

# Kooperation zwischen Hausärzt\*innen und ambulanten Pflegediensten – eine qualitative Studie

## Cooperation Between Family Physicians and Outpatient Nursing Services – a Qualitative Study

Juliane Erdmann, Katja Götz

### Hintergrund

Die hausärztliche Versorgung kann durch eine stärkere Vernetzung mit anderen Leistungserbringer\*innen gestärkt werden. Vor allem in einer immer älter werdenden Bevölkerung spielt dieser Aspekt eine versorgungsrelevante Rolle. Das Ziel der vorliegenden qualitativen Studie war es, die Einstellungen zur Kooperation, die Rolle des Informationsaustauschs sowie Überlegungen zur Finanzierung aus verschiedenen Versorgerperspektiven zu erheben.

### Methoden

Mittels qualitativen, leitfadengestützten Einzelinterviews wurden Hausärzt\*innen, deren Interessenvertreter\*innen, Leitungserfahrene von ambulanten Pflegediensten sowie Wohlfahrtsverbände in Niedersachsen und in Nordrhein-Westfalen zu ihren Einstellungen hinsichtlich Kooperation, Bedeutung des Informationsaustausches sowie Finanzierung von Kooperation interviewt. Die Datenauswertung erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse.

### Ergebnisse

Insgesamt nahmen 39 Personen an der Studie teil. Die Aussagen der Interviewten deuteten darauf hin, dass Kooperation als wichtig für die Versorgung erachtet wurde. Zudem äußerten die Befragten den Wunsch nach Wertschätzung und einer festen Ansprechpartner\*in, um Patient\*innen kontinuierlich gut zu versorgen. Hausärzt\*innen und ambulante Pflegedienste wünschten sich eine extra Vergütung für die Kooperation und betonten die Bedeutung einer angemessenen Finanzierung.

### Schlussfolgerungen

Kooperation und gegenseitiger Informationsaustausch im Behandlungsprozess scheinen einen wesentlichen, versorgungsrelevanten Aspekt insbesondere für spezielle Patient\*innengruppen darzustellen. Die angemessene Finanzierung ist allerdings noch nicht abschließend geklärt.

### Schlüsselwörter

Kooperation; Kontinuität; Finanzierung; qualitative Studie

### Background

Family medicine can be strengthened by networking with other service providers, especially in an aging population. The aim of this qualitative study was to explore attitudes towards cooperation, the role of information exchange and considerations regarding financial reimbursement from different provider perspectives.

### Methods

A qualitative study design was used. Family physicians, their representatives, experienced managers of outpatient nursing services and welfare organizations in Lower Saxony and North Rhine-Westphalia were interviewed. The focus of the interviews were about attitudes towards cooperation, importance of the exchange of information and appropriate financial reimbursement. The collected data was evaluated using qualitative content analysis.

### Results

39 people took part in the study. Each of the participants stated that cooperation was important for patient care. Moreover, the participants expressed the desire for appreciation and a permanent contact person to provide continuity of patient care. Furthermore, financial reimbursement seems to be important for good cooperation. Family physicians and outpatient nursing services wished an extra payment for the cooperation.

### Conclusions

The stakeholders and those directly involved in care emphasize that cooperation and the mutual exchange of information in the treatment process represent an essential, care-relevant aspect, especially for special patient groups. However, financial reimbursement of cooperation, relevant for patient care remains to be determined.

### Keywords

cooperation; continuity; financial reimbursement; qualitative study

## Hintergrund

Eine Vernetzung mit anderen Leistungserbringer\*innen stärkt die hausärztliche Versorgung und kann gleichzeitig zu einer Entlastung sowie zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung beitragen [1, 2]. Insbesondere die Vernetzung zwischen Hausärzt\*innen und Pflegediensten spielt eine zunehmende Rolle in einer immer älter werdenden Gesellschaft. Neben medizinischen Fragestellungen rücken dabei auch soziale und rechtliche Fragestellungen in den Mittelpunkt der Behandlung [1]. So zeigt sich, dass vor allem bei der Betreuung multimorbider Patient\*innen die Kooperation zwischen Hausärzt\*innen und ambulanten Pflegediensten optimiert werden könnte [1, 3]. Eine Möglichkeit wird in strukturierten Fallbesprechungen gesehen, um einen transparenten Austausch zum jeweiligen Patient\*innenfall zu gewährleisten [4].

Derzeit werden vielfältige Forschungsprojekte vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert [5] (z.B. „Ahead“, „InDePendent“ oder „Comm4Care SAN“), die das Zusammenwirken von Hausärzt\*innen und Pflegefachkräften für bestimmte Patient\*innengruppen genauer betrachten und Lösungsansätze für eine Optimierung entwickeln soll. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass diese Projekte eher auf Aspekte der Substitution und Delegation fokussieren als auf die reine Kooperation [6]. Unter Kooperation zwischen verschiedenen Leistungserbringer\*innen wie z.B. Hausärzt\*innen und ambulanten Pflegediensten wird ein zweckgerichtetes Zusammenwirken verstanden, indem Maßnahmen bzw. Ressourcen für die Versorgung von Patient\*innen gebündelt werden, zum Beispiel in der Wundversorgung oder durch die Implementierung eines Case Managements [7].

Das Ziel der Studie war es die Einstellungen zur Kooperation, die Rolle des Informationsaustauschs sowie Überlegungen zur Finanzierung aus verschiedenen Perspektiven qualitativ zu erheben.

## Methoden

Es wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt und sich an der COREQ-Checkliste für qualitative Forschung orientiert [8].

## Rekrutierung

Über verschiedene Rekrutierungswege (u.a. eigene Kontakte) wurden im Zeitraum September 2020 bis April 2021 Interviewpartner\*innen telefonisch angesprochen. Nach positiver Rückmeldung wurde ihnen via E-Mail das Informationsschreiben sowie die Einwilligungserklärung geschickt. Folgende Einschlusskriterien gab es: Die Hausärzt\*in bzw. die Interviewteilnehmer\*in aus dem ambulanten Pflegedienst sollten Inhaber der Hausarztpraxis bzw. des ambulanten Pflegedienstes sein und diese Personen sollten über eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung verfügen. Voraussetzung für ein Interview mit den Interessenvertreter\*innen (Hausarztverband und Kassenärztliche Vereinigung (KV)) und Wohlfahrtsverbänden war ebenso eine fünfjährige Berufserfahrung sowie Leitungserfahrung.

## Leitfadenentwicklung

Der Leitfaden wurde auf Basis der eigenen Vorerfahrungen und der aktuellen Studienlage entwickelt. Folgende Leitfragen wurden dabei generiert:

- „Inwiefern betrachten Sie eine Kooperation als nützlich?“
- „Inwiefern betrachten Sie einen Informationsaustausch für eine Kooperation als zielführend?“
- „Welche Finanzierungsmodelle könnten Sie sich aus Ihrer Sicht für eine Kooperation vorstellen?“

## Datenerhebung

Zwischen September 2020 bis April 2021 erfolgte die Datenerhebung. Bis auf ein Gespräch wurden alle Interviews telefonisch durchgeführt. Eine weitergehende Anzahl von persönlichen Interviews konnte im Rahmen der Zeitspanne der Datenerhebung (September 2020 – April 2021) nicht realisiert werden, da wegen der Corona-Pandemie gravierende Einschränkungen im Praxisbetrieb herrschten. Die Qualität von persönlichen mit telefonischen Interviews werden in der Literatur als vergleichbar angesehen

[9]. Es erfolgte keine Aufwandsentschädigung.

## Datenauswertung

Die Interviews wurden transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet [10]. Neben der deduktiven Kategorienbildung anhand des Leitfadens wurden weitere induktive Kategorien während des Auswertungsprozesses gebildet. Die Transkripte wurden zunächst unabhängig voneinander von zwei Personen (JE – Gesundheitswissenschaftlerin und KG – Soziologin und Versorgungsforscherin) kodiert und in regelmäßigen Konsensrunden diskutiert, sodass ein einheitliches Kategoriensystem am Ende der Auswertung stand. Die für die qualitative Forschung relevanten Gütekriterien, wie z.B. die intersubjektive Nachvollziehbarkeit wurden berücksichtigt [11]. Es lag ein Votum der Ethik-Kommission der Universität zu Lübeck vor (Nr. 20–278). Alle Studienteilnehmenden willigten schriftlich zur Teilnahme ein.

## Ergebnisse

Insgesamt nahmen 39 Personen an den Interviews teil, 16 Hausärzt\*innen (HA), vier Interessensvertreter\*innen der Hausärzt\*innen (IV), 15 Leitungsverantwortliche von ambulanten Pflegediensten (PF) sowie vier Personen aus Wohlfahrtsverbänden ambulanter Pflegedienste (WFV) (siehe Tab. 1).

## Thematische Darstellung

Im Folgenden werden Äußerungen zu den Einstellungen zur Kooperation, zum Informationsaustausch sowie zur Finanzierbarkeit von Kooperation dargestellt. Tabelle 2 zeigt einen Überblick über die Hauptkategorien. Ankerbeispiele im Text dienen zur Veranschaulichung der Ergebnisse.

## Einstellungen zur Kooperation

Kooperation wurde von allen Beteiligten als relevant für die Patient\*innenversorgung eingeschätzt und spielte eine wichtige Rolle für die Kontinuität im Behandlungsverlauf. „Es geht gar nicht anders, ich kann keine Patienten versorgen, wenn ich nicht eine Kooperation mit dem Hausarzt habe, sie ist nötig, sie wird gebraucht [...] ohne ei-

Hausärzt*innen (n = 16)		
<b>Geschlecht</b>	weiblich	8
	männlich	8
<b>Alter</b>	Mittelwert (SD)	54 Jahre (9,2)
	Range	37–72 Jahre
<b>Berufsjahre</b>	Mittelwert (SD)	17,5 Jahre
	Range	6–36 Jahre
<b>Regionale Verteilung</b>	städtisch	7
	ländlich	9
Interessenvertreter Hausärzt*innen (n = 4)		
<b>Geschlecht</b>	weiblich	1
	männlich	3
<b>Alter</b>	Mittelwert (SD)	56,6 Jahre (4,2)
	Range	51–61 Jahre
<b>Berufsjahre</b>	Mittelwert (SD)	13 Jahre (9,6)
	Range	5–27 Jahre
<b>Regionale Verteilung</b>	städtisch	2
	ländlich	2
Leitungsverantwortliche ambulanter Pflegedienste (n = 15)		
<b>Geschlecht</b>	weiblich	10
	männlich	5
<b>Alter</b>	Mittelwert (SD)	48,3 Jahre (9,0)
	Range	31–60 Jahre
<b>Berufsjahre</b>	Mittelwert (SD)	12,8 Jahre (7,6)
	Range	5–30 Jahre
<b>Regionale Verteilung</b>	städtisch	12
	ländlich	3
Personen aus Wohlfahrtsverbänden ambulanter Pflegedienste (n = 4)		
<b>Geschlecht</b>	weiblich	3
	männlich	1
<b>Alter</b>	Mittelwert (SD)	58 Jahre (7,0)
	Range	49–66 Jahre
<b>Berufsjahre</b>	Mittelwert (SD)	19 Jahre (4,9)
	Range	13–25 Jahre
<b>Regionale Verteilung</b>	städtisch	3
	ländlich	1

SD = Standardabweichung

**Tabelle 1** Soziodemografische Daten der Interviewteilnehmenden (n = 39)

ne Kooperation ist eine Versorgung ambulant nicht möglich.“ (PF 5)

Insbesondere die Hausärzt\*innen betonten die Relevanz der Kooperation mit den ambulanten Pflegediensten.

„Ich bewerte die Kooperation sogar als unabdingbar, anders geht es nicht, wenn wir Patienten versorgen wollen.“ (HA 8).

Das Arbeiten im Team und damit das Ineinandergreifen der verschiede-

nen medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten wurde für die Behandlung von Patient\*innen als notwendig gesehen.

Eine weitere wichtige Rolle aus Sicht der Hausärzt\*innen spielte für die Behandlung der Patient\*innen die Fortführung der Behandlung durch die ambulanten Pflegedienste.

„Halte ich für gut, weil die häusliche Krankenpflege durchaus ein verlängerter Arm des Hausarztes ist.“ (HA 10)

Kooperation wurde auch als eine Entlastung für die eigene pflegerische Arbeit, z.B. wenn neue Verordnungen ausgestellt und Medikamente gebraucht werden, gesehen. Jedoch ließ sich die Kooperation nicht immer zufriedenstellend aus Sicht der Pflegedienste abbilden. Diese Diskrepanz spiegelte sich in folgender Äußerung wider.

„Ich bin der Arzt und ihr seid die Pflege im Verhältnis. Es ist eher so ein Delegieren als ein Miteinander.“ (PF 15)

Patient\*innenwohl und eine Arbeitserleichterung stellten aus Sicht der Interessensvertreter\*innen und Wohlfahrtsverbände wesentliche Gründe für Kooperation dar.

„Das halte ich für absolut notwendig, aus zwei Gründen, erstens zum Wohl der Patienten ist eine Absprache zwischen den verschiedenen Leistungserbringern sinnvoll und wichtig, im Zweiten geht es darum für beide Beteiligte eine Arbeitserleichterung ist, wenn man Wege hat, die strukturiert sind, um miteinander zu kommunizieren, um miteinander die Patienten zu besprechen, damit es keine Reibungsverluste gibt, damit das letztendlich schneller vonstatten geht.“ (IV1)

Die Wohlfahrtsverbände stützten die gegenseitige Vernetzung zwischen Hausärzt\*innen und ambulanten Pflegediensten. Die Wohlfahrtsverbände wiesen darauf hin, dass sie keinen Einfluss auf die praktische Umsetzung der Kooperation hätten, auf die Rahmenbedingungen sei aber eine gewisse gesetzliche und vertragliche Einflussnahme möglich.

### Informationsaustausch

Die Hausärzt\*innen sahen es für die Patient\*innenversorgung als wichtig an, dass ein kontinuierlicher Informationsaustausch zu dem jeweiligen Patient\*innen mit den ambulanten

Hauptkategorien	Definitionen	Unterkategorien
Einstellungen zur Kooperation	... umfasst die Einschätzung zur Relevanz von Kooperation	Relevanz Kooperation Teamansatz Rolle des Verbandes
Informationsaustausch	... umfasst den inhaltlichen Austausch von Informationen	Stellenwert Informationsaustausch Wunsch nach direkter Ansprechperson Vorteil von persönlichem Austausch Kommunikation über technische Wege
Finanzierbarkeit der Kooperation	... umfasst Möglichkeiten zur finanziellen Ausgestaltung der Kooperation	Klassische Finanzierung Vorstellungen zur Finanzierung

**Tabelle 2** Übersicht des Kategoriensystems

Pflegediensten erfolge. Entscheidend bei der Kommunikation mit den ambulanten Pflegediensten war dabei der Inhalt der Informationen.

„Der Informationsfluss ist von großer Bedeutung, das bedeutet, dass er nicht in der Quantität umfassend sein muss, sondern letztendlich dann doch die Qualität.“ (HA 1)

Auch für die ambulanten Pflegedienste war die Informationsweitergabe über den aktuellen Versorgungsstatus der Patient\*innen ein notwendiger Aspekt. Die ambulanten Pflegedienste wünschten sich einen konkreten Ansprechpartner für die Informationsweitergabe, weil dadurch vieles erleichtert werde und eine schnellere Kommunikation einen Austausch fördern würde. Sowohl die Hausärzt\*innen als auch die Leitungsverantwortlichen der ambulanten Pflegedienste präferierten als Kommunikationsweg den persönlichen Austausch. Die persönliche Kommunikation über Telefon oder auch durch das direkte Gespräch ermöglichte einen Austausch in kurzer Zeit zur Vorbereitung eines Hausbesuchs. Die Interviewten aus der ambulante Pflege betonten den persönlichen Austausch als geeignetste Kommunikation, aus Zeitmangel der Hausärzt\*in favorisierten diese jedoch den Kontakt über das Telefon. Zudem wurde der Einsatz von digitalen Kommunikationsmitteln erwähnt. Die Hausärzt\*innen sahen eine künftige digitale Verbin-

dung mit ambulanten Pflegediensten als sehr förderlich an, wenn ein datenschutzrechtlicher Rahmen dafür gegeben seien. Weiterhin wurde von ambulanten Pflegediensten der elektronische Austausch via Fax und digitale Zugriffsmöglichkeiten auf Arztbriefe oder Laborbefunde als sinnvoll empfunden.

### Finanzierbarkeit

Alle interviewten Gruppen identifizierten bereits vorhandene Möglichkeiten, um Kooperation angemessen zu finanzieren.

„Im Grunde haben wir alle Instrumente, wir brauchen keine neuen, wir sollten sie nur besser bezahlen.“ (HA 8)

„Wir machen das so Jahrzehnte lang, wieso sollte die Krankenkasse aus ihrer Sicht irgendetwas ändern?“ (IV)

„Über die Krankenkassen, SGB-V-er Leistungen.“ (PF 8)

Die Hausärzt\*innen und die ambulante Pflege äußerten den Wunsch nach einer aufwandsbezogenen Vergütung für eine Kooperation, welches sich auch in den Meinungen der Wohlfahrtsverbände widerspiegelte.

„Wenn die Kooperation extra budgetiert wird, würde ich es begrüßen. Bisher leisten wir das im Rahmen einer Pauschale.“ (HA 16)

„Der ständige Informationsaustausch mit dem Hausarzt wird nicht vergütet, da müsste irgendein Modell noch dazwischen produziert werden damit man das irgendwie noch abrechnen kann.“ (PF 14)

Des Weiteren forderten die Hausärzt\*innen eine Vergütung für den Kommunikationsaufwand mit der ambulanten Pflege, wenn er z.B. dazu führe, den Hausbesuch zu vermeiden. In dieser Zeit könnte der Arzt anders tätig sein, sodass es auch aus wirtschaftlichen Gründen sinnvoll sei, Kooperation zu fördern. Die Wohlfahrtsverbände forderten eine höhere Transparenz für die erbrachte Leistung. Der Kommunikationsaufwand für die ambulante Pflege im Rahmen der Kooperation müsste offengelegt werden, Durchschnittswerte sollten vorliegen.

„Es muss klarer nachgewiesen werden, wie hoch ist denn der Kommunikationsaufwand; das müsste im Rahmen der Leistungserbringung durchschnittlich bewertet werden.“ (WFV4)

Die Hausärzt\*innen wünschten sich eine zweite Hausbesuchsziffer für die Kommunikation/den Informationsaustausch mit der ambulanten Pflege bei komplexen Hausbesuchen.

Die ambulanten Pflegedienste stellten sich ebenso einen höheren Vergütungssatz über die Krankenkasse vor, der letztlich dazu führen könnte, dass die Patient\*innen zur Versorgung länger zuhause bleiben könnten. Die Interessenvertreter\*innen sahen durch die Kooperation keine finanziellen Vorteile für die hausärztlichen Honorare, sondern sahen es als eine Umschichtung im System an.

### Diskussion

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass sowohl Kooperation als auch der Informationsaustausch einen hohen Stellenwert für die Versorgung von Patient\*innen aus Perspektive der verschiedenen Beteiligten besitzt. Aus Sicht der Hausärzt\*innen stellt das kooperative Miteinander ein wichtiges Kriterium für eine optimale Patient\*innenversorgung dar. Dies konnte bereits in anderen Studien dargelegt werden [2, 3]. Offen bleibt dabei, wie dieser Anspruch realitätsbezogen umgesetzt werden könnte.

Alle an der Versorgung Beteiligten betonten die Notwendigkeit eines Informationsaustausches über die Patient\*innen. Dabei bestand der Wunsch nach einer festen Ansprechpartner\*in. Insbesondere die Behandlung von multimorbiden Patient\*in-

nen erfordert eine kontinuierliche Betreuung unterstützt durch konkrete Ansprechpartner [1]. Zudem konnte aufgezeigt werden, dass eine klare und regelmäßige Kommunikation, Wertschätzung und Teamarbeit die Kooperation zwischen verschiedenen an der Versorgung Beteiligten unterstützt [1, 12]. Dies trägt wiederum auch zu einer Steigerung der eigenen beruflichen Zufriedenheit bei [13]. Insbesondere bei der vorliegenden Studie wird deutlich, dass die ambulanten Pflegedienste sich eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe wünschen, diese Ergebnisse stehen im Einklang zu einer australischen Studie, in der der Aspekt eines Minderwertigkeitsgefühls des Pflegepersonals in der Zusammenarbeit mit Hausärzt\*innen aufgeführt wurde [14]. Kooperation auf Augenhöhe ist vor allem für bestimmte Patient\*innengruppen wichtig [15]. Aus den Einstellungen zur Kooperation geht hervor, dass die von der Pflege durchgeführten Leistungen von den Hausärzt\*innen anerkannt werden, denn sie sehen die Pflege als ihre Fortsetzung der hausärztlichen Aufgaben an. Zudem hat der Entlastungsgedanke durch Kooperation sowohl bei den Interessenvertreter\*innen der Hausärzt\*innen als auch bei den Pflegediensten für ihre jeweilige Berufsgruppe eine hohe Bedeutsamkeit. Die Koordination im Kontext des Aufgabengebietes der Hausärzt\*innen nimmt einen immer größeren Umfang ein [16], vor diesem Hintergrund ist eine Kommunikation mit Pflegediensten unerlässlich, um die Versorgungsbedarfe im ambulanten Bereich adäquat zu decken. Der Entlastungsgedanke durch Kooperation erscheint durchaus sinnvoll, da eine optimale Ausnutzung der Ressourcen z.B. durch ein Ineinandergreifen der Behandlungsprozesse mit der Folge von Zeitersparnis sein könnte. Die Gewährleistung einer kontinuierlichen, ambulanten Patient\*innenversorgung erfordert eine enge Zusammenarbeit verschiedener Beteiligten [17]. Zudem spielt der Aspekt der Finanzierung für die Beteiligten eine wichtige Rolle. Eine auf Dauer angelegte Finanzierung könnte für eine Sicherstellung der Versorgung bedeutend sein [12]. Das qualitative Design

der Studie als Hypothesen generierendes Verfahren erlaubte einen tiefer gehenden Einblick in die Erlebniswelt der verschiedenen interviewten Berufsgruppen. Die vorliegende Studie basierte auf der freiwilligen Teilnahme, wodurch ein gewisser Selektions-Bias nicht auszuschließen ist.

### Schlussfolgerungen

Sowohl die Interessensvertreter als auch die direkt an der Versorgung Beteiligten betonen, dass die Kooperation im Behandlungsprozess einen wesentlichen, versorgungsrelevanten Aspekt darstellt. Zudem wird der gegenseitige Informationsaustausch, ob analog oder digital, als relevanter Be-



#### Prof. Dr. Katja Götz ...

... ist seit Oktober 2015 wissenschaftliche Koordinatorin und seit August 2020 Professorin für Versorgungsforschung in der Primärversorgung am Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. Ihre Arbeitsschwerpunkte umfassen die Themenfelder Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in medizinischen Kontexten und deren Einflüsse auf die Versorgungsqualität sowie die Evaluation neuer Versorgungsmodelle.

Foto: Dr. Kristina Flägel

standteil für die Versorgung von Patient\*innen bzw. speziellen Patient\*innengruppen angesehen. Dabei könnten vor allem Hausärzt\*innen im Hinblick auf die Reduzierung ihrer Arbeitslast von einer „gelebten“ Kooperation mit vor Ort ansässigen ambulanten Pflegediensten profitieren. Die Frage der Finanzierung ist nach wie vor ein nicht zu unterschätzender Faktor und sollte möglichst Bestandteil von weiterführenden Studien sowie gesundheitspolitischen Diskussionen sein.

**Danksagung:** Herzlich danken möchten wir allen Studienteilnehmer\*innen für ihre Unterstützung.

#### Interessenkonflikte:

Keine angegeben.

#### Literatur

1. Stumm J, Peter L, Sonntag U, Kämpel L, Heintze C. Nichtmedizinische Aspekte der Versorgung multimorbider Patient\*innen in der Hausarztpraxis. Welche Unterstützung und Kooperationen werden gewünscht? Fokusgruppen mit Berliner Hausärzt\*innen. Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen 2020; 9: 66–73
2. Schaeffer D, Hämel K, Ewers M. Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim: Beltz Juventa, 2015
3. Stumm J, Thierbach C, Peter L, et al. Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners – a qualitative study. BMC Fam Pract 2019; 20: 160
4. Nieuwboer M, van der Sande R, Maassen I, Rikkert M, Perry M, van der Marck M. Communication between Dutch community nurses and general practitioners lacks structure: An explorative mixed methods study. Eur J Gen Pract 2020; 26: 86–94
5. [www.https://innovationsfonds.g-ba.de](https://innovationsfonds.g-ba.de) (letzter Zugriff am 28.01.2022)
6. Gröber-Grätz D, Mahler C, Vogel I, et al. Erfahrungen, Einstellungen und Potenziale in der interprofessionellen Kooperation und Kommunikation zwischen Hausärzten und ambulanten Pflegediensten – eine qualitative Studie. Kongressabstrakt DKVF 2013: [www.https://www.egms.de/static/de/meetings/dkfv2013/13dkvf284.shtml](https://www.egms.de/static/de/meetings/dkfv2013/13dkvf284.shtml) (letzter Zugriff am 28.01.2022)
7. Van den Bussche H. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. Bundesgesundheitsbl 2019; 62: 1129–1137
8. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 2007; 19: 349–357
9. Struges J, Hanrahan K. Comparing telephone and face to face qualitative interviewing: a research note. Qual Res 2004; 4: 107–118
10. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa, 2015
11. Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch, 13. Aufl.

- Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2007: 319–331
12. Southby K, Gamsu M. Factors affecting general practice collaboration with voluntary and community sector organisations. *Health Soc Care Community* 2018; 26: e360–e369
  13. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. Understanding collaboration in general practice: A qualitative study. *Fam Pract* 2017; 34: 621–626
  14. McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. A qualitative study of collaboration in general practice: Understanding the general practice nurse's role. *J Clin Nurs* 2016; 26: 1960–1968
  15. Van den Bussche H, Jahncke-Lattek Ä-D, Ernst A, Tetzlaff B, Wiese B, Schramm U. Zufriedene Hausärzte und kritische Pflegenden – Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung zuhause lebender Menschen mit Demenz. *Gesundheitswesen* 2013; 75: 328–333
  16. Wangler J, Jansky M. Welches Präventionspotenzial bietet die hausärztliche Praxis aus Sicht pflegender Angehöriger? – Befunde einer qualitativen Interviewstudie. *Wien Med Wochenschr* 2021: <http://doi.org/10.1007/s10354-021-00880-4> (letzter Zugriff am 28.01.2022)
  17. Wille E, Schrappe M, Gerlach F, et al. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten Kurzfassung 2009. [www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf) (letzter Zugriff am 28.01.2022)

**Korrespondenzadresse**

**Prof. Dr. Katja Götz**  
**Institut für Allgemeinmedizin**  
**Universitätsklinikum Schleswig-Holstein**  
**Campus Lübeck**  
**Ratzeburger Allee 160, Haus V50.1**  
**23562 Lübeck**  
**katja.goetz@uni-luebeck.de**

## 47. GHA-Symposium

„Auf zu neuen Ufern!“

### Entwicklungen des Faches Allgemeinmedizin in der Lehre

gemeinsam mit dem Seminar Lehre und Didaktik

Termin: 24. bis 26. Juni 2022  
Veranstaltungsort: Würzburg

Es geht in unserem diesjährigen Symposium vor allem um die Wissenschaftlichkeit in der allgemeinmedizinischen Ausbildung, die digitale Lehre im Studium sowie um innovative Themenfelder im Rahmen der neuen Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO).

Als Referent\*innen haben u.a. zugesagt:

**Prof. Dr. med. Christoph Heintze MPH**, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin, Charité, Universitätsmedizin Berlin; **Univ.-Prof. Dr. med. Ildikó Gágyor**, Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin, Julian-Maximilians-Universität Würzburg; **Univ.-Prof. Dr. med. Sarah König MME** (Deutschland), Institutsleiterin für Medizinische Lehre und Ausbildungsforschung, Julius-Maximilians-Universität Würzburg; **Prof. Dr. sc. hum. Cornelia Mahler M.A. RN**, Direktorin der Abteilung Pflegewissenschaft, Eberhard-Karls-Universität Tübingen; **Prof. Dr. med. Christiane Muth MPH**, Leiterin Institut für Allgemein- und Familienmedizin, Universität Bielefeld; **Katharina Freitag, Mareike Krause und Elisabeth Schröder**, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), Berlin. Außerdem gibt es Beiträge von erfahrenen ärztlichen Lehrenden sowie Nachwuchs-Lehrenden aus dem akademischen Mittelbau.

Im Seminar Lehre und Didaktik am Samstagvormittag werden folgende **Workshops durch das Würzburger Team von Frau Prof. Anne Simmenroth** der Allgemeinmedizin vorbereitet:

- „Vielfalt im Blockpraktikum“
  - Epikrise über einen geriatrischen Hausbesuchspatienten nach dem „Würzburger SOAP-Schema“;
  - Kurzintervention mit einem rauchenden Patienten im Rahmen des DMP oder der GU
  - „Würzburger Casetrainer“: Studentische Aufarbeitung von elektronischen Patientenfällen aus dem Blockpraktikum
  - Lernziele und Benotung – wie können wir valider und präziser werden?
- „Blended Learning im Q-Fach Prävention“ – Motivierende Beratung bei Nikotinkonsum oder riskantem Alkoholkonsum
- „Klima und Gesundheit“

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme, interessante Beiträge und engagierte Diskussionen.

Programm (ab Mitte April), Anmeldung und Hotelbuchung (ab sofort) unter [www.gha-info.de](http://www.gha-info.de)

