

Evaluation des Vorarlberger Modellprojekts „Ärztliche Koordination“ 2014/2015

Stand: Dezember 2015

FH VORARLBERG
University of Applied Sciences
Forschungsbereich Sozial- und Wirtschaftswissenschaften
CAMPUS V, Hochschulstr. 1
A-6850 Dornbirn

Prof. (FH) Priv.Doz. Dr. Frederic Fredersdorf (Leitung)
frederic.fredersdorf@fhv.at

Daniela Lorünser, MA (wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Mag. Sarah Moser (wissenschaftliche Mitarbeiterin)

Ein Projekt der Fachhochschule Vorarlberg in Kooperation mit dem Landeskrankenhaus Rankweil,
Prim. i.R. Prof. Dr. Gebhard Mathis, gefördert durch das Land Vorarlberg, Abt. IVa und IVb.

Danksagung

Für das erfolgreiche Zustandekommen und die Umsetzung des Projekts „Ärztliche Koordination“ haben sich im gesellschaftlichen Umfeld Menschen und Organisationen umfassend eingesetzt, denen darum ein besonderer Dank ausgesprochen wird. Zu danken ist ...

- den Stationsleitungen der drei Versuchsheime für ihr Mitwirken im Projekt. Senecura Bludenz: Pflegedienstleiter Daniel Siegl MSc, Klosterreben Rankweil: Pflegeleiterin DGKS Monika Sonnweber, Höchsterstraße Dornbirn: Pflegeleiterin DKS Andrea Winder,
- den im Projekten tätigen Ärzten für ihre engagierten koordinativen Tätigkeiten: Dr. Harald Schlocker, Dr. Andreas Perle, Dr. Siegfried Hartmann, Univ.Prof. Dr. Gebhard Mathis,
- den Stationsleitungen der Vergleichsheime - und allen mit ihnen im Projekt zusammenarbeitenden Kolleginnen und Kollegen - für ihr Mitwirken im Projekt. Haus Schillerstraße Feldkirch: Haus- und Pflegedienstleitung DGKS Regina Sintinger, Alten - Wohn und Pflegeheim der Kreuzschwestern GmbH: Pflegedienstleitung DGKS Gabriele Fellner, Sozialdienste Lustenau GmbH: Pflegedienstleitung Bettina Waibel MSC, Sozialzentrum Weidach: DGKP Dorin Limbean,
- den Heimleitungen der obengenannten Versuchs- und Vergleichsheime für ihre Bewilligung, am Projekt teilzunehmen,
- den weiteren Interview- und Gesprächspartnerinnen und -partnern für ihre Teilnahme an zwei Fokusgruppen und mehreren Einzelinterviews,
- der Abt. Gesundheit im Amt der Vorarlberger Landesregierung für die Förderung der Projektmittel: LR Dr. Christian Bernhard,
- der Abt. Gesellschaft und Soziales im Amt der Vorarlberger Landesregierung für die Förderung der Evaluationsmittel: vormals LR Dr. Greti Schmid,
- dem Österreichischen Roten Kreuz Vorarlberg für die kompetente und rasche Übermittlung von Daten über vergangene Rettungseinsätze aus Versuchs- und Vergleichsheimen: Direktor Roland Gozzi, Leiter der Rettungs- und Feuerwehrleitstelle Siegfried Marxgut,
- dem Rektor und dem Geschäftsführer der Fachhochschule Vorarlberg für die Bewilligung der Evaluation: Dr. Oskar Müller, Mag. Stefan Fitz-Rankl,
- dem Kollegen Studiengangsleiter Soziale Arbeit an der Fachhochschule Vorarlberg für die fachliche Kooperation: Dr. Michael Himmer,
- meinen Assistentinnen für ihre Mitwirkung bei der Literaturrecherche, Interviewführung und Moderation einer Fokusgruppe: Mag. Sarah Moser, Daniela Lorünser, MA.

Frederic Fredersdorf im November 2015

Gliederung

1. Management Summary	4
2. Einleitung	6
3. Methodische Grundlagen	6
4. Ergebnisse	
4.1 Literaturanalyse	7
4.2 Fokusgruppen	9
4.3 Interviews mit Expertinnen und Experten	13
4.3.1 Argumente für die Einrichtung einer ärztlichen Koordination	13
4.3.2 Argumente gegen die Einrichtung einer ärztlichen Koordination	17
4.3.3 Bewertungen zum Sachstand des Projekts	18
4.3.4 Bewertungen einer landesweiten Übertragbarkeit des Projekts	19
4.3.5 Weitere Anmerkungen	22
4.4 Kennzahlenanalyse	25
4.4.1 Kennzahlen der Heime	
4.4.1.1 Unterschiede zwischen Versuchs- und Vergleichsheimen bei patientenbezogenen Kennzahlen	26
4.4.1.2 Unterschiede zwischen Versuchs- und Vergleichsheimen bei Notfallmedikamenten	32
4.4.1.3 Kommunikationskennzahlen der Versuchsheime	34
4.4.2 Kennzahlen des Österreichischen Roten Kreuzes	34
5. Fazit	40
6. Anhang: Interviewleitfaden	42

1. Management Summary

Literaturanalyse

34 internationale Studien (teilweise aus nationalen oder länderspezifischen Großprojekten) verweisen durchwegs auf konstruktive Effekte einer ärztlichen Koordination in Einrichtungen der stationären Altenpflege. Der entsprechende Bericht liegt den Projektbeteiligten und Auftraggebenden gesondert vor (Datei: „ÄKo-Literaturanalyse 2014.pdf“).

Die Effekte beziehen sich auf immaterielle wie materielle Aspekte. Immateriell: Gesteigerte Lebensqualität der Bewohner/innen; zufriedener Angehörige und Mitarbeiter/innen, verbesserte interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation zwischen professionellen Helfern, Qualitätsverbesserungen in den organisationalen Prozessen. Materiell: Verringerte Notfahrten zwischen Heimen und Krankenhäusern und damit insgesamt sinkende Gesundheitskosten.

Fokusgruppen

Beteiligte Expertinnen und Experten aus Pflege und Medizin erkannten Chancen und Risiken einer ärztlichen Koordination für Vorarlberg. Vertretungen der Versuchsheime berichteten über Erfahrungen, die sie mit dem Modellprojekt gewonnen haben. Chancen werden in Aspekten gesehen, wie sie teilweise auch internationale Studien belegen: Struktureinführung für die Palliativarbeit, optimierte Koordination zwischen Pflege und Ärzten, hilfreiche Notfallpläne, Qualitätsverbesserung, Kostensenkung. Risiken werden in folgenden Aspekten gesehen: Unklarheit bezüglich der Ausbildung, Kompetenz und Finanzierung eines ärztlichen Koordinators, höhere Dokumentationsverpflichtung. Im Fall einer landesweiten Übertragung des Projekts fehlende Vorab-Analyse von Heimen, um zu erkunden, wo Koordination mit Ärzten eher gut bzw. eher schlecht funktioniert – es besteht die Gefahr, konstruktive bestehende Strukturen und Prozesse zu irritieren.

Pflegekräfte und Ärzte der Versuchsheime berichten durchweg über positive Effekte der ärztlichen Koordination. Einige Pflegekräfte der Vergleichsheime berichten über einen positiven Vorbildeffekt für ihre Einrichtung allein deshalb, weil sie an Diskussionen im Modellprojekt beteiligt sind.

Interviews mit Expertinnen und Experten

Für und wider die Einrichtung einer ärztlichen Koordination brachten die interviewten Pflegekräfte und Ärzte anhand ihrer gemachten Erfahrung Argumente ein, wie sie bereits im Kontext der Fokusgruppe genannt wurden. Pro: Bessere Abstimmung zwischen Pflegekräften und Ärzten, positiver Domino-Effekt in der ärztlichen Versorgung, verbesserte medikamentöse Versorgung (auch zu Randzeiten), verbessertes Dokumentationswesen, verlässlichere Visiten, Entlastung der Pflege, Bewusstseinsbildung für Palliativarbeit bei Angehörigen, ganzheitliche Betreuung der Bewohner/innen, systematische Umsetzung von Patientenverfügungen, Zunahme ärztlicher Fachkompetenz. Kontra: Hausärzte könnten das Modell ablehnen. Es sei nicht finanzierbar. In einigen Heimen bestünde bereits eine gute ärztliche Versorgung, weswegen keine zusätzliche Koordination benötigt würde. Auf Ärzte käme ein zusätzlicher Zeitaufwand zu. Einrichtungen könnten eventuell keine ärztliche Koordination zum Mitwirken motivieren. Unkompatible ärztliche Meinungen würden eventuell Konflikte zwischen der Koordination und niedergelassenen Ärzten hervorrufen.

Den Sachstand des Projekts bewerten Pflegekräfte und Ärzte der Versuchsheime positiv – VertreterInnen der Vergleichsheime äußerten sich hierzu nicht, da sie keinen weiteren Einblick in das Projekt hatten. Aus Sicht der Versuchsheime laufe das Projekt im großen und ganzen gut und habe seine Ziele erreicht. Die externe Evaluation wird positiv bewertet.

Im Fall einer landesweiten Übertragung des Projekts sei die Akzeptanz der Ärzte notwendige Voraussetzung. Die Finanzierung müsse gesichert, Organisationsstrukturen müssten geklärt sein. Im Fall der Durchführung benötige das Projekt einen landesweiten „Kümmerer“. Die ärztliche Koordination sei vor allem für Heime gut, in denen die Versorgung eher *nicht* funktioniert.

Kennzahlenanalyse

Gemäß Zeitreihenanalysen der heiminternen Kennzahlen zur **Palliativpflege** (vgl. Kap. 4.4.1.1, Tab. 5 bis 10) weisen die drei Versuchsheime aus Bludenz, Rankweil und Dornbirn, insgesamt gesehen, stärkere Entwicklungen über den Zeitraum von zwölf Monaten vor als die drei Vergleichsheime aus Feldkirch und Lustenau. Das bedeutet zweierlei: Im Projektverlauf haben sich die Kennwerte zur Palliativ-

pflege innerhalb der Versuchsheime erhöht, was mit der Wirkung der ärztlichen Koordination erklärt werden kann. Unter den Vergleichsheimen hatte teilweise bereits ein hoher bis sehr hoher Standard vorgeherrscht, was dazu führt, dass in Zeitreihen Autokorrelationen, d.h. periodische Unterschiede, nur geringfügig vorliegen.

Korrelative Analysen belegen signifikante Heimunterschiede bei der Palliativpflege (vgl. Kap. 4.4.1.1, Tab. 4), die sich jedoch je nach Kennzahl nicht stringent auf Unterschiede zwischen Versuchs- und Vergleichsheime beziehen. In Relation zur Heimgröße (gemessen an der Bettenzahl) sind manche Aspekte in Versuchs- wie Vergleichsheimen ähnlich hoch (richtlinienkonforme Bedarfsmedikationen) bzw. ähnlich niedrig ausgeprägt (verbindliche Patientenverfügungen). Bei drei Aspekten nimmt sogar ein Vergleichsheim mit signifikantem Abstand den höchsten Rangplatz ein (Lustenau Schützengarten bei den relational vorliegenden Notfallplänen und dem dokumentierten mutmaßlichen Willen / Feldkirch Antoniushaus bei den beachtlichen Patientenverfügungen).

Die vorliegenden Korrelationsanalysen zwischen Versuchs- und Vergleichsheimen sind durch zwei Einrichtungen entgegen der Forschungshypothese verzerrt, was die nicht eindeutigen Ergebnisse erklärt: Erstens fällt eine positive Verzerrung im Haus Schützengarten Lustenau auf, zweitens eine negative im Haus Höchsterstraße Dornbirn. Qualitative Interviewdaten zeigen, dass der erste Effekt auf eine inzwischen mehrjährige Organisationsentwicklung der Einrichtung zurückzuführen sein kann und der zweite auf eine gravierende längerfristige Erkrankung des ärztlichen Koordinators zu Beginn der Projektlaufzeit.

Letztlich verweisen die Zeitreihen- und Korrelationsanalysen darauf, dass in Vorarlbergs Einrichtungen der Altenpflege mit unterschiedlichen Ist-Standards bei der Palliativpflege zu rechnen ist. Unabhängig davon kann ärztliche Koordination dazu beitragen, diese in jenen Heimen zu steigern, bei denen das Thema bis dato eher randständig bearbeitet wird.

Gemäß Korrelationsanalysen der heiminternen erhobenen Kennzahlen zur **Vorratshaltung an Notfallmedikamenten** für die letzte Lebensphase existieren ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Versuchs- und Vergleichsheimen (vgl. Kap. 4.1.1.2, Tab 11). In Relation zur Anzahl Verstorbener – was im Rahmen dieser Studie als Indiz für eine prospektive bedarfsgerechte Vorratshaltung nominal definiert ist – liegt das Heim Klosterreben in Rankweil bei vier von fünf dokumentierten Medikamenten mit signifikantem Unterschied an erster Rangposition. Weiterhin zeigen sich zwei wesentliche Aspekte: Erstens nimmt die Bevorratung von Morphin den wesentlichen Stellenwert ein, verglichen mit den vier übrigen Medikamenten. Zweitens (und mit Ausnahme des Hauses Klosterreben/Rankweil) werden die Notfallmedikamente Robinul, Midazolam und Haldol nicht bevorratet.

Wie ein/e Interviewpartner/in eines Vergleichsheims in diesem Kontext zu bedenken gab, würden bei ihnen Notfallmedikamente durch den bereits bestehenden guten Kontakt zu den Hausärzten rasch verschrieben und verabreicht. Eine umfassende Bevorratung sei aus diesem und auch aus rechtlichen Gründen mit Ausnahme der Wochenenden und Feiertage nicht notwendig.

Gemäß der Kennzahlen zu **kommunikationsspezifischen Aspekten** setzten die Versuchsheime im Projektzeitraum unterschiedliche Schwerpunkte: Während in Bludenz eine breitere Verteilung der Gespräche auf verschiedenen Kommunikationsebenen zu erkennen ist, agierte das Dornbirner Heim vorwiegend mit Gesprächen auf der Ebene der Pflegedienstleitung (ein Extremwert an interdisziplinären Fallbesprechungen nicht berücksichtigt) und das Rankweiler Heim vorwiegend mit Gesprächen auf der Ebene der Stationspflege.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht sind die Kennzahlenanalysen zu den **Rettungseinsätzen** in den Versuchs- und Vergleichsheimen bedeutsam. Hier zeigt sich, dass Versuchsheime die Zahl der Rettungsnotfalleinsätze wie auch der Krankentransporte im Untersuchungszeitraum *senken* konnten, verglichen mit dem Vorjahreszeitraum (vgl. Kap. 4.4.2, Tab. 13 und 14). Dies gilt einerseits in Summe der drei Heime und andererseits anhand der absoluten wie der relationalen, an die Heimgröße angepassten, Werte. Demgegenüber *stiegen* bei den Vergleichsheimen (in Summe aller sieben Heime) absolut wie relational zur Heimgröße die Zahl der Rettungsnotfalleinsätze wie auch der Krankentransporte im Untersuchungszeitraum, verglichen mit dem Vorjahreszeitraum.

In geldwerten Einheiten ausgedrückt, reduzierten sich bei den drei Versuchsheimen im Projektjahr, verglichen mit dem Vorjahreszeitraum, die absoluten Kosten der Rettungseinsätze um 17.748 Euro (im Mittel um 5.916 € pro Heim), während sie bei den drei ursprünglichen drei Vergleichsheimen um 10.277 € (im Mittel um 3.426 € pro Heim) und bei drei weiteren Vergleichsheimen um 32.216 € (im Mittel um 10.739 € pro Heim) stiegen.

2. Einleitung

Gemäß seines Angebots an das Land Vorarlberg vom Februar 2014 realisierte der Forschungsbereich Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (FB SoWi) zwischen Juli 2014 und Oktober 2015 die Evaluation zum Modellprojekt „Ärztliche Koordination in Pflegeheimen“. Grundlage hierfür bildet das gleichnamige Projektpapier des Landes Vorarlberg, als dessen Ansprech- und Kooperationspartner Primar Prof. Dr. Gebhard Mathis fungiert. Hieraus ergaben sich für den Forschungsauftrag folgende Teilziele:

1. **Recherche:** Vorliegende Daten und Studienergebnisse zum Thema aufarbeiten und für eine **Theoriebildung** den Nutzen der ärztlichen Koordination auf Basis dieser Studien darstellen.
2. **Quantitative Evaluation mit Kontrollgruppen:** Vorarlberger Pflegeeinrichtungen mit und ohne ärztliche Koordination werden in Bezug auf quantitative Daten miteinander verglichen, wie sie das Projektpapier des Landes Vorarlberg darstellt (Anzahl der Bewohner mit Bedarfsmedikation, Notfall-, Krisenplan, Patientenverfügung, Anzahl der Einsätze von Notärzten, der Krankentransporte, der interdisziplinären Fallbesprechungen, der Notfallmedikamente vor Ort). Signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen werden erarbeitet. Als Versuchsheime wirkten mit: Senecura Laurentiuspark Bludenz, Haus Klosterreben Rankweil, Pflegeheim Höchsterstraße Dornbirn. Als Vergleichsheime wirkten mit: Sozialzentrum Weidach Bregenz, Haus Schützengarten Lustenau, Haus Schillerstraße und Antoniushaus Feldkirch. **Opportunitätskosten:** Der quantitative Vergleich vor allem betriebswirtschaftlicher Kennzahlen bildet die Grundlage dafür, plausibel abzuleiten, inwiefern sich durch den Einsatz ärztlicher Koordination Kostenersparnisse ergeben oder nicht.
3. **Formative Evaluation – 1:** Vorarlberger Gesundheitsexpertinnen und -experten aus relevanten Sektoren (Krankenhaus, Pflegeeinrichtungen, Landesverwaltung, Geschäftsleitungen, Angehörige u.a.) entwickeln Grundlagen für die Umsetzung eines Pilotprojekts „Ärztlicher Koordinator in Pflegeheimen“ (interdisziplinäre Gruppengespräche von Pflegenden) und beschreiben dessen weiterführendes Potential. Die Diskussion zielt darauf ab, über die Evaluationsinhalte zu informieren, ein gemeinsames Verständnis der ärztlichen Koordination zwischen Pflege und Ärzteschaft sowie zwischen Versuchs- und Vergleichsheimen herzustellen, zur Beteiligung zu motivieren und offene Fragen zu beantworten.
4. **Formative Evaluation – 2:** Vorarlberger Ärztinnen/Ärzte und Pflegeleitungen, -kräfte schätzen den Nutzen des Projekts „Ärztlicher Koordinator in Pflegeheimen“ in dessen Verlauf ein und beschreiben dessen weiterführendes Potential.

3. Methodische Grundlagen

Das Forschungsdesign ist gemäß der Reihenfolge obenstehender Projektziele modular aufgebaut, wobei es einen Multi-Method-Ansatz mit qualitativen und quantitativen Elementen verfolgt:

Literaturrecherche: In facheinschlägigen Literaturdatenbanken wurden empirisch fundierte Studien zum Thema aus den letzten zehn Jahren recherchiert, gesichtet und nach Relevanz per Fernleihe bestellt. **Theoriebildung:** Zentrale Ergebnisse der als relevant identifizierten Literatur wurden qualitativ zusammengefasst. Im Zwischenbericht „ÄKo - Literaturanalyse 2014.pdf“ führte die Zusammenfassung zu einem idealtypischen Good-Practice-Modell ärztlicher Koordination in Pflegeheimen. Der Bericht liegt den Mitwirkenden und dem Land Vorarlberg vor. Dieser Endbericht präsentiert daraus zentrale Ergebnisse.

Quantitative Datenanalyse: Kenndaten aus Vorarlberger Pflegeeinrichtungen mit und ohne ärztlicher Koordination wurden standardisiert erhoben und verglichen: drei Einrichtungen aus der Versuchsgruppe und drei aus der Vergleichsgruppe. Der FB SoWi analysiert, ob sich signifikante Unterschiede zwischen ihnen ergeben. Vergleichszeitraum sind für die Versuchsgruppe die Wochen vom 01.09.2014 bis zum 30.09.2015 und (aufgrund länger wählender Akquise) für die Vergleichsgruppe die Wochen vom 01.10.2014 bis zum 30.09.2015. Die beteiligten Einrichtungen übermittelten ihre Daten an die FHV in Form einer SPSS-fähigen Excel-Datei gemäß einer vorab von der FHV kommunizierten Maske.

Formative Evaluation – 1: Ein interdisziplinär zusammengesetzter Kreis Vorarlberger Gesundheitsexpertinnen und -experten trat im Rahmen eines Prä-Post-Designs zwei Mal in leicht wechselnder Besetzung zusammen:

Eingangs der Umsetzung diskutieren die Expertinnen und Experten im Rahmen einer zweistündigen Sitzung an der FH Vorarlberg (FHV) Pro und Kontra, Chancen und Risiken einer ärztlichen Koordination in Pflegeheimen. Ihre Diskussion führt zu Erkenntnissen, die für die Umsetzung relevant waren. Die Diskussion wurde zum Zweck der qualitativen Auswertung per Video aufgezeichnet, womit sich die Beteiligten vorab einverstanden erklärten. Der FB SoWi nutzte die Aufzeichnung ausschließlich zur qualitativen Inhaltsanalyse und archivierte sie in einem passwortgeschützten EDV-Bereich. Er wertete die Diskussion qualitativ aus und fertigte hierüber einen internen Bericht für die Projektbeteiligten an. Der Bericht zielte darauf ab, die Ergebnisse der Diskussion für alle Beteiligten nachhaltig sichtbar zu machen und sie zur weiteren Umsetzung zu motivieren.

Nachdem etwa drei Viertel der Pilotphase umgesetzt worden waren, traf sich die Fokusgruppe erneut unter denselben Bedingungen. Der FB SoWi legte als Diskussionsgrundlage zentrale Ergebnisse der qualitativen Interviews vor (siehe unten); die Beteiligten diskutierten bisherige Erfahrungen mit der Umsetzung der ärztlichen Koordination.

Formative Evaluation – 2: Über den Projektverlauf hinweg interviewte der FB SoWi 16 Personen der Interventions- und Kontrollgruppe aus folgenden Bereichen: ärztliche Koordinatoren, Hausärzte ohne Heimverantwortung, Pflegeleitungen aus der Interventions- und der Vergleichsgruppe, Pfleger/innen aus der Vergleichsgruppe. Die themenzentrierten Interviews wurden zwischen März und Juni 2015 geführt und für die zweite Fokusgruppe ausgewertet. Die Gespräche liefern Hinweise über die Projektbewertung im zeitlichen Verlauf.

4. Ergebnisse

4.1 Literaturanalyse

In fach einschlägigen Literaturdatenbanken und bei Fachverlagen recherchierte der FB SoWi deutsch- und englischsprachige Literatur zum Thema ab dem Jahr 2000. Zutreffende Literatur wurde gesichtet und per Fernleihe bestellt. Hierzu wendeten wir ein zehnstufiges Verfahren an:

1. Datenbanken festlegen, in denen recherchiert wird (Verlage: Huber, Thieme, ProCare, Wiener Medizinische Wochenzeitschrift / Datenbanken: CINAHL, Medline, PsycInfo, Psycdex).
2. Stichworte definieren, nach denen recherchiert wird (in englischer Sprache: [nursing homes] AND [nursing home physician OR nursing home doctor OR geriatrics OR gerontologic care OR primary health care] AND [cooperation OR coordination] / in deutscher Sprache: [Pflegeheim ODER Altenheim] UND [ärztliche Kooperation ODER ärztliche Koordination ODER ärztliche Versorgung]).
3. Titel der nachgewiesenen Literatur wahrnehmen, inwiefern der Beitrag das Thema „Ärztlicher Koordinator“ betreffen könnte und als Studie oder Praxisbeispiel angelegt ist (537 sogenannte „erste Treffer“). Unzutreffende Themen, die sich bereits aus dem Titel ablesen lassen, wurden ausgeschlossen.
4. Abstracts der 537 ersten Treffer daraufhin durchlesen, inwiefern der Beitrag zum Thema „Ärztlicher Koordinator“ entweder eine qualitative oder quantitative Studie präsentiert oder einen Praxis- oder Expertenbericht (Good-Practice) (Ergebnis: sogenannte „zweite Treffer“).
5. Volltexte der 50 zweiten Treffer per Fernleihe bestellen.
6. In den Volltexten der zweiten Treffer über die Schneeballmethode weiterführende Literatur wahrnehmen und bestellen.
7. Datenmaske zur systematischen Literaturanalyse erstellen. Die Datenmaske enthält Angaben zu folgenden Aspekten: AutorInnen, Titel, Beitrag In ..., Ort, Datum, Seitenanzahl, Fragestellung, Zielgruppe(n) oder Praxisbeispiel, Methodik, Hauptergebnisse.
8. Literatur gemäß der Datenmaske exzerpieren.

9. Exzerpierte Literatur nach dem Vier-Augen-Prinzip durch eine zweite Person sichten und anpassen (34 sogenannte „dritte Treffer“).
10. Zentrale Ergebnisse der 34 dritten Treffer in einem Bericht zusammenfassen. Wie oben geschildert, liegt der Bericht mit detaillierten Literaturangaben und Exzerpten der dritten Treffer mit empirischem oder praxisrelevantem Bezug in der Datei „ÄKo - Literaturanalyse 2014.pdf“ vor.

Nachstehend wird aus dem bereits im Sommer 2014 gesondert zur Verfügung gestellten Bericht das Good-Practice-Modell ärztlicher Koordination in stationären Einrichtungen der Altenpflege zitiert. Die analysierten Studien belegen einen hohen immateriellen und materiellen Nutzen der Einrichtung einer ärztlichen Koordination in stationären Einrichtungen der Altenpflege (Quellen zu den nachstehenden Axiomen sind im Originalbericht angegeben):

- Die Lebensqualität und Zufriedenheit der Bewohner/innen steigt.
- Angehörige sind mit der Betreuung in stationären Einrichtungen der Altenpflege zufriedener.
- Die Mitarbeiterzufriedenheit steigt.
- Die Kooperation zwischen Pflegekräften und Ärzten verbessert sich. Die Kooperation mit dem Arzt ergibt eine bessere medizinische Kontinuität für ältere Patienten mit chronischen Krankheiten und multiplen Einschränkungen.
- Akutsituationen von Bewohner/innen können schneller und adäquater eingeschätzt werden. Es gibt eine bessere medizinische Kontinuität für ältere Patienten mit chronischen Krankheiten und multiplen Einschränkungen.
- Qualitäts- und Effizienzgewinne finden statt. Doppelarbeit im Rahmen der hausärztlichen Versorgung von Bewohner/innen verringert sich.
- Fahrten zu Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten werden reduziert.
- Hospitalisierungen von Bewohner/innen werden reduziert, Krankenhauseinweisungen sinken.
- Stationäre Modelleinrichtungen der Altenpflege, die mit Ärzten kooperieren, weisen häufiger positive Ergebnisse vor als Vergleichsheime ohne derartige Kooperation.
- Gesundheitskosten sinken.

Gemäß unserer Literaturstudie besteht „gute Praxis“ einer ärztlichen Koordination aus dreizehn evidenzbasierten Modulen:

1. **Palliativkonzept:** Einrichtungen der stationären Altenpflege entwickeln ein Palliativkonzept. Mögliche Inhalte: Heil- und Hilfsmittelmanagement, gezieltes Arzneimittelmanagement, Behandlungsleitlinien, Krankenhausüberleitungsmanagement mit abgestimmten Behandlungspfaden.
2. **Palliativ-Pflegeplätze:** Einrichtungen der stationären Altenpflege richten Palliativ-Pflegeplätze ein.
3. **Ärztliche Koordination:** Einrichtungen der stationären Altenpflege kooperieren mit einem medizinisch verantwortlichen Arzt und stellen eine verpflichtende Vertragsbasis bzw. ein schriftlich geregeltes Zusammenarbeitsverhältnis zwischen Arzt und Heim her. Es wird eine Teilzeitarbeitsstelle des Arztes von 20–40% im Pflegeheim eingerichtet. Hausärzte werden für Palliativ-Care motiviert. Der ärztliche Koordinator koordiniert Aktivitäten niedergelassener Kollegen und fügt diese in die Abläufe des Heimes optimal ein. Er erfüllt eine Mediations- und Ombudsfunktion zwischen Hausärzten, der regionalen Hausärztervereinigung, dem ärztlichen Notdienst und der Pflegeeinrichtung.
4. **Entgelt:** Die Ärztliche Koordination wird angemessen entgolten.
5. **Fixe Betreuungsleistungen:** Bewohner/innen der stationären Altenpflege erhalten ein festgelegtes Betreuungsangebot: Rund-um-die-Uhr- und Einsatzbereitschaft, vertraglich vereinbarte Bereitschaftszeiten, abgestimmte Bereitschaftspläne, festgelegte Vertretungsregelungen, wöchentliche Regelvisite im Pflegeheim. Rufbereitschaft. Untersuchung des Patienten durch einen Arzt können innerhalb von 24 Stunden realisiert werden.
6. **Interdisziplinäre Teams:** Bewohner/innen werden durch multiprofessionelle und interdisziplinäre Teams betreut: Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Musiktherapeut, Pfarrer, Ärzte, freiwillige Mitarbeiter. Die Teams entwickeln gemeinsame Zielsetzungen und Standards. Arzt und

Pflegekräfte führen gemeinsame Visiten durch. Besprechungen finden im multiprofessionellen Team statt (Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal). Fallkonferenzen werden unter Beteiligung der Ärzte abgehalten. Pflegekräfte und Ärzte treffen verbindliche Absprachen. Das Team akzeptiert gegenseitige Kompetenzen – vor allem seitens des Arztes in Bezug auf die Pflege.

7. **Physische und psychische Bedürfnisse von Bewohner/innen:** Palliative Care ist radikal BewohnerInnen-zentriert.
8. **Physische und psychische Bedürfnisse von Mitarbeiter/innen:** Palliative Care ist radikal MitarbeiterInnen-orientiert.
9. **Adäquate und zeitnahe medizinische Versorgung:** Medikamente zur Palliativversorgung sind in der stationären Altenpflege verfügbar. Zur Symptomlinderung bei sterbenden Patienten werden hauptsächlich eingesetzt: Morphin, Dormicum, Novalgin, Haldol, Scopolamin. Laborresultate sind innerhalb weniger Stunden verfügbar. Im Heim erfolgt intravenöse Behandlung. Menschen mit chronischen Herz/Kreislaufkrankungen sowie metabolischen Problemen werden sorgfältig begleitet.
10. **Palliative Aus- und Weiterbildung:** Pflegepersonal und kooperierende Ärzte sind in der Palliativversorgung geschult. Haus- und Fachärzte sind geriatrisch erfahren. Fachpersonen – gerade auch kooperierende Ärzte – entwickeln Kompetenzen in Palliative Care. Pflegenden sind palliativ weitergebildet. Der Heim-Hausarzt realisiert eine Weiterbildung zum Facharzt.
11. **Regionale Vernetzung:** Ein regionales Palliative-Care-Netzwerk wird eingerichtet: Leistungserbringer werden für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung vernetzt. Stationäre Altenpflege ist mit regionalen und sub-regionalen Diensten vernetzt (Spitäler, niedergelassene Ärzte, ambulante Dienste, Hospiz). Im Netz fungiert ein zentraler Ansprechpartner für Fragen und Nöte von Angehörigen. Netzwerkpartner realisieren eine enge Kooperation.
12. **Organisationsentwicklung:** Die Einrichtung der stationären Altenpflege setzt Projekte zur Organisationsentwicklung um.
13. **Qualitätssicherung, Dokumentation, Evaluation:** Die Einrichtung der stationären Altenpflege setzt ein Qualitätsmanagement um zwischen Erfüllung von Minimalanforderungen bis hin zur Ausgestaltung eigener Formulare und Evaluationsbögen. Qualitätszirkel, Maßnahmenkataloge, Audits zur Überprüfung und Evaluationen zur Bestimmung des Nutzens werden eingerichtet. Unterstützende Prozesse werden nach qualitativen, zeitlichen und wirtschaftlichen Kriterien gesteuert. Der Informationsfluss im Falle erforderlicher Krankenhausüberweisung wird durch Einsatz eines Überleitungsboogens verbessert.

Dieses Modell guter Praxis der ärztlichen Koordination ist qualitativ und idealtypisch, jedoch in hohem Maße empirisch evident. Das bedeutet, in der Realität sind innerhalb einer prototypischen Region kaum alle Aspekte gleichzeitig anzutreffen; je vielseitiger sie umgesetzt werden, desto wahrscheinlicher dürften jedoch die oben genannten konstruktiven Effekte eintreten. Inwiefern das Modell oder Teile davon innerhalb Vorarlbergs umsetzbar sind, ist nicht Gegenstand dieser Literaturanalyse, sondern obliegt der weiterführenden Fachdiskussion.

Anhand der analysierten internationalen Studien kann jedoch einer ärztlichen Koordination zweifellos eine grundlegende positive Wirkung zugesprochen werden – immateriell wie materiell.

4.2 Fokusgruppen

Die erste Fokusgruppe an der FH Vorarlberg fand am 04.11.2014 statt, die zweite am 02.07.2015. Die Beteiligten der ersten Gruppe erklärten sich einverstanden, dass ihre Beiträge per Video aufgenommen und anonym ausgewertet wurden. Die Veranstaltung setzte drei Tagesordnungspunkte um:

- a) Eröffnung in der Großgruppe: Prof. Mathis präsentierte das Projekt. Prof. Fredersdorf präsentierte Ergebnisse der internationalen Literaturanalyse zum Thema Ärztliche Koordination.
- b) Erste Diskussionsrunde in zwei Kleingruppen: Ärzte und Pflegefachkräfte diskutierten getrennt Chancen und Risiken des Modellprojekts „Ärztliche Koordination“. Sie notierten ihre Beiträge stichwortartig auf Metaplan-Karten. Frau Lorünser moderierte die Diskussion der Ärzte, Hr. Fredersdorf die der Pflegefachkräfte.

- c) Zweite Diskussionsrunde in der Großgruppe: Anhand der Metaplan-Karten präsentierten Hr. Fredersdorf die Ergebnisse der Pflegekräfte und Hr. Hartmann die der Ärzte. Die Fokusgruppe vertiefte bestimmte Aspekte durch Nachfragen und eine weiterführende Diskussion.

Die zweite Fokusgruppe fand am 02.07.2015 statt. Sie setzte zwei Tagesordnungspunkte um:

- d) Prof. Fredersdorf präsentierte die Ergebnisse der qualitativen Interviews.
 e) Die Teilnehmenden diskutierten den Status Quo des Projekts anhand bisher gemachter Erfahrungen. Tabelle 1 präsentiert den Teilnehmerkreis beider Gruppen.

Tab. 1: Teilnehmende der beiden Fokusgruppen

Teilnehmer/innen der 1. Fokusgruppe		
Name, Vorname	Einrichtung	Funktion
Fellner Gabriele	Alten-, Wohn- u. Pflegeheim der Kreuzschwestern GmbH,	Pflegedienstleitung
Fink-Schneider, Elisabeth	Amt der Stadt Dornbirn	Leitung Gesundheit und Sozialplanung
Fredersdorf, Prof. (FH) Dr. F.	FH Vorarlberg	Evaluator
Hartmann, Dr. Siegfried	Praktischer Arzt in Rankweil	Ärztlicher Koordinator
Lorünser, Daniela, MA	FH Vorarlberg	Wissenschaftliche Assistentin
Mathis, Univ. Prof. Dr. Gebhard	LKH Rankweil	Projektleiter „Ärztliche Koordination“
Natter, Dr. Hedwig	Sozialdienste Lustenau	Geschäftsführung
Perle, Dr. Andreas	Praktischer Arzt in Dornbirn	Ärztlicher Koordinator
Schlocker, Dr. Harald	Praktischer Arzt in Bludenz	Ärztlicher Koordinator
Schlosser, Dr. Bernhard	Praktischer Arzt in Dornbirn	Ärztlicher Koordinator
Siegl, Daniel MSC	SeneCura Bludenz	Pflegedienstleitung
Sintinger, Regina	Haus Schillerstraße Feldkirch	Pflegedienstleitung
Sonnweber, Monika	Sozialzentrum Rankweil	Pflegedienstleitung
Waibel, Bettina, MSC	Sozialdienste Lustenau	Pflegedienstleitung
Winder, Andrea	Pflegeheim Höchster Str. DO	Pflegedienstleitung

Teilnehmer/innen der 2. Fokusgruppe		
Name, Vorname	Einrichtung	Funktion
Baas, Isolde	Sozialzentrum Weidach Bregenz	Wohnbereichsleitung
Egger, Dr. Josef	Praktischer Arzt in Bürs	Praktischer Arzt in Bürs
Elsensohn, Dr. Verena,	LKH Bregenz	Ärztin
Fredersdorf, Prof. (FH) Dr. F.	FH Vorarlberg	Evaluator
Gasser, Margit	Pflegeheim Höchster Str. DO	Wohnbereichsleitung
Hartmann, Dr. Siegfried	Praktischer Arzt in Rankweil	Ärztlicher Koordinator
Jurasic, Tanja	Benevit Sozialzentrum Weidach	stellvertretende Heimleiterin
Mathis, Univ. Prof. Dr. Gebhard	Arzt i.R. in Rankweil	Projektleiter „Ärztliche Koordination“
Schlocker, Dr. Harald	Praktischer Arzt in Bludenz	Ärztlicher Koordinator
Siegl, Daniel MSC	SeneCura Bludenz	Pflegedienstleitung
Sintinger, Regina	Haus Schillerstraße Feldkirch	Pflegedienstleitung
Sonnweber, Monika	Sozialzentrum Rankweil	Pflegedienstleitung
Winder, Andrea	Pflegeheim Höchster Str. DO	Pflegedienstleitung

Ergebnisse der ersten Fokusgruppe können wie folgt übergreifend zusammengefasst werden. Pflegefachkräfte und Ärzte identifizierten Chancen und Risiken der ärztlichen Koordination.

Chancen und Risiken der ärztlichen Koordination aus Sicht der Pflegefachkräfte

Chancen:

- Das Modellprojekt ermöglicht eine Vorher-Nachher-Analyse.
- Es zeigt u.a. Beispiele von Modellen, die ohne ärztliche Koordination funktionieren.
- Die ärztliche Koordination überwindet die Diskrepanz zwischen Arzt und Pflege.
- Es finden Übertragungs-Effekt auf weitere Vorarlberger Heime statt.
- Die ärztliche Koordination ermöglicht interdisziplinäre Teams.
- Ärzte sind seit vier Jahren zum ersten Mal gemeinsam im Heim aufgetreten.
- Schnittstellen/Nahtstellen sind durch das Projekt besser geworden.
- Notfallpläne ohne ärztliche Koordination mit dem Hausarzt zu diskutieren (Palliativbereich) ist eher schwierig.
- Das Projekt zeigt Stärken/Schwächen des ärztlichen Koordinator auf.
- Es eignet sich, um Rahmenbedingungen aufzuzeigen und bereitzustellen.
- Es gibt eine klare Aufgabenstellung für die ärztliche Koordination.
- Es verweist darauf, dass es klare Regelungen benötigt, wer die ärztliche Koordination zahlt.
- Durch das Projekt erfolgt ein Strukturaufbau.

Risiken:

- Die ärztliche Koordination kann in Notsituationen (z.B. Sturz) nicht helfen (Einweisung fehlt).
- Es stellt sich die Frage der Nachhaltigkeit, wenn das Modellprojekt abgeschlossen ist.
- Im Rahmen des Projektes wird die Pflege nicht zusätzlich bezahlt für Mehrarbeit: Demotivation ist die Folge.
- Es ist offen, welche Ausbildung im Palliativbereich der ärztliche Koordinator haben muss.
- Es gibt sensible Kommunikationsstrukturen zu bisherigen Hausärzten. „Überstülpen“ einer landesweiten Lösung wird befürchtet, auch dort wo Palliativarbeit funktioniert.
- Muss der ärztliche Koordinator unbedingt ein Arzt sein, oder kann es auch ein anderer Funktionsträger sein?
- In Vorarlberg existieren mehrere Initiativen im Hospiz-/Palliativbereich, zu denen die ärztliche Koordination hinzukommen würde.
- Voraussetzung für die ärztliche Koordination sind nicht geklärt.
- Es ist unklar welche Ausbildungsqualität die ärztliche Koordination mitbringen muss.
- Palliativpflege kommt eventuell zu kurz (nicht-medikamentös).
- Es ist unklar, welchen Einfluss die ärztliche Koordination bekommt. Wird sie in andere Arztbefugnisse „reinreden“?
- Hausärzte, die gut kooperieren, könnten durch das Projekt irritiert werden.

Chancen und Risiken der ärztlichen Koordination aus Sicht der Ärzte

Chancen:

- Die ärztliche Koordination macht Projektziele bewusst.
- Es wird ein gleiches Verständnis vom Notfallplan hergestellt, wobei es keine neue Dokumentation benötigt.
- Das Modellprojekt erhöht die Akzeptanz des Projekts: Einsparungsfaktor.
- Die ärztliche Koordination übt eine Brückenfunktion aus.
- Die ärztliche Koordination nutzt Qualitätszirkel zum Austausch.
- Sie ist zentrale Ansprechperson für die Pflege.
- Die ärztliche Koordination stärkt eine positive Entwicklung der Zusammenarbeit. Sie verbessert Kommunikation zwischen Ärzten und Pflege und bringt Sicherheit und Verantwortung gegenüber der Pflege.
- Die ärztliche Koordination bringt im Palliativbereich Kontinuität bei der Betreuung.
- Das Projekt macht den Unterschied zwischen der ärztlichen Koordination und dem Hausarzt transparent.

- Durch die ärztliche Koordination gibt es eine heimbezogene Bevorratung der Bedarfsmedikation.
- Die ärztliche Koordination schafft kurze Wege (Medikation, Hilfe).
- Die ärztliche Koordination schafft Sicherheit gegenüber Angehörigen.

Risiken:

- Übergänge zwischen Pflege und Palliativbereich sind fließend: Problem der Patientenauswahl.
- Verwaltungsformen könnten die ärztliche Koordination einschränken.
- Durch die ärztliche Koordination entstehen neue Strukturen, was Verunsicherung bestehender Strukturen mit sich bringt.
- Es entsteht erhöhter Gesprächsbedarf und eventuell Ablehnung der Anspruchsgruppen.
- Durch die ärztliche Koordination entsteht eine erhöhte Dokumentation.
- Indikatoren müssen definiert werden.
- Mit Patienteninformationen muss sensibel umgegangen werden.

Sonstige Aspekte, die die Diskussion hervorbrachte:

- Es muss klar und messbar sein, was die ärztliche Koordination macht, und für was sie bezahlt wird.
- In den Versuchsheimen funktioniert die Arbeit mit der ärztlichen Koordination sehr gut. Palliativpflege wird stärker beachtet; bereits die Einführung einer Koordination sensibilisiert hausintern für das Thema. Es entsteht eine engere Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten, auch zu den Palliativstationen in den Krankenhäusern. Bei den Bewohnern „kommt mehr an“. Es wird vorausschauend gearbeitet und nicht erst dann, wenn ein Problemfall akut vorliegt.
- In Vorarlberg stellt sich die Situation unterschiedlich dar: Einige Häuser pflegen eine gute Zusammenarbeit mit Hausärzten, andere eine weniger gute. Es gibt derzeit keine diesbezügliche Analyse der Vorarlberger Heime; vorab einer landesweiten Übertragung des Modells wird sie benötigt.
- Weitere Risiken: Die ärztliche Koordination muss eine starke Persönlichkeit besitzen, vor allem, wenn eine große Anzahl an Hausärzten zu koordinieren ist. Sie benötigt eine lange Phase der Aufbauarbeit unter Pflegekräften und Ärzten. Wenn die Finanzierung der ärztlichen Koordination nicht anderweitig gesichert ist, werden die Heimbetreiber das nicht selbst bezahlen.
- Trotz bestehenden Notfallplans sollten die Pflegekräfte Kompetenz besitzen, im akuten Einzelfall individuell über eine Hilfemaßnahme zu entscheiden.

Ergebnisse der zweiten Fokusgruppe können wie folgt übergreifend zusammengefasst werden:

- Nach wie vor hat sich die ärztliche Koordination in den Versuchsheimen bewährt. Positive Aspekte, wie sie in der ersten Fokusgruppe genannt wurden, haben sich fortlaufend bestätigt.
- Die Vergleichsheime profitieren durch den Einbezug in die Diskussion indirekt von dem Modellprojekt. Es hat sie für das Thema der Palliativpflege sensibilisiert und intern einige konstruktive Anpassungen hervorgerufen.
- Durch den vorgenannten Punkt entsteht bei der Evaluation jedoch ein „Bias“, eine Beobachtungsverzerrung (der sozialwissenschaftlich bekannte Versuchsleiter-Effekt). Denn obwohl die Vergleichsheime keine ärztliche Koordination eingeführt und ausschließlich quantitative Daten erhoben und an den Fokusgruppen und Experteninterviews teilgenommen hatten, beachten sie inzwischen verstärkt ihre Palliativarbeit.
- Aufgrund dessen wird Prof. Mathis bei der Analyse der Kennzahlen des Roten Kreuzes (bezüglich der Anzahl von Rettungsfahrten) die Zahlen von drei weiteren Heimen integrieren, die weder Versuchs- noch Vergleichsheime im Modellprojekt sind. Er nimmt diesbezüglich Kontakt zu Direktor Gozzi vom ÖROK auf.
- Erste vorläufige Analysen der Anzahl von Rettungsfahrten in Versuchs- und Vergleichsheimen deuten darauf hin, dass sich durch die ärztliche Koordination tatsächlich Einsparungen ergeben. Bis zum Projektende muss dies jedoch weiter verfolgt und – wie angegeben – mit ergänzendem Material verglichen werden.

4.3 Interviews mit Experteninnen und Experten

Zwischen März und Juni 2015 realisierte der Forschungsbereich Sozial- und Wirtschaftswissenschaften 16 qualitative Interviews mit professionellen Helferinnen und Helfern der stationären Altenpflege und niedergelassenen Ärzteschaft: Vier in der ärztlichen Koordination engagierte Ärzte, drei Hausärzte ohne Heimverantwortung, vier Pflegeleitungen aus der Interventionsgruppe, drei Pflegeleitungen und zwei Pfleger/innen aus der Vergleichsgruppe. Die Interviews liefern Hinweise über die Projektentwicklung im zeitlichen Verlauf und ermöglichen somit eine formative Evaluation im Projektverlauf.

Der hierfür erstellte Interviewleitfaden (siehe Anhang) thematisiert Inhalte und Bewertungen zum Projekt aus getrennter Sicht der Pflegekräfte und der Ärzte: Argumente für die Einrichtung einer ärztlichen Koordination, Argumente gegen die Einrichtung einer ärztlichen Koordination und Hindernisse, Bewertungen zum Sachstand des Projekts, Bewertungen einer landesweiten Übertragbarkeit des Projekts sowie weitere Anmerkungen.

Für die Durchführung der zweiten Fokusgruppe am 02.07.2015 wurden zentrale Aussagen für und wider der Initiierung einer ärztlichen Koordination übergreifend zusammengefasst. Die verbalen Daten sind nachstehend tabellarisch nach inhaltlichen Gesichtspunkten gegliedert: In der linken Spalte sind die angesprochenen Themen aufgelistet, in der rechten verweisen Zitate auf das Gespräch, wobei individuelle Aussagen jeweils durch einen Schrägstrich (/) voneinander getrennt sind.

Im Sinne der qualitativen Forschung sind die genannten Aspekte als gleichwertig anzusehen, unabhängig davon, welche Zielgruppe sie genannt hat, oder wie oft ein Aspekt thematisiert wurde. Denn es geht primär um die Qualität der Aussagen und das durch sie entstehende Gesamtbild. In zweiter Linie geht es auch darum, einen fachlich seriösen Diskurs zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Anspruchsgruppen zu initiieren. In diesem Sinn erfüllt die Analyse den erkenntnisleitenden Zweck, Hypothesen zum Stand des Projekts „Ärztlicher Koordinator“ zu entwickeln, die als Grundlage für weiterführende Diskussionen in der Fokusgruppe genutzt wurden und darüber hinaus auch nach Ende des Modellprojekts dafür genutzt werden können.

4.3.1 Argumente für die Einrichtung einer ärztlichen Koordination

Tab. 2: Ergebnisse von 16 qualitativen Interviews

Pflege:

Thema	Interviewausschnitte
Pflege und Ärzte stimmen sich besser ab	Für die Pflege ist es einfacher, einen Arzt zu haben, mit dem Palliativpflege abgesprochen werden kann. / Mit manchen (nicht allen) Hausärzten gestaltet sich die Abstimmung zur Palliativpflege schwierig. Gerade bei jungen Ärzten besteht hier eine gewisse Unsicherheit. / Wir arbeiten mit mehr als zwanzig Hausärzten zusammen. Das ist ein ziemliches Drunter und Drüber mit vielen Ansprechpartnern, mit vielen sehr guten Hausärzten, denen das sehr wichtig und sehr ernst ist. Aber es gibt natürlich auch immer wieder solche, wo wenig Zeit für uns haben und halt nur kommen, wenn es unbedingt notwendig ist. / Wesentlich für uns war der Aufbau. ... Es ist nicht nur eine Person, es sind bei uns vier Personen, die sich dieses Arbeitspaket teilen. ... Wir sind mit diesen vier Ärzten soweit gut im Austausch, wir haben uns jetzt auch im Laufe des Projektes dreimal getroffen und ausgetauscht: Wo stehen wir? Was brauchen wir? Wo geht es hin? / Am Anfang war dieser Erfahrungsaustausch ganz wichtig zwischen den Wohnbereichsleitung und dem ärztlichen Koordinator: Wie ist das Projekt angelaufen? Wie kommt ihr zurecht? Wie funktioniert das Papier? Es hat sich daraus entwickelt: Wie gehen wir mit dem Papier um?
Ärzte erkennen die Pflege stärker an	Endlich die Pflege als Partner der Ärzteschaft zu sehen. Wir sind kein ausführendes Organ von ihnen.
Niedergelassene Ärzte haben unzureichendes fachliches Wissen	Für manche niedergelassenen Ärzte ist es schwer, den Zeitpunkt zu erkennen, wann Palliativpflege beginnt. / Ich vermute, dass die Ärzte einfach überfordert sind so etwas zu machen, weil das nicht etwas ist, was man tag täglich macht.

Thema	Interviewausschnitte
Die Palliativ-Versorgung in Heimen bessert sich	Die schwierige Palliativ-Versorgung im Heim weiterentwickeln. / Was sich in diesem Projekt klar herauskristallisiert hat: Dass es um Schmerzfreiheit geht. Wo wir diese Klarheit haben sollten, dass vor allem in einer palliativen Phase der Bewohner Schmerzlinderung bis Schmerzfreiheit bekommt mit diesen definierten Medikamenten. Ich denke das ist auch ein gutes und wichtiges Ziel.
In der ärztlichen Versorgung entsteht ein positiver Domino-Effekt	Jetzt haben die anderen Hausärzte auch angefangen, dadurch dass er (der Koordinator, A.d.V.) die Hausärzte einmal im Monat trifft: Er hat erzählt, was er macht, und wie der Standardplan aussieht, und jetzt kommen die anderen auch und sagen: „Ich mache das.“ Sie möchten gut gleich sein wie Dr. X. Es ist deutlich besser geworden seit wir dieses Projekt haben.
Notfallpläne oder Patientenverfügungen werden systematisch umgesetzt	Die Patientenverfügung ist ein großes Stiefkind. In der Schweiz haben 95 Prozent der Bewohner eine Patientenverfügung. Hier ist es das Gegenteil. Die Patientenverfügung sollte normalerweise ein Arzt mit dem Patienten abstimmen – das ist zeitintensiv. / Der Notfallplan hat sich jetzt schon ein Stück weit integriert, und es wird einfach auch ein Auftrag von meiner Seite sein, das weiterzuführen. Es wurde jetzt viel Arbeit investiert. Das wird bei uns eine weiterführende Geschichte sein auch ohne Ärztlichen Koordinator.
Die medikamentöse Versorgung bessert sich	Zum Beispiel ist es gesetzlich verboten Bedarfsmedikamente zu haben. Wir müssen uns damit aushelfen, dass wir Dauermedikamente haben, und dann gibt es Bedarfsmedikamente, Einzelfallmedikamente. Eine Einzelfallmedikamentenliste dürftest du gar nicht führen. Jeder Arzt muss sich in dem Moment, wo ich ihn anrufe und ein Medikament brauche, persönlich davon überzeugen und auch ärztlich anordnen. Also da gibt es eine große Diskrepanz. Es gibt ein Gesetz: Wir müssen Medikamente permanent einfordern und sind dann aber lästig für die Ärzte.
Versorgung zu Randzeiten wird garantiert	Ab Freitagmittag bis Montagmorgen habe ich keine ärztliche Versorgung mehr, nur noch das Spital in Akutfällen. / Die Versorgung wird immer schlechter, was Hausärzte angeht. Wenn du draußen wohnst, und du hast am Abend um sieben Uhr irgendetwas, hast du keinen Hausarzt mehr, wie das früher war. / Hausärzte kommen jetzt nicht mehr. Die sind bis sieben Uhr in der Ordination. Dann hat ein Arzt noch Bereitschaft bis 22 Uhr. Und dann ist es halt so, wenn er den Patienten nicht kennt, und am Telefon eine Entscheidung treffen muss, und das ihm zu heiß ist, dann schickt er ihn halt auch ins Spital. Also die Qualität lässt nach. / Da gibt es Fälle mit psychischer Behandlung, wenn wir sie z.B. nach Rankweil schicken. Und wenn Wochenende ist, ist der Hausarzt nicht immer da. Früher hatten wir einen Stadtarzt, und jetzt kommt wieder einer. In dem Moment brauchen wir jemanden, der ins Heim kommt und die Situation beschützt, ob der Bewohner wirklich nach Rankweil überwiesen werden muss. Der Stadtarzt hat immer Bereitschaftsdienst, wir können ihn jederzeit, auch in den Nachtzeiten, anrufen.
Visiten werden zeitlich verlässlicher	Wir haben ja schon das Problem, mit allen Ärzten einen Visitertermin zu fixieren. Da halten sich zwei oder drei Ärzte daran, die anderen machen es wie es ihnen passt. Wenn sie jetzt am Morgen um neun Uhr Bock haben zu kommen, müssen wir alles fallen lassen. An und für sich haben wir Strukturen, aber das wird ignoriert. / Das Problem ist, dass Hausärzte einfach wenig Zeit für die Visite haben. Einer braucht vier Stunden, ein anderer kommt einmal nur eine halbe Stunde, einer macht es in einer Viertelstunde. Die Qualitätsunterschiede sind schon enorm. / Es braucht natürlich auch zeitliche Ressourcen im Hintergrund. Die Hausärzte haben ihre Ordination. Bei uns kommt Dr. X wöchentlich zur Visite, aber man muss sich diese Zeit auch wirklich erkämpfen.
Der ärztliche Koordinator entlastet die Pflege bei kritischen Aufgabenstellungen	Immer schwierig ist es, wenn ich jetzt z.B. das erste Mal Vandal spritzen muss und es sein kann, dass der Bewohner stirbt. Dann gibt es Schwestern, die unsicher sind und die möchten, dass das der Arzt spritzt.
Palliativbetreuung wird seitens der Angehörigen und Betreuten nicht mehr tabuisiert.	Man spricht über das Sterben. Auch das Ganze einmal, dass es nicht so tabuisiert ist, sondern es ist wirklich Thema im Haus, auch für Angehörige. Das ist auch ganz, ganz wesentlich, weil man das früher (...) oft schwierig ist, über solche Dinge zu sprechen. Das hat schon sehr, sehr sensibilisiert. / Wir haben die Erfahrung gemacht, unsere Menschen, die kognitiv gut sind, die sich selber äußern können, geistig fit sind, die reden nicht ungern über Sterben und Tod. Also ich glaube, dass Menschen wenn sie älter sind, schon sehr wohl ihre Vorstellungen haben, wie sie sich das vorstellen, was sie dann wirklich noch tun möchten oder was gar nicht mehr in Frage kommt.

Thema	Interviewausschnitte
<p>Die medizinische Versorgung der Bewohner/innen bessert sich und läuft koordinierter ab</p>	<p>Das Verrechnungssystem beim praktischen Arzt erlaubt nur eine Behandlung pro Quartal. Achtzigjährige zu behandeln ist jedoch mühseliger, zeitaufwendiger. Wir hatten einen Fall, wo der Patient den Arzt wechseln wollte. Man ist dann draufgekommen, dass der Arzt wechseln wollte und nicht der Patient, weil dieser „lästig“ war und wöchentlich gekommen ist. / Oft wäre es gut, einen Facharzt mit ins Boot zu holen, weil der uns speziell helfen kann. Das kann ich nicht, weil ich zunächst vom Hausarzt einen Überweisungsschein brauche. Gehe ich direkt zum Facharzt, sind ganz selten Fachärzte der Krankenkasse dabei, es sind Wahlärzte. Wer zahlt die? Die Angehörigen. Das heißt, ich muss vorher die Angehörigen fragen, ob es genehm ist, einen Facharzt hinzuzuziehen, weil es Kosten verursacht. Wenn die nein sagen, ist das Kind gegessen. Ich habe 63 Bewohner - dann sind wir permanent nur am Zahlen. Weißt du, wie lange ein Bewohner als Versuchskaninchen fungiert, bis ein praktischer Arzt mal sagt: „Jetzt holen wir einen Facharzt“? Was ich einfach super-toll finden würde ist, wenn du als Haus einfach einen Hausarzt hast, der für unser Haus zuständig ist. / Vorher hat jeder Arzt das irgendwie gemacht, jetzt wird es koordiniert. Es ist vernetzter als vorher, strukturierter. Man evaluiert auch nach: Warum hat etwas nicht geklappt, und was müssen wir tun, damit es das nächste Mal klappt? / Es braucht eine koordinierende Stelle, und in den Ansätzen von diesem Projekt ist das diese koordinierende Stelle. Von der Situation in den Heimen her ist es so, dass die Verweildauer eher kürzer wird und es immer mehr Sterbefälle sind. Das nimmt sukzessive zu.</p>
<p>Notfallpläne entlasten die Pflege und bringen Sicherheit</p>	<p>Der Bewohner kommt dann ja nicht ins Spital sondern ich weiß, ich kann ihm das und das geben. Ich muss auch nicht extra einen Arzt anrufen, weil das alles im Plan drinnen ist. / Die Pflege bekommt Sicherheit: Das ist die Anordnung, das klappt, das haut hin. Vorher hat man halt immer um zehn Uhr den Arzt nochmal angerufen oder um vier Uhr am Morgen, weil die Information vorher nicht gerichtet war. / Dieser Notfallplan ist an und für sich lässig, muss aber vom Arzt gemacht werden. Wenn ich dutzende Notfallpläne von meinen Ärzten einfordern würde ... / Notfallpläne waren vorher schon da aber nicht so ausführlich. Vorher hat man es nicht nach einem Standard gemacht. Jetzt hat man sich bemüht für alle Bewohner einen Plan zu machen, nicht nur für die, die gerade anstehen. Sonst hat man es just-in-time gemacht und manchmal auch zu spät.</p>
<p>Bewohner/innen werden ganzheitlich und interdisziplinär begleitet</p>	<p>Das Gesamtpaket hat sich verändert insofern, als der Bewohner schon vom Eintritt bis zum Austritt begleitet wird und nicht nur in der letzten Phase. / Wenn jemand einzieht, dann reicht es, wenn er ein Gespräch mit dem Bewohner führt. Wenn er merkt, die Dinge verändern sich, oder die Pflege macht ihn aufmerksam, dann gibt es die Visite und den Anhang an die Visite, wo man den Krisenplan ausfüllt oder den Palliativ-Plan. Und wenn beides noch nicht ganz klappt, dann gibt es diesen Round-Table, da kommen dann die Angehörigen, da sitzt auch der Bewohner dabei. / Es würden auch Angehörige einbezogen (z.B. bei Patientenverfügungen), was von niedergelassenen Ärzten nicht thematisiert wird oder erst, wenn eine lebensbedrohliche Krankheit kommen könnte. Wir arbeiten solche Sachen in der Palliativgruppe auf. / Dr. X setzt sich sehr ein und bringt Mehrstunden ein. Es gibt Palliativ-Pläne. Er redet mit den Hausärzten, er informiert die Angehörigen.</p>
<p>Allgemeines Problembewusstsein und Wissen wird gefördert</p>	<p>Wo wir vor sechs, sieben, acht Jahren angefangen haben mit der Thematik „palliativ“ ist man auf ganz viel Gegenwehr gestoßen, und das wächst jetzt auch im Bewusstsein von den Mitarbeitern aber natürlich auch im Bewusstsein von den Hausärzten. / Es ist ein Ansatz, und es bewegt viel. Es wird bewusst zum Thema gemacht, das ist ganz wichtig. Ich bin aus einem bestimmten Grund bei diesem Projekt dabei: Die Palliativpflege in unserem Haus hat schon viele Jahre Tradition, und wir sind schon ganz weit, was das angeht. Ich sehe das als Bereicherung für unser Haus, wenn wir das Ganze noch verfeinern können. / Das Projekt ärztlicher Koordinator hat meinen Arbeitsalltag verändert: ein bewussterer Umgang mit der ganzen Situation. / Ich finde, dass es ein Wissensdefizit ist. Ich wusste, es gibt ein Palliativ-Team und ein ambulantes Palliativ-Team, aber inwieweit man wo was holen kann, oder was sie alles anbieten, das nicht. / Es ist einfach fachlich, es ist professionell und es ist vernetzt. Wenn wir keinen Arzt haben, fangen wir selber an Lösungen zu suchen.</p>

Fortsetzung von Tab. 2 - Ärzte:

Thema	Interviewausschnitte
Die medizinische Versorgung der Bewohner/innen bessert sich und läuft koordinierter ab	Es zeigt sich, dass die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen entwicklungs-fähig ist. / Ziel ist auch, dass interdisziplinäre Fallbesprechungen gemacht werden, wenn irgendwo das System dekompenziert. Wenn solche Gespräche stattfinden, das weiß man aus der Literatur, dann sind die Verläufe viel besser. Und vor allem sind alle Beteiligten viel zufriedener. / Dass alle an einem Strang ziehen. Also wiederum, dass Strukturen verfestigt sind zwischen Arzt und Pflege und sonstigen Helfern. Also einfach so ein Gemeinschaftsgefühl erzeugen, dass man gemeinsam für die Bewohner da ist. Dass das eine multiprofessionelle interdisziplinäre Aufgabe ist, finde ich ganz wichtig. Und das ist noch bei Weitem nicht überall so. / Ich bin ich als ärztlicher Koordinator im Seniorenheim in X tätig. Dort habe ich die Funktion, in Analysen und Gesprächen mit den Beteiligten Projektziele zu erreichen. Das heißt, dass ich mit der Pflegeleitung und den Stationsschwestern Gespräche über den Ist-Zustand und die Schwächen führe, dann Verbesserungen zu erreichen versuche. Dass ich Treffen mit den Hausärzten organisiert habe, die Patienten im Haus X betreuen. Und jetzt im weiteren Schritt, dass ich mir Fortschritte im Bereich der Krisenpläne anschau und weiter auf die Beteiligten einwirke, dass es zur Verbesserung kommt. Die Rückmeldungen von der Pflegeleitung sind sehr positiv. / Das ist das nächste Problem: Wenn bei größere Familien viele Kinder da sind, hat jeder eine andere Vorstellung. Da ist es wichtig, dass man eine gemeinsame Linie fährt. Und das ist dann meine Aufgabe als Koordinator, dass ich die Familie an einen Tisch hole und das bespreche. Dann kann man viele Missverständnisse, Unklarheiten, viel Unwissen kann man beseitigen und wirklich den besten Weg für den Betroffenen wählen.
Die medikamentöse Versorgung bessert sich	Für Ausnahmesituationen sind zu wenig spritzbare Medikamente vor Ort, die man subkutan spritzen kann. Dort ist das Ziel, dass jedes Haus eine kleine Heimapotheke hat, und das wird jetzt so entwickelt im Rahmen dieses Projektes, dass solche Medikamente ausreichend vorhanden sind. Und dann kann der verantwortliche Arzt das in die Kurve hineinschreiben oder in das Dokumentationsblatt.
Patientenverfügungen werden systematisch umgesetzt	Unser Problem ist, dass wir kaum Patientenverfügungen haben, weil das Gesetz eine Katastrophe ist. Es ist verwirrend; es ist in der Administration viel zu aufwändig. Es ist viel leichter eine Therapie nicht zu beginnen als eine sinnlose Therapie abubrechen. Das ist ein großes Problem. Wenn aber der Patientewille ist, dass man gewisse Dinge nicht mehr möchte, dann kann man das respektieren indem man das dokumentiert. Wenn ich eine Patientenverfügung habe, dann nimmt man das immer ernst. Es ist das Problem, dass nur 3 Prozent eine Patientenverfügung haben.
Palliativ-Versorgung nimmt in stationären Einrichtungen zu	Patienten kommen in einem immer schlechteren Zustand ins Pflegeheim, verbringen immer kürzere Zeit im Pflegeheim bis zum Tod im Pflegeheim. Also das ist eine statistische Feststellung.
Hausärzte gewinnen an Fachkompetenz	Die behandelnden Ärzte sind oft in der Situation, wo man gerne jemanden fragen würde, das schadet ja nicht. Wieso könnte man nicht einen solchen Koordinator fragen, eine Meinung einholen und so? Ein kollegiales Gespräch würde ich oft sehr schätzen. Ich denke, dass das andere auch so sehen. / Die Hauptanliegen der Pflegenden sind, dass die Ärzte besser erreichbar sein sollten und zum Teil besser geschult werden sollten.
Für alle Anspruchsgruppen ist eine ständige Ansprechperson vorhanden	Wichtig ist auch, dass Bewohner und Angehörige wissen, an wen sie sich mit allen Fragen und Problemen wenden können. Wo kann ich das Gespräch suchen? Bekomme ich immer ein Gespräch, wenn ich es brauche? Das ist wichtig. Dass immer eine Ansprechperson da ist, die dann koordiniert und vermittelt.
Kollegialität entsteht	Im Gespräch mit der Pflegeleitung habe ich eine sehr positive Rückmeldung bekommen: Dass sich die Kollegen in der Zusammenarbeit verbessert hätten und das Projekt schon positiv gesehen wird. / Durch den Ärztlichen Koordinator hat sich die Kommunikationsstruktur sicher verbessert, speziell jetzt zwischen Pflegepersonal und den Ärzten, respektive uns, also den Koordinatoren. / Da sehe ich große Not und Unsicherheit bei der Pflege. Und deshalb glaube ich, dass es eine koordinative ärztliche Kompetenz braucht, die vorausschauend plant.

Thema	Interviewausschnitte
Pflege und Ärzte stimmen sich besser ab	Die Kommunikation zwischen Pflege und Arzt ist eine Sache für sich. Die ist oft einmal schwierig, weil der Arzt redet sein medizinisches Fachsimpeln, und die Pflege redet oft auch einfach auf Gefühlsebene. ... Darum denke ich, so ein Sprachrohr als ärztlicher Koordinator, der einerseits mit der Pflege viel in Kontakt ist und auf der anderen Seite versucht unter den Hausärzten zu vermitteln ... so habe ich das verstanden mit dem ärztlichen Koordinator. / Wenn vor dir ein Laie sitzt, dann kannst du nicht mit irgendwelchen Fachbegriffen herumhantieren. Wir haben alleine im Studium schon sechs bis sieben Jahre gebraucht, bis wir die Vokabeln der ganzen Geschichten zusammengebracht haben. / Die Kommunikation ist sicher besser, wenn das einer macht, das ist keine Frage. ... Was wirklich eine Verbesserung wäre, von der Gesamtsituation, abgesehen vom Projekt, ist, dass das die Kommunikation einfach besser ist zwischen Pflegeheim und so. Oft beschränkt sich die Kommunikation auf eine reine Dokumentation im Haus. ... Ich glaube, wenn man gut kommuniziert, wenn man verlässlich ist und als Arzt das macht und mit der Pflege, wenn du Vertrauen hast, dann ist das die beste Betreuung für den Patienten.
Patienten werden besser aufgeklärt	Tumorpatienten brauchen meistens drei, vier Aufklärungsgespräche bis sie begreifen, realisieren und akzeptieren was los ist. ... Ich bin dann vor die Frau hingesessen und habe die Tür zugemacht und ... habe mir einfach Zeit genommen. Und wenn man es richtig verpackt, kann ein Patient auch annehmen: Es gibt nichts mehr was man tun kann. Aber man muss halt entsprechend aufklären.
Dokumentationen finden stat.	Dass es jetzt in diese Formulare eingetragen wird, dass das quasi diesen Kriterien entspricht, das war neu

4.3.2 Argumente gegen die Einrichtung einer ärztlichen Koordination / Hindernisse

Fortsetzung von Tab. 2 - Pflege:

Thema	Interviewausschnitte
Hausärzte lehnen das Modell ab (Überlastung, Kompetenzproblematik)	(Haus)Ärzte könnten die Einrichtung eines Koordinators persönlich nehmen, weil eventuell ihre Kompetenz kritisch hinterfragt würde. / Ich glaube nicht, dass das Projekt diese Ziele erreichen kann. Dagegen spricht, dass die Ursache des Problems nicht erforscht wurde und das Problem nicht behoben wird und deshalb auch das Ziel nicht erreicht werden kann. Das Ziel ist die hausärztliche Versorgung, die gewährleistet werden soll in den Heimen und die Vernetzung der Systempartner im medizinischen Bereich. Und das Problem ist meiner Meinung nach die Überlastung der Hausärzte, die fehlende Kapazität der Hausärzte. Und dieses Problem ist nicht behoben und kann durch einen Koordinator auch nicht behoben werden. / Im Rahmen unserer Palliativausbildung über die Caritas hat mir ein Arzt mitgeteilt, er kommt nicht zum Palliativtreffen zum runden Tisch. Er hatte Angst, es würde um diese ärztliche Koordination gehen und wollte keine zusätzliche Arbeit übernehmen. Auch wieder spürbar diese Angst: „Noch mehr Arbeit schaffe ich nicht. Da komme ich lieber nicht.“
Das Modell ist nicht finanzierbar	Ich denke, die Finanzierbarkeit ist ein großes Thema. / Die Kosten, die im Projekt vorgestellt wurden, sind meiner Meinung nach zu niedrig angesetzt, um eine gute Koordination machen zu können. Das hat auch die Literaturrecherche ergeben, dass die Kosten wesentlich höher wären für ein Heim. Die Frage ist immer: Wer trägt die Kosten? Wer bezahlt das? Und sind die Gelder dann dort auch sinnvoll eingesetzt? In einem Haus, wo das gut funktioniert, wäre es sinnvoller, diese Gelder für zusätzliches Betreuungspersonal einzusetzen, wenn die ärztliche Versorgung gut funktioniert.
Im Heim besteht bereits eine gute ärztliche Versorgung	Wir haben eine sehr gute Zusammenarbeit, sowohl mit den Hausärzten wie auch mit den Fachdisziplinen. Wir haben einen Gerontopsychiater, der seit über zehn Jahren Hausbesuche macht. Wir arbeiten mit den niedergelassenen Internisten, mit dem Zahnarzt, Gynäkologen zusammen. Wir haben ein gutes System aufgebaut, aber es ist Aufbauarbeit von über zehn Jahren und muss auch gepflegt werden. Inzwischen haben unsere Hausärzte den Nutzen erkannt, wenn sie Fachdisziplinen hinzuziehen, das ambulante Palliativteam oder Gerontopsychiater, Internisten, wen auch immer. / Wenn der Koordinator in Richtung palliativ geht, benötige ich ihn nur für die Palliativ-Versorgung und brauche meine Hausärzte trotzdem. Von dem her ändert sich nichts.

Fortsetzung von Tab. 2 - Ärzte:

Thema	Interviewausschnitte
Ärzte haben einen zusätzlichen, hohen Zeitaufwand	Natürlich ist es zeitaufwendig. Ärzte für Allgemeinmedizin, die auch die ärztlichen Koordinatoren stellen sollen, sind schon sehr ausgelastet, und das stellt eine zusätzliche Aufgabe dar, die man zeitlich nicht so leicht unterbringt. Ich habe relativ viel fix eingeteilte Zeiten in der Ordination und mache jeden Tag Hausbesuche bei alten Menschen, die nicht mobil sind. Ich habe jeden Tag schon eingeteilt und wenig freie Termine, wo ich noch irgendetwas unterbringen kann. / Ja, es braucht natürlich schon mehr Zeit. Ich bin jede Woche länger im Heim durchs Projekt bedingt als vorher. Ich kann sagen: zeitlich und mehr Termine. In Round-Table-Gesprächen oder mit der Pflegeleitung, der Stationsleitung. / Die Hindernisse sind die zeitlichen Ressourcen aller Beteiligten. Das sind die eigenen terminlichen knappen Ressourcen und auch von den Kollegen. Das ist sicher das Hauptdilemma. / Für die Koordination fällt es schwer, mehr Zeit zu erübrigen oder zu reservieren. Das stellt man sich in der Planung deutlich leichter vor, als es dann in der realen Projektumsetzung erfolgt ist.
Das Modell ist nicht finanzierbar	Nicht zuletzt sollte auch eine Finanzierung sichergestellt sein. / Natürlich ist Finanzierung immer Thema; das Geld ist schon da, aber zuerst muss halt die Tagesarbeit geleistet werden. Zuerst müssen die täglichen Patienten betreut werden, erst dann hat man Zeit für andere Tätigkeiten. Dass ist ein Dilemma. / Wir Koordinatoren bekommen etwas, aber unsere Kollegen, die jetzt zusätzliche Arbeit gehabt haben, und zwar nicht so wenig, haben dafür keine Honorierung bekommen. Man verlangt von uns immer wieder Dinge, und wir bekommen nichts dafür.
Es kann kein Koordinator gefunden werden	In Heimen, die nicht Gemeindeheime sind, sondern wie Senecura oder St. Ana über Dachorganisationen geführt werden, könnte es unter Umständen schwierig sein, einen Arzt zu finden, der die Rolle des ärztlichen Koordinators übernimmt.
Ärztliche Fachmeinungen sind nicht kompatibel und rufen dadurch Konflikte hervor	Also das Sensibelste wäre sicher eine notwendige fachliche Intervention, weil das halt schwierig ist. Es führen viele Wege nach Rom, und jeder hat natürlich ein bisschen eine andere Vorstellung. Ob man mehr evidence-based arbeitet, ob man mehr alternativ arbeitet. Da wird es schon Schnittstellen geben, die dann problematisch sind zu kommunizieren. Da würde ich ein Konfliktpotential sehen, wenn die entsprechenden Persönlichkeiten zusammentreffen.
Jedem/jeder Bewohner/in vorzuschreiben, wie die Endphase auszugestaltet ist, erscheint nicht sinnvoll.	Ich möchte Patienten, die nicht gut beieinander sind, sagen, was in fünf Jahren passieren soll. Das bleibt jedem Kollegen selber überlassen, inwieweit er das vorsehen will. ... Und ich muss auch sagen, das Projekt ist in diesem Punkt schlecht, weil man will quasi, dass man keinen Arzt braucht in der Endsituation, sonst macht es ja keinen Sinn. ... Aber das bei allen flächendeckend vorzuschreiben, was zu tun ist, das finde ich fahrlässig.

4.3.3 Bewertungen zum Sachstand des Projekts

Fortsetzung von Tab. 2 - Pflege:

Thema	Interviewausschnitte
Das Projekt bewirkt Bewusstseinsbildung und eine Qualitätsverbesserung im Heim	Für uns ist das Resümee ein ganz Gutes. Bewohner sind weniger im Spital. Wir haben bessere Hintergrundinformationen. Wir haben eine bessere Dokumentation. Sorgen mache ich mir nur um die Zukunft. / Ich bin überzeugt, dass dort, wo die Häuser beteiligt sind, auf jeden Fall Erfolg ist, weil dies einfach ein Bewusstsein auslöst. Und ich glaube schon, dass dieses Bewusstsein der wichtigste Nährboden ist, dass was Gutes daraus wachsen kann. Man muss einfach auch dazu sagen, dass viele Heime sich mit dem Thema schon auseinandersetzen und viel vor allem schon in Vorarlberg zum Thema läuft. Und viel wichtiger finde ich, dass man alle Stellen ein bisschen koordiniert und auch ein Stück weit zusammenbringt.
Hausärzte benötigen Entlastung	Ich glaube nach wie vor, dass am Ende des Projektes sich einfach herausstellen muss, dass die Hausärzte eine Entlastung brauchen und nicht die bösen Ärzte sind, die nicht gewillt sind, in die Heime zu kommen. Ich glaube, das sind sie sehr wohl. Und es ist ihnen sehr wohl ernst damit, und sie haben die Ressourcen nicht, und am Ende des Tages sollte rauskommen, dass die Hausärzte Entlastung brauchen, in welcher Form auch immer.
Der Projektleiter ist gut erreichbar	Es passt. Wenn irgendwelche Fragen sind, kann ich Prof. Mathis jederzeit anrufen.

Fortsetzung von Tab. 2 - Ärzte:

Thema	Interviewausschnitte
Das Projekt bewirkt Bewusstseinsbildung und eine Qualitätsverbesserung im Heim	Was ich bisher an Rückmeldungen habe, und das ist sowohl aus der Pflege als auch von den Kollegen, die das betreiben, werden deutliche Fortschritte gemacht. Frau X sagt, dass die anderen Kollegen, die nicht mit der Koordination beauftragt sind, nachziehen würden. Und das ist genau unser großer Wunsch, dass es da Standards gibt mit Vorsorgeplan. Das ist etwas ganz Wichtiges, und das fängt viel früher an vor der Sterbephase. / Es gibt Sicherheit, das ist etwas ganz Wichtiges, was ich aus den Rückmeldungen im Palliativlehrgang immer wieder höre, wo die Pflege einfach verunsichert ist. Wenn gute vorausschauende Pläne da sind, dann gibt es der Pflege Sicherheit, erstens. Zweitens verbessert es die Versorgung der Bewohner, weil a) vorausschauend geplant wird und b) gezielter therapiert wird, das sind meines Erachtens die Hauptpunkte. /
Das Projekt hat seine Ziele erreicht	So wie es aussieht, konnte man alles, was sich das Projekt auf die Fahne geheftet hat, umsetzen.
Das Projekt läuft im großen und ganzen gut	Also Reibungspunkte würde ich keine sehen, eher sind es halt Mankos. Als Manko würde ich im Moment sagen, dass wir schon relativ lange keine gemeinsame Sitzung gehabt haben, was allerdings im Rahmen dieses Projektes sein sollte. / Das Projekt selber ist nicht unerfolgreich, glaube ich. Das funktioniert schon ganz gut. Alle haben brav mitgemacht. Die Erfolgsquote ist ganz gut. Ich glaube, das hat auch gezeigt, wie gut wir schon sind. Vielleicht hat man ein bisschen unterschätzt, dass schon sehr viel da ist. Das ist vielleicht in jedem Heim unterschiedlich.
Angehörige und Patienten nehmen die systematische Palliativversorgung wahr.	Ansonsten positiv von Seiten der Patienten und Angehörigen, dass die auf einmal gehört haben: Ah wir kümmern uns jetzt auch um eine mögliche prospektive, in der Zukunft zu erwartende, Problematik der Sterbephase.
Kommunikation zwischen Pflege und Ärzten hat sich verbessert	Die Kommunikation hat sich noch etwas verbessert. Auch - und das ist eine wichtige Geschichte - mein Interesse hat sich durch diese Arbeit verstärkt, wie es häufig ist, wenn man sich mit einem Thema vertieft beschäftigt. / Ansonsten war jetzt nicht allzu viel Kritik, sicher auch vom Pflegepersonal. Die waren eher froh, dass sich die Kommunikation verbessert und intensiviert, weil das so wieso immer ihre Intention ist und das Manko spürbar ist - und darum auch die Berechtigung dieses Projektes -, dass zu wenig kommuniziert wird zwischen Ärzten und Pflegepersonal. Letztlich überwog die positive Bilanz, dass wir da vermehrt kommunizieren, und das ist auch in den Pflegeheimen sehr gut aufgenommen worden. / Ich sehe jetzt keine unüberwindbare Hürde. Es geht immer um das Bemühen. Wenn man sich bemüht, findet man für jedes Problem eine Lösung. Man muss im Team arbeiten, das ist das Wichtigste. Ich nehme zu Gesprächen mit Angehörigen immer die Stationsleitung mit, die einfach den Überblick hat mit dem Bewohner, das ist unbedingt notwendig. Es bringt nichts, wenn ich mit den Angehörigen eigenmächtig Abmachungen schließe. Bei medizinischen Fragen wird auch der Hausarzt eingebunden.

4.3.4 Bewertungen einer landesweiten Übertragbarkeit des Projekts

Fortsetzung von Tab. 2 - Pflege:

Thema	Interviewausschnitte
Generelle Zustimmung	Ich kann es mir für uns vorstellen. / Also, es wäre ganz toll, wenn es das weiter geben würde. / Ja, wieso soll es nicht möglich sein? Man muss es ausprobieren, und dann entwickelt man das weiter. / Ich finde es eine gute Geschichte, ich möchte das, weil die Verweildauer immer kürzer wird. Die Bewohner brauchen es immer mehr. Und das System entwickelt sich genau in die falsche Richtung. Die Hausärzte nehmen sich von den Stunden her zurück.
Akzeptanz der Ärzte ist notwendige Voraussetzung	Voraussetzung ist, dass es die Ärzte akzeptieren. Das ist die größere Hürde. / Wenn das Projekt "Ärztliche Koordination" am Ende Erfolg hat, müsste ein Umdenken in der Ärzteschaft stattfinden.

Thema	Interviewausschnitte
Die Finanzierung muss gesichert sein	Wenn die Finanzierung gesichert ist. Der Bewohner hat einen Tagessatz, der eh nicht gedeckt ist mit 173 Euro auf Pflegestufe 7; ist eh schon nicht gedeckt. Also kann ich nicht auch noch für den Arzt Geld abzwacken. Die Kosten müssten halt irgendwo gedeckt sein. / Ja, die Finanzierung nachher. Also angenommen, das Projekt geht durch und man sagt, man braucht einen Palliativ-Heimarzt. Da möchte ich wissen, wer das finanziert und wie das dann strukturiert ist. Haben wir dann drei oder vier Stunden? Müssen die abgezeichnet werden oder kommt er wie der Wind? Da gehört meines Erachtens einfach noch eine klare Fassung hinein: Was ist da drinnen? Wer zeichnet das ab? Es muss abgezeichnet sein. Wenn er sagt, er hat vier Stunden gemacht, und er geht im Haus umher, und ich sehe nicht, wo er die vier Stunden gemacht hat, dann ist es schwierig.
Engagement von Ärzten und Pflege ist Voraussetzung	Es braucht Engagement von beiden Seiten, die bewusste Handhabe.
Die Organisationsstruktur muss geklärt sein	Die Frage ist immer, wie man es organisiert. Die verschiedenen Strukturen sind für mich schon ein großer Knackpunkt und dass man die Pflege und Hausärzte mehr zusammenbringen muss. Aber das kann wachsen.
Es benötigt einen Spiritus Rector	Natürlich braucht es immer einen Kümmerer, das ist ganz klar.
Es benötigt fachliche Zusatzqualifikationen	Das ist auch noch wichtig zum ärztlichen Koordinator: Ich bin der Meinung, dass es dementsprechende Ausbildungen braucht.
Bestimmte Sachfragen sollten für die Heime verpflichtend sein.	Dafür würde es dann sprechen, wenn es einfach etwas gibt, wo man auch die Häuser teilweise verpflichtet. Kümmert euch darum: Was ist der Wille des Bewohners? Also, dass es fast etwas Verpflichtendes wird in einem Heimvertrag aber auch für die Angehörigen.
Es wäre vor allem für Heime gut, in denen die Versorgung eher <i>nicht</i> funktioniert	Erfolgreich wäre es dann, wenn es landesweit die <i>Möglichkeit</i> geben würde, für Häuser, wo die ärztliche Versorgung nicht gut funktioniert, so etwas zu implementieren, damit dort auch eine ärztliche Versorgung gewährleistet ist. Aber es sollte als Möglichkeit und nicht als Vorgabe stattfinden. Das müsste man natürlich in allen Heimen erheben. Das müsste man sowieso. Man weiß ja nicht, in wie viel von insgesamt 52 Heimen Vorarlbergs die ärztliche Versorgung tatsächlich funktioniert oder nicht funktioniert. / Kritisch. Es ist immer schwierig, wenn in einzelnen Häusern etwas nicht funktioniert, allen Häusern etwas überzustülpen. „Landesweit“ heißt: alle müssen.
Die freie Arztwahl darf nicht eingeschränkt werden	Was passiert mit der freien Arztwahl? Ziehen sich die Hausärzte dann mehr zurück? Es gibt ja dann den ärztlichen Koordinator. Der kann ja dann einen Facharzt dazu ziehen. Sie haben mehr Möglichkeiten, sich aus der Verantwortung zu nehmen. Ich sehe es kritisch. Ich habe Angst, dass unsere Hausärzte nicht damit könnten, weil sie sich übergeben fühlen. Und ich weiß nicht, ob es im Sinne vom Bewohner ist, wenn die freie Arztwahl nicht mehr gewährleistet ist, weil nicht mehr alle Ärzte gewillt sind ins Haus zu kommen.
Telefonverbindung zum KH herstellen	(Diskussionsbeitrag der zweiten Fokusgruppe): Es sollte telefonische Verbindung zum Krankenhaus hergestellt werden, um Notfälle ggf. mit einem Arzt telefonisch abklären zu können.

Fortsetzung von Tab. 2 - Ärzte:

Thema	Interviewausschnitte
Generelle Zustimmung	Ja. Selbstverständlich. / Wenn das jetzt landesweit installiert würde, würde ich sehr wohl eine gesamte Qualitätsverbesserung sehen. / Kann ich mir gut vorstellen. Und, wenn die Bereitschaft da ist, auch in anderen Heimen oder die jetzt nicht dabei sind im Projekt aber als Vergleichsheim herangezogen werden. Wenn dort auch die Bereitschaft da ist, sowohl von der Pflege als auch von den betreuenden Ärzten, fände ich es eine gute Idee. / Dafür sprechen schon einzelne positive Rückmeldungen, und das ist sicher gut. / Damit das Projekt tatsächlich zum Erfolg wird, sollte es prolongiert werden, ganz klar. Das was im Projekt jetzt initiiert wurde, sollte natürlich fortgesetzt werden, also weiterhin strukturell diese Koordinatorfunktion bestehen bleiben ... ansonsten ist das Projekt eine Geschichte, die man halt gemacht hat und dann wieder in der Schublade verschwindet wie so Vieles. / Also, das ist für mich ein Prozess. Das ist einerseits das Ziel, das zu institutionalisieren. Das Ziel ist es zu standardisieren, was die Aufgaben sind. Das für alle Heime einzurichten, und anschließend muss man das in einem bestimmten Zeitraum wieder evaluieren.

Thema	Interviewausschnitte
Grundsätzliche Befürwortung. Problematisch ist es, Allgemeinmediziner zu finden, die die Koordination übernehmen.	Auf die Frage, ob jedes Altersheim einen Ärztlichen Koordinator benötigen sollte, denke ich mir: Wenn das System gut umgesetzt ist, und wenn das auch entsprechend gut funktioniert, ist das sicherlich eine gute Option. Nur, wenn dann Voraussetzung ist, dass der Allgemeinmediziner, der das machen soll, dann wirst du wahrscheinlich nicht so viele Allgemeinmediziner finden, die keine Heimanbindung haben, die das übernehmen.
Abwartende Haltung	Was man daraus macht, ob das Projekt jetzt quasi so verändernd ist, wie man gemeint hat, das bleibt abzuwarten. ... Ob das wirklich etwas bringt im Sinne der Patienten, das ist die Frage. Das muss man sich nach der Evaluierung halt überlegen. Was macht das Projekt? Bringt das dem Patienten etwas? Wem bringt es etwas unterm Strich? Bringt es dem Patienten eine Reduktion von 3% Rettungsfahrten?
Es wäre vor allem für Heime gut, in denen die Versorgung eher <i>nicht</i> funktioniert	Dagegen spricht nichts. Aber man muss sehen, dass es in kleineren Gemeinden, in kleineren Heimen, zu einem guten Teil bereits gut funktioniert. Es gibt das Beispiel dieser gelben Mappe, die inzwischen in allen Gemeinden und auch im Reindelta eingesetzt wird. Das ist eine Dokumentationsmappe: die wichtigste Diagnose, die wichtigsten Medikamente, die wichtigsten Untersuchungen. Die nimmt der Patient mit, wo er hingebracht wird. Es hat sich schon viel getan, aber es ist noch nicht landesweit strukturiert für alle. Es gibt noch keinen guten Standard für alle. Und das wäre das Ziel. / Wenn man das landesweit macht, ist es sicher gut, vor allem auch darum, weil wahrscheinlich nicht alle Pflegeheime so gut strukturiert sind. Speziell für die schlechter strukturierten Heime wäre es eine absolute Notwendigkeit. Das wäre sicherlich ein wesentlicher Teil: Einerseits, dass jetzt dort wo es läuft, es weiterläuft, und dort, wo es nicht läuft - da werden sicherlich auch viele dabei sein, die strukturell nicht so gut sind - dass man dort diese verbesserten Strukturen initiiert. Das wäre sehr wichtig.
Die landesweite Übertragung wäre kostenneutral	Unsere These lautet: Es ist kostenneutral, das heißt, durch eine gute vorausschauende Planung sparen wir uns Krankenhauseinweisungen und Notarzteinsätze.
Die ärztliche Koordination muss ärztliche Kollegen und Angehörige sensibel einbinden.	Es gibt schon kritische Situationen, wenn die Pflege dem ärztlichen Koordinator sagt: „Dieser Patient von einem anderen Arzt hat Schmerzen.“ Und er kommt nicht, und wenn die Pflege nicht durchkommt, dann hat der ärztliche Koordinator die unangenehme Aufgabe, diesen Kollegen oder diese Kollegin zu kontaktieren und zu sagen: „Ja, da könnte vielleicht noch etwas mehr gemacht werden.“ Und das ist eine sehr sensible Angelegenheit. Es lassen sich nicht viele Kollegen reinreden. Das ist bekannt, verständlich und menschlich. Aber dennoch ist diesbezüglich Entwicklungsbedarf gegeben, indem man mehr lernt aufeinander zu hören. / Ich glaube der Koordinator muss gut mit den Kollegen können. Er muss ein Bindeglied sein für die Koordination selber. Ich glaube, da ist einfach eine kommunikative Art wichtig. Natürlich eine gewisse Kompetenz auch, dass er anerkannt wird von allen Seiten. / Der Rest ist schon Fingerspitzengefühl und ein bisschen Philosophie. Das ist nicht einfach nur Wissen oder Nichtwissen, sondern es menscht überall, und da musst du die Leute wieder abholen, wo sie sind, die Angehörigen.
Freie Arztwahl und Unwillen ärztlicher Kolleginnen und Kollegen erschweren den Einsatz einer ärztlichen Koordination	Die Tendenz zum Heimarzt geht immer so. Vielleicht muss man das wirklich einmal konsequent kombinieren. Allerdings haben wir die freie Arztwahl per Gesetz in Österreich. Von dem her ist es nicht so einfach, das darüberzustülpen. Es ist halt so ein Zwischending. Im Endeffekt wäre die Koordination dann nur notwendig, wenn der Kollege wirklich nicht nachzieht oder es an Verständnis fehlt. Wenn er nicht will, dann kann man auch nichts machen. Das ist schon ein bisschen schwierig.
Mit etwas weniger als der geplanten Zeit wäre bereits eine Verbesserung erreicht	Die Problematik ist dann das Gesamtmedizinsystem: Ärztliche Leistungen wachsen, und die Köpfe bleiben gleich oder werden weniger. Und, dass man mit etwas weniger Einsatz als der projektierten Zeit auch schon etwas erreichen kann, weil mit diesen Zeiten wird es sehr schwierig sein Ärzte zu finden, die das durchführen und übernehmen können. Das ist so meine persönliche Einschätzung, weil wir überall sehen, dass Städte, Gemeinden keine Allgemeinärzte finden. Und dann werden für neue Aufgaben noch weniger Kräfte und Energien bestehen.

Thema	Interviewausschnitte
Die Medikation bei Notfällen muss differenziert umgesetzt werden.	(Diskussionsbeitrag der zweiten Fokusgruppe) Wenn zu Randzeiten (z.B. nachts) ein Notfall eintritt, ist zu unterscheiden: a) Ob es ein Notfall ist, bei dem eine diplomierte Pflegekraft oder ein Arzt hinzugezogen werden muss oder b) ob eine geplante Dauermedikation laut Notfallplan sinnvoll ist. Diese ist auf jeden Fall exakt zu dokumentieren (Eingang des Medikaments, Ausgabe des Medikaments).
Es sind Anreize für Ärzte zu schaffen.	(Diskussionsbeitrag der zweiten Fokusgruppe) Damit auch Hausärzte an interdisziplinären Sitzungen verbindlich teilnehmen, sollten sie in immaterieller wie materieller Form Anerkennung bzw. Anreize bekommen.
Besprechungen mit der Pflege müssen abgestimmt und strukturiert werden.	(Diskussionsbeitrag der zweiten Fokusgruppe) Von beiden Seiten (Ärzte, Pflegekräfte) ist es nötig, sich für interdisziplinäre Sitzungen verbindlich und systematisch abzustimmen und auf die zeitlichen Gegebenheiten des jeweils Anderen Rücksicht zu nehmen.

4.3.5 Weitere Anmerkungen

Fortsetzung von Tab. 2 - Pflege:

Thema	Interviewausschnitte
Vergleichsheime profitieren von den Projekterfahrungen.	Wir aus der Vergleichsgruppe sind von Beginn an dabei gewesen und können Erfahrungen aus den anderen Gruppen mitnehmen (z.B. Umsetzung eines Notfallplans). Es gibt Anknüpfungspunkte untereinander
Interventionsheime intensivieren ihre Auseinandersetzung mit der Palliativ-Pflege.	Seit dem Projekt beschäftigen wir uns intensiver mit dem Schwerpunkt „palliativ“.
Palliativ-Pflege gehört zu den täglichen Pflegeaufgaben	Von der Pflege her ist palliativ kein Unterschied. Es gehört zum Tagesablauf.
Vorarlberger Heime haben ähnliche Problem- und Aufgabenstellungen.	Bei der ersten Fokusgruppe hat man gesehen, dass überall die gleichen Baustellen oder Schwierigkeiten sind.
Der Status von Palliativmedizinern sollte allgemein als Facharzt anerkannt werden.	Der Palliativ-Mediziner sollte ebenso anerkannt werden, wie jeder andere Facharzt auch (z.B. Urologe, Orthopäde). Überall nimmt man einen Facharzt. Warum nicht auch gerade in dieser Phase jemanden holen, der dort Erfahrung hat?
Ärzte und Pflege müssen zusammengebracht werden.	Es gibt ureigene Aufgaben von der Ärzteschaft und der Pflege. Und diese zwei zusammenzuführen, das ist die große Herausforderung. Durch Reden kommen die Leute zusammen. Ich bin der Meinung, Fallbesprechungen lösen das immer. Wenn wir uns immer wieder genau anschauen, was ist gut gelaufen, was könnte besser laufen: Nachher finden Entwicklungen statt, und das ist das Spannende. / Die Fokusgruppe war gut und wichtig. Das ist der richtige Schritt, weil man muss letzten Endes beide Seite gut zusammenbringen zu einem wichtigen Thema. Und das ist in dieser Fokusgruppe gut gelungen.
Sensibler Umgang mit den Hausärzten ist gefordert.	Dass man öffentlich darüber spricht, weil, wenn wir ganz viele Hausärzte haben, soll niemand das Gefühl haben übergangen zu werden. Das ist die große Schwierigkeit, mit der man sehr sensibel umgehen muss.
Der Umgang mit dem Notfallplan und dem „mutmaßlichen Willen“ ist außerhalb der Einrichtung unklar.	Es wäre halt Sinn und Zweck, wenn dieser "Mutmaßliche Wille" immer gilt, nicht nur solange der Bewohner in unserer Einrichtung ist. Das ist jetzt die Schwierigkeit: Wie schicken wir es mit? In welcher Form? Das Original gebe ich natürlich auch nicht aus den Händen, dann kommt es nie mehr retour. Sind die Ärzte in den Krankenhäusern, oder wo immer der Bewohner hinkommt, mit diesem Papier einverstanden? Fühlen sie sich verpflichtet, diese Dinge zu beachten, oder ist es eigentlich ein Papier, wo viel Arbeit drinnen steckt, aber schlussendlich nicht beachtet wird?
Ein Heimarzt wird gewünscht.	Ich hätte einfach gerne einen Heimarzt. Ich hätte gerne einen Arzt, der einmal in der Woche da ist, praktisch seine Ordination für einen Tag lang bei uns im Haus hat, und unsere Bewohner können hingehen, können sich austauschen und bekommen die Dinge die sie brauchen.

Fortsetzung von Tab. 2 - Ärzte:

Thema	Interviewausschnitte
Die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Pflege ist in Vorarlberg unterschiedlich gut.	Die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Einrichtungen funktioniert an manchen Orten wirklich sehr gut und an manchen Ort fast gar nicht. Das ist jetzt bezogen auf Kollegen, aber auch etwas auf die Pflege; überwiegend auf die Kollegen. Manche machen das nicht gerne, obwohl sie Hausärzte sind.
Ärztliche Koordinatoren benötigen eine Zusatzqualifikation.	Wie qualifiziere ich mich als Heimarzt zum ärztlichen Koordinator? Mindestens die additive Ausbildung für Geriatrie, dort ist auch ein Teil Palliativmedizin drinnen, das müsste man voraussetzen. Ärztekammerdiplom Geriatrie. / Ich denke, dass das ein Allgemeinmediziner sehr gut machen kann. Er sollte allerdings schon eine palliativmedizinische Fortbildung genossen haben und sollte einfach auch Herzblut mitbringen. / Bei uns hat von den Hausärzten jeder ein Diplom, Geriatriediplom, Palliativdiplom. Ich habe auch ein Geriatrie- und Palliativdiplom. Also, da sind wir schon gut gerüstet für dieses Thema. Ich bin froh, dass da was läuft, weil es schlimm wäre, wenn es nachher Leerlauf gäbe und nur irgendeine Basisbetreuung stattfindet aber nichts Innovatives passiert, was für den Bewohner an und für sich von Vorteil wäre.
Mit der Patientenverfügung sollte sensibel umgegangen werden.	Ich finde es nicht gut, wenn man beim ersten Aufnahmegespräch sozusagen schon gleich fragt: "Was ist mit ihrer Verfügung? Was ist wenn es ihnen schlecht geht?" Das macht man an und für sich schrittweise. Das ist ein Aspekt, den man auch mit den Angehörigen thematisieren muss.
Die demografische Entwicklung bewirkt personelle Ressourcenknappheit in der Pflege.	Wenn man die Demographie anschaut von den Bewohnern, aber auch von den Ärzten und vom Pflegepersonal, glaube ich, dass man sich Strategien ausdenken muss, wie man effektiv arbeiten kann. Personell sind wir eher an den Grenzen der Ressourcen, sowohl ärztlicherseits als pflegerischerseits. Die Pflege ist ein sehr anspruchsvoller Beruf. Sie ist belastend, teilweise aufreibend, wenn man sich etwas in die Materie kniet, und sollte auch mehr Wertschätzung haben. Es ist eigentlich lächerlich, was die Pflege verdient, deshalb sind auch viele in der Schweiz oder in Liechtenstein, wo sie deutlich mehr verdienen. Also, das gehört aufgewertet. Und es gehört natürlich auch die Tätigkeit und die Zuwendung des Arztes mehr wertgeschätzt, weil das eine sehr zeitaufwendige Geschichte ist und auch oft an die Substanz geht, wenn man es ernst nimmt und sich dafür einsetzt. Also dafür kann man, finde ich, nicht genug Mittel einsetzen. / Die Pflege der Patienten ist in den Pflegeheimen leider Gottes - und das wird so bleiben und sich weiter verschärfen - marginal ausreichend. Sie ist, was die körperliche Pflege anbelangt, sicher gut aber, was den nötigen Zeitaufwand für die Patienten anbelangt - gerade demente Patienten auf Nicht-Demenz-Stationen - bei weitem nicht ausreichend. Und das hängt damit zusammen, dass zu wenig Personal besteht, weil es zu teuer ist. Die Zuwendung im psychosozialen Bereich ist suboptimal und wird natürlich immer suboptimal bleiben. Aber das ist ja nicht Ziel unseres Projektes, das wurde da ja nicht tangiert, das verbessert sich durch das Projekt natürlich nicht. Da müsste man andere Gelder in die Hand nehmen.
Medikamentendepots in Heimen sind nicht nötig.	Wenn ich Akutmedikamente brauche, bekomme ich diese von der Apotheke. Es ist kein Problem, dass man das herschafft und zwar schnell, wenn man es braucht. Wenn sich eine Entwicklung zeigt, dass ich das die nächste Zeit brauche, dann kann ich es auch rechtzeitig verschreiben und für den Patienten oder für den Bewohner direkt verordnen. Dann brauche ich kein Depot einzurichten, wo es mir eh kaputt geht, weil ich es vielleicht dann fast nie brauche. Und es läuft mir ab. Dann kann man es wegschmeißen und dann ist die Heimleitung verpflichtet genau zu dokumentieren, was sie in diese Apotheke hineingetan haben und was rausging. Das ist schon jetzt das Problem, auch mit den Suchtgiften.
Gute Beziehungen zum Gemeindefürsorgearzt und dessen persönliches Engagement sind förderlich.	Als Gemeindefürsorgearzt habe ich in diesem Heim eine kleine Sonderstellung. Und von meinem inneren Antrieb aus natürlich auch, weil mich das einfach fasziniert, interessiert, und weil es eine ganz wichtige Sache ist.
Pflegekräfte in Altersheimen sollten palliativ geschult sein.	Also ich denke mir: Altersheime sollten meiner Meinung nach alle im Bereich Palliativmedizin heutzutage geschult sein. ... Es sollte mindestens auf jeder Station und im Dienst immer einen geben, der sich mit Palliativmedizin auskennt.

Thema	Interviewausschnitte
Notfallpläne sind sinnvoll.	Das nächste, was es gibt: In einzelnen Heimen weiß ich, dass es das gibt: der Notfallplan. ... Ich muss natürlich auch mit einem Patienten reden und herausfinden, was er denn gerne will und z.B. fragen: Bei was für einer Sache würdest du jetzt noch ins Krankenhaus wollen? Willst du wirklich, wenn du im Sterben liegst, noch ins Krankenhaus transferiert werden? .. Der Notfallplan, das ist etwas wo ich jetzt angefangen habe zu fragen. Und die wenigsten Patienten, die aus dem Altersheim kommen, haben ein Notfallpapier.
Heimärzte sind sinnvoll.	Wobei ich grundsätzlich der Meinung bin, dass vermutlich Altersheime mehr davon profitieren würden, wenn es wieder Heimärzte geben würde.
Der ärztliche Koordinator hat umfassende Kommunikationsaufgaben zu bewältigen.	Die Kommunikation zwischen Hausarzt und Pflege und dem ärztlichen Koordinator, also da sollten eigentlich auch Kommunikationstreffen stattfinden. Wir sind bei den Aufgaben des ärztlichen Koordinators: Moderation von Fallbesprechungen, also wenn einzelne schwierige Fälle sind zwischen Pflege, dem betreuenden Arzt und den Angehörigen, also da kann er moderieren. Kommunikation mit dem mobilen Palliativteam. Förderung der Schulung und Weiterbildung des Pflegepersonals im Palliativ Care. Kurzvorträge für die Pflege mit entsprechender Diskussion. Das sind eigentlich so angedachte Aufgabengebiete des ärztlichen Koordinators. / Im Rahmen der Tätigkeit war sicher das, dass man ein Verständnis schafft: Warum soll dieses Projekt stattfinden? Dass man Kollegen dazu motiviert, dass sie erkennen, was der Sinn davon ist oder dass es nicht nur um leeres Papier geht, sondern wirklich um eine vorausschauende Lösung für Patienten in einer gewissen Notsituation.
Die ärztliche Koordination setzt klare Zeitrahmen für Visiten.	Das verstehe ich unter strukturierter Visite, die auch einen klaren Zeitrahmen hat. / Vielleicht ist auch mit kleinerem zeitlichen Umfang auch schon etwas zu erreichen.
Trotz bester Abstimmung kann es aus Sicherheitsgründen zu unnötigen Spitalweisungen kommen.	Es nützt nichts, wenn wir das beste Einvernehmen haben, und wir haben alles gut ausgemacht. In der Nacht ruft die Pflegekraft doch den Notarzt. Weißt du, das ist immer dasselbe. Auch zu Hause: Da wird ein Mensch jahrelang zu Hause gepflegt. Man sagt: Er soll nicht ins Krankenhaus, er soll nicht ins Pflegeheim, und fünf Minuten bevor er stirbt ... das ist so oft. Und diesen menschlichen Teil, den werden wir nie irgendwie heraustun können. ... Die sind überfordert und meinen, sie machen etwas falsch, und dann tut man zur Sicherheit ... Die machen auch nur alles zur Sicherheit.

Zusammenfassend gesagt, stehen die obigen Aussagen für einen breiten interdisziplinären Diskurs, der einerseits durch etliche Pro-Argumente auf den prinzipiellen Sinn und die Machbarkeit der ärztlichen Koordination verweist. Genannte positive Veränderungen – bezüglich Kommunikation, Dokumentation, Wissensaufbau, Medikamentenversorgung, Zufriedenheit von Bewohnern und Angehörigen u.a. – entsprechen etlichen evidenten Faktoren, wie sie internationale Studien zu diesem Modell herausgearbeitet haben.

Andererseits konnte der Diskurs auch durch Kontra-Argumente belegen, dass vorab einer potentiellen landesweiten Übertragung des Modellprojekts einige Fragen geklärt werden müssen. Das sind weniger Aspekte der inhaltlichen Aufgaben einer ärztlichen Koordination, sondern in erster Linie Fragen zu ärztlichen Belastungsgrenzen und Zusatzqualifikationen, zur Finanzierbarkeit und - mittels vorgeschalteter Ist-Analyse - zur Identifikation jener Heime, die dadurch eine erhebliche Qualitätsverbesserung in der palliativen Versorgung gewinnen würden gegenüber jenen anderen Heimen, die bereits eine gute bis sehr gute palliative Versorgung realisieren.

Auf den Sachstand des Modellprojekts bezogen, gab es seitens der involvierten Gesprächspartner/innen ausschließlich positive Rückmeldungen: Sie nannten als beobachtete Effekte eine thematische Bewusstseinsbildung, eine verbesserte interdisziplinäre Kommunikation, eine verbesserte Pflegequalität, die Zielerreichung des Modellprojekts, eine positive Außenwahrnehmung und – worauf alle Anstrengungen letztlich hinauslaufen – eine bessere Lebenslage von Bewohnerinnen und Bewohnern in ihrer letzten Lebensphase.

4.4 Kennzahlenanalyse

Kombiniert mit den qualitativen Elementen zielt die Evaluation des Modellprojekts „Ärztliche Koordination“ des Weiteren darauf ab, standardisierte Kennzahlen von Versuchs- und Vergleichsheimen zu erheben, um vermutete Wirkungseffekte zu prüfen. Eine der ersten Aufgaben bestand daher nach Projektbeginn darin, mit der Projektleitung (Prim. Mathis), den beteiligten Einrichtungen (siehe Kap. 1) und dem Land Vorarlberg (Abt. IVb) empirisch relevante Kennzahlen abzustimmen, wie sie in internationalen Vergleichsstudien gebräuchlich sind. Gemäß eines Schreibens des Vorarlberger Landesgesundheitsfonds vom 30.10.2014 sind dies folgende Messgrößen:

1. Notfallmedikamente vor Ort (Art, Menge) => Nach medizinischer Diskussion wurden erfasst: Morphium, Buscopan, Robinul, Midazolam, Haldol in der Messeinheit „Ampulle“.
2. Anzahl Bewohner/innen mit „richtlinienkonformer“ Bedarfsmedikation,
3. Anzahl Bewohner/innen für die ein Notfall/Krisenplan vorliegt,
4. Anzahl Bewohner/innen mit Patientenverfügung (aufgeschlüsselt nach „verbindlicher“ bzw „beachtlicher“),
5. Anzahl Bewohner/innen mit dokumentiertem mutmaßlichem Willen,
6. Anzahl der Notarzteinsätze,
7. Anzahl der notfallmäßigen Verlegungen ins Krankenhaus (gruppiert nach: Tag (7:00-19:00), Nacht (19:00 bis 7:00), stationäre Aufnahme ja/nein),
8. Anzahl der interdisziplinären Fallbesprechungen,
9. Anzahl der Gespräche zwischen dem ärztlichen Koordinator und der Pflegeleitung,
10. Anzahl der Gespräche zwischen dem ärztlichen Koordinator und der Stationspflege,
11. Anzahl der Gespräche zwischen dem ärztlichen Koordinator und den betreuenden Hausärzten.

Die Kennzahlen 1 bis 5 und 8 bis 11 erhoben die Versuchs- und Vergleichsheime (so eine Kennzahl zutreffend ist) zwischen dem 01.09.2014 und dem 28.09.2015 (bzw. dem 01.10.2014 und dem 30.09.2015) eigenständig einmal pro Woche. Um die Werte von Versuchs- und Vergleichsheimen gemäß der Heimgröße für die statistischen Analysen anzugleichen, wurden die Kennzahlen 1 bis 5 pro Heim in Prozent der im Untersuchungszeitraum vorgehaltenen Betten umgewandelt (vgl. Tab. 3).

Die Kennzahlen 6 und 7 stellte das Österreichische Rote Kreuz zur Verfügung und zwar für Versuchs- und Vergleichsheime für den Zeitraum der Projektumsetzung sowie für denselben Jahreszeitraum vorab des Projekts. Eine Auflistung nach Tages- und Nachtzeiten wurde jedoch aus Aufwandsgründen nicht übermittelt.

Nachdem Versuchs- und Vergleichsheime ihre Daten bis zum 31.10.2015 übermittelt hatten, übertrug der FB SoWi die Datenreihen in das Statistikprogramm SPSS 23.0 und führte mit ihnen gruppierte Vergleichsanalysen durch. Für jede Kennzahl, die Versuchs- und Vergleichsheime gleichermaßen betrifft, wurde die ungerichtete Unterschiedshypothese geprüft. Beispiel: Versuchs- und Vergleichsheime unterscheiden sich in der Vergabemenge von Morphium.

Gemäß sozialwissenschaftlicher Konvention gilt eine Unterschiedshypothese als vorläufig bestätigt, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit „p“ (also die fälschliche Annahme eines statistisch dargestellten Unterschieds) kleiner-gleich 5 Prozent ist. Trifft diese Bedingung zu, liegt ein statistisch signifikanter Unterschied vor, und die Unterschieds- bzw. Alternativhypothese darf als vorläufig bestätigt angesehen werden.¹

¹ Wobei zusätzlich gilt: $p \leq 0,05 = *$ = signifikanter Unterschied / $p \leq 0,01 = **$ = hochsignifikanter Unterschied / $p = 0,000 = ***$ = höchstsignifikanter Unterschied.

4.4.1 Kennzahlen der Heime

4.4.1.1 Unterschiede zwischen Versuchs- und Vergleichsheimen bei patientenbezogenen Kennzahlen

Kennzahlen der Heime sind mit ihren absoluten Größen abhängig von der Anzahl der Betreuten. Anders formuliert: dieselbe Anzahl an vorliegenden Notfallplänen ist unterschiedlich bedeutsam, wenn z.B. im Heim A 50 und im Heim B 100 Personen betreut würden. Aus diesem Grund wurden vorab der Analyse alle Kennzahlen in Relation zu den vorgehaltenen Betten als Indikator für die „Heimgröße“ gesetzt und anschließend Durchschnittswerte für Versuchs- und Vergleichsheime gebildet. Unsere sechs Versuchs- und Vergleichsheime, von denen auswertbare Daten vorliegen, weisen weit auseinanderliegende Heimgrößen zwischen 32 und 107 Betten vor (vgl. Tab. 4). Ein Vergleich der absoluten Kennzahlen würde damit stark verzerrte Ergebnisse liefern.

Tab. 3: Bettenanzahl der Versuchs- und Vergleichsheime

Forschungsdesign	Einrichtung	Heimgröße (Anzahl Betten)
Versuchsheime	Dornbirn Höchsterstraße	107
	Bludenz Senecura	97
	Rankweil Klosterreben	^{a)} 62
Vergleichsheime	Feldkirch Antoniushaus	63
	Feldkirch Schillerstraße	56
	Lustenau Schützengarten	32

a) 60 reguläre in Einzelzimmern plus zwei im Doppelzimmer

Da keine der abhängigen Variablen normalverteilt war, konnte keine Varianzanalyse durchgeführt werden, um zwischen den Heimen signifikante Mittelwertsunterschiede herauszuarbeiten. Stattdessen wurde der MWU-Test für k unabhängige Stichproben verwendet. Tabelle 4 präsentiert nachstehend die Ergebnisse von Unterschiedsanalysen der Kennzahlen¹ bis 5 bei Versuchs- und Vergleichsheimen anhand der Mittleren Ränge des MWU-Tests. Die statistische Kenngröße „Mittlerer Rang“ entspricht der Ausgabe des MWU-Tests, der explizit keine Mittelwertsunterschiede prüft. Hierbei gilt: Je höher der „Mittlere Rang“, desto höher ist die Heimkennzahl ausgeprägt.

Der Test besagt Folgendes: Liegen Heime mit ihren Mittleren Rängen (relativ) nahe beieinander, bestätigt dies die Nullhypothese, dass sich die Heime **nicht** signifikant voneinander unterscheiden. Allerdings kann der Test (im Unterschied zur Einfaktoriellen Varianzanalyse) nicht im Detail darstellen, *welche* Heime sich von welchen anderen signifikant unterscheiden; er belegt ausschließlich, *dass* sich zwischen den Heimen Unterschiede ergeben.

Pro Heimkennzahl zeigt sich, dass sich die Versuchs- und Vergleichsheime in ihren Mittleren Rängen höchstsignifikant voneinander unterscheiden ($p=0,000$ / die Überprüfung mittels Median-Test brachte dasselbe Ergebnis). Dies gilt um so mehr, je weiter die Mittleren Ränge auseinander liegen. In Tabelle 4 sind innerhalb jeder Heimkennzahl die Heime jeweils nach ihren Mittleren Rängen absteigend sortiert. Zur rascheren optischen Erfassung sind Versuchsheime zusätzlich hellblau hinterlegt.

Da der Mittlere Rang für den Alltagsgebrauch unverständlich ist, wurde zum Zweck der Nachvollziehbarkeit – trotz der statischen Einschränkung bzw. Unkorrektheit – für jedes Heim und jede Heimkennzahl zusätzlich der Mittelwert (in % der vorgehaltenen Betten) angegeben.

Tab. 4: Unterschiede zwischen Versuchs- und Vergleichsheimen bei patientenbezogenen Kennzahlen

Heimkennzahl: Palliativbetreuung	Seniorenheim	Mittlerer Rang	Mittelwert in % der Bettenanzahl
2 Richtlinienkonforme Be- darfsmedikationen in Relation zur Bettenanzahl	Feldkirch Schillerstraße	279,31	100,0
	Feldkirch Antoniushaus	262,40	99,2
	Bludenz Senecura	204,91	97,9
	Rankweil Klosterreben	154,05	95,5
	Lustenau Schützengarten	58,60	81,5
	Dornbirn Höchsterstraße	58,04	71,5
3 Vorliegende Notfallpläne in Relation zur Bettenan- zahl	Lustenau Schützengarten	284,26	77,7
	Dornbirn Höchsterstraße	236,35	56,9
	Bludenz Senecura	175,23	26,1
	Rankweil Klosterreben	170,28	24,9
	Feldkirch Schillerstraße	83,85	6,1
	Feldkirch Antoniushaus	29,79	1,7
4 Verbindliche Patienten- verfügungen in Relation zur Bettenanzahl	Rankweil Klosterreben	252,00	1,6
	Feldkirch Schillerstraße	244,31	2,1
	Feldkirch Antoniushaus	178,46	1,3
	Bludenz Senecura	153,81	0,7
	Dornbirn Höchsterstraße	91,30	0,1
	Lustenau Schützengarten	87,00	0,0
4 Beachtliche Patientenver- fügungen in Relation zur Bettenanzahl	Feldkirch Antoniushaus	306,50	16,9
	Rankweil Klosterreben	228,00	3,2
	Bludenz Senecura	143,67	2,5
	Lustenau Schützengarten	143,17	3,7
	Dornbirn Höchsterstraße	132,92	2,3
	Feldkirch Schillerstraße	46,50	0,0
5 Dokumentierter mutmaß- licher Wille in Relation zur Bettenanzahl	Lustenau Schützengarten	301,54	81,5
	Feldkirch Antoniushaus	227,60	64,8
	Dornbirn Höchsterstraße	196,91	49,4
	Bludenz Senecura	150,26	28,2
	Rankweil Klosterreben	66,89	6,4
	Feldkirch Schillerstraße	51,02	4,8

Es zeigt sich folgendes Bild:

- Versuchs- und Vergleichsheime nehmen bei unterschiedlichen Kennzahlen unterschiedliche Rangpositionen ein.
- Die Quote der richtlinienkonformen Bedarfsmedikationen ist in vier Einrichtungen sehr hoch ausgeprägt zwischen 95,5% und 100% der Bettenanzahl. Die beiden Feldkircher Vergleichsheime liegen hier knapp vor den beiden Versuchsheimen in Bludenz und Rankweil.
- Bei den vorliegenden Notfallplänen weist das Vergleichsheim in Lustenau mit über drei Vierteln der Bettenzahl (77,7%) die höchste Quote vor, gefolgt vom Dornbirner Versuchsheim mit knapp zwei Fünfteln (56,9%). Die Versuchsheime in Bludenz und Rankweil liegen mit gut einem Viertel (26,1%, 24,9%) annähernd gleichauf dahinter.
- Verbindliche Patientenverfügungen werden in den seltensten Fällen erstellt. Alle Heime weisen diesbezüglich eine Ausschöpfungsquote von kleiner-gleich 2,1% vor.
- Beachtliche Patientenverfügungen werden - mit Ausnahme des Vergleichsheims Feldkirch-Antoniushaus - ähnlich selten erstellt, nämlich nur in Null Prozent bis 3,7% der Fälle.
- Bei der Quote des dokumentierten mutmaßlichen Willens führt das Vergleichsheim in Lustenau mit 81% die Rangreihe an, gefolgt vom Vergleichsheim Feldkirch-Antoniushaus (64,8%) und den drei Versuchsheimen (Dornbirn: 49,4%, Bludenz: 28,2%, Rankweil: 6,4%).

Einige qualitative Daten und Entwicklungen im Projekt bieten ansatzweise Erklärungen für das obenstehende Ergebnis, wobei anhand der von den Heimen ausgefüllten Excel-Dateien davon ausgegangen werden darf, dass die originalen Daten im Sinn der Erhebung eingetragen wurden:

- Im Haus Höchsterstraße, Dornbirn, erlitt der ärztliche Koordinator kurz nach Projektbeginn Ende des Jahres 2014 einen Herzinfarkt und konnte erst Monate später wieder seiner Berufstätigkeit nachgehen. In Folge dessen fiel nach Aussage der Pflegedienstleitung die Koordination aus, denn keiner der vier involvierten Hausärzte hatte die Koordinationsfunktion übernommen. Dies kann der Grund dafür sein, dass dieses Versuchsheim bei drei von fünf Kennzahlen am Ende der Rangreihe aufzufinden ist.
- Das bei zwei Kennzahlen erstplatzierte Abschneiden im Haus Schützengarten (Lustenau) kann nach den Aussagen aus Fokusgruppen und Interviews darauf zurückzuführen sein, dass das Heim eine umfassende Organisationsentwicklung durchgeführt hatte. Als Folge dessen wurde unter anderem das Thema der palliativen Versorgung verstärkt bearbeitet sowie die systematische Koordination mit sieben Gemeindeärzten intern vorangetrieben.

Da das Forschungsdesign in Bezug auf die Heimkennzahlen keine Prä-Post-Studie ermöglichte, kann keine Aussage über den Status Quo im Jahr vor dem Pilotprojekt – und damit kein Prä-Post-Vergleich – getroffen werden (dafür hätte das Projekt ein Jahr später starten müssen bzw. die Evaluation ein Jahr früher). Allerdings lassen die Verlaufsdaten alternativ hierzu eine Zeitreihenanalyse bei den Versuchs- und Vergleichsheimen zu. Wie der Eigenname es nahelegt, geben Zeitreihenanalysen Auskunft über Veränderungen in zeitlichen Verläufen.

Die entsprechende Forschungsfrage lautet: **Treten bei den Heimen in Bezug auf die ersten fünf Heimkennzahlen signifikante Veränderungen über den Verlauf der 52 Projektwochen auf?**

Diese Frage wurde für jedes Heim gesondert mittels Autokorrelation innerhalb einer Zeitreihenanalyse geprüft. Darunter ist ein Zusammenhang zu verstehen, der sich innerhalb *einer* Variablen zwischen deren Zeitpunkt-Werten ergibt (Änderungen in einer Zeitreihe setzen sich periodisch fort). Innerhalb der Zeitreihe werden aus einer Beobachtung zu einer bestimmten Zeitperiode Schlussfolgerungen für eine spätere Zeitperiode gezogen. Für Zeitreihenanalysen müssen mindestens 50 aufeinanderfolgende Messzeitpunkte vorliegen,² was in unserem Fall gegeben ist. Angewandt wurde die Box-Ljung-Statistik mit 12 Zeitperioden, die – gemäß unserer 52 Projektwochen – den 12 Monaten eines Jahres entsprechen.

Tabellen 5 bis 10 präsentieren nun, getrennt für jedes Heim, die statistischen Zeitreihenergebnisse der ersten fünf Heimkennzahlen in zusammengefasster Form. Die Tabellen sind wie folgt aufgebaut:

- 1. Spalte: Benennung der Heimkennzahl,
- 2. Spalte: Spannweite der 12 *Autokorrelationen* für die 12 Zeitperioden (a1-12), Autokorrelationen belegen Stärke und Richtung des Zusammenhangs. Angegeben wird jeweils der höchste und der niedrigste Wert. Je höher der Wert ausgeprägt ist, desto stärker ist der periodische Zusammenhang,
- 3. Spalte: Spannweite der *Signifikanzkoeffizienten* für die 12 Zeitperioden (p1-12). Koeffizienten kleiner-gleich 0,05 belegen (höchst-, hoch-)signifikante Unterschiede zwischen den 12 Zeitperioden,
- 4. Spalte: Anzahl der positiven Autokorrelationen größer-gleich 0,02, plus wie minus gilt: 0,2-0,4 = schwacher / 0,4-0,6 = mittlerer / 0,6 - 0,8 = starker / 0,8 - 1,0 = sehr starker Zusammenhang. Positive Autokorrelationen größer-gleich 0,02 *belegen* die Annahme, dass die ärztliche Koordination eine **Zunahme** der Heimkennzahl (z.B. von Notfallplänen) bewirkt,
- 5. Spalte: Anzahl der negativen Autokorrelationen kleiner-gleich minus 0,02, sie repräsentieren eine periodische **Abnahme** der geprüften Kennzahl und *widersprechen* damit der Annahme, dass die ärztliche Koordination eine Zunahme (z.B. von Notfallplänen) bewirkt.

² Vgl. Bortz, Jürgen & Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer. Berlin: 569.

Tab. 5: Zeitreihenanalysen der Kennzahlen 1 bis 5 – Senecura Bludenz (Versuchsheim)

Heimkennzahl in Relation zur Bettenanzahl	Spannweite der Autokorrelationen	Spannweite der Signifikanzkoeffizienten	Anzahl positiver Autokorrelationen $\geq 0,2$	Anzahl negativer Autokorrelationen $\leq -0,2$
Richtlinienkonforme Bedarfsmedikationen	$-0,18 \leq a1-a12 \leq 0,52$	$0,000 \leq p1-p12 \leq 0,003$	1	0
Vorliegende Notfallpläne	$0,08 \leq a1-a12 \leq 0,87$	$0,000 = p1-p12$	8	0
Verbindliche Patientenverfügungen	$-0,04 \leq a1-a12 \leq 0,91$	$0,000 = p1-p12$	8	0
Beachtliche Patientenverfügungen	$0,32 \leq a1-a12 \leq 0,94$	$0,000 = p1-p12$	12	0
Dokumentierter mutmaßlicher Wille	$0,22 \leq a1-a12 \leq 0,93$	$0,000 = p1-p12$	12	0

Erläuterung: Bei allen fünf Heimkennzahlen ist im Heim Bludenz über den Projektverlauf ein positiver und höchstsignifikanter Zeitreiheneffekt, d.h. eine Zunahme der Kennzahlenwerte, zu erkennen. Bei richtlinienkonformen Bedarfsmedikationen fällt sie insofern bescheiden aus, als nur eine positive Korrelation, und zwar bei der ersten Zeitperiode (im ersten Monat nach Projektbeginn) besteht. Im Fall vorliegender Notfallpläne und verbindlicher Patientenverfügungen währt dieser Effekt über die acht ersten Projektmonate, und im Fall der beachtlichen Patientenverfügungen sowie des dokumentierten mutmaßlichen Willens ist er im Bludener Heim über die gesamte Projektlaufzeit zu beobachten.

Tab. 6: Zeitreihenanalysen der Kennzahlen 1 bis 5 – Klosterreben Rankweil (Versuchsheim)

Heimkennzahl in Relation zur Bettenanzahl	Spannweite der Autokorrelationen	Spannweite der Signifikanzkoeffizienten	Anzahl positiver Autokorrelationen $\geq 0,2$	Anzahl negativer Autokorrelationen $\leq -0,2$
Richtlinienkonforme Bedarfsmedikationen	$0,24 \leq a1-a12 \leq 0,84$	$0,000 = p1-p12$	12	0
Vorliegende Notfallpläne	$0,18 \leq a1-a12 \leq 0,89$	$0,000 = p1-p12$	11	0
Verbindliche Patientenverfügungen	---	---	---	---
Beachtliche Patientenverfügungen	---	---	---	---
Dokumentierter mutmaßlicher Wille	$0,09 \leq a1-a12 \leq 0,87$	$0,000 = p1-p12$	10	0

Erläuterung: Weil die Daten bei der verbindlichen und beachtlichen Patientenverfügungen konstant sind (d.h. weil im Heim Rankweil i.d.R. keine Verfügungen vorliegen), wurden die Variablen aus der Zeitreihenanalyse entfernt. Bei den drei übrigen Heimkennzahlen weist das Versuchsheim eine höchstsignifikante periodische Steigerung vor. Bei richtlinienkonformen Bedarfsmedikationen bezieht sie sich auf alle 12 Monate, bei vorliegenden Notfallplänen auf elf und beim dokumentierten mutmaßlichen Willen auf zehn.

Tab. 7: Zeitreihenanalysen der Kennzahlen 1 bis 5 – Höchsterstraße Dornbirn (Versuchsheim)

Heimkennzahl in Relation zur Bettenanzahl	Spannweite der Autokorrelationen	Spannweite der Signifikanzkoeffizienten	Anzahl positiver Autokorrelationen $\geq 0,2$	Anzahl negativer Autokorrelationen $\leq -0,2$
Richtlinienkonforme Bedarfsmedikationen	$0,21 \leq a1-a12 \leq 0,94$	$0,000 = p1-p12$	12	0
Vorliegende Notfallpläne	$0,15 \leq a1-a12 \leq 0,91$	$0,000 = p1-p12$	10	0
Verbindliche Patientenverfügungen	---	---	---	---
Beachtliche Patientenverfügungen	$0,41 \leq a1-a12 \leq 0,72$	$0,000 = p1-p12$	12	0
Dokumentierter mutmaßlicher Wille	$0,18 \leq a1-a12 \leq 0,93$	$0,000 = p1-p12$	12	0

Erläuterung: Weil die Daten bei der verbindlichen Patientenverfügung konstant sind (d.h. weil im Heim Dornbirn i.d.R. keine Verfügungen vorliegen), wurde die Variable aus der Zeitreihenanalyse entfernt. Bei den vier übrigen Heimkennzahlen weist das Versuchsheim eine höchstsignifikante periodische Steigerung vor. Diese erstreckt sich bei vorliegenden Notfallplänen auf zehn und bei den drei restlichen Heimkennzahlen auf zwölf Monate.

Tab. 8: Zeitreihenanalysen der Kennzahlen 1 bis 5 – Schillerstraße Feldkirch (Vergleichsheim)

Heimkennzahl in Relation zur Bettenanzahl	Spannweite der Autokorrelationen	Spannweite der Signifikanzkoeffizienten	Anzahl positiver Autokorrelationen $\geq 0,2$	Anzahl negativer Autokorrelationen $\leq -0,2$
Richtlinienkonforme Bedarfsmedikationen	$0,03 \leq a1-a12 \leq 0,68$	$0,000 = p1-p12$	9	0
Vorliegende Notfallpläne	$-0,19 \leq a1-a12 \leq 0,76$	$0,000 = p1-p12$	4	0
Verbindliche Patientenverfügungen	$0,33 \leq a1-a12 \leq 0,93$	$0,000 = p1-p12$	12	0
Beachtliche Patientenverfügungen	---	---	---	---
Dokumentierter mutmaßlicher Wille	$-0,49 \leq a1-a12 \leq 0,75$	$0,000 = p1-p12$	5	3

Erläuterung: Im Vergleichsheim Feldkirch-Schillerstraße zeigt sich im Unterschied zu den drei Versuchsheimen ein heterogenerer periodischer Zeitverlauf. Positive Zeitentwicklungen liegen für alle zwölf Monate bei den verbindlichen Patientenverfügungen vor sowie für die ersten neun Monate bei der richtlinienkonformen Bedarfsmedikation, für fünf Monate beim dokumentierten mutmaßlichen Willen und für vier Monate bei den vorliegenden Notfallplänen. Mehrere Daten belegen, dass der Verlauf der Heimkennzahlen im Vergleichsheim sich von Versuchsheimen (gesamt gesehen) unterscheiden, was zumindest für den Unterschied zu diesem Heim für die positive Wirkungsannahme durch die ärztliche Koordination spricht, wie sie im Projekt apostrophiert worden war:

- Mit Ausnahme der verbindlichen Patientenverfügung ist der Zeitzusammenhang (die Stärke der periodischen Autokorrelationen) bei den Heimkennzahlen weniger stark ausgeprägt.
- Es liegen insgesamt weniger positive Autokorrelationen vor.
- Bei einer Kennzahl liegen sogar negative Autokorrelationen vor.
- Es bleibt offen, warum im Vergleichsheim Feldkirch-Schillerstraße über das Jahr hinweg die Kennzahl der verbindlichen Patientenverfügungen steigt. Hierzu kann diese Studie nichts aussagen; eine Interpretation obliegt dem anschließenden Diskurs. Dabei ist mit Rückblick auf Tabelle 4 zu beachten, dass alle Versuchs- wie Vergleichsheime diesbezüglich sehr niedrige Quoten vorweisen (im Heim Feldkirch-Schillerstraße beträgt sie durchschnittlich 2,1%).

Tab. 9: Zeitreihenanalysen der Kennzahlen 1 bis 5 – Antoniushaus Feldkirch (Vergleichsheim)

Heimkennzahl in Relation zur Bettenanzahl	Spannweite der Autokorrelationen	Spannweite der Signifikanzkoeffizienten	Anzahl positiver Autokorrelationen $\geq 0,2$	Anzahl negativer Autokorrelationen $\leq -0,2$
Richtlinienkonforme Bedarfsmedikationen	$-0,21 \leq a1-a12 \leq 0,47$	$0,001 \leq p1-p12 \leq 0,02$	1	2
Vorliegende Notfallpläne	$-0,1 \leq a1-a12 \leq 0,67$	$0,000 = p1-p12$	4	0
Verbindliche Patientenverfügungen	---	---	---	---
Beachtliche Patientenverfügungen	$-0,12 \leq a1-a12 \leq 0,66$	$0,000 = p1-p12$	6	0
Dokumentierter mutmaßlicher Wille	$0,14 \leq a1-a12 \leq 0,81$	$0,000 = p1-p12$	7	0

Erläuterung: Im Vergleichsheim Feldkirch-Antoniushaus ergibt sich ebenfalls ein heterogeneres Bild als (insgesamt gesehen) zu den Versuchsheimen. Die Begründung folgt derselben Analyselogik:

- Die periodischen Autokorrelationen sind bei den Heimkennzahlen weniger stark ausgeprägt.
- Es liegen insgesamt weniger positive Autokorrelationen vor als in den Versuchsheimen. Deren höchste Anzahl bezieht sich auf sieben Monate.
- Bei einer Kennzahl liegen sogar negative Autokorrelationen vor.

Tab. 10: Zeitreihenanalysen der Kennzahlen 1 bis 5 – Schützengarten Lustenau (Vergleichsheim)

Heimkennzahl in Relation zur Bettenanzahl	Spannweite der Autokorrelationen	Spannweite der Signifikanzkoeffizienten	Anzahl positiver Autokorrelationen $\geq 0,2$	Anzahl negativer Autokorrelationen $\leq -0,2$
Richtlinienkonforme Bedarfsmedikationen	$0,17 \leq a1-a12 \leq 0,92$	$0,000 = p1-p12$	11	0
Vorliegende Notfallpläne	$0,39 \leq a1-a12 \leq 0,95$	$0,000 = p1-p12$	12	0
Verbindliche Patientenverfügungen	---	---	---	---
Beachtliche Patientenverfügungen	$0,48 \leq a1-a12 \leq 0,97$	$0,000 = p1-p12$	12	0
Dokumentierter mutmaßlicher Wille	$0,26 \leq a1-a12 \leq 0,93$	$0,000 = p1-p12$	12	0

Ergebnis: Die Kennzahlentwicklung im Vergleichsheim Lustenau-Schützengarten gleicht (insgesamt gesehen) jener in den Versuchsheimen – übertrifft sie sogar teilweise – und unterscheidet sich damit deutlich von den beiden anderen Vergleichsheimen in Feldkirch. Bei den vier messbaren Zeitreihen liegen für drei Kennzahlen jeweils zwölf periodische Steigerungen vor und bei der vierten Kennzahl immerhin noch elf. Die Autokorrelationen weisen keine negativen Werte vor und sind in der Maximalzahl sehr hoch ausgeprägt. Wie auch durch die Unterschiedsanalyse belegt (vgl. Tab. 4), nimmt das Vergleichsheim Lustenau-Schützengarten eine positive Sonderstellung ein, ohne dass darin eine ärztliche Koordination wirkt. Qualitative Aussagen verweisen darauf, dass in diesem Heim eine interne Koordination für palliative Arbeit gegeben ist.

Wenn wir das Vergleichsheim Lustenau-Schützengarten ausklammern, und die beiden Feldkircher Heime mit den drei Versuchsheimen vergleichen, werden zwei zentrale Entwicklungen deutlich:

- Auch in den Feldkircher Vergleichsheimen findet ansatzweise eine konstruktive Entwicklung der Heimkennzahlen statt. Gemäß Rückmeldungen aus der zweiten Fokusgruppe können diese zum Teil auf Halo-Effekte zurückgeführt werden, nämlich darauf, dass die Teilnahme am Modellprojekt mit seinen qualitativen Diskursen und Datensammlungen bereits eine Bewusstseinsbildung in der Einrichtung bewirkt. Sie kann mit dem Vorbild (oder der Abstrahlwirkung – engl. halo = Schein, im

Sinne von Strahlen) der Versuchsheime und der in ihnen tätigen ärztlichen Koordinatoren begründet werden.

2. Allerdings ist die konstruktive Entwicklung der ersten fünf Kennzahlen in den beiden Feldkircher Heimen deutlich geringer ausgeprägt als in den drei Versuchsheimen. Bei der richtlinienkonformen Bedarfsmedikation kommt das Ergebnis zwangsläufig zustande und ist daher nicht negativ zu bewerten, denn beide Einrichtungen weisen hier bereits eine nicht steigerungsfähige Quote von 99 bis 100 Prozent vor (vgl. Tab. 4). In allen übrigen vier Kennzahlen ist jedoch weiteres Entwicklungspotential zu erkennen.
3. Auch, wenn die ersten fünf Kennzahlen der Versuchsheime bei den Unterschiedsanalysen (Tab. 4) teilweise geringer ausgeprägt sind als bei den Vergleichsheimen, so ist in ihnen dennoch eine stärkere Entwicklung auszumachen – wie geschildert, zumindest in Bezug auf die Feldkircher Heime. An dieser Stelle zeigt sich die Grenze des an den Rahmenbedingungen der Praxis ausgerichteten Evaluationsdesigns, denn es liegen keine Daten über den Kennzahlenverlauf der sechs Einrichtungen *im Jahr vor dem Projektbeginn* vor. Nur mit ihnen wäre eine verlässliche Vorher-Nachher-Aussage machbar gewesen.

4.4.1.2 Unterschiede zwischen Versuchs- und Vergleichsheimen bei Notfallmedikamenten

Ein zweiter Schwerpunktbereich der ärztlichen Koordination lag darin, trotz indifferenter rechtlicher Lage in den Heimen eine Lösung für die Vorratshaltung von Notfallmedikamenten zu finden. Dies ist insofern bedeutsam, als das Heim dadurch rascher palliative medizinische Leistungen vollbringen kann, als wenn Notfallmedikamente erst beantragt, bewilligt und besorgt werden müssen. Insofern bestand eine Aufgabe der Kennzahlendokumentation von Versuchs- und Vergleichsheimen darin, wöchentlich über den Projektverlauf zu notieren, wie viele Ampullen (Messeinheit) der Notfallmedikamente Morphium, Buscopan, Robinol, Midazolam und Haldol im Heim vorrätig waren.

Die Auswahl der Medikamente und die Bestimmung der Messeinheit erfolgte durch die im Projekt tätige ärztliche Expertengruppe. Wie bei den Bewohnerdaten trugen die Heime in die vorbereitete Datenmaske ihre wöchentlichen pharmakologischen Kennzahlen über den Jahresverlauf ein. Die Expertengruppe einigte sich drauf, die vorrätigen Ampullen in Relation zu den im Untersuchungszeitraum verstorbenen Bewohnerinnen und Bewohnern zu setzen, d.h. im Unterschied zu den Bewohnerkennzahlen explizit nicht zur Heimgröße bzw. Anzahl der Betten. Das ist erstens in der rechtlichen Situation begründet, die nur eine an den Bedarf möglichst nahe angepasste Bevorratung unter gewissen Umständen ermöglicht. Zweitens sagt die Relation zu den Verstorbenen valider etwas darüber aus, ob bedarfsgerecht bevorratet wurde, als die Relation zur Heimgröße.

Tabelle 11 präsentiert nachfolgend die Unterschiede zwischen Versuchs- und Vergleichsheimen bei der Vorratshaltung von Notfallmedikamenten. Aus methodischen Gründen wurde hierfür erneut der MWU-Test angewandt. Der Aufbau entspricht der Darstellung in Tabelle 4. Die Heimunterschiede erweisen sich als höchstsignifikant, wobei die Aussage erneut nicht auf den Unterschied zwischen einzelnen Heimen im Detail sondern nur generell innerhalb einer Medikamenten-Variablen getroffen werden kann. Erneut stehen nahe beieinander liegende Mittlere Ränge für einen Nicht-Unterschied.

Tabelle 11 belegt mehrere Evidenzen:

- Morphium wird von den fünf dokumentierten Medikamenten relativ zur Zahl der während des Projektjahrs Verstorbenen am meisten vorrätig gehalten, und dies in vier der sechs Heime in bedarfsorientiertem Ausmaß von über 100 Prozent. Alle Versuchsheime fallen unter diese Kategorie bei deutlicher Erstplatzierung des Rankweiler Heims.
- Das Heim Klosterreben in Rankweil belegt bei vier der fünf dokumentierten Medikamente den ersten Rangplatz bezüglich der relationalen Vorratshaltung.
- Gegenüber der ausgeprägten Bevorratung von Morphium unterscheiden sich die Vorratshaltungen der vier übrigen dokumentierten Medikamente. Mit Ausnahme des Rankweiler Heims werden Robinol, Midazolam und Haldol bei keinem anderen Versuchs- oder Vergleichsheim bevorratet. Die Rankweiler Bevorratung dieser drei Medikamente beträgt zwischen einem Drittel und der Hälfte der verstorbenen Bewohner/innen.

- Buscopan bevorraten drei Einrichtungen (Feldkirch Schillerstraße, Rankweil Klosterreben und Feldkirch Antoniushaus) zwischen knapp acht und gut elf Prozent der Sterbefälle.
- Das Dornbirner Versuchsheim Höchsterstraße hält keine bis extrem wenig Palliativmedikamente vor (da die Relationalzahlen ab der zweiten Nachkommastelle gerundet sind, scheinen vereinzelt Notationen nicht auf). Nach Auskunft der Pflegedienstleitung ist dies ebenfalls in der schweren Erkrankung der ärztlichen Koordinators begründet. Die bis dato angestrebten Bevorratung fand nicht statt.

Tab 11: Unterschiede zwischen Versuchs- und Vergleichsheimen bei pharmakologischen Kennzahlen

Heimkennzahl: vorrätige Ampullen von Notfallmedikamenten	Seniorenheim	Mittlerer Rang	Mittelwert in % der Verstorbenen
Morphium	Rankweil Klosterreben	285,75	224,0
	Feldkirch Schillerstraße	254,52	183,2
	Lustenau Schützengarten	186,89	143,6
	Feldkirch Antoniushaus	154,03	101,4
	Bludenz Senecura	95,44	48,3
	Dornbirn Höchsterstraße	29,00	0,0
Buscopan	Feldkirch Schillerstraße	211,83	10,5
	Rankweil Klosterreben	209,88	11,3
	Feldkirch Antoniushaus	191,15	7,9
	Dornbirn Höchsterstraße	132,28	0,0
	Bludenz Senecura	130,00	0,0
	Lustenau Schützengarten	130,00	0,0
Robinul	Rankweil Klosterreben	304,00	50,2
	Bludenz Senecura	138,00	0,0
	Lustenau Schützengarten	138,00	0,0
	Feldkirch Antoniushaus	138,00	0,0
	Feldkirch Schillerstraße	138,00	0,0
	Dornbirn Höchsterstraße	138,00	0,0
Midazolam	Rankweil Klosterreben	304,00	50,0
	Bludenz Senecura	145,65	0,6
	Lustenau Schützengarten	136,00	0,0
	Feldkirch Antoniushaus	136,00	0,0
	Feldkirch Schillerstraße	136,00	0,0
	Dornbirn Höchsterstraße	136,00	0,0
Haldol	Rankweil Klosterreben	304,00	36,3
	Dornbirn Höchsterstraße	139,91	0,0
	Bludenz Senecura	137,50	0,0
	Lustenau Schützengarten	137,50	0,0
	Feldkirch Antoniushaus	137,50	0,0
	Feldkirch Schillerstraße	137,50	0,0

Wegen der geringen vorliegenden Daten erweist sich eine wie oben durchgeführte Zeitanalyse über den Projektverlauf, bei dem wie in den Tabellen 5 bis 10 Versuchs- und Vergleichsheime miteinander verglichen werden, als wenig sinnvoll. Auf deren Durchführung wird deshalb verzichtet.

4.4.1.3 Kommunikationskennzahlen der Versuchsheime

Kennzahlen über Kommunikation und Interaktion zwischen den beteiligten ärztlichen Koordinatoren (es waren nur Männer in der Funktion tätig), den Pflegekräften der Versuchsheime und anderen Professionen sowie Angehörigen beziehen sich aus immanenten Gründen ausschließlich auf die drei Versuchsheime sowie den Zeitraum des Modellprojekts. Nachstehend folgt eine Übersicht über die Verteilung der Kennzahlen 8 bis 12 (vgl. Kap. 4.4).

Tab 12: Kommunikationskennzahlen der Versuchsheime

Heime	Im Projektzeitraum: Anzahl der				
	Interdisziplinären Fallbesprechungen	Gespräche zw. ÄKO und PDL	Durchschnittl. Dauer der Gespräche ÄKO/PDL in Min.	Gespräche zw. ÄKO und Stationspflege	Gespräche zw. ÄKO und betreuenden Hausärzten
Bludenz Senecura	12	24	23	53	1
Rankweil Klosterreben	4	3	65	16	3
Dornbirn Höchsterstraße	561	145	37	52	0

Wengleich sich bei den Versuchsheimen heterogene Kommunikationszahlen zeigen, ist dennoch ersichtlich, dass in ihnen eine umfangreiche Koordination stattfindet. Inwiefern – trotz Einführung und Erläuterung zur Kennzahlenerhebung – der Ausreißer bei den interdisziplinären Fallbesprechungen (Dornbirn) auf ungleiche Interpretation der Dateneingabe zurückzuführen ist, kann im Nachhinein nicht geklärt werden. Trotz dieser methodischen Einschränkung dokumentieren die Kennzahlen zur Kommunikation zudem, inwiefern sich einzelne Heime in ihren Kommunikationsmustern unterscheiden. Während in Bludenz eine breitere Verteilung der Gespräche auf den verschiedenen Kommunikationsebenen zu erkennen ist, agierte das Dornbirner Heim vorwiegend mit Gesprächen zur Pflegedienstleitung (die auffällig hohe Zahl an interdisziplinären Fallbesprechungen nicht berücksichtigt) und das Rankweiler Heim mit Gesprächen auf der Ebene der Stationspflege.

4.4.2 Kennzahlen des Österreichischen Roten Kreuzes

Das Österreichische Rote Kreuz in Vorarlberg (ÖROK) unterstützte das Modellprojekt, indem es Statistiken zu den Kennzahlen Nummer 6 und 7 lieferte und zwar pro Versuchs- und Vergleichsheim bezogen auf die Anzahl der Rettungsnotfalleinsätze, Notarzteinsätze und Krankentransporte. Die Daten wurden wie folgt erstellt: Zu den Versuchsheimen wurde der Zeitraum des Pilotprojekts erhoben (01.09.2014 bis 31.08.2015) sowie derselbe Zeitraum im Jahr davor (01.09.2013 bis 31.08.2014). Ziel: Die Effekte der ärztlichen Koordination innerhalb der Versuchsgruppe zu beschreiben. Bei den Vergleichsheimen wurden ebenfalls beide Jahreszeiträume betrachtet (mit einem Monat Verschiebung aufgrund von Rekrutierungsaspekten). Ziele: a) Die Entwicklung der Vergleichsheime über die beiden Jahre und b) ihre Entwicklung mit jener der Versuchsheime zu kontrastieren. Weil sich im qualitativen Diskurs herausgestellt hatte, dass einige Vergleichsheime von ihrer Teilnahme am Projekt profitierten und gewisse Palliativleistungen optimierten, obwohl in ihnen keine ärztliche Koordination tätig war, wurden für die Analyse der ÖROK-Kennzahlen des Jahres 2014/2015 vier weitere Vergleichsheime hinzugezogen: Tschermakgarten (Bregenz), Weidach (Bregenz), Pflegeheim der Stadt Dornbirn (ebd.), Haus Gisingen (Feldkirch). Ziel: Den Untersuchungs-Bias zwischen den am Projekt beteiligten und nicht beteiligten Vergleichsheimen zu kontrollieren.

Die Vergleiche zwischen den Jahresperioden und den Heimen wurden in Relation sowohl zur Anzahl vorgehaltener Betten (Heimgröße) als auch zur Anzahl der involvierten Heime vorgenommen. Darüber hinaus – und nicht zuletzt – dienen die absoluten Zahlenangaben der ökonomischen Betrachtung der absoluten und relationalen Kostenentwicklung in den Versuchs- und Vergleichsheimen.

Tab 13: Kennzahlen des Österreichischen Roten Kreuzes über Rettungseinsätze in Versuchs- und Vergleichsheimen

Heime 1 Jahr vor der Projektphase 2013 bis 2014	Anzahl Betten	Heimart	ÖROK-Kennzahlen zu Rettungseinsätzen ^{a)}									
			Absolut ^{b)}								relational zur Anzahl der Betten (Heimgröße)	
			r1	r2	r6	r7	r8	r6-8	r1 + r6-8	r1-8	r2	r1 + r6-8
Höchsterstraße Dornbirn	107	Versuch	1	11	424	43	39	506	507	518	10,28	473,83
Klosterreben Rankweil	62	Versuch	2	12	200	19	25	244	246	258	19,35	396,77
Senecura Bludenz	97	Versuch	5	5	177	25	48	250	255	260	5,15	262,89
		Gesamt	8	28	801	87	112	1000	1008	1036	34,79	1.133,49
Antoniushaus Feldkirch	63	Vergleich	2	12	169	21	36	226	228	240	19,05	361,90
Schillerstraße Feldkirch	56	Vergleich	5	12	310	25	38	373	378	390	21,43	675,00
Schützengarten Lustenau	32	Vergleich	1	1	135	8	18	161	162	163	3,13	506,25
		Gesamt	8	25	614	54	92	760	768	793	43,61	1.543,15
Haus Gisingen Feldkirch	40	Vergleich	1	2	107	13	13	133	134	136	5,00	335,00
Tschermakgarten Bregenz	95	Vergleich	9	17	269	34	79	382	391	408	17,89	411,58
Pflegeheim der Stadt Dornbirn	105	Vergleich	4	12	75	11	20	106	110	122	11,43	104,76
		Gesamt	14	31	451	58	112	621	635	666	34,32	851,34
Sozialzentrum Weidach Bregenz	84	Vergleich	2	10	220	24	36	280	282	292	11,90	335,71

a) r1= Rettungsnotfalleinsatz, r2= Notarzteinsatz, r6-8= Krankentransporte

b) r1 und r6 bis 8 verursachen dieselben Kosten.

Fortsetzung von Tab 13: Kennzahlen des Österreichischen Roten Kreuzes über Rettungseinsätze in Versuchs- und Vergleichsheimen

Heime in der Projektphase 2014 bis 2015	Anzahl Betten	Heimart	ÖROK-Kennzahlen zu Rettungseinsätzen ^{a)}									
			absolut ^{b)}								relational zur Anzahl der Betten (Heimgröße)	
			r1	r2	r6	r7	r8	r6-8	r1 + r6-8	r1-8	r2	r1 + r6-8
Höchsterstraße Dornbirn	107	Versuch	2	8	292	40	42	374	376	384	7,48	351,40
Klosterreben Rankweil	62	Versuch	2	11	138	18	26	182	184	195	17,74	296,77
Senecura Bludenz	97	Versuch	3	9	221	18	53	292	295	304	9,28	304,12
Gesamt			7	28	651	76	121	848	855	883	34,50	952,30
Antoniushaus Feldkirch	63	Vergleich	9	11	216	25	56	297	306	317	17,46	485,71
Schillerstraße Feldkirch	56	Vergleich	4	10	320	61	53	434	438	448	17,86	782,14
Schützengarten Lustenau	32	Vergleich	2	3	92	7	15	114	116	119	9,38	362,50
Gesamt			15	24	628	93	124	845	860	884	44,70	1.630,35
Haus Gisingen Feldkirch	40	Vergleich		4	139	13	8	160	160	164	10,00	400,00
Tschermakgarten Bregenz	95	Vergleich	9	19	235	47	87	369	378	397	20,00	397,89
Pflegeheim der Stadt Dornbirn	105	Vergleich	10	32	227	18	38	283	293	325	30,48	279,05
Gesamt			19	55	601	78	133	812	831	886	60,48	1.076,90
Sozialzentrum Weidach Bregenz	84	Vergleich	7	15	195	37	48	280	287	302	17,86	341,67

a) r1= Rettungsnotfalleinsatz, r2= Notarzteinsatz, r6-8= Krankentransporte

b) r1 und r6 bis 8 verursachen dieselben Kosten.

Tabelle 13 verdeutlicht drei zentrale Entwicklungen:

- Bei den Versuchsheimen reduziert sich im Projektjahr, verglichen mit dem Vorjahreszeitraum, die *absolute* Anzahl *aller* Rettungseinsätze (summiert) um 153 (von 1.036 auf 883). Bei den drei ursprünglichen Vergleichsheimen (Feldkirch Schillerstraße und Antoniushaus sowie Lustenau Schützengarten) steigt sie dagegen um 101 Einsätze (von 1085 auf 1186). Dies entspricht der Hypothese, dass in Heimen mit ärztlichen Koordinatoren die Zahl der Einsätze gesenkt werden kann, und dies sogar entgegen dem Trend in den Vergleichsheimen.
- In *Relation zur Bettenzahl* (Heimgröße), sowie im Durchschnitt der drei Versuchs- und der ursprünglichen drei Vergleichsheime, wird die Hypothese ebenfalls bestätigt. Bei den Versuchsheimen *sinkt* die Anzahl der (gleich teuren) Rettungsnotfalleinsätze und Krankentransporte (r1 plus r6 bis r8) um 16% (von 1.133,49 auf 952,30). Bei den drei ursprünglichen Vergleichsheimen *steigt* dagegen deren relational gebildete Anzahl um 5,6% (von 1.543,15 auf 1.630,35). / Während die Quote der Notarzteinsätze (r2) in Relation zur Bettenzahl bei den Versuchsheimen vom ersten zum zweiten Vergleichsjahr um 0,83% minimal sinkt (von 34,79 auf 34,5), steigt sie dagegen bei den drei ursprünglichen Vergleichsheimen um 2,5% (von 43,61 auf 44,7).
- Ein wesentlicher Bias durch die Studienteilnahme der ursprünglichen Vergleichsheime kann mit Blick auf die Anzahl an Rettungseinsätzen ausgeschlossen werden. Im Projektjahr 2014/2015 weisen die *drei ursprünglichen Vergleichsheime* in Relation zur Heimgröße durchschnittlich 14,9 Notarzteinsätze und 543,45 Rettungsnotfalleinsätze und Krankentransporte vor. Bei den *vier weiteren Vergleichsheimen* (Feldkirch Gisingen, Bregenz Tschermakgarten, Bregenz Weidach und das Pflegeheim der Stadt Dornbirn) fanden in Relation zur Heimgröße mit 19,58 zwar mehr Notarzteinsätze aber mit 354,65 deutlich weniger Rettungsnotfalleinsätze und Krankentransporte statt.

Das Pilotprojekt „Ärztliche Koordination“ war im Vorfeld mit Bezug zu internationalen Studien von einer Senkung der Gesundheitskosten ausgegangen. Diese hat sich in absoluten wie relationalen Zahlen bestätigt. Was den geldwerten Betrag der absoluten Reduktion von Rettungseinsätzen ausmacht, können die Daten dieses Projekts gemäß der Kennzahlen des Österreichischen Roten Kreuzes wie folgt kalkuliert werden: Ein Einsatz pro Rettungsnotfall und Krankentransport kostet 116 € und einer des Notarztes 395 €. Gemäß dieser Basis verdeutlicht Tabelle 14 umseitig, dass und in welcher Höhe

- a) in den Heimen *mit* ärztlicher Koordination im Untersuchungszeitraum die Kosten für Rettungseinsätze im Untersuchungszeitraum *niedriger* lagen als im Vorjahreszeitraum,
- b) in den Heimen *ohne* ärztliche Koordination die Kosten für Rettungseinsätze im Untersuchungszeitraum *höher* lagen als im Vorjahreszeitraum.

Diese Kalkulation kann jedoch weitere anfallende Kostenzuwächse, bzw. potentielle Kostenersparnisse, nicht beziffern, denn es fehlen Angaben, die einer Vollkostenrechnung hinzugefügt werden müssten, nämlich:

- plus: die Dauer des Spitalsaufenthalts der betroffenen Bewohner/innen und die summierten Kosten ihrer stationären Tagesaufenthalte im Krankenhaus. Gemäß unserer eingangs nur auszugsweise zitierten Literaturanalyse liegt der Einspareffekt vor allem in diesem Faktor. Beispielsweise verzeichneten die beteiligten deutschen Krankenkassen im sogenannten „Berliner Projekt“ nach eigenen Angaben jährlich Einsparungen im zweistelligen Millionenbereich (vgl. Datei: „ÄKo-Literaturanalyse 2014.pdf“, Seiten 16, 23);
- minus: die für die Dauer des Krankenhausaufenthalts prozentual reduzierten Betreuungskosten der betroffenen Bewohner/innen in den Heimen.

Unter Einbezug dieser beiden Kostenarten würde vermutlich der volkswirtschaftliche Einspareffekt der drei Versuchsheime höher ausfallen.

Verglichen mit dem Vorjahreszeitraum und in Summe haben die drei Versuchsheime im Projektjahr 17.748 Euro an Kosten für Rettungseinsätze eingespart, während alle sieben Vergleichsheime diesbezüglich einen Kostenzuwachs vorweisen, nämlich (vgl. Tab. 14):

1. die drei ursprünglichen Vergleichsheime plus 10.277 Euro,
2. drei weitere Vergleichsheime plus 32.216 Euro
3. ein weiteres Vergleichsheim plus 2.555 Euro

Tab. 14: Kosten von Rettungseinsätzen bei Versuchs- und Vergleichsheimen - 4 Untergruppen

Heimgruppe / Jahr	Notarzteinsätze (r2)		Rettungsfahrten (r1 + r6-8)		Jahresdifferenz 13/14 zu 14/15 in € (a) absolut (b) im Durchschnitt der Heime
	Anzahl à 395 €	Euro gesamt	Anzahl à 116 €	Euro gesamt	
Versuchsheime 2013/2014 ^{a)}	28	11.060	1.008	116.928	-17.748 (a)
Versuchsheime 2014/2015 ^{a)}	28	11.060	855	99.180	-5.916 (b)
3 Vergleichs- heime ^{b)} 2013/2014	25	9.875	768	89.088	+10.277 (a)
3 Vergleichs- heime ^{b)} 2014/2015	24	9.480	860	99.760	+3.426 (b)
3 weitere Ver- gleichsheime ^{c)} 2013/2014	31	12.245	635	73.660	+32.216 (a)
3 weitere Ver- gleichsheime ^{c)} 2014/2015	55	21.725	831	96.396	+10.739 (b)
1 weiteres Ver- gleichsheim ^{d)} 2013/2014	10	3.950	282	32.712	+2.555 (a + b)
1 weiteres Ver- gleichsheim ^{d)} 2014/2015	15	5.925	287	33.292	

- a) Von Beginn an im Projekt mitwirkende Versuchsheime: Höchsterstraße Dornbirn, Klosterreben Rankweil, Senecura Bludenz.
- b) Von Beginn an im Projekt mitwirkende Vergleichsheime: Antoniushaus Feldkirch, Schillerstraße Feldkirch, Schützengarten Lustenau.
- c) Aus Vergleichsgründen während des Projekts hinzugefügt: Haus Gisingen Feldkirch, Tschermakgarten Bregenz, Pflegeheim der Stadt Dornbirn. / Die drei Heime entsprechen zum einen der Anzahl der Versuchs- und ursprünglichen Vergleichsheime und zum zweiten in etwa der Heimgröße der Versuchsheime, weswegen sie als zweite Vergleichs- bzw. Kontrollgruppe zusammengefasst werden.
- d) Aus Vergleichsgründen wurde mit dem Sozialzentrum Weidach, Bregenz, während des Projekts ein weiteres Heim hinzugefügt.

Gemessen an den Durchschnittswerten der Versuchs- und Vergleichsheime konnte ein Versuchsheim im Projektjahr, verglichen mit dem Vorjahreszeitraum, im Schnitt knapp 6.000 € für Rettungseinsätze einsparen. Demgegenüber waren einem ursprünglichen Vergleichsheim dafür im Schnitt 3.426 € an Mehrkosten entstanden und einem der drei für diese Analyse gesondert hinzugezogenen Vergleichsheime sogar 10.739 € an Mehrkosten.

Werden alle sieben Vergleichsheime zusammengefasst, und wird für diese Gruppe die summierte Jahresdifferenz sowie zusätzlich die durchschnittliche Jahresdifferenz pro Heim kalkuliert, ergeben sich absolute Mehrkosten von 45.000 Euro bzw. durchschnittlich 6.435 Euro Mehrkosten pro Heim (vgl. Tab. 15).

Tab. 15: Kosten von Rettungseinsätzen bei sieben Vergleichsheimen – gruppiert

7 Vergleichsheime	Notarzteinsätze (r2)		Rettungsfahrten (r1 + r6-8)		Jahresdifferenz 13/14 zu 14/15 in € (a) absolut (b) im Durchschnitt der 7 Heime
	Anzahl à 395 €	Euro gesamt	Anzahl à 116 €	Euro gesamt	
2013/2014	66	26.070	1.685	195.460	+45.048 (a)
2014/2015	94	37.130	1.978	229.448	+6.435 (b)

Zwar fallen Krankentransporte je nach Erkrankung individuell unterschiedlich häufig an – bestimmte Gesundheitslagen können bei einer betroffenen Person mehrere Transporte notwendig machen und bei einer anderen Person ggf. nur einen. Aber unter der Annahme, dass sich Streuungen zwischen den untersuchten Häusern nicht wesentlich unterscheiden, besitzen die obigen Kennzahlen eine valide Aussagekraft. Anders formuliert: Es ist nicht anzunehmen, dass in den *Vergleichsheimen*, im Unterschied zu den *Versuchsheimen* im Projektjahr überproportional schwerstbetroffene Bewohner/innen lebten, die eine besonders hohe Anzahl an Krankentransporten zur Folge gehabt hätten. Diese Aussage ist jedoch hypothetisch und kann durch die vorliegenden empirischen Daten nicht geklärt werden.

Des Weiteren kann die vorliegende Studie die individuellen Unterschiede zwischen den Heimen (vgl. Tab. 13) in Bezug auf die Anzahl an Rettungseinsätzen nicht begründen. Diese zu argumentieren obliegt dem anschließenden Fachdiskurs.

Die in den Versuchsheimen gleichgebliebene absolute Anzahl an Notarzteinsätzen im Vergleich der beiden Jahreszeiträume könnte nach Auskunft von Prim. Mathis darauf zurückzuführen sein, dass Mitte 2014 der hausärztliche Nachtdienst mit 22:00 Uhr begrenzt wurde. Trotz dieser Einschränkung ist festzustellen, dass die Versuchsheime die Zahl der Notarzteinsätze konstant halten konnten, während sie in den Vergleichsheimen gestiegen ist.

5. Fazit

Weil zentrale Analyseergebnisse bereits im Management-Summary (Kap. 3) dargestellt sind, werden sie an dieser Stelle nicht wiederholt. Stattdessen erfolgt eine Einschätzung aus Sicht der Evaluation, inwiefern das Modellprojekt die in es gesetzten Erwartungen erfüllen konnte oder nicht, und inwieweit eine potentielle landesweite Übertragung sinnvoll erscheint.

Sowohl qualitative als auch quantitative Daten der Evaluation zeigen, dass die ärztliche Koordination in den beteiligten Vorarlberger Einrichtungen der stationären Altenpflege medizinische, organisationale, palliativ-pflegerische, belegschaftsbezogene und finanzielle Optimierungen mit sich gebracht hat. Ärztliche Koordination in Vorarlberg bestätigt somit in etlichen Aspekten positive Untersuchungsergebnisse aus internationalen Studien. Im Sinn der Forschungsfrage, und mit der hier realisierten multiperspektivischen Evaluation (Literaturanalyse, Fokusgruppen, Experteninterviews, Kennzahlenanalyse) kann ihr ein konstruktiver Nutzen für die Palliativarbeit von stationären Einrichtungen der Altenpflege zugesprochen werden. Zusammengefasst dargestellt bewirkt sie:

- a) eine Abnahme an Rettungseinsätzen im Projektjahr, verglichen mit dem Vorjahreszeitraum sowie verglichen mit der Zunahme der Rettungseinsätze in den Vergleichsheimen, sowie (damit in direktem Zusammenhang stehend),
- b) eine volkswirtschaftliche Kosteneinsparung,
- c) eine Zunahme an Bewusstseinsbildung unter den Pflegekräften und Leitungspersonen in stationären Einrichtungen der Altenpflege für die spezifischen Aufgaben der palliativen Pflege und der darauf ausgerichteten Organisation,
- d) breite Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegekräften auf verschiedenen Organisationsebenen,
- e) eine Konsolidierung und Vereinheitlichung des Dokumentationswesens für die palliative Pflege sowie präventiv für die davor befindliche Lebensphase und
- f) positive Übertragungseffekte auf einzelne Heime, die zwar als Vergleichsgruppe an der Studie teilnahmen, aber über keine ärztliche Koordination verfügten.

Eine Übertragung des Modells auf weitere Vorarlberger Einrichtungen der Stationären Altenpflege könnte sich vor allem für jene Heime als vorteilhaft erweisen, die noch nicht von sich aus koordinierende Aufgaben im Palliativbereich in Gang gesetzt haben, und bei denen die interdisziplinäre Koordination zwischen niedergelassenen Ärzten, Pflegekräften, Hospizkräften, Angehörigen u.a. eher gering ausgeprägt ist. Entsprechend ist zu empfehlen, vorab der Implementierung pro Heim zu analysieren, inwiefern durch die ärztliche Koordination konstruktive Strukturen und Prozesse aufgebaut werden könnten oder eher die Gefahr bestünde, funktionierende Strukturen und Prozesse zu irritieren.

Des Weiteren dürfte es sich als sinnvoll erweisen, vorab einer landesweiten Implementierung ein gemeinsames Verständnis der Ziele und Methoden einer ärztlichen Koordination herzustellen, also gewisse Standards oder „Basics“ dafür zu formulieren. In diesem Kontext ist zu empfehlen, vorab Rahmenbedingungen der Finanzierbarkeit und der Wirkungsmessung (des Monitoring) festzulegen, um die ärztliche Umsetzung zu sichern und die in diesem Modellprojekt erkundeten Effekte nachhaltig und auf breiter (Daten)Basis zu verfolgen.

Eine Übertragung des Modells auf weitere Vorarlberger Einrichtungen der Stationären Altenpflege bedarf einer breiten Vorab-Kommunikation und Information der Vorarlberger Heime sowie ihres Organs, des Landesverbands der Heim- und Pflegeleitungen. Empfehlenswert ist es, dies nicht nur mittels Broschüren oder Verordnungen, sondern im direkten Diskurs, etwa im Rahmen einer spezifischen Tagung, zu realisieren.

Eine Übertragung des Modells auf weitere Vorarlberger Einrichtungen der Stationären Altenpflege bedarf zudem einer Lenkungsgruppe, die das Vorhaben steuert und in Fachkreisen anerkannt ist. Dies dürfte einerseits die Akzeptanz in Fachkreisen erhöhen, andererseits einer Überlast entgegenwirken, falls die Umsetzung ausschließlich von einer Person gesteuert würde. Auf diesen Umstand verweisen InterviewpartnerInnen und Rückmeldungen der Fokusgruppe: Engagierte und vom Nutzen überzeugten ExpertInnen erzielen einen starken Übertragungseffekt.

Die Frage nach der Vorratshaltung von Notfallmedikamenten erweist sich für die Pflegepraxis als schwierig, da sie sich momentan in einer rechtlichen Grauzone befindet. Diese im Sinne der Betroffenen zu klären, kann nur Aufgabe des Gesetzgebers sein. Die relationalen Daten dieser Evaluation zeigen, dass beteiligte Heime im Untersuchungszeitraum mit Morphium annähernd bedarfsgerecht ausgestattet waren – abgesehen von zwei Einrichtungen, die davon abweichen. Dies trifft auf die vier weiteren vier Notfallmedikamente jedoch nicht zu. Empfehlenswert sind daher sowohl politische Bemühungen, die Rechtsgrundlagen zu optimieren, als auch praktische Bemühungen, einen rechtssicheren Modus Vivendi für die Bevorratung speziell in Randzeiten zu finden, an denen niedergelassene Ärzte kaum erreichbar sind (d.h. an Wochenenden und Feiertagen), bis eine bedarfsgerechtere Gesetzeslage vorliegt.

Mit Blick auf positive Effekte im Gesamtsystem – Betroffene, Angehörige, Pflegekräfte, Pflegeleitungen, Heime, Ärzte, Krankenhäuser, Rettungsdienste, Krankenkassen, Steuergelder – ist ein abschließender Grundsatz zu empfehlen: Im Fall einer potentiellen Vorarlberger Umsetzung der ärztlichen Koordination sollte sich diese an den Erfolgskriterien „guter Praxis“ orientieren, wie sie internationale Modellregionen nachweisen, und sie möglichst umfassend und abgestimmt adaptieren (vgl. Kap. 4.1).

Bei der berechtigten Debatte um Anhebung oder Vereinheitlichung von Qualitätsstandards und Reduktion von Kosten darf letztlich ein wesentlicher Gesichtspunkt nicht vergessen werden. Er stellt die zentrale humanistische Begründung für reduzierte Rettungsfahrten und optimierte rechtliche, pflegerische wie pharmakologische Versorgung von Heimbewohnerinnen und -bewohnern dar und ist nicht in geldwerten Größen messbar: Alle genannten palliativen Maßnahmen tragen wesentlich dazu bei, dass stationär betreute Menschen in den letzten Wochen oder Monaten ihres Lebens weniger belastet werden. Derartige Maßnahmen unterstützen und sichern die Würde und Lebensqualität von Heimbewohnerinnen und -bewohnern, indem sie nicht durch überflüssige Krankenhauseinweisungen beeinträchtigt werden. Sofern dies gelingt, wirkt sich das zweifellos konstruktiv auf das subjektive Lebensgefühl der Betreuten und ihren Sterbeprozess aus. In Folge dessen dürfte damit auch das Vertrauen der Angehörigen in die palliative Versorgung ihrer Nächsten und die Zufriedenheit mit ihr gegeben sein.

6. Anhang: Interviewleitfaden

1. Kennen Sie das Projekt „Ärztliche Koordination“, das derzeit von Prof. Gebhard Mathis unter Förderung des Landes Vorarlberg realisiert wird?
2. Welche Ziele verfolgt Ihrer Ansicht nach das Projekt „Ärztliche Koordination“?
3. Wie sind Sie in das Projekt „Ärztliche Koordination“ eingebunden: a) als Teil der Untersuchungsgruppe, b) als Teil der Vergleichsgruppe oder c) weder noch?
4. Sind Sie der Meinung, dass das Projekt diese Ziele auch erreichen kann?
Wenn ja: Was spricht dafür?
Wenn nein: Was spricht dagegen?
5. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit dem Arzt (den Ärzten) im Projekt „Ärztliche Koordination“? (Bzw. für Ärzte: Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit der stationären Senioreneinrichtung, in der Sie tätig sind?)
6. (Nur für Heime): Und wie bewerten Sie die Zusammenarbeit Ihrer Einrichtung mit den niedergelassenen Ärzten, die *nicht* im Projekt „Ärztliche Koordination“ mitwirken?
7. Wie bewerten Sie die bisherige Projektkoordination seitens Prof. Mathis?
8. Wie bewerten Sie die bisherige Evaluation seitens Prof. Fredersdorf?
9. Wie bewerten Sie (so Sie daran teilgenommen haben) die Diskussion in der Fokusgruppe vom 4.11.2014?
10. Hat das Projekt „Ärztliche Koordination“ Ihren Arbeitsalltag bislang beeinflusst?
In welcher Weise? / Warum?
11. Welche Wirkung übt das Projekt „Ärztliche Koordination“ Ihrer Ansicht nach auf die Senioreneinrichtung aus, in der (oder für die) Sie tätig sind?
12. Was müsste Ihrer Ansicht nach geschehen, damit das Projekt „Ärztliche Koordination“ an seinem Ende erfolgreich ist?
13. Wie bewerten Sie es, wenn das Projekt „Ärztliche Koordination“ landesweit auf die stationären Senioreneinrichtungen Vorarlbergs übertragen wird?
Was spricht dafür? / Was spricht dagegen?
14. Unter welchen Bedingungen könnte eine landesweite Übertragung des Projekts „Ärztliche Koordination“ erfolgreich sein?
15. Möchten Sie abschließend noch etwas zum Projekt „Ärztliche Koordination“ mitteilen, das wir noch nicht angesprochen haben?
