorgung durch Ihre Angehörige/Ihren Angehörigen oder Vertrauenspersonen aus?
- Wie sieht Ihre gesundheitliche Versorgung außerhalb der üblichen Wochenroutine aus?

2. Erfahrungen mit Interaktionen der Versorger*innen

- Ihre Versorgung wird ja durch viele verschiedene Personen [Personen nach dem Bogen nennen] durchgeführt. Wie arbeiten diese Personen aus Ihrer Sicht zusammen?
- In Zeiten von Corona hat sich Ihre Versorgung wahrscheinlich geändert, z. B. bei der Zusammenarbeit (Kommunikation) der Personen, die Sie betreuen, im Vergleich zu der Zeit davor. Erzählen Sie doch mal...

3. Patientenzentrierung

- Wie werden Sie und Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger oder Vertrauensperson [Sohn, Tochter...] in die Versorgung (den Austausch von Informationen) einbezogen?

4. Vorstellungen und Phantasien über die ideale Gesundheitsversorgung zuhause

- Lassen Sie Ihrer Phantasie freien Lauf. Wie sähe in Ihren Augen die ideale Versorgung zuhause für Sie aus? Was würden Sie sich bezüglich der Zusammenarbeit der Sie versorgenden Personen [ggf. die Berufsgruppen nennen] wünschen?
Erzählen Sie doch mal...

2.2.3 Themenbereiche für die offenen Leitfadeninterviews mit An- und Zugehörigen

1. Erzählung einer typischen Woche (aktuelle Versorgungssituation)

- Wie sieht denn so eine typische Woche aus für Sie, wenn Sie auf die Gesundheitsversorgung Ihrer pflegebedürftigen (Mutter, Vater, Tante etc.) [entsprechend dem Demografiebogen einsetzen] schauen? Erzählen Sie doch einmal!
- Erzählen Sie doch mal von der Versorgung durch die (beruflich) Pflegenden des ambulanten Pflegedienstes?
- Wie wird Ihre Mutter [entsprechend dem Bogen ersetzen] durch den Hausarzt/die Hausärztin betreut? Erzählen Sie doch mal...
- Ihre Mutter [entsprechend dem Bogen ersetzen] bekommt auch (Ergotherapie, Physiotherapie und/oder Logopädie) [entsprechend dem Bogen einsetzen]. Wie wird sie durch den ... [alle Therapeut*innen nacheinander nennen] betreut? Erzählen Sie doch mal...
- Wie unterstützen Sie Ihre Mutter [entsprechend dem Bogen ersetzen] bei Ihrer Gesundheitsversorgung?
- Wie sieht die Versorgung Ihrer Mutter [entsprechend dem Bogen ersetzen] außerhalb der üblichen Wochenroutine aus?

2. Erfahrungen mit den Interaktionen der Versorger*innen

- Ihre Mutter [entsprechend dem Bogen ersetzen] wird ja durch viele verschiedene Personen [Personen der Berufsgruppen nach dem Bogen nennen] versorgt. Wie arbeiten diese Personen aus Ihrer Sicht zusammen? Erzählen Sie doch mal...
- In Zeiten von Corona hat sich die Versorgung Ihrer Mutter [entsprechend dem Bogen ersetzen] wahrscheinlich geändert, z. B. bei der Zusammenarbeit (Kommunikation) der Personen, die sie betreuen, im Vergleich zu der Zeit davor. Erzählen Sie doch mal...

3. Patientenzentrierung/ Einbezug der An- und Zugehörigen

- Wie werden Sie oder Ihre Mutter [entsprechend dem Bogen ersetzen] in die Versorgung (den Austausch von Informationen) einbezogen?

4. Vorstellungen und Phantasien über die ideale Gesundheitsversorgung zuhause

- Lassen Sie Ihrer Phantasie freien Lauf. Wie sähe in Ihren Augen die ideale Versorgung für Ihre Mutter [entsprechend dem Bogen ersetzen] zuhause aus? Was würden Sie sich bezüglich der Zusammenarbeit der Ihre Mutter [entsprechend dem Bogen ersetzen] versorgenden Personen [ggf. die Berufsgruppen nennen] wünschen?
- Erzählen Sie doch mal...

2.2.4 Themenbereiche für die offenen Leitfadeninterviews mit Vertreter*innen der Kranken- und Pflegekassen

1. Erzählung über Aufgabenbereich/Tätigkeitsfeld der/des Vertreter*in der Kranken- und Pflegekasse

- Welche Aufgaben obliegen Ihnen/ dem Fachbereich in dem Sie beim Kostenträger arbeiten hinsichtlich der Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf?
- Wodurch erfahren Sie, wie die Versorgung in der Häuslichkeit abläuft?

2. Erzählung über aktuelle (hausärztliche, pflegerische und therapeutische) Versorgungssituation von Personen mit Pflegebedarf zuhause aus der Perspektive der Kranken- und Pflegekassen

- Wie nehmen Sie die Prozesse bei der Gesundheitsversorgung von Personen mit Pflegebedarf, die in ihrer Häuslichkeit leben, aus der Perspektive einer Krankenkasse/Pflegekasse wahr? Erzählen Sie doch einmal...
- Existieren bei der [Kasse einsetzen] Projekte, bei denen in diesem Bereich neue Wege gegangen werden?

- Kommen wir zu der Versorgung durch die (beruflich) Pflegenden des ambulanten Pflegedienstes/ Ambulante Pflege nach SGB XI? Wie ist das (vertraglich) geregelt (Strukturen & Organisation). Erzählen Sie doch mal... (Aufgaben....)
 - Kommen wir zu der Versorgung durch die Hausärzt*innen? Wie ist das (vertraglich) geregelt (Strukturen & Organisation). Erzählen Sie doch mal... (Aufgaben....)
 - Kommen wir zu der Versorgung durch die Therapeut*innen, die die Personen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit versorgen? Wie ist das (vertraglich) geregelt (Strukturen & Organisation). Erzählen Sie doch mal! (Aufgaben....)
 - Wie ist aus Kostenträgersicht die Kooperation und Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Therapeut*innen geregelt?
 - Wie ist aus Kostenträgersicht die Kooperation und Kommunikation zwischen Therapeut*innen und beruflich Pflegenden geregelt?
 - Wie schätzen Sie den Einbezug von Personen mit Pflegebedarf und/oder deren An- und Zugehörigen in den Informationsaustausch und/oder in Entscheidungen ein?
 - Was hat sich während der Coronapandemie aus Ihrer Perspektive geändert?
3. Potentiale und Herausforderungen der Zusammenarbeit (Kommunikation, Kooperation, Dokumentation) und mögliche Verbesserung der interprofessionellen Gesundheitsversorgung
- Welche Möglichkeiten sehen Sie aus Kostenträgersicht, die Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen so zu verbessern, dass zuhause lebende Personen mit Pflegebedarf davon profitieren?
 - Was sollte in Bezug auf die Kommunikation verbessert werden? Wie kann dies umgesetzt werden? (Patientenzentrierung....)
 - Was ist vielleicht noch ungenutzt oder noch nicht gänzlich ausgeschöpft?
 - (gesetzliche bzw. vertragliche Perspektive zu Kompetenzen, Delegation, Substitution).

- Gibt es noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit dem Thema wichtig finden, und noch nicht erwähnt haben?

2.2.5 Ausstiegsformulierung zum Ende des Interviews

„Ja, jetzt haben wir einiges besprochen. Gibt es noch von Ihnen aus etwas, was Sie gerne noch erzählen möchten, was Ihnen wichtig ist, und was bisher im Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?“

„Können sie mir noch kurz erzählen, warum sie sich zur Teilnahme an dem Interview bereit erklärt haben?“

„Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!“

2.3 Nachbereitung

2.3.1 Postskript

- Nach dem Interview sollte der/die Interviewer*in für sich ein Postskript zum Interview erstellen, in dem die wichtigsten Besonderheiten der Interviewdurchführung ad hoc festgehalten werden. Bitte auch Datum, Uhrzeit (Start und Ende) sowie Länge und Ort des Interviews notieren.
- Die Topics des Postskripts könnten folgende sein:
 - Gesprächsatmosphäre: Ort, Stimmung, Verhalten des/der Interviewten
 - Befindlichkeiten: z. B. des/der Interviewenden; der Interviewperson
 - Rapport: Beziehung zwischen den beiden Kommunikanten
 - Gesprächsverlauf: Entwicklungsdynamik des gesamten Interviews
 - Interaktionen: z. B. besondere Interaktionsphänomene zwischen den beiden Kommunizierenden
 - Besonderheiten: z. B. allgemeiner oder spezieller Art
 - Auffallende Themen: Berührte und ausgelassene Thematiken, bezogen auf die Forschungsfragen und darüber hinaus
 - Störungen: z. B. des Interviewverlaufs

2.3.2 Archivierung der Interviews:

- Audio-Files auf dem verschlüsselten USB-Stick archivieren.

- Audio-Files und Interviewdaten (Transkriptionen) werden nur wie im Datenschutzkonzept angegeben ausgetauscht.

3 Verwendete Literatur zur Erstellung der SOP

- Kruse, Jan (2015): Qualitative Interviewforschung. Ein intergrativer Ansatz. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage, Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Helfferich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab Saar, Monika (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage, München: Oldenbourg.



interprof HOME

Gute interprofessionelle

Gesundheitsversorgung zuhause

SOP – Rekrutierung

WP2

Monoprofessionelle Fokusgruppen mit jeweils nur

- Professionell Pflegenden
- Hausärzt*innen
- Therapeut*innen

WP5

Gemischte Fokusgruppen mit

- Professionell Pflegenden
- Hausärzt*innen
- Therapeut*innen
- Personen mit Pflegebedarf
- Angehörigen

Inhalt

Tabellenverzeichnis	3
Allgemein	4
1 Rekrutierung von professionell Pflegenden (PP), Hausärzt*innen (HÄ) und Therapeut*innen (TH) für monoprofessionelle Fokusgruppen in WP2	5
1.1 Anschreiben.....	5
1.1.1 Identifizierung potentieller Teilnehmer*innen.....	5
1.1.2 Postalische Versendung der Einladung an PD (PP), HÄ, THP (TH)	6
1.1.3 Reminder nach 10 Tagen ohne Antwort	6
1.1.4 Vorgehen bei Absage von PD, HÄ, THP	7
1.1.5 Vorgehen bei Zusage von PP, HÄ, TH	7
1.1.6 Weiterleitung Interessent*innendaten PP, HÄ, TH an Standort GAU (WP3).....	8
1.1.7 Erster Telefonkontakt und Zusendung weiterer Unterlagen zu mono FG an PP, HÄ, TH	9
1.2 Online Aufklärung	10
1.3 Vorgehen nach Eintreffen der Einwilligung.....	11
2 Rekrutierung PMP, ANG, PP, HÄ, TH gemischte Fokusgruppen (WP5)	12
2.1 Anschreiben.....	12
2.1.1 Identifizierung potentieller Teilnehmer*innen.....	12
2.1.2 Erster Telefonkontakt mit PP, HÄ, TH und Zusendung weiterer Unterlagen	12
2.1.3 Vorgehen bei Absage von PMP, ANG.....	13
2.1.4 Erster Telefonkontakt mit PMP, ANG und Zusendung weiterer Unterlagen	14
2.2 Online Aufklärung	15
2.3 Vorgehen nach Eintreffen der Einwilligung.....	16
3 Anlagen	18
4 Anhang	20
4.1 Prüfung Einschlusskriterien PP, HÄ, TH	20
4.2 Prüfung Einschlusskriterien PMP	21
4.3 Prüfung Einschlusskriterien An- und Zugehörige	22
4.4 Ablaufchart	Fehler! Textmarke nicht definiert.
4.5 Pseudonymisierungstabellen	23
4.6 Zeit- und Arbeitsplan.....	26

4.7	HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5	26
-----	---	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Identifizierung PP, HÄ, TH	5
Tabelle 2: Versendung der Einladung an PD, HÄ, THP	6
Tabelle 3: Reminder Anschreiben PP, HÄ, TH nach 10 Tagen.....	6
Tabelle 4: Vorgehen bei Absage von PP, HÄ, TH.....	7
Tabelle 5: Vorgehen bei Zusage von PP, HÄ, TH.....	7
Tabelle 6: Weiterleitung Interessent*innendaten PP, HÄ, TH an Standort GAU.....	8
Tabelle 7: Erster Telefonkontakt und Zusendung weiterer Unterlagen zu mono FG an PP, HÄ, TH	9
Tabelle 8: Aufklärung PP, HÄ, TH für mono FG.....	10
Tabelle 9: Vorgehen nach Eintreffen der Einwilligung PP, HÄ, TH.....	11
Tabelle 10: Erster Telefonkontakt und Zusendung weiterer Unterlagen zu gem. FG an PP, HÄ, TH	13
Tabelle 11: Vorgehen bei Absage von PMP, ANG.....	13
Tabelle 12: Versand Unterlagen und Dokumentation des ersten telefonischen Gesprächs mit PMP und ANG.....	14
Tabelle 13: Aufklärung PMP, ANG, PP, HÄ, TH für gem FG	15
Tabelle 14: Vorgehen nach Eintreffen der Einwilligung PMP, ANG, PP, HÄ, TH für gem FG16	

Allgemein

Das chronologische Vorgehen, von Zugangswegen bis zur Aufklärung, Einholen und Archivierung der Einwilligung, bzw. aller personenbezogenen Daten werden in dieser SOP detailliert beschrieben. Dabei werden die jeweiligen Aufgaben, Zuständigkeiten, Zeitfenster, Unterlagen und Inhalte der Kontaktaufnahme und Kontaktpflege dargestellt.

Zusätzliche Formulare, Tabellen und Checklisten zu Prüfung von Ein- und Ausschlusskriterien sowie Pseudonymisierung, Aufbewahrung und Löschung von rekrutierungsbezogenen Dokumente werden im Anhang dieser SOP (ggf. über eine SharePoint-Verlinkung) zur Verfügung gestellt.

Die Rekrutierung für die monoprofessionellen Fokusgruppen (mono FG) im **WP2** und für die gemischten Fokusgruppen (gem FG) im **WP5** sowie für Beobachtungen im **WP3** erfolgt **in einem einzigen Anschreiben**.

Kap. 1 behandelt grundsätzlich die Rekrutierung für die mono FG, während Kap. 2, die Rekrutierung für die gem FG beinhaltet. **Gemeinsamkeiten** der Rekrutierungsverfahren in **WP2** und **WP5** werden allerdings **allein im Kap. 1** behandelt.

Zu **WP3** werden in dieser SOP nur die **ersten Schritte der Rekrutierung** bis zur Klärung der Frage, ob eine Teilnahme in **WP2/WP5** oder in **WP3** stattfindet, dargestellt.

1 Rekrutierung von professionell Pflegenden (PP), Hausärzt*innen (HÄ) und Therapeut*innen (TH) für monoprofessionelle Fokusgruppen in WP2

1.1 Anschreiben

Die Rekrutierung für die monoprofessionellen Fokusgruppen (mono FG) im **WP2** und für die gemischten Fokusgruppen (gem FG) im **WP5** sowie für Beobachtungen im **WP3** erfolgt in einem einzigen Anschreiben für die jeweiligen Berufsgruppen (**PP Anlage 1h, HÄ Anlage 1i und TH Anlage 1j**). Die Eingeladenen können im anhängigen Faxantwortdokument ankreuzen, woran sie teilnehmen möchten.

Für weitere Details zur Rekrutierung in **WP5**, siehe **Kap. 2**.

Für weitere Details zur Rekrutierung in **WP3**, die in dieser SOP nicht beschrieben werden, sind die Kolleg*innen der **GAU** zuständig. Grundsätzlich werden die potentiellen Studienteilnehmer*innen von den Standorten gewonnen und an die Partner der GAU zur Prüfung der Einschlusskriterien, ggf. Einschluss und Aufklärung weitergeleitet.

Ziel Stichprobe:

Mono FG: pro Standort **3 FG** mit jeweils **8** professionell Pflegenden, **8** Hausärzt*innen, **8** Therapeut*innen (Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen).

Gem FG: pro Standort **1 FG** mit **2** Personen mit Pflegebedarf, **2** An- und Zugehörigen, **2** professionell Pflegenden, **2** Hausärzt*innen und **2** Therapeut*innen (insgesamt **10** Personen)

Beobachtungen (WP3): **2 HÄ** pro Standort (insgesamt **8 HÄ**)

1.1.1 Identifizierung potentieller Teilnehmer*innen

- Die Vertreter*innen der Berufsgruppen PP, HÄ, TH werden an jedem Standort über lokale Register (z. B. Kassenärztliche Vereinigung, DGA Medien GmbH Deutsche Gesundheitsauskunft.de, Pflege-dienst.de, Deutscher Verband für Physiotherapie) identifiziert. Hierzu werden Pflegedienste (PD), Hausärzt*innen und Therapiepraxen (THP) angeschrieben. Dies geschieht für den städtischen sowie auch ruralen Bereich.
- Die Kontaktdaten werden in den jeweiligen **Tabellenblätter zu mono FG** dokumentiert (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Identifizierung PP, HÄ, TH

Anlagen	Keine
Dokumentation	<u>Kontaktdaten der potentiellen Teilnehmer*innen</u> <i>in</i> <i>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5</i> Tabellenblätter: Mono_FG_HÄ oder Mono_FG_TH oder Mono_FG_PP <i>Studienmitarbeiter*in:Handzeichen</i>

Ablage	HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick
---------------	--

1.1.2 Postalische Versendung der Einladung an PD (PP), HÄ, THP (TH)

- Die PP, HÄ, TH werden postalisch angeschrieben (s. Tabelle 2).
- Das Anschreiben lädt potenzielle Teilnehmer*innen ein: sowohl zur Teilnahme an Fokusgruppen oder an Beobachtungen.
- Bei Interesse an einer Fokusgruppe haben die Adressat*innen bereits die Möglichkeit, passende Terminvorschläge anzukreuzen (Anlagen 1h, 1i und 1j).

Tabelle 2: Versendung der Einladung an PD, HÄ, THP

Anlagen	Je PD, HÄ, THP: Ein Informationsflyer: Anlage 1a Ein Anschreiben: PP (Anlage 1h), HÄ (Anlage 1i), TH (Anlage 1j) Ein Rückumschlag mit Adresse des eigenen Instituts
Dokumentation	<u>Versanddatum des Anschreibens</u> <i>in</i> HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: Mono_FG_HÄ oder Mono_FG_TH oder Mono_FG_PP Studienmitarbeiter*in: Handzeichen.
Ablage	HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick

1.1.3 Reminder nach 10 Tagen ohne Antwort

- Bei fehlender Rückmeldung der PD, HÄ und THP per Fax, Post, E-Mail oder Telefon: Telefonischen Kontakt aufnehmen.
- Bis zu 3 Anrufversuche werden dokumentiert (s. Tabelle 3):

Tabelle 3: Reminder Anschreiben PP, HÄ, TH nach 10 Tagen

Anlagen	Keine
Dokumentation	<u>Datum des telefonischen Kontakts</u> <u>Ergebnis des Kontakts</u> Bis zu 3 Anrufversuchen werden dokumentiert <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei erfolgtem Kontakt wird Rückmeldung zusammengefasst eingetragen, z. B. „HA nicht ansprechbar“ oder „HA ruft am TT.MM.JJJJ zurück“. ○ Bei keinem Kontakt wird in Begründungsspalte „kein Kontakt möglich“ eingepflegt.

	<i>in</i> HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: Mono_FG_HÄ oder Mono_FG_TH oder Mono_FG_PP Studienmitarbeiter*in: Handzeichen
Ablage	HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick

1.1.4 Vorgehen bei Absage von PD, HÄ, THP

- Eine negative (Fax)-antwort PD (Anlage 1h), HÄ (Anlage 1i), THP (Anlage 1j) bzw. telefonische Rückmeldung wird in der Rekrutierungstabelle dokumentiert (s. Tabelle 4). Beim Eintreffen von Faxbögen werden diese in einem verschlossenen Schrank abgelegt.

Tabelle 4: Vorgehen bei Absage von PP, HÄ, TH

Anlagen	Antwortfax PP: Anlage 1h Antwortfax HÄ: Anlage 1i Antwortfax TH: Anlage 1j
Dokumentation	<u>Datum der Faxantwort bzw. der telefonischen Absage</u> <i>in</i> HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: Mono_FG_HÄ oder Mono_FG_TH oder Mono_FG_PP Studienmitarbeiter*in: Hz.
Ablage	Antwortfax 1h, 1i, 1j: separater Ordner in verschlossenem und zugangsbeschränktem Schrank HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick

1.1.5 Vorgehen bei Zusage von PP, HÄ, TH

- Eine positive (Fax)-antwort von PD, HÄ und THP wird dokumentiert (s. Tabelle 5).
- In der Antwort gibt die betreffende Person an, **ob er/sie allgemein an FG oder Beobachtungen teilnehmen möchte**. Die Art der gewünschten Teilnahme wird dokumentiert (s. Tabelle 5).
- Bei telefonischer Interessensbekundung wird das dem gesendeten Anschreiben entsprechende Antwortfax (**Anlage 1h, 1i oder 1j**) von einem/einer Studienmitarbeiter*in mit Datum und Handzeichen ausgefüllt und die Antwort anschließend dokumentiert (s. Tabelle 5).
- **Zu den anzukreuzenden möglichen Terminen für die Fokusgruppe (Antwortbogen Anlagen 1h, 1i, 1j): Die Möglichen Terminen werden dokumentiert (Tabelle 5). Falls nichts angegeben wird, s. Kap. 1.1.7.**

Tabelle 5: Vorgehen bei Zusage von PP, HÄ, TH

Anlagen	Antwortfax PP: Anlage 1h
----------------	---------------------------------

	<p>Antwortfax HÄ: Anlage 1i</p> <p>Antwortfax TH: Anlage 1j</p>
Dokumentation	<p><u>Datum der Zusage (Faxantwort oder per Telefon)</u></p> <p><u>Art der gewünschten Teilnahme (FG oder Beobachtung)</u></p> <p><u>Mögliche Termine</u></p> <p>in</p> <p>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5</p> <p>Tabellenblatt: Mono_FG_HÄ oder Mono_FG_TH oder Mono_FG_PP</p> <p>Studienmitarbeiter*in: Handzeichen</p>
Ablage	<p>Antwortfax 1h, 1i, 1j: separater Ordner in verschlossenem und zugangsbeschränkten Schrank</p> <p>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick</p>

1.1.6 Weiterleitung Interessent*innendaten PP, HÄ, TH an Standort GAU (WP3)

- Bei Interesse an Beobachtungen: Telefonische oder Faxweitergabe der Kontaktdaten der **ersten drei positiven Rückmeldungen** (Originaldaten) an die Wiwis. Das Vorgehen wird dokumentiert (s. Tabelle 6).
- Falls eine Teilnahme an Beobachtungen nicht mehr in Frage kommt (Interesse oder Einschlusskriterien fehlen), aber an FG besteht: Interessent*innen werden von den Wiwis rückgemeldet an die Standorte.
- Die Interessent*innen bilden dann **zunächst den Pool für die mono FG**.
- Wenn die Zahl der angestrebten Studienteilnehmer*innen für die mono FG erreicht wurde, wird bereits jetzt ein Pool an Studienteilnehmer*innen für die gem FG (**WP5**) gebildet.
- Die Interessent*innen, die dies betrifft, werden bei dem ersten telefonischen Kontakt **darüber informiert und gefragt, ob die gem. FG für sie in Frage kommt** (s. Kap. 1.1.7).
- Die erfolgte Rekrutierung der von GAU rückgemeldeten Interessent*innen für mono oder für gem. FG wird dokumentiert (s. Tabelle 6).

Tabelle 6: Weiterleitung Interessent*innendaten PP, HÄ, TH an Standort GAU

Anlagen	KEINE
Dokumentation	<p><u>Weitergabe mit Datum an GAU</u></p> <p><u>Ergebnis der Weiterleitung (FG oder Beobachtung)</u></p> <p><u>Datum telefonischer Kontakt</u></p> <p><u>Einteilung in mono FG oder gem. FG</u></p> <p>in</p> <p>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5</p> <p>Tabellenblatt: Mono_FG_HÄ oder Mono_FG_TH oder Mono_FG_PP</p> <p>Studienmitarbeiter*in: Handzeichen</p>

Ablage	<i>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick</i>
---------------	---

1.1.7 Erster Telefonkontakt und Zusendung weiterer Unterlagen zu mono FG an PP, HÄ, TH

- Unmittelbar nach Erhalt einer Zusage (Antwortfax oder am Telefon) werden die Interessent*innen zum ersten Mal telefonisch kontaktiert.
Sie werden willkommen geheißen und erfahren, dass sie die Möglichkeit haben, an einer mono FG teilzunehmen. Wenn die Zahl der Teilnehmer*innen dafür erreicht ist, werden sie gefragt, ob eine gem FG für sie ebenfalls in Frage kommt. Die Teilnehmer*innen, die den Pool für die gem FG (WP5) bilden, werden für die Aufklärung kontaktiert (s. Kap. 2.1.2 und 2.2 für weiteres Vorgehen).
- Die **Ein- und Ausschlusskriterien** werden mit dem/der Interessent*innen grob durchgegangen.
- Zu den anzukreuzenden möglichen Terminen für die Fokusgruppe (Antwortbogen Anlagen 1h, 1i, 1j): Falls nichts angegeben wird, wird die Person gefragt, ob sie einen anderen passenden Vorschlag hat. Die Möglichen Terminen werden dokumentiert (Tabelle 7).
- PP, HÄ und TH werden informiert, dass sie die Unterlagen zugesendet bekommen (s. Tabelle 7). Sie werden darum gebeten, sich mit den bald eintreffenden Unterlagen vor der mündlichen Aufklärung vertraut zu machen, um evtl. Fragen zu stellen.
- PP, HÄ und TH werden gefragt, ob sie einen Termin für die online Aufklärung in ca. zwei Wochen vereinbaren möchten (s. Tabelle 7). Bei diesem Termin werden Sie eine Teilnahme entweder absagen können oder die Aufklärung stattfinden lassen.
- Es wird angekündigt, dass die Aufklärung bereits per Video stattfindet. Dafür werden zunächst Fragen der technischen Ausstattung geklärt und danach um eine E-Mail-Adresse für die Zusendung der Zugangsdaten gebeten.

Tabelle 7: Erster Telefonkontakt und Zusendung weiterer Unterlagen zu mono FG an PP, HÄ, TH

Anlagen	<p><i>Ein Informationsschreiben: Anlage 3e</i></p> <p><i>2 Kopien Einwilligung: Anlage 4c</i></p> <p><i>Ein Demografiebogen: Anlage 5c (PP), Anlage 5d (HÄ) oder Anlage 5e (TH)</i></p> <p><i>Eine Aufwandsentschädigung: Anlage 9b</i></p> <p><i>Hinweis Datenschutz online Plattform</i></p> <p><i>Rückumschlag mit Adresse des eigenen Instituts</i></p> <p><i>Per E-Mail: Einladung online Aufklärung mit Zugangsdaten</i></p>
Dokumentation	<p><u><i>Datum des ersten telefonischen Kontakts</i></u></p> <p><u><i>Mögliche Termine, falls anders als im Antwortbogen</i></u></p> <p><u><i>Versanddatum der Unterlagen und der elektronischen Einladung zur Aufklärung</i></u></p>

	<u>Datum der vereinbarten online Aufklärung</u> in HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: Mono_FG_HÄ oder Mono_FG_TH oder Mono_FG_PP Studienmitarbeiter*in: Handzeichen
Ablage	HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick

1.2 Online Aufklärung

- PP, HÄ, TH schalten sich zum vereinbarten Termin per Video zu.
- Es wird gefragt, ob das Interesse immer noch besteht.
- Falls eine Teilnahme weiterhin gewünscht wird, dann Aufklärung über die Studie (Grundlage dafür s. Tabelle 8).
- Vor der Aufklärung werden die **Ein- und Ausschlusskriterien** mit dem/der Interessent*innen durchgegangen (Anhang 4.1).
- Beantwortung etwaiger Fragen.
- Es wird auch angekündigt, dass die FG, wie die Aufklärung, auch per Video erfolgen. Eine Video-Einladung mit dem vereinbarten Termin sowie den Zugangsdaten wird per E-Mail versendet, sobald der Termin feststeht (s. Kap. 1.3).
- Die teilnehmende Person wird gebeten, die beiden unterschriebenen Exemplare der Einverständniserklärung sowie den Demografiebogen an das entsprechende Studienzentrum zurückzusenden.
- Sofern nach 10 Tagen keine Einwilligungserklärung mit Demografiebogen per Post eingegangen ist, werden die PP, HÄ, TH angerufen und an die Rücksendung der Einwilligungserklärung erinnert. Die Fokusgruppe wird erst durchgeführt, wenn alle Einverständniserklärungen der Teilnehmenden samt Demografiebogen eingetroffen sind.

Tabelle 8: Aufklärung PP, HÄ, TH für mono FG

Anlagen	Informationsschreiben zum mono FG: Anlage 3e Einwilligungserklärung: Anlage 4c Demografiebogen PP: Anlage 5c (PP), Anlage 5d (HÄ) oder Anlage 5e (TH)
Anhang	Hinweis Datenschutz online Plattform Bogen Einschlusskriterien: Anhang 4.1
Dokumentation	<u>Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien</u> in Bogen Einschlusskriterien Anhang 4.1 Sowie in HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: Mono_FG_HÄ oder Mono_FG_TH oder Mono_FG_PP

	<p><u>Datum erfolgter Aufklärung</u></p> <p>in HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: Mono_FG_HÄ oder Mono_FG_TH oder Mono_FG_PP</p> <p>Studienmitarbeiter*in: Handzeichen</p>
Ablage	<p>Bogen Einschlusskriterien PP, HÄ, TH: zum Antwortfax abheften, separater Ordner in einem verschlossenen und zugangsbeschränkten Schrank.</p> <p>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick</p>

1.3 Vorgehen nach Eintreffen der Einwilligung

- Unterschreiben der zwei Einwilligungserklärungen nun auch durch die aufklärende Person am Standort. Ein Exemplar wird an Teilnehmende zurückgeschickt.
- Pseudonymisierung der Teilnehmenden (Pseudonymisierungstabelle in Papierform, s. Anhang 4.4).
- Sofern nach 5 Arbeitstagen keine Antwort vorliegt, werden die PP, HÄ, TH angerufen.
- **Terminierung der FG:** wenn maximal 8 PP, 8 HÄ oder 8 TH jeweils eine FG bilden, werden die angekreuzten Terminmöglichkeiten verglichen.
- Wenn der Termin feststeht, wird eine Einladung zur mono FG mit den Zugangsdaten zur Videokonferenz per E-Mail zugesendet (s. Tabelle 9).

Tabelle 9: Vorgehen nach Eintreffen der Einwilligung PP, HÄ, TH

Anlagen	Videokonferenz Einladung: Anlage 8a
Anhang	Pseudonymisierungstabelle: Anhang 4.4
Dokumentation	<p><u>Datum Zusendung unterschriebener Einwilligung an PP, HÄ, TH</u></p> <p><u>Datum des endgültigen geplanten Termins</u></p> <p><u>Datum Einladungszusendung FG per E-Mail</u></p> <p>in HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: Mono_FG_HÄ oder Mono_FG_TH oder Mono_FG_PP</p> <p>Studienmitarbeiter*in: Handzeichen</p>
Ablage	<p>Pseudonymisierungstabelle: separater Ordner in verschlossenem und zugangsbeschränktem Schrank.</p> <p>Einwilligungserklärung: gemeinsam mit dem entsprechenden Antwortfax (Anlage 1h, 1i oder 1j) in dem verschlossenen und zugangsbeschränkten Schrank</p>

2 Rekrutierung PMP, ANG, PP, HÄ, TH gemischte Fokusgruppen (WP5)

2.1 Anschreiben

2.1.1 Identifizierung potentieller Teilnehmer*innen

PP, HÄ, TH: Identifizierung, Anschreiben und Kontaktaufnahme im Rahmen Rekrutierung mono FG (Kap 1.1.2).

PMP/ANG: Die Rekrutierung erfolgt über die bereits rekrutierten Selbsthilfegruppen, Pflegedienste und Hausärzt*innenpraxen (s. Kap. 2.1.2).

Ziel Stichprobe:

Gem. FG: pro Standort 1 FG mit 2 Personen mit Pflegebedarf, 2 An- und Zugehörigen, 2 professionell Pflegenden, 2 Hausärzt*innen und 2 Therapeut*innen (insgesamt 10 Personen)

2.1.2 Erster Telefonkontakt mit PP, HÄ, TH und Zusendung weiterer Unterlagen

- Unmittelbar nach Erhalt einer Zusage (Antwortfax oder am Telefon) für FG im **allgemein** werden die Interessent*innen zum ersten Mal telefonisch kontaktiert. Sie werden **gefragt, ob eine gem FG für Sie in Frage kommt** (s. Kap. 1.1.7).
- Falls sie zusagen, werden Unterlagen zugesendet, (s. Tabelle 10). Sie werden darum gebeten, sich mit den bald eintreffenden Unterlagen vor der mündlichen Aufklärung vertraut zu machen, um evtl. Fragen zu stellen.
- Die Ein- und Ausschlusskriterien werden am ersten telefonischen Kontakt mit dem/der Interessent*innen nur **grob** durchgegangen. (s. Tabelle 10).
- Bei diesem ersten telefonischen Kontakt werden PP, HÄ und TH außerdem gefragt, ob sie einen Termin für die online Aufklärung in zwei Wochen vereinbaren möchten (s. Tabelle 10). Bei diesem Termin werden Sie noch absagen können oder die Aufklärung stattfinden lassen.
- Es wird angekündigt, dass die Aufklärung bereits per Video stattfindet. Dafür werden zunächst Fragen der technischen Ausstattung geklärt und danach um eine E-Mail-Adresse für die Zusendung der Zugangsdaten gebeten.
- Schließlich werden die PP, HÄ und TH darüber informiert, dass für die gem FG auch PMP und ANG gesucht werden. Sie werden gefragt, ob sie bis zu zwei PMP, ANG kennen, denen sie eine aktive teilnahmen an einer FG zutrauen und für die gem FG gewinnen können. Falls Sie Interesse zeigen, werden sie Unterlagen für die Rekrutierung dieser Personen zugeschickt (s. Tabelle 10).
- Die interessierten PMP und ANG erhalten dann diese Unterlagen (**Flyer 1a und Anschreiben 1r**) und melden sich selbstständig bei dem Studienteam, entweder über den Antwortbogen (**Anlage 1r**) oder telefonisch.
- **Reminder:** Nach etwa 15 Tage ohne Rückmeldung einer PMP oder ANG, die über die entsprechende PP, HÄ oder TH zu erwarten wäre, kontaktiert das Studienteam die PP, HÄ oder TH.

Tabelle 10: Erster Telefonkontakt und Zusendung weiterer Unterlagen zu gem. FG an PP, HÄ, TH

<p>Anlagen</p>	<p><i>Ein Anschreiben: Anlage 1s</i></p> <p><i>Ein Informationsschreiben: Anlage 3k</i></p> <p><i>2 Kopien Einwilligung: Anlage 4h</i></p> <p><i>Ein Demografiebogen: Anlage 5c (PP), Anlage 5d (HÄ) oder Anlage 5e (TH)</i></p> <p><i>Ein Formular Aufwandsentschädigung: Anlage 9b</i></p> <p><i>Hinweis Datenschutz online Plattform</i></p> <p><i>Rückumschlag mit Adresse des eigenen Instituts</i></p> <p><i>An PP, HÄ, TH für die Einladung von PMP/ANG (falls gewünscht):</i></p> <p><i>Flyer: Anlage 1a</i></p> <p><i>Anschreiben: Anlage 1r</i></p> <p><i>Per E-Mail: Einladung online Aufklärung mit Zugangsdaten</i></p>
<p>Dokumentation</p>	<p><u><i>Datum des ersten telefonischen Kontakts mit PP, HÄ, TH</i></u></p> <p><u><i>Versanddatum der Unterlagen (ggf. mit Vermerk zur Mitrekrutierung von PMP/ANG) und der elektronischen Einladung zur Aufklärung</i></u></p> <p><u><i>Datum der vereinbarten online Aufklärung</i></u></p> <p><i>in</i></p> <p><i>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5</i></p> <p><i>Tabellenblatt: Gem_FG_ALLE</i></p> <p><i>Studienmitarbeiter*in: Handzeichen</i></p>
<p>Ablage</p>	<p><i>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick</i></p>

2.1.3 Vorgehen bei Absage von PMP, ANG

- Eine negative (Fax)-antwort von PMP, ANG (Anlage 1r) bzw. telefonische Rückmeldung wird in der Rekrutierungstabelle dokumentiert (s. Tabelle 11). Beim Eintreffen von Faxbögen werden diese in einem verschlossenen Schrank abgelegt.

Tabelle 11: Vorgehen bei Absage von PMP, ANG

<p>Anlagen</p>	<p><i>Antwortfax PMP, ANG: Anlage 1r</i></p>
<p>Dokumentation</p>	<p><u><i>Datum der Faxantwort bzw. der telefonischen Absage</i></u></p> <p><i>in</i></p>

	<p><i>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5</i></p> <p>Tabellenblatt: Gem_FG_Alle</p> <p><i>Studienmitarbeiter*in: Handzeichen</i></p>
Ablage	<p><i>Antwortfax 1r: separater Ordner in verschlossenem und zugangsbeschränkten Schrank</i></p> <p><i>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick</i></p>

2.1.4 Erster Telefonkontakt mit PMP, ANG und Zusendung weiterer Unterlagen

- Unmittelbar nach Erhalt einer Zusage (Antwortfax oder am Telefon) für die Teilnahme an einer Gruppendiskussion (**Anlage 1r**) werden die Interessent*innen telefonisch kontaktiert. Am Telefon werden sie willkommen geheißen und erfahren, dass die Fokusgruppe eine gemischte ist, an der andere PMP sowie ANG, PP, HÄ und TH teilnehmen. Die Studie sowie das Ziel der gem FG werden grob vorgestellt.
- **Klärung Ein- und Ausschlusskriterien:** Die Ein- und Ausschlusskriterien werden mit dem/der Interessent*innen nur grob durchgegangen.
- Es wird bei der Gelegenheit einfühlsam gefragt, ob eine Betreuung für den Bereich „Gesundheitssorge“ besteht. Falls zutreffend, wird die PMP gebeten, die betreuende Person über die Kontaktdaten des Studienteams zu informieren, damit der/die Betreuer*in ebenfalls informiert/aufgeklärt werden kann (weiteres Vorgehen s. SOP WP2 Int).
- PMP und ANG werden zum Schluss gefragt, ob sie einen Termin für die online Aufklärung in ca. zwei Wochen vereinbaren möchten. Bei diesem Termin werden Sie noch absagen können oder die Aufklärung stattfinden lassen.
- Es wird angekündigt, dass die Aufklärung bereits per Video stattfindet. Dafür werden zunächst Fragen der technischen Ausstattung geklärt und danach um eine E-Mail-Adresse für die Zusendung der Zugangsdaten gebeten.
- Es wird danach angekündigt, dass sie Unterlagen zugesendet werden und darum gebeten, dass sie sich damit vor der mündlichen Aufklärung vertraut machen, um evtl. Fragen zu stellen.
- **Zu den anzukreuzenden möglichen Terminen für die Fokusgruppe (Antwortbogen Anlage 1r):** Die Möglichen Terminen werden dokumentiert (Tabelle 12). Falls nichts angegeben wird, wird die Person gefragt, ob sie einen anderen passenden Vorschlag hat.

Tabelle 12: Versand Unterlagen und Dokumentation des ersten telefonischen Gesprächs mit PMP und ANG

Anlagen	<p>Ein Informationsschreiben: Anlage 3i (PMP), Anlage 3j (ANG)</p> <p>2 Kopien Einwilligung: Anlage 4h</p> <p>Ein Demografiebogen: Anlage 5a (PMP) oder Anlage 5b (ANG)</p> <p>Hinweis Datenschutz online Plattform</p> <p>Rückumschlag mit Adresse des eigenen Instituts</p>
----------------	--

	Per E-Mail: Einladung online Aufklärung mit Zugangsdaten
Dokumentation	<u>Datum des ersten telefonischen Kontakts mit PMP, ANG</u> <u>Mögliche angekreuzte Termine für die FG</u> <u>Versanddatum der Unterlagen und der elektronischen Einladung zur Aufklärung</u> <u>Datum der vereinbarten online Aufklärung</u> in HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: Gem_FG_ALLE Studienmitarbeiter*in: Handzeichen
Ablage	HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick

2.2 Online Aufklärung

- PMP, ANG, PP, HÄ, TH schalten sich zum vereinbarten Termin **per Video** zu.
- Die Frage, ob das Interesse immer noch besteht, wird gestellt.
- Falls eine Teilnahme weiterhin gewünscht wird, dann Aufklärung über die Studie (Grundlage dafür s. Tabelle 13).
- Vor der Aufklärung werden die Ein- und Ausschlusskriterien mit dem/der Interessent*innen detailliert durchgegangen. Die Erfüllung der Kriterien wird dokumentiert (s. Beantwortung etwaiger Fragen).
- Es wird angekündigt, dass die FG, wie die Aufklärung, auch per Video erfolgen, und auch nachgefragt, ob die technische Ausstattung dafür vorhanden ist. Eine Video-Einladung mit dem vereinbarten Termin sowie den Zugangsdaten wird per E-Mail versendet, sobald der Termin feststeht (s. Kap. 2.3).
- Die teilnehmende Person wird gebeten, die beiden unterschriebenen Einverständniserklärungen sowie den Demografiebogen an das entsprechende Studienzentrum zurückzusenden.
- Reminder: Sofern nach 10 Tagen keine Einwilligungserklärung mit Demografiebogen per Post eingegangen ist, werden die PMP, ANG, PP, HÄ oder TH angerufen und an die Rücksendung der Einwilligungserklärung erinnert. Die Fokusgruppe wird erst durchgeführt, wenn alle Einverständniserklärungen der Teilnehmende samt Demografiebogen eingetroffen sind.

Tabelle 13: Aufklärung PMP, ANG, PP, HÄ, TH für gem FG

Anlagen	Informationsschreiben zu gem FG: Anlage 3i (PMP), Anlage 3j (ANG), Anlage 3k (PP, HÄ, TH) Einwilligungserklärung: Anlage 4h
----------------	--

Anhang	<p>Demografiebogen: Anlage 5a (PMP), Anlage 5b (ANG), Anlage 5c (PP), Anlage 5d (HÄ), Anlage 5e (TH)</p> <p>Hinweis Datenschutz online Plattform</p> <p>Bogen Einschlusskriterien: Anhang 4.2 (PMP), 4.3 (ANG)</p>
Dokumentation	<p><u>Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien</u></p> <p>in</p> <p>Bogen Einschlusskriterien Anhang 4.1, 4.2, 4.3</p> <p>Sowie in</p> <p>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5</p> <p>Tabellenblatt: Mono_FG_HÄ oder Mono_FG_TH oder Mono_FG_PP</p> <p><u>Datum erfolgter Aufklärung</u></p> <p>in</p> <p>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5</p> <p>Tabellenblatt: Mono_FG_HÄ oder Mono_FG_TH oder Mono_FG_PP</p> <p>Studienmitarbeiter*in: Handzeichen</p>
Ablage	HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick

2.3 Vorgehen nach Eintreffen der Einwilligung

- Unterschreiben der zwei Einwilligungserklärungen nun auch durch die aufklärende Person am Standort. Ein Exemplar wird an den/die Teilnehmende zurückgeschickt.
- Pseudonymisierung der Teilnehmenden (Pseudonymisierungstabelle in Papierform, s. Anhang 4.4).
- Sofern nach 10 Tagen keine Antwort vorliegt, werden die PMP, ANG, PP, HÄ, TH anrufen.
- **Terminierung der FG:** wenn 2 PMP, 2 ANG, 2 PP, 2 HÄ und 2 TH eine FG bilden, werden werden die angekreuzten Terminmöglichkeiten verglichen.
- Wenn der gemeinsame Termin feststeht, wird eine Einladung zur gem. FG mit den Zugangsdaten zur Videokonferenz per E-Mail zugesendet (s. Tabelle 14).

Tabelle 14: Vorgehen nach Eintreffen der Einwilligung PMP, ANG, PP, HÄ, TH für gem FG

Anlagen	Videokonferenz Einladung: Anlage 8a
Anhang	Pseudonymisierungstabelle: Anhang 4.4
Dokumentation	<p><u>Datum Zusendung unterschriebener Einwilligung an PMP, ANG, PP, HÄ, TH</u></p> <p><u>Datum Terminwahl PMP, ANG, PP, HÄ, TH</u></p> <p><u>Datum des endgültigen geplanten Termins</u></p>

	<p><u>Datum Einladungszusendung FG per E-Mail</u></p> <p>in HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5 Tabellenblatt: Gem._FG Studienmitarbeiter*in: Handzeichen</p>
Ablage	<p><i>Pseudonymisierungstabelle: separater Ordner in verschlossenem und zugangsbeschränktem Schrank.</i></p> <p><i>Einwilligungserklärung: gemeinsam mit dem entsprechenden Antwortfax (Anlage 1h, 1i oder 1j) in dem verschlossenen und zugangsbeschränkten Schrank</i></p> <p><i>HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5: verschlüsselter USB-Stick</i></p>

3 Anlagen

Die Anlagen sind standortbezogen und dem jeweiligen Ethikantrag zu entnehmen. Die hier verwendeten Anlagenamen beziehen sich auf den Ethikantrag UMG.

Vollständig auf SharePoint unter: [Verwaltung – Ethik - Anträge](#)

Nr.	
Rekrutierung/Anschreiben	
1a	Informationsflyer für alle Anlage 1a_V1_21-08-04_HOME_WP2-6_Flyer
1h	Anschreiben monoFG & Beobachtung - berufl. Pflegende Anlage 1h_V1_21-08_04_HOME_WP2-3_FokusG_mono&Beob_Anschreib_PP
1i	Anschreiben monoFG & Beobachtung - Hausärzt*innen Anlage 1i_V1_21-08-04_HOME_WP2-3_FokusG_mono&Beob_Anschreiben_HÄ
1j	Anschreiben monoFG & Beobachtung - Therapeut*innen Anlage 1j_V1_21-08_04_HOME_WP2-3_FokusG_mono&Beob_Anschreiben_TH
1r	Anschreiben gem. Fokusgruppe – Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige Anlage 1r_V1_21-08_04_HOME_WP5-3_FokusG_interprof_Anschreib_PMP ANG
1s	Anschreiben gem. Fokusgruppe - berufl. Pflegende, Hausärzt*innen, Therapeut*innen Anlage 1s_V1_21-08_04_HOME_WP5-3_FokusG_interprof_Anschreib_PP HÄ TH
Antwortbogen	
2a	Interviews, Fokusgruppe - Personen mit Pflegebedarf, An-/Zugehörige Anlage 2a_V1_21_08_04_HOME_WP2_Antwortbogen_PMP ANG
Informationsschreiben	
3e	Monoprofessionelle Fokusgruppen – (WP2) berufl. Pflegende, Hausärzt*innen, Therapeut*innen Anlage 3e_V1_21-08-06_HOME_WP2_FokusG_mono_Information_PP HÄ TH
3i	Gemischte Fokusgruppen – (WP 5) Personen mit Pflegebedarf Anlage 3i_V1_21-08-06_HOME_WP5_FokusG_gemischt_Information_PMP
3j	Gemischte Fokusgruppen – (WP 5) An-/Zugehörige Anlage 3j_V1_21-08-06_HOME_WP5_FokusG_gemischt_Information_ANG

3k	Gemischte Fokusgruppen – (WP 5) berufl. Pflegende, Hausärzt*innen, Therapeut*innen Anlage 3k_V1_21-08-05_HOME_WP5_FokusG gemischt_Information_PP,HÄ,TH
Einwilligungen	
4c	Monoprofessionelle Fokusgruppen (WP2) – berufl. Pflegende, Hausärzt*innen, Therapeut*innen Anlage 4c_V1_21-08-04_HOME_WP2_mono FokusG_Einwillig_PP HÄ TH
4h	Gemischte Fokusgruppen – (WP 5) alle Beteiligte Anlage 4h_V1_21-08-04_HOME_WP5_interprof FokusG_Einwillig_ALLE
Demografiebögen	
5a	Demografiebogen - Personen mit Pflegebedarf Anlage 5a_V1_21-08-05_HOME_Demograf_PMP
5b	Demografiebogen - An-/Zugehörige Anlage 5b_V1_21-08-05_HOME_Demograf_ANG
5c	Demografiebogen – berufl. Pflegende Anlage 5c_V1_21-08-05_HOME_Demograf_PP
5d	Demografiebogen – Hausärzt*innen Anlage 5d_V1_21-08-05_HOME_Demograf_HÄ
5e	Demografiebogen Therapeut*innen Anlage 5e_V1_21-08-05_HOME_Demograf_TH

4 Anhang

4.1 Prüfung Einschlusskriterien PP, HÄ, TH

Die Einschlusskriterien werden bei dem ersten telefonischen Kontakt abgefragt.

Prüfung Einschlusskriterien PP, HÄ, TH

Datum der Erhebung: _____

Erfasser*in ID: _____

Name Studienteilnehmer*in _____

PP

HÄ

TH

1) Liegt eine abgeschlossene Berufsausbildung als beruflich Pflegende, Ergo-/Physiotherapeut*in oder Logopäd*in vor oder sind Sie Hausarzt*in?

- PP Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Altenpfleger*in (3-jährige Ausbildung)
Krankenpflegehelfer*in, Altenpflegehelfer*in (ein-/zweijährige Ausbildung)
HÄ FachÄrzt*in für Allgemeinmedizin oder hausärztlich tätige Internist*innen
TH Abgeschlossen Ausbildung in einem Therapieberuf

Ja

Nein

2) Versorgen Sie erwachsene Personen mit Pflegebedarf in deren Häuslichkeit oder führen Sie Hausbesuche durch?

Ja

Nein

4.2 Prüfung Einschlusskriterien PMP

Die Einschlusskriterien werden bei dem ersten telefonischen Kontakt abgefragt.

Prüfung Einschlusskriterien PMP ggf. über BTR

Datum der Erhebung: _____

Erfasser*in ID: _____

Name Studienteilnehmer*in _____

Ggf.

Name gesetzliche*r Betreuer*in _____

1) Ist die PMP volljährig? / Sind Sie volljährig? Ist die von Ihnen betreute Person volljährig?

Ja

Nein

2) Lebt die PMP zuhause? Leben Sie zuhause? Lebt die von Ihnen betreute Person zuhause?

Ja

Nein

3) Dies wird von der/dem Studienmitarbeiter*in im Gespräch markiert

Sind hinreichend Deutschkenntnisse vorhanden?

Ja

Nein

4) Erhält die Person mit Pflegebedarf/ erhalten Sie/ erhält die von Ihnen betreute Person Sachleistungen (Versorgung durch Pflegedienst) nach SGB XI?

Ja

Nein

5) Liegt eine Erkrankung vor, die das Führen eines Interviews stark behindert wie z.B. eine Aphasie oder schwere Demenz? Liegt bei Ihnen eine Erkrankung vor, die Sie sehr behindern könnte, ein 30-minütiges Interview zu führen, z.B. Sprachstörungen?

Demenz oder Angemessenheit der Aussagen wird von der/dem Studienmitarbeiter im Gespräch eingeschätzt.

Ja

Nein

6) Lebt die Person mit Pflegebedarf/ leben Sie in einer / lebt die von Ihnen betreute Person in einer Wohngruppe oder stationären Pflegeeinrichtung?

Ja

Nein

7) Liegt bei Personen mit Pflegebedarf eine Einwilligung der gesetzlichen Betreuung vor? Liegt bei Ihnen eine gesetzliche Betreuung vor? Falls ja - Bezieht sich diese gesetzliche Betreuung auch auf den Bereich „Gesundheitssorge“?

Ja

Nein

4.3 Prüfung Einschlusskriterien An- und Zugehörige

Prüfung Einschlusskriterien An- und Zugehörige

Datum der Erhebung: _____

Studienmitarbeiterin: _____

Name Studienteilnehmer*in _____

1) Sind Sie volljährig?

Ja

Nein

2) *Dies wird von der/dem Studienmitarbeiter*in im Gespräch markiert*

Sind hinreichend Deutschkenntnisse vorhanden?

Ja

Nein

3) Lebt Ihre **angehörige** Person mit Pflegebedarf in ihrer eigenen häuslichen Umgebung?

4) **Erhält Ihre angehörige** Person mit Pflegebedarf, die Sachleistungen (Versorgung durch Pflegedienst) nach SGB XI erhält?

Ja

Nein

5) Sehen Sie sich in der Lage ihre Rolle als An- oder Zugehörige einer Person mit Pflegebedarf einzuschätzen?

Ja

Nein

4.4 Pseudonymisierungstabellen

Berufl. Pflegende – FG mono		
Nr.	Pseudonym	Name
1	C_PP_1	
2	C_PP_2	
3	C_PP_3	
4	C_PP_4	
5	C_PP_5	
6	C_PP_6	
7	C_PP_7	
8	C_PP_8	

Ergo-/Physiotherapeut*innen, Logopäd*innen - FG mono		
Nr.	Pseudonym	Name
1	C_TH_1	
2	C_TH_2	
3	C_TH_3	
4	C_TH_4	
5	C_TH_5	
6	C_TH_6	
7	C_TH_7	
8	C_TH_8	

Hausärzt*innen-FG mono

Nr.	Pseudonym	Name
1	C_HÄ_1	
2	C_HÄ_2	
3	C_HÄ_3	
4	C_HÄ_4	
5	C_HÄ_5	
6	C_HÄ_6	
7	C_HÄ_7	
8	C_HÄ_8	

Personen, die pseudonymisiert wurden und dann doch nicht teilnehmen werden durchgestrichen, die ID wird nicht nochmal vergeben.

gem. Fokusgruppe WP5

Nr.	Pseudonym	Name
1	C_WP5_01	
2	C_WP5_02	
3	C_WP5_03	
4	C_WP5_04	
5	C_WP5_05	
6	C_WP5_06	
7	C_WP5_07	
8	C_WP5_08	
9	C_WP5_09	
10	C_WP5_10	

4.5 Zeit- und Arbeitsplan

https://sp.umg.eu/kwe/inst/allmed/interprofHOME/ layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7B9015225F-EAB6-4397-922E-B9085303D2DB%7D&file=2022-01-12_HOME_Zeitplan_TEILA.xlsx&action=default&CT=1642092502032&OR=DocLibClassicUI

4.6 HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5

Die Rekrutierungstabelle, die sowohl für WP2 als auch für WP5 genutzt wird, befindet sich auf SharePoint unter *Arbeitspakete – WP2 – Rekrutierung*:

https://sp.umg.eu/kwe/inst/allmed/interprofHOME/ layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=%7B31D2943B-6AE3-4185-8370-D9768BF119C1%7D&file=2021-11-10_HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5.xlsx&action=default&CT=1636544213641&OR=DocLibClassicUI



interprof HOME

Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause

SOP – Datenerhebung

WP2

Monoprofessionelle Fokusgruppen

Version 1

Datum: 24. Februar 2022

Inhalt

Checkliste für die praktische Durchführung von Fokusgruppen	3
Vorab.....	3
Am Vortag der Fokusgruppe.....	3
Am Tag der Fokusgruppe.....	3
Während der Fokusgruppe	4
Nachbereitung	4
1 Vorbereitungen vor Datenerhebung.....	5
2 Durchführung der Datenerhebung.....	5
2.1 Vorbereitung.....	5
2.1.1 Technische Aspekte.....	5
2.2 Durchführung der Fokusgruppe	6
2.2.1 Einstiegsinformation am Anfang der Fokusgruppe	6
2.2.2 Themenbereiche für die monoprofessionelle Fokusgruppen mit beruflich Pflegerinnen.....	9
Verabschiedung, Anerkennung / Danksagung (5 Minuten).....	10
2.2.3 Themenbereiche für die monoprofessionelle Fokusgruppen mit Hausärztinnen und Hausärzten.....	12
Verabschiedung, Anerkennung / Danksagung (5 Minuten).....	13
2.2.4 Themenbereiche für die monoprofessionelle Fokusgruppen mit Therapeutinnen und Therapeuten.....	14
Verabschiedung, Anerkennung / Danksagung (5 Minuten).....	15
3 Nachbereitung	16
3.1.1 Protokoll und Postskript	16
3.1.2 Pseudonymisierungsschlüssel	16
3.1.3 Archivierung und Datentransfer.....	16
4 Verwendete Literatur zur Erstellung der SOP.....	16

Checkliste für die praktische Durchführung von Fokusgruppen

Vorab

- Aufklärungsgespräch führen,
- Telefonnummern austauschen,
- Mailadresse geben lassen,
- Hinweisen auf genügend Zeit und ungestörte Umgebung,
- Telefontermin zur Einrichtung WebEx/Zoom/Big Blue Button vereinbaren,
- WebEx/Zoom/Big Blue Button Termine einrichten und an Teilnehmende versenden,
- WebEx/Zoom/Big Blue Button zusammen mit Teilnehmenden einrichten, darauf achten, dass sie ihre Nachnamen eintragen.
- Unterschriebene Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Fokusgruppe liegt vor:
Anlage 4c_V1_21-08-04_HOME_WP2_mono FokusG_Einwillig_PP HÄ TH
- Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Fokusgruppe wurde vom Studienteam unterschrieben und an Teilnehmer*innen zurückgesandt.
- Demografische Angaben wurden von allen Teilnehmer*innen vorab ausgefüllt und durch ein*n Studienmitarbeiter*in geprüft.
 - Pflegefachperson: **Anlage 5c_V1_21-08-05_HOME_Demograf_PP**
 - Hausarzt*innen: **Anlage 5d_V1_21-08-05_HOME_Demograf_HÄ**
 - Therapeut*innen: **Anlage 5e_V1_21-08-05_HOME_Demograf_TH**

Am Vortag der Fokusgruppe

- die Aufnahmetechnik kontrollieren (Akku bzw. Batterien voll? Funktioniert das Gerät? Bin ich souverän im Umgang mit den Funktionen, die ich benötige?).

Am Tag der Fokusgruppe

- Erinnerungsmail und Link an Teilnehmende versenden!
- Leitfaden liegt bereit und wurde vorab auf Aktualität überprüft.
 - Pflegefachpersonen: **Anlage 6d_V1_21-08_04_HOME_WP2_FokusG_Leitfaden_PP**
 - Hausarzt*innen: **Anlage 6e_V1_21-08-04_HOME_WP2_FokusG_Leitfaden_HÄ**
 - Therapeut*innen: **Anlage 6f_V1_21-08-04_HOME_WP2_FokusG_Leitfaden_TH**
- Zwei Arbeitsplätze (WiMi und Hiwi*ne): zwei Monitore, Headsets, Kameras, Audioaufnahmegeräte und extra Batterien stehen bereit.
- Protokoll liegt bereit.

Während der Fokusgruppe

- Vor Beginn der eigentlichen Fokusgruppe einen kurzen Aufnahmetest machen, um zu kontrollieren, ob alle Sprecher*innen auf der Aufnahme gut zu hören sind.
- Bei Pausen bzw. Unterbrechungen der Aufnahme, darauf achten, dass nicht aus Versehen der bisherige Track überspielt wird!
- Am Ende der Aufnahme diese vollständig sichern!

Nachbereitung

Postskript anfertigen

- Protokoll durch ein Postskript ergänzen, in dem die wichtigsten Besonderheiten der Fokusgruppe ad hoc festgehalten werden.
- Datum, Uhrzeit (Start und Ende) sowie Länge und Ort der Fokusgruppe notieren.

Pseudonymisierungsschlüssel

- Fokusgruppen werden fortlaufend nach folgendem Muster nummeriert:
Standortkürzel_Erhebungsmethode_Nummer_Gruppenzugehörigkeit_Nummer,
z.B. Standort A, erste Fokusgruppe, erste Hausärzt*in = „A_FG01_HA01“
- Alle Dateien (Audiofiles, Transkripte, Postskript) werden einheitlich benannt.

Archivierung und Datentransfer

- Audio-Files auf den Computer übertragen.
- Audio-Files zusätzlich als Backup auf einem USB-Stick archivieren.
- Audio-Files und Transkriptionen werden wie im Datenschutzkonzept beschrieben ausgetauscht.

Die notwendigen Unterlagen werden vor der Verwendung auf Aktualität hin geprüft (Angabe Version, Datum).

Bei Unklarheiten wird bei der Studienzentrale nachgefragt. Für eine korrekte Ablage der Unterlagen sind die jeweiligen Standorte verantwortlich.

1 Vorbereitungen vor Datenerhebung

- Studieninformationen, Einwilligungsschreiben, „Rechnungsformular“ für Aufwandsentschädigungen, begleitende Fragebögen („Demografische Angaben“) und „Informationsblatt Zugang zur Fokusgruppe per Videokonferenzdienst ZOOM/Webex“ und einen (frankierten) Rückumschlag vorab an Teilnehmende versenden (siehe **2022-01-20_HOME_SOP_Rekr_FG_WP2-5**).
- Teilnehmende bitten die ausgefüllten und unterschriebenen Formulare an uns zurückzusenden (bei Hausärzt*innen zusätzlich mit Barcode für die Fortbildungspunkte).
- (Fortbildungspunkte für Hausärzt*innen bei der Ärztekammer beantragen).
- Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Fokusgruppe wird vom Studienteam unterschrieben und an Teilnehmer*in zurückgesandt.
- Kontrolle der Einwilligungserklärung und Eintragen des Datums in **HOME_Rekrutierungstabelle_WP2_WP5** (Tabellenblatt: Mono_FG_HÄ oder Mono_FG_TH oder Mono_FG_PP)
 - relevant ist hier das Datum der/des Zuletztunterschreibenden, in der Regel also der/des Studienmitarbeiterin/Studienmitarbeiters.
 - Fokusgruppe kann erst 24 Stunden nach Unterschreiben der Einwilligung der/des Teilnehmerin/Teilnehmers stattfinden. Ansonsten bitte „filenote“ schreiben, dass auf die Bedenkzeit hingewiesen und explizit verzichtet wurde.
- Kontrolle des Fragebogens „Demografische Angaben“
 - ggf. darum bitten fehlende Angaben mündlich zu ergänzen, diese dann schriftlich nachtragen mit Datum und Kürzel der/des Studienmitarbeiterin/Studienmitarbeiters.

2 Durchführung der Datenerhebung

2.1 Vorbereitung

2.1.1 Technische Aspekte

- Am Vortag der Fokusgruppe die Aufnahmetechnik kontrollieren: (Akku bzw. Batterien voll? Funktioniert das Gerät? Bin ich souverän im Umgang mit den Funktionen, die ich benötige?). So kann eventuell noch rechtzeitig reagiert werden, falls etwas nicht geht (Batterien kaufen, Akku aufladen, Reserve-Gerät organisieren etc.).
- Vor Beginn der eigentlichen Fokusgruppe einen kurzen Aufnahmetest machen, um zu kontrollieren, ob alle Sprecher*innen auf der Aufnahme gut zu hören sind.
- Wenn es Pausen bzw. Unterbrechungen der Aufnahme gibt, darauf achten, dass nicht aus Versehen der bisherige Track überspielt wird!
- Am Ende der Aufnahme diese vollständig sichern!

2.2 Durchführung der Fokusgruppe

(Bildschirmpräsentation starten)

2.2.1 Einstiegsinformation am Anfang der Fokusgruppe

20 Minuten (z.B. 16.00 – 16.20 Uhr) Einführung in die Veranstaltung

Herzlich Willkommen!

Mein Name ist n.n, ich werde heute diese Fokusgruppe moderieren. Das ist mein*e Kolleg*in XYZ, die heute das Protokoll führen wird (Hiwi*ne und Funktion vorstellen.)

Folie 2: Netiquette

Vorab 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, Sie können dafür am besten selbst die Hand heben oder die Funktion „Hand heben“ benutzen, und denken sie daran, ihr Mikrofon wieder anzuschalten, wenn wir sie auffordern zu sprechen.

Die Chat-Funktion werden wir heute nicht nutzen. Falls Sie allerdings Verbindungsprobleme haben sollten, könnten Sie uns das darüber mitteilen. Im Falle solcher Probleme könnten Sie sich auch über das Telefon einwählen. Herzlichen Dank!

Wir hätten die Fokusgruppe gerne persönlich mit ihnen in unseren Räumlichkeiten durchgeführt, was aber aufgrund der derzeitigen Bestimmungen leider nicht möglich ist.

Folie 3: Was erwartet sie heute?

Der Ablauf der heutigen Veranstaltung sieht folgendermaßen aus.

Wir denken, dass wir innerhalb der nächsten 1,5 bis zwei Stunden diskutieren werden, eine Pause haben wir zunächst nicht vorgesehen. Wenn Sie Bedarf für eine Pause haben, melden Sie sich gerne.

Hier sehen Sie die Tagesordnung.

Folie 4: *interprof* Home ist ein vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss finanziertes Projekt mit einem Förderzeitraum von 40 Monaten.

Folie 5: Das Team besteht aus verschiedenen Instituten und Personen - wie sie auf dieser Folie sehen können.

Folie 6: Was ist der Hintergrund der Studie?

Die Versorgungssituation von Personen mit Pflegebedarf in der ambulanten häuslichen Versorgung ist sehr komplex. Es gibt oft eine unzureichende Zusammenarbeit der Versorger*innen, also zwischen den professionell Pflegenden, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und Angehörigen.

Das könnte die Sicherheit der Patient*innen negativ beeinflussen.

Man weiß, dass 50% der Krankenhausaufnahmen in dieser Patient*innengruppe aufgrund „ambulant-sensitiver“ Diagnosen geschehen. „Ambulant-sensitiv“ bedeutet, dass sie durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung verhindert werden können.

Folie 7: Warum haben wir Sie heute zu dieser Studie eingeladen?

Unser Ziel ist es im Studienteil A ein bedarfsorientierten, interprofessionellen und personenzentrierten Versorgungskonzeptes zu entwickeln, u.a. um eben diese Krankenhausaufnahmen zu vermeiden.

Dazu möchten wir heute gerne etwas über Ihre Erfahrungen und Ihre Perspektive zur interprofessionellen Versorgungssituation von in der Häuslichkeit lebenden pflegebedürftigen Menschen hören, und gemeinsam mit Ihnen Ideen entwickeln, wie eine zukünftige, optimierte personenzentrierten Zusammenarbeit von Hausärzt*innen, Angehörigen der Therapieberufe und Pflegediensten in der Versorgung dieser Personen aussehen könnte.

Folie 8: Ablauf der Studie

Wie Sie sehen können läuft diese Studie insgesamt 40 Monate bis Ende August 2024. Sie besteht aus zwei Teilen und mehreren Arbeitspaketen, sogenannten WPs („work packages“).

Im Studienteil A entwickeln wir mit Ihrer Unterstützung eine Intervention, die wir im Studienteil B in einer Machbarkeitsstudie pilotieren werden.

In **WP2** führen wir an unseren vier Studienstandorten: Göttingen, Hamburg, Lübeck und Köln jeweils eine monoprofessionelle Fokusgruppe mit Hausärzt*innen, eine mit Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen sowie eine mit Pflegefachpersonen mit insgesamt ca. 96 Teilnehmenden durch. Außerdem führen interviewen wir einzeln Personen mit Pflegebedarf und deren Angehörigen.

Gleichzeitig finden in WP3 Beobachtung von Hausbesuchen, begleitende Einzelinterviews und Begleitungen des Arbeitsalltags von Versorger*innen statt. Es sollen damit 8 Best-Practice Fallstudien analysiert werden.

In WP4, sollen in einer Fragebogenerhebung Leitungen ambulanter Pflegedienste, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und Patient*innen mit ihren Angehörige zu den Themen „Bisherige Zusammenarbeit im Rahmen ärztlicher Hausbesuche“, „Möglichkeiten der Kooperation“, „Schnittstellen“ und „mögliche Interventionsideen“ befragt werden.

Anschließend werden in WP5 in gemischten Fokusgruppen mit Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen, Patient*innen und Angehörige Ansätze für die Optimierung der interprofessionellen patientenzentrierten Versorgung erarbeitet. Zudem wird unter Berücksichtigung sämtlicher Perspektiven entwickelt, wie das Versorgungskonzept am besten im Rahmen der Studie implementiert werden kann.

Die Lösungsansätze werden dann in einem eintägigen Workshop mit Expert*innen in WP 6 - aller in die Versorgung involvierten Perspektiven diskutiert, um abschließend wesentliche Komponenten des Versorgungskonzepts festzulegen. Auch das Implementierungskonzept aus WP5 wird weiter diskutiert, konkretisiert und abschließend festgelegt.

Folie 9: Diskussionsregeln

Bevor wir jetzt anfangen mit unserer Diskussion, möchte ich noch ein paar grundlegende Dinge zu unserem Gespräch sagen: Wir würden Sie gerne mit Ihrem Nachnamen ansprechen, da das das Gespräch erleichtert. Wir bitten Sie allerdings möglichst keine Namen von Personen oder Einrichtungen mit denen Sie zusammenarbeiten zu erwähnen. Ihre Schweigepflicht hinsichtlich Patient*innendaten gilt selbstverständlich auch hier.

Zu den heute von uns zu besprechenden Themen gibt es sicherlich sehr unterschiedliche Ansichten und Erfahrungen. Wir sind an jeder interessiert! Sie sollen Ihre Meinung frei, offen und ehrlich äußern können. Es gibt kein Richtig oder Falsch! Kontroverse Diskussionen können hierbei auch sehr hilfreich sein. Wir bitten Sie, die hier geäußerten Erfahrungen der anderen vertraulich zu behandeln.

Die Regeln zum Datenschutz und der Pseudonymisierung haben Sie vorab in der Studieninformation und der Einwilligungserklärung gelesen und bereits unterschrieben.

Vielen Dank für Ihre Einwilligung, dass wir eine Audioaufnahme von dieser Fokusgruppe machen dürfen. Ich versichere Ihnen, dass die Audioaufnahme vertraulich behandelt wird und sobald es möglich ist, also nach der Transkription/Verschriftlichung der Daten gelöscht wird.

Frau/Herr xyz (Name der/des Hiwi*ne) wird zusätzlich Protokoll schreiben.

Wir würden dann ab jetzt den - Ihr Einverständnis vorausgesetzt - Ton aufnehmen und mit einer kurzen Vorstellungsrunde beginnen. Gibt es noch irgendwelche Fragen oder Bedenken?

(Bildschirmpräsentation stoppen)

10 Minuten (z.B. 16.20 – 16.30 Uhr) Vorstellungsrunde

Ich bin wie gesagt xxx, (Name der Moderator*in), meine Rolle ist die Diskussion zu leiten, Fragen zu stellen und Ihnen aufmerksam zuzuhören. Inhaltlich beteilige ich mich nicht am Gespräch.

Herr/Frau xyz könnten Sie sich kurz vorstellen? Bitte nennen Sie uns kurz Ihren Namen, in welchem Stadtteil/Ort ihre Praxis/Pflegedienst liegt und wie häufig Sie Hausbesuche bei pflegebedürftigen Personen ungefähr durchführen.

Vielen Dank! Herr/Frau xyz könnten Sie sich bitte kurz vorstellen ... [*Teilnehmende einzeln mit Nachnamen auffordern in ein bis zwei Sätzen etwas zu sich zu sagen.*] Vielen Dank!

2.2.2 Themenbereiche für die monoprofessionelle Fokusgruppen mit beruflich Pflegenden

45 Minuten (z.B. 16.30 – 17.15 Uhr)

Themenfeld 1: Berichten eigener Erfahrungen mit der interprofessionellen Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf

- Kommen wir nun zu ihren eigenen Erfahrungen mit der interprofessionellen Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf.
- Können Sie uns bitte zunächst erzählen, inwiefern sie Berührungspunkte bzw. direkten Kontakt zu Angehörigen und/oder Vertrauenspersonen von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf haben?
- Inwiefern haben Sie bereits Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten bei der Gesundheitsversorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf gemacht?
- Können Sie uns nun bitte noch von Ihren Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ergo-, Physiotherapeut*innen und/oder Logopäd*innen bei der Gesundheitsversorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf berichten?
- Einige von Ihnen scheinen bisher noch keine Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten gemacht zu haben, welche Gründe gibt es dafür?
- Wie beziehen Sie Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen oder Vertrauenspersonen in die Kommunikation mit Professionellen anderer Berufsgruppen ein. Wie werden sie in Entscheidungen einbezogen?

- Wie hat sich die Zusammenarbeit in Zeiten von Corona geändert?

30 Minuten (z.B. 17.15 – 17.45 Uhr)

Themenfeld 2: Erarbeitung von Ideen zur Optimierung der Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Personen

- In den nächsten ca. 30 Minuten wollen wir nun gemeinsam erarbeiten, wie eine zukünftige personenzentrierte interprofessionelle Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie den Patientinnen und Patienten selbst und ihren Angehörigen und Vertrauenspersonen aussehen könnte.
- Können Sie uns bitte erzählen wie Ihrer Meinung nach, die Zusammenarbeit mit den anderen, an der Versorgung Beteiligten gestaltet sein sollte?
- Jetzt haben wir vor allem über die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten, Ergo- und Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen gesprochen, wie sollten die Personen mit Pflegebedarf und wie die Angehörigen und Vertrauenspersonen involviert werden?
- Und zum Abschluss noch einmal eher allgemeiner: Gibt es Aspekte, die wir bisher noch nicht angesprochen haben, die Sie aber besonders wichtig finden?

15 Minuten (z.B. 17.45 – 18.00 Uhr)

Zusammenfassung der Ergebnisse und Verabschiedung

Wir kommen nun langsam zum Ende der heutigen Veranstaltung. Herr/Frau XYZ wird nun noch einmal die wichtigsten Punkte zusammenfassen.

(Bildschirmpräsentation starten)

Verabschiedung, Anerkennung / Danksagung (5 Minuten)

Vielen Dank für Ihre intensive und lebhaftige Zusammenarbeit. Es waren wirklich sehr interessante Ansichten und Erfahrungen, die sie mit uns geteilt haben. Auch dafür unseren herzlichen Dank. Nur durch Ihre Unterstützung ist eine solche Forschung zum Wohle Ihrer in der Häuslichkeit pflegebedürftigen Kundinnen und Kunden überhaupt möglich.

Wir hoffen, dass Sie auch eine gute Zeit hatten und wünschen Ihnen noch einen schönen Tag/Abend.

2.2.3 Themenbereiche für die monoprofessionelle Fokusgruppen mit Hausärztinnen und Hausärzten

45 Minuten (z.B. 16.30 – 17.15 Uhr)

Themenfeld 1: Berichten eigener Erfahrungen mit der interprofessionellen Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf

- Kommen wir nun zu ihren eigenen Erfahrungen mit der interprofessionellen Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf.
- Können Sie uns bitte zunächst erzählen inwiefern sie Berührungspunkte bzw. direkten Kontakt zu Angehörigen und/oder Vertrauenspersonen von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf haben?
- Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste bei der Gesundheitsversorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf gemacht?
- Können Sie uns nun bitte noch von Ihren Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ergo-, Physiotherapeut*innen und/oder Logopäd*innen bei der Gesundheitsversorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf berichten?
- Einige von Ihnen scheinen bisher noch keine Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten gemacht zu haben, welche Gründe gibt es dafür?
- Wie beziehen Sie Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen oder Vertrauenspersonen in die Kommunikation mit Professionellen anderer Berufsgruppen ein. Wie werden sie in Entscheidungen einbezogen?
- Wie hat sich die Zusammenarbeit in Zeiten von Corona geändert?

30 Minuten (z.B. 17.15 – 17.45 Uhr)

Themenfeld 2: Erarbeitung von Ideen zur Optimierung der Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Personen

- In den nächsten ca. 30 Minuten wollen wir nun gemeinsam erarbeiten wie eine zukünftige personenzentrierte interprofessionelle Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung

beteiligten Berufsgruppen sowie den Patientinnen und Patienten selbst und ihren Angehörigen und Vertrauenspersonen aussehen können.

- Können Sie uns bitte erzählen wie Ihrer Meinung nach die Zusammenarbeit mit den anderen, an der Versorgung Beteiligten gestaltet sein sollte?
- Jetzt haben wir vor allem über die Zusammenarbeit mit Pflegediensten, Ergo- und Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen gesprochen, wie sollten die Personen mit Pflegebedarf und wie die Angehörigen und Vertrauenspersonen involviert werden?
- Und zum Abschluss noch einmal eher allgemeiner: Gibt es Aspekte, die wir bisher noch nicht angesprochen haben, die Sie aber besonders wichtig finden?

15 Minuten (z.B. 17.45 – 18.00 Uhr)

Zusammenfassung der Ergebnisse und Verabschiedung

Wir kommen nun langsam zum Ende der heutigen Veranstaltung. Herr/Frau XYZ wird nun noch einmal die wichtigsten Punkte zusammenfassen.

(Bildschirmpräsentation starten)

Verabschiedung, Anerkennung / Danksagung (5 Minuten)

Vielen Dank für Ihre intensive und lebhaftige Zusammenarbeit. Es waren wirklich sehr interessante Ansichten und Erfahrungen, die sie mit uns geteilt haben. Auch dafür unseren herzlichen Dank. Nur durch Ihre Unterstützung ist eine solche Forschung zum Wohle Ihrer in der Häuslichkeit pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten überhaupt möglich.

Wir hoffen, dass Sie auch eine gute Zeit hatten und wünschen Ihnen noch einen schönen Tag/Abend.

2.2.4 Themenbereiche für die monoprofessionelle Fokusgruppen mit Therapeutinnen und Therapeuten

45 Minuten (z.B. 16.30 – 17.15 Uhr)

Themenfeld 1: Berichten eigener Erfahrungen mit der interprofessionellen Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf

- Kommen wir nun zu ihren eigenen Erfahrungen mit der interprofessionellen Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf.
- Können Sie uns bitte zunächst erzählen inwiefern sie Berührungspunkte bzw. direkten Kontakt zu Angehörigen und/oder Vertrauenspersonen von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf haben?
- Inwiefern haben Sie bereits Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten bei der Gesundheitsversorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf gemacht?
- Können Sie uns nun bitte noch von Ihren Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit beruflich Pflegenden vom ambulanten Pflegedienst bei der Gesundheitsversorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf berichten?
- Einige von Ihnen scheinen bisher noch keine Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten gemacht zu haben, welche Gründe gibt es dafür?
- Wie beziehen Sie Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen oder Vertrauenspersonen in die Kommunikation mit Professionellen anderer Berufsgruppen ein. Wie werden sie in Entscheidungen einbezogen?

30 Minuten (z.B. 17.15 – 17.45 Uhr)

Themenfeld 2: Erarbeitung von Ideen zur Optimierung der Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Personen

- In den nächsten ca. 30 Minuten wollen wir nun gemeinsam erarbeiten wie eine zukünftige personenzentrierte interprofessionelle Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie den Patientinnen und Patienten selbst und ihren Angehörigen und Vertrauenspersonen aussehen können.

- Können Sie uns bitte erzählen wie Ihrer Meinung nach die Zusammenarbeit mit den anderen, an der Versorgung Beteiligten gestaltet sein sollte?
- Jetzt haben wir vor allem über die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie mit beruflich Pflegenden gesprochen, wie sollten die Personen mit Pflegebedarf und wie die Angehörigen und Vertrauenspersonen involviert werden?
- Und zum Abschluss noch einmal eher allgemeiner: Gibt es Aspekte, die wir bisher noch nicht angesprochen haben, die Sie aber besonders wichtig finden?

15 Minuten (z.B. 17.45 – 18.00 Uhr)

Zusammenfassung der Ergebnisse und Verabschiedung

Wir kommen nun langsam zum Ende der heutigen Veranstaltung. Herr/Frau XYZ wird nun noch einmal die wichtigsten Punkte zusammenfassen.

(Bildschirmpräsentation starten)

Verabschiedung, Anerkennung / Danksagung (5 Minuten)

Vielen Dank für Ihre intensive und lebhafte Zusammenarbeit. Es waren wirklich sehr interessante Ansichten und Erfahrungen, die sie mit uns geteilt haben. Auch dafür unseren herzlichen Dank. Nur durch Ihre Unterstützung ist eine solche Forschung zum Wohle Ihrer in der Häuslichkeit pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten überhaupt möglich.

Wir hoffen, dass Sie auch eine gute Zeit hatten und wünschen Ihnen noch einen schönen Tag/Abend.

3 Nachbereitung

3.1.1 Protokoll und Postskript

Nach der Fokusgruppe wird das Protokoll durch ein Postskript durch die/den Moderator*in ergänzt, in dem die wichtigsten Besonderheiten der Fokusgruppe ad hoc festgehalten werden. Bitte auch Datum, Uhrzeit (Start und Ende) sowie Länge und Ort der Fokusgruppe notieren.

3.1.2 Pseudonymisierungsschlüssel

Die Fokusgruppen werden fortlaufend nach folgendem Muster nummeriert: Standortkürzel_Erhebungsmethode_Nummer_Gruppenzugehörigkeit_Nummer, z.B. Standort A, erste Fokusgruppe, erste Hausärzt*in = „A_FG01_HA01“. Alle Dateien (Audiofiles, Transkripte, Postskript) werden einheitlich benannt.

3.1.3 Archivierung und Datentransfer

Audio-Files werden auf den Computer übertragen und zusätzlich als Backup auf einem USB-Stick archiviert. Hier noch einmal zur Erinnerung: Aus datenschutzrechtlichen Gründen muss es auf jeden Fall vermieden werden Forschungsdaten (Transkripte, Audiofiles) auf Server-Systemen (Netzlaufwerke, Cloud, etc.) zu archivieren. Audio-Files und Transkriptionen werden nur verschlüsselt per Mail ausgetauscht.

4 Verwendete Literatur zur Erstellung der SOP

Schulz M, Mack B, Renn, O. 2012. Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien.



Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

WP 4 – SOP Rekrutierung Fragebogensurvey

Fragebogensurvey mit:

- **Leitungen ambulanter Pflegedienste** (oder einer von dieser benannten beruflich Pflegenden)
- **Hausärzt:innen**
- **Leitenden Therapeut:innen** (Ergo-, Physiotherapeut:innen-, Logopäd:innen) (oder einer von dieser benannten Therapeut:in)
- **In der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf** bzw. ihren An- und Zugehörigen

Inhalt

Allgemein	3
Rekrutierung - Fragebogensurvey (WP4).....	4
1.1 Fragebogensurvey	4
1.2 Stichprobe	4
1.3 Ein- und Ausschlusskriterien	5
1.3.1 Pflegefachpersonen in Pflegediensten, Hausärzt:innen, Therapeut:innen	5
1.3.2 Personen mit Pflegebedarf.....	6
1.3.3 Zu-/ oder Angehörige	6
1.4 Identifizierung potentieller Teilnehmer*innen (HÄ, PD, TH)	6
1.4.1 Hausärzt:innen	6
1.4.2 Ambulante Pflegedienste	7
1.4.3 Therapeut:innen	7
1.5 Rekrutierung (HÄ, PD, TH)	7
1.5.1 Erste Rekrutierungsphase.....	7
1.5.2 Zweite Rekrutierungsphase (12-16- Tage nach erster Rekrutierungsphase)	8
1.5.3 Dritte Rekrutierungsphase	9
1.6 Identifizierung potentieller Teilnehmer*innen (PMP, ANG)	9
1.7 Rekrutierung (PMP, ANG).....	9
1.7.1 Erste Rekrutierungsphase.....	9
1.7.2 Zweite Rekrutierungsstrategie	10
1.8 Datenschutz.....	10
1.9 Dokumentation	11
1.9.1 Kontaktaufnahme	11
1.9.2 Rücklauf.....	11
Anlagen.....	12
Referenzen	13

Allgemein

Das vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geförderte Projekt „Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause (interprof HOME)“ beinhaltet als einen explorativen Teil der Datenerhebung das Workpackage 4 (WP4): Fragebogensurvey.

Diese Standard Operating Procedure (SOP) für WP4 dient dem Zweck, ein einheitliches Vorgehen für alle beteiligten Studienzentren bzgl. Zugangswegen und Rekrutierung bzw. Datenerhebung einzelner Zielgruppen zu definieren. Dabei werden die jeweiligen Aufgaben, Zuständigkeiten, Zeitfenster, Dokumente für die Rekrutierung und Inhalte der Kontaktaufnahme und Kontaktpflege dargestellt.

Zusätzlich werden die Anschreiben für die jeweilige Zielgruppe, der projektübergreifende Flyer sowie die Inhalte der Aushänge exemplarisch für das studienzentrum Köln im Anhang dieser SOP zur Verfügung gestellt.

Potentielle Befragungsteilnehmer:innen sind Hausärzt:innen (HÄ), Therapeut:innen (TH – Angehörige der Berufsgruppen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) sowie Pflegedienstleitungen ambulanter Pflegedienste (PP) oder von ihnen benannte Pflegefachpersonen. Zudem werden Personen mit Pflegebedarf (PMP) und/oder deren Angehörige (ANG) rekrutiert.

Die Rekrutierung für die Fragebogensurveys im WP4 erfolgt unabhängig von der Rekrutierung in den WP2, WP3 und WP5, findet jedoch zeitgleich statt. Die Teilnahme an WP4 schließt die Teilnahme an WP2, WP3 oder WP5 nicht aus.

Rekrutierung - Fragebogensurvey (WP4)

1.1 Fragebogensurvey

Eine multizentrische querschnittliche explorativ angelegte Fragebogenstudie bildet das vierte Arbeitspaket (WP4) im Interprof HOME Projekt. Die Rekrutierung erfolgt parallel zu WP2, WP3 und WP5.

WP4 zielt auf eine **anonyme schriftliche standardisierte Befragung** einer repräsentativen Stichprobe der oben genannten Zielgruppen ab.

Der Fragebogen erfasst die **allgemeine und generelle Haltung der befragten Berufsgruppen zueinander**. Hierbei stehen die Themen der **interprofessionellen Zusammenarbeit und Beziehung sowie die Autonomie der beteiligten Berufsgruppen** im Vordergrund. **Patient*innen und Angehörige antworten aus einer Beobachter*innenrolle bzgl. der interprofessionellen Zusammenarbeit.**

Der für den Survey notwendige Fragebogen wurde literaturbasiert konstruiert. Ausgangspunkt und Basis für die quantitative Befragung ist die deutsche Version des „Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration (JSAPNC)“ (2) sowie bereits im Rahmen des Interprof ACT Projekts herangezogene Erhebungsinstrumente. Darüber hinaus wurden weitere identifizierte Instrumente einbezogen: Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS-II) (3), Communicating and sharing information (CSI) (1), Readiness for Interprofessional Learning (RIPLS) (4) sowie Nurse-Physician Collaboration Scale (NPCS) (5).

Zusätzlich werden demografische Daten abgefragt und Barrieren der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie mögliche Lösungsstrategien mittels offener Fragen erhoben. Der an die jeweiligen Studienzentren angepasste Fragebogen steht in Sharepoint zum Download bereit.

Für die Teilnahmein WP4 ist keine Aufwandsentschädigung vorgesehen.

1.2 Stichprobe

Ziel Stichprobe:

Eine Stichprobe von **n=100 pro Zielgruppe** (25 pro Zielgruppe je Zentrum) wird angestrebt, um hinreichend aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen.

Aus diesem Grund wird angenommen, dass insgesamt mindestens 600 zufällig ausgewählte Pflegedienste und Hausärzt:innen kontaktiert werden müssen (pro Studienzentrum 150). Zudem sollen 300 Therapeut*innen (in etwa ähnlicher Verteilung Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen und Logopäd:innen) angeschrieben werden (pro Studienzentrum 75). Aufgrund der passiven Rekrutierungsstrategie bei PMP/ANG können keine konkreten Zielgrößen festgelegt werden.

Zielgröße der zu kontaktierenden Praxen/Pflegedienste:

Studienzentrum	Hausarztpraxen	Ambulante Pflegedienste	Therapeutische Praxen	Personen mit Pflegebedarf / Angehörige
Köln	150	150	75 (25 PT, 25 ET, 25 LP)	k.A.
Göttingen	150	150	75 (25 PT, 25 ET, 25 LP)	k.A.
Hamburg	150	150	75 (25 PT, 25 ET, 25 LP)	k.A.
Lübeck	150	150	75 (25 PT, 25 ET, 25 LP)	k.A.

Diese Zahlen müssen ggf. erhöht werden, bis eine analysierbare Stichprobe von n=100 pro Zielgruppe vorliegt.

1.3 Ein- und Ausschlusskriterien

In den jeweiligen Rekrutierungsanschreiben, die per E-Mail versendet oder über einen Gatekeeper verteilt werden, wird bei den jeweiligen Zielgruppen auf die Kriterien zur Teilnahme hingewiesen. Gleiches gilt für die Aushänge und Aufrufe.

1.3.1 Pflegefachpersonen in Pflegediensten, Hausärzt:innen, Therapeut:innen

Einschlusskriterien

- Leitende Pflegefachpersonen von Pflegediensten (oder eine von ihnen benannte Pflegefachperson)
- Hausärztlich tätige Mediziner:innen, entweder als Eigner*innen einer Praxis oder als Angestellte einer Praxis oder eines Medizinischen Versorgungszentrums
- Leitende Therapeut:innen von Praxen (oder eine von Ihnen benannte Therapeut:in), die ambulante Heilmittelleistungen bei Personen mit Sachleistungsbezug nach SGB V erbringen

Hausärzt:innen und Therapeut:innen müssen Hausbesuche bei in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf durchführen.

1.3.2 Personen mit Pflegebedarf

Einschlusskriterien

- Pflegebedarf mit Bezug von Sachleistungen (Versorgung durch Pflegedienst) nach SGB V
- In der Häuslichkeit lebend
- Volljährigkeit
- Hinreichende Deutschkenntnisse

Ausschlusskriterien

- Vorliegen einer Erkrankung, die das Ausfüllen eines Fragebogens (papiergestützt oder digital) behindert, wie z.B. eine fortgeschrittene Demenz.
- Leben in einer Wohngruppe oder stationärer Pflegeeinrichtung

1.3.3 Zu-/ oder Angehörige

Einschlusskriterien

- Volljährigkeit
- Hinreichende Deutschkenntnisse
- Selbsteingeschätzte Rolle als (pflegende) An- oder Zugehörige (aktuell bzw. bis vor höchstens 12 Monaten) einer in der Häuslichkeit lebenden Person mit Pflegebedarf und Sachleistungsbezug nach SGB V

1.4 Identifizierung potentieller Teilnehmer*innen (HÄ, PD, TH)

Die Identifizierung potenzieller Teilnehmer:innen erfolgt randomisiert und nach Zielgruppe stratifiziert. Einbezogen werden sowohl städtische als auch ländliche Gebiete im Umkreis des jeweiligen Studienzentrums.

1.4.1 Hausärzt:innen

Um Kontakte für die Rekrutierung gewinnen zu können, werden an den Studienzentren bereits bestehende Listen hausärztlicher Praxen genutzt. Sollten diese nicht vorhanden sein, können die für die Studienzentren zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen nach Registrierungslisten angefragt werden:

- KV Nordrhein (KVNO), KV Westfalen-Lippe (KVWL)
- KV Niedersachsen (KVN)
- KV Hamburg (KVH)
- KV Schleswig-Holstein (KVSH)

1.4.2 Ambulante Pflegedienste

Um Kontakte für die Rekrutierung gewinnen zu können, werden an den Studienzentren bereits bestehende Listen ambulanter Pflegedienste genutzt. Bei Bedarf können diese zusätzlich durch Kontaktlisten von unterschiedlichen Webseiten (u.a. Homepages unterschiedlicher Krankenversicherungen wie AOK, TK etc.) ergänzt werden, z.B.:

- der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) des jeweiligen Studienzentrums
- www.pflege-navigator.de

1.4.3 Therapeut:innen

Hilfreiche Informationen zur Erstellung von Kontaktlisten der Therapeut:innen können aus den Homepages der Berufsverbände entnommen werden, z.B.:

- www.ergotherapie.de
- <https://dve.info/service/therapeutensuche> (Deutscher Verband Ergotherapie)
- www.physio.de
- www.vpt.de (Verband Physikalische Therapie)
- www.dbl-ev.de (Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.)

1.5 Rekrutierung (HÄ, PD, TH)

Die Rekrutierung gestaltet sich als aufeinander aufbauende Phasenrekrutierung, orientiert an der Anzahl des Rücklaufs analysierbarer/ ausgefüllter Fragebögen.

Eine Frage im Survey („Wie sind Sie auf diese Umfrage aufmerksam geworden?“) zielt darauf ab, eine möglichst hohe Transparenz in der Rekrutierungsstrategie zu schaffen. Somit ist in der Auswertung grundsätzlich nachvollziehbar, wie Studienteilnehmer*innen vom Fragebogensurvey erfahren haben.

1.5.1 Erste Rekrutierungsphase

Die erste Kontaktaufnahme erfolgt randomisiert und stratifiziert nach Zielgruppe (**100 HÄ, 100 PD, 50 TH**) durch ein auf die Zielgruppe angepasstes Anschreiben per E-Mail (Anlage 1q). Die E-Mail wird als Blindkopie an die jeweiligen Berufsgruppen versendet und umfasst den Link zum online Fragebogensurvey (SoSci Survey). Zu beachten ist, dass der Link der jeweiligen Zielgruppe angepasst ist.

Die digitale Rekrutierung weist auf die Möglichkeit hin, auf Wunsch einen postalisch zugesandten papierbasierten Fragebogen inklusive vorfrankierten Rücksendeumschlag¹ einzufordern. Auf diesem Wege werden sowohl digitale als auch postalische Zugangswege genutzt.

Bereits in der ersten Rekrutierungsphase findet die sogenannte Schneeball-Technik Anwendung. Dieses Vorgehen umfasst das Aufmerksam machen und die Bitte an die angeschriebenen Personen, die Mail an Kolleg:innen der jeweiligen Zielgruppe unter

¹ Rückumschläge (Entgelt zahlt Empfänger) wird vom Studienzentrum Köln zur Verfügung gestellt

Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien weiterzuleiten. Ziel ist es, das Fragebogensurvey in der jeweiligen Zielgruppe effektiv zu verbreiten, um so den geplanten Rücklauf zu erzielen.

Der projektübergreifende Flyer des Projekts „*interprof* HOME“ wird der E-Mail als Anhang beigefügt (Anlage 1a).

1.5.1.1 Reminder

Da das Fragebogensurvey anonym erhoben wird, ist die Möglichkeit ausgeschlossen, die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme konkret nachzuvollziehen. Aus diesem Grund werden Reminder wie folgt vorgenommen:

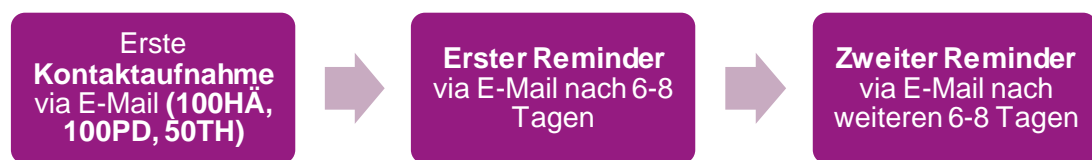


Abbildung 1: Grafische Darstellung der **ersten** Rekrutierungsphase

- Diejenigen Personen, die in der ersten Rekrutierungsphase kontaktiert wurden, erhalten nach 6-8 Tagen eine Reminder E-Mail mit dem ursprünglichen Anschreiben inkl. entsprechendem QR-Code bzw. Link **plus** folgende Ergänzung:
 - *Sollten Sie bereits den Fragebogen ausgefüllt haben möchten wir uns herzlich bei Ihnen bedanken. In diesem Falle betrachten Sie diese E-Mail bitte als gegenstandslos.*
- Vorgesehen ist ein weiterer Reminder wiederum 6-8 Tage nach dem ersten Reminder.
- Die Versendung der drei E-Mails erfolgt an unterschiedlichen Wochentagen, um die Erreichbarkeit und Akzeptanz der potenziell Teilnehmenden zu erhöhen.

1.5.2 Zweite Rekrutierungsphase (12-16- Tage nach erster Rekrutierungsphase)

Im Fall nicht ausreichenden Rücklaufs erfolgt die zweite Rekrutierungsphase analog zur ersten Phase anhand weiterer, neuer potenzieller Teilnehmer*innen randomisiert und stratifiziert nach Zielgruppe (**50HÄ, 50PD, 25TH**) per E-Mail inklusive eines auf die Zielgruppe angepassten Anschreibens (Anlage 1q). Dieser Zeitpunkt ist mit dem Zeitpunkt des zweiten Reminders in der ersten Rekrutierungsphase deckungsgleich.

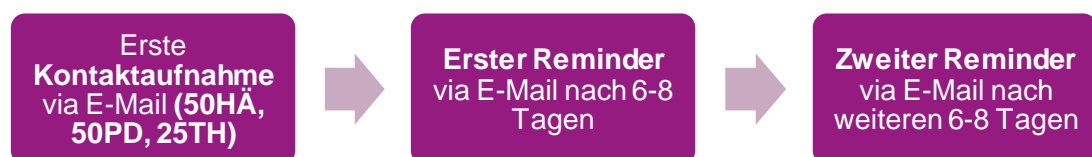


Abbildung 2: Grafische Darstellung der **zweiten** Rekrutierungsphase

Paralleler Rekrutierungsweg

Parallel zur ersten und zweiten Rekrutierungsphase (aktive Rekrutierung) erfolgt ein Aufruf zur Teilnahme am Fragebogensurvey in Zeitschriften, Webseiten oder Newslettern der jeweiligen Zielgruppe im Frühjahr 2022 (passive Rekrutierung), beispielsweise:

- auf der Webseite und im Newsletter der Kassenärztlichen Vereinigungen
- in Newslettern des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IHF)
- auf Plattformen (Lehrgängen oder Veranstaltungen) des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe, etc.

Dieses Vorgehen wird übergeordnet durch das Studienzentrum Köln übernommen, kann bei Bedarf jedoch auch durch die anderen Studienzentren in ähnlichen (regionalen oder überregionalen) zielgruppenspezifischen Medien erfolgen.

1.5.3 Dritte Rekrutierungsphase

Die dritte Rekrutierungsphase beinhaltet die aktive Kontaktaufnahme mit potentiellen Studienteilnehmer*innen unter Nutzung von Zentrums-spezifischer Kontakte. Diese Phase wird nur notwendig, wenn, für alle oder einzelne Zielgruppen, die erste und zweite Rekrutierungsphase keinen ausreichenden Rücklauf generieren.

Hierzu können z.B. projektübergreifende Kontaktlisten der jeweiligen Studienzentren genutzt werden, um weitere Mitglieder der entsprechenden Zielgruppe (HÄ, PP, TH) zu identifizieren, die dann entsprechend der ersten und zweiten Rekrutierungsphase (siehe Punkt 1.5.1 und 1.5.2) kontaktiert werden.

Neben der Rekrutierung per E-Mail ist es in dieser Rekrutierungsphase zu empfehlen, potentielle Teilnehmer*innen direkt telefonisch oder vor Ort anzusprechen.

1.6 Identifizierung potentieller Teilnehmer*innen (PMP, ANG)

Die Zielgruppe der in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf bzw. deren Angehörige kann nicht anhand von organisierten Listen bzw. Registern identifiziert werden (aktive Rekrutierung). Aus diesem Grund werden PMPs bzw. deren ANG im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit rekrutiert (passive Rekrutierungsstrategie).

1.7 Rekrutierung (PMP, ANG)

1.7.1 Erste Rekrutierungsphase

In der ersten Rekrutierungsphase werden sowohl städtische als auch ländliche Gebiete im Umkreis des jeweiligen Studienzentrums einbezogen durch:

- Verbreiten von Aushängen (Anlage 1p) für Infowände oder zur Auslage beispielsweise in Patient*inneninformationszentren, Pflegestützpunkten, Selbsthilfegruppen, Hausarzt- bzw. Therapiepraxen, Pflegediensten

- indirekte Rekrutierung über Gatekeeper wie z.B. Mitarbeiter*innen in Patient*inneninformationszentren oder Pflegestützpunkten und Leitungen der Selbsthilfegruppen, die die Information über die Studie an potentielle PMPs/ANG weitergeben. Hierbei wird ihnen ein zielgruppenspezifisches Anschreiben inkl. projektübergreifendem Flyer zur Verfügung gestellt, welches sie anhand ihrer E-Mail-Verteiler versenden können (Anlage 1q).
- Aufrufe /Anzeigen in Publikationen, Newslettern, Foren, die von der Zielgruppe gelesen werden (z.B. Apotheken-Umschau, Wir pflegen e.V.)

Alle aufgeführten Rekrutierungsformen beinhalten Materialien mit einem QR-Code bzw. einem Link zum Survey. Durch die öffentlichen Aushänge sowie Anzeigen in Foren, Newslettern etc. kann es zu Täuschungsversuchen kommen, die nicht sicher kontrolliert werden können. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass dies aufgrund der sensiblen Thematik und der Veröffentlichung der Aushänge in spezifischen Settings (Ambulanzen, Praxen, Pflegestützpunkte etc.) kaum auftreten wird.

Regelmäßige Reminder

Die Reminderfunktion bei dieser Zielgruppe umfasst die Inhalte aus Kapitel 1.5.1.1. Sechs bis acht Tage nach dem Verbreiten der Aushänge wird kontrolliert, ob Aushänge in den jeweiligen Institutionen erneuert oder aufgefüllt werden müssen. Zusätzlich werden die ausgewählten Gatekeeper für die indirekte Form der Rekrutierung (s.o.) über die Reminder erinnert (siehe Abb. 1). Der Reminder umfasst das Anschreiben sowie folgenden Zusatz:

- *Sollten Sie bereits den Fragebogen ausgefüllt haben möchten wir uns herzlich bei Ihnen bedanken. In diesem Falle betrachten Sie diese Nachricht bitte als gegenstandslos.*

1.7.2 Zweite Rekrutierungsstrategie

Die zweite Rekrutierungsphase beinhaltet beispielsweise die Nutzungen von institutsbezogenen Kontakten. Dazu gehören Kontakte von Mitarbeiter*innen und Kontakte im Rahmen von laufenden oder abgeschlossenen Projekten mit Beteiligung der entsprechenden Zielgruppe. Nach der Identifizierung institutsbezogener Kontakte findet das Vorgehen aus der ersten und zweiten Rekrutierungsphase Anwendung. Neben der Rekrutierung per E-Mail ist es in dieser Rekrutierungsphase zu empfehlen, aktiv auf die Teilnehmer*innen zuzugehen und diese telefonisch oder direkt anzusprechen.

1.8 Datenschutz

Aufgrund der anonymen Vorgehensweise ist eine Einwilligungserklärung in WP4 nicht notwendig.

1.9 Dokumentation

Jedes Studienzentrum ist für die Dokumentation der eigenen Rekrutierung verantwortlich und speichert diese auf gesicherten institutseigenen Laufwerken.

1.9.1 Kontaktaufnahme

Trotz der anonymen Datenerhebung ist eine transparente Dokumentation der bereits kontaktierten Pflegedienste, Hausärzt:innen und Therapeut:innen essenziell. Diese umfasst sowohl die Dokumentation der Kontaktdaten, als auch die des Datums der initialen Kontaktaufnahme und der Versendung der Reminder.

Die Dokumentation ist darüber hinaus auch im Rahmen der Identifikation der in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf bzw. deren Zu- und Angehörigen essentiell, um abzubilden an welchen Orten, in welchem Umfang und auf welcher Art und Weise bereits Öffentlichkeitsarbeit betrieben wurde. Zudem soll Doppelungen in der Rekrutierung und der Datenerhebung entgegengewirkt werden.

Auch das postalische Versenden von papierbasierten Fragebögen ist mit Datum und Kontaktdaten (z.B. tabellarisch) zu dokumentieren.

1.9.2 Rücklauf

Die Kontrolle des Rücklaufs betrifft ausschließlich das Studienzentrum Köln.

1.9.2.1 Digitaler Rücklauf

Das Studienzentrum Köln führt regelmäßige Sichtungen des Rücklaufs in SoSci Survey durch und gibt den anderen Studienzentren regelmäßige Updates, sodass alle Studienzentren einen Überblick über den Rücklauf haben und entsprechend deren Rekrutierungsstrategie anpassen können (Kapitel 1.5 und 1.7).

1.9.2.2 Postalischer Rücklauf

Zudem ist der postalische Rücklauf nach Eingang der Fragebögen mit Datum und Zielgruppe zu erfassen. Diese Dokumentation des postalischen Rücklaufs betrifft ebenfalls ausschließlich das Studienzentrum Köln, da allen Studienzentren vorfrankierte Rückumschläge mit der folgenden Kölner Postadresse zur Verfügung gestellt wurden:

Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft
Projekt „interprof HOME“
Gleueler Str. 176-178
50935 Köln

Die papierbasierten Fragebögen werden in gesicherten und abschließbaren Schränken am Institut für Pflegewissenschaft, Gleueler Str. 184, EG, R. 001 aufbewahrt. Nur die Mitarbeiter*innen aus dem Projekt „interprof HOME“ haben Zugriff auf die ausgefüllten Fragebögen.

Anlagen

Die Anlagen sind studienzentrenbezogen und dem jeweiligen Ethikantrag zu entnehmen. Die hier verwendeten Anlagenamen und Inhalte beziehen sich auf das Studienzentrum Köln.

- Die Fragebögen werden vom Studienzentrum Köln grafisch an die jeweiligen Zentren angepasst und dementsprechend Druckvorlagen in Sharepoint zur Verfügung gestellt.
- Anlage 1a V1_28092021_HOME_WP2-6_Flyer
- Anlage 1q_V2_22_01_28_HOME_WP4_Anschreiben_HÄ_PP_TH_PMP_ANG (in Sharepoint hochgeladen)
- Anlage 1p_V2_22_01_28_HOME_WP4_Aushang_PMP_ANG (in Sharepoint hochgeladen)
- Anlage 1p_V2_22_01_28_HOME_WP4_Aushang_HÄ (in Sharepoint hochgeladen)

Referenzen

- (1) Anthoine E, Delmas C, Coutherut J, Moret L. Development and psychometric testing of a scale assessing the sharing of medical information and interprofessional communication: the CSI scale. *BMC Health Serv Res* 2014; 14:126. doi: 10.1186/1472-6963-14-126
- (2) Hojat M, Fields SK, Veloski JJ, Griffiths M, Cohen MJ, Plumb JD. Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration. *Eval Health Prof* 1999; 22(2):208–20. doi: 10.1177/01632789922034275
- (3) Orchard CA, King GA, Khalili H, Bezzina MB. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): development and testing of the instrument. *J Contin Educ Health Prof* 2012; 32(1):58–67. doi: 10.1002/chp.21123.
- (4) Reid R, Bruce D, Allstaff K, McLernon D. Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: are health care professionals ready for IPL? *Med Educ* 2006; 40(5):415–22. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02442.x(1)
- (5) Ushiro R. Nurse-Physician Collaboration Scale: development and psychometric testing. *J Adv Nurs* 2009; 65(7):1497–508. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05011.x.



SOP – Datenerhebung

WP5

Gemischte Fokusgruppen

Datum: 23. August 2022

Inhalt

Checkliste für die praktische Durchführung von Fokusgruppen	3
Vorab	3
Am Vortag der Fokusgruppe	3
Am Tag der Fokusgruppe	3
Während der Fokusgruppe	3
Nachbereitung	4
1 Durchführung der Datenerhebung	5
1.1 Vorbereitung	5
1.1.1 Technische Aspekte	5
1.2 Durchführung der Fokusgruppe	5
1.2.1 Einstiegsinformation am Anfang der Fokusgruppe	5
1.2.2 Präsentation der Ergebnisse aus den Fokusgruppen mit den Hausärztinnen und Hausärzten	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Verabschiedung, Anerkennung / Danksagung (5 Minuten)	16
2 Nachbereitung	17
2.1.1 Protokoll und Postskript	17
2.1.2 Pseudonymisierungsschlüssel	17
2.1.3 Archivierung und Datentransfer	17
3 Verwendete Literatur zur Erstellung der SOP	17

Checkliste für die praktische Durchführung von Fokusgruppen

Vorab

- Aufklärungsgespräch führen,
- Telefonnummern austauschen,
- Mailadresse geben lassen,
- Hinweisen auf genügend Zeit und ungestörte Umgebung,
- Telefontermin zur Einrichtung WebEx/Zoom/Big Blue Button vereinbaren,
- WebEx/Zoom/Big Blue Button Termine einrichten und an Teilnehmende versenden,
- WebEx/Zoom/Big Blue Button zusammen mit Teilnehmenden einrichten, darauf achten, dass sie ihre Nachnamen eintragen.
- Unterschriebene Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Fokusgruppe liegt vor
- Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Fokusgruppe wurde vom Studienteam unterschrieben und an Teilnehmer*innen zurückgesandt.
- Demografische Angaben wurden von allen Teilnehmer*innen vorab ausgefüllt und durch ein*n Studienmitarbeiter*in geprüft.

Am Vortag der Fokusgruppe

- die Aufnahmetechnik kontrollieren (Akku bzw. Batterien voll? Funktioniert das Gerät? Bin ich souverän im Umgang mit den Funktionen, die ich benötige?).

Am Tag der Fokusgruppe

- Erinnerungsmail und Link an Teilnehmende versenden!
- Leitfaden liegt bereit und wurde vorab auf Aktualität überprüft.
- Zwei Arbeitsplätze (WiMi und Hiwi*ne): zwei Monitore, Headsets, Kameras, Audioaufnahmegeräte und extra Batterien stehen bereit.
- Protokoll liegt bereit.

Während der Fokusgruppe

- Vor Beginn der eigentlichen Fokusgruppe einen kurzen Aufnahmetest machen, um zu kontrollieren, ob alle Sprecher*innen auf der Aufnahme gut zu hören sind.
- Bei Pausen bzw. Unterbrechungen der Aufnahme, darauf achten, dass nicht aus Versehen der bisherige Track überspielt wird!
- Am Ende der Aufnahme diese vollständig sichern!

Nachbereitung

Postskript anfertigen

- Protokoll durch ein Postskript ergänzen, in dem die wichtigsten Besonderheiten der Fokusgruppe ad hoc festgehalten werden.
- Datum, Uhrzeit (Start und Ende) sowie Länge und Ort der Fokusgruppe notieren.

Pseudonymisierungsschlüssel

- Fokusgruppen werden fortlaufend nach folgendem Muster nummeriert:
Standortkürzel_Erhebungsmethode_Gruppenzugehörigkeit,
„A_FG_ALLE“
- Alle Dateien (Audiofiles, Transkripte, Postskript) werden einheitlich benannt.

Archivierung und Datentransfer

- Audio-Files auf den Computer übertragen.
- Audio-Files zusätzlich als Backup auf einem USB-Stick archivieren.
- Audio-Files und Transkriptionen werden wie im Datenschutzkonzept beschrieben ausgetauscht.

Die notwendigen Unterlagen werden vor der Verwendung auf Aktualität hin geprüft (Angabe Version, Datum).

Bei Unklarheiten wird bei der Studienzentrale nachgefragt. Für eine korrekte Ablage der Unterlagen sind die jeweiligen Standorte verantwortlich.

1 Durchführung der Datenerhebung

1.1 Vorbereitung

1.1.1 Technische Aspekte

- Am Vortag der Fokusgruppe die Aufnahmetechnik kontrollieren: (Akku bzw. Batterien voll? Funktioniert das Gerät? Bin ich souverän im Umgang mit den Funktionen, die ich benötige?). So kann eventuell noch rechtzeitig reagiert werden, falls etwas nicht geht (Batterien kaufen, Akku aufladen, Reserve-Gerät organisieren etc.).
- Vor Beginn der eigentlichen Fokusgruppe einen kurzen Aufnahmetest machen, um zu kontrollieren, ob alle Sprecher*innen auf der Aufnahme gut zu hören sind.
- Wenn es Pausen bzw. Unterbrechungen der Aufnahme gibt, darauf achten, dass nicht aus Versehen der bisherige Track überspielt wird!
- Am Ende der Aufnahme diese vollständig sichern!

1.2 Durchführung der Fokusgruppe

(Bildschirmpräsentation starten)

1.2.1 Einstiegsinformation am Anfang der Fokusgruppe

20 Minuten (z.B. 18.30 – 18.50 Uhr) Einführung in die Veranstaltung

Herzlich Willkommen!

Mein Name ist n.n., ich werde heute diese Fokusgruppe moderieren. Das ist mein*e Kolleg*in n.n., die heute das Protokoll führen wird (Hiwi*ne und Funktion vorstellen.)

Folie 2: Netiquette

Vorab 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, Sie können dafür am besten selbst die Hand heben oder die Funktion „Hand heben“ benutzen, und denken sie daran, ihr Mikrofon wieder anzuschalten, wenn wir sie auffordern zu sprechen.

Die Chat-Funktion werden wir heute nicht nutzen. Falls Sie allerdings Verbindungsprobleme haben sollten, könnten Sie uns das darüber mitteilen. Im Falle solcher Probleme könnten Sie sich auch über das Telefon einwählen. Herzlichen Dank!

Wir hätten die Fokusgruppe gerne persönlich mit ihnen in unseren Räumlichkeiten durchgeführt, was aber aufgrund der derzeitigen Bestimmungen leider nicht möglich ist.

Folie 3: Was erwartet sie heute?

Der Ablauf der heutigen Veranstaltung sieht folgendermaßen aus.

Wir denken, dass wir innerhalb der nächsten zwei Stunden diskutieren werden, eine Pause haben wir zunächst nicht vorgesehen.

Wenn Sie Bedarf für eine Pause haben, melden Sie sich gerne.

Hier sehen Sie die Tagesordnung. Es kann durchaus hier und da um 5 Minuten Verschiebungen kommen, das Ende wird aber pünktlich wie vereinbart um 20.30 Uhr sein.

Folie 4: Warum haben wir Sie heute zu dieser Studie eingeladen?

Unser Ziel ist es im Studienteil A ein bedarfsorientiertes, interprofessionelles und personenzentriertes Versorgungskonzept zu entwickeln, u.a. um eben diese Krankenhausaufnahmen zu vermeiden.

Dazu möchten wir heute gerne einladen, mit uns, Ihre Erfahrungen und Perspektiven zur interprofessionellen Versorgungssituation von in der Häuslichkeit lebenden pflegebedürftigen Menschen zu diskutieren.

Das Ziel des Studienteil B ist das Versorgungskonzept dann zu testen.

interprof Home ist ein vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss finanziertes Projekt mit einem Förderzeitraum von 40 Monaten.

Folie 5: Was ist der Hintergrund der Studie?

Die Versorgungssituation von Personen mit Pflegebedarf in der ambulanten häuslichen Versorgung ist sehr komplex. Es gibt oft eine unzureichende Zusammenarbeit der Versorger*innen, also zwischen den professionell Pflegenden, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und Angehörigen.

Das könnte die Sicherheit der Patient*innen negativ beeinflussen.

Man weiß, dass 50% der Krankenhausaufnahmen in dieser Patient*innengruppe aufgrund „ambulant-sensitiver“ Diagnosen geschehen. „Ambulant-sensitiv“ bedeutet, dass sie durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung verhindert werden können.

Folie 6: Was haben wir bereits gemacht?

Unsere Studie besteht aus zwei Teilen und mehreren Arbeitspaketen.

Im Studienteil A entwickeln wir mit Ihrer Unterstützung eine **Maßnahme**, die wir im Studienteil B **ausprobieren möchten**.

Bisher haben wir an unseren vier Studienstandorten: Göttingen, Hamburg, Lübeck und Köln Fokusgruppen mit Hausärzt*innen, Therapeut*innen und Pflegefachpersonen durchgeführt.

Außerdem interviewten wir einzeln 17 Personen mit Pflegebedarf und 21 Angehörige bzw. Vertrauenspersonen.

Gleichzeitig fanden Beobachtungen von Hausbesuchen, begleitende Einzelinterviews und Begleitungen des Arbeitsalltags von Versorger*innen statt.

Es sollen damit gute Beispiele einer Versorgung gefunden werden.

Dazu kommt eine Fragebogenerhebung, bei der Pflegende, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und Patient*innen mit ihren Angehörigen u.a. zu den Themen „Zusammenarbeit im Rahmen ärztlicher Hausbesuche“ und „Möglichkeiten der Kooperation“ befragt werden.

HEUTE wollen wir in dieser gemischten Fokusgruppen mit Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Therapeut*innen, Patient*innen und Angehörigen Ansätze für die Optimierung der Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung mit Ihnen als Vertreter*innen für die genannten Gruppen erarbeiten.

Zudem wird unter Berücksichtigung sämtlicher Perspektiven entwickelt, wie das Versorgungskonzept am besten im Rahmen der Studie eingeführt werden kann.

Die Lösungsansätze werden dann in einem Workshop mit Expert*innen, wie z.B. Vertreter*innen von Krankenkassen diskutiert, um abschließend wesentliche Komponenten des Versorgungskonzepts festzulegen.

Auch die Ideen aus Ihrer Fokusgruppe und denen, die heute bzw. in den nächsten Tagen stattfindenden Fokusgruppen in Hamburg, Göttingen, Köln und Lübeck, werden weiter diskutiert, konkretisiert und abschließend festgelegt.

Folie 7: Diskussionsregeln

Bevor wir jetzt anfangen mit unserer Diskussion, möchte ich noch ein paar grundlegende Dinge zu unserem Gespräch sagen: Wir würden Sie gerne mit Ihrem Nachnamen ansprechen, da das das Gespräch erleichtert. Wir bitten Sie allerdings möglichst keine Namen von Personen oder Einrichtungen mit denen Sie zusammenarbeiten zu erwähnen. Ihre Schweigepflicht hinsichtlich Patient*innendaten gilt selbstverständlich auch hier.

Zu den heute von uns zu besprechenden Themen gibt es sicherlich sehr unterschiedliche Ansichten und Erfahrungen. Wir sind an jeder interessiert! Sie sollen Ihre Meinung frei, offen und ehrlich äußern können. Es gibt kein Richtig oder Falsch! Kontroverse Diskussionen können hierbei auch sehr hilfreich sein. Wir bitten Sie, die hier geäußerten Erfahrungen der anderen vertraulich zu behandeln.

Die Regeln zum Datenschutz und der Pseudonymisierung haben Sie vorab in der Studieninformation und der Einwilligungserklärung gelesen und bereits unterschrieben.

Vielen Dank für Ihre Einwilligung, dass wir eine Audioaufnahme von dieser Fokusgruppe machen dürfen. Ich versichere Ihnen, dass die Audioaufnahme vertraulich behandelt wird und sobald es möglich ist, also nach der Transkription/Verschriftlichung der Daten gelöscht wird.

Frau/Herr xyz (Name der/des Hiwi*ne) wird zusätzlich Protokoll schreiben.

Wir würden dann ab jetzt den - Ihr Einverständnis vorausgesetzt - Ton aufnehmen und mit einer kurzen Vorstellungsrunde beginnen. Gibt es noch irgendwelche Fragen oder Bedenken?

(Bildschirmpräsentation stoppen)

10 Minuten (z.B. 18.50 – 19.00 Uhr) Vorstellungsrunde

Ich bin wie gesagt xxx, (Name der Moderator*in), meine Rolle ist die Diskussion zu leiten, Fragen zu stellen und Ihnen aufmerksam zuzuhören. Inhaltlich beteilige ich mich nicht am Gespräch.

Herr/Frau xyz könnten Sie sich kurz vorstellen? Bitte nennen Sie uns kurz Ihren Namen, in welchem Stadtteil/Ort ihre Praxis/Pflegedienst liegt und wie häufig Sie Hausbesuche bei pflegebedürftigen Personen ungefähr durchführen.

Vielen Dank! Herr/Frau xyz könnten Sie sich bitte kurz vorstellen ... [*Teilnehmende einzeln mit Nachnamen auffordern in ein bis zwei Sätzen etwas zu sich zu sagen.*] Vielen Dank!

1.2.2 Fördernde & hemmende Faktoren in der Zusammenarbeit

25 Minuten (z.B. 19.00 – 19.25 Uhr)

(Bildschirmpräsentation starten)

Folie 8: Was unterstützt und was behindert die Zusammenarbeit?

Um diese Frage zu beantworten möchten wir Ihnen jetzt kurz die Ergebnisse aus den vorausgegangenen Interviews und Fokusgruppen präsentieren.

Wir haben die Teilnehmenden u.a. gebeten uns zu erzählen wie ihre Erfahrungen mit der Zusammenarbeit der Versorger*innen aussieht.

In den monoprofessionellen Fokusgruppen und Einzelinterviews hat sich herausgestellt, dass es verschiedene fördernde und hemmende Faktoren in der Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten gibt, die wir in 4 Kategorien zusammenfassen konnten:

1. „Erreichbarkeit/Kontinuität“,
2. „Versorgungspartnerschaft“,
3. „Festgelegte Abläufe“ und
4. „Vertrauen bzw. Bekanntschaft“.

Diese 4 Kategorien möchten wir jetzt näher ausführen.

Folie 9: Erreichbarkeit und Kontinuität

- Aus der Sicht der Professionellen auf die Angehörigen sind in Bezug auf die **Erreichbarkeit und Kontinuität** der Wohnort dieser und die Anzahl der sich zuständig fühlenden Angehörigen ein fördernder bzw. hemmender Aspekt für eine gute Zusammenarbeit.

Wenn Angehörige nicht vor Ort wohnen, also nicht mit im Haus oder gar nicht in der Stadt wohnen, und/oder wenn es verschiedene An- und Zugehörige gebe, die sich zuständig fühlen, aber verschiedene Vorstellungen haben und sich ggf. auch nicht untereinander absprechen, sei es eine große Herausforderung für die Zusammenarbeit.

Gerade Hausärzt*innen berichteten, dass es dann z.T. dazu käme, dass Angehörige den Hausarzt oder die Hausärztin anrufen würden und um einen Hausbesuch bitten würden, scheinbar da sie sich nicht selbst um ihre – oftmals Mütter kümmern können, und so „ihr schlechtes Gewissen beruhigen“.

- **Im Gegenzug erleichtere es einiges, wenn Angehörige direkt mit im Haus wohnen würden, da sie direkt ansprechbar seien, interessiert und engagiert eine gute Versorgung unterstützen würden.**
- Als Herausforderungen und Barrieren in der Zusammenarbeit mit/zwischen Pflegenden, Hausärzt*innen und Therapeut*innen berichten **alle** Beteiligte eine jeweils schlechte Erreichbarkeit der jeweils anderen.
- Vor allem seien **Hausärzt*innen** schwer erreichbar, würden teilweise auf dringliche, telefonische Anfragen und Faxe nicht reagieren und z.T. habe man das Gefühl von Medizinischen Fachangestellten so abgewimmelt zu werden.
- Bei **Pflegenden** sei das Hauptproblem neben einer schlechten Erreichbarkeit außerhalb der Geschäftszeiten, vor allem aus der Perspektive der Hausärzt*innen und An-/Zugehörigen die mangelnde Kontinuität, da das Personal in Pflegediensten oftmals wechseln würde. Therapeut*innen sehen vor allem als Herausforderung, dass es mit Pflegenden keine bzw. wenig Kontaktgelegenheiten gibt.
- **Im Gegensatz dazu ist gerade die Zusammenarbeit mit 24-Std. Pflegekräften bei intensiv Pflegebedürftigen in der ambulanten Versorgung besonders gut, da diese ständig vor Ort sind und häufig offen für eine ineinandergreifende Versorgung sind wie z.B. Transfer mit dem Lifter oder Essen anreichen bei Schluckstörungen.**

- In der Zusammenarbeit mit **Therapeut*innen** ist die größte Barriere, dass es oftmals einfach keine Therapeut*innen gäbe, die freie Therapieplätze hätten und Hausbesuche anbieten würden.

Folie 10: feste Abläufe

- Eine weitere Barriere in der Zusammenarbeit mit und zwischen Pflegenden, Hausärzt*innen und Therapeut*innen ist das Fehlen von festen Abläufen.
- Das fängt mit dem Fehlen einer festen, am besten auch persönlich bekannten, Ansprechperson in der Praxis oder dem Pflegedienst an.
- Des Weiteren gäbe es dort wo es mit der Zusammenarbeit nicht gut funktionieren würde oftmals
- Keine Terminkoordination,
- Keine gemeinsame (Vor-Ort-) Dokumentation,
- Kein gemeinsamer Kommunikationsweg,
- Keine gemeinsame Vor-Ort-Zeit und
- Keine Medikamentenbestellung über Apotheke
- Da wo es gut funktioniere, würden einige dieser Strukturen und Prozesse gut umgesetzt. Zum Beispiel der Einsatz eines Messenger-Dienstes zur Übermittlung eines Fotos einer Wunde zwischen Pflegenden und eines Hausarztes.
- Oder die routinemäßig stattfindende Medikamentenbestellung bei der die hausärztliche Praxis die Rezepte an eine bestimmte Apotheke weitergibt.
- Oder ein (Übergabe)-Buch was in der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf in das alle Versorger*innen Besonderheiten eintragen. Zufällige Begegnungen vor Ort zeigen, dass ein Austausch bei Therapeut*innen und Pflegenden als bereichernd empfunden wird oder gemeinsame Pflegezeit wie bei den 24-Stunden-Fachkräften die Versorgungsqualität verbessern.
- **Informationsaustausch zwischen allen Leistungserbringenden erfolgt zumeist über die Person mit Pflegebedarf oder Angehörige (insbesondere bei Krankenhauseinweisungen/-entlassungen).**

Folie 11: Versorgungspartnerschaft

Das führt uns zu dem Aspekt der **Versorgungspartnerschaft**.

Als eine Versorgungspartnerschaft kann eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen den Versorger*innen verstanden werden.

Zum Beispiel wenn Angehörige sich gut um ihre Verwandten kümmern, die professionellen Versorger*innen unterstützen, statt bei der Pflege oder Therapie zu stören.

Besonders gut sei die Zusammenarbeit aus der Perspektive der Professionellen, wenn Angehörige über ein gutes Wissen über das Pflegesystem und das Leistungsspektrum der Versorger*innen bescheid wissen und Absprachen über Aufgaben und Kosten stattgefunden habe..

Barrieren in der Zusammenarbeit entstehen, wenn sich Angehörige gar nicht kümmern, die Professionellen nicht unterstützen oder, wenn das Gegenteil eintritt, sie durch ihre ständige Anwesenheit bei der Grundpflege oder Therapie dabei sind und diese damit stören. Auch eine Überversorgung der pflegebedürftigen Angehörigen kann eine Barriere der Zusammenarbeit sein, also beispielsweise wenn Angehörige den pflegebedürftigen Verwandten alles abnehmen und damit z.B. die Therapieziele und Fortschritte stören.

Folie 12: Versorgungspartnerschaft

Eine gute Versorgungspartnerschaft und damit auch eine gute Zusammenarbeit lässt sich herstellen durch eine gegenseitige Kontaktaufnahme, eine Informationsweitergabe oder einen Austausch zu dem Vorgehen oder Therapie, was aber aus der Sicht der Befragten eher selten – auch aufgrund von Zeitmangel stattfinden würde.

Des Weiteren bestände oftmals aus Sicht der Pflegenden und Therapeut*innen kein Interesse, Wissen & Vertrauen in die jeweiligen Fachkenntnisse.

Eine Kontaktaufnahme würde oftmals auch nur bei „Unstimmigkeiten“ stattfinden, z.B. zwischen Ärzt*innen und Therapeut*innen, wenn Therapie nicht mehr verordnet werden soll oder die Heilmittelverordnung nicht korrekt ausgefüllt wurde.

Weitere hemmende Faktoren für eine Zusammenarbeit sei, dass **Hausärzt*innen** oftmals nicht auf Anfragen reagieren und keine Hausbesuch durchführen würden, wenn Pflegende darum bitten. Außerdem hätten Hausärzt*innen bezüglich der Verordnungen von Heilmitteln nur unzureichendes Wissen.

Pflegende seien aus der Perspektive der jeweils anderen teilweise nicht gut genug ausgebildet und nicht flexibel. Ambulant Pflegende hätten ihre festen Routen. Sie könnten nicht bei Bedarf die Routen ändern und „platzen“ bspw. in Therapiestunden. Zudem würden Pflegende die Entscheidung, ob Hausärzt*innen kontaktiert werden soll oftmals den Angehörigen überlassen. Gute Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegenden wird beschrieben, wenn Pflegende flexibel sind und ihre Route im

Notfall (Ehemann ist gestürzt) auch mal spontan ändern und die Entscheidung den Hausarzt/die Hausärztin zu kontaktieren nicht der Angehörigen Person überlassen wird, sondern die Pflegende beide über die Notwendigkeit eines Hausbesuches informiert.

In Bezug auf die Versorgungspartnerschaft mit **Therapeut*innen berichten Hausarzt*innen, dass Therapieberichte oftmals nicht ausreichend formuliert** seien um sich ein gutes Bild von den Inhalten und Ziele der Therapie machen zu können.

Wenn man sich allerdings schon gut kennen würde, sei auch der Therapiebericht ausreichend.

Folie 13: Vertrauen/Bekannschaft

Das führt uns zu dem letzten Aspekt „Vertrauen und Bekannschaft“.

Grundsätzlich scheint Vertrauen und Bekannschaft eine gute Basis für Zusammenarbeit zu sein. Eine Herausforderung für die Zusammenarbeit ist es, wenn Angehörige den Versorger*innen **kein Vertrauen** entgegenbringen und deshalb z.B. auf die Zeit achten würden, die der Pflegedienst benötigt.

Im Gegenteil kann aber auch eine **Bekannschaft** zwischen Versorger*innen und Pflegenden dazu führen, dass diese ausgenutzt wird, z.B. mit der Bitte doch eben noch den Müll mitrauszunehmen.

Eine Herausforderung bei der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Hausarzt*innen kann sein, wenn kein Vertrauensverhältnis mehr besteht, da der Hausarzt oder die Hausärztin den Aufwand, den eine Patientin oder ein Patient bei der Pflege birgt, extra falsch angegeben hat.

Grundsätzlich gibt es zwischen unbekanntem Versorger*innen weniger Kontaktaufnahmen als zwischen bekannten und vertrauten Versorger*innen. Teilweise würde die Offenheit/Interesse gegenüber der anderen Berufsgruppe fehlen, um ein „sich Kennen“ zu festigen.

Folie 14:

Gibt es aus ihrer Perspektive noch weitere wichtige Aspekte in der Zusammenarbeit der professionellen Versorger*innen, Angehörigen und Personen mit Pflegebedarf, **die wir nicht genannt haben?**

(Bildschirmpräsentation kurz stoppen, evtl. Audioaufnahme starten)

45 Minuten (z.B. 19.25 – 20.10 Uhr)

(Bildschirmpräsentation starten, evtl. Audioaufnahmen stoppen)

Folie 15: Ansätze für eine bessere Zusammenarbeit

In den nächsten ca. 45 Minuten wollen wir nun gemeinsam mit Ihnen die Vollständigkeit und Umsetzbarkeit der Ideen aus den vorangegangenen Interviews und Fokusgruppen diskutieren.

Wir bitten die Teilnehmenden uns zu berichten, wie Ihrer Meinung nach eine ideale Gesundheitsversorgung aussieht und hier sehen Sie eine Zusammenstellung der Ergebnisse, die ich Ihnen jetzt im Weiteren vorstellen werde.

Folie 16:

Aber bevor ich das tue. Sage ich Ihnen noch einmal was Personen mit Pflegebedarf und Angehörige sich wünschen:

- Entlastung in Bezug zur Organisation von Verordnungen, Überweisungen, diagnostischen oder therapeutischen Änderungen

Folie 17: Kontaktdaten & Terminkoordination

Die Teilnehmenden aus den Interviews und Fokusgruppen wünschen sich „Greifbare“ Kontaktdaten der beteiligten Akteur*innen, um diese kontaktieren zu können.

Dazu könnte z.B. ein gemeinsames Kontaktformular in der Häuslichkeit oder eine zentrale Onlinedatei mit multiprofessionellen Kontaktbögen genutzt werden.

Insbesondere um die Möglichkeit zur direkten Rücksprache/Absprache zu haben, um Anliegen gezielt und direkt klären zu können und damit der Herausforderung der mangelnden Erreichbarkeit aller Beteiligten zu begegnen.

Zur besseren Terminkoordination, um beispielsweise einen Überblick zu bekommen welche Berufsgruppe wann bei der Person mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit ist, wünschen sich die Befragten einen gemeinsamen Terminplaner, wo jede Partei einschreibt, Termine ändert, und evtl. auch ein paar Notizen machen zu können.

Auch da wird eine digitale Lösung im Sinne eines „Digitalen Terminkoordinators“ bevorzugt, der von unterwegs abrufbar und befüllbar wäre.

Folie 18: Dokumentation & Kommunikationsmedium

Idealerweise würden sich die Versorger*innen zur Dokumentation ein gemeinsames Berichtsblatt, ein Buch oder eine Dokumentationsmappe vor Ort wünschen, Pflegenden sähen auch gerne, wenn der

Therapiebericht nicht nur an den Hausarzt*innen, sondern auch gleich an den Pflegedienst gesendet werden würde. Am liebsten hätten die Versorger*innen aber eine gemeinsame, möglichst digitale, standardisierte Dokumentation. Zusätzlich sollten sich die verschiedenen Berufsangehörigen gegenseitig bei Besonderheiten informieren.

Für die Kommunikation wünschen sich die Versorger*innen ein gemeinsames Kommunikationsmedium womit die datenschutzkonforme Übermittlung z.B. von Fotos möglich wäre, aber auch das Versenden von Text und Audioaufnahmen.

Folie 19: Persönlicher Austausch & Begegnungen

Ein interessanter Aspekt für die ideale Gesundheitsversorgung ist das sich die professionellen teilweise gewünscht haben zu verstehen, warum die anderen Versorger*innen etwas tun oder mitzuteilen, was sie mit welchem Ziel tun. Dabei würde „das Geschriebene das gesprochene Wort nicht ersetzen können“, weshalb es einen persönlichen Austausch bzw. Begegnungen in der Häuslichkeit geben sollte.

Der persönliche Austausch könnte in Präsenz oder auch digital stattfinden. Zum Beispiel als (vergüteter) Stammtisch, in Form von wöchentlichen Fallbesprechungen, regelmäßigen „Teamtreffen“ oder Qualitätszirkel.

Begegnungen, die einen persönlichen Austausch ermöglichen würden, könnten ein Aufsuchen der hausärztlichen Praxis sein, um vor Ort die Anliegen zu klären. Ein Besuch bei der Eröffnung von therapeutischen Praxen, um sich kennen zu lernen. Oder ein verabredetes Treffen bei der Person mit Pflegebedarf oder ein gemeinsamer (monatlicher) Visitertermin. Insbesondere Therapeut*innen und Pflegenden wünschen sich eine gemeinsame, regelmäßige Therapiezeit, um durch das Ineinandergreifen der jeweiligen Fachkenntnis die Versorgung zu verbessern.

Folie 20: Aus- und Weiterbildung

Um grundsätzlich zu verstehen was die Hintergründe, Ziel, Beweggründe für professionelle Handlungen sind, schlagen die Teilnehmenden vor, dass man interprofessionelle Kommunikation in die Ausbildung integrieren sollte, das man bereits in der Ausbildung ein gemeinsames Lernen sowie Hospitationen bei den jeweilig anderen Berufsgruppen ermöglichen sollte.

Diese Hospitationsmöglichkeiten können auch später sinnvoll sein, um Abläufe, Struktur bzw. Arbeitsalltag und die Erfordernisse der jeweils anderen Berufsgruppen zu kennen und zu verstehen.

Zudem sollte man, um das gegenseitige Verständnis zu erhöhen, bspw. Angehörige in Pflegeversicherung/Leistungsspektrum der Pflege schulen und Hausarzt*innen in der Verordnung von Heilmitteln.

Grundsätzlich sei eine Weiterbildung in den berufsspezifischen und berufsübergreifenden Kompetenzen („Blick auf die Versorgung der einzelnen Berufsangehörigen verstehen“) eine guter Schritt in Richtung ideale Gesundheitsversorgung.

Folie 21: Ansprechperson/Versorger*innen-Team

Ein weiterer wesentlicher Punkt für eine ideale Gesundheitsversorgung ist die Einführung von Ansprechpersonen bzw. eines Versorger*innen-Teams.

Im kleinen kann das eine **Ansprechperson** in der Praxis oder im Pflegedienst sein, z.B. eine Medizinische Fachangestellte, die Anfragen bündelt und priorisiert.

Wünschenswert wäre aber auch eine **übergeordnete/zentrale Ansprechperson** oder sogar ein entsprechender **Bereitschaftsdienst/ein Versorger*innen-Team**. z.B. für einen Stadtteil. Es geht dabei darum, dass sich die Teilnehmenden eine Person wünschen, die sich verantwortlich fühlt und die Kommunikation über eine Person mit Pflegebedarf bündelt. Gerne auch eine Koordinationsperson, außerhalb der Praxis, die sich um die Belange kümmert. Oder ein Versorger*innenteam, das z.B. für einen bestimmten Stadtteil zuständig ist, da man dann direkt weiß, mit wem man es zu tun hat.

Und zum Abschluss möchte ich noch die **kleinen großen Dinge** erwähnen, die sich die Teilnehmenden wünschen:

Mehr Vertrauen in die Kompetenzen der anderen Berufsangehörigen

Gegenseitiges Verständnis, Akzeptanz und Respekt

Wechselseitiges Interesse/Offenheit

Folie 22: Ansätze für eine bessere Zusammenarbeit

Folie 23: Diskussion

Wie sollte die Zusammenarbeit in der Versorgung von Personen mit Pflegebedarf zukünftig aus Ihrer Perspektive gestaltet sein?

Gerne würden wir jetzt noch einmal Ihre Ideen/Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit einer Berücksichtigung der Machbarkeit konkretisieren:

„Wie könnte man das umsetzen ...“

„Was genau stellen Sie sich darunter vor...“:

„Welche Personen/Berufsgruppen sollten einbezogen werden“

Und zum Abschluss noch einmal eher allgemeiner: Gibt es Aspekte, die wir bisher noch nicht angesprochen haben, die Sie aber besonders wichtig finden?

(Bildschirmpräsentation stoppen, evtl. Audioaufnahme starten)

Und zum Abschluss noch einmal eher allgemeiner: Gibt es Aspekte, die wir bisher noch nicht angesprochen haben, die Sie aber besonders wichtig finden?

10 Minuten (z.B. 20.10 – 20.20 Uhr)

Zusammenfassung der Ergebnisse und Verabschiedung

Wir kommen nun langsam zum Ende der heutigen Veranstaltung. Herr/Frau XYZ wird nun noch einmal die wichtigsten Punkte zusammenfassen.

(Bildschirmpräsentation starten)

Verabschiedung, Anerkennung / Danksagung (5 Minuten)

Vielen Dank für Ihre intensive und lebhaftige Zusammenarbeit. Es waren wirklich sehr interessante Ansichten und Erfahrungen, die sie mit uns geteilt haben. Auch dafür unseren herzlichen Dank. Nur durch Ihre Unterstützung ist eine solche Forschung zum Wohle Ihrer in der Häuslichkeit pflegebedürftigen Kundinnen und Kunden überhaupt möglich.

Wir hoffen, dass Sie auch eine gute Zeit hatten und wünschen Ihnen noch einen schönen Tag/Abend.

2 Nachbereitung

2.1.1 Protokoll und Postskript

Nach der Fokusgruppe wird das Protokoll durch ein Postskript durch die/den Moderator*in ergänzt, in dem die wichtigsten Besonderheiten der Fokusgruppe ad hoc festgehalten werden. Bitte auch Datum, Uhrzeit (Start und Ende) sowie Länge und Ort der Fokusgruppe notieren.

2.1.2 Pseudonymisierungsschlüssel

Die Fokusgruppen werden fortlaufend nach folgendem Muster nummeriert: Standortkürzel_Erhebungsmethode_Gruppenzugehörigkeit, z.B. „A_FG_ALLE“. Alle Dateien (Audiofiles, Transkripte, Postskript) werden einheitlich benannt.

2.1.3 Archivierung und Datentransfer

Audio-Files werden auf den Computer übertragen und zusätzlich als Backup auf einem USB-Stick archiviert. Hier noch einmal zur Erinnerung: Aus datenschutzrechtlichen Gründen muss es auf jeden Fall vermieden werden Forschungsdaten (Transkripte, Audiofiles) auf Server-Systemen (Netzlaufwerke, Cloud, etc.) zu archivieren. Audio-Files und Transkriptionen werden nur verschlüsselt per Mail ausgetauscht.

3 Verwendete Literatur zur Erstellung der SOP

Schulz M, Mack B, Renn, O. 2012. Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien.



Information zur Teilnahme an einem Einzelinterview im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Sehr geehrte Frau **xyz**, sehr geehrter Herr **xyz**,

wir möchten Sie herzlich einladen, an einer Studie teilzunehmen, bei der es um die Versorgung von zuhause gepflegten Personen geht.

Die Studie wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen durchführt. Die Studie wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF20005).

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Versorgung von in der zuhause gepflegten Personen ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen geleistet: Beruflich Pflegenden von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch von Angehörigen oder Vertrauenspersonen. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, welche nicht zuletzt in Zeiten der Coronapandemie, eine Herausforderung darstellen können.

Ziel des Projektes „interprof HOME“

Ziel ist die Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen zur Stärkung der personenzentrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Versorgung zuhause gepflegten Personen. Durch die Maßnahmen sollen unter anderem unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie besteht aus zwei Teilen:

In Studienteil A wird mit verschiedenen Methoden unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Dazu führen wir Interviews mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen und ausgewählten Expert*innen durch. Hinzu kommen Gruppendiskussionen mit in der

Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf, Angehörigen/Vertrauenspersonen, Hausärzt*innen, beruflich Pflegenden, ambulanter Pflegedienste sowie Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen. Zusätzlich stellen Beobachtungen von Hausbesuchen und eine Fragebogenstudie sicher, dass die Versorgungsroutine der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Bedürfnisse aller Beteiligten genau erfasst werden.

In Studienteil B werden die entwickelten Maßnahmen in einer Studie eingeführt. Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Aspekte und der Prozess der Einführung untersucht.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Hiermit laden wir Sie herzlich zu einem Einzelinterview ein.

Sie erhalten die Gelegenheit, die Erfahrungen mit Ihrer Versorgungssituation zu schildern. Hierbei interessiert uns Ihre ganz persönliche Sichtweise auf Ihre Versorgung durch die verschiedenen Berufsgruppen (beruflich Pflegenden, Hausärzt*innen, Therapeut*innen) und deren Zusammenarbeit. Zudem bitten wir Sie, einen Kurzfragebogen zu wenigen persönlichen Daten auszufüllen.

Die Erkenntnisse aus der Auswertung aller Interviews dient als Basis für die weitere Entwicklung von Ideen, wie eine optimale Versorgung von zuhause gepflegten Personen aussehen kann.

Die Teilnahme an einem Interview ist **freiwillig**. Das Interview wird von eine*r Studienmitarbeiter*in persönlich **an einem Ort Ihrer Wahl, per Video oder telefonisch** durchgeführt (Ihrem Wunsch nach). Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren.

Das Interview dauert ca. **30 – 60 Minuten**, erfahrungsgemäß kann es aber auch einige Minuten länger dauern, so dass es gut wäre, wenn Sie ausreichend Zeit mitbringen. Wir möchten Sie zudem bitten, bereits im Vorfeld des Interviews einen **Kurzfragebogen** mit Daten zu Ihrer Person auszufüllen. Für Ihren Aufwand erhalten Sie eine **Entschädigung von 50 Euro**.

Für eine bessere Auswertung wird das Interview mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet. Die Auswertung des Interviews sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert¹ (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei dem Einzelinterview werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutzrecht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Personen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A der DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung und Informationen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilligungserklärung hingewiesen werden:

- Das Einzelinterview findet telefonisch, per Video oder in Präsenz statt. Die Wortbeiträge werden als Audiodatei gespeichert, sofern die Teilnehmer*innen damit einverstanden sind. Die Aufzeichnung erfolgt als lokale Aufzeichnung auf zwei externen Aufnahmegeräten (z. B. Diktiergerät).

- Die aufgezeichneten Beiträge werden in pseudonymisierter¹ (verschlüsselter) Form gespeichert und die Audioaufnahmen werden für die Auswertung in pseudonymisierter Schriftform übertragen. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.
- Die Speicherzeit für die verschrifteten Daten beträgt 10 Jahre und für die Audioaufzeichnungen und die Pseudonymisierungsliste bis zum Ende der Studie voraussichtlich in 4 Jahren. Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet. Die aufgezeichneten Audiobeiträge sowie die personenbezogenen Daten werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch das *interprof* HOME-Projektteam. Diese werden nur für Zwecke der Studie bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projektberichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *interprof* HOME genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DSGVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der Daten (Studienende 2024) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).

¹**Pseudonymisieren** die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU- Datenschutzgrundverordnung).

²**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an das Projektteam oder an die Datenschutzbeauftragte bzw. den Datenschutzbeauftragten des Projektzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO). Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der bzw. dem Projektverantwortlichen bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Diese Rechte sind nur bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung bzw. Löschung durchsetzbar.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Projektleitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-68193
E-Mail: eva.hummers@med.uni-goettingen.de.

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Göttingen wenden:

Datenschutzbeauftragte*r der UMG

Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
Tel.: 0551-39-62762
E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich beifolgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Adresse Prinzenstraße 5, 30159 Hannover
Tel.: 0511 120-4500
E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wer ist bei Rückfragen ansprechbar?

Ana Mazur, MPH (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)
Tel.: 0551 / 39-63709
Mail: analucia.mazur@med.uni-goettingen.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!



Information zur Teilnahme an einem Einzelinterview im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Sehr geehrte Frau **xyz**, sehr geehrter Herr **xyz**,

wir möchten Sie herzlich einladen, an einer Studie teilzunehmen, bei der es um die Versorgung von zuhause gepflegten Personen geht.

Die Studie wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen durchführt. Die Studie wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF20005).

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Pflegebedarf ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen geleistet: Beruflich Pflegende von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch von Ihnen. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, welche nicht zuletzt in Zeiten der Coronapandemie, eine Herausforderung darstellen können.

Ziel des Projektes „interprof HOME“

Ziel ist die Entwicklung und Testung von Maßnahmen zur Stärkung der personenzentrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Versorgung von zuhause gepflegten Personen. Durch die Maßnahmen sollen unter anderem unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie besteht aus zwei Teilen:

In Studienteil A wird mit verschiedenen Methoden unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Dazu führen wir Interviews mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen

und ausgewählten Expert*innen durch. Hinzu kommen Gruppendiskussionen mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen, Hausärzt*innen, beruflich Pflegenden ambulanter Pflegedienste sowie Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen. Zusätzlich stellen Beobachtungen von Hausbesuchen und eine Fragebogenstudie sicher, dass die Versorgungsroutine der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Bedürfnisse aller Beteiligten genau erfasst werden.

In Studienteil B werden die entwickelten Maßnahmen in einer Studie eingeführt. Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Aspekte und der Prozess der Einführung untersucht.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Hiermit laden wir Sie herzlich zu einem Einzelinterview ein.

Sie erhalten die Gelegenheit, die Erfahrungen mit Ihrer Versorgungssituation zu schildern. Hierbei interessiert uns Ihre ganz persönliche Sichtweise auf die Versorgung der Person mit Pflegebedarf durch die verschiedenen Berufsgruppen (Beruflich Pflegenden, Hausärzt*innen, Therapeut*innen) und deren Zusammenarbeit. Zudem bitten wir Sie, einen Kurzfragebogen zu wenigen persönlichen Daten auszufüllen.

Die Erkenntnisse aus der Auswertung aller Interviews dient als Basis für die weitere Entwicklung von Ideen, wie eine optimale Versorgung von Personen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit aussehen kann.

Die Teilnahme an einem Interview ist **freiwillig**. Das Interview wird von eine*r Studienmitarbeiter*in persönlich **an einem Ort Ihrer Wahl, per Video oder telefonisch** durchgeführt (Ihrem Wunsch nach). Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren.

Das Interview dauert ca. **30 – 60 Minuten**, erfahrungsgemäß kann es aber auch einige Minuten länger dauern, so dass es gut wäre, wenn Sie ausreichend Zeit mitbringen. Wir möchten Sie zudem bitten, bereits im Vorfeld des Interviews einen **Kurzfragebogen** mit Daten zu Ihrer Person auszufüllen. Für Ihren Aufwand erhalten Sie eine **Entschädigung von 50 Euro**.

Für eine bessere Auswertung wird das Interview mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet. Die Auswertung des Interviews sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert¹ (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei dem Einzelinterview werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutzrecht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Personen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A der DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung und Informationen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilligungserklärung hingewiesen werden:

- Das Einzelinterview findet telefonisch, per Video oder in Präsenz statt. Die Wortbeiträge werden als Audiodatei gespeichert, sofern die Teilnehmer*innen damit einverstanden sind. Die Aufzeichnung erfolgt als lokale Aufzeichnung auf zwei externen Aufnahmegeräten (z. B. Diktiergerät).

- Die aufgezeichneten Beiträge werden in pseudonymisierter¹ (verschlüsselter) Form gespeichert und die Audioaufnahmen werden für die Auswertung in pseudonymisierter Schriftform übertragen. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.
- Die Speicherzeit für die verschrifteten Daten beträgt 10 Jahre und für die Audioaufzeichnungen und die Pseudonymisierungsliste bis zum Ende der Studie voraussichtlich in 4 Jahren. Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet. Die aufgezeichneten Audiobeiträge sowie die personenbezogenen Daten werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch das *interprof* HOME-Projektteam. Diese werden nur für Zwecke der Studie bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projektberichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *interprof* HOME genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DS-GVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der Daten (Studienende 2024) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).

¹**Pseudonymisieren** die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU- Datenschutzgrundverordnung).

²**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an das Projektteam oder an die Datenschutzbeauftragte bzw. den Datenschutzbeauftragten des Projektzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO). Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der bzw. dem Projektverantwortlichen bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Diese Rechte sind nur bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung bzw. Löschung durchsetzbar.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Projektleitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-68193
E-Mail: eva.hummers@med.uni-goettingen.de.

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Göttingen wenden:

Datenschutzbeauftragte*r der UMG

Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
Tel.: 0551-39-62762
E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich beifolgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Adresse Prinzenstraße 5, 30159 Hannover
Tel.: 0511 120-4500
E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wer ist bei Rückfragen ansprechbar?

Ana Mazur, MPH (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)
Tel.: 0551 / 39-63709
Mail: analucia.mazur@med.uni-goettingen.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!



Information zur Teilnahme an einem Einzelinterview im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Sehr geehrte Frau xyz, sehr geehrter Herr xyz,

wir laden die von Ihnen betreute Person _____ ein, an einer Studie teilzunehmen, bei der es um die Versorgung von zuhause gepflegten Personen geht.

Die Studie wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen durchführt. Die Studie wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF20005).

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Die von Ihnen betreute Person hat die gleichen, auf sie angepassten Unterlagen erhalten. Das Interview wird nur durchgeführt, wenn sich die von Ihnen betreute Person dafür entscheidet und ihre informierte Einwilligung gibt.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Versorgung von in der zuhause gepflegten Personen ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen geleistet: Beruflich Pflegenden von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch von Angehörigen oder Vertrauenspersonen. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, welche nicht zuletzt in Zeiten der Coronapandemie, eine Herausforderung darstellen können.

Ziel des Projektes „interprof HOME“

Ziel ist die Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen zur Stärkung der personenzentrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Versorgung von zuhause gepflegten Personen. Durch die Maßnahmen sollen unter anderem unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie besteht aus zwei Teilen:

In Studienteil A wird mit verschiedenen Methoden unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Dazu

führen wir Interviews mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen und ausgewählten Expert*innen durch. Hinzu kommen Gruppendiskussionen mit in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf, Angehörigen/Vertrauenspersonen, Hausärzt*innen, beruflich Pflegenden, ambulanter Pflegedienste sowie Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen. Zusätzlich stellen Beobachtungen von Hausbesuchen und eine Fragebogenstudie sicher, dass die Versorgungsroutine der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Bedürfnisse aller Beteiligten genau erfasst werden.

In Studienteil B werden die entwickelten Maßnahmen in einer Studie eingeführt. Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Aspekte und der Prozess der Einführung untersucht.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Wenn Sie für die von Ihnen betreute Person einwilligen, erhält sie die Gelegenheit, in einem Interview die Erfahrungen mit Ihrer Versorgungssituation zu schildern. Hierbei interessiert uns ihre ganz persönliche Sichtweise auf ihre Versorgung durch die verschiedenen Berufsgruppen (beruflich Pflegenden, Hausärzt*innen, Therapeut*innen) und deren Zusammenarbeit. Zudem bitten wir Sie, einen Kurzfragebogen zu wenigen persönlichen Daten auszufüllen.

Die Erkenntnisse aus der Auswertung aller Interviews dient als Basis für die weitere Entwicklung von Ideen, wie eine optimale Versorgung von zuhause gepflegten Personen aussehen kann.

Die Teilnahme an dem Interview ist **freiwillig**. Das Interview wird von eine*r Studienmitarbeiter*in persönlich **an einem Ort nach Wahl, per Video oder telefonisch** durchgeführt (dem Wunsch der betreuten Person nach). Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile, weder für Sie- noch für die von Ihnen betreute Person mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, wird sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren.

Das Interview dauert ca. **30 – 60 Minuten**, erfahrungsgemäß kann es aber auch einige Minuten länger dauern, so dass es gut wäre, wenn die von Ihnen betreute Person ausreichend Zeit mitbrächte. Wir bitten die Teilnehmende zudem, bereits im Vorfeld des Interviews einen **Kurzfragebogen** mit Daten zu ihrer eigenen Person auszufüllen. Für den Aufwand erhält die von Ihnen betreute Person eine **Entschädigung von 50 Euro**.

Für eine bessere Auswertung wird das Interview mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet. Die Auswertung des Interviews sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert¹ (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei dem Einzelinterview werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutzrecht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Personen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A der DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung und Informationen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilligungserklärung hingewiesen werden:

- Das Einzelinterview findet telefonisch, per Video oder in Präsenz statt. Die Wortbeiträge werden als Audiodatei gespeichert, sofern die Teilnehmer*innen damit einverstanden sind.

Die Aufzeichnung erfolgt als lokale Aufzeichnung auf zwei externen Aufnahmegeräten (z. B. Diktiergerät).

- Die aufgezeichneten Beiträge werden in pseudonymisierter¹ (verschlüsselter) Form gespeichert und die Audioaufnahmen werden für die Auswertung in pseudonymisierter Schriftform übertragen. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.
- Die Speicherzeit für die verschrifteten Daten beträgt 10 Jahre und für die Audioaufzeichnungen und die Pseudonymisierungsliste bis zum Ende der Studie voraussichtlich in 4 Jahren. Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet. Die aufgezeichneten Audiobeiträge sowie die personenbezogenen Daten werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch das *interprof* HOME-Projektteam. Diese werden nur für Zwecke der Studie bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projektberichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *interprof* HOME genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DS-GVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der Daten (Studienende 2024) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).

¹**Pseudonymisieren** die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU- Datenschutzgrundverordnung).

²**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an das Projektteam oder an die Datenschutzbeauftragte bzw. den Datenschutzbeauftragten des Projektzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO). Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der bzw. dem Projektverantwortlichen bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Diese Rechte sind nur bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung bzw. Löschung durchsetzbar.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Projektleitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

Humboldtallee 38, 37073 Göttingen

Tel.: 0551-39-22638

E-Mail: eva.hummers@med.uni-goettingen.de.

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Göttingen wenden:

Datenschutzbeauftragte*r der UMG

Universitätsmedizin Göttingen

Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen

Tel.: 0551-39-62762

E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich beifolgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Adresse Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Tel.: 0511 120-4500

E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wer ist bei Rückfragen ansprechbar?

Ana Mazur, MPH (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Tel.: 0551 / 39-63709

Mail: analucia.mazur@med.uni-goettingen.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!



Information zur Teilnahme an einem Einzelinterview im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Sehr geehrte Frau xyz, sehr geehrter Herr xyz,

wir möchten Sie herzlich einladen, an einer Studie teilzunehmen, bei der es um die Versorgung von zuhause gepflegten Personen geht.

Die Studie wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen durchführt. Die Studie wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF20005).

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Pflegebedarf ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen geleistet: Beruflich Pflegende von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch von Ihnen. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, welche nicht zuletzt in Zeiten der Coronapandemie, eine Herausforderung darstellen können.

Ziel des Projektes „interprof HOME“

Ziel ist die Entwicklung und Erprobung von Maßnahmen zur Stärkung der personenzentrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Versorgung zuhause gepflegten Personen. Durch die Maßnahmen sollen unter anderem unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie besteht aus zwei Teilen:

In Studienteil A wird mit verschiedenen Methoden unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Dazu führen wir Interviews mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen

und ausgewählten Expert*innen durch. Hinzu kommen Gruppendiskussionen mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen, Hausärzt*innen, beruflich Pflegenden ambulanter Pflegedienste sowie Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen. Zusätzlich stellen Beobachtungen von Hausbesuchen und eine Fragebogenstudie sicher, dass die Versorgungsroutine der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Bedürfnisse aller Beteiligten genau erfasst werden.

In Studienteil B werden die entwickelten Maßnahmen in einer Studie eingeführt. Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Aspekte und der Prozess der Einführung untersucht.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Hiermit laden wir Sie herzlich zu einem Einzelinterview ein.

Sie erhalten die Gelegenheit, die Perspektive der Kostenträger zu schildern. Hierbei interessiert uns die Sichtweise auf die Versorgung der Person mit Pflegebedarf durch die verschiedenen Berufsgruppen (beruflich Pflegenden, Hausärzt*innen, Therapeut*innen) und deren Zusammenarbeit. Zudem bitten wir Sie, einen Kurzfragebogen zu wenigen persönlichen Daten auszufüllen.

Die Erkenntnisse aus der Auswertung aller Interviews dient als Basis für die weitere Entwicklung von Ideen, wie eine optimale Versorgung von Personen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit aussehen kann.

Die Teilnahme an einem Interview ist **freiwillig**. Das Interview wird von eine*r Studienmitarbeiter*in persönlich **an einem Ort Ihrer Wahl, per Video oder telefonisch** durchgeführt (Ihrem Wunsch nach). Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren.

Das Interview dauert ca. **30 – 60 Minuten**, erfahrungsgemäß kann es aber auch einige Minuten länger dauern, so dass es gut wäre, wenn Sie ausreichend Zeit mitbringen. Wir möchten Sie zudem bitten, bereits im Vorfeld des Interviews einen **Kurzfragebogen** mit Daten zu Ihrer Person auszufüllen. Für Ihren Aufwand erhalten Sie eine **Entschädigung von 50 Euro**.

Für eine bessere Auswertung wird das Interview mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet. Die Auswertung des Interviews sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert¹ (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei dem Einzelinterview werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutzrecht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Personen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A der DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung und Informationen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilligungserklärung hingewiesen werden:

- Das Einzelinterview findet telefonisch, per Video oder in Präsenz statt. Die Wortbeiträge werden als Audiodatei gespeichert, sofern die Teilnehmer*innen damit einverstanden sind. Die Aufzeichnung erfolgt als lokale Aufzeichnung auf zwei externen Aufnahmegeräten (z. B. Diktiergerät).

- Die aufgezeichneten Beiträge werden in pseudonymisierter¹ (verschlüsselter) Form gespeichert und die Audioaufnahmen werden für die Auswertung in pseudonymisierter Schriftform übertragen. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.
- Die Speicherzeit für die verschrifteten Daten beträgt 10 Jahre und für die Audioaufzeichnungen und die Pseudonymisierungsliste bis zum Ende der Studie voraussichtlich in 4 Jahren. Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet. Die aufgezeichneten Audiobeiträge sowie die personenbezogenen Daten werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch das *interprof* HOME-Projektteam. Diese werden nur für Zwecke der Studie bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projektberichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *interprof* HOME genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DS-GVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der Daten (Studienende 2024) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).

¹**Pseudonymisieren** die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU- Datenschutzgrundverordnung).

²**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können.

- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an das Projektteam oder an die Datenschutzbeauftragte bzw. den Datenschutzbeauftragten des Projektzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO). Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der bzw. dem Projektverantwortlichen bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Diese Rechte sind nur bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung bzw. Löschung durchsetzbar.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Projektleitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-68193
E-Mail: eva.hummers@med.uni-goettingen.de.

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Göttingen wenden:

Datenschutzbeauftragte*r der UMG

Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
Tel.: 0551-39-62762
E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich beifolgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Adresse Prinzenstraße 5, 30159 Hannover
Tel.: 0511 120-4500
E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wer ist bei Rückfragen ansprechbar?

Ana Mazur, MPH (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)
Tel.: 0551 / 39-63709
Mail: analucia.mazur@med.uni-goettingen.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Prof. Dr. med. Eva Hummers
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
D-37073 Göttingen



UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG
ALLGEMEINMEDIZIN

Information zur Teilnahme an einer monoprofessionellen Fokusgruppe im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Sehr geehrte Frau xyz, sehr geehrter Herr xyz,

wir möchten Sie herzlich einladen, an einer Studie teilzunehmen, bei der es um die Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf geht.

Die Studie wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen durchführt. Die Studie wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF20005).

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Pflegebedarf ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen: Beruflich Pflegenden von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch von Angehörigen und Vertrauenspersonen geleistet. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, welche nicht zuletzt in Zeiten der Coronapandemie, eine Herausforderung darstellen können.

Ziel des Projektes „interprof HOME“

Ziel ist die Entwicklung und Testung von Maßnahmen zur Stärkung der personenzentrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf. Durch die Maßnahmen sollen unter anderem unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie besteht aus zwei Teilen:

In Studienteil A wird mit verschiedenen Methoden unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Dazu führen wir Interviews mit in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf, Angehörigen/Vertrauenspersonen und ausgewählten Expert*innen durch. Hinzu kommen Gruppendiskussionen mit in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf, Angehörigen/Vertrauenspersonen, Hausärzt*innen, Beruflich Pflegenden ambulanter

Pflegedienste sowie Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen. Zusätzlich stellen Beobachtungen von Hausbesuchen und eine Fragebogenstudie sicher, dass die Versorgungsroutine der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Bedürfnisse aller Beteiligten genau erfasst werden.

In Studienteil B werden die entwickelten Maßnahmen in einer zufallsverteilten Studie eingeführt. Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Aspekte und der Prozess der Einführung untersucht.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Hiermit laden wir Sie herzlich zur Teilnahme an einer Fokusgruppe ein.

Wir interessieren uns für Ihre Berufserfahrungen bei der Versorgung von Personen mit Pflegebedarf, vor allem in Bezug auf die Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung mit verschiedenen Berufsgruppen (Hausärzt*innen, beruflich Pflegende, Therapeut*innen). Sie erhalten die Gelegenheit, Ihre Perspektive zu schildern und mit anderen Angehörigen Ihrer Berufsgruppe zu diskutieren. Die Erkenntnisse aus der Auswertung aller Fokusgruppen dient als Basis für Ideen, wie eine optimale Versorgung von Personen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit aussehen kann. Zudem bitten wir Sie, einen Kurzfragebogen zu wenigen persönlichen Daten auszufüllen.

Die Teilnahme an der Fokusgruppe ist **freiwillig**. Die Fokusgruppe wird von eine*r Studienmitarbeiter*in moderiert **und entweder an einem von uns gewähltem Ort (wahrscheinlich an der Universitätsmedizin Göttingen) oder per Video** durchgeführt. Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren. Für Ihren Aufwand erhalten Sie eine Entschädigung von **100 Euro**.

Zudem haben wir eine Wegeversicherung für Sie abgeschlossen, sofern die Gruppe in Präsenz stattfinden sollte.

Name der Wegeversicherung

Adresse

Versicherungspolice-Nummer

Die Fokusgruppe dauert ca. **120 Minuten**, erfahrungsgemäß kann es aber auch einige Minuten länger dauern, so dass es gut wäre, wenn Sie ausreichend Zeit mitbringen. Wir möchten Sie zudem bitten, bereits im Vorfeld der Fokusgruppe einen **Kurzfragebogen** mit Daten zu Ihrer Person auszufüllen.

Für eine bessere Auswertung wird die Fokusgruppe mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet, zudem wird ein Protokoll geführt. Die Auswertung der Fokusgruppe sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert¹ (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei dem Einzelinterview werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutzrecht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Personen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A der DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung und Informationen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilligungserklärung hingewiesen werden:

- Das Einzelinterview findet telefonisch, per Video oder in Präsenz statt. Die Wortbeiträge werden als Audiodatei gespeichert, sofern die Teilnehmer*innen damit einverstanden sind. Die Aufzeichnung erfolgt als lokale Aufzeichnung auf zwei externen Aufnahmegeräten (z. B. Diktiergerät).
- Die aufgezeichneten Beiträge werden in pseudonymisierter¹ (verschlüsselter) Form gespeichert und die Audioaufnahmen werden für die Auswertung in pseudonymisierter Schriftform übertragen. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.
- Die Speicherzeit für die verschrifteten Daten beträgt 10 Jahre und für die Audioaufzeichnungen und die Pseudonymisierungsliste bis zum Ende der Studie voraussichtlich in 4 Jahren. Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet. Die aufgezeichneten Audiobeiträge sowie die personenbezogenen Daten werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch das *interprof* HOME-Projektteam. Diese werden nur für Zwecke der Studie bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projektberichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *interprof* HOME genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DS-GVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der Daten (Studienende 2024) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).

¹**Pseudonymisieren** ist die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU- Datenschutzgrundverordnung).

²**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an das Projektteam oder an die Datenschutzbeauftragte bzw. den Datenschutzbeauftragten des Projektzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO). Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der bzw. dem Projektverantwortlichen bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Diese Rechte sind nur bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung bzw. Löschung durchsetzbar.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Projektleitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

Humboldtallee 38, 37073 Göttingen

Tel.: 0551-39-68193

E-Mail: eva.hummers@med.uni-goettingen.de.

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Göttingen wenden:

Datenschutzbeauftragte*r der UMG

Universitätsmedizin Göttingen

Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen

Tel.: 0551-39-62762

E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wer ist bei Rückfragen ansprechbar?

Ana Mazur, MPH (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Tel.: 0551 / 39-63709

Mail: analucia.mazur@med.uni-goettingen.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3



Information zur Teilnahme an einer nicht-teilnehmenden Beobachtung im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Sehr geehrte Frau xyz, sehr geehrter Herr xyz,

wir möchten Sie herzlich einladen, an einer Studie teilzunehmen, bei der es um die Versorgung von zuhause gepflegten Personen geht.

Die Studie wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen durchgeführt. Die Studie wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF20005).

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Pflegebedarf ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen geleistet: Beruflich Pflegende von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch von Ihnen. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, die eine Herausforderung darstellen können.

Ziel des Projektes „interprof HOME“

Ziel ist die Entwicklung und Testung von Maßnahmen zur Stärkung der personenzentrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Versorgung von zuhause gepflegten Personen. Durch die Maßnahmen sollen unter anderem unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie besteht aus zwei Teilen:

In Studienteil A wird mit verschiedenen Methoden unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Dazu führen wir Interviews mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen und ausgewählten Expert*innen durch. Hinzu kommen Gruppendiskussionen mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen, Hausärzt*innen, beruflich Pflegenden ambulanter Pflegedienste sowie Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen. Zusätzlich stellen Beobachtungen von Hausbesuchen und eine Fragebogenstudie sicher, dass die Versorgungsroutine der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Bedürfnisse aller Beteiligten genau erfasst werden.

In Studienteil B werden die entwickelten Maßnahmen in einer Studie eingeführt. Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Aspekte und der Prozess der Einführung untersucht.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Hiermit laden wir Sie herzlich zu einer nicht-teilnehmenden Beobachtung ein.

Im Rahmen der Studie führen Studienmitarbeiter*innen nicht-teilnehmende Beobachtungen von Hausbesuchen von Hausärzt*innen sowie beruflich Pflegenden und ggf. Therapeut*innen in der Häuslichkeit der Personen mit Pflegebedarf durch. Nicht-teilnehmend bedeutet, dass ein*e Studienmitarbeiter*in den Besuch beobachtet und sich dabei nicht aktiv einbringt.

Hierbei interessiert uns die Organisation der Besuche sowie die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren und Berufsgruppen (Personen mit Pflegebedarf, An- und Zugehörige, beruflich Pflegenden, Hausärzt*innen, Therapeut*innen). Die Erkenntnisse aus der Auswertung aller nicht-teilnehmenden Beobachtungen dient als Basis für die weitere Entwicklung von Ideen, wie eine optimale Versorgung von Personen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit aussehen kann.

Die Teilnahme an einer nicht-teilnehmenden Beobachtung ist **freiwillig**. Die Beobachtung wird **in der Häuslichkeit** der Person mit Pflegebedarf stattfinden. Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren. Die nicht-teilnehmende Beobachtung **erstreckt sich über den Zeitraum des jeweiligen Hausbesuchs**. Für Ihre Teilnahme an der Studie (Interview & nicht-teilnehmende Beobachtung) erhalten Sie insgesamt eine **Entschädigung von 50 Euro**.

Die Studienmitarbeiter*innen werden sich während der Beobachtung Notizen machen. Die Auswertung der Notizen erfolgt pseudonymisiert¹ (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei den Beobachtungen werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge in Form eines Protokolls erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutzrecht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Personen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a) der DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung und Informationen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilligungserklärung hingewiesen werden:

- Das Protokoll wird sowohl im Original als auch in pseudonymisierter¹ (verschlüsselter) Form gespeichert
- Die Speicherzeit für die pseudonymisierten Protokolle und die Auswertungen der Daten beträgt 10 Jahre und für das Originalprotokoll sowie die Pseudonymisierungsliste bis zum Ende der Studie voraussichtlich in 4 Jahren. Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet. Die Originalprotokolle sowie die personenbezogenen Daten werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch das *interprof* HOME-Projektteam. Diese werden nur für Zwecke der Studie bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projektberichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *interprof* HOME genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DSGVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der Daten (Studienende 2024) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich

¹**Pseudonymisieren** ist die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU- Datenschutzgrundverordnung).

²**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

hierzu bitte an das Projektteam oder an die Datenschutzbeauftragte bzw. den Datenschutzbeauftragten des Projektzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO). Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.

- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der bzw. dem Projektverantwortlichen bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Diese Rechte sind nur bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung bzw. Löschung durchsetzbar.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Projektleitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

Humboldtallee 38, 37073 Göttingen

Tel.: 0551-39-68193

E-Mail: eva.hummers@med.uni-goettingen.de.

Teilprojektleitung Wirtschaftswissenschaften: Prof. Dr. Indre Maurer

Professur für Organisation und Unternehmensentwicklung, Georg-August-Universität

Platz der Göttinger Sieben 3, 37073 Göttingen

Tel.: 0551-39-24712

E-Mail: organisation@wiwi.uni-goettingen.de

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an die Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin oder der Georg-August-Universität Göttingen wenden:

Datenschutzbeauftragte*r der UMG

Universitätsmedizin Göttingen

Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen

Tel.: 0551-39-62762

E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de

Datenschutzbeauftragte*r der GAU

Platz der Göttinger Sieben 6, 37073 Göttingen

Tel.: 0551-39-27381

E-Mail: datenschutz@uni-goettingen.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich bei folgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Adresse Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Tel.: 0511-120-4500

E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wer ist bei Rückfragen ansprechbar?

Marilena Diel (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Tel.: 0551-39-27426

Mail: marilena.diel@uni-goettingen.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3



Information zur Teilnahme an einem Shadowing im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Sehr geehrte Frau xyz, sehr geehrter Herr xyz,

wir möchten Sie herzlich einladen, an einer Studie teilzunehmen, bei der es um die Versorgung von zuhause gepflegten Personen geht.

Die Studie wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen durchgeführt. Die Studie wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF20005).

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Pflegebedarf ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen geleistet: Beruflich Pflegende von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch von Ihnen. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, die eine Herausforderung darstellen können.

Ziel des Projektes „interprof HOME“

Ziel ist die Entwicklung und Testung von Maßnahmen zur Stärkung der personenzentrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Versorgung von zuhause gepflegten Personen. Durch die Maßnahmen sollen unter anderem unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie besteht aus zwei Teilen:

In Studienteil A wird mit verschiedenen Methoden unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Dazu führen wir Interviews mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen

und ausgewählten Expert*innen durch. Hinzu kommen Gruppendiskussionen mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen, Hausärzt*innen, beruflich Pflegenden ambulanter Pflegedienste sowie Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen. Zusätzlich stellen Beobachtungen von Hausbesuchen und eine Fragebogenstudie sicher, dass die Versorgungsroutine der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Bedürfnisse aller Beteiligten genau erfasst werden.

In Studienteil B werden die entwickelten Maßnahmen in einer Studie eingeführt. Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Aspekte und der Prozess der Einführung untersucht.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Hiermit laden wir Sie herzlich zu einem Shadowing ein.

Im Rahmen der Studie führt ein*e Studienmitarbeiter*in Shadowings durch, d.h. dass ein*e Studienmitarbeiter*in eine*n beruflich Pflegende*n in ihrem Arbeitsalltag begleitet, ähnlich zu einem Tagespraktikum. Hierbei interessiert uns insbesondere die Organisation des Arbeitsalltags. Die/der Studienmitarbeiter*in wird die/den beruflich Pflegende*n nicht in die Häuslichkeit der Person mit Pflegebedarf begleiten und nicht bei der Pflege der Person anwesend sein. Zudem bitten wir Sie, einen Kurzfragebogen zu einigen persönlichen Daten auszufüllen.

Die Teilnahme an einem Shadowing ist freiwillig und wird **in Ihrem Arbeitsalltag** stattfinden. Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren. Das Shadowing wird **ca. 1 Arbeitstag** dauern.

Der/Die Studienmitarbeiter*in wird sich während des Shadowings Notizen hinsichtlich der Organisation Ihres Arbeitsalltags machen. Die Auswertung der Notizen erfolgt pseudonymisiert¹ (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei dem Shadowing werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge in Form von Feldnotizen erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutzrecht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Personen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a) der DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung und Informationen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilligungserklärung hingewiesen werden:

- Die Feldnotizen werden in pseudonymisierter¹ (verschlüsselter) Form gespeichert.
- Die Speicherzeit für die verschrifteten Daten beträgt 10 Jahre und für die Pseudonymisierungsliste bis zum Ende der Studie voraussichtlich in 4 Jahren. Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet. Die

¹Pseudonymisieren ist die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU- Datenschutzgrundverordnung).

²Anonymisieren ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

personenbezogenen Daten werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch das *interprof* HOME-Projektteam. Diese werden nur für Zwecke der Studie bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projektberichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *interprof* HOME genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DSGVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der Daten (Studienende 2024) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an das Projektteam oder an die Datenschutzbeauftragte bzw. den Datenschutzbeauftragten des Projektzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO). Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der bzw. dem Projektverantwortlichen bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Diese Rechte sind nur bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung bzw. Löschung durchsetzbar.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Projektleitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-68193
E-Mail: eva.hummers@med.uni-goettingen.de.

Teilprojektleitung Wirtschaftswissenschaften: Prof. Dr. Indre Maurer

Professur für Organisation und Unternehmensentwicklung, Georg-August-Universität
Platz der Göttinger Sieben 3, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-24712
E-Mail: organisation@wiwi.uni-goettingen.de

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an die Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin oder der Georg-August-Universität Göttingen wenden:

Datenschutzbeauftragte*r der UMG

Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
Tel.: 0551-39-62762
E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de

Datenschutzbeauftragte*r der GAU

Platz der Göttinger Sieben 6, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-27381
E-Mail: datenschutz@uni-goettingen.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich bei folgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Adresse Prinzenstraße 5, 30159 Hannover
Tel.: 0511-120-4500
E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wer ist bei Rückfragen ansprechbar?

Marilena Diel (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Tel.: 0551-39-27426
Mail: marilena.diel@uni-goettingen.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!



interprof HOME
Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause

interprof HOME

Wissenschaftliche Studie (Fragebogenstudie) zum Thema
„Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause“

Verantwortlich gemäß §4 Abs. 7 DSGVO:

Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universität zu Köln

Prof. Dr. phil. Sascha Köpke

Gleueler Straße 176 – 178

50935 Köln

Telefon: 0221 – 478 51658

E-Mail: sascha.koepke@uk-koeln.de

Informationsschreiben

Sehr geehrte Damen und Herren,

das vorliegende Schreiben dient dazu, Sie über Ziele und Vorgehen der oben genannten Studie zu informieren. Diese wird vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln in Zusammenarbeit mit den Universitäten Göttingen, Hamburg und Lübeck durchgeführt.

Ihre Studienteilnahme ist freiwillig.

Bitte lesen Sie sich den nachfolgenden Text aufmerksam durch. Wenn Sie Fragen haben, kontaktieren Sie uns gerne. Die Kontaktdaten finden Sie am Ende des Schreibens.

I. Information über die Studie

Hintergrund und Ziele

Die Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Pflegebedarf ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen: Pflegepersonen von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch von Angehörigen und Vertrauenspersonen geleistet. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, welche nicht zuletzt in Zeiten der Coronapandemie, eine Herausforderung darstellen können.

Mit dem vorliegenden Fragebogen sollen Informationen über die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf, den An- und Zugehörigen, ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen sowie Therapeut*innen gesammelt werden.

Anschließend wird auf Basis dieser und weiterer Ergebnisse ein Versorgungskonzept entwickelt und auf Machbarkeit und Wirksamkeit untersucht wird.



Teilnehmende

An der Studie können Sie teilnehmen, wenn Sie volljährig sind und einer der genannten Personengruppen angehören:

- Pflegende in leitender Position in einem ambulanten Pflegedienst oder eine von der Leitung ernannte Pflegefachperson
- Hausarzt / Hausärztin, die Hausbesuche durchführen
- Therapeut / Therapeutin (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) in leitender Position oder ein:e von der Leitung ernannte:r Therapeut:in, die Hausbesuche durchführen
- in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf, die Sachleistungen nach §36 SGB XI beziehen und deren An- und Zugehörige

Ablauf

Bei Bereitschaft an der Studienteilnahme, senden Sie uns bitte die unterschriebene Einwilligungserklärung postalisch oder (eingescannt) per E-Mail zu. Nach Erhalt Ihrer Einwilligung wird Ihnen ein Fragebogen postalisch zugesendet, den Sie ausgefüllt mit einem frankierten Rückumschlag an uns zurücksenden können.

Es besteht ebenso die Möglichkeit, einen online Fragebogen auszufüllen. Hierzu erhalten Sie auf Wunsch einen Link per E-Mail zugesendet.

Dauer

Die Beantwortung der Fragen wird insgesamt **ca. 15 - 30 Minuten** in Anspruch nehmen.

Nutzen und Risiken

Durch die Teilnahme an der Studie haben Sie keinen persönlichen Vorteil. Diese kann allerdings helfen, mehr über die aktuelle Situation in der ambulanten, häuslichen Versorgung zu erfahren. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen der Aufdeckung von Versorgungsproblemen und -bedarfen sowie der Ableitung von Verbesserungspotentialen. Eine persönliche Information über die wissenschaftlichen Ergebnisse erfolgt nicht.

Eine Belastung durch die Teilnahme an der Studie kann grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden. Dieses Risiko ist jedoch als gering einzuschätzen.

II. Datenschutz

Studienspezifische Informationen

(1) Datenverarbeitung und -nutzung

Die Verwendung Ihrer Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen (gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DS-GVO) und setzt vor der Teilnahme an der Studie Ihre Einwilligung voraus. Sämtliche Informationen, die wir im Rahmen der Studie erheben, liegen



in anonymisierter Form (d. h. ohne Nennung eines Namens oder identifizierender Daten) vor. Sämtliche Informationen, die wir im Rahmen der Studie erheben, werden im Sinne des Datenschutzes sicher aufbewahrt und gegen unbefugten Zugriff gesichert.

Die anonymisierten Daten werden am Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln gespeichert und ausgewertet. Alle Daten werden ausschließlich für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und entsprechend der informierten Einwilligung verwendet. Es ist vorgesehen, dass die gesammelten Daten für Veröffentlichungen genutzt werden. Hierin werden Sie als Teilnehmerin oder Teilnehmer nicht erkennbar sein.

Daten, die zum Zwecke der Kontaktaufnahme und Kommunikation vorliegen (Name, Telefonnummer, E-Mail-Adresse) werden vertraulich im Studienzentrum Köln aufbewahrt. Es besteht kein unerlaubter Zugriff für unbefugte Personen. Diese Kontaktdaten werden zum Ende des Befragungszeitraums vernichtet.

Zudem besteht die Möglichkeit, dass die in der Studie erhobenen Daten in zukünftigen Forschungsarbeiten (sogenannten „Sekundärdatenanalysen“) erneut verwendet sowie an nationale und internationale Kooperationspartnerinnen und -partner übermittelt werden.

(2) Dauer der Speicherung

Die gesammelten Daten werden über einen Zeitraum von zehn Jahren an der Universität zu Köln aufbewahrt und anschließend gelöscht.

(3) Widerspruchs- und Beseitigungsmöglichkeit

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können Ihre Teilnahme jederzeit, ohne die Angabe von Gründen, beenden. Hieraus entsteht kein Nachteil für Sie. Da die Daten anonym erhoben werden, können die Daten nach Absenden nicht mehr mit Ihnen in Verbindung gebracht werden. Wir weisen daher darauf hin, dass diese dann nicht mehr gelöscht werden können.



Allgemeine Informationen

(1) Verantwortliche gem. Art. 4 Abs. 7 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sind:

Universität zu Köln

Gesa Diekmann und Alexander May

Albertus-Magnus-Platz, 50923 Köln

Telefon: 0221 470 3872

E-Mail: dsb@verw.uni-koeln.de

Webseite: <https://verwaltung.uni-koeln.de/stabsstelle02.3>

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter zuvor genannten Kontaktdaten oder unserer Postadresse (siehe oben) mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragte“.

(2) Sie haben das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in unserem Unternehmen zu beschweren.

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen:

Helga Block

Kavalleriestraße 2-4, 40213 Düsseldorf

Telefon: 0211 384240

E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Webseite: <https://www.ldi.nrw.de>

(3) Bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen können Sie sich selbstverständlich auch jederzeit an den Studienleiter wenden. Die Kontaktdaten finden Sie am Ende dieses Schreibens.

(4) Die Studienleitung wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz Ihrer Daten gemäß Datenschutz-Grundverordnung und anderen Gesetzen zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist, es sei denn berechnete Interessen der betroffenen Person stehen dem entgegen. Bis dahin werden die Merkmale gesondert gespeichert, mit denen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer Person zugeordnet werden können. Sie werden mit den Einzelangaben nur zusammengeführt, soweit der Forschungszweck dies erfordert.

(5) Der Verantwortliche wird personenbezogene Daten nur veröffentlichen, wenn Sie in die Veröffentlichung ausdrücklich eingewilligt haben.

(6) Sie haben das Recht, Ihre datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.



III. Ansprechpersonen

**Institut für Pflegewissenschaft
Medizinische Fakultät
Universität zu Köln**

Richard Dano
Gleueler Straße 176 – 178
50935 Köln
Telefon: 0221 – 478 51658
E-Mail: richard.dano@uk-koeln.de

Prof. Dr. phil. Sascha Köpke
Telefon: 0221 – 478 51658
E-Mail: sascha.koepke@uk-koeln.de

Prof. Dr. med. Eva Hummers
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
D-37073 Göttingen



UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG
GÖTTINGEN
ALLGEMEINMEDIZIN ■

Information zur Teilnahme an einer gemischten Fokusgruppe im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Sehr geehrte Frau xyz, sehr geehrter Herr xyz,

wir möchten Sie herzlich einladen, an einer Studie teilzunehmen, bei der es um die Versorgung von zuhause gepflegten Personen geht.

Die Studie wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen durchführt. Die Studie wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF20005).

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Versorgung von zuhause gepflegten Personen ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen: Beruflich Pflegenden von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch von Angehörigen und Vertrauenspersonen geleistet. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, welche nicht zuletzt in Zeiten der Coronapandemie eine Herausforderung darstellen können.

Ziel des Projektes „interprof HOME“

Ziel ist die Entwicklung und Testung von Maßnahmen zur Stärkung der personenzentrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Versorgung von zuhause gepflegten Personen. Durch die Maßnahmen sollen unter anderem unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie besteht aus zwei Teilen:

In Studienteil A wird mit verschiedenen Methoden unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Dazu führen wir Interviews mit in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf, Angehörigen/Vertrauenspersonen und ausgewählten Expert*innen durch. Hinzu kommen Gruppendiskussionen mit in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf, Angehörigen/Vertrauenspersonen, Hausärzt*innen, beruflich Pflegenden ambulanter

Pflegedienste sowie Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen. Zusätzlich stellen Beobachtungen von Hausbesuchen und eine Fragebogenstudie sicher, dass die Versorgungsroutine der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Bedürfnisse aller Beteiligten genau erfasst werden.

In Studienteil B werden die entwickelten Maßnahmen in einer zufallsverteilten Studie eingeführt. Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Aspekte und der Prozess der Einführung untersucht.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Hiermit laden wir Sie oder eine Vertretung herzlich zur Teilnahme an einer Fokusgruppe (Gruppendiskussion mit max. 10 Personen) ein. Wir interessieren uns für Ihre Erfahrungen bei Ihrer Versorgung, vor allem in Bezug auf die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen (Beruflich Pflegenden, Hausärzt*innen und Therapeut*innen). Sie erhalten die Gelegenheit, Ihre Perspektive zu schildern und mit Personen der anderen, an der Versorgung beteiligten Gruppen, zu diskutieren. Zudem bitten wir Sie, einen Kurzfragebogen zu wenigen persönlichen Daten auszufüllen. Die Erkenntnisse aus der Auswertung aller Fokusgruppen dient als Basis für Ideen, wie eine optimale Versorgung von zuhause gepflegten Personen aussehen kann.

Die Teilnahme an der Fokusgruppe ist **freiwillig**. Die Fokusgruppe wird von eine*r Studienmitarbeiter*in moderiert **und entweder an einem von uns gewähltem Ort (wahrscheinlich an der Universitätsmedizin Göttingen) oder per Video** durchgeführt. Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren. Wir haben eine Wegeversicherung für Sie abgeschlossen, falls die Fokusgruppe in Präsenz stattfindet.

Name der Wegeversicherung

Adresse

Versicherungspolice-Nummer

Die Fokusgruppe dauert ca. **120 Minuten**, erfahrungsgemäß kann es aber auch einige Minuten länger dauern, so dass es gut wäre, wenn Sie ausreichend Zeit mitbringen. Wir möchten Sie zudem bitten, bereits im Vorfeld der Fokusgruppe einen **Kurzfragebogen** mit Daten zu Ihrer Person auszufüllen. Für Ihren Aufwand erhalten Sie eine **Entschädigung von 100 Euro**.

Für eine bessere Auswertung wird die Fokusgruppe mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet, zudem wird ein Protokoll geführt. Die Auswertung der Fokusgruppe sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei der Fokusgruppe werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutzrecht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Personen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A der DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung und Informationen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilligungserklärung hingewiesen werden:

- Die Fokusgruppe findet telefonisch, per Video oder in Präsenz statt. Die Wortbeiträge werden als Audiodatei gespeichert, sofern die Teilnehmer*innen damit einverstanden sind. Die Aufzeichnung erfolgt als lokale Aufzeichnung auf zwei externen Aufnahmegeräten (z. B. Diktiergerät).
- Die aufgezeichneten Beiträge werden in pseudonymisierter¹ (verschlüsselter) Form gespeichert und die Audioaufnahmen werden für die Auswertung in pseudonymisierter Schriftform übertragen. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.
- Die Speicherzeit für die verschrifteten Daten beträgt 10 Jahre und für die Audioaufzeichnungen und die Pseudonymisierungsliste bis zum Ende der Studie voraussichtlich in 4 Jahren. Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet. Die aufgezeichneten Audiobeiträge sowie die personenbezogenen Daten werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch das *interprof* HOME-Projektteam. Diese werden nur für Zwecke der Studie bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projektberichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *interprof* HOME genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DS-GVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der Daten (Studienende 2024) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).

¹**Pseudonymisieren** ist die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU- Datenschutzgrundverordnung).

²**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an das Projektteam oder an die Datenschutzbeauftragte bzw. den Datenschutzbeauftragten des Projektzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO). Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der bzw. dem Projektverantwortlichen bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Diese Rechte sind nur bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung bzw. Löschung durchsetzbar.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Projektleitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

Humboldtallee 38, 37073 Göttingen

Tel.: 0551-39-68193

E-Mail: eva.hummers@med.uni-goettingen.de.

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Göttingen wenden:

Datenschutzbeauftragte*r der UMG

Universitätsmedizin Göttingen

Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen

Tel.: 0551-39-62762

E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich beifolgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Adresse Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Tel.: 0511 120-4500

E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wer ist bei Rückfragen ansprechbar?

Ana Mazur, MPH (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)
Tel.: 0551 / 39-63709
Mail: analucia.mazur@med.uni-goettingen.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Prof. Dr. med. Eva Hummers
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
D-37073 Göttingen



UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN
ALLGEMEINMEDIZIN ■ **UMG**

Information zur Teilnahme an einer gemischten Fokusgruppe im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Sehr geehrte Frau xyz, sehr geehrter Herr xyz,

wir möchten Sie herzlich einladen, an einer Studie teilzunehmen, bei der es um die Versorgung von zuhause gepflegten Personen geht.

Die Studie wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen durchführt.

Die Studie wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF20005).

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Versorgung von zuhause gepflegten Personen ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen: Beruflich Pflegenden von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch Ihnen geleistet. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, welche nicht zuletzt in Zeiten der Coronapandemie, eine Herausforderung darstellen können.

Ziel des Projektes „interprof HOME“

Ziel ist die Entwicklung und Testung von Maßnahmen zur Stärkung der personenzentrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Versorgung von zuhause gepflegten Personen. Durch die Maßnahmen sollen unter anderem unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie besteht aus zwei Teilen:

In Studienteil A wird mit verschiedenen Methoden unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Dazu führen wir Interviews mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen und ausgewählten Expert*innen durch. Hinzu kommen Gruppendiskussionen mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen, Hausärzt*innen, beruflich Pflegenden

ambulanter Pflegedienste sowie Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen. Zusätzlich stellen Beobachtungen von Hausbesuchen und eine Fragebogenstudie sicher, dass die Versorgungsroutine der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Bedürfnisse aller Beteiligten genau erfasst werden.

In Studienteil B werden die entwickelten Maßnahmen in einer Studie eingeführt. Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Aspekte und der Prozess der Einführung untersucht.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Hiermit laden wir Sie herzlich zur Teilnahme an einer Fokusgruppe (Gruppendiskussion mit max. 10 Personen) ein.

Wir interessieren uns für Ihre Erfahrungen bei der Versorgung, vor allem in Bezug auf die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen (Beruflich Pflegenden, Hausärzt*innen und Therapeut*innen). Sie erhalten die Gelegenheit, Ihre Perspektive zu schildern und mit Personen der anderen, an der Versorgung beteiligten Gruppen zu diskutieren. Zudem bitten wir Sie, einen Kurzfragebogen zu wenigen persönlichen Daten auszufüllen. Die Erkenntnisse aus der Auswertung aller Fokusgruppen dient als Basis für Ideen, wie eine optimale Versorgung zuhause gepflegten Personen aussehen kann.

Die Teilnahme an der Fokusgruppe ist **freiwillig**. Die Fokusgruppe wird von eine*r Studienmitarbeiter*in moderiert **und entweder an einem von uns gewähltem Ort (wahrscheinlich an der Universitätsmedizin Göttingen) oder per Video** durchgeführt. Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren.

Wir haben eine Wegeversicherung für Sie abgeschlossen, falls die Fokusgruppe in Präsenz stattfindet.

Name der Wegeversicherung
Adresse
Versicherungspolice-Nummer

Die Fokusgruppe dauert ca. **120 Minuten**, erfahrungsgemäß kann es aber auch einige Minuten länger dauern, so dass es gut wäre, wenn Sie ausreichend Zeit mitbringen. Wir möchten Sie zudem bitten, bereits im Vorfeld der Fokusgruppe einen **Kurzfragebogen** mit Daten zu Ihrer Person auszufüllen. Für Ihren Aufwand erhalten Sie eine **Entschädigung von 100 Euro**.

Für eine bessere Auswertung wird die Fokusgruppe mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet, zudem wird ein Protokoll geführt. Die Auswertung der Fokusgruppe sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei der Fokusgruppe werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutzrecht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Personen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A der DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung und Informationen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilligungserklärung hingewiesen werden:

- Die Fokusgruppe findet telefonisch, per Video oder in Präsenz statt. Die Wortbeiträge werden als Audiodatei gespeichert, sofern die Teilnehmer*innen damit einverstanden sind. Die Aufzeichnung erfolgt als lokale Aufzeichnung auf zwei externen Aufnahmegeräten (z. B. Diktiergerät).
- Die aufgezeichneten Beiträge werden in pseudonymisierter¹ (verschlüsselter) Form gespeichert und die Audioaufnahmen werden für die Auswertung in pseudonymisierter Schriftform übertragen. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.
- Die Speicherzeit für die verschrifteten Daten beträgt 10 Jahre und für die Audioaufzeichnungen und die Pseudonymisierungsliste bis zum Ende der Studie voraussichtlich in 4 Jahren. Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet. Die aufgezeichneten Audiobeiträge sowie die personenbezogenen Daten werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch das *interprof* HOME-Projektteam. Diese werden nur für Zwecke der Studie bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projektberichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *interprof* HOME genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DS-GVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der Daten (Studienende 2024) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).

¹**Pseudonymisieren** ist die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU- Datenschutzgrundverordnung).

²**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an das Projektteam oder an die Datenschutzbeauftragte bzw. den Datenschutzbeauftragten des Projektzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO). Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der bzw. dem Projektverantwortlichen bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Diese Rechte sind nur bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung bzw. Löschung durchsetzbar.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Projektleitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

Humboldtallee 38, 37073 Göttingen

Tel.: 0551-39-68193

E-Mail: eva.hummers@med.uni-goettingen.de.

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Göttingen wenden:

Datenschutzbeauftragte*r der UMG

Universitätsmedizin Göttingen

Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen

Tel.: 0551-39-62762

E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich beifolgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Adresse Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Tel.: 0511 120-4500

E-Mail: poststelle@ldf.niedersachsen.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wer ist bei Rückfragen ansprechbar?

Ana Mazur, MPH (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Tel.: 0551 / 39-63709

Mail: analucia.mazur@med.uni-goettingen.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Prof. Dr. med. Eva Hummers
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
D-37073 Göttingen



UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**
ALLGEMEINMEDIZIN ■

Information zur Teilnahme an einer gemischten Fokusgruppe im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Sehr geehrte Frau xyz, sehr geehrter Herr xyz,

wir möchten Sie herzlich einladen, an einer Studie teilzunehmen, bei der es um die Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf geht.

Die Studie wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen durchführt. Die Studie wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF20005).

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Pflegebedarf ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen: Beruflich Pflegenden von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch von Angehörigen und Vertrauenspersonen geleistet. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, welche nicht zuletzt in Zeiten der Coronapandemie, eine Herausforderung darstellen können.

Ziel des Projektes „interprof HOME“

Ziel ist die Entwicklung und Testung von Maßnahmen zur Stärkung der personenzentrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf. Durch die Maßnahmen sollen unter anderem unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie besteht aus zwei Teilen:

In Studienteil A wird mit verschiedenen Methoden unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Dazu führen wir Interviews mit in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf, Angehörigen/Vertrauenspersonen und ausgewählten Expert*innen durch. Hinzu kommen Gruppendiskussionen mit in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf, Angehörigen/Vertrauenspersonen, Hausärzt*innen, beruflich Pflegenden ambulanter Pflegedienste sowie Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen.

Zusätzlich stellen Beobachtungen von Hausbesuchen und eine Fragebogenstudie sicher, dass die Versorgungsroutine der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Bedürfnisse aller Beteiligten genau erfasst werden.

In Studienteil B werden die entwickelten Maßnahmen in einer zufallsverteilten Studie eingeführt. Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Aspekte und der Prozess der Einführung untersucht.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Hiermit laden wir Sie herzlich zur Teilnahme an einer Fokusgruppe ein.

Wir interessieren uns für Ihre Berufserfahrungen bei der Versorgung von Personen mit Pflegebedarf, vor allem in Bezug auf die Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung mit verschiedenen Berufsgruppen (beruflich Pflegenden, Hausärzt*innen und Therapeut*innen). Sie erhalten die Gelegenheit, Ihre Perspektive zu schildern und mit Personen der anderen an der Versorgung beteiligten Gruppen zu diskutieren. Zudem bitten wir Sie, einen Kurzfragebogen zu wenigen persönlichen Daten auszufüllen. Die Erkenntnisse aus der Auswertung aller Fokusgruppen dient als Basis für Ideen, wie eine optimale Versorgung von Personen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit aussehen kann.

Die Teilnahme an der Fokusgruppe ist **freiwillig**. Die Fokusgruppe wird von eine*r Studienmitarbeiter*in moderiert **und entweder an einem von uns gewähltem Ort (wahrscheinlich an der Universitätsmedizin Göttingen) oder per Video** durchgeführt. Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren. Für Ihren Aufwand erhalten Sie eine Entschädigung von **100 Euro**.

Wir haben eine Wegeversicherung für Sie abgeschlossen, falls die Fokusgruppe in Präsenz stattfindet.

Name der Wegeversicherung

Adresse

Versicherungspolice-Nummer

Die Fokusgruppe dauert ca. **120 Minuten**, erfahrungsgemäß kann es aber auch einige Minuten länger dauern, so dass es gut wäre, wenn Sie ausreichend Zeit mitbringen. Wir möchten Sie zudem bitten, bereits im Vorfeld der Fokusgruppe einen **Kurzfragebogen** mit Daten zu Ihrer Person auszufüllen.

Für eine bessere Auswertung wird die Fokusgruppe mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet, zudem wird ein Protokoll geführt. Die Auswertung der Fokusgruppe sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei der Fokusgruppe werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutzrecht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Personen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A der DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung und Informationen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilligungserklärung hingewiesen werden:

- Die Fokusgruppe findet telefonisch, per Video oder in Präsenz statt. Die Wortbeiträge werden als Audiodatei gespeichert, sofern die Teilnehmer*innen damit einverstanden sind. Die Aufzeichnung erfolgt als lokale Aufzeichnung auf zwei externen Aufnahmegeräten (z. B. Diktiergerät).
- Die aufgezeichneten Beiträge werden in pseudonymisierter¹ (verschlüsselter) Form gespeichert und die Audioaufnahmen werden für die Auswertung in pseudonymisierter Schriftform übertragen. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.
- Die Speicherzeit für die verschrifteten Daten beträgt 10 Jahre und für die Audioaufzeichnungen und die Pseudonymisierungsliste bis zum Ende der Studie voraussichtlich in 4 Jahren. Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet. Die aufgezeichneten Audiobeiträge sowie die personenbezogenen Daten werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch das *interprof* HOME-Projektteam. Diese werden nur für Zwecke der Studie bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projektberichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *interprof* HOME genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DS-GVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der Daten (Studienende 2024) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).

¹**Pseudonymisieren** die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU- Datenschutzgrundverordnung).

²**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an das Projektteam oder an die Datenschutzbeauftragte bzw. den Datenschutzbeauftragten des Projektzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO). Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der bzw. dem Projektverantwortlichen bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Diese Rechte sind nur bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung bzw. Löschung durchsetzbar.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Projektleitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

Humboldtallee 38, 37073 Göttingen

Tel.: 0551-39-68193

E-Mail: eva.hummers@med.uni-goettingen.de.

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Göttingen wenden:

Datenschutzbeauftragte*r der UMG

Universitätsmedizin Göttingen

Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen

Tel.: 0551-39-62762

E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich beifolgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Adresse Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Tel.: 0511 120-4500

E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wer ist bei Rückfragen ansprechbar?

Ana Mazur, MPH (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Tel.: 0551 / 39-63709

Mail: analucia.mazur@med.uni-goettingen.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!



Information zur Teilnahme an einem Einzelinterview im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Sehr geehrte Frau xyz, sehr geehrter Herr xyz,

wir möchten Sie herzlich einladen, an einer Studie teilzunehmen, bei der es um die Versorgung von zuhause gepflegten Personen geht.

Die Studie wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen durchgeführt. Die Studie wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF20005).

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Pflegebedarf ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen geleistet: Beruflich Pflegende von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch von Ihnen. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, die eine Herausforderung darstellen können.

Ziel des Projektes „interprof HOME“

Ziel ist die Entwicklung und Testung von Maßnahmen zur Stärkung der personenzentrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Versorgung von zuhause gepflegten Personen. Durch die Maßnahmen sollen unter anderem unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie besteht aus zwei Teilen:

In Studienteil A wird mit verschiedenen Methoden unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Dazu führen wir Interviews mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen

und ausgewählten Expert*innen durch. Hinzu kommen Gruppendiskussionen mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen, Hausärzt*innen, beruflich Pflegenden ambulanter Pflegedienste sowie Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen. Zusätzlich stellen Beobachtungen von Hausbesuchen und eine Fragebogenstudie sicher, dass die Versorgungsroutine der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Bedürfnisse aller Beteiligten genau erfasst werden.

In Studienteil B werden die entwickelten Maßnahmen in einer Studie eingeführt. Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Aspekte und der Prozess der Einführung untersucht.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Hiermit laden wir Sie herzlich zu einem Einzelinterview ein.

Sie erhalten die Gelegenheit, die Erfahrungen mit Ihrer Versorgungssituation zu schildern. Hierbei interessiert uns Ihre ganz persönliche Sichtweise auf Ihre Versorgung durch die verschiedenen Berufsgruppen (beruflich Pflegenden, Hausärzt*innen, Therapeut*innen) und deren Zusammenarbeit. Zudem bitten wir Sie, einen Kurzfragebogen zu einigen persönlichen Daten auszufüllen.

Die Erkenntnisse aus der Auswertung aller Interviews dient als Basis für die weitere Entwicklung von Ideen, wie eine optimale Versorgung von Personen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit aussehen kann. Da wir gern auch mit den anderen Personen dieser Berufsgruppen sprechen wollen, würden wir Sie darum bitten, diese von der Schweigepflicht den Studienmitarbeitern gegenüber zu entbinden.

Die Teilnahme an einem Interview ist **freiwillig**. Das Interview wird von eine*r Studienmitarbeiter*in persönlich **an einem Ort Ihrer Wahl, per Video oder telefonisch** durchgeführt (Ihrem Wunsch nach). Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren.

Das Interview dauert ca. **30 – 60 Minuten**, erfahrungsgemäß kann es aber auch einige Minuten länger dauern, so dass es gut wäre, wenn Sie ausreichend Zeit mitbringen. Für Ihre Teilnahme an der Studie (Interview & nicht-teilnehmende Beobachtung) erhalten Sie insgesamt eine **Entschädigung von 50 Euro**.

Für eine bessere Auswertung wird das Interview mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet. Die Auswertung des Interviews sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert¹ (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei dem Einzelinterview werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutzrecht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Personen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a) der DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung und Informationen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilligungserklärung hingewiesen werden:

- Das Einzelinterview findet telefonisch, per Video oder in Präsenz statt. Die Wortbeiträge werden als Audiodatei gespeichert, sofern die Teilnehmer*innen damit einverstanden sind. Die Aufzeichnung erfolgt als lokale Aufzeichnung auf zwei externen Aufnahmegeräten (z. B. Diktiergerät).

- Die aufgezeichneten Beiträge werden in pseudonymisierter¹ (verschlüsselter) Form gespeichert und die Audioaufnahmen werden für die Auswertung in pseudonymisierter Schriftform übertragen. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.
- Die Speicherzeit für die verschrifteten Daten beträgt 10 Jahre und für die Audioaufzeichnungen und die Pseudonymisierungsliste bis zum Ende der Studie voraussichtlich in 4 Jahren. Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet. Die aufgezeichneten Audiobeiträge sowie die personenbezogenen Daten werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch das *interprof* HOME-Projektteam. Diese werden nur für Zwecke der Studie bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projektberichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *interprof* HOME genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DSGVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der Daten (Studienende 2024) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).

¹**Pseudonymisieren** ist die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU- Datenschutzgrundverordnung).

²**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an das Projektteam oder an die Datenschutzbeauftragte bzw. den Datenschutzbeauftragten des Projektzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO). Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der bzw. dem Projektverantwortlichen bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Diese Rechte sind nur bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung bzw. Löschung durchsetzbar.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Projektleitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-68193
E-Mail: eva.hummers@med.uni-goettingen.de.

Teilprojektleitung Wirtschaftswissenschaften: Prof. Dr. Indre Maurer

Professur für Organisation und Unternehmensentwicklung, Georg-August-Universität
Platz der Göttinger Sieben 3, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-24712
E-Mail: organisation@wiwi.uni-goettingen.de

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an die Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin oder der Georg-August-Universität Göttingen wenden:

Datenschutzbeauftragte*r der UMG

Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
Tel.: 0551-39-62762
E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de

Datenschutzbeauftragte*r der GAU

Platz der Göttinger Sieben 6, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-27381
E-Mail: datenschutz@uni-goettingen.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich bei folgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Adresse Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Tel.: 0511-120-4500

E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wer ist bei Rückfragen ansprechbar?

Marilena Diel (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Tel.: 0551-39-27426

Mail: marilena.diel@uni-goettingen.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3



Information zur Teilnahme an einem Einzelinterview im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Sehr geehrte Frau xyz, sehr geehrter Herr xyz,

wir möchten Sie herzlich einladen, an einer Studie teilzunehmen, bei der es um die Versorgung von zuhause gepflegten Personen geht.

Die Studie wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen durchgeführt. Die Studie wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF20005).

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Pflegebedarf ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen geleistet: Beruflich Pflegende von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch von Ihnen. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, die eine Herausforderung darstellen können.

Ziel des Projektes „interprof HOME“

Ziel ist die Entwicklung und Testung von Maßnahmen zur Stärkung der personenzentrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Versorgung von zuhause gepflegten Personen. Durch die Maßnahmen sollen unter anderem unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie besteht aus zwei Teilen:

In Studienteil A wird mit verschiedenen Methoden unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Dazu führen wir Interviews mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen

und ausgewählten Expert*innen durch. Hinzu kommen Gruppendiskussionen mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen, Hausärzt*innen, beruflich Pflegenden ambulanter Pflegedienste sowie Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen. Zusätzlich stellen Beobachtungen von Hausbesuchen und eine Fragebogenstudie sicher, dass die Versorgungsroutine der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Bedürfnisse aller Beteiligten genau erfasst werden.

In Studienteil B werden die entwickelten Maßnahmen in einer Studie eingeführt. Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Aspekte und der Prozess der Einführung untersucht.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Hiermit laden wir Sie herzlich zu einem Einzelinterview ein.

Sie erhalten die Gelegenheit, die Erfahrungen mit der Versorgungssituation zu schildern. Hierbei interessiert uns Ihre ganz persönliche Sichtweise auf die Versorgung der Person mit Pflegebedarf durch die verschiedenen Berufsgruppen (beruflich Pflegenden, Hausärzt*innen, Therapeut*innen) und deren Zusammenarbeit. Zudem bitten wir Sie, einen Kurzfragebogen zu wenigen persönlichen Daten auszufüllen.

Die Erkenntnisse aus der Auswertung aller Interviews dient als Basis für die weitere Entwicklung von Ideen, wie eine optimale Versorgung von Personen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit aussehen kann.

Die Teilnahme an einem Interview ist **freiwillig**. Das Interview wird von eine*r Studienmitarbeiter*in persönlich **an einem Ort Ihrer Wahl, per Video oder telefonisch** durchgeführt (Ihrem Wunsch nach). Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren.

Das Interview dauert ca. **30 – 60 Minuten**, erfahrungsgemäß kann es aber auch einige Minuten länger dauern, so dass es gut wäre, wenn Sie ausreichend Zeit mitbringen. Für Ihre Teilnahme an der Studie (Interview & nicht-teilnehmende Beobachtung) erhalten Sie insgesamt eine **Entschädigung von 50 Euro**.

Für eine bessere Auswertung wird das Interview mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet. Die Auswertung des Interviews sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert¹ (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei dem Einzelinterview werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutzrecht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Personen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a) der DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung und Informationen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilligungserklärung hingewiesen werden:

- Das Einzelinterview findet telefonisch, per Video oder in Präsenz statt. Die Wortbeiträge werden als Audiodatei gespeichert, sofern die Teilnehmer*innen damit einverstanden sind. Die Aufzeichnung erfolgt als lokale Aufzeichnung auf zwei externen Aufnahmegeräten (z. B. Diktiergerät).

- Die aufgezeichneten Beiträge werden in pseudonymisierter¹ (verschlüsselter) Form gespeichert und die Audioaufnahmen werden für die Auswertung in pseudonymisierter Schriftform übertragen. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.
- Die Speicherzeit für die verschrifteten Daten beträgt 10 Jahre und für die Audioaufzeichnungen und die Pseudonymisierungsliste bis zum Ende der Studie voraussichtlich in 4 Jahren. Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet. Die aufgezeichneten Audiobeiträge sowie die personenbezogenen Daten werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch das *interprof* HOME-Projektteam. Diese werden nur für Zwecke der Studie bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projektberichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *interprof* HOME genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DSGVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der Daten (Studienende 2024) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).

¹**Pseudonymisieren** ist die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU- Datenschutzgrundverordnung).

²**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an das Projektteam oder an die Datenschutzbeauftragte bzw. den Datenschutzbeauftragten des Projektzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO). Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der bzw. dem Projektverantwortlichen bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Diese Rechte sind nur bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung bzw. Löschung durchsetzbar.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Projektleitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-68193
E-Mail: eva.hummers@med.uni-goettingen.de.

Teilprojektleitung Wirtschaftswissenschaften: Prof. Dr. Indre Maurer

Professur für Organisation und Unternehmensentwicklung, Georg-August-Universität
Platz der Göttinger Sieben 3, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-24712
E-Mail: organisation@wiwi.uni-goettingen.de

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an die Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin oder der Georg-August-Universität Göttingen wenden:

Datenschutzbeauftragte*r der UMG

Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
Tel.: 0551-39-62762
E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de

Datenschutzbeauftragte*r der GAU

Platz der Göttinger Sieben 6, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-27381
E-Mail: datenschutz@uni-goettingen.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich bei folgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Adresse Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Tel.: 0511-120-4500

E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wer ist bei Rückfragen ansprechbar?

Marilena Diel (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Tel.: 0551-39-27426

Mail: marilena.diel@uni-goettingen.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3



Information zur Teilnahme an einem Einzelinterview im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Sehr geehrte Frau xyz, sehr geehrter Herr xyz,

wir möchten Sie herzlich einladen, an einer Studie teilzunehmen, bei der es um die Versorgung von zuhause gepflegten Personen geht.

Die Studie wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen durchgeführt. Die Studie wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF20005).

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Pflegebedarf ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen geleistet: Beruflich Pflegende von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch von Ihnen. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, die eine Herausforderung darstellen können.

Ziel des Projektes „interprof HOME“

Ziel ist die Entwicklung und Testung von Maßnahmen zur Stärkung der personenzentrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Versorgung von zuhause gepflegten Personen. Durch die Maßnahmen sollen unter anderem unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie besteht aus zwei Teilen:

In Studienteil A wird mit verschiedenen Methoden unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Dazu führen wir Interviews mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen

und ausgewählten Expert*innen durch. Hinzu kommen Gruppendiskussionen mit zuhause gepflegten Personen, Angehörigen/Vertrauenspersonen, Hausärzt*innen, beruflich Pflegenden ambulanter Pflegedienste sowie Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen. Zusätzlich stellen Beobachtungen von Hausbesuchen und eine Fragebogenstudie sicher, dass die Versorgungsroutine der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Bedürfnisse aller Beteiligten genau erfasst werden.

In Studienteil B werden die entwickelten Maßnahmen in einer Studie eingeführt. Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Aspekte und der Prozess der Einführung untersucht.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Hiermit laden wir Sie herzlich zu einem Einzelinterview ein.

Sie erhalten die Gelegenheit, die Erfahrungen mit der Versorgungssituation zu schildern. Hierbei interessiert uns Ihre Erfahrung und ganz persönliche Sichtweise auf die Versorgung von Personen mit Pflegebedarf durch die verschiedenen Berufsgruppen (beruflich Pflegenden, Hausärzt*innen, Therapeut*innen) und deren Zusammenarbeit. Zudem bitten wir Sie, einen Kurzfragebogen zu wenigen persönlichen Daten auszufüllen.

Die Erkenntnisse aus der Auswertung aller Interviews dient als Basis für die weitere Entwicklung von Ideen, wie eine optimale Versorgung von Personen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit aussehen kann.

Die Teilnahme an einem Interview ist **freiwillig**. Das Interview wird von eine*r Studienmitarbeiter*in persönlich **an einem Ort Ihrer Wahl, per Video oder telefonisch** durchgeführt (Ihrem Wunsch nach). Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren.

Das Interview dauert ca. **30 – 60 Minuten**, erfahrungsgemäß kann es aber auch einige Minuten länger dauern, so dass es gut wäre, wenn Sie ausreichend Zeit mitbringen. Für Ihre Teilnahme an der Studie (Interview & nicht-teilnehmende Beobachtung) erhalten Sie insgesamt eine **Entschädigung von 50 Euro**.

Für eine bessere Auswertung wird das Interview mit einem digitalen Audioaufnahmegerät aufgezeichnet. Die Auswertung des Interviews sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert¹ (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei dem Einzelinterview werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutzrecht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Personen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a) der DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung und Informationen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilligungserklärung hingewiesen werden:

- Das Einzelinterview findet telefonisch, per Video oder in Präsenz statt. Die Wortbeiträge werden als Audiodatei gespeichert, sofern die Teilnehmer*innen damit einverstanden sind. Die Aufzeichnung erfolgt als lokale Aufzeichnung auf zwei externen Aufnahmegeräten (z. B. Diktiergerät).

- Die aufgezeichneten Beiträge werden in pseudonymisierter¹ (verschlüsselter) Form gespeichert und die Audioaufnahmen werden für die Auswertung in pseudonymisierter Schriftform übertragen. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.
- Die Speicherzeit für die verschrifteten Daten beträgt 10 Jahre und für die Audioaufzeichnungen und die Pseudonymisierungsliste bis zum Ende der Studie voraussichtlich in 4 Jahren. Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet. Die aufgezeichneten Audiobeiträge sowie die personenbezogenen Daten werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch das *interprof* HOME-Projektteam. Diese werden nur für Zwecke der Studie bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projektberichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *interprof* HOME genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DSGVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der Daten (Studienende 2024) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).

¹**Pseudonymisieren** ist die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU- Datenschutzgrundverordnung).

²**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an das Projektteam oder an die Datenschutzbeauftragte bzw. den Datenschutzbeauftragten des Projektzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO). Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der bzw. dem Projektverantwortlichen bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Diese Rechte sind nur bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung bzw. Löschung durchsetzbar.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Projektleitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-68193
E-Mail: eva.hummers@med.uni-goettingen.de.

Teilprojektleitung Wirtschaftswissenschaften: Prof. Dr. Indre Maurer

Professur für Organisation und Unternehmensentwicklung, Georg-August-Universität
Platz der Göttinger Sieben 3, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-24712
E-Mail: organisation@wiwi.uni-goettingen.de

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an die Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin oder der Georg-August-Universität Göttingen wenden:

Datenschutzbeauftragte*r der UMG

Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
Tel.: 0551-39-62762
E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de

Datenschutzbeauftragte*r der GAU

Platz der Göttinger Sieben 6, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-27381
E-Mail: datenschutz@uni-goettingen.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich bei folgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Adresse Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Tel.: 0511-120-4500

E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wer ist bei Rückfragen ansprechbar?

Marilena Diel (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Tel.: 0551-39-27426

Mail: marilena.diel@uni-goettingen.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Prof. Dr. med. Eva Hummers
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
D-37073 Göttingen



UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN
ALLGEMEINMEDIZIN ■ **UMG**

Information zur Teilnahme an einem Expert*innenworkshop im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Sehr geehrte Frau xyz, sehr geehrter Herr xyz,

wir möchten Sie herzlich einladen, an einer Studie teilzunehmen, bei der es um die Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf geht.

Die Studie wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gemeinsam mit dem Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege der Universität zu Lübeck, dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität zu Köln und der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Georg-August-Universität Göttingen durchführt.

Die Studie wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert (FKZ: 01VSF20005).

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Warum wird diese Studie durchgeführt?

Die Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Menschen mit Pflegebedarf ist hochkomplex und wird von verschiedenen Personen: Beruflich Pflegenden von ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen, Therapeut*innen und besonders auch von Angehörigen und Vertrauenspersonen geleistet. Die gesundheitliche Versorgung bedarf ständiger Absprachen, welche nicht zuletzt in Zeiten der Coronapandemie, eine Herausforderung darstellen können.

Ziel des Projektes „interprof HOME“

Ziel ist die Entwicklung und Testung von Maßnahmen zur Stärkung der personenzentrierten Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf. Durch die Maßnahmen sollen unter anderem unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden und die Lebensqualität verbessert werden.

Wie ist der Ablauf der Studie?

Die Studie besteht aus zwei Teilen:

In Studienteil A wird mit verschiedenen Methoden unter Einbeziehung der an der Versorgung beteiligten Personengruppen ein interprofessionelles Versorgungskonzept entwickelt. Dazu führen wir Interviews mit in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf, Angehörigen/Vertrauenspersonen und ausgewählten Expert*innen durch. Hinzu kommen Gruppendis-

kussionen mit in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf, Angehörigen/Vertrauenspersonen, Hausärzt*innen, beruflich Pflegenden ambulanter Pflegedienste sowie Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen. Zusätzlich stellen Beobachtungen von Hausbesuchen und eine Fragebogenstudie sicher, dass die Versorgungsroutine der unterschiedlichen Berufsgruppen sowie die Bedürfnisse aller Beteiligten genau erfasst werden. Abschließend werden die Erkenntnisse in einem Expert*innenworkshop zusammengeführt und präzisiert.

In Studienteil B werden die entwickelten Maßnahmen in einer zufallsverteilten Studie eingeführt. Hierbei werden auch gesundheitsökonomische Aspekte und der Prozess der Einführung untersucht.

Was bedeutet eine Studienteilnahme für Sie?

Hiermit laden wir Sie herzlich zur Teilnahme an einem Expert*innenworkshop (mit ca. 20 Personen) ein.

Wir interessieren uns für Ihre Erfahrungen und Ihr Wissen hinsichtlich der Versorgung von Personen mit Pflegebedarf, vor allem in Bezug auf die Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung mit verschiedenen Berufsgruppen (beruflich Pflegenden, Ärzt*innen und Therapeut*innen). Sie erhalten die Gelegenheit, Ihre Perspektive zu schildern und mit weiteren Expert*innen zu diskutieren. Im Workshop geht es um die Konkretisierung des Versorgungskonzepts und um die Festlegung einer Strategie für die Implementierung.

Die Teilnahme am Expert*innenworkshop ist **freiwillig**. Der Workshop wird von eine*r Studienmitarbeiter*in moderiert **und entweder an einem von uns gewähltem Ort (wahrscheinlich an der Universitätsmedizin Göttingen) oder per Video an zwei Tagen à 6 Stunden** durchgeführt. Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren.

Für Ihren Aufwand erhalten Sie eine Entschädigung von **250 Euro pro Tag**.

Wir haben eine Wegeversicherung für Sie abgeschlossen, falls der Workshop in Präsenz stattfindet.

Name der Wegeversicherung

Adresse

Versicherungspolice-Nummer

Für eine bessere Auswertung bei dem Workshop ein Protokoll geführt. Die Auswertung erfolgt pseudonymisiert (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei dem Einzelinterview werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge erhoben, gespeichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutzrecht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Personen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A der DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung und Informationen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilligungserklärung hingewiesen werden:

- Das Einzelinterview findet telefonisch, per Video oder in Präsenz statt. Die Wortbeiträge werden als Audiodatei gespeichert, sofern die Teilnehmer*innen damit einverstanden sind.

Die Aufzeichnung erfolgt als lokale Aufzeichnung auf zwei externen Aufnahmegeräten (z. B. Diktiergerät).

- Die aufgezeichneten Beiträge werden in pseudonymisierter¹ (verschlüsselter) Form gespeichert und die Audioaufnahmen werden für die Auswertung in pseudonymisierter Schriftform übertragen. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.
- Die Speicherzeit für die verschrifteten Daten beträgt 10 Jahre und für die Audioaufzeichnungen und die Pseudonymisierungsliste bis zum Ende der Studie voraussichtlich in 4 Jahren. Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet. Die aufgezeichneten Audiobeiträge sowie die personenbezogenen Daten werden unter Verschluss gehalten; sie sind nur der Projektleiterin und ihrer Vertretung zugänglich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch das *interprof* HOME-Projektteam. Diese werden nur für Zwecke der Studie bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projektberichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *interprof* HOME genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. a, 7 und 9 Abs. 2 lit. a der DSGVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der Daten (Studienende 2024) schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung genannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).

¹**Pseudonymisieren** ist die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU-Datenschutzgrundverordnung).

²**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an das Projektteam oder an die Datenschutzbeauftragte bzw. den Datenschutzbeauftragten des Projektzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO). Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der bzw. dem Projektverantwortlichen bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Diese Rechte sind nur bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung bzw. Löschung durchsetzbar.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Projektleitung: Prof. Dr. med. Eva Hummers

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38, 37073 Göttingen
Tel.: 0551-39-68193
E-Mail: eva.hummers@med.uni-goettingen.de.

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Universitätsmedizin Göttingen wenden:

Datenschutzbeauftragte*r der UMG

Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
Tel.: 0551-39-62762
E-Mail: datenschutz@med.uni-goettingen.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich beifolgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Adresse Prinzenstraße 5, 30159 Hannover
Tel.: 0511 120-4500
E-Mail: poststelle@ldf.niedersachsen.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wer ist bei Rückfragen ansprechbar?

Ana Mazur, MPH (Wissenschaftliche Mitarbeiterin)
Tel.: 0551-39-63709

Mail: analucia.mazur@med.uni-goettingen.de

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!



Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Einzelinterview im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Ich habe die Informationen zu meiner Teilnahme an einem Einzelinterview sowie zum Datenschutz gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen und wurde zudem mündlich durch eine*n Studienmitarbeiter*in darüber ausführlich und verständlich aufgeklärt.

Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs hatte ich die Gelegenheit Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden und weiß, dass diese mit keinerlei unmittelbarem persönlichem Nutzen oder mit Nachteilen für mich verbunden ist.

Ein Exemplar der Informationen zur Teilnahme an einem Einzelinterview, zur aktuellen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie zu dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

1. Ich willige ein, dass personenbezogene Daten über mich, wie in der Informationsschrift beschrieben, erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gespeichert und verarbeitet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass das Einzelinterview mit einem digitalen Aufnahmegerät als Audiodatei auf einer Speicherkarte, aufgezeichnet wird.

Die Aufnahme des Einzelinterviews wird nach der Aufzeichnung auf einen passwortgesicherten verschlüsselten Datenträger kopiert und dort nur unter Ihrem Pseudonym gespeichert. Die Datei auf der Speicherkarte des digitalen Aufnahmegerätes wird anschließend gelöscht. Die Übermittlung der Audiodatei erfolgt verschlüsselt und passwortgeschützt über einen gesonderten Netzwerkrechner. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.

Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, die Daten aus dem Einzelinterview werden nur in pseudonymisierter, verschriftlichter Form im

Projektteam weitergegeben und ausgewertet. Eine Weitergabe der pseudonymisierten Daten ist nicht vorgesehen. Eine Veröffentlichung erfolgt in anonymisierter Form. Die Versendung von Verschriftlichungen an die Wissenschaftler*innen zur Auswertung erfolgt nur pseudonymisiert und passwortgeschützt sowie verschlüsselt per Email.

2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Ich kann in diesem Fall die Löschung der Daten verlangen.

Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen. Mir entstehen dadurch keine Nachteile.

3. Ich willige ein, dass die Kontaktdaten, die Audiodaten und die Pseudonymisierungslisten nach Beendigung oder Abbruch der Studie gelöscht werden und die weiteren Daten nach der klinischen Prüfung 10 Jahre (in anonymisierter Form) aufbewahrt werden.

Ich stimme der Teilnahme an einem Einzelinterview freiwillig zu und willige in die Erhebung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten nach Maßgabe der Datenschutz-Grundverordnung ein.

.....
Vor- und Nachname Teilnehmer*in

.....
Vor- und Nachname Studienmitarbeiter*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Teilnehmer*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Studienmitarbeiter*in

Prof. Dr. med. Eva Hummers
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
D-37073 Göttingen



UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN : UMG
ALLGEMEINMEDIZIN ■

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Einzelinterview im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Ich habe die Informationen zur Teilnahme an einem Einzelinterview sowie zum Datenschutz gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen und wurde zudem mündlich durch eine*n Studienmitarbeiter*in darüber ausführlich und verständlich aufgeklärt.

Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs hatte ich die Gelegenheit Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit mich, stellvertretend für die von mir betreute Person mit Pflegebedarf, für ihre Teilnahme zu entscheiden und weiß, dass diese mit keinerlei unmittelbarem persönlichem Nutzen oder mit Nachteilen für mich oder die von mir betreute Person mit Pflegebedarf verbunden ist.

Ein Exemplar der Informationen zur Teilnahme an einem Einzelinterview, zur aktuellen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie zu dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

1. Ich willige ein, dass personenbezogene Daten über mich, wie in der Informationsschrift beschrieben, erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gespeichert und verarbeitet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass das Einzelinterview mit einem digitalen Aufnahmegerät als Audiodatei auf einer Speicherkarte, aufgezeichnet wird.

Die Aufnahme des Einzelinterviews wird nach der Aufzeichnung auf einen passwortgesicherten verschlüsselten Datenträger kopiert und dort nur unter Ihrem Pseudonym gespeichert. Die Datei auf der Speicherkarte des digitalen Aufnahmegerätes wird anschließend gelöscht. Die Übermittlung der Audiodatei erfolgt verschlüsselt und passwortgeschützt über einen gesonderten Netzwerkrechner. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.

Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, die Daten aus dem Einzelinterview werden nur in pseudonymisierter, verschriftlichter Form im Projektteam weitergegeben und ausgewertet. Eine Weitergabe der pseudonymisierten Daten ist nicht vorgesehen. Eine Veröffentlichung erfolgt in anonymisierter Form. Die Versendung von Verschriftlichungen an die Wissenschaftler*innen zur Auswertung erfolgt nur pseudonymisiert und passwortgeschützt sowie verschlüsselt per Email.

2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Ich kann in diesem Fall die Löschung der Daten verlangen.

Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen. Mir entstehen dadurch keine Nachteile.

3. Ich willige ein, dass die Kontaktdaten, die Audiodaten und die Pseudonymisierungslisten nach Beendigung oder Abbruch der Studie gelöscht werden und die weiteren Daten nach der klinischen Prüfung 10 Jahre (in anonymisierter Form) aufbewahrt werden.

Ich stimme der Teilnahme an einem Einzelinterview freiwillig zu und willige in die Erhebung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten nach Maßgabe der Datenschutz-Grundverordnung ein.

.....
Vor- und Nachname Teilnehmer*in

.....
Vor- und Nachname Studienmitarbeiter*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift
Teilnehmer*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Studienmitarbeiter*in

.....
Vor- und Nachname Gesetzliche*r Betreuer*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Gesetzliche*r Betreuer*in

Prof. Dr. med. Eva Hummers
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
D-37073 Göttingen



UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN : UMG
ALLGEMEINMEDIZIN ■

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einer monoprofessionellen Fokusgruppe im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Ich habe die Informationen zu meiner Teilnahme an einer monoprofessionellen Fokusgruppe sowie zum Datenschutz gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen und wurde zudem mündlich durch eine*n Studienmitarbeiter*in darüber ausführlich und verständlich aufgeklärt.

Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs hatte ich die Gelegenheit Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden und weiß, dass diese mit keinerlei unmittelbarem persönlichem Nutzen oder mit Nachteilen für mich verbunden ist.

Ein Exemplar der Informationen zur Teilnahme an einer monoprofessionellen Fokusgruppe, zur aktuellen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie zu dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

1. Ich willige ein, dass personenbezogene Daten über mich, wie in der Informationsschrift beschrieben, erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gespeichert und verarbeitet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass das Einzelinterview mit einem digitalen Aufnahmegerät als Audiodatei auf einer Speicherkarte, aufgezeichnet wird.

Die Aufnahme des Einzelinterviews wird nach der Aufzeichnung auf einen passwortgesicherten verschlüsselten Datenträger kopiert und dort nur unter Ihrem Pseudonym gespeichert. Die Datei auf der Speicherkarte des digitalen Aufnahmegerätes wird anschließend gelöscht. Die Übermittlung der Audiodatei erfolgt verschlüsselt und passwortgeschützt über einen gesonderten Netzwerkrechner. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.

Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, die Daten aus dem Einzelinterview werden nur in pseudonymisierter, verschriftlichter Form im

Projektteam weitergegeben und ausgewertet. Eine Weitergabe der pseudonymisierten Daten ist nicht vorgesehen. Eine Veröffentlichung erfolgt in anonymisierter Form. Die Versendung von Verschriftlichungen an die Wissenschaftler*innen zur Auswertung erfolgt nur pseudonymisiert und passwortgeschützt sowie verschlüsselt per Email.

2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Ich kann in diesem Fall die Löschung der Daten verlangen.

Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen. Mir entstehen dadurch keine Nachteile.

3. Ich willige ein, dass die Kontaktdaten, die Audiodaten und die Pseudonymisierungslisten nach Beendigung oder Abbruch der Studie gelöscht werden und die weiteren Daten nach der klinischen Prüfung 10 Jahre (in anonymisierter Form) aufbewahrt werden.

Ich stimme der Teilnahme an einem Einzelinterview freiwillig zu und willige in die Erhebung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten nach Maßgabe der Datenschutz-Grundverordnung ein.

.....
Vor- und Nachname Teilnehmer*in

.....
Vor- und Nachname Studienmitarbeiter*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Teilnehmer*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Studienmitarbeiter*in



Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einer nicht-teilnehmenden Beobachtung im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Ich habe die Informationen zu meiner Teilnahme an einer nicht-teilnehmenden Beobachtung sowie zum Datenschutz gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen und wurde zudem mündlich durch eine*n Studienmitarbeiter*in darüber ausführlich und verständlich aufgeklärt.

Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs hatte ich die Gelegenheit Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden und weiß, dass diese mit keinerlei unmittelbarem persönlichem Nutzen oder mit Nachteilen für mich verbunden ist.

Ein Exemplar der Informationen zur Teilnahme an einer nicht-teilnehmenden Beobachtung, zur aktuellen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie zur dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

1. Ich willige ein, dass personenbezogene Daten über mich, wie in der Informationsschrift beschrieben, erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern an der Professur für Organisation und Unternehmensentwicklung gespeichert und verarbeitet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Protokolle aufbewahrt sowie in Form von pseudonymisierten Transkripten ausgewertet werden.

Die originalen Protokolle werden unter Verschluss gehalten und nach der Digitalisierung über eine sichere Datenverbindung auf einen passwortgesicherten verschlüsselten Datenträger übermittelt und dort nur unter Ihrem Pseudonym gespeichert.

Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, die Daten aus dem Beobachtung werden nur in pseudonymisierter, verschriftlichter Form im Projektteam weitergegeben und ausgewertet. Eine Weitergabe der pseudonymisierten Daten ist nicht vorgesehen. Eine Veröffentlichung erfolgt in anonymisierter Form. Die Versendung von Verschriftlichungen an die Wissenschaftler*innen zur Auswertung erfolgt nur pseudonymisiert und passwortgeschützt sowie verschlüsselt per Email.

2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Ich kann in diesem Fall die Löschung der Daten verlangen.

Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen. Mir entstehen dadurch keine Nachteile.

3. Ich willige ein, dass die Kontaktdaten und die Pseudonymisierungslisten nach Beendigung oder Abbruch der Studie gelöscht werden und die weiteren Daten nach der klinischen Prüfung 10 Jahre (in anonymisierter Form) aufbewahrt werden.

Ich stimme der Teilnahme an einer nicht-teilnehmenden Beobachtung freiwillig zu und willige in die Erhebung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten nach Maßgabe der Datenschutz-Grundverordnung ein.

.....
Vor- und Nachname Teilnehmer*in

.....
Vor- und Nachname Studienmitarbeiter*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Teilnehmer*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Studienmitarbeiter*in

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3
D-37073 Göttingen



Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Einzelinterview im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Ich habe die Informationen zu meiner Teilnahme an einem Einzelinterview sowie zum Datenschutz gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen und wurde zudem mündlich durch eine*n Studienmitarbeiter*in darüber ausführlich und verständlich aufgeklärt.

Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs hatte ich die Gelegenheit Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden und weiß, dass diese mit keinerlei unmittelbarem persönlichem Nutzen oder mit Nachteilen für mich verbunden ist.

Ein Exemplar der Informationen zur Teilnahme an einem Einzelinterview, zur aktuellen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie zur dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

1. Ich willige ein, dass personenbezogene Daten über mich, wie in der Informationsschrift beschrieben, erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern an der Professur für Organisation und Unternehmensentwicklung der Georg-August-Universität Göttingen gespeichert und verarbeitet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass das Einzelinterview mit einem digitalen Aufnahmegerät als Audiodatei auf einer Speicherkarte aufgezeichnet wird.

Die Aufnahme des Einzelinterviews wird nach der Aufzeichnung auf einen passwortgesicherten verschlüsselten Datenträger kopiert und dort nur unter Ihrem Pseudonym gespeichert. Die Datei auf der Speicherkarte des digitalen Aufnahmegerätes wird anschließend gelöscht. Die Übermittlung der Audiodatei erfolgt verschlüsselt und passwortgeschützt über einen gesonderten Netzwerkrechner. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.

Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, die Daten aus dem Einzelinterview werden nur in pseudonymisierter, verschriftlichter Form im

Projektteam weitergegeben und ausgewertet. Eine Weitergabe der pseudonymisierten Daten ist nicht vorgesehen. Eine Veröffentlichung erfolgt in anonymisierter Form. Die Versendung von Verschriftlichungen an die Wissenschaftler*innen zur Auswertung erfolgt nur pseudonymisiert und passwortgeschützt sowie verschlüsselt per Email.

2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Ich kann in diesem Fall die Löschung der Daten verlangen.

Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen. Mir entstehen dadurch keine Nachteile.

3. Ich willige ein, dass die Kontaktdaten, die Audiodaten und die Pseudonymisierungslisten nach Beendigung oder Abbruch der Studie gelöscht werden und die weiteren Daten nach der klinischen Prüfung 10 Jahre (in anonymisierter Form) aufbewahrt werden.

Ich stimme der Teilnahme an einem Einzelinterview freiwillig zu und willige in die Erhebung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten nach Maßgabe der Datenschutz-Grundverordnung ein.

Vor- und Nachname Teilnehmer*in

Vor- und Nachname Studienmitarbeiter*in

Ort, Datum, Unterschrift Teilnehmer*in

Ort, Datum, Unterschrift Studienmitarbeiter*in

Prof. Dr. Indre Maurer
Professur für Organisation und
Unternehmensentwicklung
Georg-August-Universität Göttingen
Platz der Göttinger Sieben 3
D-37073 Göttingen



Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Shadowing im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Ich habe die Informationen zu meiner Teilnahme an einem Shadowing sowie zum Datenschutz gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen und wurde zudem mündlich durch eine*n Studienmitarbeiter*in darüber ausführlich und verständlich aufgeklärt.

Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs hatte ich die Gelegenheit Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden und weiß, dass diese mit keinerlei unmittelbarem persönlichem Nutzen oder mit Nachteilen für mich verbunden ist.

Ein Exemplar der Informationen zur Teilnahme an einem Shadowing, zur aktuellen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie zur dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

1. Ich willige ein, dass personenbezogene Daten über mich, wie in der Informationsschrift beschrieben, erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern an der Professur für Organisation und Unternehmensentwicklung der Georg-August-Universität Göttingen gespeichert und verarbeitet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Feldnotizen aufbewahrt sowie in Form von pseudonymisierten Transkripten ausgewertet werden.

Die originalen Feldnotizen werden unter Verschluss gehalten und nach der Digitalisierung über eine sichere Datenverbindung auf einen passwortgesicherten verschlüsselten Datenträger übermittelt und dort nur unter Ihrem Pseudonym gespeichert.

Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, die Daten aus dem Shadowing werden nur in pseudonymisierter, verschriftlichter Form im Projektteam weitergegeben und ausgewertet. Eine Weitergabe der pseudonymisierten Daten ist nicht vorgesehen. Eine Veröffentlichung erfolgt in anonymisierter Form.

Die Versendung von Verschriftlichungen an die Wissenschaftler*innen zur Auswertung erfolgt nur pseudonymisiert und passwortgeschützt sowie verschlüsselt per Email.

2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Ich kann in diesem Fall die Löschung der Daten verlangen.

Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen. Mir entstehen dadurch keine Nachteile.

3. Ich willige ein, dass die Kontaktdaten und die Pseudonymisierungslisten nach Beendigung oder Abbruch der Studie gelöscht werden und die weiteren Daten nach der klinischen Prüfung 10 Jahre (in anonymisierter Form) aufbewahrt werden.

Ich stimme der Teilnahme an einem Shadowing freiwillig zu und willige in die Erhebung und Verwendung meiner persönlichen Daten nach Maßgabe der Datenschutz-Grundverordnung ein.

.....
Vor- und Nachname Teilnehmer*in

.....
Vor- und Nachname Studienmitarbeiter*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Teilnehmer*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Studienmitarbeiter*in

Prof. Dr. Sascha Köpke
Institut für Pflegewissenschaft
Universität zu Köln
Gleueler Str. 176-178
D-50935 Köln



Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einer Befragung im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Interprof HOME

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Ich habe das Informationsschreiben erhalten, gelesen und verstanden. Ich weiß, dass ich die Gelegenheit habe, den Projektleiter zu kontaktieren, um Fragen zu der Befragung zu stellen.

Ich hatte genügend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden. Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist und mit keinem unmittelbaren, persönlichen Nutzen oder Nachteilen für mich sowie für die von mir geleitete Einrichtung oder Praxis verbunden sind. Ich weiß, dass ich diese Zustimmung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich oder die Einrichtung bzw. Praxis entstehen.

Ich bin einverstanden, dass im Rahmen dieses Forschungsvorhabens praxis- und personenbezogene Daten (z.B. Alter, Geschlecht, Qualifikation etc.) erhoben und gespeichert werden. Die Datenerhebung erfolgt nur zum Zweck der Durchführung und Evaluation des oben genannten Projekts. Die Datenspeicherzeit beträgt 10 Jahre. Das Vorgehen bei der Erhebung erfolgt anonymisiert.

Das heißt, dass zu keinem Zeitpunkt die Fragebögen mit der jeweiligen Person in Verbindung gebracht werden können.

Die zur Kontaktaufnahme vorliegenden Daten wie Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc. werden vom Studienzentrum vertraulich behandelt. Nur die für das Projekt zuständigen Mitarbeiter:innen haben darauf Zugriff.

Ich bin einverstanden, dass die anonymisierten Daten an Dritte weitergegeben werden können. Rückschlüsse auf Einrichtungen, Praxen oder Personen sind hierbei nicht möglich. Die anonymisiert erhobenen Daten werden von Projektmitarbeiter:innen der Universität zu Köln ausgewertet und für wissenschaftliche Veröffentlichungen genutzt.

Ich weiß, dass ich mein Einverständnis bis zur Absendung des Fragebogens widerrufen kann. Nach Absenden des Fragebogens ist aufgrund der anonymisierten Erhebung ein Löschen der Daten nicht mehr möglich.

Den einschlägigen Datenschutzbestimmungen gemäß der DSGVO (Art. 12 ff.) sowie dem Bundesdatenschutzgesetz wird damit nachgekommen.

Im Falle einer Beschwerde wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Universität zu Köln:

Gesa Diekmann und Alexander May

E-Mail: dsb@verw.uni-koeln.de

Webseite: <https://verwaltung.uni-koeln.de/stabstelle02.3>

Ich habe den Informationstext und eine Kopie dieser Einwilligung erhalten.

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Einwilligung zur Teilnahme an der Studie.

Vor- und Nachname der:s Studienteilnehmers:in

Ort, Datum, Unterschrift der:s Studienteilnehmers:in

Name und Ort der Einrichtung / Praxis

Ort, Datum, Unterschrift Studienmitarbeiter:in

Prof. Dr. med. Eva Hummers
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
D-37073 Göttingen



UNIVERSITÄTSMEDIZIN
GÖTTINGEN
ALLGEMEINMEDIZIN ■ UMG

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einer gemischten Fokusgruppe im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Ich habe die Informationen zu meiner Teilnahme an einer gemischten Fokusgruppe sowie zum Datenschutz gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen und wurde zudem mündlich durch eine*n Studienmitarbeiter*in darüber ausführlich und verständlich aufgeklärt.

Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs hatte ich die Gelegenheit Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden und weiß, dass diese mit keinerlei unmittelbarem persönlichem Nutzen oder mit Nachteilen für mich verbunden ist.

Ein Exemplar der Informationen zur Teilnahme an einer gemischten Fokusgruppe, zur aktuellen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie zu dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

1. Ich willige ein, dass personenbezogene Daten über mich, wie in der Informationsschrift beschrieben, erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gespeichert und verarbeitet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass das Einzelinterview mit einem digitalen Aufnahmegerät als Audiodatei auf einer Speicherkarte, aufgezeichnet wird.

Die Aufnahme des Einzelinterviews wird nach der Aufzeichnung auf einen passwortgesicherten verschlüsselten Datenträger kopiert und dort nur unter Ihrem Pseudonym gespeichert. Die Datei auf der Speicherkarte des digitalen Aufnahmegerätes wird anschließend gelöscht. Die Übermittlung der Audiodatei erfolgt verschlüsselt und passwortgeschützt über einen gesonderten Netzwerkrechner. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.

Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, die Daten aus dem Einzelinterview werden nur in pseudonymisierter, verschriftlichter Form im Projektteam weitergegeben und ausgewertet. Eine Weitergabe der pseudonymisierten Daten ist nicht vorgesehen. Eine Veröffentlichung erfolgt in anonymisierter Form.

Die Versendung von Verschriftlichungen an die Wissenschaftler*innen zur Auswertung erfolgt nur pseudonymisiert und passwortgeschützt sowie verschlüsselt per Email.

2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Ich kann in diesem Fall die Löschung der Daten verlangen.

Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen. Mir entstehen dadurch keine Nachteile.

3. Ich willige ein, dass die Kontaktdaten, die Audiodaten und die Pseudonymisierungslisten nach Beendigung oder Abbruch der Studie gelöscht werden und die weiteren Daten nach der klinischen Prüfung 10 Jahre (in anonymisierter Form) aufbewahrt werden.

Ich stimme der Teilnahme an einem Einzelinterview freiwillig zu und willige in die Erhebung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten nach Maßgabe der Datenschutz-Grundverordnung ein.

.....
Vor- und Nachname Teilnehmer*in

.....
Vor- und Nachname Studienmitarbeiter*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Teilnehmer*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Studienmitarbeiter*in

Prof. Dr. med. Eva Hummers
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
D-37073 Göttingen



UNIVERSITÄTSMEDIZIN
GÖTTINGEN : UMG
ALLGEMEINMEDIZIN ■

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Expert*innenworkshop im Rahmen der Studie

Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause

Langtitel: Entwicklung und Testung eines interprofessionellen personenzentrierten Versorgungskonzeptes für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Ich habe die Informationen zu meiner Teilnahme an dem Expert*innenworkshop sowie zum Datenschutz gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen und wurde zudem mündlich durch eine*n Studienmitarbeiter*in darüber ausführlich und verständlich aufgeklärt.

Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs hatte ich die Gelegenheit Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden und weiß, dass diese mit keinerlei unmittelbarem persönlichem Nutzen oder mit Nachteilen für mich verbunden ist.

Ein Exemplar der Informationen zur Teilnahme an dem Expert*innenworkshop, zur aktuellen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie zu dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

1. Ich willige ein, dass personenbezogene Daten über mich, wie in der Informationsschrift beschrieben, erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Göttingen gespeichert und verarbeitet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass das Einzelinterview mit einem digitalen Aufnahmegerät als Audiodatei auf einer Speicherkarte, aufgezeichnet wird.

Die Aufnahme des Einzelinterviews wird nach der Aufzeichnung auf einen passwortgesicherten verschlüsselten Datenträger kopiert und dort nur unter Ihrem Pseudonym gespeichert. Die Datei auf der Speicherkarte des digitalen Aufnahmegerätes wird anschließend gelöscht. Die Übermittlung der Audiodatei erfolgt verschlüsselt und passwortgeschützt über einen gesonderten Netzwerkrechner. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von einem professionellen Transkriptionsbüro vorgenommen, welches ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Der Datenaustausch mit dem Transkriptionsbüro sowie die Datenverarbeitung im Transkriptionsbüro erfolgen datenschutzkonform.

Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, die Daten aus dem Einzelinterview werden nur in pseudonymisierter, verschriftlichter Form im Projektteam weitergegeben und ausgewertet. Eine Weitergabe der pseudonymisierten Daten ist nicht vorgesehen. Eine Veröffentlichung erfolgt in anonymisierter Form.

Die Versendung von Verschriftlichungen an die Wissenschaftler*innen zur Auswertung erfolgt nur pseudonymisiert und passwortgeschützt sowie verschlüsselt per Email.

2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Ich kann in diesem Fall die Löschung der Daten verlangen.

Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen. Mir entstehen dadurch keine Nachteile.

3. Ich willige ein, dass die Kontaktdaten, die Audiodaten und die Pseudonymisierungslisten nach Beendigung oder Abbruch der Studie gelöscht werden und die weiteren Daten nach der klinischen Prüfung 10 Jahre (in anonymisierter Form) aufbewahrt werden.

Ich stimme der Teilnahme an einem Einzelinterview freiwillig zu und willige in die Erhebung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten nach Maßgabe der Datenschutz-Grundverordnung ein.

.....
Vor- und Nachname Teilnehmer*in

.....
Vor- und Nachname Studienmitarbeiter*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Teilnehmer*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Studienmitarbeiter*in



2024-03-30_01VSF20005_HOME_Anlage 5a

**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause**

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**
ALLGEMEINMEDIZIN ■

Demografische Angaben: ambulante gepflegte Person

--	--	--	--	--

Datum der Erhebung: _____

Studienmitarbeiter*in: _____

1. **Wie alt sind Sie?** _____ Jahre

2. **Sie sind:**

- männlich
- weiblich
- divers

3. **Was ist Ihr höchster Schulabschluss?** _____

4. **Welchen Beruf üben Sie aus / haben Sie ausgeübt?** _____

5. **Sind Sie alleinlebend?**

- Ja
- Nein, ich lebe mit _____

6. **Wie lange besteht bereits eine Pflegebedürftigkeit bei Ihnen?**

Seit _____ Jahren

7. **Welcher Pflegegrad ist aktuell bei Ihnen bewilligt?**

- keiner
- Pflegegrad 1 (geringe Beeinträchtigung)
- Pflegegrad 2 (erhebliche Beeinträchtigung)
- Pflegegrad 3 (schwere Beeinträchtigung)
- Pflegegrad 4 (schwerste Beeinträchtigung)
- Pflegegrad 5 (schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)

8. Bei welcher (gesetzlichen) Krankenkasse sind Sie versichert?

9. Wo wohnen Sie?

- ländlich (<5000)
- Kleinstadt (5000 - 20.000)
- Stadt (>20.000 - 100.000)
- Großstadt (>100.000)

10. Wer betreut Sie zu Hause?

- ambulanter Pflegedienst
- Hausärzt*in
- Angehörige / Vertrauensperson

11. Wie oft werden Sie von Ihrer Hausärztin/ Ihrem Hausarzt versorgt?

- 2x wöchentlich
- 1x wöchentlich
- 1x alle 14 Tage
- 1 x Monat
- sonstiges _____

12. Gehen Sie zu Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt auch in die Praxis?

- Nein
- Ja, wenn ja, wie Häufig? _____

13. Wie oft werden Sie vom Pflegedienst versorgt?

- 1x wöchentlich
- 2x wöchentlich
- 3x wöchentlich
- 4 x wöchentlich
- 5 x wöchentlich
- täglich

14. Werden Sie vom Pflegedienst auch woanders versorgt?

- Nein
- Ja, wenn ja, wie häufig? _____

15. Welche Therapien erhalten Sie wöchentlich? wie oft?

15.1. a) Ergotherapie

- keine
- 1x wöchentlich
- 2x wöchentlich
- 3x wöchentlich
- 4 x wöchentlich
- 5 x wöchentlich

b) Gehen Sie zur Ergotherapie auch in die Praxis?

- Nein
- Ja, wenn ja, wie häufig? _____

15.2. a) Physiotherapie/Krankengymnastik

- keine
- 1x wöchentlich
- 2x wöchentlich
- 3x wöchentlich
- 4 x wöchentlich
- 5 x wöchentlich

b) Gehen Sie zur Physiotherapie auch in die Praxis?

- Nein
- Ja, wenn ja, wie häufig? _____

15.3. a) Logopädie

- keine
- 1x wöchentlich
- 2x wöchentlich
- 3x wöchentlich
- 4 x wöchentlich
- 5 x wöchentlich

b) Gehen Sie zur Logopädie auch in die Praxis?

- Nein
- Ja, wenn ja, wie häufig? _____

16. Wie häufig werden Sie von Angehörigen oder Vertrauenspersonen unterstützt?

- täglich
- 1x wöchentlich
- 2x wöchentlich
- 3x wöchentlich
- 4 x wöchentlich
- 5 x wöchentlich

17. In welchem Verhältnis stehen sie zueinander?

Die mich unterstützende Person ist...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> meine Mutter | <input type="checkbox"/> mein Vater |
| <input type="checkbox"/> meine Ehefrau/Partnerin | <input type="checkbox"/> mein Ehemann/mein Partner |
| <input type="checkbox"/> meine Tochter | <input type="checkbox"/> mein Sohn |
| <input type="checkbox"/> Anderes und zwar: _____ | |



**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause**

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**
ALLGEMEINMEDIZIN ■

Demografische Angaben: Angehörige*r/Vertrauensperson

--	--	--	--	--

Datum der Erhebung: _____

Studienmitarbeiter*in: _____

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

2. Sie sind:

- männlich
- weiblich
- divers

3. Was ist Ihr höchster Schulabschluss? _____

4. Welchen Beruf üben Sie aus / haben Sie ausgeübt? _____

5. In welchem Verhältnis stehen sie zueinander?

Die gepflegte Person ist...

- meine Mutter
- meine Ehefrau/Partnerin
- meine Tochter
- Anderes und zwar: _____
- mein Vater
- mein Ehemann/mein Partner
- mein Sohn

6. Wohnen Sie in einem gemeinsamen Haushalt? nein ja

7. Leben noch weitere Personen im Haushalt?

nein ja, und zwar _____ (Anzahl der Personen)

1. Wo wohnen Sie?

- ländlich (<5000)
- Kleinstadt (5000 - 20.000)
- Stadt (>20.000 - 100.000)
- Großstadt (>100.000)

8. Wie häufig unterstützen Sie Ihre Angehörige*n, Freund*in...?

- täglich
- 1x wöchentlich
- 2x wöchentlich
- 3x wöchentlich
- 4 x wöchentlich
- 5 x wöchentlich

Information über die gepflegte Person

9. Bei welcher (gesetzlichen) Krankenkasse ist die gepflegte Person versichert?

10. Wie lange besteht bereits eine Pflegebedürftigkeit bei der gepflegten Person?

Seit ____ Jahren

11. Welcher Pflegegrad ist aktuell bei der gepflegten Person bewilligt?

- keiner
- Pflegegrad 1 (geringe Beeinträchtigung)
- Pflegegrad 2 (erhebliche Beeinträchtigung)
- Pflegegrad 3 (schwere Beeinträchtigung)
- Pflegegrad 4 (schwerste Beeinträchtigung)
- Pflegegrad 5 (schwerste Beeinträchtigung mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)

12. Wer versorgt die gepflegte Person zu Hause?

- ambulanter Pflegedienst
- Hausärzt*in

13. Wie oft wird die gepflegte Person vom ambulanten Pflegedienst versorgt?

- 1x wöchentlich
- 2x wöchentlich
- 3x wöchentlich
- 4 x wöchentlich
- 5 x wöchentlich
- Täglich

14. Wird die gepflegte Person vom Pflegedienst ausschließlich zu Hause versorgt?

- Ja
- Nein, sondern auch _____ Häufigkeit _____

15. Welche Therapien erhält die gepflegte Person? Wie oft?

15.1. a) Ergotherapie

- keine
- 1x wöchentlich
- 2x wöchentlich
- 3x wöchentlich
- 4 x wöchentlich
- 5 x wöchentlich

b) Geht die gepflegte Person zur Ergotherapie auch in die Praxis?

- Nein
- Ja, wenn ja, wie häufig? _____

15.2. a) Physiotherapie/Krankengymnastik

- keine
- 1x wöchentlich
- 2x wöchentlich
- 3x wöchentlich
- 4 x wöchentlich
- 5 x wöchentlich

b) Geht die gepflegte Person zur Physiotherapie auch in die Praxis?

- Nein
- Ja, wenn ja, wie häufig? _____

15.3. a) Logopädie

- keine
- 1x wöchentlich
- 2x wöchentlich
- 3x wöchentlich
- 4 x wöchentlich
- 5 x wöchentlich

b) Geht die gepflegte Person zur Logopädie auch in die Praxis?

- Nein
- Ja, wenn ja, wie häufig? _____



**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause**

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**
ALLGEMEINMEDIZIN ■

Demografische Angaben: Pflegefachperson

--	--	--	--	--

Datum der Erhebung: _____

Studienmitarbeiter*in: _____

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

2. Sie sind:

- männlich
- weiblich
- divers

3. Welche Berufsbezeichnung haben Sie?

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in (3-jährige Ausbildung)
- Altenpfleger/in (3-jährige Ausbildung)
- Krankenpflegehelfer/in (ein-/ zweijährige Ausbildung)
- Altenpflegehelfer/in (ein-/ zweijährige Ausbildung)
- Pflegekräfte mit Basisqualifikation von mindestens 200h
- Pflegekräfte mit Basisqualifikation von weniger als 200h
- Pflegekräfte ohne Ausbildung und Qualifikation
- Sonstige in der Pflege tätige Mitarbeiter

4. Seit wie vielen Jahren sind Sie in der Pflege tätig?

Seit _____ Jahren

5. Seit wie vielen Jahren sind Sie in der ambulanten Pflege tätig?

Seit _____ Jahren

6. Haben Sie besondere Schwerpunkte/Qualifizierungen/Fortbildungen? (Mehrfachantworten möglich)

- Wundversorgung
- Palliative Care
- Praxisanleitung
- Pflegedienstleitung/Pflegemanagement

- Andere: _____

7. Haben Sie einen akademischen Abschluss mit Bezug zur Pflege ?

- Bachelor :
- Master
- Diplom
- Andere:
- keinen

8. Wo liegt der ambulante Pflegedienst, in dem Sie arbeiten (Einwohnerzahl des Ortes)?

- ländlich (<5000)
- Kleinstadt (5000-20.000)
- Stadt (>20.000-100.000)
- Großstadt (>100.000)

9. Wie viele Personen mit Pflegebedarf betreuen Sie zurzeit?

_____ (Bitte Anzahl angeben)

10. Wie viele Hausbesuche bei Personen mit Pflegebedarf machen Sie durchschnittlich pro Woche?

_____ (Bitte Anzahl angeben)

11. Wie viele Stunden sind Sie pro Woche durchschnittlich bei Personen mit Pflegebedarf tätig (inklusive Wegzeiten)?

_____ (Bitte Anzahl angeben)



**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause**

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**
ALLGEMEINMEDIZIN ■

Demografische Angaben: Hausärzt*in

--	--	--	--	--

Datum der Erhebung: _____

Studienmitarbeiter*in: _____

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

2. Sie sind:

- männlich
- weiblich
- divers

3. Welche fachärztliche Bezeichnung haben Sie? _____

4. Seit wie vielen Jahren sind Sie fachärztlich in einer Praxis tätig?

Seit _____ Jahren

5. Wie viele Jahre insgesamt sind Sie als Ärztin/Arzt tätig?

Seit _____ Jahren

6. Haben Sie besondere Schwerpunkte/Qualifizierungen?

- nein
- ja, und zwar _____

7. Verfügen Sie über eine zusätzliche Berufsausbildung?

- nein
- ja, und zwar _____

8. Sie sind Inhaber*in einer

- Einzelpraxis
- Einzelpraxis mit angestellten Ärzt*innen
- Gemeinschaftspraxis
- Praxismgemeinschaft (Mitinhaberin/Mitinhaber)

oder

9. Sie sind angestellte Fachärztin/Facharzt in einer

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft

10. Gibt es Medizinische Fachangestellte (MFAs) mit zusätzlichen Qualifikationen in Ihrer Praxis?

- VERAH
- NäPa
- Andere _____ (bitte nennen Sie andere)

11. Wo liegt die Praxis (Einwohnerzahl des Ortes)?

- ländlich (<5000)
- Kleinstadt (5000 - 20.000)
- Stadt (>20.000 - 100.000)
- Großstadt (>100.000)

12. Sind Sie akademische Lehrpraxis?

- nein
- ja

13. Seit wie vielen Jahren versorgen Sie Personen mit Pflegebedarf in deren Häuslichkeit?

Seit _____ Jahren

14. . Wie viele Personen mit Pflegebedarf versorgen Sie zurzeit in deren Häuslichkeit?

_____ (Bitte Anzahl angeben)

15. Wie viele Hausbesuche bei in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf machen Sie durchschnittlich pro Woche?

_____ (Bitte Anzahl angeben,
ausgenommen Hausbesuche in stationären Pflegeeinrichtungen)

16. Wie viele Stunden sind Sie pro Woche durchschnittlich bei Personen mit Pflegebedarf tätig (inclusive Wegzeiten)?

_____ (Bitte Stunden angeben)



**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause**

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**
ALLGEMEINMEDIZIN ■

Demografische Angaben Therapeut*in

--	--	--	--	--

Datum der Erhebung: _____

Studienmitarbeiter*in: _____

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

2. Sie sind:

- männlich
- weiblich
- divers

3. Welche Berufsbezeichnung haben Sie? _____

4. Seit wie vielen Jahren sind Sie als Therapeut*in (nach ihrer Ausbildung) tätig?

Seit _____ Jahren

5. Haben Sie besondere Schwerpunkte/Qualifizierungen/Fortbildungen?

- Neurodevelopmental Treatment (NDT) / Bobath
- Proprioceptive Neuromuskuläre Facilitation (PNF)
- „Kognitiv Therapeutische Übungen" nach Perfetti
- Pörnbacher Konzept
- Sensorischen Integrationstherapie
- Lee Silverman Voice Treatment (LSVT©)
- Andere: _____

6. Haben Sie einen akademischen Abschluss?

- Bachelor _____
- Master _____
- Diplom _____
- Andere: _____

7. Verfügen Sie über eine zusätzliche Berufsausbildung?

- nein
- ja, und zwar _____

8. Sie sind Inhaber*in einer

- Einzelpraxis
- Einzelpraxis mit angestellten Therapeutinnen/Therapeuten
- Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft (Mitinhaberin/Mitinhaber)

oder

9. Sie sind angestellte Therapeut*in in einer

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft

10. Wo liegt die Praxis (Einwohnerzahl des Ortes)

- ländlich (<5000)
- Kleinstadt (5000 - 20.000)
- Stadt (>20.000 - 100.000)
- Großstadt (>100.000)

12. Seit wie vielen Jahren betreuen Sie Personen mit Pflegebedarf zuhause?

Seit _____ Jahren

13. Wie viele ambulant pflegebedürftigen Menschen betreuen Sie zurzeit?

_____ (Bitte Anzahl angeben)

14. Wie viele Hausbesuche machen Sie bei Personen mit Pflegebedarf durchschnittlich pro Woche?

_____ (Bitte Anzahl angeben,
ausgenommen Hausbesuche in stationären Pflegeeinrichtungen)

15. Wie viele Stunden sind Sie pro Woche durchschnittlich bei Personen mit Pflegebedarf tätig (mit Wegzeiten)?

_____ (Bitte Stunden angeben)



**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause**

UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**
ALLGEMEINMEDIZIN ■

Demografische Angaben: GKV/PKV

--	--	--	--	--

Datum der Erhebung: _____

Studienmitarbeiter*in: _____

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

2. Sie sind:

- männlich
- weiblich
- divers

3. Welche Berufsbezeichnung haben Sie? _____

4. Was sind die hauptsächlichen Aufgabenbereiche in Ihrer jetzigen Position?

5. Seit wie vielen Jahren sind Sie in der jetzigen Position tätig?

Seit _____ Jahren

6. Wie viele Jahre insgesamt sind Sie im jetzigen Unternehmen tätig?

Seit _____ Jahren



Interviewleitfaden **WP2: Personen mit Pflegebedarf**

„Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit für das Interview nehmen. Bevor wir jetzt mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen noch einmal kurz erzählen, worum es in unserer Studie geht: Wir machen eine Befragung zum Thema „Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause“. Im Projekt „interprof HOME“ untersuchen wir die Erfahrungen aller Personen, die bei der Versorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf beteiligt sind.

Ziel unseres Projektes ist es eine Grundlage dafür zu schaffen die Gesundheitsversorgung zuhause zu verbessern. Wir haben Sie gefragt, ob Sie an diesem Interview teilnehmen, da Sie die komplexe häusliche Gesundheitsversorgung von Menschen mit Pflegebedarf aus persönlicher Erfahrung kennen.

Wir möchten erfahren, was Ihnen dabei wichtig ist, was weniger wichtig ist, welche Ereignisse Sie mit dem Thema „Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause“ in Verbindung bringen und welche Rolle dieses Thema in Ihrem Alltag spielt. Ist das soweit okay?

Gut, im Verlauf unseres Gesprächs werde ich Ihnen nun verschiedene offene Fragen stellen, bei denen ich Sie grundsätzlich bitte, einfach all das zu erzählen, was für Sie relevant und wichtig ist. Ich werde Sie dabei nicht unterbrechen. Es gibt da für uns auch kein ‚richtig‘ und kein ‚falsch‘. Wir werten nicht. Ich werde Ihnen auch genügend Zeit lassen, fühlen Sie sich also nicht unter Druck gesetzt, wir haben sozusagen „alle Zeit der Welt“, die Sie sich nehmen möchten. Ich schätze aber, das Interview wird in etwa 45-60 Minuten in Anspruch nehmen, wie ich Ihnen ja schon beim ersten Kontakt gesagt habe.

Noch zu ein paar formellen Angelegenheiten:

Wie wir Ihnen ja auch schon erzählt haben, möchten wir das Interview für die spätere Auswertung auf Band aufnehmen und es anschließend verschriftlichen. Dadurch kann ich Ihnen im Gespräch auch besser folgen, da ich nicht mitschreiben muss.

Evtl. werde ich mir aber dennoch ein paar Notizen machen, um auf ein paar Punkte noch genauer eingehen zu können.

Selbstverständlich verwenden wir das Interviewmaterial in der Studie streng vertraulich und anonym. Das heißt: alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf Sie erlauben, werden gelöscht oder anonymisiert. Darüber hinaus werden alle Daten auch nur dann anonymisiert ausgewertet. Wir haben das ja bereits vorab mündlich und schriftlich im Aufklärungsgespräch bzw. im Informationsschreiben erläutert und Sie die Einwilligungserklärung unterschrieben, von der sie jederzeit ohne Angaben von Gründen zurücktreten können.

Ist das soweit in Ordnung für Sie? Dann stelle ich das Aufnahmegerät jetzt an.

Gut, ja, dann zur ersten Frage ...“

TEIL I: ERZÄHLUNG EINER AKTUELLEN VERSORGUNGSSITUATION		
Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Fragen bzw. vertiefen.	Formulierungsvorschläge
<p><i>Einstiegsfrage:</i></p> <p><i>Wie sieht denn so ein typischer Tag für Sie aus, wenn Sie an Ihre Gesundheitsversorgung denken?</i></p> <p>Erzählen Sie doch einmal!</p>	<p>1. Gestaltung der Versorgung durch unterschiedliche Fachpersonen:</p> <p>Verfügbarkeit (Erreichbarkeit, z.B. telefonisch, per Fax)</p> <p>Persönliche Kontinuität (Wechsel der Versorgungspersonen)?</p>	<p>Zu 1</p> <p>Erzählen Sie doch mal von der Versorgung durch die Pflegenden des ambulanten Pflegedienstes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wie ist die Erreichbarkeit?</i> • <i>Wie ist die persönliche Betreuung?</i> <p>Wie werden Sie durch den Hausarzt/die Hausärztin betreut? Erzählen Sie doch mal...</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wie ist die Erreichbarkeit?</i> • <i>Wie ist die persönliche Betreuung?</i> <p>Sie bekommen auch (Ergotherapie, Physiotherapie und/oder Logopädie) [entsprechend dem Bogen einsetzen].</p> <p>Wie werden Sie durch den/die ... [alle Therapeut*innen nacheinander nennen] betreut? Erzählen Sie doch mal...</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wie ist die Erreichbarkeit?</i> • <i>Wie ist die persönliche Betreuung?</i>

<p><i>Und wie war das nach dem Krankenhausaufenthalt? Wie war da der Ablauf?</i> Erzählen Sie doch mal!</p> <p><i>In Zeiten von Corona</i> hat sich Ihre Versorgung <i>wahrscheinlich geändert</i>, z. B. bei der Zusammenarbeit (Kommunikation) der Personen, die sie betreuen, im Vergleich zu der Zeit davor. Erzählen Sie doch mal!</p>	<p>4. Zusammenarbeit der Versorger*innen nach einer Krankenhauseinweisung</p>	<p>Zu 4</p> <ul style="list-style-type: none">• Wie haben z.B. die Therapeuten/Therapeutinnen erfahren, dass sie wieder zu Hause sind?• Wie ist Ihre Versorgung zu Hause nach Ihrer Entlassung geworden?
<p>TEIL III: PATIENTENZENTRIERUNG/ EINBEZUG DER AN- UND ZUGEHÖRIGEN</p>		
<p><i>Wie werden Sie</i> in die Versorgung (den Austausch von Informationen) <i>einbezogen</i>?</p> <p><i>Wie wird Ihre/Ihr Angehörige/Vertrauensperson</i> in</p>	<p>1. Aufklärungsstand der PMP und ANG</p>	<p>Zu 1</p> <p><i>Wie schätzen Sie Ihre eigene Aufklärung</i>, z.B. über den Gesundheitszustand, angewandte Therapien, <i>durch die Personen</i>, die Sie versorgen, ein?</p>

<p>die Versorgung (den Austausch von Informationen) <i>einbezogen</i>?</p> <p>Erzählen Sie doch mal!</p>	<p>2. Vertrauensbasis zwischen PMP/ANG und Versorger*innen</p> <p>3. Gemeinsame Zielsetzung</p>	<p><i>Wie schätzen Sie die Aufklärung Ihrer/Ihres ..., z.B. über den Gesundheitszustand, angewandte Therapien, durch die Personen, die Sie versorgen, ein?</i></p> <p>Zu 2 Wie werden Ihre Meinung, Wünsche, Vorlieben <i>durch die Personen</i>, die Sie versorgen berücksichtigt?</p> <p>Wie werden die Meinung, Wünsche, Vorlieben Ihrer/Ihres ... <i>durch die Personen</i>, die Sie versorgen berücksichtigt?</p> <p>Wie zufrieden sind Sie damit?</p> <p>Zu 3 Wie sind Sie in die Umsetzung von gemeinsamen Beschlüssen oder auch Gespräche über (erreichte) Ziele bei der Versorgung einbezogen?</p> <p>Wie wird Ihre/Ihr ... in die Umsetzung von gemeinsamen Beschlüssen oder auch</p>
--	--	--

	<p>4. Organisatorische Aspekte</p>	<p>Gespräche über (erreichte) Ziele bei der Versorgung einbezogen?</p> <p>Zu 4 Es können ja Situationen auftreten, mit denen man nicht rechnet oder auch mal ein Notfall. Gab es so was schon einmal oder wissen sie wie sie vorgehen würden?</p>
<p>TEIL IV: VORSTELLUNGEN UND PHANTASIEN ÜBER DIE IDEALE GESUNDHEITSVERSORGUNG ZUHAUSE</p>		
<p>Lassen Sie Ihrer Phantasie freien Lauf. <i>Wie sähe in Ihren Augen die ideale Versorgung für Ihre/Ihr ... zuhause aus?</i></p>		

<p>Was würden Sie sich <i>bezüglich der Zusammenarbeit</i> der Personen, die Sie versorgen, <i>wünschen</i>?</p> <p>Erzählen Sie doch mal!</p>	<p>1. Bildungsbedürfnis</p> <p>2. Psychologische Bedürfnisse</p> <p>3. Wirtschaftliche Bedürfnisse</p>	<p>Zu 1 <i>Inwiefern wünschen Sie sich mehr Informationen z.B. über Notfälle oder über die Zuständigkeiten der Berufsgruppen zu erhalten?</i></p> <p>Zu 2 <i>Inwiefern würden Sie sich psychologische Unterstützung z.B. bei Ängsten wünschen?</i></p> <p>Zu 3 <i>Inwiefern würden Sie sich Unterstützung zu bei finanziellen oder organisatorischen Fragen z. B. Wo kann man welche Gelder wofür beitragen? wünschen?</i></p>
--	--	---

„Ja, jetzt haben wir einiges besprochen. Gibt es noch von Ihnen aus etwas, was Sie gerne noch erzählen möchten, was Ihnen wichtig ist, und was bisher im Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?“

„Können sie mir noch kurz erzählen, warum sie sich zur Teilnahme an dem Interview bereit erklärt haben?“

„Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!“



Interviewleitfaden WP2: AN- und Zugehörigen (ANG)

„Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit für das Interview nehmen. Bevor wir jetzt mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen noch einmal kurz erzählen, worum es in unserer Studie geht: Wir machen eine Befragung zum Thema „Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause“. Im Projekt „interprof HOME“ untersuchen wir die Erfahrungen aller Personen, die bei der Versorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf beteiligt sind.

Ziel unseres Projektes ist es eine Grundlage dafür zu schaffen die Gesundheitsversorgung zu hause zu verbessern. Wir haben Sie gefragt, ob Sie an diesem Interview teilnehmen, da Sie die komplexe häusliche Gesundheitsversorgung von Menschen mit Pflegebedarf aus persönlicher Erfahrung kennen. Wir möchten erfahren, was Ihnen dabei wichtig ist, was weniger wichtig ist, welche Ereignisse Sie mit dem Thema „Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause“ in Verbindung bringen und welche Rolle dieses Thema in Ihrem Alltag spielt. Ist das soweit okay?

Gut, im Verlauf unseres Gesprächs werde ich Ihnen nun verschiedene offene Fragen stellen, bei denen ich Sie grundsätzlich bitte, einfach all das zu erzählen, was für Sie relevant und wichtig ist. Ich werde Sie dabei nicht unterbrechen. Es gibt da für uns auch kein ‚richtig‘ und kein ‚falsch‘. Wir werten nicht. Ich werde Ihnen auch genügend Zeit lassen, fühlen Sie sich also nicht unter Druck gesetzt, wir haben sozusagen „alle Zeit der Welt“, die Sie sich nehmen möchten. Ich schätze aber, das Interview wird in etwa 45-60 Minuten in Anspruch nehmen, wie ich Ihnen ja schon beim ersten Kontakt gesagt habe.

Noch zu ein paar formellen Angelegenheiten:

Wie wir Ihnen ja auch schon erzählt haben, möchten wir das Interview für die spätere Auswertung auf Band aufnehmen und es anschließend verschriftlichen. Dadurch kann ich Ihnen im Gespräch auch besser folgen, da ich nicht mitschreiben muss.

Evtl. werde ich mir aber dennoch ein paar Notizen machen, um auf ein paar Punkte noch genauer eingehen zu können.

Selbstverständlich verwenden wir das Interviewmaterial in der Studie streng vertraulich und anonym. Das heißt: alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf Sie erlauben, werden gelöscht oder anonymisiert. Darüber hinaus werden alle Daten auch nur dann anonymisiert ausgewertet. Wir haben das ja bereits vorab mündlich und schriftlich im Aufklärungsgespräch bzw. im Informationsschreiben erläutert und Sie die Einwilligungserklärung unterschrieben, von der sie jederzeit ohne Angaben von Gründen zurücktreten können.

Ist das soweit in Ordnung für Sie? Dann stelle ich das Aufnahmegerät jetzt an.

Gut, ja, dann zur ersten Frage ...“

TEIL I: ERZÄHLUNG EINER AKTUELLEN VERSORGUNGSSITUATION		
Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Fragen bzw. vertiefen.	Formulierungsvorschläge
<p><i>Einstiegsfrage:</i></p> <p>Wie sieht denn so ein typischer Tag für Sie aus, wenn Sie auf die Gesundheitsversorgung Ihrer/Ihres pflegebedürftigen ... schauen?</p> <p>Erzählen Sie doch einmal!</p>	<p>1. Gestaltung der Versorgung durch unterschiedliche Fachpersonen:</p> <p>Verfügbarkeit (Erreichbarkeit, z.B. telefonisch, per Fax)</p> <p>Persönliche Kontinuität (Wechsel der Versorgungspersonen)?</p>	<p>Zu 1</p> <p>Erzählen Sie doch mal von der Versorgung durch die Pflegenden des ambulanten Pflegedienstes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wie ist die Erreichbarkeit?</i> • <i>Wie ist die persönliche Betreuung?</i> <p>Wie wird Ihre/Ihr ... durch den Hausarzt/die Hausärztin betreut? Erzählen Sie doch mal...</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wie ist die Erreichbarkeit?</i> • <i>Wie ist die persönliche Betreuung?</i> <p>Ihre/Ihr ... bekommt auch (Ergotherapie, Physiotherapie und/oder Logopädie) [entsprechend dem Bogen einsetzen].</p> <p>Wie wird sie durch den/die ... [alle Therapeut*innen nacheinander nennen] betreut? Erzählen Sie doch mal...</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wie ist die Erreichbarkeit?</i> • <i>Wie ist die persönliche Betreuung?</i>

	<p>2. Gestaltung der Versorgung durch eigene Arbeit: z.B. Organisation von Terminen mit anderen Dienstleistern?</p>	<p>Zu 2 Wie unterstützen Sie Ihre/Ihren ... bei der Gesundheitsversorgung? <i>Was organisieren Sie selbst?</i></p>
<p>TEIL II: ERFAHRUNGEN MIT DEN INTERAKTIONEN DER VERSORGER*INNEN</p>		
<p>Ihre/Ihr ... wird ja durch viele verschiedene Personen [Personen der Berufsgruppen nach dem Bogen nennen] versorgt. <i>Wie arbeiten diese Personen aus Ihrer Sicht zusammen?</i> Erzählen Sie doch mal!</p> <p>Wenn Ihre/Ihr ... in letzter Zeit schon einmal ins Krankenhaus</p>	<p>1. Transparenz der Zusammenarbeit und Kontaktaufnahme zwischen Versorger*innen</p> <p>2. Gemeinsame Dokumentation der Versorgung</p> <p>3. Zusammenarbeit der Versorger*innen vor einer Krankenhauseinweisung</p>	<p>Zu 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wie nehmen sie die Zusammenarbeit wahr?</i> • <i>Wie werden Information vom Arzt/Ärztin oder der Pflege an den jeweils anderen übermittelt?</i> • <i>Wie werden die Termine organisiert/koordiniert? Von wem?</i> <p>Zu 2 <i>Wie wird die Versorgung dokumentiert?</i> CAVE geschlossene Frage: Gibt es eine gemeinsame Dokumentation? Wo liegt sie? Wer nutzt sie?</p> <p>Zu 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wer hat die Einweisung veranlasst?</i>

gekommen ist, *wer war an dieser Einweisung beteiligt, wie ist das abgelaufen?*

Erzählen Sie doch mal!

Und wie war das nach dem Krankenhausaufenthalt? Wie war da der Ablauf?

Erzählen Sie doch mal!

In Zeiten von Corona hat sich die Versorgung Ihrer/ Ihres ... *wahrscheinlich geändert*, z. B. bei der Zusammenarbeit (Kommunikation) der Personen, die sie betreuen, im Vergleich zu der Zeit davor.

Erzählen Sie doch mal!

4. Zusammenarbeit der Versorger*innen nach einer Krankenseinweisung

- Wie haben z.B. die Therapeuten/Therapeutinnen von der Einweisung erfahren?

Zu 4

- Wie haben z.B. die Therapeuten/Therapeutinnen erfahren, dass Ihre/Ihr... wieder zu Hause ist?
- Wie ist die Versorgung Ihre/Ihr ... zu Hause nach der Entlassung geworden?

TEIL III: PATIENTENZENTRIERUNG/ EINBEZUG DER AN- UND ZUGEHÖRIGEN

	<p>4. Organisatorische Aspekte</p>	<p>Wie wird Ihre/Ihr ... in die Umsetzung von gemeinsamen Beschlüssen oder auch Gespräche über (erreichte) Ziele bei der Versorgung einbezogen?</p> <p>Wie sind Sie in die Umsetzung von gemeinsamen Beschlüssen oder auch Gespräche über (erreichte) Ziele bei der Versorgung einbezogen?</p> <p>Zu 4 Es können ja Situationen auftreten, mit denen man nicht rechnet oder auch ein Notfall. Gab es so was schon einmal oder wissen sie wie sie vorgehen würden?</p>
<p>TEIL IV: VORSTELLUNGEN UND PHANTASIEN ÜBER DIE IDEALE GESUNDHEITSVERSORGUNG ZUHAUSE</p>		
<p>Lassen Sie Ihrer Phantasie freien Lauf. <i>Wie sähe in Ihren Augen die ideale Versorgung für Ihre/Ihr ... zuhause aus?</i></p> <p>Was würden Sie sich <i>bezüglich der Zusammenarbeit</i> der Ihre/Ihr ...</p>	<p>1. Bildungsbedürfnis</p>	<p>Zu 1 <i>Inwiefern wünschen Sie sich mehr Informationen z.B. über Notfälle oder über</i></p>

<p>versorgenden Personen wünschen?</p> <p>Erzählen Sie doch mal...</p>	<p>2. Psychologische Bedürfnisse</p> <p>3. Wirtschaftliche Bedürfnisse</p>	<p>die Zuständigkeiten der Berufsgruppen <i>zu erhalten?</i></p> <p>Zu 2 <i>Inwiefern würden Sie sich psychologische Unterstützung z.B. bei Ängsten wünschen?</i></p> <p>Zu 3 <i>Inwiefern würden Sie sich Unterstützung zu bei finanziellen oder organisatorischen Fragen z. B. Wo kann man welche Gelder wofür beitragen? wünschen?</i></p>
--	---	---

„Ja, jetzt haben wir einiges besprochen. Gibt es noch von Ihnen aus etwas, was Sie gerne noch erzählen möchten, was Ihnen wichtig ist, und was bisher im Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?“

„Können sie mir noch kurz erzählen, warum sie sich zur Teilnahme an dem Interview bereit erklärt haben?“

„Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!“



Interviewleitfaden WP2: Vertreter*innen der Kranken- und Pflegekassen

„Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit für das Interview nehmen. Bevor wir jetzt mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen noch einmal kurz erzählen, worum es in unserer Studie geht: Wir machen eine Befragung zum Thema „Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause“. Im Projekt „interprof HOME“ untersuchen wir die Erfahrungen aller Personen, die bei der Versorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf beteiligt sind.

Ziel unseres Projektes ist es eine Grundlage dafür zu schaffen die Gesundheitsversorgung zuhause zu verbessern. Wir haben Sie gefragt, ob Sie an diesem Interview teilnehmen, da Sie die komplexe häusliche Gesundheitsversorgung von Menschen mit Pflegebedarf aus der Perspektive der **gesetzlichen Krankenversicherung/Pflegeversicherung** kennen.

Wir möchten erfahren, was Ihnen dabei wichtig ist, was weniger wichtig ist, welche Ereignisse Sie mit dem Thema „Gute interprofessionelle Gesundheitsversorgung zuhause“ **aus Sicht Ihrer Kasse** in Verbindung bringen und welche Rolle dieses Thema in Ihrem Arbeitsalltag sowie im Versorgungsalltag der beteiligten Personen spielt. Ist das soweit okay?

Gut, im Verlauf unseres Gesprächs werde ich Ihnen nun verschiedene offene Fragen stellen, bei denen ich Sie grundsätzlich bitte, einfach all das zu erzählen, was für Sie relevant und wichtig ist. Ich werde Sie dabei nicht unterbrechen. Es gibt da für uns auch kein ‚richtig‘ und kein ‚falsch‘. Wir werten nicht. Ich werde Ihnen auch genügend Zeit lassen, fühlen Sie sich also nicht unter Druck gesetzt, wir haben sozusagen „alle Zeit der Welt“, die Sie sich nehmen möchten. Ich schätze aber, das Interview wird in etwa 45-60 Minuten in Anspruch nehmen, wie ich Ihnen ja schon beim ersten Kontakt gesagt habe.

Noch zu ein paar formellen Angelegenheiten:

Wie wir Ihnen ja auch schon erzählt haben, möchten wir das Interview für die spätere Auswertung auf Band aufnehmen und es anschließend verschriftlichen. Dadurch kann ich Ihnen im Gespräch auch besser folgen, da ich nicht mitschreiben muss.

Evtl. werde ich mir aber dennoch ein paar Notizen machen, um auf ein paar Punkte noch genauer eingehen zu können.

Selbstverständlich verwenden wir das Interviewmaterial in der Studie streng vertraulich und anonym. Das heißt: alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf Sie erlauben, werden gelöscht oder anonymisiert. Darüber hinaus werden alle Daten auch nur dann anonymisiert ausgewertet. Wir haben das ja bereits vorab mündlich und schriftlich im Aufklärungsgespräch bzw. im Informationsschreiben erläutert und Sie die Einwilligungserklärung unterschrieben, von der sie jederzeit ohne Angaben von Gründen zurücktreten können.

Ist das soweit in Ordnung für Sie? Dann stelle ich das Aufnahmegerät jetzt an.

Gut, ja, dann zur ersten Frage ...“

TEIL II: AKTUELLE (HAUSÄRZTLICHE, PFLEGERISCHE UND THERAPEUTISCHE) VERSORGUNGSSITUATION VON PERSONEN MIT PFLEGEBEDARF ZUHAUSE

1. Wie nehmen Sie die Gesundheitsversorgung von Personen mit Pflegebedarf in der Häuslichkeit wahr? Erzählen Sie doch einmal...

2. Kommen wir zu der Versorgung durch die ambulante Pflege nach SGB XI? Erzählen Sie bitte, wie die Strukturen und Organisation aussehen...

3. Erzählen Sie nun, wie die häusliche Versorgung der Personen mit Pflegebedarf durch die

1. Kenntnis und Überblick über die Versorgungspraxis

2. Strukturen und Organisation der häuslichen Versorgung, Teilbereich ambulante Pflege

3. Strukturen und Organisation der häuslichen Versorgung, Teilbereich ärztliche Versorgung.

Zu 1

Wie und über welche Versorgungsprozesse werden die Kasse informiert?

Wie schätzen Sie die Versorgungspraxis in der Häuslichkeit ein?

Wer ist an der Versorgung beteiligt und wer nicht?

Zu 2

Welche Kompetenzen und Aufgaben haben der Pflegedienst und ihre Mitarbeiter*innen?

Wie werden Leistungen abgerechnet?

Zu 3

<p>Hausärzt*innen strukturell organisiert ist?</p> <p>4. Kommen wir nun zur häuslichen Versorgung von Personen mit Pflegebedarf durch die Therapeut*innen/Heilmittelerbringer (Ergo- und Physiotherapeut*innen und Logopäd*innen). Wie ist das geregelt. Erzählen Sie doch mal!</p> <p>5. Wie ist aus Kassensicht die Kooperation und Kommunikation zwischen den genannten Berufsgruppen in der häuslichen</p>	<p>4. Strukturen und Organisation der häuslichen Versorgung, Teilbereich therapeutische Versorgung.</p> <p>5. Transparenz der Zusammenarbeit und Kontaktaufnahme zwischen Versorger*innen</p>	<p>Welche Kompetenzen, Aufgaben hat der Hausarzt/die Hausärztin in der häuslichen Versorgung?</p> <p>Wie werden Hausbesuche geregelt, angeboten und vergütet?</p> <p>Wie handelt die Kasse, wenn Hausbesuche nicht angeboten werden können?</p> <p>Zu 4</p> <p>Welche Kompetenzen, Aufgaben haben die unterschiedlichen Therapeut*innen, die in der Häuslichkeit arbeiten?</p> <p>Wie werden Hausbesuche geregelt und vergütet?</p> <p>Zu 5</p> <p>Wie schätzen Sie die Kontaktaufnahme und Austausch zwischen den beteiligten</p>
---	--	--

<p>Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf?</p> <p>7. Wie schätzen Sie den Einbezug von Personen mit Pflegebedarf und/oder deren An- und Zugehörigen in den Informationsaustausch und/oder in Entscheidungen ein?</p> <p>8. Was hat sich durch die Coronapandemie bezüglich der Zusammenarbeit und Kommunikation in der häuslichen</p>	<p>7. Personenzentrierte Versorgung</p> <p>8. Veränderungen in der Zusammenarbeit durch Corona</p>	<p>Personen, die in der häuslichen Versorgung involviert sind?</p> <p>Erzählen Sie über die Dokumentation der Versorgung. Gibt es die Möglichkeit einer gemeinsamen digitalisierten Dokumentation?</p> <p>Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit der Versorger*innen vor einer Krankenhauseinweisung ein?</p> <p>Zu 7</p> <p>Wie schätzen Sie die Personenzentrierung in der häuslichen Versorgung?</p> <p>Wie ist die Personenzentrierung vertraglich einbezogen?</p> <p>Zu 8</p> <p>Wie schätzen Sie den pandemiebedingten Kommunikationsbedarf und die</p>
--	--	--

Versorgung aus Kassenperspektive geändert?		Kommunikationsmöglichkeiten in der häuslichen Versorgung?
TEIL III: POTENTIALE UND HERAUSFORDERUNGEN DER ZUSAMMENARBEIT (KOMMUNIKATION, KOOPERATION, DOKUMENTATION) UND MÖGLICHE VERBESSERUNG DER INTERPROFESSIONELLEN GESUNDHEITSVERSORGUNG		
1. Können Sie von Projekten bei der [Kasse einsetzen] erzählen, bei denen im Bereich der interprofessionellen häuslichen Versorgung neue Wege gegangen werden? 2. Wie schätzen Sie die strukturellen Chancen und Grenzen einer Zusammenarbeit zwischen den Versorgenden Personen in der Häuslichkeit?	1. Bestehende Versorgungskonzepte bei der häuslichen Versorgung von Personen mit Pflegebedarf 2. Chancen und Grenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit auf der strukturellen Ebene	Zu 1 Welche Konzepte oder besondere Verträge bestehen in diesem Bereich bereits? Was wird dabei anders gemacht? Zu 2 Was sind Handlungsfelder aus Kassensicht? Welche Strategien sind vielleicht noch ungenutzt oder noch nicht gänzlich ausgeschöpft? (gesetzliche bzw. vertragliche Perspektive zu Kompetenzen, Delegation, Substitution).

<p>3. Welcher Verbesserungsbedarf in Bezug auf die interprofessionelle Kommunikation bzw. Zusammenarbeit besteht, damit sie personenzentrierter ist?</p> <p>4. Gibt es noch etwas, was Sie im Zusammenhang mit dem Thema wichtig finden, und noch nicht erwähnt haben?</p>	<p>3. Verbesserung der Zusammenarbeit basiert auf Personenzentrierung</p>	<p>Wie können potentiell förderliche Strukturen umgesetzt werden?</p> <p>Welche Rolle können die Kassen bei der Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit spielen?</p> <p>Zu 3</p> <p>Wie kann interprofessionelle Zusammenarbeit Personenzentrierung ermöglichen?</p>
--	--	--

„Ja, jetzt haben wir einiges besprochen. Gibt es noch von Ihnen aus etwas, was Sie gerne noch erzählen möchten, was Ihnen wichtig ist, und was bisher im Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?“

„Können sie mir noch kurz erzählen, warum sie sich zur Teilnahme an dem Interview bereit erklärt haben?“

„Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!“

WP2: Themenbereiche für die monoprofessionelle Fokusgruppen mit beruflich Pflegenden

1. Berichten eigener Erfahrungen mit der interprofessionellen Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf

Kommen wir nun zu ihren eigenen Erfahrungen mit der interprofessionellen Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf.

Können Sie uns bitte zunächst erzählen inwiefern sie Berührungspunkte bzw. direkten Kontakt zu Angehörigen und Vertrauenspersonen von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf haben?

Inwiefern haben Sie bereits Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten bei der Gesundheitsversorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf gemacht?

Können Sie uns nun bitte noch von Ihren Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ergo-, Physiotherapeut*innen und/oder Logopäd*innen bei der Gesundheitsversorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf berichten?

Einige von Ihnen scheinen bisher noch keine Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten gemacht zu haben, welche Gründe gibt es dafür?

Wie beziehen Sie Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen oder Vertrauenspersonen in die Kommunikation mit Professionellen anderer Berufsgruppen ein. Wie werden sie in Entscheidungen einbezogen?

Wie hat sich die Zusammenarbeit in Zeiten von Corona geändert?

2. Erarbeitung von Ideen zur Optimierung der Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Personen

In den nächsten ca. 30 Minuten wollen wir nun gemeinsam erarbeiten wie eine zukünftige personenzentrierte interprofessionelle Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie den Patientinnen und Patienten selbst und ihren Angehörigen und Vertrauenspersonen aussehen können.

Können Sie uns bitte erzählen wie Ihrer Meinung nach die Zusammenarbeit mit den anderen, an der Versorgung Beteiligten gestaltet sein sollte?

Jetzt haben wir vor allem über die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten, Ergo- und Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen gesprochen, wie sollten die Personen mit Pflegebedarf und wie die Angehörigen und Vertrauenspersonen involviert werden?

Und zum Abschluss noch einmal eher allgemeiner: Gibt es Aspekte, die wir bisher noch nicht angesprochen haben, die Sie aber besonders wichtig finden?

WP2: Themenbereiche für die monoprofessionelle Fokusgruppen mit Hausärztinnen und Hausärzten

1. Berichten eigener Erfahrungen mit der interprofessionellen Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf

Kommen wir nun zu ihren eigenen Erfahrungen mit der interprofessionellen Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf.

Können Sie uns bitte zunächst erzählen inwiefern sie Berührungspunkte bzw. direkten Kontakt zu Angehörigen und Vertrauenspersonen von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf haben?

Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit mit Mitarbeiter*innen ambulanter Pflegedienste bei der Gesundheitsversorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf gemacht?

Können Sie uns nun bitte noch von Ihren Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ergo-, Physiotherapeut*innen und/oder Logopäd*innen bei der Gesundheitsversorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf berichten?

Einige von Ihnen scheinen bisher noch keine Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten gemacht zu haben, welche Gründe gibt es dafür?

Wie beziehen Sie Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen oder Vertrauenspersonen in die Kommunikation mit Professionellen anderer Berufsgruppen ein. Wie werden sie in Entscheidungen einbezogen?

Wie hat sich die Zusammenarbeit in Zeiten von Corona geändert?

2. Erarbeitung von Ideen zur Optimierung der Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Personen

In den nächsten ca. 30 Minuten wollen wir nun gemeinsam erarbeiten wie eine zukünftige personenzentrierte interprofessionelle Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie den Patientinnen und Patienten selbst und ihren Angehörigen und Vertrauenspersonen aussehen können.

Können Sie uns bitte erzählen wie Ihrer Meinung nach die Zusammenarbeit mit den anderen, an der Versorgung Beteiligten gestaltet sein sollte?

Jetzt haben wir vor allem über die Zusammenarbeit mit Pflegediensten, Ergo- und Physiotherapeut*innen sowie Logopäd*innen gesprochen, wie sollten die Personen mit Pflegebedarf und wie die Angehörigen und Vertrauenspersonen involviert werden?

Und zum Abschluss noch einmal eher allgemeiner: Gibt es Aspekte, die wir bisher noch nicht angesprochen haben, die Sie aber besonders wichtig finden?

WP2: Themenbereiche für die monoprofessionelle Fokusgruppen mit Therapeutinnen und Therapeuten

1. Berichten eigener Erfahrungen mit der interprofessionellen Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf

Kommen wir nun zu ihren eigenen Erfahrungen mit der interprofessionellen Versorgung von in der Häuslichkeit lebenden Personen mit Pflegebedarf.

Können Sie uns bitte zunächst erzählen inwiefern sie Berührungspunkte bzw. direkten Kontakt zu Angehörigen und Vertrauenspersonen von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf haben?

Inwiefern haben Sie bereits Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten bei der Gesundheitsversorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf gemacht?

Können Sie uns nun bitte noch von Ihren Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit beruflich Pflegenden vom ambulanten Pflegedienst bei der Gesundheitsversorgung von zuhause lebenden Personen mit Pflegebedarf berichten?

Einige von Ihnen scheinen bisher noch keine Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung Beteiligten gemacht zu haben, welche Gründe gibt es dafür?

Wie beziehen Sie Personen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen oder Vertrauenspersonen in die Kommunikation mit Professionellen anderer Berufsgruppen ein. Wie werden sie in Entscheidungen einbezogen?

2. Erarbeitung von Ideen zur Optimierung der Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Personen

In den nächsten ca. 30 Minuten wollen wir nun gemeinsam erarbeiten wie eine zukünftige personenzentrierte interprofessionelle Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie den Patientinnen und Patienten selbst und ihren Angehörigen und Vertrauenspersonen aussehen können.

Können Sie uns bitte erzählen wie Ihrer Meinung nach die Zusammenarbeit mit den anderen, an der Versorgung Beteiligten gestaltet sein sollte?

Jetzt haben wir vor allem über die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie mit beruflich Pflegenden gesprochen, wie sollten die Personen mit Pflegebedarf und wie die Angehörigen und Vertrauenspersonen involviert werden?

Und zum Abschluss noch einmal eher allgemeiner: Gibt es Aspekte, die wir bisher noch nicht angesprochen haben, die Sie aber besonders wichtig finden?

Anlage 47: Themenbereiche für Interviews, Beobachtungen, Shadowings - (WP3)

Themenbereiche	Hausarzt*innen (HÄ)	Beruflich Pflegende (PP)	Therapeut*innen (TH)	Personen mit Pflegebedarf (PMP)	An- und Zugehörige (ANG)
Gestaltung der allgemeinen Versorgung				X	X
Abläufe und Arbeitsschritte des Besuches von HÄ, PFP und T	X	X	X	X	X
Abstimmung der Akteure zur Versorgung	X	X	X	X	X
Informationsaustausch zwischen den Akteuren	X	X	X	X	X
Beziehung zu den anderen Akteuren	X	X	X	X	X
Zusammenarbeit der Akteure	X	X	X		
Rolle von Raum und Distanz bei der Versorgung	X	X	X	X	X
Arbeitskontext der Akteure	X	X	X		X
Alltag von P und A		X		X	X
Rahmenbedingungen der Versorgung	X	X	X	X	X
Probleme/ Herausforderungen bei der Versorgung	X	X	X	X	X
Notfallversorgung	X	X	X	X	X



Soziographische Daten	X	X	X	X	X
Themenbereiche	Hausarzt*innen (HÄ)	Pflegefachpersonen (PFP)	Therapeut*innen (T)	Patient*innen (P)	An- und Zugehörige (A)
Abstimmung der Akteure zur Versorgung	X	X	X	X	X
Abläufe und Arbeitsschritte des Besuches von HÄ, PFP und T	X	X	X	X	X
Informationsaustausch zwischen den Akteuren	X	X	X	X	X
Beziehung zu den anderen Akteuren	(X)	(X)	(X)	X	(X)
Zusammenarbeit der Akteure	(X)	(X)	(X)		
Rolle von Raum und Distanz bei der Versorgung	X	X	X	X	X
Der Arbeitskontext der Akteure	X	X	X		
Rahmenbedingungen der Versorgung	X	X	X	X	X
Probleme/ Herausforderungen bei der Versorgung	X	X	X	X	X



Thematische Schwerpunkte der Einzelinterviews im Rahmen der Best-Practice-Case-Analyse

Thematische Schwerpunkte der Beobachtungen im Rahmen der Best-Practice-Case-Anal

(X) Falls während der Beobachtung anwesend

Anlage XX:



Analyse

Themenbereiche
Abläufe, Arbeitsschritte des Arbeitsalltags
Organisation des Arbeitsalltags
Abstimmung mit anderen Akteuren
Informationsaustausch mit anderen Akteuren
Zusammenarbeit mit anderen Akteuren
Raum und Distanz im Arbeitsalltag
Probleme/ Herausforderungen im Arbeitsalltag
Notfälle im Arbeitsalltag
Soziodemographische Daten

Thematische Schwerpunkte des Shadowings von
Pflegefachpersonen im Rahmen der Best-Practice-Case-

Thematische Schwerpunkte des Shadowings von
Pflegefachpersonen im Rahmen der Best-Practice-Case-

WP5: Themenbereiche für die gemischten Fokusgruppen

1. Erarbeitung von Ideen zur Optimierung der Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Personen

In den nächsten ca. 30 Minuten wollen wir nun gemeinsam erarbeiten wie eine zukünftige personenzentrierte Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie den Personen mit Pflegebedarf selbst und ihren An- und Zugehörigen aussehen können.

Wie sollte, Ihrer Meinung nach, die Zusammenarbeit mit den anderen, an der Versorgung Beteiligten gestaltet sein?

Wie könnten die Personen mit Pflegebedarf und ihre An- und Zugehörigen sinnvoll in den Informationsaustausch und die Entscheidungen einbezogen werden?

Denken Sie hierbei auch an die besonderen Bedingungen aufgrund der Coronapandemie...

2. Erarbeitung von Ideen zur Implementierung der Ideen (für eine verbesserte Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Personen)

Jetzt wurden schon sehr gute Ideen für eine zukünftige, personenzentrierte Zusammenarbeit mit den anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie den Personen mit Pflegebedarf selbst und ihren An- und Zugehörigen entwickelt.

Wenn Sie nun an die Implementierung, also die Einführung der Maßnahmen/Ideen denken, wie könnten die Maßnahmen am besten eingeführt/ umgesetzt/ aufrechterhalten werden? Wer oder was wäre dabei notwendig? Ressourcen?

Was würde die Einführung unterstützen? Was könnte Ihrer Meinung nach hilfreich sein?

Was könnte für eine Einführung der Maßnahmen eher hinderlich sein? Was könnte der Umsetzung der Maßnahmen im Weg stehen? Und was sollte bedacht oder getan werden, um die Maßnahmen dennoch umzusetzen?

Woran würden Sie festmachen, dass die eingeführten Maßnahmen die Versorgungssituation der Personen mit Pflegebedarf verbessert hat?

Und zum Abschluss noch einmal eher allgemeiner: Gibt es Aspekte, die wir bisher noch nicht angesprochen haben, die Sie aber besonders wichtig finden?

WP6: Themenbereiche für den Expert*innenworkshop

1. Beurteilung und Ergänzung der erarbeiteten Ideen zur Optimierung der Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Personen aus den Interviews & Fokusgruppen (ggf. einschließlich einer Priorisierung)

Zusammenstellung der Maßnahmen zu einem personenzentrierten Versorgungskonzept für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

2. Beurteilung und Ergänzung der Ideen zur Implementierung für eine verbesserte Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Personen aus den Interviews & Fokusgruppen (ggf. einschließlich einer Priorisierung)

Erstellung einer konkreten Implementierungsstrategie für das zuvor erstellte Versorgungskonzept für in der Häuslichkeit lebende Personen mit Pflegebedarf

Survey *interprof* HOME



**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause**

**Fragebogen für zuhause
gepflegte Personen &
Angehörige**

Förderprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

interprof HOME ist ein Projekt der Studienzentren:

Universitätsmedizin Göttingen Institut für Allgemeinmedizin	UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG GÖTTINGEN
Georg-August-Universität Göttingen Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät	 GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT GÖTTINGEN
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Poliklinik für Allgemeinmedizin	 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut für Gesundheitsökonomie	 UKE HAMBURG
Universität zu Köln Institut für Pflegewissenschaft	 Universität zu Köln
Universität zu Lübeck Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege	 UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Kontaktpersonen am Studienzentrum Köln:



Prof. Dr. Sascha Köpke
Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft
Gleueler Str. 176-178, 50935 Köln
Tel.: 0221 – 478 65483
sascha.koepke@uk-koeln.de



Richard Dano
Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft
Gleueler Str. 176-178, 50935 Köln
Tel. 0221 – 478 65483
richard.dano@uk-koeln.de

interprof HOME

Befragung von zuhause gepflegten Personen & Angehörigen und Vertrauenspersonen

Sehr geehrte Damen und Herren,

gerne möchten wir von Ihnen erfahren, wie Sie die Zusammenarbeit zwischen ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen und Therapeut*innen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) in der häuslichen Versorgung wahrnehmen.

Hierzu haben wir einige Fragen zusammengestellt und bitten Sie, alle Fragen so spontan wie möglich zu beantworten. Geben Sie bitte die für Sie am ehesten zutreffende Antwort an. Das Ausfüllen wird **ca. 20 Minuten** Zeit in Anspruch nehmen.

Sie können die Teilnahme an der Befragung jederzeit ohne Angabe von Gründen ablehnen. Zusammenfassende Informationen zum Datenschutz finden Sie in der Infobox (s.u.).

Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne an uns wenden.

Herzlichen Dank,

Ihr *interprof* HOME-Studienteam

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Die 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*innen 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 vorliegenden Fragebogens erklären Sie sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

1. Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

1.1 Ambulante Pflegedienste und Hausärzt*innen

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Ihre Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes und Hausärzt*innen anzugeben.

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen...

	sehr unzufrieden 	unzufrieden 	zufrieden 	sehr zufrieden 	kann ich nicht beurteilen
1.1.1 ... mit der Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes und den Hausärzt*innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit...

	sehr unzufrieden 	unzufrieden 	zufrieden 	sehr zufrieden 	kann ich nicht beurteilen
1.1.2 ... den Absprachen zwischen dem ambulanten Pflegedienst und Hausärzt*innen zu Ihrer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2 Therapeut*innen und Hausärzt*innen

Wenn Sie keine therapeutischen Anwendungen in Anspruch nehmen, können Sie diese Fragen überspringen.

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Ihre Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit zwischen den Therapeut*innen und Hausärzt*innen anzugeben.

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen...

	sehr unzufrieden 	unzufrieden 	zufrieden 	sehr zufrieden 	kann ich nicht beurteilen
1.2.1 ... mit der <u>Zusammenarbeit</u> zwischen Therapeut*innen und den Hausärzt*innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit...

	sehr unzufrieden 	unzufrieden 	zufrieden 	sehr zufrieden 	kann ich nicht beurteilen
1.2.2 ... den <u>Absprachen</u> zwischen Therapeut*innen und Hausärzt*innen zu Ihrer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Therapeut*innen und ambulante Pflegedienste

Wenn Sie keine therapeutischen Anwendungen in Anspruch nehmen, können Sie diese Fragen überspringen.

In diesem Abschnitt bitten wir Sie, Ihre Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit zwischen den Therapeut*innen und Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes anzugeben.

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen...

	sehr unzufrieden 	unzufrieden 	zufrieden 	sehr zufrieden 	kann ich nicht beurteilen
1.3.1 ... mit der <u>Zusammenarbeit</u> zwischen Therapeut*innen und den Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit...

	sehr unzufrieden 	unzufrieden 	zufrieden 	sehr zufrieden 	kann ich nicht beurteilen
1.3.2 ... den <u>Absprachen</u> zwischen Therapeut*innen und den Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes zu Ihrer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ihre allgemeine Meinung zur medizinisch-pflegerischen Beziehung

Hier möchten wir gerne von Ihnen wissen, wie Sie die Beziehung zwischen Hausärzt*innen und den Mitarbeiter*innen der ambulanten Pflegedienste (Pflegefachpersonen) wahrnehmen.
(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
2.1 In den Aufgabenbereichen von Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen gibt es viele Überschneidungen <i>(im Sinne von Schnittstellen)</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen sollten über Krankenhauseinweisungen von Patient*innen gemeinsam entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Pflegefachpersonen sollten ärztliche Anweisungen hinterfragen und klären, wenn Sie meinen, dass diese die Patient*innen schädigen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Die wichtigste Funktion der Pflegefachpersonen besteht darin, die ärztlichen Anweisungen auszuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Pflegefachpersonen sollten dafür verantwortlich sein, die Auswirkungen der medizinischen Behandlung zu überwachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Hausärzt*innen sollten in allen Fragen der Gesundheitsversorgung die oberste Autorität sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wenn Sie an Ihre Versorgung zu Hause denken – wie häufig haben Sie das Gefühl, dass...

(Bitte kreuzen Sie die jeweils für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	immer	manchmal	selten	nie	kann ich nicht beurteilen
3.1 ... die Pflegefachpersonen und der/die Hausärzt*in sich über Ihre Gesundheit und Ihre Behandlung austauschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 ... die Therapeut*innen und Pflegefachpersonen sich über Ihre Gesundheit und Ihre Behandlung austauschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 ... die Therapeut*innen und die/der Hausärzt*in sich über Ihre Gesundheit und Behandlung austauschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 ... Sie die Medikamente und Therapiemaßnahmen so erhalten, wie sie die/der Hausärzt*in verordnet hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 ... die Zusammenarbeit zwischen allen Berufsgruppen Ihrem Wohl dient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Allgemeine Angaben zur ausfüllenden Person

Ich fülle diesen Fragebogen aus als:

- zuhause gepflegte Person
- Angehörige oder Vertrauensperson

Ich bin:

- Weiblich
- Männlich
- divers

Mein Alter:

- 18 bis 24 Jahre
- 25 bis 34 Jahre
- 35 bis 50 Jahre
- 51 bis 65 Jahre
- über 65 Jahre

5. Spezifische Angaben zur pflegebedürftigen Person

(Die nachfolgenden Angaben können im Namen der betroffenen pflegebedürftigen Person von Angehörigen oder Vertrauenspersonen ausgefüllt werden.)

Aktuell ist die pflegebedürftige Person eingestuft mit dem Pflegegrad:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- bisher kein Pflegegrad

5.1 Wie lange wird die pflegebedürftige Person bereits durch die aktuelle Hausärztin/den aktuellen Hausarzt behandelt?

- weniger als 1 Jahr
- 1 bis 2 Jahre
- 3 bis 5 Jahre
- mehr als 5 Jahre

5.2 Wie lange erhält die pflegebedürftige Person bereits Leistungen von einem ambulanten Pflegedienst?

- weniger als 1 Jahr
- 1 bis 2 Jahre
- 3 bis 5 Jahre
- mehr als 5 Jahre

5.3 Bekommt die pflegebedürftige Person Therapien (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)?

(Bei „nein“ weiter zu Punkt 6.)

- Ja
- Nein

Wenn ja: Die Therapie findet statt:

- zuhause
- in der Praxis

5.4 Die pflegebedürftige Person erhält:

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Physiotherapie |
|------------------------------------|---------------------------------------|---|

Wie oft wird die Therapie in Anspruch genommen?

Logopädie:

- 1-2x/Woche
- 2-3x/Woche
- mehr als 3x/Woche

Ergotherapie:

- 1-2x/Woche
- 2-3x/Woche
- mehr als 3x/Woche

Physiotherapie:

- 1-2x/Woche
- 2-3x/Woche
- mehr als 3x/Woche

Wie lange dauert die Behandlungseinheit jeweils in Minuten?

Logopädie:

- 20-30 Minuten
- 30-40 Minuten
- Mehr als 60 Minuten

Ergotherapie:

- 20-30 Minuten
- 30-40 Minuten
- Mehr als 60 Minuten

Physiotherapie:

- 20-30 Minuten
- 30-40 Minuten
- mehr als 60 Minuten

5.5 Wie lange erhält die pflegebedürftige Person bereits therapeutische Leistungen?

(Die Angabe bezieht sich generell auf alle therapeutischen Leistungen.)

- weniger als ein Jahr
- 1 bis 2 Jahre
- 3 bis 5 Jahre
- mehr als 5 Jahre

Wie haben Sie von der Befragung erfahren?

- Direkte Ansprache durch Hausärzt*in, Therapeut*in, ambulanter Pflegedienst
- Aushang in Pflegestützpunkt, Selbsthilfegruppen, Ambulanzen, Praxen etc.
- Anzeige in Zeitschrift, Newsletter, Foren etc.
- Sonstiges:

6. Aus meiner Sicht gibt es folgende Möglichkeiten der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen ambulanten Pflegediensten, Hausärzt*innen und Therapeut*innen:

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

**Projektbeteiligung NRW:
Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft**



Universität zu Köln



Survey *interprof* HOME



**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause**
**Fragebogen für
Pflegefachpersonen**

Förderprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses

Gefördert durch:



interprof HOME ist ein Projekt der Studienzentren:

Universitätsmedizin Göttingen
Institut für Allgemeinmedizin

UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG
GÖTTINGEN

Georg-August-Universität Göttingen
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät

 GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT
GÖTTINGEN

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Poliklinik für Allgemeinmedizin

 Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Gesundheitsökonomie

 UKE
HAMBURG

Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft

 Universität zu Köln

Universität zu Lübeck
Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege

 UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Kontaktpersonen am Studienzentrum Köln:



Prof. Dr. Sascha Köpke
Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft
Gleueler Str. 176-178, 50935 Köln
Tel.: 0221 – 478 65483
sascha.koepke@uk-koeln.de



Richard Dano
Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft
Gleueler Str. 176-178, 50935 Köln
Tel. 0221 – 478 65483
richard.dano@uk-koeln.de

interprof HOME

Befragung Pflegefachpersonen

Sehr geehrte*r Studienteilnehmer*in,

gerne möchten wir von Ihnen erfahren, wie Sie die Zusammenarbeit zwischen Ihnen als Mitarbeiter*innen eines ambulanten Pflegedienstes, Hausärzt*innen und Therapeut*innen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) in der häuslichen Versorgung von Patient*innen wahrnehmen.

Hierzu haben wir einige Fragen zusammengestellt und bitten Sie, alle Fragen so spontan wie möglich zu beantworten. Geben Sie bitte die für Sie am ehesten zutreffende Antwort an. Das Ausfüllen wird **ca. 30 Minuten** Zeit in Anspruch nehmen.

Sie können die Teilnahme an der Befragung jederzeit ohne Angabe von Gründen ablehnen. Zusammenfassende Informationen zum Datenschutz finden Sie in der Infobox (s.u.).

Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne an uns wenden.

Herzlichen Dank,

Ihr *interprof* HOME-Studienteam

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Die 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*innen 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 vorliegenden Fragebogens erklären Sie sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

1. Pflegerisch-ärztliche Aufgaben und Rollen

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu verschiedenen Aspekten der pflegerisch-ärztlichen Zusammenarbeit.

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
1.1 In den Aufgabenbereichen von Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen gibt es viele Überschneidungen <i>(im Sinne von gemeinsamen Schnittstellen)</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen sollten über Krankenhauseinweisungen von Patient*innen gemeinsam entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Pflegefachpersonen sollten ärztliche Anweisungen hinterfragen und klären, wenn sie meinen, dass diese die Patient*innen schädigen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Die wichtigste Funktion der Pflegefachpersonen besteht darin, die ärztlichen Anweisungen auszuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Pflegefachpersonen sollten auch dafür verantwortlich sein, die Auswirkungen der medizinischen Behandlung zu überwachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Hausärzt*innen sollten <u>in allen Fragen der Gesundheitsversorgung</u> die oberste Autorität sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Interprofessionelle Kommunikation

2.1 Interprofessionelle Kommunikation mit Hausärzt*innen

Wie bewerten Sie die aufgeführten Kommunikationsformen mit Hausärzt*innen?

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
2.1.1 Die Kommunikation mit Hausärzt*innen ist ein wichtiger Teil meiner pflegerischen Verantwortung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.2 Von Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen organisierte Telefonsprechstunden zur Besprechung von Patient*innen sorgen für mehr Sicherheit in meinem pflegerischen Handeln. <i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit fester Telefonsprechstunden.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1.3 Festgelegte und regelmäßige Telefonsprechstunden sollten wie folgt stattfinden: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 x in der Woche <input type="checkbox"/> 1 x in zwei Wochen <input type="checkbox"/> 1 x im Monat <input type="checkbox"/> 1x im Quartal <input type="checkbox"/> Festgelegte und regelmäßige Telefonsprechstunden sind nicht nötig <i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit fester Telefonsprechstunden.)</i>				
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
2.1.4 Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen sollten gemeinsame Hausbesuche bei Patient*innen durchführen, um sich besser austauschen zu können. <i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit gemeinsamer Hausbesuche.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Interprofessionelle Kommunikation mit Therapeut*innen

Wie bewerten Sie die aufgeführten Kommunikationsformen mit Therapeut*innen?

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
2.2.1 Die Kommunikation mit Therapeut*innen ist ein wichtiger Teil meiner pflegerischen Verantwortung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.2 Von Therapeut*innen und Pflegefachpersonen organisierte Telefonsprechstunden zur Besprechung von Patient*innen sorgen für mehr Sicherheit in meinem pflegerischen Handeln. <i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit fester Telefonsprechstunden.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.3 Festgelegte und regelmäßige Telefonsprechstunden sollten wie folgt stattfinden: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 x in der Woche <input type="checkbox"/> 1 x in zwei Wochen <input type="checkbox"/> 1 x im Monat <input type="checkbox"/> 1x im Quartal <input type="checkbox"/> Festgelegte und regelmäßige Telefonsprechstunden sind nicht nötig <i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit fester Telefonsprechstunden.)</i>				
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
2.2.4 Therapeut*innen und Pflegefachpersonen sollten gemeinsame Hausbesuche bei Patient*innen durchführen, um sich besser austauschen zu können. <i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit gemeinsamer Hausbesuche.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen und Therapeut*innen

Wie beurteilen Sie folgende Aussagen zur allgemeinen Zusammenarbeit zwischen den oben genannten Berufsgruppen?

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
2.3.1 Regelmäßige und interprofessionelle Fallkonferenzen sind für die häusliche Versorgungssituation der Patient*innen wichtig. <i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit von Fallkonferenzen.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.2 Pflegefachpersonen ambulanter Pflegedienste haben ausreichend zeitliche/personelle Ressourcen, um an Fallkonferenzen teilzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.3 Eine gelungene Kooperation zwischen den genannten Berufsgruppen kann die Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen von Patient*innen verringern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.4 Die Zusammenarbeit aller genannten Berufsgruppen kann die Effektivität der Versorgung verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Absprachen und Erreichbarkeit

Wie beurteilen Sie die Aussagen über die Absprachen und Erreichbarkeit in der interprofessionellen Zusammenarbeit?

(Bitte bewerten Sie den Grad der Häufigkeit für die folgenden Aussagen.)

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
3.1 Wie häufig finden Terminabsprachen für gemeinsame Hausbesuche zwischen Ihnen und Hausärzt*innen statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Wenn es <u>keine</u> Terminabsprachen gibt, wie häufig kündigen Hausärzt*innen die Hausbesuche mindestens einen Tag vorher an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Wie häufig treffen Sie gemeinsam mit Hausärzt*innen Absprachen zur Versorgung der Patient*innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Wie häufig halten sich Hausärzt*innen an getroffene Absprachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Wie häufig nehmen Sie Kontakt zu Hausärzt*innen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	selten	manch- mal	oft	sehr oft
3.6 Wie häufig werden Sie von Hausärzt*innen über An- und Verordnungen benachrichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Wie häufig werden die Anliegen der Patient*innen zeitnah von Hausärzt*innen umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 <u>In dringenden Fällen:</u> Wie häufig können Sie Hausärzt*innen während der normalen Praxiszeiten sofort telefonisch erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 <u>In dringenden Fällen:</u> Wie häufig können Sie Hausärzt*innen außerhalb der normalen Praxiszeiten telefonisch erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10 Wie häufig haben Sie den Eindruck, dass relevante Informationen über den Gesundheitszustand oder die medizinische Behandlung der von Ihnen betreuten Patient*innen in der Hausarztpraxis „untergehen“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11 Wie häufig geben Hausärzt*innen in Ihrem Pflegedienst Weiterbildungen zu medizinischen Themen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Informationsaustausch und Transparenz in der interprofessionellen Versorgung

Die Transparenz bzgl. relevanter Informationen zwischen den Berufsgruppen kann Missverständnisse in der Kommunikation verhindern und somit die Versorgung der Patient*innen verbessern.

(Bitte bewerten Sie den Grad der Häufigkeit für die folgenden Aussagen.)

	nie	selten	manch- mal	oft	sehr oft
4.1 Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen tauschen sich über notwendige pflegerische Maßnahmen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen tauschen sich über notwendige medizinische Maßnahmen bzw. Veränderungen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Pflegefachpersonen tauschen mit Therapeut*innen pflegerisch-therapeutische Informationen aus, die sie von Patient*innen erhalten haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Hausärzt*innen informieren nach ihren Hausbesuchen die Pflegefachpersonen des Pflegedienstes über Veränderungen im medizinisch-ärztlichen Behandlungsplan (z.B. Anpassung der Medikamente).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
4.5 Pflegefachpersonen setzen Hausärzt*innen über pflegerische Maßnahmen in der häuslichen Versorgung von Patient*innen in Kenntnis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen und Therapeut*innen besprechen gemeinsam pflegerisch-therapeutisch-medizinische Informationen und Behandlungsstrategien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ambulante Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus/Kurzzeitpflege

Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit der Berufsgruppen (Pflege, Medizin, Therapie) nach der Entlassung von Patient*innen?
(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
5.1 Nach der Entlassung von Patient*innen aus dem/r Krankenhaus/Kurzzeitpflege stehen den Pflegefachpersonen in der Regel alle notwendigen Informationen für die ambulante Versorgung zur Verfügung. <i>(z.B. Entlassungsbrief, Pflegeüberleitungsbogen etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 In der Regel kennen alle beteiligten Berufsgruppen die für die häusliche Versorgung weiterführenden Behandlungsstrategien und Therapien. <i>(z.B. Änderungen im Medikamentenplan, therapeutische Empfehlungen, Aufenthalte in Rehakliniken etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Die für die häusliche Versorgung zu klärenden sozialrechtlichen Aspekte werden in der Regel von den Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen gemeinsam bearbeitet. <i>(z.B. Antrag auf Pflegegrad, Bestimmung von Betreuungspersonen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Nach Entlassung von Patient*innen aus dem/r Krankenhaus/Kurzzeitpflege findet in der Regel ein interprofessioneller Austausch zwischen den Berufsgruppen statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 Nach der Entlassung von Patient*innen aus dem/r Krankenhaus/Kurzzeitpflege stehen den Pflegefachpersonen in der Regel alle notwendigen Materialien für eine Anschlussheilbehandlung zur Verfügung. <i>(z.B. Wundmaterial, Medikamente, Toilettenstuhl etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
5.6 Patient*innen und Angehörige werden nach der Entlassung aus dem/r Krankenhaus/Kurzzeitpflege in der Regel über Möglichkeiten der Unterstützung von Pflegefachpersonen informiert. <i>(z.B. Tagespflege, Verhinderungspflege, Pflegezeit)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 Die Organisation notwendiger Heil- und Hilfsmittel verläuft reibungslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 Die Organisation notwendiger Medikamente verläuft reibungslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten (Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten)?
(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
6.1 Ich als geschulte Pflegefachperson traue mir zu, ausgewählte und delegierte medizinische Tätigkeiten durchzuführen. <i>(z.B. Medikamentenplan umstellen, Entscheidung über Wundmaterial, Einleitung diagnostischer Verfahren)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Bestimmte ärztliche Aufgaben (z.B. Blutabnahmen) sollten an geschulte Pflegefachpersonen delegiert werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3 Pflegefachpersonen sind in der Lage, folgende ärztlich delegierte Tätigkeiten durchzuführen:
(Mehrfachnennungen möglich)

- Venöse Blutabnahmen
- i.m. und i.v. Injektionen
- Medikamentenberatung *(Beratung über Einnahmezeiten, Nebenwirkungen, Wirkung etc.)*
- Körperliche Untersuchungen
- Einschätzung des Gesundheitszustandes
- sonstiges:

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
6.4 Die Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegefachpersonen entlastet Hausärzt*innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Regelmäßige Schulungen für Pflegefachpersonen in hausärztlichen Praxen sorgen für mehr Sicherheit bei der Übernahme bzw. Übergabe von ärztlichen Tätigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 Die Aufgabenbereiche zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen sollten strikt getrennt sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Zusammenarbeit mit Therapeut*innen

Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit Therapeut*innen?
(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
7.1 Pflegefachpersonen wissen in der Regel, welche therapeutischen Anwendungen ihre Patient*innen aktuell in Anspruch nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Pflegefachpersonen kennen in der Regel die therapeutischen Übungen, die Patient*innen zu Hause für sich durchführen sollen. <i>(z.B. Atemübungen, Bewegungsübungen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 Pflegefachpersonen kennen in der Regel die Ziele der therapeutischen Übungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 Pflegefachpersonen und Therapeut*innen sprechen ab, wenn geeignete Übungen in die pflegerische Versorgung integriert werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5 Ein gemeinsamer Hausbesuch (Pflegefachpersonen und Therapeut*innen) ist sinnvoll, um die ambulante Versorgung der Patient*innen ganzheitlich gestalten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6 Die Patient*innen profitieren davon, wenn Pflegefachpersonen und Therapeut*innen gemeinsam an der Lösung von Problemen arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.7 Gemeinsame Workshops/Schulungen oder Informationsveranstaltungen helfen den einzelnen Berufsgruppen, sich bei der Arbeit zu unterstützen und voneinander zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Demografische Angaben

Zum Schluss möchten wir Sie noch bitten, einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrem Pflegedienst zu machen.

Bitte geben Sie Ihre Geschlechtsidentität an.

weiblich

männlich

divers

Welche Altersgruppe trifft auf Sie zu? (Angabe in Jahren)

18 bis 34

35 bis 50

51 bis 60

älter als 60

Ihre Berufsbezeichnung	Zusatzqualifikationen (Mehrfachnennungen möglich)
<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger*in <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in <input type="checkbox"/> Krankenschwester/Krankenpfleger <input type="checkbox"/> Altenpfleger*in <input type="checkbox"/> Sonstige Bezeichnung: _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> keine Zusatzqualifikation <input type="checkbox"/> Pflegedienstleitung (verantwortliche Pflegefachkraft nach §71 SGB XI) <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrische Pflege <input type="checkbox"/> Wundmanagement <input type="checkbox"/> Palliative Care <input type="checkbox"/> Studienabschluss Bachelor <input type="checkbox"/> Studienabschluss Master <input type="checkbox"/> Weitere Zusatzqualifikationen: _____ _____ _____ _____

Berufserfahrung

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als ausgebildete Pflegefachperson?

Jahre

Wie viele Jahre davon in der ambulanten Pflege?

Jahre

Wie lange arbeiten Sie bereits in Ihrem ambulanten Pflegedienst?

Jahre

Ich arbeite:

Vollzeit

Teilzeit

geringfügig beschäftigt

Zeitaufwand pro Arbeitstag

Bitte schätzen Sie, wie viel Zeit Sie durchschnittlich pro Arbeitstag für nachfolgende Tätigkeiten aufbringen müssen. Beziehen Sie sich hierbei bitte auf die letzten 3 Monate.

a) Zeitaufwand pro Arbeitstag für die Kommunikation mit Hausarzt*innen (bzw. der Praxis) per Telefon/Fax/E-Mail:.

- weniger als 0,5 Stunden
- zwischen 0,5 und 1,0 Stunden
- zwischen 1,0 und 1,5 Stunden
- mehr als 1,5 Stunden

b) Zeitaufwand pro Arbeitstag für die Kommunikation mit Therapeut*innen (bzw. der Praxis) per Telefon/Fax/E-Mail:

- weniger als 0,5 Stunden
- zwischen 0,5 und 1,0 Stunden
- zwischen 1,0 und 1,5 Stunden
- mehr als 1,5 Stunden

10. Charakteristika Ihres Pflegedienstes

Unser Pflegedienst...

...ist angeschlossen an einem Wohlfahrtsverband

...wird geführt von einem privaten Anbieter

Patient*innen

Unser Pflegedienst versorgt insgesamt _____ Patient*innen im Umkreis von _____ km.

Durchschnittliche An- und Rückfahrtdauer pro Patient*in:

- weniger als 0,5 Stunden
- zwischen 0,5 und 1,0 Stunden
- zwischen 1,0 und 1,5 Stunden
- mehr als 1,5 Stunden

Mitarbeiter*innen

Beschäftigte gesamt: _____

Davon in der direkten Versorgung von Patient*innen tätig (*Mehrfachnennungen möglich*):

- _____ Gesundheits- und Krankenpfleger*innen
- _____ Altenpfleger*innen
- _____ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen
- _____ Beschäftigte aus Zeitarbeitsfirmen (Pflegefachkräfte, Hilfspersonal)
- _____ Sonstige pflegenahе Beschäftigte:

Wie haben Sie von dieser Befragung erfahren?

- Direkte Ansprache durch Universität
- Anzeige in Zeitschrift, Newsletter, Foren etc.
- Sonstiges:

11. Haben Sie weitere Anregungen und Wünsche zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Projektbeteiligung NRW:

Universität zu Köln

Institut für Pflegewissenschaft



Universität zu Köln



Survey *interprof* HOME



**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause
Fragebogen für Hausärzt*innen**

Förderprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

interprof HOME ist ein Projekt der Studienzentren:

Universitätsmedizin Göttingen
Institut für Allgemeinmedizin

UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG
GÖTTINGEN

Georg-August-Universität Göttingen
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät

 GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT
GÖTTINGEN

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Poliklinik für Allgemeinmedizin

 Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Gesundheitsökonomie

 UKE
HAMBURG

Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft

 Universität zu Köln

Universität zu Lübeck
Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege

 UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Kontaktpersonen am Studienzentrum Köln:



Prof. Dr. Sascha Köpke
Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft
Gleueler Str. 176-178, 50935 Köln
Tel.: 0221 – 478 65483
sascha.koepke@uk-koeln.de



Richard Dano
Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft
Gleueler Str. 176-178, 50935 Köln
Tel. 0221 – 478 65483
richard.dano@uk-koeln.de

interprof HOME

Befragung Hausärzt*innen

Sehr geehrte*r Studienteilnehmer*in,

gerne möchten wir von Ihnen erfahren, wie Sie die Zusammenarbeit zwischen Mitarbeiter*innen eines ambulanten Pflegedienstes, Hausärzt*innen und Therapeut*innen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) in der häuslichen Versorgung von Patient*innen wahrnehmen.

Hierzu haben wir einige Fragen zusammengestellt und bitten Sie, alle Fragen so spontan wie möglich zu beantworten. Geben Sie bitte die für Sie am ehesten zutreffende Antwort an. Das Ausfüllen wird **ca. 30 Minuten** Zeit in Anspruch nehmen.

Sie können die Teilnahme an der Befragung jederzeit ohne Angabe von Gründen ablehnen. Zusammenfassende Informationen zum Datenschutz finden Sie in der Infobox (s.u.).

Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne an uns wenden.

Herzlichen Dank,

Ihr *interprof* HOME-Studienteam

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Die 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*innen 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 vorliegenden Fragebogens erklären Sie sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

1. Pflegerisch-ärztliche Aufgaben und Rollen

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu verschiedenen Aspekten der pflegerisch-ärztlichen Zusammenarbeit.

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
1.1 In den Aufgabenbereichen von Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen gibt es viele Überschneidungen <i>(im Sinne von gemeinsamen Schnittstellen)</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen sollten über Krankenhauseinweisungen von Patient*innen gemeinsam entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Pflegefachpersonen sollten ärztliche Anweisungen hinterfragen und klären, wenn sie meinen, dass diese die Patient*innen schädigen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Die wichtigste Funktion der Pflegefachpersonen besteht darin, die ärztlichen Anweisungen auszuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Pflegefachpersonen sollten auch dafür verantwortlich sein, die Auswirkungen der medizinischen Behandlung zu überwachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Hausärzt*innen sollten <u>in allen Fragen der Gesundheitsversorgung</u> die oberste Autorität sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Interprofessionelle Kommunikation

2.1 Interprofessionelle Kommunikation mit Pflegefachpersonen

Wie bewerten Sie die aufgeführten Kommunikationsformen mit Pflegefachpersonen?

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
<p>2.1.1 Die Kommunikation mit Pflegefachpersonen ist ein wichtiger Teil meiner ärztlichen Verantwortung.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2.1.2 Von Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen organisierte Telefonsprechstunden zur Besprechung von Patient*innen sorgen für mehr Sicherheit in meinem ärztlichen Handeln.</p> <p><i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit fester Telefonsprechstunden.)</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2.1.3 Festgelegte und regelmäßige Telefonsprechstunden sollten wie folgt stattfinden:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 x in der Woche</p> <p><input type="checkbox"/> 1 x in zwei Wochen</p> <p><input type="checkbox"/> 1 x im Monat</p> <p><input type="checkbox"/> 1 x im Quartal</p> <p><input type="checkbox"/> Festgelegte und regelmäßige Telefonsprechstunden sind nicht nötig</p> <p><i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit fester Telefonsprechstunden.)</i></p>				
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
<p>2.1.4 Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen sollten gemeinsame Hausbesuche bei Patient*innen durchführen, um sich besser austauschen zu können.</p> <p><i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit gemeinsamer Hausbesuche.)</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Interprofessionelle Kommunikation mit Therapeut*innen

Wie bewerten Sie die aufgeführten Kommunikationsformen mit Therapeut*innen?

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
2.2.1 Die Kommunikation mit Therapeut*innen ist ein wichtiger Teil meiner ärztlichen Verantwortung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.2 Von Therapeut*innen und Hausärzt*innen organisierte Telefonsprechstunden zur Besprechung von Patient*innen sorgen für mehr Sicherheit in meinem ärztlichen Handeln. <i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit fester Telefonsprechstunden.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2.3 Festgelegte und regelmäßige Telefonsprechstunden sollten wie folgt stattfinden:				
<input type="checkbox"/> 1 x in der Woche <input type="checkbox"/> 1 x in zwei Wochen <input type="checkbox"/> 1 x im Monat <input type="checkbox"/> 1 x im Quartal <input type="checkbox"/> Festgelegte und regelmäßige Telefonsprechstunden sind nicht nötig				
<i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit fester Telefonsprechstunden.)</i>				
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
2.2.4 Therapeut*innen und Hausärzt*innen sollten gemeinsame Hausbesuche bei Patient*innen durchführen, um sich besser austauschen zu können. <i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit gemeinsamer Hausbesuche.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen und Therapeut*innen

Wie beurteilen Sie folgende Aussagen zur allgemeinen Zusammenarbeit zwischen den oben genannten Berufsgruppen?

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
2.3.1 Regelmäßige und interprofessionelle Fallkonferenzen sind für die häusliche Versorgungssituation der Patient*innen wichtig. (Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit von Fallkonferenzen.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.2 Hausärzt*innen haben ausreichend zeitliche/personelle Ressourcen, um an Fallkonferenzen teilzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.3 Eine gelungene Kooperation zwischen den genannten Berufsgruppen kann die Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen von Patient*innen verringern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.4 Die Zusammenarbeit aller genannten Berufsgruppen kann die Effektivität der Versorgung verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Absprachen und Erreichbarkeit

Wie beurteilen Sie die Aussagen über die Absprachen und Erreichbarkeit in der interprofessionellen Zusammenarbeit?

(Bitte bewerten Sie den Grad der Häufigkeit für die folgenden Aussagen.)

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
3.1 Wie häufig finden Terminabsprachen für gemeinsame Hausbesuche zwischen Ihnen und Pflegefachpersonen statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Wenn es <u>keine</u> Terminabsprachen gibt, wie häufig kündigen Sie die Hausbesuche mindestens einen Tag vorher bei den Pflegefachpersonen an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Wie häufig treffen Sie gemeinsam mit den verantwortlichen Pflegefachpersonen Absprachen zur Versorgung der Patient*innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Wie häufig halten sich Pflegefachpersonen an getroffene Absprachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Wie häufig werden Ihre An- und Verordnungen zeitnah und zuverlässig von den Pflegefachpersonen umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	selten	manch- mal	oft	sehr oft
3.6 In dringenden Fällen: Wie häufig können Pflegefachpersonen Sie während Ihrer normalen Praxiszeiten sofort telefonisch erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Wie häufig kommt es vor, dass Pflegefachpersonen Sie zu einem Akutbesuch zu Patient*innen nach Hause bitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 Wenn Pflegefachpersonen Sie zu einem Akutbesuch zu Patient*innen nach Hause bitten, wie häufig war das rückblickend notwendig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 Wie häufig haben Sie den Eindruck, dass relevante gesundheitliche Veränderungen der Patient*innen von Pflegefachpersonen vor Ort übersehen oder falsch gedeutet werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10 Wie häufig haben Sie den Eindruck, dass relevante Informationen über den Gesundheitszustand oder die medizinische Behandlung der Patient*innen (z.B. Ihre Verordnungen) bei den Pflegefachpersonen vor Ort „untergehen“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11 Wie häufig führen sie in ambulanten Pflegediensten Weiterbildungen für Pflegefachpersonen zu medizinischen Themen durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Informationsaustausch und Transparenz in der interprofessionellen Versorgung

Die Transparenz bzgl. relevanter Informationen zwischen den Berufsgruppen kann Missverständnisse in der Kommunikation verhindern und somit die Versorgung der Patient*innen verbessern.

(Bitte bewerten Sie den Grad der Häufigkeit für die folgenden Aussagen.)

	nie	selten	manch- mal	oft	sehr oft
4.1 Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen tauschen sich über notwendige pflegerische Maßnahmen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Pflegefachpersonen und Hausärzt*innen tauschen sich über notwendige medizinische Maßnahmen bzw. Veränderungen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Hausärzt*innen tauschen mit Therapeut*innen ärztlich-therapeutische Informationen aus, die sie von Patient*innen erhalten haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Hausärzt*innen informieren nach ihren Hausbesuchen die Pflegefachpersonen des Pflegedienstes über Veränderungen im medizinisch-ärztlichen Behandlungsplan (z.B. Anpassung der Medikamente).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
4.5 Pflegefachpersonen setzen Hausärzt*innen über pflegerische Maßnahmen in der häuslichen Versorgung von Patient*innen in Kenntnis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen und Therapeut*innen besprechen gemeinsam pflegerisch-therapeutisch-medizinische Informationen und Behandlungsstrategien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ambulante Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus/Kurzzeitpflege

Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit der Berufsgruppen (Pflege, Medizin, Therapie) nach der Entlassung von Patient*innen?

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
5.1 Nach der Entlassung von Patient*innen aus dem/r Krankenhaus/Kurzzeitpflege stehen den Hausärzt*innen in der Regel alle notwendigen Informationen für die ambulante Versorgung zur Verfügung. <i>(z.B. Entlassungsbrief, Pflegeüberleitungsbogen etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 In der Regel kennen alle beteiligten Berufsgruppen die für die häusliche Versorgung weiterführenden Behandlungsstrategien und Therapien. <i>(z.B. Änderungen im Medikamentenplan, therapeutische Empfehlungen, Aufenthalte in Rehakliniken etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Die für die häusliche Versorgung zu klärenden sozialrechtlichen Aspekte werden in der Regel von den Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen gemeinsam bearbeitet. <i>(z.B. Antrag auf Pflegegrad, Bestimmung von Betreuungspersonen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Nach Entlassung von Patient*innen aus dem/r Krankenhaus/Kurzzeitpflege findet in der Regel ein interprofessioneller Austausch zwischen den Berufsgruppen statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 Hausärzt*innen und Therapeut*innen besprechen in der Regel gemeinsamen Aspekte der therapeutischen Behandlung. <i>(z.B. Therapieplan, Verordnungen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
5.6 Pflegefachpersonen informieren in der Regel Patient*innen und Angehörige nach der Entlassung aus dem/r Krankenhaus/Kurzzeitpflege über Möglichkeiten der Unterstützung. <i>(z.B. Tagespflege, Verhinderungspflege, Pflegezeit)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 Die Organisation notwendiger Heil- und Hilfsmittel verläuft reibungslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 Die Organisation notwendiger Medikamente verläuft reibungslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Delegation ärztlicher Tätigkeiten

Wie bewerten Sie die folgenden Aussagen zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten (Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten)?
(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
6.1 Ich traue geschulten Pflegefachpersonen zu, ausgewählte und delegierte medizinische Tätigkeiten durchführen zu können. <i>(z.B. Medikamentenplan umstellen, Entscheidung über Wundmaterial, Einleitung diagnostischer Verfahren)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Bestimmte ärztliche Aufgaben (z.B. Blutabnahmen) sollten an Pflegefachpersonen delegiert werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3 Pflegefachpersonen sind in der Lage folgende ärztlich delegierte Tätigkeiten durchzuführen:
(Mehrfachnennungen möglich)

- Venöse Blutabnahmen
- i.m. und i.v. Injektionen
- Medikamentenberatung *(Beratung über Einnahmezeiten, Nebenwirkungen, Wirkung etc.)*
- Körperliche Untersuchungen
- Einschätzung des Gesundheitszustandes
- sonstiges:

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
6.4 Die Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegefachpersonen entlastet Hausärzt*innen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Regelmäßige Schulungen für Pflegefachpersonen in hausärztlichen Praxen sorgen für mehr Sicherheit bei der Übernahme bzw. Übergabe von ärztlichen Tätigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 Die Aufgabenbereiche zwischen Hausärzt*innen und Pflegefachpersonen sollten strikt getrennt sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Zusammenarbeit mit Therapeut*innen

Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit Therapeut*innen?
(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
7.1 Hausärzt*innen wissen in der Regel, welche therapeutischen Anwendungen ihre Patient*innen aktuell in Anspruch nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Hausärzt*innen kennen in der Regel die therapeutischen Übungen, die Patient*innen zu Hause für sich durchführen sollen. <i>(z.B. Atemübungen, Bewegungsübungen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 Hausärzt*innen kennen in der Regel die Ziele der therapeutischen Übungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 Die Kommunikation mit den therapeutischen Praxen in Bezug auf Verordnungen von Anwendungen verläuft in der Regel problemlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5 Ein gemeinsamer Hausbesuch (Hausärzt*innen und Therapeut*innen) ist sinnvoll, um die ambulante Versorgung der Patient*innen ganzheitlich gestalten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6 Die Patient*innen profitieren davon, wenn Hausärzt*innen und Therapeut*innen gemeinsam an der Lösung von Problemen arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.7 Gemeinsame Workshops/Schulungen oder Informationsveranstaltungen helfen den einzelnen Berufsgruppen, sich bei der Arbeit zu unterstützen und voneinander zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Demografische Angaben

Zum Schluss möchten wir Sie noch bitten, einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis zu machen.

Bitte geben Sie Ihre Geschlechtsidentität an.

weiblich

männlich

divers

Welche Altersgruppe trifft auf Sie zu? (Angabe in Jahren)

18 bis 34

35 bis 50

51 bis 60

älter als 60

Berufserfahrung

Seit wie vielen Jahren sind Sie als Ärztin/Arzt tätig?

Jahre

Wie viele Jahre davon als Hausärztin/Hausarzt?

Jahre

Zeitaufwand pro Arbeitstag

Bitte schätzen Sie, wie viel Zeit Sie durchschnittlich pro Arbeitstag für nachfolgende Tätigkeiten aufbringen müssen. Beziehen Sie sich hierbei bitte auf die letzten 3 Monate:

a) Zeitaufwand pro Arbeitstag für die Kommunikation mit den ambulanten Pflegediensten per Telefon/Fax/E-Mail:

- Weniger als 0,5 Stunden
- Zwischen 0,5 und 1,0 Stunden
- Zwischen 1,0 und 1,5 Stunden
- Mehr als 1,5 Stunden

b) Zeitaufwand pro Arbeitstag für die Kommunikation mit Therapeut*innen (bzw. Praxis) per Telefon/Fax/E-Mail:

- Weniger als 0,5 Stunden
- Zwischen 0,5 und 1,0 Stunden
- Zwischen 1,0 und 1,5 Stunden
- Mehr als 1,5 Stunden

10. Allgemeine Angaben zu Ihrer Praxistätigkeit

Sind Sie Inhaber*in einer Praxis?

- Nein, ich bin angestellt in einer Praxis/einem Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ)
- Ja

Gibt es medizinische Fachangestellte mit zusätzlicher Qualifikation in Ihrer Praxis?
(Mehrfachnennungen möglich)

- VERAH (Versorgungsassistent*in in der Hausarztpraxis)
- NäPa (nicht-ärztliche*r Praxisassistent*in)
- AGnES (arzentlastende, gemeindenahе, e-health-gestützte systemische Intervention)
- HELVER (Arzthelfer*innen in der ambulanten Versorgung)
- EVA (entlastende*r Versorgungsassistent*in)
- MOPRA (mobile*r Praxisassistent*in)
- Andere: _____

Ist Ihre Praxis eine akademische Lehrpraxis?

- Nein
- Ja

Führen Sie Hausbesuche bei Patient*innen durch?

- Nein
- Ja

Wenn ja, wie viele Hausbesuche führen Sie durchschnittlich im Quartal durch?

Bezogen auf die letzten 3 Monate: Wie viele Stunden Ihrer hausärztlichen Tätigkeit nimmt die Versorgung der Patient*innen in Form von Hausbesuchen pro Woche in Anspruch?

Ca. Stunden

Wie haben sie von dieser Befragung erfahren?

- Direkte Ansprache durch Universität
- Anzeige in Zeitschrift, Newsletter, Foren etc.
- Sonstiges:



11. Haben Sie weitere Anregungen und Wünsche zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Projektbeteiligung NRW:

Universität zu Köln

Institut für Pflegewissenschaft



Universität zu Köln



Survey *interprof* HOME



**Gute interprofessionelle
Gesundheitsversorgung zuhause
Fragebogen für Therapeut*innen**

Förderprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses

Gefördert durch:



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

interprof HOME ist ein Projekt der Studienzentren:

Universitätsmedizin Göttingen
Institut für Allgemeinmedizin

UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG
GÖTTINGEN

Georg-August-Universität Göttingen
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät

 GEORG-AUGUST-UNIVERSITÄT
GÖTTINGEN

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Poliklinik für Allgemeinmedizin

 Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Gesundheitsökonomie

 UKE
HAMBURG

Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft

 Universität zu Köln

Universität zu Lübeck
Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege

 UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Kontaktpersonen am Studienzentrum Köln:



Prof. Dr. Sascha Köpke
Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft
Gleueler Str. 176-178, 50935 Köln
Tel.: 0221 – 478 65483
sascha.koepke@uk-koeln.de



Richard Dano
Universität zu Köln
Institut für Pflegewissenschaft
Gleueler Str. 176-178, 50935 Köln
Tel. 0221 – 478 65483
richard.dano@uk-koeln.de

interprof HOME

Befragung Therapeut*innen

Sehr geehrte*r Studienteilnehmer*in,

gerne möchten wir von Ihnen erfahren, wie Sie die Zusammenarbeit zwischen Mitarbeiter*innen eines ambulanten Pflegedienstes, Hausärzt*innen und Therapeut*innen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) in der häuslichen Versorgung von Patient*innen wahrnehmen.

Hierzu haben wir einige Fragen zusammengestellt und bitten Sie, alle Fragen so spontan wie möglich zu beantworten. Geben Sie bitte die für Sie am ehesten zutreffende Antwort an. Das Ausfüllen wird **ca. 30 Minuten** Zeit in Anspruch nehmen.

Sie können die Teilnahme an der Befragung jederzeit ohne Angabe von Gründen ablehnen. Zusammenfassende Informationen zum Datenschutz finden Sie in der Infobox (s.u.).

Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne an uns wenden.

Herzlichen Dank,

Ihr *interprof* HOME-Studenteam

Infobox

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens werden nur anonymisierte Daten erhoben. Die 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*innen 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 vorliegenden Fragebogens erklären Sie sich mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten einverstanden.

1. Therapeutisch-ärztliche Aufgaben und Rollen

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen zu verschiedenen Aspekten der therapeutisch-ärztlichen Zusammenarbeit.

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
1.1 In den Aufgabenbereichen von Therapeut*innen und Hausarzt*innen gibt es viele Überschneidungen <i>(im Sinne von gemeinsamen Schnittstellen)</i> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Therapeut*innen und Hausarzt*innen sollten über Krankenseinweisungen von Patient*innen gemeinsam entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Therapeut*innen sollten ärztliche Anweisungen hinterfragen und klären, wenn sie meinen, dass diese die Patient*innen schädigen könnten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Die wichtigste Funktion der Therapeut*innen besteht darin, die ärztlichen Anweisungen auszuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Therapeut*innen sollten auch dafür verantwortlich sein, die Auswirkungen der medizinischen Behandlung zu überwachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Hausarzt*innen sollten <u>in allen Fragen der Gesundheitsversorgung</u> die oberste Autorität sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Interprofessionelle Kommunikation

2.1 Interprofessionelle Kommunikation mit Hausärzt*innen

Wie bewerten Sie die aufgeführten Kommunikationsformen mit Hausärzt*innen?

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
<p>2.1.1 Die Kommunikation mit Hausärzt*innen ist ein wichtiger Teil meiner therapeutischen Verantwortung.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2.1.2 Von Hausärzt*innen und Therapeut*innen organisierte Telefonsprechstunden zur Besprechung von Patient*innen sorgen für mehr Sicherheit in meinem therapeutischen Handeln.</p> <p><i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit fester Telefonsprechstunden.)</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2.1.3 Festgelegte und regelmäßige Telefonsprechstunden sollten wie folgt stattfinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 x in der Woche <input type="checkbox"/> 1 x in zwei Wochen <input type="checkbox"/> 1 x im Monat <input type="checkbox"/> 1 x im Quartal <input type="checkbox"/> Festgelegte und regelmäßige Telefonsprechstunden sind nicht nötig <p><i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit fester Telefonsprechstunden.)</i></p>				
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
<p>2.1.4 Hausärzt*innen und Therapeut*innen sollten gemeinsame Hausbesuche bei Patient*innen durchführen, um sich besser austauschen zu können.</p> <p><i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit gemeinsamer Hausbesuche.)</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Interprofessionelle Kommunikation mit Pflegefachpersonen

Wie bewerten Sie die aufgeführten Kommunikationsformen mit Pflegefachpersonen?

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
<p>2.2.1 Die Kommunikation mit Pflegefachpersonen ist ein wichtiger Teil meiner therapeutischen Verantwortung.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2.2.2 Von Therapeut*innen und Pflegefachpersonen organisierte Telefonsprechstunden zur Besprechung von Patient*innen sorgen für mehr Sicherheit in meinem pflegerischen Handeln.</p> <p><i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit fester Telefonsprechstunden.)</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2.2.3 Festgelegte und regelmäßige Telefonsprechstunden sollten wie folgt stattfinden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1 x in der Woche <input type="checkbox"/> 1 x in zwei Wochen <input type="checkbox"/> 1 x im Monat <input type="checkbox"/> 1 x im Quartal <input type="checkbox"/> Festgelegte und regelmäßige Telefonsprechstunden sind nicht nötig <p><i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit fester Telefonsprechstunden.)</i></p>				
	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
<p>2.2.4 Therapeut*innen und Pflegefachpersonen sollten gemeinsame Hausbesuche bei Patient*innen durchführen, um sich besser austauschen zu können.</p> <p><i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit gemeinsamer Hausbesuche.)</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen und Therapeut*innen

Wie beurteilen Sie folgende Aussagen zur allgemeinen Zusammenarbeit zwischen den oben genannten Berufsgruppen?

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
2.3.1 Regelmäßige und interprofessionelle Fallkonferenzen sind für die häusliche Versorgungssituation der Patient*innen wichtig. <i>(Bitte bewerten Sie dies unabhängig von der Machbarkeit von Fallkonferenzen.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.2 Therapeut*innen haben ausreichend zeitliche/personelle Ressourcen, um an Fallkonferenzen teilzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.3 Eine gelungene Kooperation zwischen den genannten Berufsgruppen kann die Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen von Patient*innen verringern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3.4 Die Zusammenarbeit aller genannten Berufsgruppen kann die Effektivität der Versorgung verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Absprachen und Erreichbarkeit

Wie beurteilen Sie die Aussagen über die Absprachen und Erreichbarkeit in der interprofessionellen Zusammenarbeit?

(Bitte bewerten Sie den Grad der Häufigkeit für die folgenden Aussagen.)

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
3.1 Wie häufig finden Terminabsprachen für gemeinsame Hausbesuche zwischen Ihnen und Hausärzt*innen statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Wenn es <u>keine</u> Terminabsprachen gibt, wie häufig kündigen Hausärzt*innen die Hausbesuche mindestens einen Tag vorher an?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Wie häufig treffen Sie gemeinsam mit Hausärzt*innen Absprachen zur Versorgung der Patient*innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Wie häufig halten sich Hausärzt*innen an getroffene Absprachen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Wie häufig nehmen Sie Kontakt zu Hausärzt*innen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	selten	manch- mal	oft	sehr oft
3.6 Wie häufig werden Sie von Hausärzt*innen über An- und Verordnungen benachrichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Wie häufig werden die Anliegen der Patient*innen zeitnah von Hausärzt*innen umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 <u>In dringenden Fällen:</u> Wie häufig können Sie Hausärzt*innen während der normalen Praxiszeiten sofort telefonisch erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 <u>In dringenden Fällen:</u> Wie häufig können Sie Hausärzt*innen außerhalb der normalen Praxiszeiten telefonisch erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10 Wie häufig haben Sie den Eindruck, dass relevante Informationen über den Gesundheitszustand oder die medizinische Behandlung der von Ihnen betreuten Patient*innen in der Hausarztpraxis „untergehen“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11 Wie häufig geben Hausärzt*innen in Ihrer Praxis Weiterbildungen zu medizinischen Themen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Informationsaustausch und Transparenz in der interprofessionellen Versorgung

Die Transparenz bzgl. relevanter Informationen zwischen den Berufsgruppen kann Missverständnisse in der Kommunikation verhindern und somit die Versorgung der Patient*innen verbessern.

(Bitte bewerten Sie den Grad der Häufigkeit für die folgenden Aussagen.)

	nie	selten	manch- mal	oft	sehr oft
4.1 Therapeut*innen und Hausärzt*innen tauschen sich über notwendige therapeutische Maßnahmen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Therapeut*innen und Hausärzt*innen tauschen sich über notwendige medizinische Maßnahmen bzw. Veränderungen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Therapeut*innen kennen die medizinischen Informationen, die Patient*innen von den Hausärzt*innen übermittelt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Hausärzt*innen informieren nach ihren Hausbesuchen die Therapeut*innen über Veränderungen im medizinisch-ärztlichen Behandlungsplan (z.B. Anpassung der Medikamente).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	selten	manch- mal	oft	sehr oft
4.5 Therapeut*innen setzen Hausärzt*innen über therapeutische Maßnahmen in der häuslichen Versorgung von Patient*innen in Kenntnis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Hausärzt*innen, Pflegefachpersonen und Therapeut*innen besprechen gemeinsam pflegerisch-therapeutisch-medizinische Informationen und Behandlungsstrategien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ambulante Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus/Kurzzeitpflege

Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit der Berufsgruppen (Pflege, Medizin, Therapie) nach der Entlassung von Patient*innen?

(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
5.1 Nach der Entlassung von Patient*innen aus dem/r Krankenhaus/Kurzzeitpflege stehen den Therapeut*innen in der Regel alle notwendigen Informationen für die ambulante Versorgung zur Verfügung. <i>(z.B. Entlassungsbrief, Pflegeüberleitungsbogen etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 In der Regel kennen alle beteiligten Berufsgruppen die für die häusliche Versorgung weiterführenden Behandlungsstrategien und Therapien. <i>(z.B. Änderungen im Medikamentenplan, therapeutische Empfehlungen, Aufenthalte in Rehakliniken etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Patient*innen und Angehörige werden nach der Entlassung aus dem/r Krankenhaus/Kurzzeitpflege über Möglichkeiten der Unterstützung von Therapeut*innen informiert. <i>(z.B. über spezielle Therapien)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Nach Entlassung von Patient*innen aus dem/r Krankenhaus/Kurzzeitpflege findet in der Regel ein interprofessioneller Austausch zwischen den Berufsgruppen statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 Nach der Entlassung von Patient*innen aus dem/r Krankenhaus/Kurzzeitpflege stehen den Therapeut*innen alle notwendigen Materialien für eine Anschlussheilbehandlung zur Verfügung. <i>(z.B. Gehhilfen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
5.6 Hausärzt*innen und Therapeut*innen besprechen gemeinsam Aspekte der therapeutischen Behandlung. <i>(z.B. Therapieplan, Verordnungen etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7 Die Organisation notwendiger Heil- und Hilfsmittel verläuft reibungslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8 Die Organisation notwendiger Medikamente verläuft reibungslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen

Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen?
(Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie am besten passende Antwortkategorie an.)

	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
6.1 Pflegefachpersonen wissen in der Regel, welche therapeutischen Anwendungen ihre Patient*innen aktuell in Anspruch nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Pflegefachpersonen kennen die therapeutischen Übungen, die Patient*innen zu Hause für sich durchführen sollen. <i>(z.B. Atemübungen, Bewegungsübungen)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Pflegefachpersonen kennen in der Regel die Ziele der therapeutischen Übungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Pflegefachpersonen und Therapeut*innen sprechen ab, wenn geeignete Übungen in die pflegerische Versorgung integriert werden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Ein gemeinsamer Hausbesuch (Therapeut*innen und Pflegefachpersonen) ist sinnvoll, um die ambulante Versorgung der Patient*innen ganzheitlich gestalten zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 Die Patient*innen profitieren davon, wenn Pflegefachpersonen und Therapeut*innen gemeinsam an der Lösung von Problemen arbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 Gemeinsame Workshops/Schulungen oder Informationsveranstaltungen helfen den einzelnen Berufsgruppen, sich bei der Arbeit zu unterstützen und voneinander zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Demografische Angaben

Zum Schluss möchten wir Sie noch bitten, einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis zu machen.

Bitte geben Sie Ihre Geschlechtsidentität an.

weiblich

männlich

divers

Welche Altersgruppe trifft auf Sie zu? (Angabe in Jahren)

18 bis 34

35 bis 50

51 bis 60

älter als 60

Ihre Berufsbezeichnung

Zusatzqualifikationen

- Exam. Physiotherapeut*in
- Exam. Ergotherapeut*in
- Exam. Logopäd*in
- Therapeut*in mit Studienabschluss
- Sonstige Bezeichnung:

Nein

Ja

Wenn ja, welche:

Berufserfahrung

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie als staatlich examinierte*r Therapeut*in?

Jahre

Ich arbeite:

Vollzeit

Teilzeit

geringfügig beschäftigt

Zeitaufwand pro Arbeitstag

Bitte schätzen Sie, wie viel Zeit Sie durchschnittlich pro Arbeitstag für nachfolgende Tätigkeiten aufbringen müssen. Beziehen Sie sich hierbei bitte auf die letzten 3 Monate.

a) Zeitaufwand pro Arbeitstag für die Kommunikation mit Hausärzt*innen (bzw. der Praxis) per Telefon/Fax/E-Mail:

- weniger als 0,5 Stunden
- zwischen 0,5 und 1,0 Stunden
- zwischen 1,0 und 1,5 Stunden
- mehr als 1,5 Stunden

b) Zeitaufwand pro Arbeitstag für die Kommunikation mit ambulanten Pflegediensten per Telefon/Fax/E-Mail:

- weniger als 0,5 Stunden
- zwischen 0,5 und 1,0 Stunden
- zwischen 1,0 und 1,5 Stunden
- mehr als 1,5 Stunden

9. Allgemeine Angaben zu Ihrer Praxis

Sind Sie Inhaber*in einer Praxis?

- Nein
 Ja

Führen Sie Hausbesuche bei Patient*innen durch?

- Nein
 Ja

Wenn ja, wie viele Hausbesuche führen Sie durchschnittlich im Quartal durch?

Bezogen auf die letzten 3 Monate: Wie viele Stunden Ihrer therapeutischen Tätigkeit nimmt die Versorgung der Patient*innen in Form von Hausbesuchen pro Woche in Anspruch?

Ca. Stunden

Unser Praxis ist eine:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Physiotherapeutische Praxis | <input type="checkbox"/> interdisziplinäre Heilmittelpraxis |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeutische Praxis | |
| <input type="checkbox"/> Logopädische Praxis | |

Mitarbeiter*innen

Beschäftigte gesamt: _____

Davon:

- _____ Physiotherapeut*innen
 _____ Ergotherapeut*innen
 _____ Logopäd*innen
 _____ Therapeut*innen mit Studienabschluss
 _____ Sonstige therapienahe Beschäftigte:

Patient*innen

Unsere Praxis versorgt insgesamt _____ Patient*innen im Umkreis von _____ km.

Durchschnittliche An- und Rückfahrtdauer pro Patient*in:

- weniger als 0,5 Stunden
- zwischen 0,5 und 1,0 Stunden
- zwischen 1,0 und 1,5 Stunden
- mehr als 1,5 Stunden

Wie haben Sie von der Befragung erfahren?

- Direkte Ansprache durch Universität
- Anzeige in Zeitschrift, Newsletter, Foren etc.
- Sonstiges:

9. Haben Sie weitere Anregungen und Wünsche zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Projektbeteiligung NRW:

Universität zu Köln

Institut für Pflegewissenschaft



Universität zu Köln

