

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. Martin Scherer

**Konsil- und interdisziplinärer Visitedienst der
Allgemeinmedizin**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von

Sophia Julie MacDonald

aus

Hong Kong

Hamburg 2024

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 16.09.2024**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Bernd Löwe

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Martin Scherer

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VI
1. Einleitung.....	1
2. Stand der Forschung.....	3
2.1 Zuständigkeiten des Fachgebiets Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin	3
2.2 Begriffsdefinition	3
2.3 Suchstrategie in Datenbanken	4
2.4 Internistische Konsile.....	6
2.5 Präoperative internistische Konsile.....	8
2.6 Multidisziplinäre Patientenversorgung	10
2.7 Interprofessionelle Patientenversorgung	15
2.8 Zusammenfassung des Forschungsstandes	18
3. Fragestellung und Ziel der Arbeit.....	20
4. Material und Methoden	21
4.1 Studiendesign	21
4.1.1 Mixed Methods	21
4.2 Quantitativer Teil	22
4.2.1 Konsile Facharztklinik	22
4.2.1.1 Zeitraum der Durchführung.....	22
4.2.1.2 Ablauf der Konsile.....	22
4.2.1.3 Auswertung der Konsile.....	23
4.2.1.4 Umgang mit Freitext.....	24
4.2.2 Allgemeinmedizinischer Visitedienst (Pilotprojekt)	25
4.2.2.1 Ablauf	25
4.2.2.2 Patienten	25
4.2.2.3 Teilnehmende Ärzte	25
4.2.2.4 Datensammlung durch visitierende Allgemeinmedizinerin	26
4.2.2.5 Datensammlung aus Patientenakten der Gefäßchirurgie	26
4.2.2.6 Auswertung der quantitativen Daten des Visitedienstes	27
4.3 Qualitativer Teil.....	28
4.3.1 Stichprobengröße und Sampling	29
4.3.2 Studienpopulation	29
4.4 Ablauf der Interviews	30
4.4.1 Entwicklung des Interviewleitfadens.....	30
4.4.2 Rekrutierung der teilnehmenden Ärzte und Sampling.....	30
4.4.3 Durchführung der Interviews	31
4.4.4 Zeitpunkt der Datenerhebung.....	32
4.5 Datenauswertung	32

INHALTSVEREICHNIS

4.5.1 Transkription der Interviews	32
4.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz	33
4.5.2.1 Deduktive Kategorienbildung	34
4.5.2.2 Induktive Kategorienbildung	34
4.5.2.3 Überprüfen des Codesystems.....	34
4.6 MAXQDA	34
4.7 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethikkommission	35
5. Ergebnisse.....	37
5.1 Quantitativer Studienteil Konsildienst	37
5.1.1 Konsilanfragen der Facharztambulanz.....	37
5.1.2 Konsilärzte	37
5.1.3 Allgemeinmedizinische Beratungsanlässe Konsildienst	38
5.1.4 Allgemeinmedizinische Diagnosen Konsildienst.....	39
5.1.5 Vormedikation Konsildienst	44
5.1.6 Empfehlungen des Konsiliararztes	45
5.2 Quantitativer Studienteil Visitendienst	46
5.2.1 Patientenkollektiv Visitendienst	46
5.2.2 Allgemeinmedizinische Beratungsanlässe Visitendienst	47
5.2.3 Allgemeinmedizinische Empfehlung Visitendienst.....	49
5.2.5 Gefäßmedizinische Hauptdiagnosen	52
5.3.2 Komorbiditäten der gefäßchirurgischen Patienten	52
5.3.3 Kardiovaskuläre Risikofaktoren	54
5.3.4 Operative Eingriffe und Liegedauer.....	54
5.3.5 Medikation bei Entlassung	56
5.4 Ergebnisse des qualitativen Studienteils	57
5.4.1 Teilnehmer der Einzelinterviews	57
5.4.3 Einfluss von gestellten Konsilen auf den stationären Arbeitsablauf	58
5.4.4 Herausforderungen bei Konsilen	60
5.4.4.1 Fragestellung	63
5.4.4.2 Interdisziplinäre Kommunikationsprobleme	64
5.4.4.3 Konsilmenge	66
5.4.4.4 Unspezifische Symptome	69
5.4.4.5 Weitere Herausforderungen bei Konsilen.....	70
5.4.5 Vorteile der interdisziplinären Visiten.....	71
5.4.5.1. Allgemeinärztliche Mitbetreuung von multimorbiden Patienten	72
5.4.5.2 Optimierte medikamentöse Einstellung.....	75
5.4.5.3 Vermeidung von überflüssigen Konsilen und Konkretisierung der Fragestellung.....	75
5.4.5.4 Lerneffekt und Unterstützung der Assistenzärzte.....	76
5.4.5.5 Zeiteinsparung durch die interdisziplinären Visiten	78
5.4.5.6 Identifizierung von bisher unerkannten Problemen	79
5.4.5.7 Weitere Vorteile der interdisziplinären Visiten	81
5.4.6. Nachteile der interdisziplinären Visiten	84
5.4.6.1 Längere Dauer der Visiten	84
5.4.6.2 Konsil muss trotz interdisziplinärer Visiten gestellt werden	85
5.4.6.3 Zu spezifische Fragestellung für die Allgemeinmedizin	88
5.4.6.4 Frequenz der interdisziplinären Visiten.....	89
5.4.6.5 Weniger Vorteile und Lehreffekte für Fach- und Oberärzte	91
5.4.6.6 Erhöhter Arbeitsaufwand	91
5.4.7. Reduktion der Konsilhäufigkeit durch interdisziplinäre Visiten?.....	91
6. Diskussion	94
6.1 Diskussion der Methode	95
6.1.1 Stärken und Schwächen der Studie	95

INHALTSVEREICHNIS

6.1.2 Umsetzung der Methoden	97
6.2 Diskussion der Ergebnisse	98
6.2.1 Reduktion der Konsile?	98
6.2.2 Bessere Patientenversorgung durch allgemeinärztliche interdisziplinäre Visiten?	101
6.2.3 Bessere Versorgung von multimorbiden und geriatrischen Patienten?	104
6.2.4 Optimierte Arbeitsabläufe und weniger Arbeitsbelastung?	106
6.2.5 Verbesserte Kommunikation	108
6.3 Vergleichbarkeit mit anderen Studien	109
6.4 Schlussfolgerungen	110
7. Zusammenfassung	111
7.1 Deutsche Zusammenfassung	111
7.2 Englische Zusammenfassung	111
8. Literaturverzeichnis	113
9. Danksagungen	121
10. Lebenslauf	122
11. Eidesstaatliche Erklärung	123
12. Anhang	124
12.1 Beispiel: Konsilanfragebogen	124
12.2 Aufklärungsbogen zum Datenschutz	125
12.3 Einverständniserklärung Einzelinterviews	129
12.4 Kurzfragebogen Einzelinterview	131
12.5 Interviewleitfäden Einzelinterviews	132
12.5.1 Interviewleitfaden Gruppe A	132
12.5.2 Interviewleitfaden Gruppe B	135
12.5.3 Interviewleitfaden Gruppe C	138
12.5.4 Interviewleitfaden Gruppe D	141
12.6 Transkriptionsregeln	145
12.7 COREQ-Checkliste	146

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über das Kategoriensystem des Einflusses von Konsilen auf den stationären Arbeitsablauf.....	59
Abbildung 2: Übersicht über die Herausforderungen von Konsilen im Arbeitsalltag mit Subkategorien	62
Abbildung 3: Übersicht über Subkategorien der Kategorie Fragestellung	63
Abbildung 4: Darstellung der Subkategorien Interdisziplinäre Kommunikationsprobleme	64
Abbildung 5: Darstellung der Subkategorien unter Konsilmenge	66
Abbildung 6: Darstellung der Subkategorien von Unspezifische Symptome als Herausforderung bei Konsilen	69
Abbildung 7: Darstellung des Kategoriensystems von Vorteile der interdisziplinären Visiten mit Subkategorien	72
Abbildung 8: Darstellung der Subkategorie Allgemeinärztliche Mitbetreuung multimorbider Patienten mit weiteren Subkategorien.....	73
Abbildung 9: Übersicht über die Subkategorie Identifizierung von bisher unerkannten Problemen und die verschiedenen Auslöser hierfür	79
Abbildung 10: Übersicht über die Subkategorien zur Kategorie Weitere Vorteile der interdisziplinären Visiten	82
Abbildung 11: Übersicht über das Kategoriensystem der Nachteile der interdisziplinären Visiten	84
Abbildung 12: Übersicht über die Subkategorie Konsil muss trotz interdisziplinärer Visiten gestellt werden	86

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Darstellung der in PubMed gesuchten MeSH-Begriffe (Medical Subject Headings)	5
Tabelle 2: Übersicht: Fragestellungen bei Konsilanfragen	38
Tabelle 3: Kardiovaskuläre Diagnosen und kardiovaskuläre Risikofaktoren (Facharztambulanz) alphabetisch sortiert und nach Diagnoseuntergruppen geordnet	40
Tabelle 4: Pulmologische Diagnosen (Facharztambulanz) alphabetisch sortiert und nach Diagnoseuntergruppen geordnet.....	41
Tabelle 5: Operative Diagnosen (Facharztambulanz) alphabetisch sortiert.....	42
Tabelle 6: Infektiologische Diagnosen (Facharztambulanz) alphabetisch sortiert <i>exklusive Pneumonie (zu finden bei Pulmologische Diagnosen und exklusive Gastritiden zu finden bei Weitere Diagnosen)</i>	42
Tabelle 7: Weitere Diagnosen (Facharztambulanz)alphabetisch sortiert und nach Diagnoseuntergruppen geordnet.....	43
Tabelle 8: Altersverteilung Patienten des Visitedienstes	47
Tabelle 9: Beratungsanlässe (6. Häufigste) auf der gefäßchirurgischen Station inklusive der Rekonsile, gruppiert in absteigender Häufigkeit	48
Tabelle 10: Empfehlungen (Visitedienst) zum Blutdruck.....	50
Tabelle 11: Empfehlungen (Visitedienst) zu Diabetes Mellitus	50
Tabelle 12: Empfehlungen (Visitedienst) zur Nierenfunktion	51
Tabelle 13: Weitere Empfehlungen (Visitedienst)	51
Tabelle 14: Komorbiditäten der interdisziplinär visitierten Patienten.....	52
Tabelle 15: Kardiovaskuläre Risikofaktoren der interdisziplinär visitierten Patienten ohne Rekonsile in absteigender Häufigkeit	54
Tabelle 16: Übersicht über die häufigsten durchgeführten Eingriffe an den interdisziplinär visitierten Patienten in absteigender Häufigkeit.....	55
Tabelle 17: Übersicht über die am häufigsten verordneten Präparate bei Entlassung in absteigender Häufigkeit	56
Tabelle 18: Demographische Daten der Studienteilnehmer	58
Tabelle 19: Statements der Ärzte zu überflüssigen Konsilen aus rechtlichen und strukturellen Gründen.....	68
Tabelle 20: Übersicht über Statements zur Subkategorie Lerneffekt und Unterstützung der Assistenzärzte durch interdisziplinäre Visiten mit der Allgemeinmedizin	76
Tabelle 21: Zitate zur Subkategorie Fragestellung zu fachspezifisch für die Allgemeinmedizin ..	87
Tabelle 22: Gegenüberstellung der Aussagen verschiedener Ärzte zu der Fragestellung, ob durch die interdisziplinären Visiten Konsile gespart werden würden	92

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzungsverzeichnis

ASA-Score: American Society of Anaesthesiologist-Score

b.B.: bei Bedarf

bzw.: beziehungsweise

CGA: Comprehensive Geriatric Assessment

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disorder

CVI: Chronisch venöse Insuffizienz

CVRF: Kardiovaskulären Risikofaktoren

DEGAM: Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin

EKG: Elektrokardiographie

EVAR: endovascular aortic repair

ggf.: gegebenenfalls

HRS: Herzrhythmusstörungen

IPA: Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

KHK: Koronare Herzkrankheit

LZ-EKG: Langzeit-Elektrokardiographie

MeSH: Medical Subject Headings

NMH: Niedermolekulares Heparin

NOAK: Neue orale Antikoagulantien

o.B.: ohne Befund

OR: Odds Ratio

pAVK: Periphere arterielle Verschlusskrankheit

S.: Seite

s.: siehe

SIBR: Standard interdisciplinary bedside rounds

TEVAR: thoracic endovascular aortic repair

TIA: Transitorisch Ischämischen Attacken

tlw.: Teilweise

TSH-Wert: Thyroidea-Stimulierendes-Hormon – Wert

TVT: Tiefe Beinvenenthrombose

u.a.: unter anderem

u.G.: unklarer Genese

UKE: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

V.a.: Verdacht auf

vgl.: vergleiche

VHF: Vorhofflimmern

Z.n.: Zustand nach

1. Einleitung

Komorbidität oder Multimorbidität wird als das Vorhandensein von zwei oder mehr chronischen Krankheiten im selben Patienten¹ definiert (Fried et al. 2004), wobei nicht nur eine Erkrankung vordergründig ist und ein Zusammenhang zwischen den Erkrankungen bestehen kann, aber nicht muss (Scherer 2017). Die Prävalenz von multimorbiden Patienten in der hausärztlichen, aber auch in stationärer Versorgung ist hoch, und wird wahrscheinlich in den nächsten Jahren noch ansteigen (Nieto-Martín et al. 2019). Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung hat das Profil des Krankenhauspatienten verändert, der jetzt ein älterer Patient mit hoher Komorbidität und Komplexität ist (O'Malley and Reschovsky 2011; Monte Secades et al. 2004). Um multimorbide Patienten optimal zu diagnostizieren und zu therapieren, kann das Wissen und die Mitarbeit von Ärzten verschiedener Fachrichtungen erforderlich sein. Bei einem Konsil wird von einem Arzt Rat zu einem Patienten von einem Arzt eines anderen Fachgebiets eingeholt. Dies geschieht in der Regel mit einer bestimmten Fragestellung, und es werden Vorschläge zu Diagnose und Therapieplanung durch den beratenden Arzt mitgeteilt. Durch die interdisziplinäre Beurteilung stellen Konsile einen essenziellen Teil der krankenhausesärztlichen Versorgung dar, und besonders der allgemeininternistische Bereich teilt hier sein Fachwissen über allgemeine internistische Erkrankungen mit den spezialisierten Fachgebieten.

Neben der interdisziplinären Zusammenarbeit im Rahmen von Konsilen wurde in vielen Studien die positive Auswirkung von interdisziplinären Visiten und interdisziplinärer Versorgung auf die Patientenversorgung (Vidán et al. 2005; Secades et al. 2014; Montero Ruiz et al. 2020) und auf die Personalzufriedenheit (Secades et al. 2014) gezeigt. Dies gilt sowohl für gemeinsames Visitieren des Patienten mit Angestellten nicht-ärztlicher Berufsgruppen, als auch für interdisziplinäre Visiten zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen. Der überwiegende Anteil der Studien zu ärztlicher interdisziplinärer Zusammenarbeit thematisiert die Zu-

¹ Für eine bessere Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nur das generische Maskulin verwendet. Es sind immer alle Geschlechter gemeint. Ist ein spezifisches Geschlecht gemeint, wird dies im Text kenntlich gemacht.

EINLEITUNG

sammenarbeit zwischen Internisten und anderen Fachrichtungen. Der Fachbereich Allgemeinmedizin dagegen kommt in Studien zu stationärer interdisziplinärer Versorgung kaum vor, da sich dieser in vielen Ländern ausschließlich der ambulanten Versorgung von Patienten widmet. Eine Ausnahme stellen z.B. die USA dar: Hier werden Patienten im Krankenhaus auch von Fachärzten für Allgemeinmedizin behandelt (Gopalan 2020) und auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) sieht ihre Zuständigkeit in der Versorgung allgemeiner internistische Krankheitsbilder. Zudem sollen Prävention, Rehabilitation und psychosoziale Aspekte in die Patientenversorgung integriert werden (Gesellschaft and Familienmedizin 2022).

Der positive Einfluss der interdisziplinären Zusammenarbeit wurde auch auf gefäßchirurgischen Stationen gezeigt (Secades et al. 2014), wo das multimorbide Patientenkontinuum besonders dem breiten Behandlungsspektrum dem Fachbereich der Allgemeinmedizin entspricht. Daher erscheint es sinnvoll den Einfluss der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Fachärzten für Allgemeinmedizin für diese Patienten näher zu betrachten. Für den deutschsprachigen Raum fanden sich im Rahmen der Literaturrecherche keine Studien zu interdisziplinären Visiten. Jedoch fanden sich Daten zu Konsildiensten durch den Fachbereich Innere Medizin in chirurgischen Fachabteilungen (Secades et al. 2014). Inwiefern interdisziplinäre Visiten mit dem Fachgebiet Allgemeinmedizin auf gefäßchirurgischen Stationen einen Vorteil gegenüber herkömmlichen Konsilen für das dort typische multimorbide Patientenkontinuum bieten und inwiefern interdisziplinäre Visiten einen Vorteil für das gefäßchirurgische ärztliche Personal, sowie ärztliches Personal anderer internistischer Fachrichtungen, darstellt, soll Thema dieser Arbeit sein.

2. Stand der Forschung

2.1 Zuständigkeiten des Fachgebiets Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin

In dieser Arbeit geht es primär um das Fachgebiet Allgemeinmedizin, das Konsile beantwortet und Partner bei interdisziplinären Visiten ist. Laut Definition der DE-GAM beruht die Zuständigkeit des Fachgebiets Allgemeinmedizin auf breiter Verantwortlichkeit und Kontinuität der Versorgung (Gesellschaft and Familienmedizin 2022). Dabei inkorporiert das Fach Allgemeinmedizin die Gesundheitsversorgung aller Patienten mit körperlichen und / oder seelischen Krankheiten und betreut Patienten in der Akut- und Langzeitversorgung. Auch die Prävention und Rehabilitation sind ein Teil des Fachgebiets Allgemeinmedizin. Der Facharzt für Allgemeinmedizin ist somit für Patienten die erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem (Ludt 2017). Zwar gibt es in der Inneren Medizin häufig Behandlungsschwerpunkte, jedoch überschneidet sich das Behandlungsspektrum der Fachgebiete Innere Medizin und Allgemeinmedizin häufig. Der Schwerpunkt der Allgemeinmedizin liegt in der ambulanten Versorgung, während die Innere Medizin mehr, aber nicht ausschließlich, stationär tätig ist. Auch der hausärztlich tätige Internist mit einer Facharztausbildung auf dem Fachgebiet der Inneren Medizin ist in der ambulanten Versorgung tätig.

Zu den zehn häufigsten Krankheitsbilder in der deutschen hausärztlichen Praxis, gehören unter anderem die essenzielle (primäre) Hypertonie, Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipoproteinämien, Rückenschmerzen, Typ-2-Diabetes, Chronisch Ischämische Herzkrankheit und Adipositas, Gastroösophageale Refluxkrankheit, Depressive Episoden und Erkrankungen der Leber (Sachsen-Anhalt 2011, 3. Quartal; Bundes 2015).

2.2 Begriffsdefinition

Als Konsil wird in dieser Arbeit, die auf Anfrage stattfindende, beratende Tätigkeit eines Facharztes an einen Arzt eines anderen Fachgebietes verstanden, welcher

STAND DER FORSCHUNG

sich Rat zu Symptomen, Diagnostik oder Therapie für einen seiner Patienten einholt.

Als Konsilarzt wird ein Arzt einer beliebigen Fachrichtung verstanden, der auf Anfrage einer anderen Fachabteilung diagnostischen oder therapeutischen Rat zu einem Patienten gibt.

Als ein multimorbider Patient wird in dieser Arbeit ein Patient verstanden, der mehr als eine chronische Erkrankung hat (Fried et al. 2004). Es steht dabei nicht eine Erkrankung im Vordergrund und die Erkrankungen können, müssen aber nicht, im Zusammenhang stehen (Scherer 2017).

In der englischen Literatur trifft man vermehrt auf die Begriffe Family Medicine (auch *General Practitioner* genannt) und General Internal Medicine (auch *Internist* genannt). Family Medicine entspricht dem Fachgebiet Allgemeinmedizin oder auch dem des Hausarztes. General Internal Medicine entspricht dem Fachbereich der Inneren Medizin. Ein wesentlicher Unterschied besteht darin, dass die Allgemeinmedizin, wie in Deutschland auch, alle Altersgruppen in die Behandlung einschließt, während die Innere Medizin sich auf den Erwachsenen Menschen über 18 Jahre fokussiert (Foundation 2022) und oft mehr apparative Diagnostik nutzt (Bertakis et al. 1998) .

2.3 Suchstrategie in Datenbanken

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der interdisziplinären Zusammenarbeit mit dem Fachgebiet Allgemeinmedizin. Im Zuge der Literaturrecherche wurden jedoch zusätzlich auch Veröffentlichungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Inneren Medizin berücksichtigt, da nur wenig Literatur explizit zu interdisziplinären Modellen zusammen mit dem Fach Allgemeinmedizin zu finden waren. Mit Hilfe von PubMed wurden geeignete Medical Subject Heading (MeSH)-Terms identifiziert, unter die teilweise mehrere Schlagwörter fallen. So sind unter dem Begriff Begriff multimorbidity auch Daten zu comorbidity zu finden. Interdisciplinary Communication beinhaltet gleichzeitig auch die Schlagwörter Multidisciplinary Communication und Cross-disciplinary Communication. Die Begriffe Consultation und Interconsultation existieren nicht als MeSH, wurde aber aufgrund der Relevanz für die Recherche unter „all fields“ gesucht.

STAND DER FORSCHUNG

In Tabelle 1 befindet sich für eine bessere Nachvollziehbarkeit eine Übersicht zu kombinierten MeSH-Terms und deren Ergebnisse.

Tabelle 1: Darstellung der in PubMed gesuchten MeSH-Begriffe (Medical Subject Headings)

MESH	comorbidity	internal medicine	Family practice	Interdisciplinary communication	Patient care team	Consultation (kein MeSH term)	Interconsultation (keinMeSH term)	Ergebnisse	Relevant
		x					x		8
		X (kein MeSH)					x	18	8
x	x			x				28	1
x	x					x		122	4
x				x	x			185	5
x	x			x	x			9	1
x	x				x			41	1
x	x					x		141	3
			x	x		x		56	6
x			x				x	0	0

Die Suche nach dem MeSH-Term Internal Medicine AND Consultation ergab insgesamt fünf relevante Treffen. Davon waren vier nur auf Spanisch verfügbar, wovon zwei wiederum kein Abstract hatten. Die nur auf Spanisch zur Verfügung stehenden Publikationen wurden mit DeepL Pro übersetzt und deren Inhalt im Folgenden berücksichtigt.

Eine Freitextsuche nach Internal Medicine AND Interconsultation erbrachte acht relevante Treffer, von denen fünf schon bei der vorherigen Suche gefunden worden waren.

STAND DER FORSCHUNG

Bei den MeSH-Terms Comorbidity AND Interdisciplinary Communication AND Patient Care Team ergaben fünf relevante Artikel, wovon wiederum einer schon vorher gelistet worden war.

Comorbidity AND Internal Medicine AND Patient Care Team erbrachte einen Artikel, der schon vorher bekannt war.

Die Suche nach den MeSH-Terms Family Practice AND interdisciplinary communication AND consultation (Kein MeSH) ergab insgesamt 56 Treffer, wovon sechs neue Veröffentlichungen als relevant eingestuft wurden. Für einen dieser relevanten dänischen Artikel war nur das Abstract auf Englisch verfügbar, bei einem weiteren dänischen Artikel war kein Abstract auf Englisch zu finden.

Die Suche nach Treffern mittels Internal Medicine und Interconsultation (kein MeSH) ergab keine Treffer, weshalb nochmals mit Internal Medicine (kein MeSH) gesucht wurde.

Als zweite Datenbank wurde Cochrane Central nach den in Tabelle 1 aufgeführten (MeSH) Terms durchsucht, hierbei fanden sich sechs neue Artikel, die der PubMed-Liste hinzugefügt wurden.

Da ein kostenloses Zugriffsrecht auf die Datenbank Embase derzeit für Doktoranden oder Institutsmitarbeiter nicht zur Verfügung steht, wurde beschlossen, sich im Rahmen dieser Arbeit auf die beiden oben genannten Datenbanken zu beschränken.

2.4 Internistische Konsile

Das vermehrte Aufkommen von älteren, multimorbiden Patienten und die damit komplexer werdende Behandlung, hat dazu geführt, dass die Abteilung für Innere Medizin immer mehr in die Versorgung von chirurgischen Patienten mit eingebunden wird (Montero Ruiz et al. 2011; Rohatgi et al. 2016).

Eine Studie aus dem Jahr 2018 von Monte-Secades et al. kam zu dem Ergebnis, dass Konsilanfragen von chirurgischen und anderen, nicht-chirurgischen Abteilungen an die Abteilung für Innere Medizin eine signifikante Arbeitsbelastung darstellen. Bei dieser prospektiven Studie, bei der über 1100 Konsile aus 43 Krankenhäusern ausgewertet wurden, waren die häufigsten Konsultationsgründe die Beurteilung des Allgemeinzustands (27.4%), Fieber (18.1%), Dyspnoe (13.6%),

STAND DER FORSCHUNG

Störungen des Stoffwechsels (9.6%) und Bluthochdruck (6.3%) (Monte-Secades et al. 2018).

In einer Studie von Montero Ruiz et al. aus dem Jahr 2004 wurde auf einer monatlich rotierenden Basis ein Internist zur reinen Abarbeitung der Konsilanfragen und deren Follow-ups bereitgestellt. Die Arbeitsbelastung des Internisten war in etwa gleich dem eines internistischen Stationsarztes. Nach Montero Ruiz et al. werden Konsilanträge allzu oft erst gestellt, wenn die medizinische Situation, die sich beispielsweise als internistische Komplikation auf einer chirurgischen Station darstellt, sich aufgrund von organisatorischen Problemen, oder Fehlern bei der Einschätzung des Patienten schon lange zum Nachteil des Patienten entwickelt hat. Die Autoren begründen dies unter anderem mit der unterschiedlichen Fähigkeit von Ärzten die klinische Situation eines Patienten zu beurteilen in Kombination mit häufig wechselnder ärztlicher Betreuung des Patienten. Inwiefern diese Verzögerung zu Komplikationen führte, wurde in dieser Studie nicht untersucht. Inwiefern Konsile generell früher gestellt werden sollten beantworten die Autoren ebenfalls nicht, sie diskutieren jedoch, dass eine schnelle Bearbeitung des Konsils und ein regelmäßiges Follow-up die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass der Antragssteller sich an die gegebenen Empfehlungen hält. Des Weiteren konnte in der eben erwähnten spanischen Studie aus dem Jahr 2004 zur Art der Konsilanfragen an die internistische Abteilung und zu der damit einhergehenden Arbeitsbelastung gezeigt werden, dass bis zu 86% der Anfragen aus dem chirurgischen Bereich stammen, wovon 39% respektive 22% auf Traumatologie und Orthopädie bzw. Allgemeinchirurgie entfielen (Montero Ruiz, López Alvarez, and Hernández Ahijado 2004).

Auch in einer weiteren spanischen Studie von E. Montero Ruiz et al. aus dem Jahr 2014 konnte gezeigt werden, dass 69% der Anfragen an den internistischen Konsildienst aus chirurgischen Abteilungen stammten und davon wiederum 91% der Anfragen postoperativ stattfanden. In eben genannter Studie von E. Montero Ruiz et al. von 2014 wurde über einen Zeitraum von acht Monaten die Anzahl der Konsil-Anfragen an die internistische Abteilung und mögliche Störfaktoren des reibungslosen Ablaufs der Prozesse analysiert. Ebenso wurden die Unterschiede der Charakteristika der Anfragen aus internistischen und chirurgischen Abteilungen untersucht. Hierbei kam eine Diskrepanz bezüglich der Einschätzung der

STAND DER FORSCHUNG

Dringlichkeit zwischen Antragssteller und Konsilarzt zu Tage, wobei 6,5% der gesamten Antragssteller und nur 3,7% der Konsilärzte die Anfrage als dringlich einstufen. Die Konkordanz zwischen der Einschätzung der Dringlichkeit zwischen Antragssteller und Konsilarzt war in den chirurgischen Abteilungen besser als in den internistischen, und auch insgesamt waren diese dringlicher. Auch wurden 13% der Anträge doppelt gestellt, also erfolgte zusätzlich zur Konsilanfrage an die internistische Abteilung eine Anfrage für denselben Grund an eine andere Abteilung. Die Autoren benennen Bearbeitungsverzögerung oder Unzufriedenheit mit der Bearbeitung des anderen Fachgebiets als mögliche Gründe. Ob es sich bei den anderen Fachgebieten um spezialisierte internistische Abteilungen wie z.B. Nephrologie oder andere Fachrichtungen wie z.B. Gynäkologie oder Psychiatrie handelt, wird nicht benannt. In 23% der Anfragen war die internistische Abteilung die falsche Abteilung für die Anfrage. Es wurde nicht untersucht, inwieweit ein frühzeitigeres Konsil einen Benefit für den Patienten dargestellt hätte und inwiefern die Anzahl und die Dringlichkeit der gestellten Anträge hätte reduziert werden können, wenn im Vorfeld schon präoperativ ein konsultierender Internist die Komorbiditäten der chirurgischen Patienten mitbehandelt und gegebenenfalls (ggf.) Anpassungen vorgenommen hätte. E. Montero Ruiz et al. betonen, dass ein wichtiger Faktor bei den Konsilen die Zeit zwischen Aufnahme ins Krankenhaus und Konsilstellung ist. Im Mittel lag diese bei 12,6 Tagen, dementsprechend erfolgte der Konsilantrag erst zu einem Zeitpunkt, zudem das medizinische Problem bereits aufgetreten war, anstatt präventive Maßnahmen zu ergreifen. Die Verzögerung zwischen Aufnahme und Antragsstellung war in den chirurgischen Abteilungen größer als in den nicht-chirurgischen, was E. Montero Ruiz et al. mit einer möglichen Schwierigkeit der Chirurgen begründen, Patienten internistisch korrekt zu beurteilen (Montero Ruiz, Rebollar Merino, García Sánchez, et al. 2014).

2.5 Präoperative internistische Konsile

Präoperative Konsile von elektiven nicht-kardiologischen chirurgischen Patienten durch einen Internisten führt nicht zwangsläufig zur Besserung der postoperativen Mortalität, sondern kann diese sogar steigern. In einer Studie von

STAND DER FORSCHUNG

Wijeyesundera et al. wurde die 30-Tages- und Einjahresmortalität durch präoperative Konsultationen um das relative Risiko (Odds Ratio [OR]) 1,18 bzw 1,08) angehoben. Auch in der Krankenhausliegedauer zeigte sich ein Anstieg. Je näher am OP-Termin die Konsultation mit einem Internisten stattfand, desto mehr wurde der Effekt gesteigert. Ähnliches zeigte sich, wenn die Konsultation mit einem Facharzt eines internistischen Gebiets, z.B. einem Kardiologen oder Endokrinologen, durchgeführt wurde. Außerdem wurde bei den präoperativen Konsultationen eine Tendenz zur vermehrten Verschreibung von Betablockern beobachtet (Wijeyesundera et al. 2010), welche unter dem Aspekt der assoziierten erhöhten perioperativen Mortalität und dem Auftreten von Transitorisch Ischämischen Attacken (TIA) zu betrachten ist (Devereaux et al. 2008) und auch einen möglichen Erklärungsansatz für das beobachtete Phänomen bietet. Den Autoren Wijeyesundera et al. zufolge sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu genießen.

Zu einem an deren Ergebnis als Wijeyesundera et al. kamen Vazirani et al. in ihrer 2012 veröffentlichten Studie: Durch ein präoperatives Konsil durch einen Internisten bei medizinisch komplexen Patienten, z.B. mit einem American Society of Anaesthesiologist-Score (ASA-Score) von III oder mehr, konnte die Krankenhausliegedauer reduziert werden. Die Krankenhausmortalität wurde von 1,27% auf 0,36% gesenkt; es wurde ebenso eine vermehrte Verschreibung von Betablockern beobachtet, was in der Studie von Vazirani jedoch nicht nachteilig gewesen zu sein scheint (Vazirani et al. 2012). Wiederum andere, eher die Ergebnisse von Wijeyesundera unterstützende Ergebnisse, liefert die Studie von Auerbach et al.. Dort waren präoperativ internistisch konsultierte chirurgische Patienten im Vergleich zu nicht konsultierten Patienten mit erhöhter Krankenhausliegedauer und höheren Kosten assoziiert, vor allem, wenn die Patienten von spezialisierten Internisten gesehen wurden. Bei Konsultationen mit allgemeinen Internisten wurde kein Unterschied gefunden. Ein möglicher Grund für die Unterschiede könnte laut Auerbach et al. ein referral bias sein, sodass die Patienten mit schwerwiegenderen Komorbiditäten eher ein Konsil erhielten als andere (Auerbach et al. 2007).

Pham et al. publizierten ein Review zum Thema der präoperativen internistischen Konsile (Pham et al. 2017): Die Autoren beschreiben drei nicht-randomisierte Studien (darunter auch eben erwähnte), die höhere Kosten, post-operative Komplikationen und längere Krankenhausliegedauer bei konsultierten Patienten anzeigen (Auerbach et al. 2007; Vazirani et al. 2012). Bei einer randomisierten klinischen Studie konnte nur die präoperative Krankenhausliegedauer gesenkt werden, nicht aber die postoperative (Macpherson and Lofgren 1994).

2.6 Multidisziplinäre Patientenversorgung

Secades et al. kamen im Rahmen einer Studie zur multidisziplinären Versorgung von Internisten und Gefäßchirurgen auf einer gefäßchirurgischen Station in Lugo, Spanien, zu dem Ergebnis, dass die gemeinsame Behandlung die Qualität der Versorgung, verglichen mit Konsilen, verbessert. Interdisziplinär behandelt wurden u.a. Patienten mit peripher arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) sowie Tiefe Beinvenenthrombose (TVT). Parameter wie Häufigkeit der identifizierten Risikofaktoren für Thrombose, die gewichts- und nierenfunktionsgerechte Einstellung mit niedermolekularem Heparin (NMH) und die Krankenhausliegedauer wurden erfasst und mit einer historischen Kohorte von TVT-Patienten verglichen. Bei dem interdisziplinären Modell, bei dem zwei Internisten Vollzeit auf der gefäßchirurgischen Station die Patienten von Aufnahme bis Entlassung mitevaluierten und betreuten, konnte für die Patienten mit TVT gezeigt werden, dass erstens die Risikofaktoren der TVT signifikant häufiger identifiziert wurden, zweitens das NMH in 98% der Fälle, statt der vorherigen 18%, korrekt dosiert wurde und drittens sämtliche Komorbiditäten der Patienten in 100% vs. 50% der Fälle identifiziert wurden. Die Krankenhausliegedauer wurde gegenüber der Kontrollgruppe bei den Patienten mit TVT nicht gesenkt. Jedoch kamen die Autoren im Rahmen einer einmaligen Umfrage mit geschlossenen Fragen mit Ordinalskala zu dem Ergebnis, dass sich die Zufriedenheit des pflegerischen und ärztlichen Personals mit dem multidisziplinären Modell gegenüber dem vorherigen Modell verbessert. Für die Patienten mit pAVK fehlt eine Kontrollgruppe. Es bleibt daher offen, inwieweit sich die medizinische Versorgung von Patienten mit anderen Gefäß-

STAND DER FORSCHUNG

krankungen außer einer TVT, verbessert. Inwiefern sich das multidisziplinäre Modell auf die Krankenhausmortalität sowie die Langzeitüberlebensraten auswirkt, wurde ebenfalls nicht untersucht (Secades et al. 2014).

Eine prospektive Observationsstudie von Montero Ruiz et al. aus dem Jahr 2020 analysierte den Outcome von stationären orthopädischen oder traumatologischen Patienten bezüglich Krankenhausliegedauer, Komplikationen, Komorbiditäten und Mortalität (Montero Ruiz et al. 2020). Hierbei wurde eine Patientengruppe durch Konsildienste zwischen Orthopädie und Innerer Medizin mittels Konsilen behandelt, und eine Patientengruppe durch ein interdisziplinäres Team aus der Inneren Medizin und der Orthopädie/Traumatologie mittels multidisziplinärer Versorgung mit dem Fachgebiet Innere Medizin und Orthopädie/Innere Medizin betreut. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Behandlung im interdisziplinären Team den einzelnen Konsilen überlegen ist: Bei den durch Konsile behandelten orthopädischen Patienten traten in 62,8% der Fälle Komplikationen auf, während beim interdisziplinären Modell dies nur in 50,4% der Fälle der Fall war ($p < .001$). Auch die durchschnittliche Krankenhausliegedauer war beim interdisziplinären Modell mit 10 Tagen kürzer als beim Konsilmodell, bei welchem diese 18 Tage betrug ($p < .001$). Ein Krankenhausaufenthalt, der länger als 15 Tage dauerte wurde in Kombination mit dem Konsil-Modell mit dem Odds-Ratio 3.5 bewertet ($p < .001$). Bei der Komorbidität oder Mortalitätsrate zeigten sich zwischen den Modellen keine signifikanten Unterschiede.

Yousefi et al. evaluierten in ihrer retrospektiven Datenanalyse Unterschiede zwischen der Versorgung von stationären Patienten verschiedener Fachdisziplinen durch Fachärzte für Allgemeinmedizin (Family Physician) und Fachärzte für Innere Medizin (General Internal Medicine) gegenüber der Versorgung durch hospitalists (Yousefi and Chong 2013). Als *hospitalist* wird in Nordamerika ein im Fachgebiet der Allgemein- und Familienmedizin (General Medicine, Family Medicine) oder Innere Medizin (General Internal Medicine) ausgebildeter Facharzt bezeichnet, der ausschließlich mit stationären Patienten im Krankenhaus arbeitet (Gotlib Conn et al. 2012). Die hospitalists wiesen entweder eine Family Physician - oder eine General Internal Medicine - Ausbildung vor. Sowohl die Patienten unter der Behandlung der Family Physician – als auch der General Internal Medicine - hospitalists wiesen eine geringere Mortalität auf (OR 0,881) und einer

STAND DER FORSCHUNG

geringere 30-Tage-Wiederaufnahmerate (OR 0,766) gegenüber den Ärzten auf, die keine hospitalists waren. Nur der General Medicine - hospitalist war mit einer geringeren Krankenhausliegedauer assoziiert, der Family Medicine - hospitalist hatte jedoch keinen signifikanten Einfluss hierauf (Yousefi and Chong 2013).

Eine Studie von Middleton et al., die an einen Geriater gestellte Konsile auf orthopädischen Stationen mit einer interdisziplinären geriatrisch-orthopädischer Behandlung verglich, kam zu dem Ergebnis, dass die Mortalität signifikant gesenkt werden konnte, zusätzlich zur Reduktion der Krankenhausliegedauer, und Zeit zur Operation (Middleton, Wan, and da Assunção 2017).

Eine weitere amerikanische Studie konnte nachweisen, dass sich die durchschnittliche Krankenhausliegedauer bei Patienten mit Femurfraktur um signifikante 1,6 Tage reduziert, wenn diese Patienten anstelle eines orthopädischen Konsils, von vornherein von Internisten und Orthopäden zusammen behandelt wurden. Auch die Dauer zur Operation konnte reduziert werden (Bracey et al. 2016).

Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine ägyptische Studie: Die Autoren implementierten für Patienten, die mit Extremitäten- oder Hüftfrakturen in die Notaufnahme kamen, ein interdisziplinäres orthopädisches-geriatrisches Behandlungsmodell und beobachteten auf Parameter wie Krankenhausliegedauer, Zeit zur OP, postoperative Schmerzintensität, Depressionen und Behandlungsentscheidungen. Das Modell beinhaltete ein mobiles orthopädisch-geriatrisches Team, welches beispielsweise potenzielle sekundäre Frakturursachen der Fraktur untersuchte, sowie die Knochendichte und -mineralisierung und das Sturzrisiko erhob. Die durchschnittliche Krankenhausliegedauer wurde durch das gemeinsame Behandlungsmodell von 13,8 auf sieben Tage gesenkt ($p < .001$). Ebenfalls signifikant wurde die Zeit zur OP-Durchführung von sieben auf einen Tag gesenkt. Nicht signifikant verbessert wurde die Prävalenz von Depression in den Gruppen, ebenso wenig die postoperative Schmerzintensität (Saber and Aly 2022).

Eine weitere, amerikanische, Studie, untersuchte das Outcome bei Patienten mit Femurfrakturen und verglich dabei Patienten, die entweder mit Geriatern oder Ärzten der Inneren Medizin zusammen mit Orthopäden im multidisziplinären Mo-

STAND DER FORSCHUNG

dell behandelt wurden, partiell im multidisziplinären Modell oder ohne ein multidisziplinäres Modell ausschließlich von Orthopäden behandelt wurden. Die Ergebnisse von Patel et al. widersprechen dabei teilweise den eben dargestellten Studien. Es kam heraus, dass die Patienten mit Behandlung im kompletten und partiellen multidisziplinären Modell als Baseline-Charakteristikum, erhoben durch das ACS NSQIP (American College of Surgeons – National Surgical Quality Improvement Program), schlechtere Mobilität und mehr Demenz aufwiesen als solche Patienten, die im multidisziplinären Modell behandelt wurden. Auch war die Mortalitätsrate als Outcome Charakteristikum im Gegensatz zu den eben erwähnten Studien beim multidisziplinären Modell mit 4,55% höher als beim partiellen multidisziplinären Modell mit 0,81% Mortalität, und auch höher bei den ohne multidisziplinäres Modell behandelten Patienten, wo die Mortalitätsrate bei 0,33% lag. Die Krankenhausliegedauer war wiederum im multidisziplinären Modell am kürzesten. Eine deutliche Limitation der Studie und die Begründung der Autoren für diese Ergebnisse ist, dass die Patienten mit den herausforderndsten Baseline-Charakteristika, eher einem multidisziplinären Modell zugeordnet werden würden, als solche, mit stabilen oder keinen Komorbiditäten und dementsprechend ein geringeres Mortalitätsrisiko aufweisen. Die Autoren betonen, dass die Ergebnisse dennoch die Zusammenarbeit zwischen Orthopäden und Geriatern oder Ärzten der Inneren Medizin unterstützen (Patel et al. 2020).

Zu keinen signifikanten Unterschieden für Patienten mit Femurfraktur für Krankenhausliegedauer, Mortalität und Entlassung in die Häuslichkeit bei kombinierter orthopädischer-geriatrischer Behandlung kamen Khan et al. (Khan et al. 2002). Auch Wagner et al. kamen zu dem Ergebnis, dass ein orthopädisch-geriatrisches multidisziplinäres Behandlungsmodell das Outcome der Patienten nicht verbessert. In dieser Studie aus Chile wurden Patienten über 65 Jahre mit Femurfraktur prospektiv beobachtet und mit einer historischen Kohorte ohne gemeinsame ortho-geriatrische Behandlung verglichen. Bei der Morbidität konnte ein geringer Vorteil des multidisziplinären Behandlungsmodells gezeigt werden, auch kam es zu wesentlich weniger Krankenhausaufenthalten von über 20 Tagen Länge. Insgesamt wurden weniger interdisziplinär behandelte Patienten innerhalb des Krankenhauses während der Behandlung auf die Intensivstation verlegt und dafür mehr interdisziplinär behandelte Patienten auf eine Intermediate Care

STAND DER FORSCHUNG

Station; jedoch wurden ebenfalls mehr multidisziplinär behandelte Patienten auf eine Intermediate Care Station, als auf eine Innere Medizin Station, verlegt, als umgekehrt. Dies sehen die Autoren nicht als Nachteil, da sich die Krankenhausliegedauer nicht verlängerte und vermutet wurde, dass die Verlegung auf die Intermediate Care Unit in einem besseren Management der medizinischen Situation resultierte. Die Autoren schreiben, dass die Studie einen kleinen Vorteil des geteilten ortho-geriatrischen Behandlungsmodells zeigt und sich vor allem auf die vermehrte Entdeckung von internistisch-geriatrischen Komorbiditäten bezieht (Wagner et al. 2012).

Wie eben dargestellt, fanden auch Friedman et al. heraus, dass multidisziplinäre Behandlung von geriatrischen Patienten mit Oberschenkelhalsbruch, zusammen mit Orthopäden und Geriatern, einen positiven Einfluss auf postoperative Infektionen, Krankenhausliegedauer, Komplikationen wie z.B. Nierenversagen, Pneumonie oder Myokardinfarkt, hat. Eine Reduktion der 30-Tagesmortalität gegenüber der Kontrollgruppe konnte dagegen nicht gezeigt werden (Friedman et al. 2009). Zu einem anderen Ergebnis kamen Vidán et al. in einer prospektiv randomisierten Studie zu einem multidisziplinären geriatrisch-orthopädischen Behandlungsmodell: hier zeigte sich eine reduzierte Krankenhausmortalität von 0,6% in der Interventionsgruppe gegenüber 5,8% in der Kontrollgruppe (Vidán et al. 2005).

Ebenso konnte bei gefäßchirurgischen Notfallpatienten ein positiver Einfluss eines multidisziplinären Behandlungsmodells geriatrischer Mediziner und geriatrischer Pflegekräfte gezeigt werden; die 30-Tage-Wiederaufnahmerate, Krankenhausliegedauer und nosokomiale Infektionsrate wurde in der Interventionsgruppe signifikant gesenkt (Natesan et al. 2022).

Durch die konstante Mitarbeit eines festangestellten Psychiaters auf einer internistischen Station (Muskin, Skomorowsky, and Shah 2016) oder einer chirurgischen Akutstation (Kugler, Key, and Oldham 2020) reduzierte sich die Krankenhausliegedauer und auch die Zeit bis zum Psychiater-Patienten-Kontakt signifikant gegenüber einem herkömmlichen Konsilmodell. Bei der US-amerikanischen Studie von Muskin et al. wurden psychiatrisch-internistisch komorbid erkrankte

STAND DER FORSCHUNG

Patienten gemeinsam von Ärzten der Inneren Medizin und der Psychiatrie betreut. Durch die Festanstellung eines Psychiaters konnten rechnerisch 2889 Patiententage im Krankenhaus gespart werden und damit ein Geldbetrag, der die Festanstellung von 2,5 weiteren Psychiatern und eines Sozialarbeiters finanzieren würde (Muskin, Skomorowsky, and Shah 2016). Außerdem konnte die Krankenhausliegedauer bei einer weiteren Studie reduziert werden, in der einzeln angefragte psychiatrische Konsile bei internistischen Patienten mit einem psychiatrisch-internistischen multidisziplinären Modell verglichen wurden. In dieser Studie wurde der multidisziplinär behandelte Patient von einem Internisten, einem Psychiater, einer Krankenpflegefachkraft und einem Sozialarbeiter betreut (Sledge et al. 2015). Auch die Zufriedenheit des Personals konnte durch proaktive Konsile durch ein psychiatrisches Team in der Studie von Oldham et al. verbessert werden, bei der alle neu aufgenommenen Patienten auf psychiatrische Komorbiditäten gescreent und konsultiert wurden und ein Psychiater regelmäßig mit auf Visite ging (Oldham et al. 2020).

In einem französischen Krankenhaus wurde bei psychiatrisch-somatisch komorbid erkrankten ambulanten Patienten ein multidisziplinäres Konsultationsmodell zwischen Innerer Medizin und Psychiatrie getestet. Dieses Modell, bei dem das ärztliche Gespräch mit Ärzten beider Fachrichtungen durchgeführt wurde, wurde implementiert, da man bei vorangegangenen psychiatrischen Konsilen in dem Krankenhaus feststellte, dass ein Teil der Patienten sich durch die rein somatische Behandlung missverstanden und abgelehnt fühlte, z.B. wenn es um Symptome ging, die nicht durch somatische Ursachen erklärbar waren. Das gemeinsame Gespräch resultierte in einem Empfehlungsschreiben an den behandelnden Allgemeinmediziner. Cottencin et al. kamen zu dem Ergebnis, dass die gemeinsame Behandlung die Arzt-Patienten-Beziehung verbessere und eine holistische Sichtweise ermögliche (Cottencin et al. 2007).

2.7 Interprofessionelle Patientenversorgung

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) ist ein interprofessioneller diagnostischer Prozess, der die psychosozialen Faktoren, funktionellen Limitationen und

STAND DER FORSCHUNG

das medizinische Krankheitsbild einer älteren Person berücksichtigt und daraus einen Behandlungsplan mit anschließendem Follow-up erstellt (Rubenstein et al. 1991). Interprofessionell bedeutet hier, dass verschiedene, auch nicht ärztliche Disziplinen, aus dem Gesundheitsbereich involviert waren. Beim CGA können demnach sowohl ärztliches Personal als auch Pflegekräfte involviert sein. Im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit zu Studien mit CGA von Eamer et al. wurde untersucht, inwiefern die Anwendung von CGA einen Vorteil für das postoperative Outcome bei chirurgischen Patienten bringt. Es wurden acht Studien in dem Review eingeschlossen. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass CGA vermutlich die Krankenhausliegedauer leicht reduziert, allerdings keinen Unterschied in der Wiederaufnahmerate bewirkt. Die Mortalität wird durch CGA bei Patienten mit Hüftfraktur ebenfalls leicht reduziert, genauso wie die Kosten minimal reduziert wurden, jedoch kein, bis wenig Einfluss auf postoperative Komplikationen vorlag (Eamer et al. 2018).

In den letzten Jahren haben sich Structured Interdisciplinary Bedside Rounds (SIBR; zu deutsch: Strukturierte Interdisziplinäre Visitenrunden) in einigen Krankenhäusern etabliert, beispielsweise in den USA und Australien. Sie standardisieren Kommunikation zwischen Gesundheitsversorgern und können möglicherweise so medizinische Fehler verringern (Cao et al. 2018). Die wesentlichen Kriterien von SIBRs sind, dass sie einem strukturierten Format folgen, interdisziplinär einen Arzt, eine Krankenpflegefachkraft, weitere Angestellte in Gesundheitsberufen, sowie den Patienten und/oder dessen Angehörige miteinbeziehen (Chow et al. 2019). Eine quasi-experimentelle Studie zu SIBRs, veröffentlicht im Jahr 2021, kam zu dem Ergebnis, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen von SIBRs zwischen Assistenzärzten der Inneren Medizin und dem Pflegefachpersonal die interdisziplinäre Kommunikation und die Effizienz am Arbeitsplatz verbessert. In diesem US-amerikanischen Lehrkrankenhaus wurden über einen Zeitraum von einem halben Jahr SIBRs zusammen mit Assistenzärzten, Pflegefachpersonal und einem Care Manager durchgeführt, zusätzlich zu den ärztlichen Visiten und den pflegerischen Rundgängen im Rahmen der Medikamentenausgabe. In 65% der Fälle erfolgte die Visite am Patientenbett und dau-

STAND DER FORSCHUNG

erte im Schnitt drei bis vier Minuten pro Patient. Daten wurden durch Observationen und Fragebögen erhoben. Die subjektiv empfundene Qualität der interprofessionellen Kommunikation verbesserte sich signifikant bei Assistenzärzten und Pflegepersonal; von 93% der Assistenzärzte und von 68% der Pflegefachkräfte wurde die Qualität der interprofessionellen Kommunikation während der Implementierung von SIBR im Vergleich zu den vorherigen Visitenrunden als gut oder besser beschrieben. Die Effizienz am Arbeitsplatz, gemessen am Rückgang der Anzahl der Anrufe mit Rückfragen von Pflegekräften an die Assistenzärzte, konnte ebenfalls signifikant gesteigert werden (Schwartz et al. 2021).

Eine australische Studie zu SIBR auf einer geriatrischen Station, kam in Bezug auf Krankenhausliegedauer und 28-Tage-Wiederaufnahmerate zu dem Ergebnis, dass SIBR keinen positiven Effekt erzielt (Huynh et al. 2017).

Jedoch kam in einer weiteren australischen Querschnittsstudie heraus, dass SIBRs in der Notaufnahme die Patientenzufriedenheit, im Vergleich zu herkömmlichen Visitenrunden mit rein ärztlichem Personal, steigert. Auch die Zufriedenheit der Angestellten war bei SIBRs höher: Interdisziplinäre Kommunikation wurde bei SIBRs in verschiedenen Bereichen, z.B. bei der Patientenbesprechung, Beantwortung der Fragen von Patienten oder Teamwork, im Vergleich zu herkömmlichen Visitenrunden, positiver gesehen (Chow et al. 2019). Zu keinen signifikanten Unterschieden bei der Patienten- und Angehörigenzufriedenheit von SIBRs und herkömmlichen Visitenrunden auf der Intensivstation kamen Cao et al. Umfragen im Team mittels Fragebögen resultierten hier jedoch in einer höheren Zufriedenheit, mit einer geringeren Dauer der SIBRs und einer höheren Wahrscheinlichkeit, dass Behandlungspläne besprochen wurden, das ganze Team Input lieferte, und, dass sich das gesamte Team der auszuführenden Aufgaben bewusst war (Cao et al. 2018).

In einer kanadischen Studie wurde verglichen, inwiefern die interprofessionelle Kommunikation sich ändert, wenn ein fest auf Station angestellter Facharzt für Allgemeinmedizin (in der Studie genannt *hospitalist*, vergleiche Definition in Punkt 2.6), im Vergleich zu einem konsiliarisch herbeigerufenen Facharzt für Allgemeinmedizin, für die Patientenbetreuung zuständig ist. Als Resultat von semi-strukturierten Interviews kam heraus, dass interprofessionelle Kommunikation von der Präsenz des Mediziners auf Station abhängt und das Konsilmodell die

Entscheidungsfindung bezüglich Therapie- und Entlassprozedere verzögert (Gotlib Conn et al. 2012)

2.8 Zusammenfassung des Forschungsstandes

Im Zusammenhang mit interdisziplinären Visiten gibt es eine Reihe von Studien, die sich mit der Zusammenarbeit der Inneren Medizin und einigen weiteren Fachrichtungen befassen, darunter die Orthopädie und Unfallchirurgie, die Geriatrie und die psychiatrische Medizin (siehe 2.4 -2.7).

Die Literaturrecherche zeigt, dass in den letzten zwanzig Jahren zunehmend mehr Studien zum Thema interdisziplinärer Zusammenarbeit und multidisziplinäre Versorgung von Patienten zwischen verschiedenen Fachrichtungen durchgeführt wurden. Die Ergebnisse dokumentieren mehrheitlich, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Innerer Medizin und Chirurgie, sowie anderen Fachrichtungen, die Personalzufriedenheit und teilweise auch die Effizienz am Arbeitsplatz steigert. Ob dies auch bedeutet, dass der Outcome der Patienten verbessert wird, lässt sich nicht eindeutig eruieren; sowohl Studien, die auf eine reduzierte Krankenhausliegedauer, Mortalität und Wiederaufnahmerate hindeuten, als auch gegenteilige Studien, existieren. Die Studie von Secades et al. aus dem Jahr 2014 zeigt, dass bei einem multidisziplinären Behandlungsmodell Medikation besser auf den Patienten eingestellt wird und die Komorbiditäten vollständig identifiziert werden. Inwiefern sich dies jedoch auf Krankenhausmortalität und Langzeitüberlebensrate auswirkt, lässt Fragen für weitere Studien offen. Es bleibt ebenso offen, inwieweit ein präoperatives Assessment der entsprechenden internistischen Komorbiditäten eines chirurgischen Patienten zu einem besseren Outcome führen, oder aber im Gegenteil durch beispielsweise vermehrte Verschreibung von Medikamenten, für den Patienten eher von Nachteil sind.

Im Fachbereich Geriatrie lässt sich ein positiver Einfluss der Zusammenarbeit bei der Behandlung von älteren Patienten eines mitbehandelnden Geriaters mit Ärzten anderer Fachrichtungen in einigen Bereichen feststellen. Da die Geriatrie sich, ähnlich wie die Innere Medizin und das Fach Allgemeinmedizin, auf den gesamten Menschen bezieht, und den Menschen als Ganzes, nicht nur in allen

STAND DER FORSCHUNG

medizinischen Aspekten, sondern auch psychosozial und funktional betreut, lassen sich die positiven Aspekte bei multidisziplinären Versorgungsmodellen mit der Geriatrie eventuell auch auf die Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Allgemeinmedizin übertragen.

Es liegen besonders viele Studien zu interdisziplinärer ärztlicher Zusammenarbeit zwischen Innerer Medizin und chirurgischen Fächern aus dem spanischen Raum vor. In diesen Studien konnte der Vorteil der interdisziplinären Zusammenarbeit auf die Identifizierung von Komorbiditäten und der korrekten medikamentösen Einstellung der chirurgischen Patienten gezeigt werden.

Studien zur interdisziplinären Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitssystem bezüglich der stationären Patientenversorgung durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin und Fachärzten eines chirurgischen Fachs, existieren zum Zeitpunkt der Durchführung der Arbeit nicht.

3. Fragestellung und Ziel der Arbeit

Ziel dieser Mixed-Methods-Arbeit ist es, die Beteiligung eines Facharztes für Allgemeinmedizin an der Versorgung stationärer, chirurgischer Patienten zu evaluieren und mit klassischen Konsildiensten zu vergleichen.

Der Einfluss von interdisziplinären Visiten mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin auf subjektive Optimierung von Arbeitsablauf und -belastung für Ärzte auf einer gefäßchirurgischen Station und der Einfluss auf die Patientenversorgung soll besser verstanden werden.

Ob die Anzahl an Konsilen auf der gefäßchirurgischen Station durch die interdisziplinären Visiten mit dem Fachgebiet Allgemeinmedizin subjektiv gesenkt werden können ist ebenfalls Ziel dieser Arbeit.

Im qualitativen Teil sollen folgende Aspekte betrachtet werden:

Welche Herausforderung stellen Konsile im Allgemeinen für Ärzte dar und inwiefern können sich Ärzte anderer Fachrichtungen vorstellen, dass die Zusammenarbeit mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin in Zukunft diese Herausforderungen eliminiert oder mindert? Es soll festgestellt werden, ob und in welchem Ausmaß sich die Ärzte eine Zusammenarbeit mit dem Fach Allgemeinmedizin vorstellen können und wie diese Zusammenarbeit im Optimalfall implementiert werden könnte.

Welchen subjektiven Einfluss haben interdisziplinäre Visiten mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin auf die Patientenversorgung?

Welche unterschiedlichen Ansichten gibt es zu den oben genannten Fragestellungen zwischen Ärzten, die an den interdisziplinären Visiten teilgenommen haben und solchen, die nicht daran teilgenommen haben?

Das Ziel der Auswertung der quantitativen Daten ist, die Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zwischen den konsiliarisch gesehenen Patienten der Facharztambulanz, und den im Rahmen des Pilotprojektes interdisziplinär visitierten Patienten zu betrachten.

4. Material und Methoden

4.1 Studiendesign

Im Rahmen dieser Arbeit sollen die Daten eines etablierten Konsildienstes durch Fachärzte für Allgemeinmedizin des Instituts und Poliklinik für Allgemeinmedizin Hamburg-Eppendorf (IPA) für Patienten der Facharztambulanz Hamburg quantitativ ausgewertet werden. Zudem soll ein Pilotprojekt, im Rahmen dessen regelmäßige interdisziplinäre Visiten durch einen IPA-Allgemeinmediziner und einen Arzt des gefäßchirurgischen Teams stattgefunden haben, analysiert werden. Letzteres soll sowohl quantitativ und qualitativ ausgewertet werden. Im Rahmen dieser Arbeit stehen sowohl schriftliche Daten aus den beantworteten Konsilen von Ärzten des IPAs an die Facharztambulanz und aus der Krankenakte der Patienten der gefäßchirurgischen Station (Pilotprojekt) zur Verfügung, welche deskriptiv ausgewertet wurden. Mit den am Pilotprojekt beteiligten Ärzten, sowie mit Ärzten anderer Fachrichtungen, die Konsile bearbeiten, wurden Interviews geführt. Daher bietet sich ein Mixed Methods Design an.

4.1.1 Mixed Methods

Mixed Methods Forschung kann als Sammlung, Analyse und Integration von qualitativen und quantitativen Daten in einer singulären Studie definiert werden (Schifferdecker and Reed 2009). Die Integration der qualitativen und quantitativen Daten sollte jedoch nicht nur unter dem Aspekt der Integration der Methoden an sich gesehen werden, sondern als allumfassendes Studiendesign, das die Datenanalyse, die Ergebnisse und das Fazit unter Zuhilfenahme verschiedener Methoden, erweitert und stärkt. Hierbei können die qualitativen Daten auch dazu verwendet werden, die quantitativen Daten zu bewerten (Fetters, Curry, and Creswell 2013). Dieser Ansatz wurde in dieser Arbeit verfolgt. Es schien sinnvoll, sowohl qualitative als auch quantitative Methoden zu verwenden, da die einzelnen quantitativen Datensätze durch die Ergänzung durch qualitative Daten potenziell an Aussagekraft gewinnen und die qualitativen Daten die quantitativen potenziell bewerten können. In Kombination mit den quantitativen Daten sollen

Aussagen der Interviewteilnehmer, die sonst nur schwer nachweisbar wären, untermauert, widerlegt oder diskutiert werden.

4.2 Quantitativer Teil

Die Daten des quantitativen Studienteils bestanden aus zwei separaten Datensätzen, die unabhängig voneinander entstanden sind und ausgewertet wurden. Diese Daten umfassten sowohl Konsilanfragen und -antworten aus einer Facharztambulanz an die UKE-Allgemeinmedizin, als auch Daten von Patienten, die im Rahmen des Pilotprojekts auf der gefäßchirurgischen Station des UKEs mit dem Fachgebiet Allgemeinmedizin erhoben wurden.

4.2.1 Konsile Facharztambulanz

4.2.1.1 Zeitraum der Durchführung

Die ausgewerteten Konsile umfassen den Zeitraum vom 26.01.2015 bis 08.02.2021.

4.2.1.2 Ablauf der Konsile

Die Facharztambulanz Hamburg ist eine Belegambulanz, die sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zum UKE befindet, jedoch unabhängig von diesem ist. Es besteht eine fortlaufende Kooperation mit der allgemeinmedizinischen Ambulanz des UKEs für allgemeinmedizinische Konsile für die stationären Patienten der Facharztambulanz. In der Facharztambulanz ist ein breites Spektrum verschiedener Fachärzte tätig, die vorwiegend operative Eingriffe durchführen, und es werden jährlich bis zu 7000 Patienten dort behandelt (GmbH 2022a). Seit 2015 besteht eine Kooperation mit dem IPA, dessen Patientenversorgung über die Allgemeinmedizinische Ambulanz als Teil des UKE-Ambulanzentrums läuft.

Bei Bedarf werden die Konsilanfragen der Facharztambulanz handschriftlich erstellt und per Fax an die allgemeinmedizinische Ambulanz geschickt. Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Allgemeinmedizin visitiert zeitnah den Patienten auf Station und bearbeitet den Konsilbogen im Anschluss ebenfalls handschriftlich. Ein Beispiexemplar eines Konsilbogens befindet sich im Anhang (s. Punkt 12.1 Bei-

MATERIAL UND METHODEN

spiel: Konsilanfragebogen). Die archivierten Konsilbögen wurden von der Doktorandin auf folgende Aspekte ausgewertet: Datum der Konsilstellung, Untersuchungsdatum, Untersucher, Patientengeschlecht und -alter bei Untersuchung, Vormedikation, Hauptdiagnose der Facharztambulanz, Fragestellung an die Ärzte des IPAs, relevante Vorbefunde, durch Fachärzte für Allgemeinmedizin des IPAs erhobene Befunde, Diagnose und Empfehlung des Facharztes für Allgemeinmedizin des IPAs. Diese Daten wurden deskriptiv analysiert. Bei der Auswertung wurden zwei Kontakte bei einem Patienten mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin (Rekonsil) als einzelne Konsile berücksichtigt, da sich Angaben wie beispielsweise Diagnosen nicht zwangsläufig doppelten.

Die Ärzte der IPAs erhielten nur für den Zeitraum des Konsils vor Ort Zugang zu der kompletten Patientenakte, jedoch keinen dauerhaften Zugang zur elektronischen Patientenakte. Der Doktorandin standen ebenfalls nur die auf den Bögen festgehaltenen Daten zur Verfügung. Fehlende Informationen konnten nicht ergänzt werden.

4.2.1.3 Auswertung der Konsile

Es schien sinnvoll, die Diagnosen der Rechnung (die von der allgemeinmedizinischen Ambulanz an die Facharztambulanz im Anschluss an das Konsil ausgestellt wurden) auszuwerten anstatt der Diagnosen auf dem Konsilbogen, da die Diagnosen der Rechnung vollständiger waren: es fand sich bei den Diagnosen auf der Rechnung bei fünf Patienten (vier männlich, eine weiblich) keine Diagnose. Im Gegensatz dazu fehlt auf den Papierbögen des Konsilanfragebogens bei 22 Konsilen die allgemeinmedizinische Diagnose.

Die Diagnosen der Fachärzte für Allgemeinmedizin wurden, wie oben beschrieben, tabellarisch zusammengetragen und der Häufigkeit nach sortiert dargestellt. Es wurden alle aufgelisteten Diagnosen dokumentiert, die unter der Rechnung als Diagnose aufgeführt waren, auch solche, die einen *Zustand nach (Z.n.) x* bezeichneten und somit keine aktuelle Diagnose im eigentlichen Sinne darstellten. Dies schien sinnvoll, da auch ein *Z.n.* eine potenzielle relevante Diagnose oder Komorbidität für den Patienten darstellen kann.

MATERIAL UND METHODEN

Die Diagnosen wurden nach folgenden Gruppen sortiert und in diesen Gruppen weiter der Häufigkeit nach aufgetrennt dargestellt: Kardiovaskuläre Diagnosen, pulmologische Diagnosen, operative Diagnosen, infektiologische Diagnosen, und weitere Diagnosen.

Die Ärzte, die die Konsile beantwortet haben, erhielten zu Auswertungszwecken ein Pseudonym.

Die Fragestellungen an die Fachärzte für Allgemeinmedizin wurde ebenfalls ausgewertet. Nicht immer wurde eine direkte Frage von der Facharztambulanz auf dem Konsilanfragebogen angegeben. Deshalb wurde ausgewertet, wie häufig eine Fragestellung angegeben wurde und welche alternativen Aufträge wie häufig an die Fachärzte für Allgemeinmedizin, gestellt wurden. Als alternative Aufträge wurden beispielsweise die Bitte nach einer präoperativen Einschätzung oder die Bitte nach einem Ausschluss einer bestimmten Verdachtsdiagnose gewertet. Außerdem wurde ausgewertet, ob bei den Konsilanfragen die Vormedikation der Patienten angegeben wurde und welche allgemeinmedizinische Empfehlung aus dem Konsil folgte.

4.2.1.4 Umgang mit Freitext

Bei den Konsilanfragebögen wurde sich häufig nicht an die vorgegebenen Textfelder, wie z.B. *Anamnese und Befund* sowie *Diagnose*, gehalten, sondern diese Angaben wurden in einem langen Text kombiniert. Dies führte dazu, dass die einzelnen Rubriken teilweise zusammen ausgefüllt wurden und nicht immer trennscharf zu beurteilen war, welche Aspekte z.B. zur Diagnose und welche zum Befund gehören. Deswegen wurde von der Doktorandin als auswertende Person versucht, jeden Aspekt der richtigen Rubrik zuzuordnen. Dies unterliegt einer gewissen Subjektivität und es gab Konsilanfragen, bei denen es zu einer Rubrik keine Angabe zuzuordnen gab oder wo eine Textstelle in mehrere Spalten passte.

4.2.2 Allgemeinmedizinischer Visitedienst (Pilotprojekt)

4.2.2.1 Ablauf

Im Rahmen eines vom Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin durchgeführten Pilotprojekts fanden im Jahr 2020 von Juni bis November interdisziplinäre Visiten auf der gefäßchirurgischen Station H3a des UKEs statt. Im Rahmen dessen ging eine Fachärztin für Allgemeinmedizin einmal wöchentlich vormittags mit auf die morgendliche Visitenrunde auf Station. Bei Bedarf wurden Patienten von der Fachärztin für Allgemeinmedizin und den auf der gefäßchirurgischen Station tätigen Ärzten zusammen besprochen und ggf. Therapie- und Diagnostikvorschläge von der Fachärztin für Allgemeinmedizin gemacht.

4.2.2.2 Patienten

Es wurden alle stationären Patienten visitiert, für die es einen allgemeinmedizinischen Beratungsanlass gab. Dieser lag vor, wenn die Fachärztin für Allgemeinmediziner zu einem Patienten eine Anmerkung machte, sie nach Rat gefragt wurde, Therapie- oder Diagnostikvorschläge machte oder anderweitig in die Behandlung des Patienten involviert war. Nicht für jeden Patienten gab es einen allgemeinmedizinischen Beratungsanlass. Wenn es einen Anlass gab, wurde dieser dokumentiert. Patienten mit einem mehrwöchigen stationären Aufenthalt wurden teilweise von der Fachärztin für Allgemeinmedizin wiederholt mit visitiert und ggf. entsprechend dokumentiert.

4.2.2.3 Teilnehmende Ärzte

Die Fachärztin für Allgemeinmedizin, die die gefäßchirurgischen Visiten mit betreute, wechselte nicht und war zum Zeitpunkt des interdisziplinären Visitedienstes Fachärztin für Allgemeinmedizin. Die teilnehmenden Ärzte der gefäßchirurgischen Station, die zum Zeitpunkt des Projekts für die Stationsvisite zuständig waren, waren mehrheitlich, aber nicht ausschließlich, Ärzte in Weiterbildung und besaßen dementsprechend zum größten Teil keinen Facharzttitel für Gefäßchirurgie. Die interviewten Ärzte, die nicht an den interdisziplinären Visiten teilgenommen haben, aber in anderen Fachrichtungen tätig waren und zu Konsilen

interviewt wurden, waren teilweise schon Fachärzte verschiedener Disziplinen (z.B. Pneumologie und Neurologie) und teilweise noch Ärzte in Weiterbildung.

4.2.2.4 Datensammlung durch visitierende Allgemeinmedizinerin

Im Rahmen des Projekts wurde eine Tabelle über die interdisziplinär gesehenen Patienten angelegt. Dort wurden unter dem Tagesdatum die Gesamtanzahl an Patienten auf der gefäßchirurgischen Station, die Fallnummer des jeweiligen Patienten, Geschlecht, Alter, gefäßmedizinische Hauptdiagnose, Allgemeinmedizinischer Beratungsanlass und die Empfehlung der Fachärztin für Allgemeinmedizin dokumentiert. Es wurde festgehalten, ob nach der interdisziplinären Visite von der Fachärztin für Allgemeinmedizin ein Konsilbericht in der elektronischen Patientenakte ausgefüllt wurde, der automatisch im Entlassungsbericht erschien und ggf. händisch gelöscht werden konnte. Dies richtete sich nach dem Aufwand und der Dauer des Besprochenen. Es wurde kein Konsilbogen im Anschluss an die Visite ausgefüllt, wenn aus subjektiver Sicht der Fachärztin für Allgemeinmedizin der Input bei der Visite beim entsprechenden Patienten nur minimal war und nicht den zeitlichen Aufwand für eine schriftliche Dokumentation in der elektronischen Patientenakte rechtfertigte. So wurde z.B. kein Konsilbericht ausgefüllt, wenn sich der Input der Fachärztin für Allgemeinmedizin auf die Empfehlung der Abnahme des Thyroidea-stimulierendes-Hormons (TSH) - Wertes beschränkte und somit einen äußerst geringen zeitlichen Aufwand darstellte.

4.2.2.5 Datensammlung aus Patientenakten der Gefäßchirurgie

Aus den elektronischen Patientenakten der Patienten wurden im Juli 2022 von der Doktorandin über einen hierfür beantragten Soarian-Zugang Daten der unter Punkt 4.2.2.4 genannten Tabelle ergänzt. Es wurden folgende Daten ergänzt: *Komorbiditäten, durchgeführte Eingriffe während des Aufenthalts auf der gefäßchirurgischen Station, Diagnosen/Erkrankungen, Liegedauer und Entlassmedikation*. Die Informationen wurden aus den Entlassbriefen der Patienten von der gefäßchirurgischen Station für den jeweiligen Aufenthalt entnommen.

4.2.2.6 Auswertung der quantitativen Daten des Visitedienstes

Bei der Auswertung der Daten wurden die Rekonsile bei den Punkten *Allgemeinmedizinischer Beratungsanlass* und *Empfehlung der Allgemeinmedizin* mit einbezogen. Rekonsile beschreiben Konsile bei Patienten, bei welchen schon vorher ein Kontakt durch die Fachärztin für Allgemeinmedizin im Rahmen eines Konsils stattfand und nun ein weiteres Konsil durch die Fachärztin für Allgemeinmedizin bei demselben Patienten durchgeführt wurde. Dies wurde gemacht, da sich bei den eben genannten Rubriken die Angaben zwischen den Rekonsilen bei demselben Patienten unterschieden und es beispielsweise verschiedene Beratungsanlässe bei einem Patienten gab. Alle anderen Aspekte wurden ohne Rekonsile ausgewertet, da sich Rubriken, wie beispielsweise Komorbiditäten oder kardiovaskuläre Risikofaktoren, bei Rekonsilen nicht veränderten. Kardiovaskuläre Risikofaktoren wurden ausgewertet, da solche wie z.B. Diabetes mellitus und Hypertonie häufige allgemeinmedizinische Beratungsanlässe darstellen (Bundes 2015), und kardiovaskuläre Risikofaktoren oft mit einer Ursache für die Erkrankungen der Patienten auf gefäßchirurgischen Stationen sind. Die kardiovaskulären Risikofaktoren wurden aus den Spalten *Komorbiditäten*, *Diagnosen/Erkrankungen* und *Allgemeinmedizinischer Beratungsanlass* entnommen. Bei der Liegedauer wurde die Gesamtliegedauer der Patienten im UKE angegeben, inklusive eines möglichen Aufenthalts auf der Intensivstation, da die Auftrennung dieser Angaben nach Normal- und Intensivstation keinen zusätzlichen Gewinn für die Fragestellung erbracht hätte.

Die Komorbiditäten wurden so detailliert wie möglich erfasst. Ausnahmen stellten hier Erkrankungen wie Aortenklappenersatz und Mitralklappenersatz dar, die unter Herzklappenersatz zusammengefasst wurden oder verschiedene Formen des Vorhofflimmerns, die unter *Vorhofflimmern* zusammengefasst wurden. Diese Zusammenfassung schien sinnvoll, um die Übersichtlichkeit bei der Ergebnisdarstellung zu bewahren.

Bei der Auswertung der durchgeführten Eingriffe wurde folgendermaßen vorgegangen: Es wurde sich auf die Art des Eingriffs konzentriert. Beispielsweise wurde *Stenting der A. femoralis superior* und *Stenting der A. iliaca interna* an

zwei verschiedenen Patienten vereinfacht als *Stenting der Beinarterien (N=2)* dokumentiert, ohne genauer die Lokalisation zu beschreiben. Ähnlich wurde mit anderen Eingriffen verfahren. Dieses Vorgehen wurde gewählt, da hier eine genauere Lokalisationsbeschreibung ebenfalls keinen Informationsmehrwert für die Fragestellung erbracht hätte und um die Übersichtlichkeit im Ergebnisteil zu bewahren. Wenn der gleiche Eingriff an einem Patienten in einer Operation an zwei verschiedenen Körperregionen durchgeführt wurde (z.B. *Stenting der A. femoralis superior* und *Stenting der A. iliaca interna* bei demselben Patienten während einer OPs), wurde der Eingriff nur einmal gewertet, um die Häufigkeit der durchgeführten Operationen nicht zu verzerren.

4.3 Qualitativer Teil

Um die subjektive Meinung verschiedener Fachrichtungen des UKEs zu interdisziplinären Visiten zusammen mit dem Fachgebiet Allgemeinmedizin im Vergleich zu herkömmlichen Konsildiensten zu eruieren, wurden leitfadengestützte semi-strukturierte Einzelinterviews mit Ärzten aus verschiedenen Bereichen geführt. Die semistrukturierten Interviews wurden mit Ärzten aus vier verschiedenen Gruppen geführt: A) Ärzten, die aktiv an einer interdisziplinären Visite mit der Fachärztin für Allgemeinmedizin teilgenommen hatten, B) Ärzten, die nicht aktiv an einer interdisziplinären Visite mit der Fachärztin für Allgemeinmedizin teilgenommen hatten, C) Ärzten anderer Fachrichtungen, die üblicherweise Konsile auf der gefäßchirurgischen Station durchführen, sowie mit D) Der Fachärztin für Allgemeinmedizin, die das Projekt des interdisziplinären Visitendienstes geführt hatte. Bei den teilnehmenden Ärzten der Gefäßchirurgie der Gruppe B war es irrelevant, ob diese schon zum Zeitpunkt der interdisziplinären Visiten auf der gefäßchirurgischen Station am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf arbeiteten. Die verschiedenen Gruppen resultierte in der Notwendigkeit für leicht abgewandelte Leitfäden entsprechend der Gruppenzugehörigkeit.

4.3.1 Stichprobengröße und Sampling

Ziel dieser qualitativen Studie war das Erreichen einer induktiven thematischen Sättigung sowie einer Datensättigung. Sättigung wird in der qualitativen Forschung gemeinhin als Indikator genutzt, um zu zeigen, dass aufbauend auf den bereits gewonnenen und analysierten Daten eine weitere Datensammlung und -analyse keine neuen Informationen bringt und bereits gesagtes wiederholt wird (Saunders et al. 2018). Saunders et al. identifizierten verschiedene Arten der Sättigung bei qualitativen Studien (Saunders et al. 2018). In dieser Arbeit wurde mit der Datenanalyse aufgehört, als die induktive thematische Sättigung erreicht wurde, also aus den neu gewonnenen Daten keine neuen Codes mehr gebildet wurden, sondern neues Material nur noch mit schon bestehenden Codes codiert wurde. Als Code, oder auch als Kategorie, wird nach Kuckartz und Rädiker unter anderem ein Argument oder ein Thema bezeichnet, das in einem bestimmten Textabschnitt beschrieben wird (Kuckartz and Rädicker 2022). Im Laufe der qualitativen Inhaltsanalyse entstehen einige Codes, die den thematisch passenden Textsegmenten der Interviews zugeordnet werden und im Verlauf der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet werden (vgl. (Kuckartz and Rädicker 2022) S.53 - 103). Initial wurde davon ausgegangen, dass ca. 12 Interviews zum Erreichen der Sättigung nötig wären. Diese Anzahl wurde durch die benötigte Anzahl in anderen qualitativen Interviewstudien mit semistrukturierten Interviews festgelegt (Schäfer et al. 2014) und durch Erfahrungswerte von Mitarbeiterinnen des IPAs. Für die Gruppe C wurden Ärzte der Fachabteilungen zum Interview eingeladen, die häufig mit der Gefäßchirurgie zusammenarbeiten: Kardiologie, Nephrologie, Pulmologie, sowie Neurologie und Rheumatologie. Diese Fachabteilungen wurden anhand der ersten Interviews mit den Gefäßchirurgen determiniert.

4.3.2 Studienpopulation

Da das Pilotprojekt auf der gefäßchirurgischen Station am UKE stattgefunden hat, waren alle Teilnehmer zum Interviewzeitpunkt Ärzte des UKEs. Dies schien sinnvoll, um einen besseren Vergleich zwischen Konsilen und interdisziplinären Visiten ziehen zu können: In anderen Krankenhäusern wären die stationären Ab-

läufe, sowie der Prozess der Konsile, ggf. durch andere strukturelle Abläufe gekennzeichnet, als dies am UKE der Fall ist. Dies hätte zu Verzerrungen im Vergleich führen können, weswegen sich die Rekrutierung der Interviewteilnehmer auf das UKE beschränkte.

Aufgrund des Dienstplans und der damit verbundenen Einteilung, nahmen nur fünf Ärzte der Gefäßchirurgie an den interdisziplinären Visiten teil, was die Auswahl der Interviewten Ärzte in Gruppe A bedingt. Eine ebenso große Anzahl an Interviews mit Gefäßchirurgen der Gruppe B wurde angestrebt, ebensolche Mindestanzahl für die Ärzte der Gruppe C.

4.4 Ablauf der Interviews

4.4.1 Entwicklung des Interviewleitfadens

Der Interviewleitfaden wurde zunächst basierend auf einem bereits in der Abteilung vorhandenen Fragebogen, der bei einer qualitativen Interviewstudie verwendet wurde, von der Doktorand in Rücksprache mit ihrer Betreuerin erstellt und in drei thematische Themenblöcke gegliedert. Zum Zeitpunkt der Studie war die Doktorandin Studentin der Humanmedizin am UKE. Die Themenblöcke umfassten Erfahrungen mit Konsilen, das Pilotprojekt und den Vergleich von regulären Konsilen zu dem interdisziplinären Visitedienst. Es schien sinnvoll für die vier Interviewgruppen vier ähnliche, aber leicht unterschiedliche Leitfäden zu erstellen, um auf den jeweiligen Kenntnisstand über das Projekt eingehen zu können und gezieltere Erzählaufforderungen zu Eindrücken des Projekts zu formulieren, sofern am Projekt partizipiert wurde (s. Punkt 12.5 Interviewleitfäden Einzelinterviews).

Die Leitfäden wurden im Austausch mit der Betreuerin der Dissertation und einer weiteren Mitarbeiterin des IPAs weiterentwickelt.

4.4.2 Rekrutierung der teilnehmenden Ärzte und Sampling

Ziel war die Interviewteilnahme aller Ärzte der Gefäßchirurgie, die an den interdisziplinären Visiten zusammen mit der Fachärztin für Allgemeinmedizin im Jahr 2020 teilgenommen hatten. Wenn möglich, sollte eine ähnliche Anzahl an Ärzten der gefäßchirurgischen Station der Gruppe B interviewt werden. Ein ebensolches

Interviewziel wurde für die Konsilärzte in Gruppe C gesetzt. Die Kontaktaufnahme erfolgte durch die Doktorandin via E-Mail. Bei fehlender Reaktion folgte noch eine telefonische Kontaktaufnahme über die Diensttelefone der Ärzte, sowie ggf. ein persönlicher Besuch auf der gefäßchirurgischen Station. Die Auswahl der Ärzte der gefäßchirurgischen Station orientierte sich hier am Purposive Sampling (Moser and Korstjens 2018), was bedeutet, dass die Teilnehmer nach bestimmten Kriterien ausgewählt werden. Die Ärzte der gefäßchirurgischen Station der Gruppe A wurden aufgrund ihrer Teilnahme an den interdisziplinären Visiten ausgewählt. Die Ärzte der gefäßchirurgischen Station der Gruppe B wurden nach dem Purposive Sampling ausgewählt und nach Convenience Sampling, also danach, welche Ärzte Bereitschaft zur Teilnahme zeigten. Im Verlauf wurde das Snowball Sampling verwendet, wenn Ärzte im Rahmen des Interviews auf Kollegen verwiesen, die potenziell zur Teilnahme bereitwären. Die Konsilärzte wurden ebenfalls per E-Mail kontaktiert oder es wurde persönlich auf den Stationen der entsprechenden Fachabteilungen ein Arzt angesprochen. Die Auswahl der entsprechenden Fachabteilungen orientierte sich hier an den häufig konsiliarisch angefragten Fachabteilungen auf der gefäßchirurgischen Station, also am Purposive Sampling. Die Auswahl der Ärzte aus den jeweiligen Fachabteilungen geschah zufällig und wurde durch die Bereitschaft zur Teilnahme entschieden (Convenience Sampling). Es wurde darauf geachtet, dass bei den Konsilärzten sowohl Ober-, Fach- als auch Ärzte in Weiterbildung interviewt wurden, um ein möglichst breites Bild an Erfahrungen mit Konsildiensten abzubilden.

4.4.3 Durchführung der Interviews

Alle Interviews dieser Studie, inklusive der Probeinterviews, wurden von der Doktorandin durchgeführt. Die Doktorandin wurde vorher durch ihre Betreuerin zur Durchführung von leitfadengestützten Interviews instruiert und ergänzend wurde sich mit der Durchführung von Interviews anhand des Buches „Die Qualität Qualitativer Daten“ von Cornelia Helfferich auseinandergesetzt (Helfferich 2011). Um den Interviewten größtmöglichen Freiraum zum Beantworten der Interviewfragen zu lassen, wurde sich an von Cornelia Helfferich erwähnten narrativen Interviews

mit einer stärkeren Nachfragetendenz orientiert. Innerhalb einer Erzählaufforderung wird dem Redner gegebenenfalls in Form von vorformulierten Stichworten ein weiterer Themenimpuls vom Interviewenden gegeben. Dies diente dazu, dass sowohl die eigenen persönlichen Meinungen und Inputs des Interviewten ihren Platz finden, als auch die Herstellung eines Dialogs erfolgt.

Ort und Zeit der Interviews wurden von den interviewten Ärzten bestimmt. Ein Interview fand in einer Privatwohnung, zwei in einem öffentlichen Raum und die restlichen in den Räumen der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf statt. Zum Zeitpunkt des Interviews waren nur die Doktorandin und der Interviewteilnehmer anwesend. Im Falle einer Unterbrechung durch eine eintretende Person wurde dies im Transkript vermerkt. Vor jedem Interview wurde die Einverständniserklärung schriftlich eingeholt (s. Punkt 12.3 Einverständniserklärung Einzelinterviews) das Konzept sowie die Durchführung des Pilotprojekts erläutert und ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt (s. 12.2 Aufklärungsbogen zum Datenschutz). Außerdem wurde ein Kurzfragebogen von den Teilnehmern ausgefüllt, der Alter, Geschlecht, Beruf, Berufserfahrung in Jahren seit der Approbation, Weiterbildungsstatus sowie die Häufigkeit der Teilnahme an den Visiten beinhaltete (s. Punkt 12.4 Kurzfragebogen Einzelinterview). Von allen Interviews wurde eine Audioaufnahme angefertigt und ggf. im Anschluss an das Interview erste Eindrücke und Notizen von der Doktorandin niedergeschrieben. Alle Interviewten wurden nur einmalig befragt.

4.4.4 Zeitpunkt der Datenerhebung

Die zwei Probeinterviews wurden im März 2022 durchgeführt. Die restlichen 14 Interviews wurden zwischen April und August 2022 durchgeführt.

4.5 Datenauswertung

4.5.1 Transkription der Interviews

Die Audiodateien wurden von der Doktorandin in der kompletten Länge wortgenau transkribiert. Es wurde sich an den Transkriptionsregeln nach Dresing und

Pehl (Lammenett) orientiert (s. Punkt 12.6 Transkriptionsregeln) und die Interviews wurden dementsprechend verschriftlicht. Die Transkripte wurden von der Doktorandin anschließend nochmalig mit der Audiodatei verglichen, auf Korrektheit der Transkription überprüft und pseudonymisiert. Es wurden ausschließlich die bereits pseudonymisierten Daten zur Datenauswertung verwendet. Zur Unterscheidung der Zugehörigkeit der Interviewten zu den verschiedenen Interviewgruppen wurden auch die Gruppen pseudonymisiert: Ärzte von der gefäßchirurgischen Station, die an den interdisziplinären Visiten teilgenommen hatten, wurden mit A pseudonymisiert, Ärzte von der gefäßchirurgischen Station, die nicht an den interdisziplinären Visiten teilgenommen hatten mit B, Konsilärzte anderer Fachrichtungen mit C und die Fachärztin für Allgemeinmedizin mit D. Innerhalb der Gruppen wurden die Ärzte zufällig nummeriert.

4.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz

Die Auswertung der Interviewtranskripte erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Udo Kuckartz 2022) und folgte dem dort beschriebenen Ablauf der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse. Die Datenanalyse wird als Kodieren bezeichnet. Laut Kuckartz kann in Forschungsprojekten ein mehrstufiger Kodierungsprozess zum Einsatz kommen, der sowohl deduktive als auch induktive Kategorienbildung umfasst (vgl. 4.5.2.1 Deduktive Kategorienbildung und 4.5.2.2 Induktive Kategorienbildung). Dies schien in diesem Forschungsprojekt sinnvoll, da einerseits anhand des Interviewleitfadens schon Hauptkategorien thematisch sinnvolle Themenblöcke für die Datenanalyse bereitstellten und andererseits von den Interviewten genannte weitere Themen in einem nächsten Schritt zu induktiv gebildeten Subkategorien führten. Mit diesem Vorgehen konnten einzelne Aspekte nun noch genauer codiert werden. Der Analyseprozess wurde anhand der sieben Schritte der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse auf S.132-156 des Buches von Udo Kuckartz und Stephan Rädiker „Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis Computerunterstützung“ durchgeführt (Kuckartz and Rädicker 2022). Alle Transkripte wurden von der Doktorandin kodiert.

4.5.2.1 Deduktive Kategorienbildung

Deduktive Kategorienbildung beschreibt die „A-priori Kategorienbildung unabhängig von den empirischen Daten“ (Udo Kuckartz 2022). Es wurden exemplarisch zwei Interviewtranskripte durchgegangen und die Hauptkategorien auf diese Texte angewendet, um die Anwendbarkeit zu überprüfen und um zu eruieren, ob wichtige große Themenblöcke übersehen wurden.

4.5.2.2 Induktive Kategorienbildung

Im nächsten Schritt wurden Subkategorien anhand des Textmaterials entwickelt, die den Hauptkategorien unterliegen. Hierbei wurde sich an Kuckartz' Guideline für induktive Kategorienbildung (Udo Kuckartz 2022) orientiert. Dabei konnte es auch vorkommen, dass verschiedene Codes einem Textabschnitt zugeordnet wurden, wenn in einem Abschnitt mehrere Punkte angesprochen wurden, die sich nicht scharf trennen ließen.

4.5.2.3 Überprüfen des Codesystems

Der gesamte Kodierungsprozess wurde von der Doktorandin durchgeführt. Jedoch wurden, um die Qualität des Kodierungsprozesses zu sichern, einige Seiten eines Interviews von zwei Mitarbeiterinnen des IPAs am UKE, Dr. med. Katharina Schmalstieg-Bahr und Dr. rer. biol. hum. Nadine Pohontsch, ebenfalls kodiert und die Codes unter den Mitarbeiterinnen diskutiert. Eine Übersicht über das Codesystem, aus Gründen der Übersichtlichkeit auf drei Abbildungen verteilt, findet sich unter den Punkten 5.4.3 Einfluss von gestellten Konsilen auf den stationären Arbeitsablauf und 5.4.4 Herausforderungen bei Konsilen und 5.4.5 Vorteile der interdisziplinären Visiten.

4.6 MAXQDA

MAXQDA ist eine Software der VERBI GmbH (Berlin) und eine Weiterentwicklung der 1989 von Udo Kuckartz veröffentlichten Version MAX (GmbH 2022b). MAXQDA verhilft zu einer vereinfachten Transkription, Kodierung und Analyse qualitativer Daten (GmbH 2022c). In dieser Arbeit wurde die Version MAXQDA

Analytics Pro 2022 verwendet. Die Lizenz wurde über die Universität Hamburg erworben.

4.7 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethikkommission

Die Durchführung der Interviews wurde mit dem Betriebsrat des UKEs abgestimmt und durch diesen genehmigt. Alle an den Interviews beteiligte Mitarbeiter wurden über die Wahrung des Datengeheimnisses bei der Auswertung nach § 5 BDSG informiert und zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet. Allen Interviewteilnehmern wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme am Interview erklärt, zudem wurde eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt (s. Punkt 12.3 Einverständniserklärung Einzelinterviews). Auf den vertraulichen Umgang mit den Daten und der pseudonymisierten Datenverwertung wurde explizit hingewiesen. Ebenso wurde über die Tonbandaufzeichnung des Gesprächs aufgeklärt. Es wurde erläutert, dass jederzeit Aussagen vom Interviewteilnehmer widerrufen werden können oder die Einverständniserklärung widerrufen werden kann und jegliches Material daraufhin unverzüglich gelöscht wird, ohne dass daraus Nachteile für den Interviewten entstehen. Die während des Forschungsvorhabens nach erfolgter Einverständniserklärung des Interviewteilnehmers erhobenen persönlichen Daten (Daten auf der Einwilligungserklärung und Interviewaufnahmen) unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes. Die Daten werden auf Papier und auf Datenträgern im IPA des UKEs aufgezeichnet und pseudonymisiert (verschlüsselt) für 10 Jahren gespeichert. Die Tonaufnahmen werden nach vollständigem Abschluss der Datenerhebung und Transkription gelöscht. Den Interviewteilnehmern wurden keine Transkripte ausgehändigt.

Die Interviews wurden von der Doktorandin durchgeführt. Ausschließlich die Doktorandin sowie ihre Betreuerin, die ebenfalls zum Institut für Allgemeinmedizin gehört, haben Zugriff auf bzw. Einsicht in die erhobenen Daten.

Es wurden keine Fragen zur Leistungs- oder Verhaltensbeurteilung der Teilnehmenden gestellt. Es werden keine personenbezogenen Daten der teilnehmenden Personen weitergegeben, somit können aus der Datenerhebung keine persönlichen Nachteile folgen.

MATERIAL UND METHODEN

Die Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg wurde über das Vorhaben schriftlich verständigt und befand, dass ein formales Ethikvotum nicht nötig sei (Bearbeitungsnummer 2022-300270-WF).

5. Ergebnisse

5.1 Quantitativer Studienteil Konsildienst

5.1.1 Konsilanfragen der Facharztambulanz

Insgesamt wurden 80 Fälle von Konsilanfragen aus der Facharztambulanz an die allgemeinmedizinische Ambulanz ausgewertet, die sich über den Zeitraum vom 26.01.2015 bis zum 08.02.2021 erstreckten. Von diesen 80 Konsilen waren drei Fälle Rekonsile ohne separate Fallnummern, das heißt das Rekonsil lief unter der Fallnummer des vorherigen Konsils. Ein Rekonsil bezeichnet hier, dass ein Patient von einem Facharzt für Allgemeinmedizin zweimalig konsiliarisch betreut wurde. Des Weiteren liefen zwei Rekonsile unter separaten Fallnummern. Damit ergibt sich eine Gesamtmenge von 77 Konsilen mit eigenen Fallnummern. Da diese 77 Konsile zwei Rekonsile beinhalten wurden also 75 Patienten insgesamt über diesen Zeitraum konsiliarisch gesehen.

Von den 80 Konsilen waren 52 (65%) Patientinnen weiblich und 28 Patienten (35%) männlich. Exklusive der Rekonsile waren von insgesamt 75 Patienten 49 (65,3%) weiblich und 26 (34,7%) männlich. Insgesamt kam es zu fünf (6,75%) Rekonsilen. Davon waren drei Patientinnen weiblich und zwei Patienten männlich.

Die 75 Patientinnen und Patienten hatten zusammen ein Durchschnittsalter von 65,5 Jahren mit einer Spannweite (Altersverteilung) von 24 bis 80 Jahren. Das durchschnittliche Alter der 49 Patientinnen betrug 67,6 Jahre mit einer Spannweite von 26 bis 88 Jahren. Bei den 26 Patienten betrug das durchschnittliche Alter 61,4 Jahre mit einer Spannweite von 26 bis 88 Jahren. Die Standardabweichung für alle Patientinnen und Patienten betrug 15,4 Jahre.

Schließt man die fünf Rekonsile bei der Altersberechnung mit ein ergaben sich nur marginale Unterschiede (<1 Jahr) im Durchschnittsalter, weswegen keine separate Aufschlüsselung stattfand.

5.1.2 Konsilärzte

Die insgesamt 80 Konsile wurden von 16 verschiedenen Fachärzten für Allgemeinmedizin der allgemeinmedizinischen Ambulanz durchgeführt. Von diesen

ERGEBNISSE

Ärzten übernahmen vier Ärzte den Großteil der Konsile: vier führten jeweils 19, 16, acht und sieben der Konsile durch. Die restlichen Konsile verteilten sich auf die restlichen zwölf Ärzte, die zwischen einem bis sechs Konsile beantworteten. Ein Konsil wurde von zwei Ärzten gemeinsam bearbeitet. Vier der fünf Rekonsile wurden vom selben Konsilarzt durchgeführt.

5.1.3 Allgemeinmedizinische Beratungsanlässe Konsildienst

Auf den Konsilanfragebögen der Facharztambulanz wurde eine Fragestellung verlangt. Jedoch wurde nicht immer eine klare Fragestellung formuliert. Zusätzlich findet sich ein Freitextfeld, in dem der anfordernde Arzt die Gründe für das Konsil näher beschreiben kann. Es wurde nach bester Möglichkeit versucht, tabellarisch festzuhalten, ob konkret eine Fragestellung genannt wurde, oder, ob sich anstelle einer konkreten Fragestellung, auf eine Beschreibung der Symptome, eine Äußerung einer Verdachtsdiagnose oder auf eine anderweitige Formulierung beschränkt wurde.

Die Formulierungen der Fragestellungen waren durch die erhebliche Spannweite der Formulierungen im Freitext nicht immer trennscharf zu beurteilen. Die Ergebnisse sind deshalb nur als Anhaltspunkt für die Verteilungshäufigkeit zu sehen und nicht statistisch ausgewertet. Nicht ausgewertet wurde, wie die verschiedenen Fragestellungen mit den Krankheitsbildern zusammen vorkamen, da es hier eine zu große Variation an Krankheitsbildern in Kombination mit einer zu großen Kombination an verschiedenen Fragestellungen gab, deren Auswertung keinerlei Übersichtlichkeit zuließe und keine Relevanz zu vermuten ist.

Ein Überblick über die Art der Formulierungen der Fragestellung gibt Tabelle 2: Übersicht: Fragestellungen bei Konsilanfragen

Tabelle 2: Übersicht: Fragestellungen bei Konsilanfragen

Fragestellung	Anzahl gesamt (N=80)
Fachärztliche Mitbeurteilung erbeten	39
Schilderung des Vorfalls oder der Beschwerden des Patienten ohne Fragestellung	19

ERGEBNISSE

Bitte nach Ausschluss einer Verdachtsdiagnose oder Bitte nach Abklärung der Symptome	12
Präoperative Einschätzung erbeten	6
Bitte um Rekonsil	2
Keine Angabe	1
Abklärung sofort stationär oder ambulant möglich?	1
Gesamt	80

5.1.4 Allgemeinmedizinische Diagnosen Konsildienst

In der Regel wurden die Fachärzte für Allgemeinmedizin für post-operative Patienten mit neu aufgetretenen oder bekannten, aber nun verschlechterten internistischen Erkrankungen, zum Konsil in die Facharztambulanz gerufen. Häufig, aber nicht ausschließlich, wurden die Fachärzte für Allgemeinmedizin für Patienten gerufen, die sich nach einer Hüft- oder Knie-Totalendoprothesenimplantation in der Facharztambulanz aufhielten. Untenstehend finden sich Tabellen (Tabelle 3 bis Tabelle 7) die eine Übersicht über die von den Fachärzten für Allgemeinmedizin gestellten Diagnosen geben.

Als Diagnose in der Auswertung wurde in dieser Arbeit die Angabe der Fachärzte für Allgemeinmedizin verwendet, die auf der Rechnung an die Facharztambulanz als Diagnose angegeben wurde. Da sich dort nicht an der Kodierung des ICD-10-Katalogs (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision) oder des ICPC (International Classification of Primary Care) orientiert wurde, wurden die Diagnosen in dieser Arbeit ebenfalls nicht nach diesen Klassifikationen aufgeschlüsselt.

Der meistvertreteste Grund für ein Konsil, bzw. die Diagnose, die von den Fachärzten für Allgemeinmedizin vergeben wurde, stammte aus dem Bereich der kardiovaskulären Erkrankungen. Pro Konsil wurden häufig mehrere Diagnosen vergeben, sodass insgesamt mehr Diagnosen als Konsile identifiziert wurden. Es wurde jede Diagnose einzeln gewertet, sowie die Rekonsile bei der Auswertung inkludiert. Bei 5 Patienten (eine Patientin und vier Patienten) wurde keine Diagnose auf der Rechnung genannt, davon war eins ein Rekonsil.

ERGEBNISSE

Es fiel auf, dass die weitaus häufigste Diagnose die kardiovaskulären Diagnosen umfasst. Die folgenden Tabellen beziehen sich auf die einzelnen Diagnosen und wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit in verschiedene Diagnosegruppen aufgeteilt.

Tabelle 3: Kardiovaskuläre Diagnosen und kardiovaskuläre Risikofaktoren (Facharztambulanz) alphabetisch sortiert und nach Diagnoseuntergruppen geordnet

Diagnose	Gesamt	Weiblich	Männlich
Ausschluss Angina Pectoris	1	1	0
Brustschmerzen und Luftnot	1	1	0
Diabetes			
→ Diabetes mellitus	2	2	0
→ Diabetes mellitus Typ 2	1	0	1
→ Dekompensierte BZ-Werte	1	0	1
Tachy-/Bradykardien bei Sinusrhythmus			
→ Tachykardien	1	1	0
→ Paroxysmale Tachykardie	1	0	1
→ Bradykardie	2	2	0
→ Sinusbradykardie	1	0	1
→ Post-OP Bradykardie	2	2	0
→ Bradykardie bei Narkoseeinleitung	1	1	0
Herzrhythmusstörungen			
→ Supraventrikuläre Extrasystole	1	1	0
→ Extrasystole	1	1	0
→ VHF nicht näher bezeichnet	7	6	1
→ Paroxysmales VHF	2	1	1
→ Intermittierendes VHF	1	0	1
→ Periprozedurales VHF	1	1	0
→ Persistierendes VHF	1	1	0
→ V.a. HRS	1	1	0
→ HRS	1	1	0
→ Tachykarde HRS	1	0	1

ERGEBNISSE

→ Tachyarrhythmien	1	0	1
Hypertonie			
→ Arterielle Hypertonie	5	3	2
→ Benigne essenzielle Hypertonie	2	1	1
→ Benigne essenzielle Hypertonie mit Angabe einer hypertensiven Krise	1 2	0 1	0 1
→ Hypertensive Entgleisung	8	5	3
→ Hypertensive Krise	1	0	1
Hypotonie mit Kreislaufschwäche	1	0	1
Koronare Herzkrankheit			
→ Koronare Herzkrankheit nicht näher bezeichnet	4	4	0
→ V.a. Koronare Herzkrankheit	1	0	1
Linksschenkelblock	1	1	0
Mitralinsuffizienz	1	1	0
WPW-Syndrom	1	1	0
Z.n. Apoplex	1	0	1
Gesamt	60	40	20

Tabelle 4: Pulmologische Diagnosen (Facharztambulanz) alphabetisch sortiert und nach Diagnoseuntergruppen geordnet

Diagnose	Gesamt	Weiblich	Männlich
Allergisches Asthma	1	1	0
COPD			
→ COPD	2	0	2
→ COPD vom Emphysemtyp	1	1	0
Dyspnoe	3	3	0
Pneumonie			
→ Pneumonie	1	0	1
→ V.a. Pneumonie	2	0	2
Reizhusten	1	0	1

ERGEBNISSE

Z.n. Pleuraemphysem	1	0	1
Gesamt	12	5	7

Tabelle 5: Operative Diagnosen (Facharztambulanz) alphabetisch sortiert

Diagnose	Gesamt	Weiblich	Männlich
Asplenie nach Splenektomie	1	1	0
Leistenhernie	1	1	0
Obere GI-Blutung	1	0	1
OP Spondylolyse	1	1	0
Präoperative Diagnostik	6	4	2
Schulterläsion rechts	1	1	0
Traumatisches Hämatom intraoperativ/postoperativ	1	0	1
Z.n. Cholezystektomie	1	1	0
Zufallsbefund nach Operation am Finger rechts	1	1	0
Gesamt	14	10	4

Tabelle 6: Infektiologische Diagnosen (Facharztambulanz) alphabetisch sortiert exklusive Pneumonie (zu finden bei Pulmologische Diagnosen und exklusive Gastritiden zu finden bei Weitere Diagnosen)

Diagnosen	Gesamt	weiblich	männlich
Harnwegsinfekt, V.a. Rezidiv	1	1	0
Infektion mit unklarem Fokus	1	0	1
Infektion rechte Hand	1	1	0
Unklares Fieber	4	2	2
Gesamt	7	4	3

ERGEBNISSE

Tabelle 7: Weitere Diagnosen (Facharztambulanz) alphabetisch sortiert und nach Diagnoseuntergruppen geordnet

Diagnose	Gesamt	Weiblich	Männlich
Adynamie	2	2	0
Anämie			
→ Anämie	2	1	1
→ Anämie durch akute Blutung	1	0	1
→ Symptomatische Anämie	1	1	0
Allergie (Allergisches Asthma bei Pulmologische Diagnosen)			
→ Allergische Reaktion	1	1	0
→ Multiple Allergien	1	1	0
Arthritis, nicht näher bezeichnet	1	0	1
Beinvenenthrombose	1	1	0
Fibromyalgie	1	1	0
Erbrechen	1	1	0
Exsikkose	1	1	0
Gastrointestinale Erkrankungen und Beschwerden			
→ Akute Gastritis	1	1	0
→ Erbrechen	3	3	0
→ Gastritis ohne nähere Angabe	1	1	0
→ Gastroösophagealer Reflux	1	1	0
→ Magenschmerzen	1	1	0
→ Oberbauchschmerzen	2	1	1
→ Übelkeit	2	2	0
→ V.a. chronische Gastritis unter ASS	1	0	1
Hyponatriämie	1	1	0
Hypothyreose	2	2	0
Interkostalneuralgie	1	0	1
Leberenzymerrhöhung	1	1	0

ERGEBNISSE

Morbus Bechterew, anamnestisch	1	0	1
Multiple Sklerose	1	1	0
Nieren			
→ Chronische Niereninsuffizienz Stadium 3 beidseits	1	0	1
→ Nephrosklerose mit Niereninsuffizienz beidseits	1	0	1
Nikotinabusus (aktuell schädlicher Gebrauch)	1	0	1
Ödeme beidseits Beine	1	0	1
Prostatahyperplasie	1	0	1
Restless-Legs-Syndrom	1	0	1
Schwäche			
→ Körperschwäche	1	1	0
→ Kreislaufschwäche	1	1	0
→ Schwäche	1	0	1
Schwindel	1	1	0
Synkopen			
→ Präsynkope	1	1	0
→ Synkope, anamnestisch	1	0	1
Thorakalsyndrom	1	1	0
Wundheilungsstörung	1	0	1
Z.n. Depression	1	1	0
Z.n. Ulcus Duodeni	1	0	1
Z.n. Mallory-Weiss-Syndrom	1	0	1
Gesamt	49	31	18

5.1.5 Vormedikation Konsildienst

Die Vormedikation wurde auf 56 Konsilanfragebögen (70%) angegeben, wovon zwei Rekonsilanfragen waren. Nicht ausgewertet wurde, ob die Medikation vom

ERGEBNISSE

Antragssteller oder dem Facharzt für Allgemeinmedizin angegeben wurde. Teilweise wurden nur von der Facharztklinik als signifikant angegebene Medikamente angegeben.

5.1.6 Empfehlungen des Konsiliararztes

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Empfehlungen der Fachärzte der allgemeinmedizinischen Ambulanz dargestellt. Dies umfasst das gesamte Patientenkollektiv inklusive der Rekonsile.

Tabelle 8: Empfehlungen des Konsiliarztes der allgemeinmedizinischen Ambulanz inklusive Rekonsile (nach Häufigkeit sortiert)

Empfehlung	Häufigkeit
Anpassung der Blutdruckmedikation	11
Blutabnahme	
→ Blutabnahme generell	10
→ Elektrolyte	6
→ Kreatinin	5
→ Schilddrüsenhormone	5
→ Herzenzyme	3
→ CRP-Bestimmung	4
→ Gerinnung abnehmen	1
→ Hb-Kontrolle	3
→ PCT-Bestimmung	3
EKG-Kontrolle	7
Langzeit-Elektrokardiographie	7
Kardiologisches Konsil bzw. Abklärung	7
Einweisung in die Zentrale Notaufnahme (ohne Angabe einer Fachrichtung) des UKE oder in die UKE Innere Medizin	5
Anpassung der Antikoagulation	6

ERGEBNISSE

→ Heparinisierung (prophylaktisch/therapeutisch)	1
→ Faktor Xa-Inhibitor, prophylaktisch	8
Echokardiographie	4
Antibiotische Therapie	
→ Anpassung	6
→ Ansetzen	1
Kostempfehlung	4
Klinische Verlaufskontrolle	3
Anpassung der Schmerztherapie	3

Weitere Empfehlungen, die weniger als zweimal gegeben wurden, wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht dargestellt.

5.2 Quantitativer Studienteil Visitendienst

5.2.1 Patientenkollektiv Visitendienst

Insgesamt kam es im Rahmen der gefäßchirurgischen Visite zu 49 Patientenkontakten mit der Fachärztin für Allgemeinmedizin. Hiervon waren 12 (24,5%) weiblich und 37 (75,5%) männlich. Es lagen jeweils zwischen 13-21 Patienten pro Visite auf der gefäßchirurgischen Station zum Zeitpunkt der Durchführung der Visiten. Hiervon wurden pro Visite ein bis sechs Patienten interdisziplinär visitiert und dokumentiert. Dies entspricht 4,9% der Patienten mit allgemeinmedizinischen Behandlungsbedarf.

Fünf Patienten wurden mehrmalig visitiert, davon eine weiblich und vier männlich. Ein Patient wurde viermal gesehen, drei Patienten und eine Patientin wurden je zweimalig visitiert. Von 49 Patientenkontakten waren folglich sieben Rekonsile (14,3%), die dementsprechend auf fünf Patienten entfielen. Die 49 Patientenkontakte verteilten sich also auf 42 einzelne Patienten, wovon 11 (26,19%) weiblich und 31 (73,8%) männlich waren.

Bei der Auswertung der Entlassbriefe standen nur 41 Briefe zur Verfügung, die ausgewertet wurden.

Tabelle 8: Altersverteilung Patienten des Visitendienstes

	Altersdurchschnitt	Spannbreite	Standardabweichung
Patientinnen mit Rekonsilen	78	58-94	13
Patienten mit Rekonsilen	66,9	47-91	10,2
Gesamt mit Rekonsilen	69,6	47-94	15,5
Patientinnen ohne Rekonsile	76,6	58-94	12,8
Patienten ohne Rekonsile	67	47-91	11,8
Gesamt ohne Rekonsile	69,5	47-94	11,9

5.2.2 Allgemeinmedizinische Beratungsanlässe Visitendienst

Beratungsanlässe für die Fachärztin für Allgemeinmedizin im Rahmen der interdisziplinären Visiten auf der gefäßchirurgischen Station waren häufig bei den Patienten schon bestehende Erkrankungen, die während des stationären Aufenthaltes exazerbierten oder einer anderweitigen Abklärung bedurften, oder aber die Beurteilung einer laufenden Therapie. Beispielsweise konnte ein Beratungsanlass die Abklärung einer chronischen Krankheit, wie Hypertonie oder Diabetes mellitus, sein, welche eine Umstellung der Therapie bedurften. Auch die Kontrolle von Labormarkern waren Beratungsanlässe, sowie neu aufgetretene Erkrankungen und Symptome, beispielsweise Dyspnoe, ein Infekt oder Elektrolytentgleisung. Es gab häufig mehr als einen Beratungsanlass pro Patient für die interdisziplinäre Visite. Beratungsanlässe umfassten unter anderem auch Kombinationen aus kardiovaskulären Risikofaktoren (CVRF), wie beispielsweise Diabetes mellitus, Hypertonie oder Nikotinabusus, aber auch Elektrolytentgleisungen, Ödeme oder Niereninsuffizienz, die abklärungsbedürftig waren. Erkrankungen aus dem pulmologischen Bereich waren auch vertreten. Die folgende Tabelle 9

ERGEBNISSE

gibt einen Überblick über die häufigsten Beratungsanlässe für die interdisziplinären Visiten.

Tabelle 9: Beratungsanlässe (6. Häufigste) auf der gefäßchirurgischen Station inklusive der Rekonsile, gruppiert in absteigender Häufigkeit

Beratungsanlässe	Gesamt	Weiblich	Männlich
Blutdruck			
→ Hypertonie	10	3	7
→ Hypotonie	1	0	1
Diabetes Mellitus			
→ Nicht näher bezeichnet	4	1	3
→ IDDM	1	0	1
→ NIDDM	1	1	0
Nikotin-Abusus	5	0	5
Niere			
→ Niereninsuffizienz	1	1	0
→ Chronische Niereninsuffizienz	1	0	1
→ Dialysepflichtigkeit	2	0	2
→ Schmerzen bei der Dialyse	1	0	1
→ Dialysepflichtige Niereninsuffizienz	1	0	1
Heparinperfusorthherapie	3	2	1
Ödeme	3	2	1

Weitere Konsultationsgründe waren unter anderem Elektrolytentgleisungen, darunter Hyperkaliämie und Hyponatriämie, optische Halluzinationen, Hypalbuminämie, Leberzellkarzinomrezidiv, Demenz (je N=1), Asthma, Aortenklappenstenose, Vorhofflimmern, Myelodysplastisches Syndrom, Immobilität, COPD und Versorgung bei i.v.-Langzeitantibiose (je N=1). Außerdem wurde Dyspnoe, V.a. Pneumonie, Asthma, Aortenklappenstenose, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz häufig zusammen genannt.

5.2.3 Allgemeinmedizinische Empfehlung Visitendienst

Bei 32 von 49 Patientenkontakten wurden im Anschluss an die Visiten kein Konsilbogen in der elektronischen Akte des Patienten von der Fachärztin für Allgemeinmedizin ausgefüllt.

Die aus den Konsultationen resultierenden Empfehlungen waren vielfältig und richteten sich nach dem Beratungsanlass und den Grunderkrankungen. Die folgende Tabelle bietet nur eine Übersicht über Empfehlungen, die von der Fachärztin für Allgemeinmedizin ausgesprochen wurden. Die Auswertung beinhaltet die Rekonsile. Für einige Beratungsanlässe wurde keine Empfehlung durch die Fachärztin für Allgemeinmedizin ausgesprochen. Dies war unter anderem aufgrund der Tatsache, dass ein Beratungsanlass zusammen mit weiteren Beratungsanlässen zusammenfiel. Es konnte vorkommen, dass bei der interdisziplinären Visite ein Beratungsanlass der Hauptanlass war, die anderen Beratungsanlässe im Moment der Visite allerdings nicht führendes Problem waren und somit kein akuter Handlungsbedarf indiziert war. So konnte es vorkommen, dass ein Diabetes mellitus zusammen mit einem Nikotinabusus und einer Hypertonie einen Beratungsanlass darstellte. Als Empfehlung wurde jedoch nur das Nikotin-pflaster aufgeführt, vermutlich da der Nikotinabusus im Rahmen dieser einen interdisziplinären Visite das führende Problem des Patienten war und nur hierfür Handlungsbedarf von der Fachärztin für Allgemeinmedizin als indiziert gesehen wurde. In anderen Fällen wurden für einen Beratungsanlass mehrere Empfehlungen ausgesprochen.

Im Folgenden findet sich eine Übersicht über die Empfehlungen der Fachärztin für Allgemeinmedizin für die sechs häufigsten Beratungsanlässe aus Punkt 5.2.2 Allgemeinmedizinische Beratungsanlässe.

ERGEBNISSE

Tabelle 10: Empfehlungen (Visitendienst) zum Blutdruck

Empfehlung	Anzahl
Keine Empfehlung abgegeben	4
ggf. Amlodipin auf 10mg erhöhen bei anhaltend hohen Blutdruckwerten	1
Ramipril wieder ansetzen bei Blutdruckwerten von 150-170mmHg	1
Langzeitblutdruck im ambulanten Bereich messen	2
Morgens die Medikamente früher nehmen	1
Spironolacton erhöhen	1
Hausmedikation wieder beginnen	1
Blutdruckmessung vor der Abendmedikation	1

Tabelle 11: Empfehlungen (Visitendienst) zu Diabetes Mellitus

Empfehlung	Anlass
keine Therapie für die Diagnose des Diabetes mellitus angegeben	1
Diabeteskost	1
keine [Therapieänderung], da HbA1c zum Vorwert gesunken und Patient beim Diabetologen angebunden ist	1
A1c bestimmen	2
Wechsel Vollkost auf Diabeteskost	1

ERGEBNISSE

Tabelle 12: Empfehlungen (Visitendienst) zur Nierenfunktion

Anlass	Empfehlung
Absetzen von Triamteren/Hydrochlorthiazid und Ein-und Ausfuhrplan erstellen, so wie Elektrolyt- und Kreatinin-Kontrolle	1
Urin-Stix und Kultur	2
INR-Einstellung hat über Dialysepraxis zu erfolgen	1
keine Empfehlung gegeben	1

Tabelle 13: Weitere Empfehlungen (Visitendienst)

Empfehlung	Anzahl
Empfehlungen zur Heparinperfusionstherapie:	
- Clexane soll nach dem post-OP abgesetztem Heparinperfusor in prophylaktischer Dosierung angesetzt werden (N=1)	1
- aPTT (aktivierte partielle Thromboplastinzeit) nicht im Ziel – Laufrate des Perfusors erhöhen	2
Ödeme:	
- Kreatinin-, Glomeruläre Filtrationsrate-, Ejektionsfraktion- und Blutzucker-Kontrolle erfolgt, Urin-Stix angeordnet: falls auffällig 24h Sammelurin und Serum-Albumin, falls o.B. (ohne Befund) Beine hochlagern und keine Kompression bei pAVK	1
- Kompression, Mobilisation, Spironolacton erhöhen, Kreatinin- und Albumin-Kontrolle	1
Nikotinabusus	
- Nikotinplaster	4
- Keine Empfehlung	1

5.2.5 Gefäßmedizinische Hauptdiagnosen

Die sieben häufigsten gefäßmedizinischen Hauptdiagnosen von den Patienten, die von der Fachärztin für Allgemeinmedizin mitbetreut wurden, schlüsseln sich folgendermaßen auf: pAVK Stadium IV (10 Patienten), pAVK ohne Angabe zum Stadium (7 Patienten), Z.n. Amputation (5 Patienten), Wundheilungsstörungen (5 Patienten), Verschluss der A. femoralis superior (4 Patienten), Bauchaortenaneurysma (3 Patienten) und Gangrän der Zehe (3 Patienten).

5.3.2 Komorbiditäten der gefäßchirurgischen Patienten

Die Listen der Komorbiditäten der Patienten sind lang und umfangreich. Die häufigsten Komorbiditäten sind kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Arterielle Hypertonie, Nikotinabusus oder eine manifeste koronare Herzkrankheit. In der Mehrzahl der Fälle (>85%) sind die Patienten multimorbide.

Bei einer Patientin fehlte der Entlassbrief in der elektronischen Patientenakte, sodass die Informationen aus anderen Dateien der Akte gezogen wurden, so z.B. aus Verlegungsberichten. Ein weiterer Patient war im Kliniksystem aufgrund eines Zahlendrehers in der Fallnummer nicht mehr auffindbar, weshalb dort die Angaben nicht ergänzt werden konnten. Dementsprechend belief sich die Gesamtzahl der ausgewerteten Patienten (ohne Rekonsile) auf 41 Patienten. Folgende Komorbiditäten wurden basierend auf den Entlassbriefen bei den gefäßchirurgischen Patienten mehr als einmal identifiziert:

Tabelle 14: Komorbiditäten der interdisziplinär visitierten Patienten

Komorbidität	Anzahl je genannter Komorbidität
COPD	7
Orthopädische Diagnose Vorhofflimmern	Je 5
Herzinsuffizienz Hypothyreose Ischämische Kardiomyopathie Lungenarterienembolie, Z.n.	Je 4

ERGEBNISSE

Nosokomiale Pneumonie pAVK Ulcus	
Herzklappenersatz Allergie Anämie	Je 3
Alkoholabusus Apoplex, Z.n. Asthma CVI Dialysepflichtigkeit Harnwegsinfekt Herzklappenvitium Hyperurikämie Larynx-/Oropharynx-Ca Latente Hyperthyreose Linksschenkelblock Linksventrikuläre Hypertrophie Lupus Erythematodes Multiple Sklerose Prostatahyperplasie Refluxösophagitis Struma nodosa	Je 2

Wenn pAVK nicht bei den gefäßchirurgischen Hauptdiagnosen schon genannt wurde, aber bei Komorbiditäten stand, wurde diese als Komorbidität mitgerechnet. Als Komorbidität hatten 4 Patienten eine pAVK .

Insgesamt konnten über 114 verschiedene Komorbiditäten, inklusive der kardiovaskulären Risikofaktoren, identifiziert werden, welche aus Gründen der Übersichtlichkeit hier nicht alle im Ergebnisbericht aufgelistet werden. Alle mehr als einmal diagnostizierte Komorbiditäten wurden aufgelistet.

5.3.3 Kardiovaskuläre Risikofaktoren

Die aufgelisteten kardiovaskulären Risikofaktoren richten sich nach den 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (Visseren et al. 2022) und der Definition der Framingham Heart Study (O'Donnell and Elosua 2008), die Hypertriglyceridämie, Hyperlipoproteinämie, Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, Zigarettenrauchen (Ambrose and Barua 2004) sowie Adipositas als kardiovaskuläre Hauptrisikofaktoren identifizierte und welche die Basis für die kardiovaskuläre Risikoabschätzung in hausärztlicher Praxis darstellen (Ludt 2017). 35 von 41 interdisziplinär visitierten Patienten wiesen mindestens einen der sechs in Tabelle 14 aufgeführten kardiovaskulären Risikofaktor auf.

Tabelle 15: Kardiovaskuläre Risikofaktoren der interdisziplinär visitierten Patienten ohne Rekonsile in absteigender Häufigkeit

Kardiovaskulärer Risiko- faktor	Gesamt (N=41)	Weiblich (N=11)	Männlich (N=30)
Arterielle Hypertonie	26 (63%)	5	21
Nikotinabusus	13 (31%)	1	12
Diabetes mellitus Typ II	7 (17%)	0	7
Adipositas	5 (12%)	0	5
Hypercholesterinämie	4 (10%)	0	4
Hyperlipoproteinämie	4 (10%)	1	3

5.3.4 Operative Eingriffe und Liegedauer

Bei 25 (60,9%) der 41 ausgewerteten Patienten wurde während des stationären Aufenthaltes auf der gefäßchirurgischen Station eine Operation durchgeführt. Bei sieben (17,1%) Patienten wurden zwei Operationen, bei zwei Patienten (4,9%) wurden drei Operationen und bei sechs Patienten (14,6%) mehr als drei Operationen durchgeführt.

Im Folgenden findet sich eine Übersicht über die häufigsten durchgeführten gefäßchirurgischen Eingriffe

ERGEBNISSE

Tabelle 16: Übersicht über die häufigsten durchgeführten Eingriffe an den interdisziplinär visitierten Patienten in absteigender Häufigkeit

Eingriff/Operation	Gesamt (N=41)	Weiblich (N=11)	Männlich (N=30)
Angiographie	9	2	7
Bypassanlage	6	2	4
Stenting eines Gefäßes	6	3	3
Endovaskuläre Aneurysmreparatur (EVAR)	5	0	5
Thorakale Endovaskuläre Aneurysmreparatur (TEVAR)	5	2	3
Wunddebridement	5	1	4
intravenöse rheologische Therapie	4	1	3
Rekanalisation eines Gefäßes	4	0	1

Des Weiteren wurde je drei Mal durchgeführt: Desobliteration eines Gefäßes, Thrombendarteriektomie (TEA), Patchplastik, Perkutane transluminale Angioplastie (PTA). Je zweimal wurde durchgeführt: Amputation des Oberschenkels, Amputation einer Zehe, Aneurysmaauschaltung (nicht näher definiert), Hämatomausräumung und Relining eines Gefäßes. Je einmal wurde durchgeführt: Amputation des Unterschenkels, Aortenbogenprothese, Neurolyse des Grenzstranges, Prothesenimplantation (nicht näher definiert), Reanastomisierung, Thorakoabdomineller Aortenersatz, Thrombininjektion und Versorgung eines Aneurysma (nicht näher definiert) mit Y-Prothese.

Die mittlere Liegedauer auf der gefäßchirurgischen Station betrug 25,4 Tage mit einer Spannweite von 2-99 Tagen und einer Standardabweichung von 19,8 Tagen. Die mittlere Liegedauer der Frauen betrug 24 Tage mit einer Standardabweichung von 21,2 Tagen. Bei Männern belief sich die mittlere Liegedauer auf 24,8 Tage mit einer Standardabweichung von 21,2 Tagen.

5.3.5 Medikation bei Entlassung

Über 80% Prozent der Patienten hatte bei Entlassung eine Medikation von über 10 verschiedenen Präparaten. Die am häufigsten verordneten Medikamente sind in folgender Tabelle aufgeführt.

Tabelle 17: Übersicht über die am häufigsten verordneten Präparate bei Entlassung in absteigender Häufigkeit

Medikamenten- präparat	Gesamt (N=41)	Weiblich (N=11)	Männlich (N=30)
Betablocker	29 (70,73%)	8	21
Protonenpum- peninhibitor	27 (65,85%)	7	20
Acetylsalicyl- säure	26 (63,41%)	7	19
Metamizol	25 (60,97%)	9	16
Statine	24 (58,53%)	8	16
Calciumantago- nist	21 (51,21%)	5	16
ACE-Hemmer	16 (39,02%)	4	12
Antikonvulsiva	15 (36,59%)	4	11
Heparin	15 (36,59%)	5	10
Opiate	14 (34,15%)	3	11

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, wurde bei über 50% der Patienten ein Medikament gegen kardiovaskuläre Risikofaktoren (Ciumärnean et al. 2021) verschrieben.

Des Weiteren wurden noch bei Entlassung häufig verordnet: Schleifendiuretika (33%), Thrombozytenaggregationshemmer (24%), Nicht-orale Antikoagulantien (NOAK) (29%) und L-Thyroxin (19%). 30 von 41 Patienten (73,17%) nahmen beim Austritt 10 oder mehr Präparate ein.

5.4 Ergebnisse des qualitativen Studienteils

5.4.1 Teilnehmer der Einzelinterviews

Es nahmen fünf Ärzte der gefäßchirurgischen Station, die an den interdisziplinären Visiten mit der Fachärztin für Allgemeinmedizin teilgenommen hatten, am Interview teil, dies entsprach einer Rücklaufquote nach Anfrage in dieser Gruppe von 100%. Davon waren drei Frauen und zwei Männer, und alle befanden sich zum Zeitpunkt des Interviews noch in Weiterbildung. Die Häufigkeit der Teilnahme der Ärzte der gefäßchirurgischen Station an den interdisziplinären Visiten variierte erinnerlich zwischen zwei bis zehn Mal. Eine Teilnehmerin von den Ärzten auf der gefäßchirurgischen Station hatte in ihrem Praktischen Jahr an den interdisziplinären teilgenommen, und fiel im Rahmen dieser Arbeit unter die Teilnehmer der interdisziplinären Visiten, da man sich von der Erfahrung der Teilnahme auch in anderer Funktion schwer loslösen kann. Von den Ärzten der gefäßchirurgischen Station, die nicht an den interdisziplinären Visiten teilgenommen haben, nahmen drei Männer und eine Frau teil, wovon wiederum drei Ärzte in Weiterbildung und einer Oberarzt waren. Die Rücklaufquote betrug hier 35%. Von den fünf interviewten Konsilärzten waren die Fachrichtungen Nephrologie, Kardiologie, Neurologie, Rheumatologie und Pulmologie vertreten. Die Rücklaufquote betrug hier 56% durch Teilnehmergewinnung über E-Mail und persönlicher Ansprache auf Stationen im UKE durch die Doktorandin. Von diesen Ärzten war ein Teilnehmer Facharzt ohne Oberarztfunktion, einer Oberarzt und drei Ärzte waren in Weiterbildung. Die Fachärztin für Allgemeinmedizin war zum Zeitpunkt der Durchführung des Pilotprojekts Fachärztin, zum Zeitpunkt des Interviews Oberärztin für Allgemeinmedizin und wurde als Oberärztin in die Tabelle aufgenommen.

Die Interviewdauer betrug zwischen 19 und 49 Minuten bei einer durchschnittlichen Dauer von 24,6 Minuten.

Weitere demographische Daten der Studienteilnehmer sind Tabelle 18 zu entnehmen

ERGEBNISSE

Tabelle 18: Demographische Daten der Studienteilnehmer

	Gesamt	Frauen	Männer
Anzahl der Teilnehmer	15	6	9
Ärzte der gefäßchirurgischen Station mit Teilnahme am Pilotprojekt	5	3	2
Ärzte der gefäßchirurgischen Station ohne Teilnahme am Pilotprojekt	4	1	3
Konsilärzte	5	1	4
Fachärztin für Allgemeinmedizin	1	1	0
Alter (Mittelwert aller Teilnehmer)	34,1	32,7	35
Berufserfahrung seit Approbation in Jahren (Mittelwert aller Interviewten)	6,3	3,6	7,3
Spannweite in Jahren (aller Interviewten)	0,5-18	0,5-12	1-18
Arzt in Weiterbildung (gesamt)	11	5	6
Facharzt ohne Oberarztfunktion (gesamt)	1	0	1
Oberarzt (gesamt)	3	1	2

5.4.3 Einfluss von gestellten Konsilen auf den stationären Arbeitsablauf

Also meistens ist es so, dass Konsile, so den Arbeitsablauf auf Station bestimmen. (B4, Pos. 19)

Es konnten drei Haupteinflüsse der von Station gestellten Konsilen auf den stationären Arbeitsablauf identifiziert werden: Verzögerung von verschiedenen Arbeitsschritten, Warten auf Konsilbeantwortung, ein erhöhter Arbeitsaufwand durch das Konsilergebnis, sowie weitere Faktoren. Die Übersicht über das Kategoriensystem zu den Einflüssen auf den stationären Arbeitsablauf ist im Folgenden dargestellt.

ERGEBNISSE

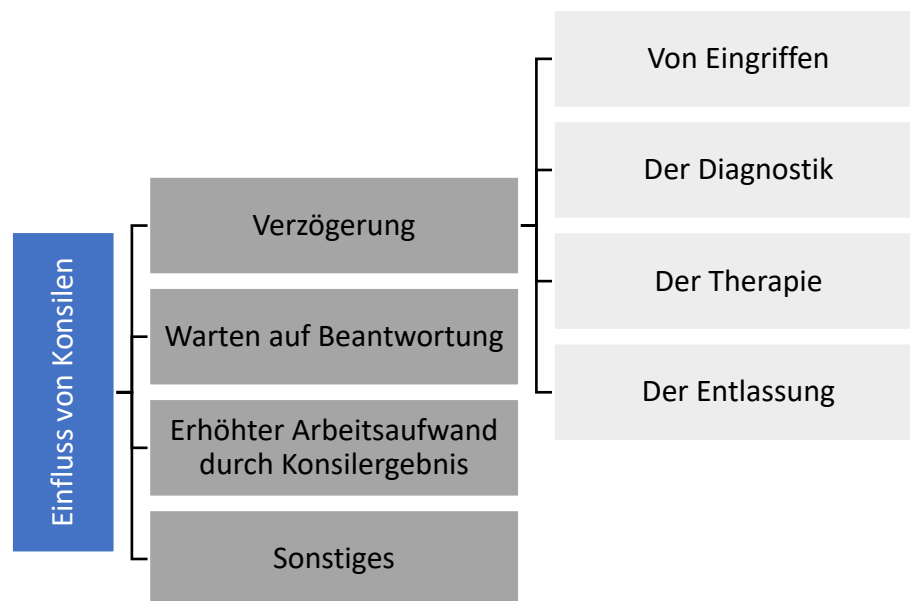


Abbildung 1: Übersicht über das Kategoriensystem des Einflusses von Konsilen auf den stationären Arbeitsablauf

Das meistgenannte Thema zum Einfluss von gestellten Konsilen war die Zeit, die durch verzögerte Beantwortung verloren geht, und die damit verbundenen Konsequenzen.

Ja ich glaub, dass was die sich auch von mir wünschen eigentlich nää. Eigentlich eine zeitnahe Bearbeitung der Fragestellung. Das ist so das, worauf man dann eigentlich hier immer wartet, nää? (A3, Pos. 24)

Es fiel auf, dass dieser Aspekt von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern des Pilotprojekts sowie den Konsilärzten gleichermaßen genannt wurde.

Es war ein Zusammenhang erkennbar zwischen den Kategorien *Warten auf Beantwortung* und der Kategorie *Verzögerung* mit ihren weiteren Subkategorien. Dabei wurde auf die Konsequenzen für den Patienten durch verzögerte Diagnostik- und Therapieeinleitung eingegangen, aber auch auf die Konsequenzen des Konsils, die die Angestellten auf Station vor organisatorische Herausforderungen stellen. Diese entstünden vor allem, wenn ein verspätet beantwortetes Konsil eine Entlassung verzögert und der Patient ein Zimmer blockiert.

ERGEBNISSE

Das ist dann halt schon / Wenn Konsile halt ja liegen bleiben, oder nicht gemacht werden, es dann schon zu einer Verzögerung im stationären Aufenthalt auch kommen kann. Oder halt auch von irgendwelchen weiteren Therapieschritten, weil man halt noch auf Befunde wartet. (A3, Pos. 28)

Außerdem wurde von einzelnen Interviewten aller Gruppen erwähnt, dass Konsile zu einem höheren Arbeitsaufwand auf Station führen, nämlich durch die vom Konsilarzt diagnostischen und therapeutischen angeordneten Schritte.

Und bei manchen Abteilungen weiß man, wenn man ein Konsil stellt, bedeutet dass man ganz, ganz viel Diagnostik noch leisten muss. Ehe das sozusagen zufriedenstellend ist für den Konsilarzt. (C1, Pos. 22)

Gleichzeitig wurde aber auch betont, dass der diagnostische und therapeutische Input Sinn und Zweck des Konsilstellens ist und deswegen auch keinen Nachteil an sich darstellt, sondern nur die notwendige Konsequenz des Konsils abbildet.

Und die [Konsile] können schonmal deshalb aufwändiger sein, weil ja auch entsprechend viele Untersuchungen auch dann anstehen können. Ja das ist, das ist sicherlich, das kann dann schonmal bedeuten, dass man natürlich auch mal mehr Arbeit hat, im Prinzip. Was ja aber nicht schlimm ist. Ich mein dafür stellt man das Konsil, um die Therapie zu optimieren, oder überhaupt Therapie zu beginnen. (B3, Pos. 24)

Insofern haben Konsile einen großen Einfluss auf den Stationsablauf, als dass sich andere Fachabteilung fachlich an der Behandlung eines Patienten beteiligen und dieser fachliche Input für die Weiterbehandlung des Patienten notwendig ist.

5.4.4 Herausforderungen bei Konsilen

Eine Übersicht über die Herausforderungen von Konsilen im Arbeitsalltag ist im Folgenden dargestellt. Aus Gründen der Übersichtlichkeit der Kategoriendarstellung wurde im vorigen Kapitel einige Aspekte genannt, die nicht trennscharf nur als Einfluss, sondern auch als Herausforderung zu verstehen sind. Beide Kapitel, sowohl 5.4.3 Einfluss von gestellten Konsilen auf den stationären Arbeitsablauf

ERGEBNISSE

als auch 5.4.4 Herausforderungen bei Konsilen, beinhalten Herausforderungen, da sich durch eine bestehende Herausforderung durch Konsile in Konsequenz daraus ein Einfluss auf den stationären Arbeitsalltag ergibt.

ERGEBNISSE

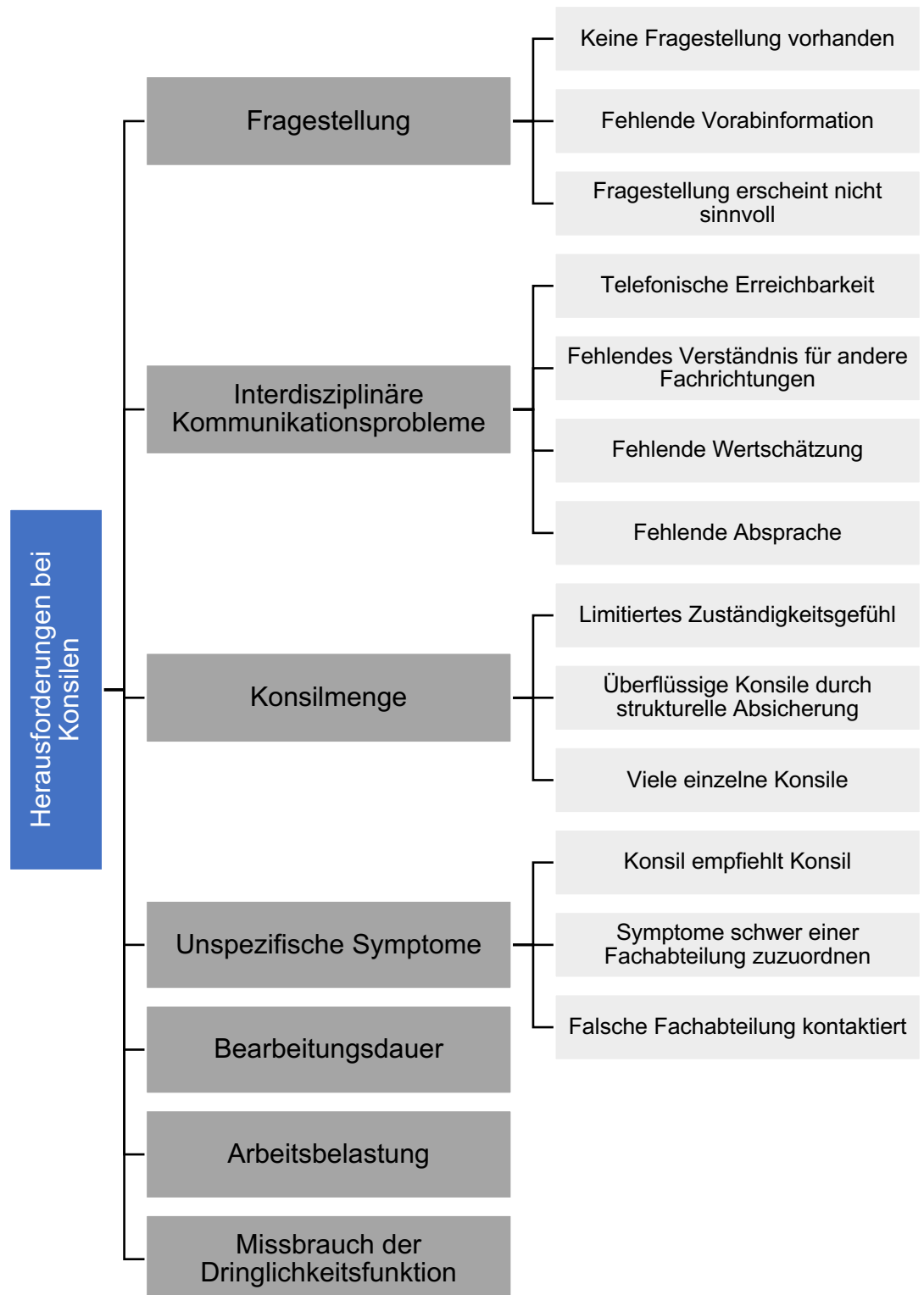


Abbildung 2: Übersicht über die Herausforderungen von Konsilen im Arbeitsalltag mit Subkategorien

ERGEBNISSE

Die lange Bearbeitungsdauer wurde der Vollständigkeit halber nochmal mitcodiert, die thematisch schon bei Punkt 5.4.3 Einfluss von gestellten Konsilen auf den stationären Arbeitsablauf bearbeitet wurde.

5.4.4.1 Fragestellung

Als Herausforderung von Konsilen wurde die Formulierung der Fragestellung von allen vier Interviewgruppen als problematisch benannt. Von mindestens einem Teilnehmer pro Gruppe wurde angegeben, dass häufig bei Konsilanfragen gar keine Fragestellung konkret formuliert wird oder gar nicht vorhanden ist und es dabei auch vorkommen kann, dass nicht richtig klar wird, was der Konsilsteller eigentlich von der anderen Fachrichtung wissen möchte. Zur Übersicht findet sich im Folgenden das Kategoriensystem zur Kategorie *Fragestellung*.

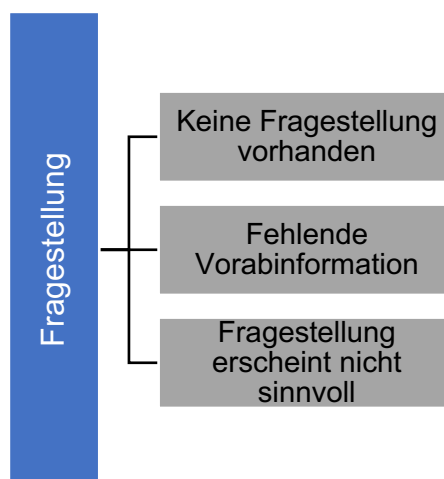


Abbildung 3: Übersicht über Subkategorien der Kategorie *Fragestellung*

Weil Konsile sind ja häufig sehr breit gestellt, grade auf nicht internistischen Stationen ist da nicht eine konkrete Fragestellung das Konsil. Sondern da ist das Konsil dann: Mitbeurteilung bei einer Grunderkrankung. (C1, Pos. 69)

Auch wurde von zwei Ärzten benannt, dass vor Beantwortung des Konsils mehr Informationen zum Patienten hilfreich wären, um das Konsil besser vorbereitet beantworten zu können, wobei die fehlenden Informationen entweder wegen mangelnder Angaben des Konsilstellers zu Stande kam, oder aber auch wegen

ERGEBNISSE

nicht-kompatibler Computersysteme zwischen zwei kollaborierenden Kliniken, im geschilderten Fall zwischen dem UKE und der Facharztklinik.

Dass es vorkommt, dass eine Fragestellung in einem Konsilantrag keinen Sinn ergibt, wurde ebenfalls als herausfordernd angeführt. Dabei wurde der Begriff „Quatschkonsil“ (B4, Pos. 15) verwendet im Zusammenhang mit Konsilen, welche inhaltlich keinen Sinn ergeben. Als Beispiel wurde hier ein Thromboseausschluss bei voll antikoaguliertem Patienten mit keiner therapeutischen Konsequenz des Konsils angegeben.

5.4.4.2 Interdisziplinäre Kommunikationsprobleme

Ich glaube, wenn wir einfach insgesamt ein bisschen mehr miteinander kommunizieren würden, überhaupt so, dann würde sich das Ganze manchmal ein bisschen einfach gestalten, ich glaub das machen wir hier manchmal ALLE zu wenig. Also das ist so bisschen / (B2, Pos. 74)

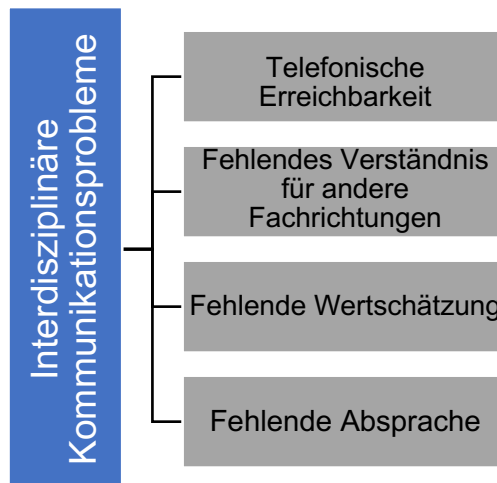


Abbildung 4: Darstellung der Subkategorien Interdisziplinäre Kommunikationsprobleme

Kommunikation der Fachrichtungen untereinander wurde häufig als herausfordernd benannt und dabei besonders auf den Punkt und die Notwendigkeit von telefonischer Erreichbarkeit anderer Fachrichtungen eingegangen. Eine Telefonnummer fehlte den konsilbeantwortenden Personen für Rückfragen im Fall von

ERGEBNISSE

schwammig formulierten Fragestellungen. Für den Konsilsteller wiederum verkomplizierten fehlende Telefonnummern die kurzfristigen dringenden Nachfragen, solange man noch auf Station auf die Beantwortung des Konsils wartete. Die mangelnde telefonische Erreichbarkeit der Konsilärzte wurde häufig im Zusammenhang mit der Entstehung von langen Wartezeiten auf die Konsilbeantwortung oder -bearbeitung oder aber auch auf Rückfrage erwähnt. Wie Abbildung 2 zu entnehmen ist stellt sowohl *Bearbeitungsdauer*, als auch *Telefonische Erreichbarkeit* eine Herausforderung bei Konsilen dar. Man müsse noch auf das schriftliche Konsil warten, anstatt dass die Möglichkeit eines schnellen telefonischen Gesprächs bestünde, das die Frage klären würde. Es seien immer andere Kollegen in den Fachabteilungen für die Konsile zuständig gewesen und man musste sehr viel Zeit dafür aufwenden rauszufinden, wen man anrufen müsse, da es keine feste Telefonnummer gab, die immer dem Konsilarzt einer spezifischen Abteilung zugeordnet war.

Oder zumindest in jeder Fachrichtung eine feste Telefonnummer, die man immer anrufen kann, die dann halt auf den jeweiligen Kollegen, der das an dem Tag macht weitergeleitet wird. Das ist oft tatsächlich ein Problem. Ich hab schon gefühlt Stunden damit verbracht, einfach nur herauszufinden WEN ich jetzt fragen darf. (A5, Pos. 76)

Außerdem sei es ein Problem, dass das Verständnis für andere Fachrichtungen fehlt, was im Kompetenzbereich der anderen Fachrichtungen liegt.

Für jeden Scheiß gibt's ja eine Fachabteilung, die dann das genau als spezielles Ding hat. Und das führt ja dazu, dass alle wieder speziell sind und alle ihre Scheuklappen aufhaben. (...) Wenn man mal aktiv nachdenkt, sehen wir ja auch, was wir dann so an Konsilen bekommen dann würde man so denken: ja das muss vielleicht kein Konsil sein, aber das ist oft ja so ein Verständnis aber auch für die anderen fehlt warum die das dann vielleicht grade nicht wissen und warum die dann grad ein Konsil anmelden. (A3, Pos. 86)

Weitere Kommunikationsprobleme waren (s. Abbildung 4) die fehlende Wertschätzung der Arbeit anderer Fachrichtungen und die fehlende Absprache über einen Patientenfall. Es wurde darüber gesprochen, dass sich bei einem Konsil der Patient zusammen angeschaut werden und diskutiert werden solle. Dies würde jedoch aufgrund fehlender Kommunikation zum Patienten zwischen den Fachrichtungen während der Konsilbeantwortung häufig nicht passieren.

5.4.4.3 Konsilmenge

Eine viel beschriebene Herausforderung bei Konsilen war die hohe Zahl an Konsilen. Dies schließt sowohl Konsile mit ein, die es für die Konsilärzte zu beantworten gibt, als auch Konsile, die von einer Station für die dort stationären Patienten gestellt werden. Abbildung 5 gibt eine Übersicht über die Herausforderungen, die die Konsilmenge darstellt.

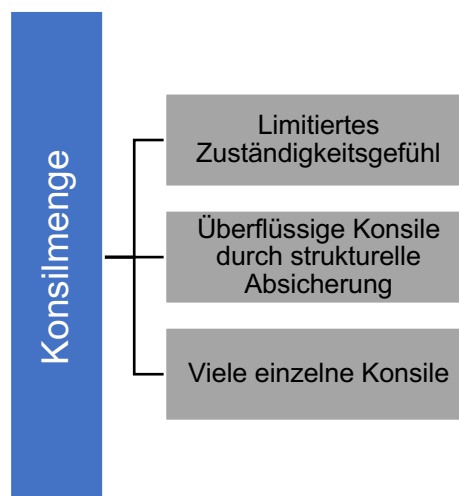


Abbildung 5: Darstellung der Subkategorien unter Konsilmenge

Für den Konsilsteller ist eine hohe Anzahl an Konsilen an verschiedene Fachrichtungen für einen Patienten eine Herausforderung: Dies führte beispielsweise unter anderem zu widersprüchlichen Anweisungen aus verschiedenen Konsilen.

Und das Problem ist halt, wie gesagt, Sie kriegen halt fünf sechs davon [Konsile] und die müssen dann halt irgendwie zusammen passen auch. Es kann ja auch wieder sein, dass sich da gewisse einfach, die nicht übereinander passen, was

ERGEBNISSE

sich der Kardiologe grade wünscht, passt vielleicht mit den Nephrologen grade nicht zusammen sozusagen. (B5, Pos. 35)

Eine weitere Herausforderung ist, dass innerhalb von Fachrichtungen und Abteilungen eine starke Subspezifizierung stattfindet und bei jeglichen Problemen oder Fragestellungen, die minimal außerhalb des eigenen Fachbereichs liegen, direkt der Facharzt einer anderen Fachabteilung konsiliarisch zu Rate gezogen wird. Dies wurde auch von einem Arzt als „Konsilitis“ (B5, Pos. 35) bezeichnet. Diese „Konsilitis“ wird einerseits mit einem limitierten Zuständigkeitsgefühl für Fragestellungen außerhalb des eigenen Fachbereichs begründet. Andererseits wird es aber auch als relevantes Phänomen, besonders in großen Häusern der Maximalversorgung, hervorgehoben, wo es viele verschiedene, Fachrichtungen gibt und somit auch die Möglichkeit besteht für jede Fragestellung sofort ein Konsil anzumelden.

Also da wird das halt wieder, ich sag ja, Konsilitis halt. Es wird jedes Mal der Facharzt dazu gefragt. Und so ist es halt. (B5, Pos. 35)

Aber das ist glaube ich auch sehr verlockend in so einem Haus der Maximalversorgung halt für ALLEN Scheiß auch ein Konsil anmelden zu können. Ja der hat Ohrenschmerzen: HNO-Konsil. Oh der ist schwindelig, Neurokonsil. (A3, Pos. 86)

Also ich finde das ist mal so mal so. Also grade am UKE denke ich mir manchmal jeder will irgendwie nur abturfen und sich irgendwie aus der Affäre ziehen, häufig. (A4, Pos. 72)

An kleineren Krankenhäusern arbeite man durch räumliche Nähe viel enger zusammen, und könnte dann unkompliziert nach Rat fragen, ohne vorher ein Konsil anmelden zu müssen.

Von den Ärzten der gefäßchirurgischen Station, die an den interdisziplinären Visiten teilgenommen haben, und von den Konsilärzten wurde noch betont, dass Konsile nicht nur aus der Notwendigkeit für medizinischen Rat gestellt werden,

ERGEBNISSE

sondern auch aus Gründen der rechtlichen und strukturelle Absicherung (s. Tabelle 19: Statements der Ärzte zu überflüssigen Konsilen aus rechtlichen und strukturellen Gründen

Tabelle 19: Statements der Ärzte zu überflüssigen Konsilen aus rechtlichen und strukturellen Gründen

Interviewter	Statement
A1	<i>(...) aber weil man oft auch von Oben gesagt bekommt „der muss endokrinologisch vorgestellt werden“, dann macht man’s halt auch wenn man eigentlich genau weiß was daraus kommt, was der Patient hat. (A1, Pos. 12)</i>
A4	<i>Nur das Konsil an sich, oder die Konsile an sich, sind ja eigentlich fast immer die Gleichen, oder sind eigentlich immer sehr ähnliche Fragestellungen. Und auch die Nephros und auch die Endokrinologen, die tippeln da jedes Mal auch die gleiche Empfehlung rein. Man hat das ja auch schon verinnerlicht. Und stellt das Konsil ja eigentlich ja nur noch formal aus rechtlichen Gründen im Grunde genommen, damit man abgesichert ist. (A4, Pos. 26)</i>
C5	<i>Und was ich selber als Konsiliar gemerkt hab, was sehr unangenehm ist, wenn man einfach nur gerufen wird, entweder juristisch pro Forma. Oder wenn derjenige, der das Konsil stellt gar nicht genau weiß, was er eigentlich wissen will. (C5, Pos. 12)</i>

Und dann stellt man immer aus rechtlichen Gründen nochmal ein Nephrokonsil, weil die Oberärzte sich das wünschen. Also das ist mir immer so ein bisschen auf den Sack gegangen. (A4, Pos. 58)

ERGEBNISSE

Diese rechtlichen, immer ähnlichen Konsile, könnten beispielsweise von der Allgemeinmedizin übernommen werden, anstelle dass immer einzelne Konsile angemeldet werden würden.

Das wäre natürlich auch was, was die Allgemeinmedizin übernehmen könnte, aber dann wäre wahrscheinlich genau das die Frage, inwiefern man dann rechtlich abgesichert ist, wenn die Allgemeinmediziner sagen: Jo. Keine Ahnung, block mal die Schilddrüse mit Irinat und Kontrastmittel, ist okay. Oder, mach mal jetzt die Niereninsuffizienz. Behandel das mal so und so, versuch mal das und das. Wenn es dann halt einfach allgemeinmedizinisch empfohlen wird. Das ist im Grunde genommen ja Wurst, weil wie gesagt, das meistens halt nur um dieses Rechtliche geht. Das könnte man wahrscheinlich besprechen und dann wären die Nephrologen und Endokrinologen und Kardiologen, oder wen auch immer man fragt, mit Sicherheit sehr d'accord mit dem Vorschlag, weil die dann nicht jedes Mal hinrennen müssen und diese standard präoperativen Konsile ausfüllen müssen, das könnte ich mir schon vorstellen. (A4, Pos. 26-27)

5.4.4.4 Unspezifische Symptome

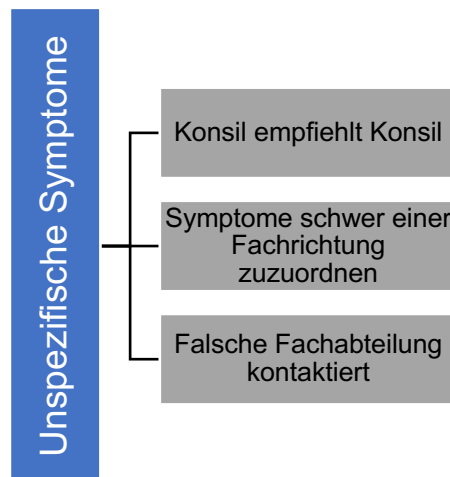


Abbildung 6: Darstellung der Subkategorien von Unspezifische Symptome als Herausforderung bei Konsilen

In der Gruppe der Konsilärzte wurde berichtet, dass unspezifische Symptomatik bei einem Patienten zu Herausforderungen bei der Beantwortung des Konsils für

ERGEBNISSE

einen Patienten führt. Symptome wie Luftnot beispielsweise können unter anderem sowohl zu Krankheitsbildern des Fachgebiets Kardiologie, als auch dem der Pulmologie gehören. Dies führe zu weiteren Konsilen, die vom zuerst gerufenen Konsiliar empfohlen werden, da sich die erstbestellte Fachabteilung als falsch herausgestellt hat.

Ich mein klar, ich hab die Erkrankungen genannt, die uns so häufig nä, mit denen wir häufig konfrontiert sind. Das sind meist ältere Patienten die haben eine Vielzahl an Erkrankungen. Und da ist es natürlich immer, aus unserer Sicht als Konsiliararzt, schwierig auseinanderzuhalten, inwiefern jetzt das Problem, das der Patient hat, wirklich auf eine Ursache zurückzuführen ist. Und das häufig, sind wir dann auch in der Situation, dass man in einem Konsil empfiehlt ein anderes Konsil zu stellen. Und andere Abteilungen bitte auch noch zu involvieren. Weil diese Patienten eben mehrere Erkrankungen haben. Was für uns ja vor allem häufig, wir uns das Luftnotsymptom ja mit den Kardiologen teilen. Dass man dann wieder dann, in beide Richtungen geht das. Die Kardiologen empfehlen ein Konsil an uns, wir empfehlen ein Konsil an die Kardiologen. (C1, Pos. 37)

Auch wurde gelegentlich ein Konsiliararzt aus einem Fachgebiet gerufen, obwohl keine eigentliche fachspezifische Fragestellung für dieses Fachgebiet vorhanden war, sondern beispielsweise bei einem bei der Fachabteilung für Neurologie angeforderten Konsil das Problem internistischer Natur gewesen sei (vgl. C5 Pos. 12).

5.4.4.5 Weitere Herausforderungen bei Konsilen

Ein Arzt berichtete, dass insgesamt die Arbeitsbelastung durch die zu beantwortenden Konsile zu hoch sei, da sie einem noch neben der eigentlichen Arbeit „aufgedrückt“ (A3, Pos. 88) werden. Es wurde jedoch auch häufig gesagt, dass man schon insgesamt zufrieden mit Konsilen, deren Ablauf und der Beantwortung wäre. Ebenfalls würde die Dringlichkeitsfunktion von einigen Ärzten missbraucht werden um eine schnellere Bearbeitung eines Konsils zu erwirken, also ein Konsil als eilig angemeldet werden würde, obwohl das Konsil kein Notfall sei und damit nicht als eilig anzufordern sei (vgl. B2, Pos. 20).

5.4.4.6 Zufrieden mit Konsilen

Von mindestens zwei Teilnehmern aus den Gruppen A-C wurde gesagt, dass die Befragten mit dem generellen Ablauf, Beantwortung oder Prozess des Stellens von Konsilen zufrieden seien.

Also Verbesserungsbedarf, da fällt mir eigentlich spontan gar nicht so viel zu ein, das funktioniert ja schon ziemlich gut, wenn man Konsile stellt, dass die vorbeikommen, sich die Patienten angucken auch am gleichen Tag meistens noch. (A4, Pos. 26)

5.4.5 Vorteile der interdisziplinären Visiten

Im Folgenden dargestellt ist die Hauptkategorie *Vorteile der interdisziplinären Visiten*, deren Subkategorien unter Punkt 5.4.5.1. Allgemeinärztliche Mitbetreuung von multimorbiden Patienten bis Punkt 5.4.5.7 Weitere Vorteile der interdisziplinären Visiten näher erläutert werden. In einigen Fällen kam es zu widersprüchlichen Aussagen zwischen den Ärzten, ob ein Umstand als positiv oder negativ gewertet werden sollte. Die entgegengesetzten Aussagen mit entsprechende Nachteilen sind ab Punkt 5.4.6. Nachteile der interdisziplinären Visiten dargestellt.

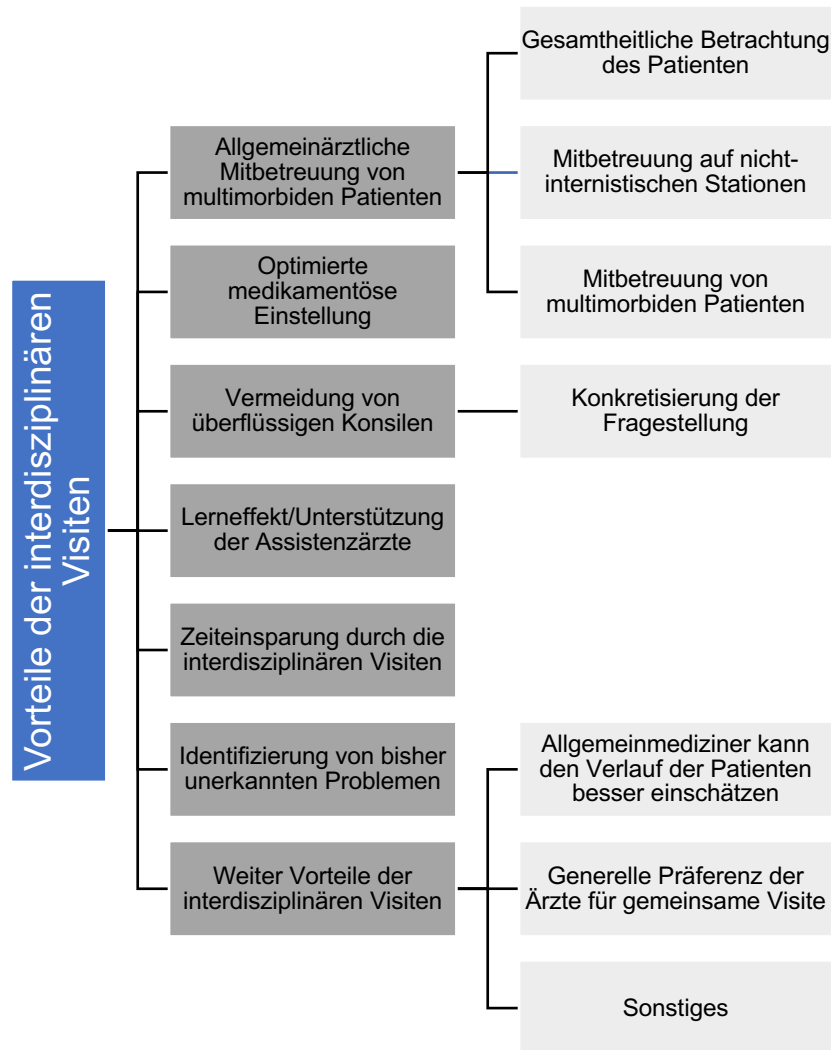


Abbildung 7: Darstellung des Kategoriensystems von Vorteile der interdisziplinären Visiten mit Subkategorien

5.4.5.1. Allgemeinärztliche Mitbetreuung von multimorbiden Patienten

Im Folgenden findet sich eine Übersicht über die Vorteile, die laut der interviewten Ärzte aus der allgemeinärztlichen Mitbeurteilung von multimorbiden Patienten auf der gefäßchirurgischen Station resultierten.

ERGEBNISSE

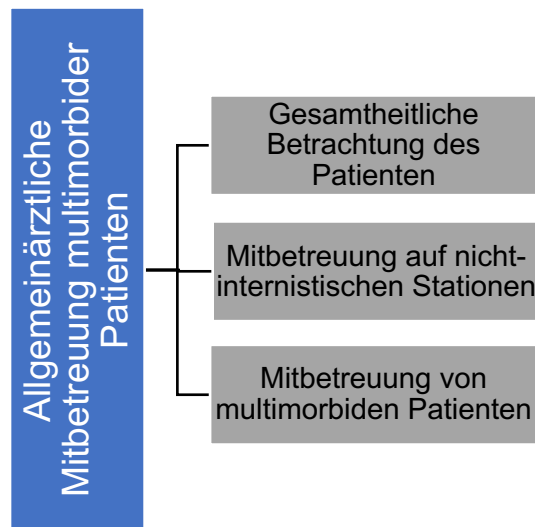


Abbildung 8: Darstellung der Subkategorie Allgemeinärztliche Mitbetreuung multimorbider Patienten mit weiteren Subkategorien

Die Ärzte der Gruppen A, B und C berichteten, dass ein Vorteil der interdisziplinären Visiten zusammen mit der Fachärztin für Allgemeinmedizin wäre, dass ein allgemeinerer, den ganzen Patienten umfassender Blick von Vorteil wäre, im Gegensatz zu den spezialisierteren Fachrichtungen mit „Tunnelblick“ (C2, Pos. 28). Dabei wurde auch darauf eingegangen, dass gerade das auf gefäßchirurgischen Stationen vorhandene multimorbide Patientenklientel von dieser den ganzen Patienten umfassenden Betreuung profitieren würde.

Also die haben einfach viele, viele Baustellen, die man so beackern kann. Ja. Und da ist es sicher sinnvoll, oder hilfreich gewesen einfach auch nochmal eher so einen generalistischen Blick mit dabei zu haben. (A3, Pos. 34)

Der Aspekt des allgemeinen Blickwinkels auf den Patienten wurde in einigen Fällen in Kombination mit der Aussage genannt, dass es sicherlich von Vorteil wäre, diesen basisinternistischen Blick besonders auf chirurgischen, bzw. nicht-internistischen Stationen zu haben. Von einigen Ärzten (A1, C5) wurde besonders die Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Allgemeinmedizin hervorgehoben, da dieser einen Überblick über viele verschiedene internistische Bereiche hätte. Von Ärzten der Interviewgruppen A, B und C wurde jedoch auch erwähnt, dass man

ERGEBNISSE

sich diese Art von Zusammenarbeit sowohl mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin als auch mit Ärzten aus anderen internistischen Fachrichtungen vorstellen könne, beispielsweise Angiologie oder Kardiologie.

Ich bin da ja nur dran vorbeigelaufen. Ich hab mir gedacht, also ich hätte es positiv gefunden, wenn ich das auch mal gehabt hätte, so. Mal so einen Internisten, der so ein bisschen einfach nochmal einen anderen Blick reinbringt, als so diesen chirurgischen, (B2, Pos. 48)

Als Beispiele für Stationen, die von internistischer oder allgemeinmedizinischer Mitbetreuung, abgesehen von chirurgischen Stationen, profitieren würden, wurden die kleinen operativen Fächer Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Ophthalmologie, Urologie und Gynäkologie genannt (C5, Pos. 40-42 und C3, Pos. 37) genannt. Als Begründung für diese Fächerauswahl wurde die starke Spezialisierung dieser Fachgebiete angeführt.

Auf primär internistischen Stationen konnten sich die Befragten keinen Vorteil der allgemeinärztlichen Mitbetreuung vorstellen. Auch würde der Vorteil auf chirurgischen Stationen wie z.B. der Unfallchirurgie sich nicht so darstellen, da dort vermehrt jüngere Patienten mit weniger Vorerkrankungen liegen würden. Besonders betont wurde die Multimorbidität, bzw. die vielen internistischen Komorbiditäten, zusätzlich zu den gefäßchirurgischen Erkrankungen, die die gefäßchirurgischen Patienten in der Regel mitbringen und bei welchen die allgemeinmedizinische Mitbetreuung besonders von Vorteil wäre. Dies wurde nicht nur von den interviewten Ärzten der gefäßchirurgischen Station so gesehen, sondern auch von den Konsilärzten.

Also ich kann mir vorstellen, dass der Patient dadurch [die interdisziplinären Visiten] ein bisschen umfassender betreut ist. Unsere Patienten sind ja insgesamt sehr, schon sehr auch internistisch krank meistens, ja? Das ist, ich glaube es ist sicherlich ein Unterschied, ob man jetzt uns fragt, oder die Unfallchirurgen, die

ERGEBNISSE

halt da auch deutlich mehr jüngere Patienten dort liegen haben. Aber unsere Patienten sind ja insgesamt relativ krank, sodass ich schon glaube, dass die Patienten bei uns davon definitiv profitieren. (B2, Pos. 66)

5.4.5.2 Optimierte medikamentöse Einstellung

Aufbauend auf dem eben gesagten über die Vorteile der allgemeinmedizinischen Mitbetreuung von Patienten, wurden sowohl von den Ärzten der gefäßchirurgischen Station, die an den interdisziplinären Visiten teilgenommen hatten, als auch von denen, die nicht daran teilgenommen hatten, betont, dass durch die allgemeinmedizinische Mitbetreuung die medikamentöse Einstellung von Patienten, als auch deren Therapie potenziell optimiert werden könnte. Der Fachbereich Allgemeinmedizin habe für häufige internistische Krankheitsbilder, so zum Beispiel Hypertonie und Herzinsuffizienz, ein umfassenderes Wissen zur optimalen medikamentösen Einstellung, wovon die multimorbiden Patienten profitierten.

Und Therapie optimiert, oder, ja verbessert zumindest. In dem ein oder anderen Punkt. Den man vielleicht als Gefäßchirurg während der Visite nicht immer gleich so im Blick hat. Aber vielleicht auch etwas bewusster auch mal durchgeht, einfach internistisch. Die Visite versiert, und dann auch einfach nochmal auf den Blutdruck, Blutzucker etc. guckt. Vielleicht auch die Herzinsuffizienzmedikation nochmal anpasst. Ja. Ne also von daher ist meine Empfindung grundsätzlich da grundsätzlich erstmal positiv, was das angeht. (B3, Pos. 48)

5.4.5.3 Vermeidung von überflüssigen Konsilen und Konkretisierung der Fragestellung

In den Interviewgruppen A, B und C wurde häufig betont, dass man sich vorstellen könne, Konsile durch die interdisziplinären Visiten einzusparen. Dies wurde dadurch begründet, dass man schneller durch den direkten Zugang zu einem Ansprechpartner eine Antwort auf seine Fragestellung erhalten könne.

Ja positiv war wie gesagt, dass wir haben konnten wir direkt paar Konsilen sparen sozusagen. Direkt mit dem Allgemeinmedizin das besprechen. (A2, Pos. 38)

ERGEBNISSE

In der Gruppe der Konsilärzte (Gruppe C) wurde von zwei Ärzten als Vorteil der interdisziplinären Visiten hervorgehoben, dass ein Facharzt für Allgemeinmedizin eine Fragestellung eventuell konkreter formulieren könne, als dies Ärzten anderer Fachrichtungen, konkret aus nicht-internistischen Fachrichtungen, möglich sei. Auch die Zuordnung zu einer Fachabteilung könne möglicherweise von einem Facharzt für Allgemeinmedizin treffender erfolgen als von spezialisierteren Abteilungen.

Also sowohl einige Fragen beantworten können, die in Konsilen gestellt werden, als auch, dass was ich vorhin meinte, dass sie die Fragestellung dann vielleicht besser einer Abteilung zuordnen können, als ein sehr spezialisierter Arzt. Ein Herzchirurg weiß vielleicht einfach auch nicht so genau, ob das jetzt eine Fragestellung ist für den Rheumatologen oder für den Neurologen. Während der Allgemeinmediziner das wahrscheinlich schon weiß. (C5, Pos. 20)

5.4.5.4 Lerneffekt und Unterstützung der Assistenzärzte

Also man hat auch einen gewissen Lerneffekt dadurch [durch die interdisziplinären Visiten] (A4, Pos. 66)

Durchweg von Gruppe A-D wurde der Nutzen der interdisziplinären Visiten zusammen mit dem Fach Allgemeinmedizin in Abhängigkeit des Weiterbildungsstandes angesprochen. Für Ärzte zu Beginn ihrer Facharztweiterbildung sei der „Lerneffekt“ (A4, Pos. 66) ausgeprägter, als für Ärzte, die schon weiter in ihrer Facharztausbildung wären. Eine Übersicht über Aussagen zum Lerneffekt aus jeder der vier Interviewgruppen A-D findet sich in der nachfolgenden Tabelle 20.

Tabelle 20: Übersicht über Statements zur Subkategorie Lerneffekt und Unterstützung der Assistenzärzte durch interdisziplinäre Visiten mit der Allgemeinmedizin

Fall	Statement
A4	<i>Also ich weiß noch, ich war ja relativ neu als ich, also als sie, die Kollegin da mitgelaufen ist. Mir hat das enorm geholfen zum Beispiel auch so bei Laborwerten und... der sind halt Sachen aufgefallen, da</i>

ERGEBNISSE

	<p><i>hatte ich ja so gar keine Ahnung von. Oder, du bist ja so überfordert am Anfang auch und hast so viele Sachen im Kopf, da ist es schon ganz cool wenn da mal jemand sagt „gucken wir mal bei dem Medikament“. Und „Hm, ja, und wie sind denn die Schilddrüsenwerte?“ und „Das sollten wir dann vielleicht mal an die Niere anpassen“ und solche Sachen. Wo du einfach am Anfang ja nicht primär dran denkst, wenn du da durchrennst und so viele andere Dinge im Kopf hast. Fand ich schon hilfreich, doch. (A4, Pos. 40)</i></p>
B4	<p><i>Also ich finde, sowas für, so wie in jeder Klinik also fangen jedes Jahr neue Kollegen an zu arbeiten. Und ich weiß selber wie ich angefangen habe und zwei Monate Station gemacht hab und viele Sachen sind neu. Und ich glaube für die neuen Kollegen wäre das sehr, sehr wertvoll zum Beispiel. Das, so, was man interdisziplinär macht. Später, wenn man ein paar Jahre gearbeitet hat, dann geht das schon, aber, also, es würd trotzdem helfen. Also ich, ich, also ich find's hilfreich. (B4, Pos. 51)</i></p>
C4	<p><i>Mein spontaner Gedanke war, auf der einen Seite, dass man sich immer über fachlichen Input sehr, sehr doll freut, grade als Assistent, wenn man zum Beispiel noch relativ jung ist. Da freut man sich immer über fachlichen Input, dass man weiter kommt. (C4, Pos. 68)</i></p>
D1	<p><i>Ja, ich hab da auch schon einen Unterschied bei den interdisziplinären Visiten bemerkt (...) bezüglich des Weiterbildungsstandes. Also ich hatte das Gefühl das die Kollegen, die noch nicht so weit waren in ihrer Weiterbildung, sich auch sehr gefreut haben, dass ich da mitgehe. Wobei das, das möglicherweise auch jemand aus einer anderen Fachrichtung hätte sein können. Also ob die sich speziell über eine Allgemeinmedizinerin gefreut haben, hätte vielleicht auch jemand aus der Inneren sein können oder einfach auch nur irgendein anderer</i></p>

ERGEBNISSE

	<i>Arzt auch aus der Gefäßmedizin einfach, dass man nochmal wen dabei hat, der mit auf die Laborwerte guckt und bei der Visite mit dabei ist. (D1, Pos. 93)</i>
--	---

5.4.5.5 Zeiteinsparung durch die interdisziplinären Visiten

Ein in jeder der Gruppen A-C genannter Vorteil (N=2 in Gruppe A, N=2 in Gruppe B, N=1 in Gruppe C) ist die Zeiteinsparung. Diese entsteht durch die interdisziplinären Visiten, da man erstens einen festen Ansprechpartner hat, der jede Woche zu einem festen Zeitpunkt auf Station komme, zweitens die oben unter Punkt 5.4.4.2 Interdisziplinäre Kommunikationsprobleme entfallen, dass man keinen festen Ansprechpartner hat für Konsile einzelner Fachrichtungen und viel Zeit damit verbringt, Kontaktdaten ausfindig zu machen und telefonische Gespräche zu führen, und drittens die Bearbeitungszeit des Konsils generell wegfällt, da Entscheidungen sofort auf Station getroffen werden und somit auch weniger Entlass-, Diagnostik- und Therapieverzögerungen entstehen. Außerdem könnte viertens generell Diagnostik und Therapie für bestimmte häufige Symptome oder Krankheitsbilder von der Fachärztin für Allgemeinmedizin angestoßen werden, bevor direkt mit einer konkreten Fragestellung ein Konsil an eine weitere Fachabteilung gestellt wird, sollte dieses notwendig sein.

Die Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Allgemeinmedizin vor einer evtl. Konsilstellung an einen internistischen Facharzt könnte laut C1 folgendermaßen ablaufen:

Und es ist irgendwie, der Patient berichtet jetzt irgendwie zum Beispiel eine Verschlechterung der Luftnot und mehr Hustenprobleme, mehr Sekretproduktion bei einer bekannten COPD. Dass dann schonmal, okay, wir haben bisher das und das gemacht, wir haben eine Lungenfunktion und es wird nicht besser. Das wäre ein konkretes Konsil sozusagen. Das könnte man ja alles schon mit einem Allgemeinmediziner oder einer Allgemeinmedizinerin in Form von Visiten

ERGEBNISSE

schonmal anstoßen. Und auch schonmal beginnen zu versuchen zu verbessern. (C1, Pos. 77-78)

5.4.5.6 Identifizierung von bisher unerkannten Problemen

Die folgende Abbildung 9 gibt einen Überblick über die Subkategorie *Identifizierung von unerkannten Problemen* durch die interdisziplinären Visiten mit dem Fachbereich Allgemeinmedizin und bildet die verschiedenen Gründe hierfür ab. Zentral ist die Subkategorie dargestellt und wird von den möglichen Gründen umrahmt.



Abbildung 9: Übersicht über die Subkategorie Identifizierung von bisher unerkannten Problemen und die verschiedenen Auslöser hierfür

Sowohl von den befragten Ärzten der gefäßchirurgischen Station (Gruppen A und B), als auch von der Fachärztin für Allgemeinmedizin (Gruppe D), wurde benannt, dass durch die interdisziplinären Visiten bisher unentdeckte oder nicht behandelte, Probleme und Fragestellungen aufgegriffen werden würden. Dies

ERGEBNISSE

betrifft Fragestellungen, für die in manchen Fällen aktiv kein Konsil gestellt worden wäre, weil die Fragestellung ohne die Fallbesprechung im Rahmen der Visite mit der Fachärztin für Allgemeinmedizin dem behandelnden Arzt auf der gefäßchirurgischen Station vermutlich nicht weiter aufgefallen wäre und eventuell für sich genommen keine Indikation für ein Konsil dargestellt hätte. Durch die Visiten bot sich jedoch die Möglichkeit solche Themen zu besprechen. Dies wurde als positiv für die Patientenbetreuung bewertet.

Ja, dass zum Teil Patienten gesehen werden, oder sich über die Gedanken gemacht werden, für die man jetzt aktiv kein Konsil stellen würde. [...] Dass dann natürlich aber halt für die Patienten, über die man sich Gedanken macht, dass ja fast wieder NICHT notwendig ist, weil dann würde man das spezifische Konsil anmelden. Also es ist eher (...) Probleme, die man vielleicht so nicht sehen würde, die aufgegriffen werden, als dass man, wenn man aktiv das Problem sieht, dass ja dann auch adressieren kann (A3, Pos. 68-70)

Ich glaube tatsächlich der große Vorteil ist, dass da vielleicht auch Fragen beantwortet werden, die man gar nicht gestellt hat. (A5, Pos. 68)

Außerdem wurde der Vorteil auch unter dem Aspekt „zwei Augen mehr [haben]“ (A4, Pos. 86) erwähnt, also dass durch das gemeinsame Visitieren einfach mehr gesehen wird.

Während wenn man das als eine interdisziplinäre Visite macht kann ich ja jeden Patienten einmal durchsprechen ohne, dass ich jetzt eine akute Frage habe und, grade einem erfahreneren Kollegen fallen dann vielleicht auch schon Sachen auf, die man sonst nicht unbedingt jetzt als Konsilfrage gestellt hätte, die aber dem Patienten trotzdem einen großen Benefit vielleicht geben kann. (A5, Pos. 66)

Auch wurde erwähnt, dass einem Arzt am Anfang seiner Weiterbildungszeit mit wenig klinischer Erfahrung eventuell nicht in jedem Fall auffällt, dass man für einen Patienten grade ein Konsil stellen sollte und es dementsprechend sinnvoll wäre, den Facharzt für Allgemeinmedizin dabei zu haben, damit genau diese Pa-

ERGEBNISSE

tienten trotzdem adäquat betreut werden. Nicht näher ausgeführt wurde, ob dieser Effekt nun explizit auf die Fachärztin für Allgemeinmedizin, oder generell auf die gemeinsame Visite mit einem Facharzt oder Arzt in Weiterbildung mit mehr Arbeitserfahrung an sich zurückzuführen ist.

Und, was ich so'n bisschen finde ist, ja die Frage ist ja auch ob man wirklich als relativ junger Assistenzarzt so überblickt, dass man überhaupt ein Konsil stellen muss. [...] Das wär', also, im Vergleich zu den Visiten. Wenn jetzt hier jemand mit durchgeht, dann guckt die ja explizit bei der Visite mit dabei. Und ihr fällt vielleicht was auf, was einem Kollegen, der ganz frisch irgendwie vom Studium kommt gar nicht auffällt, also man muss ja auch erstmal wissen, was muss ich überhaupt fragen. (B2, Pos. 40-42)

5.4.5.7 Weitere Vorteile der interdisziplinären Visiten

Im Folgenden dargestellt findet sich eine Übersicht zur Subkategorie *Weitere Vorteile der interdisziplinären Visiten* mit ihren Subkategorien. Diese Kategorien konnten keinen der vorherigen Subkategorien zugeordnet werden, die identifizierten Themen sollen hier jedoch ihren Platz finden.

ERGEBNISSE

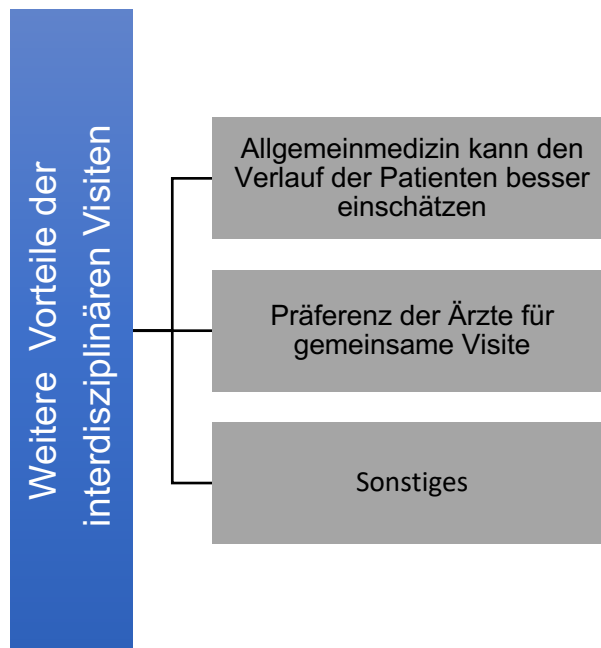


Abbildung 10: Übersicht über die Subkategorien zur Kategorie Weitere Vorteile der interdisziplinären Visiten

Von zwei Ärzten (aus Gruppe A und C) wurde noch angemerkt, dass ein Facharzt für Allgemeinmedizin, der fest wöchentlich mit auf interdisziplinäre Visite kommt, eventuell den Verlauf des Patienten besser kennt, als die Stationsärzte, die ständig wechseln und dies so nicht leisten könnten.

Einer [Stationsarzt] ist im Dienst, einer ist krank, einer ist im Frei. Und vielleicht ist ja der Allgemeinmediziner, der im Hintergrund die Visiten mitläuft, der kann dann: ja aber letzte Woche haben wir das und das besprochen. Was ist eigentlich daraus geworden? Letzte Woche haben wir das und das gemacht (C4, Pos. 66)

Von mindestens einem Arzt in jeder Gruppe (A-D) wurde auch angesprochen, dass es generell ohne konkreten Anlass einfach schöner ist, wenn eine interdisziplinäre Visite stattfindet.

Also ich find's grundsätzlich aber auch immer positiv Patienten nicht nur alleine, also ich find's immer gut, wenn mehrere Leute so ein bisschen so einen Patienten sehen und man Fälle insgesamt nochmal diskutiert und so. Also, das ist, das finde ich IMMER gut. (B2, Pos. 60)

ERGEBNISSE

Aber wenn das eben halt so Teil deiner Arbeitszeit ist und das irgendwie eingeplant ist, dann finde ich, ist das echt eine nette Sache. Und ich mag auch den Austausch mit den anderen Fachrichtungen sehr gerne. (D1, Pos. 83)

B5 berichtete über Erfahrungen mit einem ähnlichen Projekt auf einer herzchirurgischen Station, wo ein Facharzt für Allgemeinmedizin fest auf Station angestellt war. Der interviewte Arzt berichtete dies als sehr positiv, da die Klinik erkannte, dass man für „die immer älter werdende Patientenheit entsprechend auch einen Facharzt braucht“ (B5, Pos. 31). Außerdem sei dies auch für einige Ärzte in allgemeinmedizinischer Weiterbildung interessant, oder aber für Fachärzte für Allgemeinmedizin, die keine Niederlassungsambitionen hätten und so im geregelten Angestelltenverhältnis stünden.

Auch wurde in der Gruppe A erwähnt, dass ein Facharzt für Allgemeinmedizin sich potenziell besser mit häuslicher Versorgung auskenne und ob man Patienten im jetzigen Zustand schon nach Hause entlassen könne oder noch weitere Faktoren bedacht werden müssen. Inwiefern dies nicht schon vom Entlassmanagement übernommen werde, wurde nicht thematisiert.

Von der Fachärztin für Allgemeinmedizin wurde noch die bessere Planbarkeit der interdisziplinären Visiten im Gegensatz zu kurzfristigen Konsilanfragen aus der Facharztambulanz benannt.

5.4.6. Nachteile der interdisziplinären Visiten

Im Folgenden findet sich eine Übersicht über das Kategoriensystem zur Hauptkategorie *Nachteile der interdisziplinären Visiten* mit Subkategorien, die in den nachfolgenden Punkten näher erläutert werden.

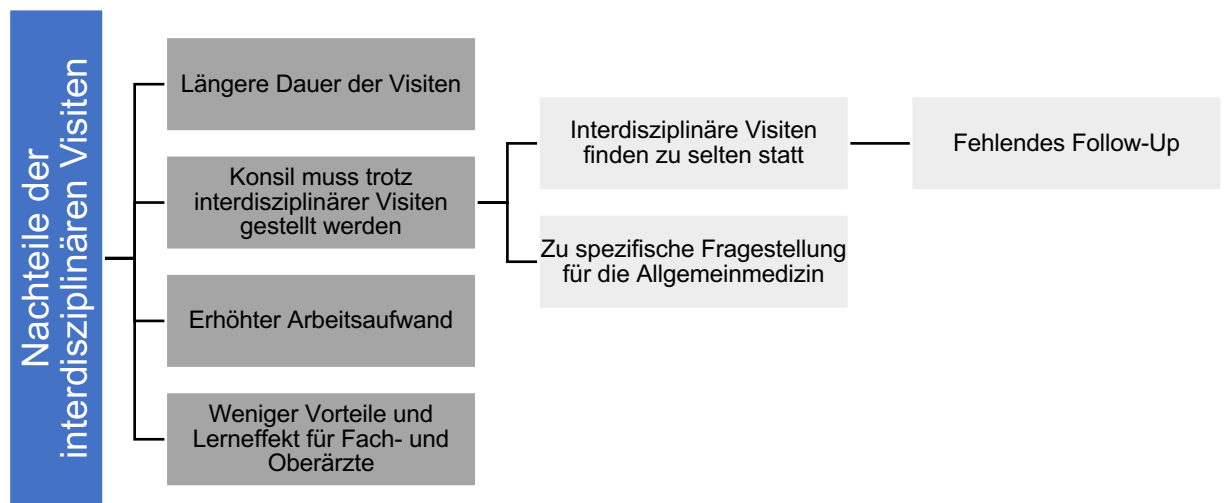


Abbildung 11: Übersicht über das Kategoriensystem der Nachteile der interdisziplinären Visiten

5.4.6.1 Längere Dauer der Visiten

Von den Ärzten der gefäßchirurgischen Station, die an den interdisziplinären Visiten teilnahmen, wurden die Visiten als länger und zeitaufwändiger empfunden als die rein chirurgische Visite ohne die Fachärztin für Allgemeinmedizin.

Ah, vielleicht ein kleiner Nachteil wäre, dass normalerweise wir machen hier quasi eine chirurgische Visite, dass wir rein, angucken und dann war's. Da mit den Kollegen müssen wir das angucken, oder die Labor oder dies und das. Das hat ein bisschen länger gedauert. (A2, Pos. 40)

ERGEBNISSE

Auch der Allgemeinmedizinerin fiel auf, dass es bei den interdisziplinären Visiten mehr Zeit in Anspruch nahm sich in die Laborwerte und Medikamentenliste einzudenken, da die gefäßchirurgischen Patienten sehr viele chronische Vorerkrankungen mitbrachten, und damit multimorbide waren, und die Akte dementsprechend zeitaufwändiger zu bearbeiten war.

Also das ist schon auch gut machbar, dauert aber insgesamt ein bisschen länger, ist zeitaufwändiger. (D1, Pos. 35)

5.4.6.2 Konsil muss trotz interdisziplinärer Visiten gestellt werden

Trotz interdisziplinärer Visiten mit der Fachärztin für Allgemeinmedizin wurden laut der Erfahrung der interviewten Ärzte der gefäßchirurgischen Station der Gruppe A nicht weniger Konsile von der Gefäßchirurgie an andere Fachabteilungen gestellt, als es ohne die interdisziplinären Visiten der Fall gewesen wäre. Auch die Ärzte der gefäßchirurgischen Station der Gruppe B und die Konsilärzte in Gruppe C äußerten Bedenken, ob sich der Effekt zeigen könnte, dass die interdisziplinären Visiten die Anzahl der von Station gestellten Konsile senken könne. Die untenstehende Abbildung gibt eine Übersicht über die Subkategorie *Konsil muss trotz interdisziplinärer Visite gestellt werden* und wiederum dessen Subkategorien, welche auch mögliche Gründe für das Phänomen darstellen.

ERGEBNISSE

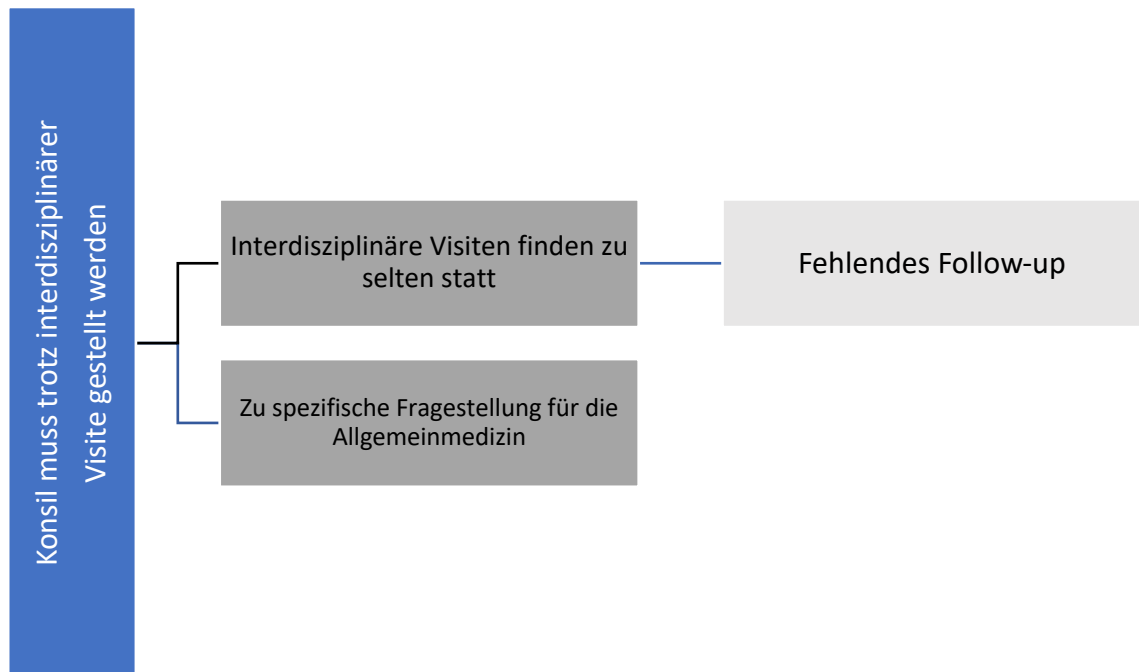


Abbildung 12: Übersicht über die Subkategorie *Konsil muss trotz interdisziplinärer Visiten gestellt werden*

Häufig zusammen codiert (das heißt, verschiedene Subkategorien wurden einem identischen Textabschnitt zugeordnet) wurden die Subkategorien *Zu spezifische Fragestellung für die Allgemeinmedizin* und *Konsil muss trotz interdisziplinärer Visiten gestellt werden*. Auch wurden die Subkategorien *Konsil muss trotz interdisziplinärer Visiten gestellt werden* und *Interdisziplinäre Visiten finden zu selten statt* an einigen Stellen zusammen codiert. Jedoch wurde das Thema der Subkategorie *Interdisziplinäre Visiten finden zu selten statt* insgesamt weniger häufig, das heißt von weniger einzelnen Ärzten in den Interviews, benannt.

Als Gründe hierfür wurden genannt:

- Es würden eher Probleme mit der Fachärztin für Allgemeinmedizin besprochen, für die aktiv kein Konsil gestellt worden wäre (A3, Pos. 68-70 und B3, Pos. 73)
- Die Fragestellung wurde von den Gruppen A-C als zu fachspezifisch empfunden, als dass die Allgemeinmedizinerin sich um die Problematik

ERGEBNISSE

kümmern könnte. Dies wurde von den Interviewgruppen A-C so empfunden. Für eine Übersicht zu Zitaten hierzu vergleiche Tabelle 21.

- Die Patienten hätten auf der gefäßchirurgischen Station zu viele verschiedene Baustellen, als dass das Fachgebiet Allgemeinmedizin diese Patienten suffizient betreuen könnte (B3, Pos. 55)
- Da die Fachärztin für Allgemeinmedizin nur einmal pro Woche mit auf Visite kam und an den anderen Tagen nicht zur Verfügung stand, musste an den anderen Tagen noch ein Konsil für jedwede Fragestellungen gestellt werden; auch für akute Fragestellungen außerhalb der Visite mussten weiterhin Konsile angemeldet werden. Dies wurde in den Gruppen A und B und von der Fachärztin für Allgemeinmedizin in Gruppe D so empfunden. (A4, Pos. 98; A5, Pos. 78; B2, Pos. 68; B5, Pos 15; und D1, Pos. 37 und 49-53)

Tabelle 21: Zitate zur Subkategorie *Fragestellung zu fachspezifisch für die Allgemeinmedizin*

Fall	Statement
C4, Pos.82	<i>Aber die meisten Konsile, die gestellt werden, sind dann eher sehr, sehr fachspezifisch bezogen. Und ich glaube, ohne die Allgemeinmedizin in irgendeiner Weise auch kritisieren zu wollen, ich glaube, das würde die Fachkompetenz der Allgemeinmedizin manchmal einfach überschreiten.</i>
A3, Pos. 46-48	<i>Es [die interdisziplinären Visiten] halt nochmal so ein allgemeinerer Bezug ist, die auch Input geben können. Nein, weil's zum Teil dann auch wieder so spezielle Fragestellungen an Probleme sind, die jetzt ein Allgemeinmediziner / Kommt natürlich drauf an, wo er herkommt / Auch vielleicht gar nicht so richtig beantworten kann. Wenn's irgendwie um irgendwelche fancy Kardiosachen geht, oder um irgendwelche Kreuzinteraktivitäten von irgendwelchen Nephromedikamenten oder so. Oder soll der jetzt Dialyse bekommen</i>

ERGEBNISSE

	<i>oder nicht? Ja... Da kann ein Allgemeinmediziner, also meine Eltern sind auch beide Allgemeinmediziner, deshalb, (...) kann, also hab' ich da so eine ganz gute Idee von glaube ich, was ja auch so deren Praxis, was die so tagtäglich machen. Dass das zum Teil hier halt dann gar nicht so richtig gegeben ist. [...] Dass man trotzdem noch das Konsil stellen muss.</i>
A4, Pos. 52-53	<i>Ich weiß nicht, wieviel Nutzen man wirklich am Ende des Tages davon hat. Also ich / Wie häufig stellt man ein internistisches Konsil? Also du machst ja schon sehr fachspezielle Konsile auch, also entweder stellst du ein Nephrokonsil, oder ein Pulmokonsil, oder ein Kardiokonsil.</i>
C5, Pos. 60-61	<i>Aber wenn es jetzt um was ganz Konkretes geht, wo es klar ist, welche Abteilungen dran beteiligt sind, dann glaube ich nicht [dass ein Facharzt für Allgemeinmedizin primär gerufen werden sollte].</i>

Eventuell würden sogar noch mehr Konsile gestellt werden, da einem Facharzt für Allgemeinmedizin vermehrt auffällt, welche Fragestellungen noch offen sind (B3, Pos. 73 und C4, Pos. 64).

Es kann ja auch sein, dass man mit einem Internisten tendenziell sogar mehr Konsile stellen, stellt, ja. Das wär' ja denkbar. „Nein, da müssen wir jetzt doch nochmal mit den Kardiologen auch sprechen, wie wir das genau einstellen.“ Und deswegen glaube ich ist nicht, ist es nicht so, dass man unbedingt ein, dass es unbedingt etwas wär', was man jetzt einspart. Sondern ich glaube es ist eher was, was die Patientenversorgung verbessert. (B3, Pos. 73)

5.4.6.3 Zu spezifische Fragestellung für die Allgemeinmedizin

Diese Subkategorie wurde im vorherigen Absatz schon erwähnt und die entsprechenden Zitate hierzu finden sich in Tabelle 21.

5.4.6.4 Frequenz der interdisziplinären Visiten

Ein weiterer Grund für die gleichbleibende Anzahl der Konsilanfragen sei, dass die interdisziplinären Visiten zu selten stattgefunden haben, um eine Reduktion zu erwirken. Darüber berichteten sowohl die Fachärztin für Allgemeinmedizin als auch die Ärzte der gefäßchirurgischen Station.

Von daher war eben dadurch, dass ich [Fachärztin für Allgemeinmedizin] nur einmal pro Woche da war dieser Effekt nicht zu spüren, dass dann diese ganzen Einzelkonsile abnehmen. Das war ja so mal diese Idee. Wir machen ein allgemeinmedizinisches Konsil und dann kann der Allgemeinmediziner auch gleich was zur Lunge sagen UND zum Diabetes. Dann brauchst du nicht den Pulmologen und den Endokrinologen. Aber dadurch, dass ich eben halt nur einmal pro Woche verfügbar war, war dieser, hat sich dieser Effekt nicht so dargestellt. (D1, Pos. 49)

Die Idee fand ich gut. Und für den Tag, wo das stattgefunden hat, ist das natürlich auch immer toll. Man hat dann erstmal einen Fahrplan. Aber das ist so, ich sag mal so, das ist so ein bisschen wie: Sie machen einmal die Woche Physiotherapie. Das bringt natürlich GARNICHTS. (B5, Pos. 15)

Der Effekt der Reduktion der Konsilanzahl könnte sich möglicherweise besser darstellen, wenn die Visiten häufiger als einmal die Woche stattfinden würden. Ob die Konsillast reduziert werden könnten, ist auch stark davon abhängig zu welchem Behandlungszeitpunkt des Patienten (prä-OP, am OP-Tag, post-OP) die Visiten stattfanden und in welchem zeitlichen Rahmen die Fragestellung beantwortet werden sollte. An dem Tag, an dem die Fachärztin für Allgemeinmedizin vor Ort gewesen war, ist die Konsilanzahl zurückgegangen, jedoch mussten an den anderen Tagen trotzdem noch genauso viele Konsile gestellt werden.

Folgende Lösungsansätze für dieses Phänomen wurden von der Fachärztin für Allgemeinmedizin benannt:

ERGEBNISSE

- Häufigere Visiten (mindestens 2-3x pro Woche)
- Durchgängige telefonische Erreichbarkeit der Allgemeinmedizin die ganze Woche (als Alternative zu den häufigeren interdisziplinären Visiten)
- Einen Facharzt für Allgemeinmedizin fest auf Station anstellen, der die Visiten regulär mitmacht (ebenfalls von B5 genannt)

Von den Gruppen A-C wurden diesbezüglich keine Lösungsvorschläge gemacht.

Auffallend war, dass ausschließlich von den Gruppen A-C das Argument genannt wurde, dass die Fragestellung zu spezifisch sei für den Fachbereich Allgemeinmedizin als Begründung, dass Konsile trotz der interdisziplinären Visiten gestellt werden würden. Der Aspekt, dass sie schlichtweg zu selten stattfanden, wurde stattdessen besonders von der Fachärztin für Allgemeinmedizin hervorgehoben. Von den anderen Interviewgruppen wurde dieser Aspekt nur in den Gruppen A und B jeweils einmal angesprochen.

Ein weiterer Nachteil, der nur einmal wöchentlich stattfindenden Visiten, ist das fehlende Follow-Up des Fachbereichs Allgemeinmedizin, wenn Patienten, die an einem Tag visitiert wurden, in den Tagen danach wieder entlassen wurden.

Und dann ist mir einfach aufgefallen, dass dadurch, dass diese Visite ja einmal pro Woche stattgefunden hat, das Follow-Up manchmal einfach schwierig war, beziehungsweise gar nicht stattgefunden hat. Also dann war es zum Beispiel ein Patient, der hatte einen hohen Blutdruck, da haben wir was an der Blutdruckmedikation geändert (...) und dann interessiert es einen natürlich schon, was daraus geworden ist. Hat das gereicht, hat das überhaupt gar nichts gebracht? Und das habe ich dann eben nicht mehr mitgekriegt. (D1, Pos. 29)

5.4.6.5 Weniger Vorteile und Lehreffekte für Fach- und Oberärzte

Im Gegensatz zu Ärzten in Weiterbildung mit wenig Berufserfahrung, sahen sowohl Assistenzärzte mit mehr Berufserfahrung, als auch Fachärzte oder Oberärzte einen geringeren Benefit, wenn die Fachärztin für Allgemeinmedizin mit auf Visite geht, als es Ärzte in Weiterbildung am Anfang ihrer Berufsausbildung taten. Diese würden den Fachbereich Allgemeinmedizin dann nicht mehr zwecks interneristische Unterstützung benötigen, da sie diese mit langjähriger Berufserfahrung schon selbst erworben haben.

Als Oberarzt glaube ich, habe ich den wenigsten Benefit davon. (...) Außer dass es für mich informativ interessant ist, sage ich mal so. Die Unterstützung brauchen natürlich die Assistenzärzte. Weil ich bin ja auf deutsch gesagt, auch nur noch jemand, der regelmäßig vorbei kommt und die Probleme dann bespricht. (B5, Pos. 21-23)

5.4.6.6 Erhöhter Arbeitsaufwand

Von einem Konsilarzt wurde angemerkt, dass eine interdisziplinäre Visite möglicherweise einen erhöhten Arbeitsaufwand für ihn bedeutet, wenn dieser dann statt nur einen einzelnen Patienten die gesamte Station visitieren muss, was einen erheblichen Mehraufwand für den Arzt bedeutet.

5.4.7. Reduktion der Konsilhäufigkeit durch interdisziplinäre Visiten?

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Statements zu der Fragestellung, ob durch die interdisziplinären mit dem Fach Allgemeinmedizin die Anzahl der von der gefäßchirurgischen Station gestellten Konsile reduziert werden können. Dies war vor allem in den Interviews mit den Gruppen A, B und D ein Thema, welches von den Teilnehmern angesprochen wurde.

ERGEBNISSE

Tabelle 22: Gegenüberstellung der Aussagen verschiedener Ärzte zu der Fragestellung, ob durch die interdisziplinären Visiten Konsile gespart werden würden

Statement, dass Konsile durch die Visiten gespart werden	Statement, dass keine Konsile gespart werden, bzw. mehr Konsile entstehen
<p><i>Ja positiv war wie gesagt, dass dass wir haben konnten wir direkt paar Konsilen sparen sozusagen. Direkt mit dem Allgemeinmedizin das besprechen. Und dann haben wir quasi direkt in die Visite eine Lösung gehabt. (A2, Pos. 38)</i></p> <p><i>Ja gut, da könnte ich mir jetzt schon vorstellen, dass vielleicht jemand, der internistisch einfach etwas versierter ist, und vor allem dann glaube ich aber auch mehr Erfahrung hat. Ich glaube da hängt viel ab internistisch. Dass man sich sicherlich, dass ein oder andere Konsil, also internistische Konsil sparen könnte. Das kann ich mir schon vorstellen, klar. (B3, Pos. 26)</i></p>	<p><i>Aber es gibt natürlich auch einfach spezielle Fragestellungen, die man dann mit einem Konsil an eine andere Fachabteilung klären muss, was man nicht in dieser interdisziplinären Visite machen kann Also die das übersteigen. Also das muss man trennen. (A1, Pos. 127)</i></p> <p><i>Also es ist eher (...) Probleme, die man vielleicht so nicht sehen würde, die aufgegriffen werden, als dass man, wenn man aktiv das Problem sieht, dass ja dann auch adressieren kann. An die jeweilige Fachabteilung. (A3, Pos. 70)</i></p> <p><i>Ja, wenn du einmal die Woche so eine Visite machst, hast du an allen anderen Tagen ja, musst du halt trotzdem ein Konsil stellen, (A4, Pos. 98)</i></p> <p><i>Von daher war eben dadurch, dass ich nur einmal pro Woche da war, dieser Effekt nicht zu spüren, dass dann diese ganzen Einzelkonsile abnehmen. Das war ja so mal diese Idee. Wir machen ein allgemeinmedizinisches Konsil und dann kann der Allgemeinmediziner auch gleich was zur Lunge sagen UND zum Diabetes. (D1, Pos. 49)</i></p>

ERGEBNISSE

Bei der Frage, ob durch die interdisziplinären Visiten weniger häufig Konsile von den Ärzten der gefäßchirurgischen Station gestellt werden würden, gehen die Meinungen der Ärzte auseinander.

Einerseits könnte durch die Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Allgemeinmedizin die oben beschriebenen Konsile, die aus rechtlichen Gründen pro forma gestellt werden, direkt vor Ort von der Fachärztin für Allgemeinmedizin beantwortet werden. Dies scheint besonders sinnvoll, denn die Fragestellungen wiederholen sich häufig. Außerdem könnten viele internistische Fragestellungen durch die Mitbetreuung eines Facharztes für Allgemeinmedizin schon im Vorfeld geklärt und abgearbeitet werden, ohne, dass hierfür eine spezifische Fachabteilung zu Rate gezogen werden müsste.

Auf der anderen Seite wurde geäußert, dass genau dieser internistische Blick grade auch zu mehr Konsilen führen könnte. Dem Facharzt für Allgemeinmedizin könnten mehr internistisch zu behandelnde Aspekte auffallen, als beispielsweise Ärzte der gefäßchirurgischen Station, und diese Aspekte dann auch adressiert werden. Dies führt zwar zu einer umfassenderen Patientenbetreuung, könnte aber in Konsequenz auch bedeuten, dass mehr Konsile gestellt werden würden, wenn der Facharzt für Allgemeinmedizin ein Konsil empfiehlt. Daran anschließend wurde geäußert, dass die Fragestellungen auch potenziell bei einigen Patienten, die besonders multimorbid und schwerkrank wären, die Fachkompetenz des Facharztes für Allgemeinmedizin übersteigt und dann trotz der stationären Mitarbeit eines Allgemeinmediziners noch weitere Fachdisziplinen zu Rate gezogen wird.

Dass es bei dem Pilotprojekt mit dem Fachbereich Allgemeinmedizin laut der Fachärztin für Allgemeinmedizin zu keiner Verringerung der gestellten Konsile kam, hing auch mit der Frequenz der Visiten auf der gefäßchirurgischen Station zusammen. Einmal die Woche sei zu selten um eine Verringerung zu bewirken, eine Zusammenarbeit an mehreren Tagen die Woche oder ein auf Station festangestellter Facharzt für Allgemeinmedizin erscheint hier sinnvoller. Ähnliches äußerten Kollegen der gefäßchirurgischen Station: Am Tag der interdisziplinären Visiten seien zwar weniger Konsile gestellt worden, an allen restlichen Tagen war aber kein Unterschied zu spüren gewesen.

6. Diskussion

In den letzten Jahren hat sich die Beziehung zwischen Ärzten chirurgischer und nicht-chirurgischer Fächer, durch die sich verändernde Realität des Arztberufs und der Veränderung der Krankenhausversorgung, hin zu Modellen der gemeinsamen Versorgung gewandelt, was die Möglichkeiten für kooperative Systeme und Beziehungen zwischen den Fachleuten erhöht (Monte-Secades et al. 2016); besonders zeigte sich dies anhand gefundener Studien für den spanischen Raum (Monte-Secades et al. 2018; Secades et al. 2014; Montero Ruiz et al. 2020). In dieser Arbeit wurde in Deutschland ein kooperatives Modell zwischen den Fachbereichen Allgemeinmedizin und Gefäßchirurgie im Rahmen von einmal wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Visiten getestet und mit einem herkömmlichen Konsilmodell zwischen einer Facharztklinik und dem Fachbereich Allgemeinmedizin verglichen.

Die Ergebnisse der Interviews zu den interdisziplinären Visiten zeigen, dass diese Potenzial für eine optimierte ganzheitliche Versorgung der Patienten bieten; die Visiten haben einen positiven Einfluss auf Zeitmanagement und Arbeitsabläufe auf Station (z.B. durch verringerte Wartezeit auf Diagnostik- und Therapie), was die Personalfriedenheit steigern könnte. Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass der interdisziplinäre Visiten dienst aus subjektiver Sicht der Mehrheit der befragten Ärzte, zu einer Reduktion der Anzahl von Station gestellten Konsile führen könnte, hierfür allerdings die Frequenz der Visiten noch deutlich auf einen mehrmals wöchentlich stattfindenden Visiten dienst erhöht werden müsste, um einen nachweislichen Effekt zu erzielen. Die Beratungsanlässe der Patienten für die Fachärzte für Allgemeinmedizin sowohl auf der gefäßchirurgisch Station, als auch in der Facharztklinik sind vielfältig und umfassten ein breites Spektrum an Symptomen, neu aufgetretenen oder exazerbierten Krankheitsbildern und Diagnosen, und spiegeln durch das breite Spektrum der Erkrankungen den Zuständigkeitsbereich des Fachbereichs Allgemeinmedizin wieder (Ludt 2017). Die CVRF bei den gefäßchirurgischen Patienten waren vielfältig und die Patienten waren multimorbid.

6.1 Diskussion der Methode

6.1.1 Stärken und Schwächen der Studie

Es existieren einige Studien, die sich mit interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen der Abteilung für Innere Medizin und anderen Fachrichtungen auseinandersetzen (Monte-Secades et al. 2018; Montero Ruiz, López Alvarez, and Hernández Ahijado 2004; Montero Ruiz, Rebollar Merino, García Sánchez, et al. 2014), wie auch explizit mit der Zusammenarbeit zwischen dem Fach Innere Medizin und Gefäßchirurgie (Secades et al. 2014). Jedoch ist die vorliegende Arbeit nach Kenntnisstand der Autorin die erste Mixed-Methods-Arbeit, die sich der interdisziplinären Zusammenarbeit explizit mit dem Fach Allgemeinmedizin, anstelle der Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Innere Medizin, und der Gefäßchirurgie widmet.

Durch die Auswertung der teilstrukturierten Interviews verschiedener Ärztegruppen ließen sich Meinungen und Sichtweisen zu den interdisziplinären Visiten klar und differenziert darstellen. Somit konnten auch Unterschiede der Sichtweise auf die Zusammenarbeit mit dem Fach Allgemeinmedizin eruiert werden. Es ließen sich Schlüsse ziehen, inwiefern die interdisziplinären Visiten von den am Prozess der Konsile oder interdisziplinären Visiten beteiligten Ärzte, jeweilig angenommen werden, und wo diese noch Verbesserungspotenzial aufweisen. Durch die Verwendung von verschiedenen und auf die jeweilige Ärztegruppe abgestimmten semistrukturierten Leitfäden, ließ sich genauer auf den jeweiligen Kenntnisstand über die interdisziplinären Visiten und Prozessbeteiligung eingehen. Durch die Festlegung von Themenblöcken im Vorfeld aller Interviews, die durchweg in allen Interviewgruppen thematisiert wurde, wurde sichergestellt, dass kein Thema ausgelassen wurde.

Anders als bei Schwartz et al. (Schwartz et al. 2021), oder Chow et al. (Chow et al. 2019), die standardisierte Fragebögen zur Erhebung der Zufriedenheit bei SIBRs verwendeten, können sich durch die offenen Fragen bei semistrukturierten Interviews Aspekte ergeben, die nicht bei der Fragebogenerstellung bedacht worden sind. Außerdem können die Zufriedenheit des Personals und Verbesserungswünsche differenzierter ausgewertet werden und die Überlegungen zu den Vor- und Nachteilen von den Teilnehmern besser beleuchtet werden.

DISKUSSION

In dieser Studie wurden, zusätzlich zu den Interviews, quantitative Daten der interdisziplinär visitierten gefäßchirurgischen Patienten erhoben. Anders als bei Secades et al., wo die interdisziplinär behandelten gefäßchirurgischen Patienten mit einer historischen Kohorte verglichen wurden (Secades et al. 2014), fehlt in der hier vorliegenden Studie für die quantitativen Daten eine Kontrollgruppe oder eine historische Vergleichskohorte. Es konnte somit nicht verglichen werden, inwiefern eine Vergleichskohorte bestehend aus gefäßchirurgischen Patienten, die nicht interdisziplinär mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin visitiert wurden, ebensolche internistischen Diagnosen erhalten hätten, und ob sich diese durch die Zusammenarbeit änderten. Um eine Reduktion der Anzahl an gestellten Konsilen von der gefäßchirurgischen Station nachzuweisen oder zu widerlegen, eignet sich das verwendete Studiendesign u.a. aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe und Laufzeit nicht.

Die Häufigkeit der Teilnahme der Ärzten der gefäßchirurgischen Station an den interdisziplinären Visiten variierte zwischen zwei bis zehn Mal, sodass die Kenntnis des Projekts bei einigen Ärzten der gefäßchirurgischen Station der Gruppe A geringer war als bei anderen Teilnehmern der Gruppe A. Dies führte möglicherweise zu einer uneinheitlichen, verzerrten Wahrnehmung des Projekts zwischen den befragten Ärzten innerhalb der Gruppe A. Einige Ärzte der Gruppe B konnten sich nicht erinnern, dass das Projekt mit dem Fach Allgemeinmedizin durchgeführt wurde, obwohl sie zum Zeitpunkt der Durchführung schon am UKE gefäßchirurgisch tätig waren, sodass sich hierbei, wie bei der Gruppe C, auf ein rein theoretisches Gedankenmodell beschränkt wurde. Dies wurde im Vorhinein schon einkalkuliert und in den semistrukturierten Leitfäden durch Ausweichformulierungen mit integriert. Ein weiterer limitierender Faktor war die Rekrutierung der Ärzte für die Interviews, die sich aufwändig gestaltete. Dies war vermutlich aufgrund von Zeitmangel und hoher Arbeitsbelastung und damit geringer Motivation der Ärzte für eine Teilnahme, des weiteren könnte auch die Relevanz des Projekts den Ärzten nicht auf den ersten Blick ersichtlich erschienen sein (VanGeest, Johnson, and Welch 2007). Trotz dessen konnten alle Ärzte, die für

DISKUSSION

Gruppe A angefragt wurden für Interviews gewonnen werden, und auch die angestrebte ähnliche Anzahl in Gruppe B und C an Interviewteilnehmern wurde erreicht.

Eine Limitation war, dass im Rahmen des Pilotprojekts die interdisziplinären Visiten nur an einem Krankenhaus stattgefunden haben. Diese Auswahl wurde getroffen, um möglichen Verzerrungen durch unterschiedliche strukturelle Abläufe bei Konsilstellung oder -beantwortung vorzubeugen. Außerdem hätten sich bei Durchführung des Pilotprojekts an weiteren Krankenhäusern, insbesondere kleineren Häusern, die keine Maximalversorgung anbieten, durch die limitierte Verfügbarkeit von Fachrichtungen wie beispielsweise Endokrinologie oder Nephrologie, noch andere Aspekte ergeben können, da dort der Fachbereich Innere Medizin für alle internistischen Fragestellungen konsultiert wird. Konsile sind zwar klinikübergreifend in Deutschland Alltag, jedoch bleibt durch die klinikinterne Auswahl der Interviewpartner offen, inwiefern die subjektive Meinung zu Patientenbenefit und Arbeitserleichterung bei den Ärzten zwischen den Krankenhäusern deutschlandweit variiert oder sich Ähnlichkeiten zeigen. Eine Diskrepanz der Sichtweisen könnte sich möglicherweise bei Krankenhäusern verschiedener Größen ergeben, wo die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch die räumliche Nähe der Ärzte verschiedener Fachdisziplinen anders wahrgenommen werden könnte.

6.1.2 Umsetzung der Methoden

Für die Umsetzung und Aufarbeitung der qualitativen Methoden wurde sich nach Tong et al. an der Consolidated criteria for reporting qualitative research checklist (COREQ) (Tong A 2007) orientiert und es wurden alle im Rahmen dieser Arbeit als relevant befundenen Punkte beschrieben (S. Kapitel 12.7 COREQ-Checkliste)

Bei den quantitativen Daten der Facharztambulanz stellte ein limitierender Faktor dar, dass die Bögen handschriftlich ausgefüllt wurden und dementsprechend in einigen Fällen nicht klar zu entziffern waren. Außerdem konnten auch im Nachhinein aus Datenschutzgründen keine fehlenden Informationen zu Patienten ergänzt werden, da kein Zugang zu den elektronischen Patientenakten der Facharztambulanz zur Verfügung stand.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

6.2.1 Reduktion der Konsile?

Es wurde in dieser Arbeit nicht statistisch erfasst, welche Anzahl an Konsilen vor, während und nach der Durchführungszeit der interdisziplinären Visiten von der gefäßchirurgischen Station gestellt wurden und inwieweit diese Anzahl an den Tagen der einmal wöchentlich stattfindenden Visiten geringer war als an den restlichen Wochentagen. Es fehlt also für eine objektive Beurteilung ein Vergleichszeitraum mit dokumentierter Anzahl der gestellten Konsile ohne interdisziplinären Visitedienst. Subjektiv wurde jedoch von mehreren Ärzten aus den Interviewgruppen A-C berichtet, dass die Ärzte sich vorstellen könnten, dass die interdisziplinären Visiten mit dem Fachbereich Allgemeinmedizin zu einer reduzierten Notwendigkeit für weitere Konsile von anderen Fachabteilungen führen, da einige Fragestellungen stattdessen von der anwesenden Fachärztin für Allgemeinmedizin beantwortet werden konnten. Schon eine spanische Studie von Montero Ruiz et al. zeigte, dass 86,7% der Anfragen für Konsile an die Abteilung für Innere Medizin aus dem chirurgischen Bereich stammen (Montero Ruiz, López Alvarez, and Hernández Ahijado 2004) und impliziert damit, dass ein Ansetzen in den operativen Fachbereichen durch interdisziplinärer Zusammenarbeit zur Reduktion der Konsilanzahl dort besonders sinnvoll wäre. Ärzte für Allgemeinmedizin arbeiten mit einem sehr breiten Krankheitsspektrum (Ludt 2017) und bringen durch den demographischen Wandel der Bevölkerung in den kommenden Jahren (Bundesamt 2015) viel Erfahrung für alternde, multimorbide Patienten mit. Bei der eben erwähnten Studie von Montero Ruiz et al. waren 19,7% der internistischen Konsile durch ein führend pulmonologisches Problem und 18,9% der Konsile durch ein kardiologisch führendes Problem begründet. Von den Konsilärzten der Gruppe C wurde kritisch wiederholt geäußert, dass man sich nur bedingt vorstellen könne, dass die interdisziplinären Visiten die Konsile komplett ersetzen könnte, bzw. wurde angemerkt, dass die Erkrankungen der Patienten durch deren Komplexität den Kompetenzbereich des Fachbereichs Allgemeinmedizin übersteigen würden. Da die Ergebnisse des quantitativen Teils dieser Arbeit jedoch zeigen, dass die CVRF, wie Arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus, sowie zahlreiche Herzerkrankungen häufig sind bei den untersuchten Patienten

DISKUSSION

(sowohl aus dem Datensatz der Facharztklinik, als auch von der gefäßchirurgischen Station), lässt sich im Gegenteil vermuten, dass die Sorge der Gruppe C nur bedingt berechtigt ist. Diese Vermutung gründet auf der Tatsache, dass eben solche genannten Erkrankungen das Steckenpferd des Fachgebiets Allgemeinmedizin sind (Sachsen-Anhalt 2011, 3. Quartal), da in hausärztlicher Praxis solche Krankheitsbilder tagtäglich behandelt werden und man deswegen davon ausgehen kann, dass die Fachärzte für Allgemeinmedizin dementsprechend eine ausgezeichnete Ausbildung in deren Prävention, Diagnostik und Therapie aufweisen. Dadurch könnten schon direkt auf Station Fragestellungen z.B. zur Blutdruckeinstellung oder zu Nachfragen zur Schilddrüsenhormonkonstellation, die sich teilweise auch wiederholen, ohne einen Konsiliararzt aus der Inneren Medizin schon direkt durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin beantwortet und gelöst werden. Das Konsil, das ansonsten hierfür gestellt werden würde, entfiere. Für komplexere Fragestellungen, wie sie z.B. häufig in der Rheumatologie laut einem Arzt der Gruppe C auftreten würden, könnte dann erst im nächsten Schritt ein Konsil gestellt werden, wenn in der interdisziplinären Visite eine Indikation hierfür gesehen wird. Die Anzahl an Gesamtkonsilen wäre in Konsequenz dennoch verringert worden und besonders immer wiederkehrende Konsile mit gleichem Inhalt, wie sie z.B. häufig aus rechtlichen Gründen gestellt werden, würden hiermit eliminiert.

Zusammenfassend zeigen die Daten also erstens, dass der Fachbereich Allgemeinmedizin die Komorbiditäten der gefäßchirurgischen Patienten zum großen Teil abdeckt und somit eine Mitbehandlung eines Facharztes für Allgemeinmedizin die multiplen Komorbiditäten der gefäßchirurgischen Patienten behandeln kann. Zweitens könnte dies dadurch zu einer Reduktion der Konsilanzahl führen, was jedoch in dieser Arbeit nur subjektiv berichtet wurde und noch durch Erhebung der Konsilanzahl vor, während und nach der interdisziplinären Visite bewiesen oder widerlegt werden müsste.

In der Studie von Montero Ruiz et al. wurde ebenfalls keine Kontrollgruppenuntersuchung mit anderen Konsilmodellen durchgeführt, sondern nur die Anzahl der an die Abteilung für Innere Medizin gestellten Konsile aus anderen Fachbereichen in einem bestimmten Zeitraum erhoben (Montero Ruiz, Rebollar Merino,

DISKUSSION

García Sánchez, et al. 2014). Literatur zu Anzahl von Konsilen und die Verteilung über verschiedene Abteilungen hinweg, konnte bei der Recherche mit Fokus auf das deutsche Gesundheitssystem nicht gefunden werden. Zwar wurde von den Interviewgruppen A-C berichtet, dass man sich vorstellen könnte die Anzahl an Konsilen auf der gefäßchirurgischen Station durch die interdisziplinären Visiten zu senken. Im Gegensatz dazu berichtete die Fachärztin für Allgemeinmedizin, dass die Visiten zu selten stattgefunden haben, um eine subjektiv spürbare Reduktion der Konsile zu erreichen und eine Reduktion der gestellten Konsile in diesem Projekt folglich nicht stattgefunden habe. Da die interdisziplinären Visiten mit der der Fachärztin für Allgemeinmedizin nur einmal pro Woche stattfanden, baute sich keine Routine auf, mit der die Fachärztin für Allgemeinmedizin als reguläre erste Ansprechpartnerin für internistische Rückfragen angenommen wurde oder zur Verfügung stand. Es wurden folglich an allen restlichen Wochentagen rein subjektiv noch genauso viele Konsile gestellt, wie vor dem Projekt auch, sodass sich laut der Fachärztin für Allgemeinmedizin keine Reduktion der Gesamtkonsilanzahl einstellte.

Um zu eruieren inwieweit die Konsile durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit gesenkt werden, wären zwei Schritte überlegenswert: Erstens könnten die von der gefäßchirurgischen Station gestellten Konsile über einen bestimmten Zeitraum ohne interdisziplinären Visiten dienst (z.B. über ein halbes Jahr) verglichen werden mit der Anzahl der gestellten Konsile während eines weiteren halben Jahres, währenddessen der interdisziplinäre Visiten dienst stattfindet. Zweitens könnte die Frequenz der interdisziplinären Visiten auf einen mehrmals wöchentlichen, gegebenenfalls täglichen, Termin erhöht werden. Eine Erhöhung der Frequenz der interdisziplinären Visiten könnte dazu führen, dass durch die Regelmäßigkeit der Visiten der zuständige Facharzt für Allgemeinmedizin sich als primärer Ansprechpartner der allgemeininternistischen Probleme annimmt und auch das Follow-up betreut, bevor dann erst im nächsten Schritt (wenn nötig) ein Konsil an einen spezialisierteren Fachbereich der Inneren Medizin gestellt wird. Überlegenswert wäre es auch, um die Konsilanzahl zu reduzieren, einen Facharzt für Allgemeinmedizin fest auf der gefäßchirurgischen Station anzustellen, welcher konstanter Ansprechpartner der dort arbeitenden Ärzte ist, und täglich die Visite mit durchführt.

DISKUSSION

In einem spanischen multidisziplinären Versorgungsmodell zwischen Internisten und Gefäßchirurgen wurden Internisten fest auf Station angestellt, wo sie Patienten mit pAVK und TVT von Aufnahme bis Entlassung mitbetreuten und die Entscheidungen trafen, ob weitere Fachabteilungen konsiliarisch dazugerufen werden (Secades et al. 2014). Die Zusammenarbeit im Projekt von Secades et al. steigerte sowohl die Zufriedenheit des ärztlichen als auch des pflegerischen Personals. Allerdings wurde auch bei Secades et al. die Anzahl der von der gefäßchirurgischen Abteilung gestellten Konsile nicht erfasst, sondern es wurde mit einer historischen Kohorte bei den Patienten mit TVT verglichen, inwiefern die Komorbiditäten der Patienten vollständig erkannt wurden und ob der Patient adäquater auf NMH eingestellt wurde. Somit kann auch hier methodenbedingt keine Aussage über die Auswirkung auf die Anzahl vom Fachbereich der Gefäßchirurgie gestellten Konsile und eine potenzielle Reduktion dieser durch das Projekt getroffen werden.

6.2.2 Bessere Patientenversorgung durch allgemeinärztliche interdisziplinäre Visiten?

Die Ergebnisse der Interviewstudie zeigen, dass durch die Zusammenarbeit mit einer Fachärztin für Allgemeinmedizin, aus Sicht der interviewten Ärzte Problematiken aufgegriffen werden, für die aktiv kein Konsil gestellt werden würde, die aber aus Sicht der beteiligten Ärzte trotzdem einen Vorteil für die Patientenversorgung bieten (s. Punkt 5.4.5.6). Die medizinische Versorgung von gefäßchirurgischen Patienten ist häufig umfangreich und erfordert oft mehr Wissen, über die chirurgische Tätigkeit hinaus (Secades et al. 2014). Diese Theorie wird in der im vorigen Absatz (s. Punkt 6.3) erwähnten Studie von Secades et al. (Secades et al. 2014) unterstützt, in dessen Studie sich eine bessere Anpassung mit Heparin zeigte. In der Studie von Secades et al. war die Aufnahme durch Internisten von gefäßchirurgischen Patienten aufgrund von venösen oder arteriellen Pathologien signifikant assoziiert mit der Diagnose von Erkrankungen oder Komorbiditäten, die bisher nicht entdeckt wurden, was für die klinische Behandlung einen offensichtlichen Vorteil bietet. Dieser Vorteil, dass durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin die medikamentöse Einstellung von Patienten mit internistischen Erkrankungen korrekter durchgeführt wird und Komorbiditäten vermehrt diagnostiziert

DISKUSSION

wurden, könnte beispielsweise auch für gefäßchirurgische Patienten der hier vorliegenden Studie mit inadäquat eingestelltem Bluthochdruck oder Diabetes mellitus relevant sein. Da 63%, respektive 17%, der interdisziplinär visitierten gefäßchirurgischen Patienten der hier vorliegenden Studie eine Hypertonie bzw. einen Diabetes mellitus als kardiovaskulären Risikofaktor aufwiesen, könnte das Patientenkontingent auf der gefäßchirurgischen Station besonders von der Mitbetreuung durch das Fach Allgemeinmedizin profitieren, die solche internistischen Erkrankungen täglich in der allgemeinärztlichen Praxis betreut und dementsprechend erfahren in dessen Prävention und Therapie sind. Unterstützt wird diese These durch die Statistik *Die 100 häufigsten Diagnosen in Praxen der Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung* der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt aus dem Jahr 2011 (Sachsen-Anhalt 2011, 3. Quartal), wo das breite Spektrum der Zuständigkeit des Fachgebiets nochmal deutlich wird und unter den häufigsten zehn Diagnosen Diabetes mellitus Typ II und Arterielle Hypertonie sind, also CVRF, welche auch die gefäßchirurgischen Patienten in der vorliegenden Studie mitbringen.

Ebenso sprechen die Komorbiditäten der gefäßchirurgischen Patienten für einen Vorteil einer allgemeinmedizinischen Mitbehandlung, da diese Komorbiditäten sehr umfangreich und häufig aus dem allgemeininternistischen Zuständigkeitsbereich sind. Im Vergleich mit den allgemeinmedizinischen Beratungsanlässen bei den Konsultationen aus der Facharztambulanz an das IPA (Vergleiche hierfür Punkt 5.1.3 Allgemeinmedizinische Beratungsanlässe Konsultationsdienst) fällt auf, dass das Fach Allgemeinmedizin hier ähnliche Erkrankungen und ein noch breiteres Spektrum dieser konsiliarisch betreute als es auf der gefäßchirurgischen Station der Fall war. Dadurch, dass die Fachärzte für Allgemeinmedizin offensichtlich auch routinemäßig konsiliarisch ein breites Feld an internistischen Erkrankungen behandeln, lässt sich also vermuten, dass Fachärzte für Allgemeinmedizin den Anforderungen der Betreuung von gefäßchirurgischen Patienten mit einem breiten Spektrum an internistischen Komorbiditäten gewachsen sind und deren Betreuung noch verbessern.

Die Ergebnisse von Wijeyesundera et al. (Wijeyesundera et al. 2010) unterstützen die Hypothese jedoch nicht, dass internistische Mitbehandlung von chirurgischen

DISKUSSION

Patienten zwangsläufig besser ist, da diese mit einer erhöhten Mortalität einhergehen und eine Tendenz zur vermehrten Verschreibung von Betablockern beobachtet wurde. Eine der meist durchgeführten Konsile von allgemeinen Internisten sind die präoperativen Konsile (Klein et al. 1983), was auch ein häufiger Grund für ein Konsil des Fachbereichs Allgemeinmedizin an die Facharztklinik war.

In Anbetracht der Ergebnisse der Interviews, dass es ein wesentlicher Vorteil sein könne, dass nicht entdeckte medizinische Probleme mitbehandelt werden, bleibt also fraglich, inwiefern dieser Umstand tatsächlich einen Vorteil für den Patienten darstellt, oder die zusätzlichen medizinischen Maßnahmen, z.B. weitere verschriebene Medikamente, noch eine Belastung für den Patienten darstellen. Laut Wijeysondera et al. sind Internisten im Vergleich zu Anästhesisten und Chirurgen potenziell besser ausgebildet, um internistische Erkrankungen korrekt zu erkennen und zu behandeln (Wijeysondera et al. 2010), was einen weiteren möglichen Erklärungsansatz für den Vorteil der Zusammenarbeit mit dem Fach Allgemeinmedizin darstellt. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen des vorliegenden qualitativen Studienteils, dass es für die Ärzte in Weiterbildung auf der gefäßchirurgischen Station einen Vorteil bietet und lehrreich ist, die interdisziplinäre Visite mit einem allgemeinärztlichen Kollegen durchzuführen. Jedoch scheint die höhere fachliche Kompetenz der Internisten eine sehr pauschalisierende Aussage zu sein, die dem umfangreichen Fachbereich der Chirurgie nicht gerecht wird. Ein befragter Oberarzt der Gefäßchirurgie berichtete, dass der fachliche Input bei der interdisziplinären Visite zwar gerne gesehen werde, aber inhaltlich wenig Mehrwert darstelle, da sie die fachliche Kompetenz selbst schon im Laufe ihrer Ausbildung erworben haben.

Andere Ergebnisse als die Studien von Wijeysondera et al. liefert die prospektive, multizentrische Observationsstudie von Montero Ruiz et al.: Die Wissenschaftler konnten zeigen, dass bei geteilter Behandlung von orthopädischen und traumatischen Patienten (zwischen Innerer Medizin und der Orthopädie/Traumatologie), die Komplikationsrate und Krankenhausliegedauer der Patienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe durch Konsile mit der Inneren Medizin gesenkt werden konnte (Montero Ruiz et al. 2020).

DISKUSSION

Eine Studie eines interdisziplinären Modells mit Thorax-Herzchirurgiepatienten kam zu dem Ergebnis, dass in einem interdisziplinären Behandlungsmodell mit täglichem internistischen Patientenkontakt, die Krankenhausaufenthaltsdauer der Patienten sinkt, weniger Ressourcen, wie z.B. Blutentnahmen und Röntgenbilder, verbraucht werden, und dass sich möglicherweise das Outcome der Patienten verbessert (Macpherson et al. 1994).

In der hier vorliegenden Studie konnten durch die Art der Datenerhebung, das heißt durch qualitative Datenerhebung und fehlende Kontrollgruppen im quantitativen Studienteil, kein solcher Effekt statistisch nachgewiesen werden. Überlegenswert wäre es, hier die vermuteten Implikationen durch die Mitarbeit des Fachbereichs Allgemeinmedizin auf der gefäßchirurgischen Station, also dass es zu einer medizinisch besseren Behandlung der Patienten kommen könnte und zu einer verbesserten Identifizierung der Komorbiditäten, durch Kontrollgruppen und statistisch messbare quantitative Endpunkte zu bestätigen oder zu widerlegen.

6.2.3 Bessere Versorgung von multimorbiden und geriatrischen Patienten?

Ähnliche Beobachtungen zur Reduktion der Krankenhausliegedauer, wie im vorherigen Absatz bei Montero Ruiz et al. beschrieben (Montero Ruiz et al. 2020), konnten auch in einem Comanagement-Modell auf einer gefäßchirurgischen Station bei der Zusammenarbeit von Geriatern und Gefäßchirurgen gemacht werden. Bei dieser Fall-Kontroll-Studie konnte die Krankenhausliegedauer bei den multidisziplinär geriatrisch-gefäßchirurgischen Notfallpatienten gesenkt werden (Natesan et al. 2022). Auch die Rate an nosokomialen Infektionen und die 30-Tage-Wiederaufnahmerate sank statistisch signifikant im Vergleich zur historischen Kontrollgruppe. In der vorliegenden Mixed-Methods-Studie war das Patientenkontingent auf der gefäßchirurgischen Station während der Durchführung des interdisziplinären Visitedienstes im Schnitt, exklusive Rekonvaleszenten, 69,5 Jahre alt waren, zählt also (je nach Definition; hier nach Wirth (Wirth)) durchschnittlich zu den geriatrischen Patienten. Auch bei den Patienten, die das Fach Allgemeinme-

DISKUSSION

dizin in der Facharztambulanz konsiliarisch im ausgewerteten Zeitraum betreute, betrug das durchschnittliche Alter aller Patienten über 65 Jahre. Nach Frauen und Männern aufgetrennt, zählten nur die Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von über 65 Jahren zu den geriatrischen Patienten, nicht aber die Männer. Inwiefern diese älteren Patienten aus der Studie von Montero Ruiz et al. von einer internistischen statt geriatrischen Mitbetreuung gleichfalls profitieren, bleibt offen. Vermutlich wird aber das Patientengut von Fachärzten für Allgemeinmedizin in der nahen Zukunft durch den demographischen Wandel immer älter werden. Das Statistische Bundesamt hat 2015 Prognosen veröffentlicht, dass bis zum Jahr 2060 ein Drittel der Bevölkerung über 65 Jahre alt sein wird und doppelt so viele über 70-jährige existieren werden, wie Kinder geboren werden (Bundesamt 2015). Bei älteren Patienten bestehen zusätzlich oft multiple chronische Erkrankungen, bei denen bei der Behandlung das komplexe Ineinandergreifen von Versorgung, Rehabilitation und funktionaler Einschränkung im Vordergrund steht. Die Gefäßchirurgie stellt einen besonders herausfordernden Fall für Allgemeinmediziner und Internisten da, dessen komplexe Patienten viele Komorbiditäten aufweisen und in bis zu 90% angiographisch nachweisbare pAVK haben und damit ein bis zu drei Mal höheres Sterblichkeitsrisiko, als Patienten ohne Arterio-pathien (Mohler 2003).

Man könnte vermuten, dass das multimorbide gefäßchirurgische Patientengut aus dieser Studie ebenso von der Mitbetreuung des Fachs Allgemeinmedizin profitiert, da auch in der alltäglichen Praxis die Fachärzte für Allgemeinmedizin beträchtlichen Kontakt mit multimorbiden, älteren Patienten haben und dementsprechend gut ausgebildet mit viel Erfahrung für deren Behandlung sind. Dass besonders multimorbide Patienten von der interdisziplinären Zusammenarbeit profitieren könnten, zeigen die Interviewergebnisse. Mit diesen Ergebnissen lässt sich nicht bestätigen, dass eine Mitbetreuung durch das Fach Allgemeinmedizin die gleichen Auswirkungen auf Parameter wie z.B. Krankenhausliegedauer haben wird, wie die Studie von Natesan et al. (Natesan et al. 2022) es hat. Aber es bietet einen möglichen Erklärungsansatz für die positive Resonanz von der befragten ärztlichen Belegschaft auf die interdisziplinären Visiten und lässt vorsich-

tig vermuten, dass die gefäßchirurgischen multimorbiden Patienten durch die Mitarbeit einer Fachärztin für Allgemeinmedizin medizinisch besser betreut sind, als durch die alleinige gefäßchirurgische Betreuung.

6.2.4 Optimierte Arbeitsabläufe und weniger Arbeitsbelastung?

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der interviewten Ärzte das interdisziplinäre Modell mit der Fachärztin für Allgemeinmedizin gegenüber den herkömmlichen Konsilen präferiert, und die Arbeitsabläufe und eigene Arbeitsbelastung scheint durch die Visiten positiver bewertet zu werden. Diese Einschätzung beruht auf verschiedenen Faktoren. Unter anderem beruht sie auf vereinfachter Kommunikation zwischen den Fachärzten, auf Zeiteinsparung bei Problembeantwortung und bei stationärem Ablauf sowie beruht sie auf fachlichem Input, der gerade junge Ärzte in Weiterbildung unterstützt. Konsile vollständig durch die interdisziplinären Visiten mit dem Fach Allgemeinmedizin zu ersetzen wird zwar kritisch gesehen, aber generell sehen sowohl Ärzte der gefäßchirurgischen Station, als auch Konsilärzte, die Mitarbeit eines Facharztes für Allgemeinmedizin als positiv an. Dies gilt sowohl für die eigene ärztliche Arbeit als auch für die Patientenversorgung, wobei optimierte Diagnostik- und Therapieplanung und zügigere Entlassungen eine wesentliche Rolle für die positive Bewertung der interdisziplinären Visiten auf Arbeitsabläufe und -belastung spielten. Die positive Bewertung der interdisziplinären Visiten deckt sich mit den Ergebnissen der spanischen Studie von Secades et al. aus dem Kapitel 6.4 oben, wo ein multidisziplinäres Modell auf einer gefäßchirurgischen Station mit Internisten zusammen, auch vom pflegerischen und ärztlichen Personal präferiert wurde, sowie die Qualität der Versorgung verbessert wurde (Secades et al. 2014). Im Unterschied zur hier vorliegenden Studie wurde die Zufriedenheit des Personals bei Secades et al. mit fünf geschlossenen Fragen anhand von Ordinalskalen erfragt, statt dass mit semistrukturierten leitfadengestützten Interviews gearbeitet wurde. Die geschlossenen Fragen waren zu den Themen: Kommunikation zwischen Internisten und Gefäßchirurgen, Koordination des medizinischen Personals und der Entlassungen von Patienten und zur Beurteilung der postoperativen Bedürfnisse des

DISKUSSION

Patienten. Die Fragen konnten mit fünf verschiedenen Antwortmöglichkeiten beantwortet werden, welche von *traditionelles Modell ist viel besser* über *neutral*, bis *multidisziplinäres Modell ist viel besser* reichte. Dies bringt methodenbedingt eine geringere Antwortvariabilität hervor. Die Präferenz für ein Modell, also Konsile gegenüber einem multidisziplinären Modell zwischen Gefäßchirurgen und Internisten, wurde jedoch bei Secades et al. klarer benannt. Mit offenen Fragen, wie sie bei semistrukturierten Interviews verwendet werden, besteht eine größere Antwortvariabilität. Ordinalskalen ermöglichen im Gegensatz dazu eine klare Zuordnung der Zustimmung oder Ablehnung eines Konzepts oder einer Aussage anhand einer Rangfolge der Aussagen, welche bei semistrukturierten Interviews aufgrund des offenen Charakters der Fragen schwammig ausfallen kann. Laut Helfferich auf S. 75 heben „Qualitative Interviews (...) das Individuelle und das Besondere der Einzelpersonen ab“ (Helfferich 2011) und laut Flick auf S.26 sind „wesentliche Kennzeichen [qualitativer Forschung] (...) die Berücksichtigung und Analyse unterschiedlicher Perspektiven“ (Flick 2007). Somit wurde in der vorliegenden Studie eine große Bandbreite von unterschiedlichen Meinungen abgebildet und es konnte differenzierter betrachtet werden inwiefern der interdisziplinäre Visiten dienst angenommen oder abgelehnt wurde und welche möglichen Gründe dort hineinspielen.

Auch Chow et al. kamen in ihrer Studie zur Patienten- und Angestelltenzufriedenheit bei SIBRs in der Notaufnahme gegenüber normalen Visitenrunden zu dem Ergebnis, dass SIBRs beides signifikant verbessern (Chow et al. 2019). Diese Studie verwendete zur Erhebung der Zufriedenheit einen Fragebogen im Rahmen einer Querschnittserhebung und ebenfalls Ordinalskalen, bei der Aussagen von *Stimme sehr zu* bis *Stimme überhaupt nicht zu* mit fünf verschiedenen Punkten getätigt werden konnten. Ein Statement für die Angestelltenzufriedenheit war beispielsweise: *SIBRs geben mir eine gute Möglichkeit um Patienten-/Angehörigenfragen zu beantworten* und *Traditionelle Visitenrunden geben mir eine gute Möglichkeit um Patienten-/Angehörigenfragen zu beantworten*.

In dieser Arbeit wurde im Interviewleitfaden (s. Punkt 12.5 Interviewleitfäden Einzelinterviews) nicht konkret nach der Arbeitszufriedenheit gefragt. Die oben genannten Punkte (Zeiteinsparung, fachlicher Input, etc.) lassen jedoch vermuten,

DISKUSSION

dass sie für ein verbessertes Arbeitsklima sorgen, beispielsweise schon durch einen reibungslosen Ablauf bei Entlassungen von Patienten, ohne dass es zu Zeitverzögerung durch ein noch unbeantwortetes Konsil kommt und die Visiten aus dem Grund positiv als reguläre Visite angenommen werden würden.

6.2.5 Verbesserte Kommunikation

Wo eine große Menge an Information zwischen Mitarbeitern ausgetauscht wird, ist Kommunikation der Schlüssel zum Erfolg (Townsend-Gervis, Cornell, and Vardaman 2014). Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass interdisziplinäre Visiten mit dem Fach Allgemeinmedizin die interdisziplinäre Kommunikation potenziell verbessert. Studien zeigen, dass auch vermehrte interprofessionelle Kommunikation (also Kommunikation zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Disziplinen) dazu beiträgt die Zufriedenheit des Personals im Krankenhaus zu erhöhen (Gausvik et al. 2015; Cao et al. 2018; Chow et al. 2019). Gausvik et al. fanden heraus, dass durch SIBRs die Zufriedenheit des pflegerischen Personals zunimmt und verbesserte Kommunikation hierbei eine Rolle spielt (Gausvik et al. 2015). Schwartz et al. fanden Ähnliches heraus und kamen durch Observation und Fragebögen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass sich die subjektiv empfundene Qualität der Versorgung bei Pflegepersonal und Ärzten in Weiterbildung durch die SIBRs signifikant verbesserte (Schwartz et al. 2021).

Die in der vorliegenden Studie durchgeführten interdisziplinären Visiten arbeiten jedoch mit der Zusammenarbeit von zwei ärztlichen Fachbereichen, anstatt mit interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Disziplinen. Da jedoch auch SIBRs im Krankenhaussetting bei Visitenrunden stattfinden, lassen sich vorsichtige Vermutungen anstellen, dass sich ähnlich positive Effekte bei ärztlicher Zusammenarbeit, auf die deren Zufriedenheit bei Visitenrunden übertragen lassen. Diese positive Rückmeldung zu den Visiten kam auch in den Interviews durch. Denn durch die örtliche Erreichbarkeit der Fachärztin für Allgemeinmedizin auf der gefäßchirurgischen Station werden potenziell Probleme von Konsilen eliminiert. Die Studie von Secades et al. zu interdisziplinärer Zusammenarbeit von Internisten und Gefäßchirurgen zeigt zusätzlich, dass auch das Pflegepersonal der interdisziplinären Zusammenarbeit positiv gegenübersteht, jedoch im geringeren Maße, als die Ärzte (Secades et al. 2014).

DISKUSSION

Bei herkömmlichen Konsildiensten ist es laut Studienergebnis herausfordernd, dass häufig keine Fragestellung vorhanden ist, die Fragestellung nicht sinnvoll erscheint oder Vorabinformationen über den Patienten fehlen. Kommunikationsprobleme sind eine der Hauptursachen für medizinische Zwischenfälle und Fehler (Nagpal et al. 2010). Montero Ruiz et al. kamen zu dem Ergebnis, dass im Prozess der Konsilstellung an die Abteilung für Innere Medizin, ein signifikanter Anteil an Informationen verloren geht (Montero Ruiz, Rebollar Merino, Melgar Molero, et al. 2014). Da durch die interdisziplinären Visiten ein Facharzt für Allgemeinmedizin direkt auf Station vor Ort ist und Informationen und die Fragestellung direkt kommuniziert und jegliche Rückfragen der anwesenden Fachärztin für Allgemeinmedizin durch die räumlich und zeitlich gemeinsam stattfindende Visite dementsprechend direkt vor Ort beantwortet werden können, könnte dies eventuell zu einer Reduktion im Informationsverlust führen. Dies stellt potenziell einen Vorteil für die Patientenversorgung dar, da es dann in Konsequenz auch zu einer Reduktion von medizinischen Fehlern aufgrund von Kommunikationsdefiziten im Prozess der Konsilstellung kommen würde. Weitere Probleme der Kommunikation reichen von einer unzureichenden Fragestellung an die Konsilärzte, über mangelnde telefonische Erreichbarkeit des Konsilarztes bis zur fehlenden Absprache bei einem Patientenfall und die fehlende persönliche Kommunikation über den Patienten. Viele solcher Kommunikationsprobleme und -hindernisse könnten durch die interdisziplinären Visiten in ihrem Keim erstickt werden.

6.3 Vergleichbarkeit mit anderen Studien

Anders als in der Studie von Secades et al., wurde in dieser Arbeit die interdisziplinäre Versorgung nicht mit der Inneren Medizin, sondern mit dem Fachbereich Allgemeinmedizin durchgeführt, sodass sich nur eine indirekte Vergleichbarkeit der vorliegenden Studie mit den Studien in der Literatur ergibt. Im Zuge der Literaturrecherche stellte sich heraus, dass die Literatur zu interdisziplinärer Zusammenarbeit ausschließlich Studien mit der Inneren Medizin mit anderen Fachabteilungen einschließt. Zwar gibt es, wie in Kapitel 2.1 dargestellt, fachliche Überschneidung der Fächer Allgemeinmedizin und Innere Medizin. In dieser Arbeit

DISKUSSION

wurde sich jedoch explizit auf die Auswirkungen der interdisziplinären Zusammenarbeit mit dem Fach Allgemeinmedizin fokussiert, wodurch ein Blickwinkel auf die Zusammenarbeit mit neuem Fokus geboten wird. Aufgrund von kulturellen Unterschieden ist die Literatur zum Thema aus anderen Ländern möglicherweise nicht komplett auf das deutsche Gesundheitssystem anwendbar. So wurde aus dem spanischen Raum viel Literatur zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit Internisten gefunden – inwiefern in diesen Studien mit dem Begriff *Internist* jedoch ein Facharzt für Innere Medizin oder aber ein Facharzt für Allgemeinmedizin gemeint ist, wird nicht deutlich und auch die Übertragbarkeit der Facharztbezeichnungen auf das deutsche Gesundheitssystem bleibt fraglich.

6.4 Schlussfolgerungen

Interdisziplinärer Visitedienst mit einer Fachärztin für Allgemeinmedizin auf einer gefäßchirurgischen Station wird in der Mehrheit der Fälle positiv angenommen und die Zusammenarbeit positiv bewertet. Für den reibungslosen Stationsablauf sind die interdisziplinären Visiten von Vorteil und auch die Patientenversorgung wird subjektiv als optimiert bewertet. Inwiefern sich dies auch verbessernd auf die Patientenversorgung auswirkt und bezüglich Morbidität und Mortalität der gefäßchirurgischen Patienten Auswirkungen zeigt, lässt sich durch das Studiendesign nicht eruieren. Hierfür wären weitere Studien mit quantitativ messbaren Patientenoutcomevariablen und Kontrollgruppenvergleiche notwendig.

Das gefäßchirurgische Patientenkontingent ähnelt im Krankheitsspektrum den konsiliarisch gesehenen Patienten des Fachbereichs Allgemeinmedizin. Die Mehrheit der interviewten Ärzte schätzt die Zusammenarbeit mit der Fachärztin für Allgemeinmedizin für die Versorgung der komorbiden Patienten. Zukunftsperspektivisch wäre es überlegenswert für die internistische Mitversorgung der komorbiden Patienten eine Fachärztin für Allgemeinmedizin fest auf solchen chirurgischen Stationen anzustellen, oder eine mehrmals wöchentliche interdisziplinäre Visite durchzuführen, um eine kontinuierlichere internistische Mitversorgung zu gewährleisten und damit auch mutmaßlich eine Reduktion der Konsilanzahl zu bewirken.

7. Zusammenfassung

7.1 Deutsche Zusammenfassung

Ziel dieser Mixed-Methods Arbeit war die Evaluation eines einmal wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Visitendienstes mit dem Fachbereich Allgemeinmedizin auf einer gefäßchirurgischen Station und der Vergleich mit herkömmlichen Konsilen. Die Ärzte fassten den Visitendienst als hilfreich auf, dies gilt besonders für multimorbide chirurgische Patienten. Die Entdeckung von bisher nicht erkannten medizinischen Problemen, verbesserte medikamentöse Einstellung, sowie die Unterstützung von Ärzten in Weiterbildung waren zentrale positive Aspekte. Als nachteilig wurde die längere Dauer des Visitendienstes gesehen, sowie dass Konsile nach wie vor von Station gestellt werden mussten. Letzteres beruht auf der Tatsache, dass die Ärzte den Kompetenzbereich der Fachärzte für Allgemeinmedizin für komplexe Patienten als unzureichend ansehen und auf einer zu seltenen Frequenz der Visiten. Dass der Kompetenzbereich der Fachärzte für Allgemeinmedizin jedoch ausreichend ist, wurde durch statistische Auswertung zweier quantitativer Datensätze (Patienten des Visitendienstes und von herkömmlichen Konsilen einer Facharztambulanz) gezeigt.

7.2 Englische Zusammenfassung

Aim of this study was the evaluation of a once-weekly General-Practice Rounding-Service on a vascular surgery department and its comparison to GP consultation services. The GP Rounding-Service was perceived as helpful by doctors, especially for multimorbid surgical patients. Optimizing therapy, identification of formerly not known medical problems as well as support for doctors in training were central positive aspects. Negative aspects were the longer duration of rounds and that there was still a need for conventional consults from the vascular surgery ward. Reasons for the latter were that the rounding service was too seldom and that the medical problems were perceived to be out of the sphere of competence of a GP. However, two quantitative data sets (from the patients on the vascular surgery ward and a conventional GP consultation service) show a

LITERATURVERZEICHNIS

wide range of reasons for consultation that were well within the sphere of competence of a GP.

8. Literaturverzeichnis

- Ambrose, J. A., and R. S. Barua. 2004. 'The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update', *J Am Coll Cardiol*, 43: 1731-7.
- Auerbach, A. D., M. A. Rasic, N. Sehgal, B. Ide, B. Stone, and J. Maselli. 2007. 'Opportunity missed: medical consultation, resource use, and quality of care of patients undergoing major surgery', *Arch Intern Med*, 167: 2338-44.
- Bertakis, K. D., E. J. Callahan, L. J. Helms, R. Azari, J. A. Robbins, and J. Miller. 1998. 'Physician practice styles and patient outcomes: differences between family practice and general internal medicine', *Med Care*, 36: 879-91.
- Bracey, D. N., T. C. Kiyamaz, D. C. Holst, K. S. Hamid, J. F. Plate, E. C. Summers, C. L. Emory, and R. H. Jinnah. 2016. 'An Orthopedic-Hospitalist Comanaged Hip Fracture Service Reduces Inpatient Length of Stay', *Geriatr Orthop Surg Rehabil*, 7: 171-77.
- Bundes, Gesundheitsberichterstattung des. 2015. 'Häufigste Diagnosen in Prozent der Behandlungsfälle in Arztpraxen in Nordrhein (Rang und Anteil). ', Accessed September 22nd. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=48393078&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=638&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=.
- Bundesamt, Statistisches. 2015. "Bevölkerung Deutschlands bis 2060." In *13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*, 17.
- Cao, V., L. D. Tan, F. Horn, D. Bland, P. Giri, K. Maken, N. Cho, L. Scott, V. A. Dinh, D. Hidalgo, and H. B. Nguyen. 2018. 'Patient-Centered Structured Interdisciplinary Bedside Rounds in the Medical ICU', *Crit Care Med*, 46: 85-92.
- Chow, M. Y., S. Nikolic, A. Shetty, and K. Lai. 2019. 'Structured Interdisciplinary Bedside Rounds in an Australian tertiary hospital emergency department: Patient satisfaction and staff perspectives', *Emerg Med Australas*, 31: 347-54.
- Ciumărnean, L., M. V. Milaciu, V. Negrean, O. H. Orășan, S. C. Vesa, O. Sălăgean, S. Iluț, and S. I. Vlaicu. 2021. 'Cardiovascular Risk Factors and Physical Activity for the Prevention of Cardiovascular Diseases in the Elderly', *Int J Environ Res Public Health*, 19.
- Cottencin, O., M. Lambert, V. Queyrel, D. Launay, S. Morell-Dubois, E. Hachulla, P. Y. Hatron, M. Goudemand, and S. M. Consoli. 2007. 'Consultation/liaison

LITERATURVERZEICHNIS

psychiatry practice: combined medical and psychiatric consultations', *J Psychosom Res*, 63: 219-20.

Devereaux, P. J., H. Yang, S. Yusuf, G. Guyatt, K. Leslie, J. C. Villar, D. Xavier, S. Chrolavicius, L. Greenspan, J. Pogue, P. Pais, L. Liu, S. Xu, G. Málaga, A. Avezum, M. Chan, V. M. Montori, M. Jacka, and P. Choi. 2008. 'Effects of extended-release metoprolol succinate in patients undergoing non-cardiac surgery (POISE trial): a randomised controlled trial', *Lancet*, 371: 1839-47.

Eamer, G., A. Taheri, S. S. Chen, Q. Daviduck, T. Chambers, X. Shi, and R. G. Khadaroo. 2018. 'Comprehensive geriatric assessment for older people admitted to a surgical service', *Cochrane Database Syst Rev*, 1: Cd012485.

Fetters, M. D., L. A. Curry, and J. W. Creswell. 2013. 'Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices', *Health Serv Res*, 48: 2134-56.

Flick, Uwe. 2007. *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (Rowohlt Taschenbuch Verlag).

Foundation, 2022 Providence Medical. 2022. 'What is the difference between a family doctor and an internist?', Accessed September 14th. <https://www.psjhmedgroups.org/Northern-California/Services/Primary-Care/Differences-between-Family-Doctor-Internist.aspx>.

Fried, L. P., L. Ferrucci, J. Darer, J. D. Williamson, and G. Anderson. 2004. 'Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care', *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 59: 255-63.

Friedman, S. M., D. A. Mendelson, K. W. Bingham, and S. L. Kates. 2009. 'Impact of a comanaged Geriatric Fracture Center on short-term hip fracture outcomes', *Arch Intern Med*, 169: 1712-7.

Gausvik, C., A. Lautar, L. Miller, H. Pallerla, and J. Schlaudecker. 2015. 'Structured nursing communication on interdisciplinary acute care teams improves perceptions of safety, efficiency, understanding of care plan and teamwork as well as job satisfaction', *J Multidiscip Healthc*, 8: 33-7.

Gesellschaft, Deutsche, and für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 2022. 'Fachdefinition'. <https://www.degam.de/fachdefinition>.

GmbH, AMF Facharztlinik Hamburg. 2022a. 'Fachgebiete', Facharztlinik Hamburg, Accessed September 23rd. <https://www.facharztlinik-hamburg.de/impresum/>.

LITERATURVERZEICHNIS

- GmbH, VERBI. 2022b. 'Innovationen in der qualitativen & Mixed Methods-Datenanalyse', Accessed August 4th. <https://www.maxqda.de/about>.
- . 2022c. 'Interviewanalyse mit MAXQDA', Accessed August 4th. <https://www.maxqda.de/interviews-transkribieren-analysieren>.
- Gopalan, S. S. 2020. 'Anecdotal experience of a family medicine expert as a hospitalist', *J Family Med Prim Care*, 9: 1273-74.
- Gotlib Conn, L., S. Reeves, K. Dainty, C. Kenaszchuk, and M. Zwarenstein. 2012. 'Interprofessional communication with hospitalist and consultant physicians in general internal medicine: a qualitative study', *BMC Health Serv Res*, 12: 437.
- Helfferrich, Cornelia. 2011. "Die Qualität Qualitativer Daten." In *Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Huynh, E., D. Basic, R. Gonzales, and C. Shanley. 2017. 'Structured interdisciplinary bedside rounds do not reduce length of hospital stay and 28-day re-admission rate among older people hospitalised with acute illness: an Australian study', *Aust Health Rev*, 41: 599-605.
- Khan, R., C. Fernandez, F. Kashifl, R. Shedden, and P. Diggory. 2002. 'Combined orthogeriatric care in the management of hip fractures: a prospective study', *Ann R Coll Surg Engl*, 84: 122-4.
- Klein, L. E., D. M. Levine, R. D. Moore, and S. M. Kirby. 1983. 'The preoperative consultation. Response to internists' recommendations', *Arch Intern Med*, 143: 743-4.
- Kuckartz, Udo, and Stefan Rädicker. 2022. *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (Beltz Juventa: Weinheim).
- Kugler, J., G. Key, and M. Oldham. 2020. 'Proactive C-L Psychiatry Beyond Academic Hospital Settings: A Pilot Study of Effectiveness in a Suburban Community Hospital', *Psychosomatics*, 61: 688-97.
- Lammenett, Dr. Erwin. 'Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl', Accessed July 19th. <https://www.schreibbuero-24.com/transkriptionsregeln-dresing-pehl>.
- Ludt, Angelow, Baum, Chenot, Donner-Banzhoff, Egidi, Haasenritter, Popert. 2017. 'DEGAM Leitlinie Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention - Kurzversion', Accessed Oct. 26th. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-

LITERATURVERZEICHNIS

[024k_S3_Hausaerztliche_Risikoberat_kardiovask_Praevention_2017-11-abgelaufen.pdf](#).

Macpherson, D. S., and R. P. Lofgren. 1994. 'Outpatient internal medicine preoperative evaluation: a randomized clinical trial', *Medical care*, 32: 498-507.

Macpherson, D. S., C. Parenti, J. Nee, R. A. Petzel, and H. Ward. 1994. 'An internist joins the surgery service: does comanagement make a difference?', *J Gen Intern Med*, 9: 440-4.

Middleton, M., B. Wan, and R. da Assunção. 2017. 'Improving hip fracture outcomes with integrated orthogeriatric care: a comparison between two accepted orthogeriatric models', *Age Ageing*, 46: 465-70.

Mohler, E. R., 3rd. 2003. 'Peripheral arterial disease: identification and implications', *Arch Intern Med*, 163: 2306-14.

Monte Secades, R., R. Rabuñal Rey, M. T. Rigueiro Veloso, M. J. García Pais, E. Casariego Vales, and J. Guerrero Lombardía. 2004. '[The internist's role in the medical evaluation of surgical patients]', *Rev Clin Esp*, 204: 345-50.

Monte-Secades, R., E. Montero-Ruiz, J. Feyjoo-Casero, M. González-Anglada, M. Freire-Romero, A. Gil-Díaz, A. Granados-Maturano, D. Rubal-Bran, R. Rabuñal-Rey, and L. Nevado Lopez-Alegria. 2018. 'Analysis of the activity of interconsultations conducted by the departments of internal medicine. REINA-SEMI study: Registry of Interconsultations and Shared Care of the Spanish Society of Internal Medicine', *Rev Clin Esp (Barc)*, 218: 279-84.

Monte-Secades, R., E. Montero-Ruiz, A. Gil-Díaz, and J. Castiella-Herrero. 2016. 'General principles of medical interconsultation for hospitalised patients', *Rev Clin Esp (Barc)*, 216: 34-7.

Montero Ruiz, E., J. López Alvarez, and C. Hernández Ahijado. 2004. '[A study of interconsultations requested to an Internal Medicine Department]', *Rev Clin Esp*, 204: 507-10.

Montero Ruiz, E., R. Monte Secades, D. R. Padilla López, C. Palomo Antequera, R. C. Gómez Fernández, J. Marco Martínez, M. Vázquez Campo, F. Garrachón Vallo, and A. B. Porto Pérez. 2020. 'Collaborative hospital models for shared care and on-demand interconsultations. Which offer the best results for Orthopaedic Surgery and Trauma?', *Rev Clin Esp (Barc)*, 220: 167-73.

Montero Ruiz, E., L. Pérez Sánchez, C. Gómez Ayerbe, J. M. Barbero Allende, M. García Sánchez, and J. López Álvarez. 2011. '[Factors that influence interdepartmental

LITERATURVERZEICHNIS

- referrals between Surgical Departments and Internal Medicine]', *Cir Esp*, 89: 106-11.
- Montero Ruiz, E., Á Rebollar Merino, V. Melgar Molero, J. M. Barbero Allende, A. Culebras López, and J. López Álvarez. 2014. '[Problems in the transmission of information during within-hospital medical consultations and referrals]', *Rev Calid Asist*, 29: 3-9.
- Montero Ruiz, E., A. Rebollar Merino, M. García Sánchez, A. Culebras López, J. M. Barbero Allende, and J. López Álvarez. 2014. 'Analysis of in-hospital consultations with the department of internal medicine', *Rev Clin Esp (Barc)*, 214: 192-7.
- Moser, A., and I. Korstjens. 2018. 'Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis', *Eur J Gen Pract*, 24: 9-18.
- Muskin, P. R., A. Skomorowsky, and R. N. Shah. 2016. 'Co-managed Care for Medical Inpatients, C-L vs C/L Psychiatry', *Psychosomatics*, 57: 258-63.
- Nagpal, K., A. Vats, K. Ahmed, C. Vincent, and K. Moorthy. 2010. 'An evaluation of information transfer through the continuum of surgical care: a feasibility study', *Ann Surg*, 252: 402-7.
- Natesan, S., J. Y. Li, K. K. Kyaw, Z. Soh, E. Yong, Q. Hong, L. Zhang, L. R. C. Chong, G. W. L. Tan, S. Chandrasekar, and Z. J. Lo. 2022. 'Effectiveness of Comanagement Model: Geriatric Medicine and Vascular Surgery', *J Am Med Dir Assoc*, 23: 666-70.
- Nieto-Martín, M. D., L. De la Higuera-Vila, M. Bernabeu-Wittel, M. A. González-Benitez, E. R. Alfaro-Lara, M. A. Barón-Ramos, E. Montero-Aparicio, R. Aparicio-Santos, and M. O. Baturone. 2019. 'A multidisciplinary approach for patients with multiple chronic conditions: IMPACTO study', *Med Clin (Barc)*, 153: 93-99.
- O'Donnell, C. J., and R. Elosua. 2008. '[Cardiovascular risk factors. Insights from Framingham Heart Study]', *Rev Esp Cardiol*, 61: 299-310.
- O'Malley, A. S., and J. D. Reschovsky. 2011. 'Referral and consultation communication between primary care and specialist physicians: finding common ground', *Arch Intern Med*, 171: 56-65.
- Oldham, M. A., P. Walsh, D. D. Maeng, J. Zagursky, K. Stewart, S. M. Hawkins, and H. B. Lee. 2020. 'Integration of a proactive, multidisciplinary mental health team on hospital medicine improves provider and nursing satisfaction', *J Psychosom Res*, 134: 110112.

LITERATURVERZEICHNIS

- Patel, N. K., C. Y. Ko, X. Meng, M. E. Cohen, B. L. Hall, and S. Kates. 2020. 'Does Comanagement of Patients With Hip Fracture Influence 30-Day Outcomes', *Geriatr Orthop Surg Rehabil*, 11: 2151459320901997.
- Pham, C. T., C. L. Gibb, R. A. Fitridge, and J. D. Karnon. 2017. 'Effectiveness of preoperative medical consultations by internal medicine physicians: a systematic review', *BMJ Open*, 7: e018632.
- Rohatgi, N., P. Loftus, O. Grujic, M. Cullen, J. Hopkins, and N. Ahuja. 2016. 'Surgical Comanagement by Hospitalists Improves Patient Outcomes: A Propensity Score Analysis', *Ann Surg*, 264: 275-82.
- Rubenstein, L. Z., A. E. Stuck, A. L. Siu, and D. Wieland. 1991. 'Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence', *J Am Geriatr Soc*, 39: 8S-16S; discussion 17S-18S.
- Saber, H. G., and Maeg Aly. 2022. 'The effectiveness of an orthogeriatric service in Ain Shams University, Egypt: a quality improvement study', *Arch Osteoporos*, 17: 101.
- Sachsen-Anhalt, KV. 2011, 3. Quartal. 'Die 100 häufigsten Diagnosen in Praxen der Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, hausärztliche Internisten', KV Sachsen-Anhalt, Accessed September 22nd.
- Saunders, B., J. Sim, T. Kingstone, S. Baker, J. Waterfield, B. Bartlam, H. Burroughs, and C. Jinks. 2018. 'Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization', *Qual Quant*, 52: 1893-907.
- Schäfer, I., M. Pawels, C. Küver, N. J. Pohontsch, M. Scherer, H. van den Bussche, and H. Kaduszkiewicz. 2014. 'Strategies for improving participation in diabetes education. A qualitative study', *PLoS One*, 9: e95035.
- Scherer, Martin; Wagner, Hans-Otto; Lühmann, Dagmar; Muche-Borowski, Cathleen. 2017. "Multimorbidität S3-Leitlinie." In. DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinie, Hamburg.
- Schifferdecker, K. E., and V. A. Reed. 2009. 'Using mixed methods research in medical education: basic guidelines for researchers', *Med Educ*, 43: 637-44.
- Schwartz, J. I., R. Gonzalez-Colaso, G. Gan, Y. Deng, M. H. Kaplan, P. A. Vakos, K. Kenyon, A. Ashman, A. N. Sofair, S. J. Huot, and S. I. Chaudhry. 2021. 'Structured interdisciplinary bedside rounds improve interprofessional communication and workplace efficiency among residents and nurses on an inpatient internal medicine unit', *J Interprof Care*: 1-8.

LITERATURVERZEICHNIS

- Secades, Rafael Monte, Eva Romay Lema, Iñiguez Vázquez Iria, Rabuñal Rey Ramón, and Beatriz Pombo Vide. 2014. 'Analysis of a comanagement clinical model with internists in a vascular surgery department', *Galicía Clínica*, 75: 59-66.
- Sledge, W. H., R. Gueorguieva, P. Desan, J. E. Bozzo, J. Dorset, and H. B. Lee. 2015. 'Multidisciplinary Proactive Psychiatric Consultation Service: Impact on Length of Stay for Medical Inpatients', *Psychother Psychosom*, 84: 208-16.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. 2007. 'Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups', *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 19: pp. 349 – 57.
- Townsend-Gervis, M., P. Cornell, and J. M. Vardaman. 2014. 'Interdisciplinary Rounds and Structured Communication Reduce Re-Admissions and Improve Some Patient Outcomes', *West J Nurs Res*, 36: 917-28.
- Udo Kuckartz, Stefan Rädicker. 2022. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (Beltz Juventa).
- VanGeest, J. B., T. P. Johnson, and V. L. Welch. 2007. 'Methodologies for improving response rates in surveys of physicians: a systematic review', *Eval Health Prof*, 30: 303-21.
- Vazirani, S., A. Lankarani-Fard, L. J. Liang, M. Stelzner, and S. M. Asch. 2012. 'Perioperative processes and outcomes after implementation of a hospitalist-run preoperative clinic', *J Hosp Med*, 7: 697-701.
- Vidán, M., J. A. Serra, C. Moreno, G. Riquelme, and J. Ortiz. 2005. 'Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized, controlled trial', *J Am Geriatr Soc*, 53: 1476-82.
- Visseren, F. L. J., F. Mach, Y. M. Smulders, D. Carballo, K. C. Koskinas, M. Bäck, A. Benetos, A. Biffi, J. M. Boavida, D. Capodanno, B. Cosyns, C. Crawford, C. H. Davos, I. Desormais, E. D. Angelantonio, O. H. Franco, S. Halvorsen, F. D. Richard Hobbs, M. Hollander, E. A. Jankowska, M. Michal, S. Sacco, N. Sattar, L. Tokgozoglu, S. Tonstad, K. P. Tsioufis, I. van Dis, I. C. van Gelder, C. Wannier, and B. Williams. 2022. '2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC)', *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*, 75: 429.

LITERATURVERZEICHNIS

- Wagner, P., P. Fuentes, A. Diaz, F. Martinez, P. Amenabar, D. Schweitzer, E. Botello, and H. Gac. 2012. 'Comparison of complications and length of hospital stay between orthopedic and orthogeriatric treatment in elderly patients with a hip fracture', *Geriatr Orthop Surg Rehabil*, 3: 55-8.
- Wijeyesundera, D. N., P. C. Austin, W. S. Beattie, J. E. Hux, and A. Laupacis. 2010. 'Outcomes and processes of care related to preoperative medical consultation', *Arch Intern Med*, 170: 1365-74.
- Wirth, Prof. Dr. med. Rainer. 'Was ist Geriatrie?', Accessed September 7th.
<https://www.dggeriatrie.de/ueber-uns/was-ist-geriatrie>.
- Yousefi, V., and C. A. Chong. 2013. 'Does implementation of a hospitalist program in a Canadian community hospital improve measures of quality of care and utilization? an observational comparative analysis of hospitalists vs. traditional care providers', *BMC Health Serv Res*, 13: 204.

9. Danksagungen

An dieser Stelle möchte ich allen Menschen meinen großen Dank aussprechen, die mich auf dem Weg der Erarbeitung meiner Dissertation begleitet haben.

Besonderer Dank gebührt hierbei meiner Betreuerin Dr. med. Katharina Schmalstieg-Bahr, die mich mit Begeisterung in die wissenschaftliche Arbeit eingeführt hat und mir eine herausragende Unterstützung war. Hervorheben möchte ich das Verständnis, mit dem mir bei jeglichen Fragen meinerseits begegnet wurde und wie sie mich mit Tipps und Hilfestellungen immer wieder bei aufkommenden Hürden und Unklarheiten auf den richtigen Weg führte. Auch die einfache Kommunikation und schnelle Erreichbarkeit erleichterte mir die Bearbeitung sehr und trug einen großen Teil zum erfolgreichen Abschluss meiner Dissertation bei.

Weiterhin gebührt mein Dank meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Martin Scherer, der im Rahmen von Treffen und regelmäßigen Doktorandenkolloquien eine große Unterstützung dieser Arbeit war. Diese motivierten mich regelmäßig Progress vorzeigen zu können und das weitere Prozedere zu diskutieren. Auch hier profitierte ich von großem Verständnis für aufkommende Fragen. Dass es meinem Doktorvater ein großes Anliegen war, dass meine Arbeit fertig gestellt wird, motivierte mich, meine Dissertation zeitnah fertig zu stellen und trug einen erheblichen Teil zum Abschluss dieser bei. Für das fachliche Wissen rund um das wissenschaftliche Arbeiten möchte ich mich ebenfalls bedanken.

Dank gebührt ebenfalls Dr. rer. hum. biol. Nadine Pohontsch, wissenschaftliche Mitarbeiterin des IPAs, die mir bei Fragen zum qualitativen wissenschaftlichen Arbeiten zur Seite stand und für Fragen immer zur Verfügung stand.

Auch möchte ich meinen Eltern meinen Dank aussprechen, ohne deren Unterstützung ich diese Dissertation nicht hätte fertig stellen können und dessen familiärer Rück- und Zusammenhalt immer eine Motivationsquelle sind.

10. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name, Vorname	MacDonald, Sophia Julie
Geburtsdatum	02.02.1997
Geburtsort	Hong Kong

Akademische Laufbahn

Ab 2017	Medizinstudium am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
2016	Abitur an der Max-Brauer-Schule in Hamburg mit der Abschlussnote 1,0
2013/14	Howe Sound Secondary School in Squamish, British Kolumbien, Kanada
2007-2013	Gymnasium Hochrad mit Erlangen der mittleren Hochschulreife
2003-2007	Grundschule Mendelssohnstrasse

11. Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift:

12. Anhang

12.1 Beispiel: Konsilanfragebogen



Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Martinstraße 52 | 20246 Hamburg
Institut für Allgemeinmedizin

Konsilanforderung an den
Fachbereich Allgemeinmedizin
Allgemeinmedizinische Ambulanz (057)
bitte faxen an: 040 / 7410-56210
(bei Problemen: 040 / 7410 58362)

Prof. Dr. med. Martin Scherer
Direktor

Martinstraße 52
20246 Hamburg
m.scherer@uke.de

Ansprechpartner
Dr. med. Jan Hendrik Oltrogge
Telefon: (040) 7410-58362
j.oltrogge@uke.de

Patientendaten:

anfordernde Klinik/Ambulanz und Rückrufnummer:

Fragestellung / (Verdachts-) Diagnose:

Relevante Vorbefunde:

Aktuelle Medikation:

Datum/Arzt/Unterschrift:

Stempel

DIESER TEIL WIRD DURCH DIE ÄRZTIN/DEN ARZT DER ALLGEMEINMEDIZIN AUSGEFÜLLT

Anamnese und Befund:

(Verdachts-)Diagnose:

Empfehlung/Therapie:

evtl. Wiedervorstellung erbeten am:

Datum/Arzt/Unterschrift:

Stempel

12.2 Aufklärungsbogen zum Datenschutz



Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. Martin Scherer
Universitätsklinikum Eppendorf
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg
Tel.: +49 (0) 40 7410-52400

Information zur Teilnahme an einem Einzelinterview im Rahmen der Studie

Konsildienste der Allgemeinmedizin und interdisziplinäre Visiten – Anlässe, Diagnosen und Auswirkungen

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

ich möchte Sie herzlich einladen, an einem Interview teilzunehmen, bei dem es um interdisziplinäre Visiten zusammen mit der Allgemeinmedizin und um Konsildienste verschiedener Fachabteilungen geht.

Das Interview wird im Rahmen der Dissertation von Sophia MacDonald am Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf durchgeführt.

Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig durch.

Was bedeutet eine Interviewteilnahme für Sie?

Hiermit laden wir Sie herzlich zu einem Einzelinterview ein.

Die Teilnahme an einem Interview ist **freiwillig**. Das Interview wird von der Doktorandin persönlich **an einem Ort Ihrer Wahl** durchgeführt. Eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren.

Das Interview dauert ca. **30 – 60 Minuten**, erfahrungsgemäß kann es aber auch einige Minuten länger dauern, so dass es gut wäre, wenn Sie ausreichend Zeit mitbringen. Wir möchten Sie zudem bitten, bereits im Vorfeld des Interviews einen **Kurzfragebogen** mit Daten zu Ihrer Person auszufüllen.

Für eine bessere Auswertung wird das Interview mit einem digitalen Audioaufnahmege-
rät aufgezeichnet. Die Auswertung des Interviews sowie des Kurzfragebogens erfolgt
pseudonymisiert¹ (verschlüsselt).

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Datenschutzpassus

Bei dem Einzelinterview werden personenbezogene Daten bzw. Beiträge erhoben, ge-
speichert und verarbeitet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt nach dem Datenschutz-
recht der Europäischen Union, das durch die Einführung einer neuen Datenschutz-
Grundverordnung (DSGVO) vom 25. Mai 2018 aktualisiert wurde. Das Datenschutzrecht
regelt den sicheren Umgang mit personenbezogenen Daten und gibt betroffenen Perso-
nen wichtige Rechte in Bezug auf ihre eigenen Daten. Gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A der
DSGVO setzt die Erfassung und Verarbeitung dieser Daten die Einwilligung in Informa-
tionen voraus, worauf Sie hiermit in dieser Informationsschrift zusätzlich zu der Einwilli-
gungserklärung hingewiesen werden:

- Das Einzelinterview findet in Präsenz statt. Die Wortbeiträge werden als Audiodatei
gespeichert, sofern die Teilnehmer*innen damit einverstanden sind. Die Aufzeich-
nung erfolgt als lokale Aufzeichnung auf einem externen Aufnahmege-
rät (z. B. Dik-
tiergerät).
- Die aufgezeichneten Beiträge werden in pseudonymisierter² (verschlüsselter) Form
gespeichert und die Audioaufnahmen werden für die Auswertung in pseudonymi-
sierter Schriftform übertragen. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von der
Doktorandin vorgenommen, welche zur Verschwiegenheit verpflichtet ist.
- Die Speicherzeit für die verschrifteten Daten beträgt 10 Jahre und für die Audioauf-
zeichnungen und die Pseudonymisierungsliste bis zum Abschluss der Dissertation.
Nach den jeweiligen Aufbewahrungszeiten werden die erhobenen Daten vernichtet.
Die aufgezeichneten Audiobeiträge sowie die personenbezogenen Daten werden un-
ter Verschluss gehalten; sie sind nur der Doktorandin und ihrer Betreuerin zugäng-
lich. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben bzw. nur in einer Form, die
keine Rückschlüsse auf Personen zulässt. Die Datenauswertung erfolgt allein durch
die Doktorandin und ihre Betreuerin. Diese werden nur für Zwecke der Dissertation
bzw. für wissenschaftliche Veröffentlichungen (z. B. in Fachzeitschriften und Projekt-
berichten) im Zusammenhang mit dem Projekt *Konsildienste und interdisziplinäre Vi-
siten* genutzt.

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig
(Artikel 6 DSGVO). Diese Einwilligung kann bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung² der
Daten schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne
dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Es dürfen jedoch die bis zu diesem Zeitpunkt
erhobenen Daten durch die in der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung ge-
nannten Stellen verarbeitet werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Die Rechtmäßigkeit

¹**Pseudonymisieren** die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten
ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden
können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen
Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifi-
zierbaren natürlichen Person zugewiesen werden (Art. 4 Ziff. 5 EU- Datenschutzgrundverordnung).

²**Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder
sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großem Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft
einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person zugeordnet werden können (vgl. Erwägungsgrund 26 DSGVO).

der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall können Sie entscheiden, ob die von Ihnen erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke des Projekts verwendet werden dürfen.

Zeitgleich mit der DSGVO traten in Deutschland die überarbeiteten nationalen Datenschutzgesetze (Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)) und Landesdatenschutzgesetze (hier: das Hamburgische Datenschutzgesetz (HmbDSG)) in Kraft. Über die darin festgelegten Rechte bezüglich der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden Sie hiermit informiert (Artikel 13 ff. DSGVO, §§ 32 ff. BDSG-neu):

- **Recht auf Auskunft:** Sie können jederzeit Auskunft verlangen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen dieses Projekts erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an die Doktorandin. Siehe dazu die Kontaktdaten am Ende dieses Dokuments.
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie der Doktorandin bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).
- **Widerspruchsrecht:** Sie haben das Recht, jederzeit gegen konkrete Entscheidungen oder Maßnahmen zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten Widerspruch einzulegen (Art 21 DSGVO, § 36 BDSG-neu). Eine solche Verarbeitung findet anschließend grundsätzlich nicht mehr statt.

Wenn Sie eines der vorstehenden Rechte in Anspruch nehmen wollen oder bei Anliegen, Fragen oder Beschwerden zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen, wenden Sie sich bitte zunächst an die verantwortliche Person für die projektbedingte Erhebung personenbezogener Daten:

Sophia MacDonald

Universitätsklinikum Eppendorf
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 0151 5489 5305
E-Mail: sophia.macdonald@stud.uke.uni-hamburg.de

Bei weiterführenden Fragen oder bei Problemen bzgl. des Datenschutzes können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wenden:

ANHANG

Herrn Matthias Jaster

Martinstraße 52

20246 Hamburg

Tel. 040 7410 - 56890

E-Mail: m.jaster@uke.de

Im Falle einer rechtswidrigen Datenverarbeitung haben Sie das Recht, sich bei folgender Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Kurt-Schumacher-Allee 4

20097 Hamburg

E-Mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten worden.

Wenn Sie teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf dem beiliegenden Blatt (Einwilligungserklärung) durch Ihre Unterschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

12.3 Einverständniserklärung Einzelinterviews



Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. Martin Scherer
Universitätsklinikum Eppendorf
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg
Tel.: +49 (0) 40 7410-52400

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Einzelinterview im Rahmen der Dissertation

Konsildienste der Allgemeinmedizin und interdisziplinäre Visiten – Anlässe, Diagnosen und Auswirkungen

Ich habe die Informationen zu meiner Teilnahme an einem Einzelinterview sowie zum Datenschutz gemäß der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gelesen und wurde zudem mündlich durch die Doktorandin darüber ausführlich und verständlich aufgeklärt.

Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs hatte ich die Gelegenheit Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden und weiß, dass diese mit keinerlei unmittelbarem persönlichem Nutzen oder mit Nachteilen für mich verbunden ist.

Ein Exemplar der Informationen zur Teilnahme an einem Einzelinterview, zur aktualisierten Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie zu dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

1. Ich willige ein, dass personenbezogene Daten über mich, wie in der Informationsschrift beschrieben, erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf aufgezeichnet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass das Einzelinterview als Audiodatei aufgezeichnet, aufbewahrt sowie in Form von pseudonymisierten Verschriftlichungen ausgewertet wird.

Die Aufnahme des Einzelinterviews wird nach der Aufzeichnung über eine sichere Datenverbindung auf einen passwortgesicherten verschlüsselten Datenträger übermittelt und dort nur unter Ihrem Pseudonym gespeichert. Die Verschriftlichung (Transkription) wird von der Doktorandin vorgenommen, die ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Die Doktorandin, sowie ihre Betreuerin, die ebenfalls dem Institut für Allgemeinmedizin angehört, haben Zugriff auf die erhobenen Daten.

Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, die Daten aus dem Einzelinterview werden nur in pseudonymisierter Form bearbeitet und veröffentlicht. Eine Weitergabe der Daten ist nicht vorgesehen.

ANHANG

2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Ich kann in diesem Fall die Löschung der Daten verlangen.

Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen. Mir entstehen dadurch keine Nachteile.

3. Ich willige ein, dass die Kontaktdaten, die Audiodaten und die Pseudonymisierungslisten nach Beendigung oder Abbruch der Studie gelöscht werden und die weiteren Daten nach der klinischen Prüfung 10 Jahre (in anonymisierter Form) aufbewahrt werden.

Ich stimme der Teilnahme an einem Einzelinterview freiwillig zu und willige in die Erhebung und Verwendung meiner persönlichen Daten nach Maßgabe der Datenschutz-Grundverordnung ein.

.....
Vor- und Nachname Teilnehmer*in

.....
Vor- und Nachname Studienmitarbeiter*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Teilnehmer*in

.....
Ort, Datum, Unterschrift Studienmitarbeiter*in

ANHANG

12.4 Kurzfragebogen Einzelinterview

Kurzfragebogen

Name:

Alter:

Geschlecht:

Beruf:

Berufserfahrung in Jahren (seit Erlangen der Approbation):

Ich bin: Arzt in Weiterbildung Facharzt Oberarzt

Ich habe an den interdisziplinären Visiten teilgenommen ja nein

Unterschrift: _____

12.5 Interviewleitfäden Einzelinterviews

12.5.1 Interviewleitfaden Gruppe A

Vorstellung

1. Des Interviewers: Name, Beruf, momentaner Arbeitsplatz (Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin in Hamburg)
2. Der Studie:
 - Interview, um die subjektive Erfahrung der am Pilotprojekt teilgenommenen Ärzten zu erfassen und einen Vergleich zu herkömmlichen Konsilen zu ziehen
 - Tonbandaufzeichnung des Interviews
 - Freiwillige Teilnahme/Widerruf jederzeit möglich
 - Anfertigung eines Transkripts und pseudonymisierte Auswertung der Daten damit bei Veröffentlichung können keine Rückschlüsse auf die Person gezogen werden
 - Es können bei Bedarf jederzeit Passagen von den Teilnehmern gestrichen werden, auch noch im Nachhinein
 - Schriftliche Einverständniserklärung ausfüllen lassen
 - Für die Teilnahme bedanken

Themenblöcke:

1. Konsilanfragen
2. Interdisziplinäre Visiten
3. Vergleich interdisziplinäre Visiten und Konsilanfragen

Einleitung

Wenn ich Ihnen gleich Fragen stelle, haben Sie so viel Zeit wie Sie brauchen um diese zu beantworten. Ich werde Ihnen zunächst nur zuhören und mir dabei Stichpunkte notieren, um später ggf. auf einzelne Aspekte zurückzukommen. Es geht hier nur um Ihre persönlichen Erfahrungen und Gedanken, es gibt kein richtig oder falsch.

ANHANG

Wir kennen uns ja jetzt noch gar nicht, vielleicht können Sie mir ein paar Sätze zu sich erzählen, was ist Ihr Werdegang?

Konsilanfragen

Ich möchte erst auf Konsile zu sprechen kommen. Denken Sie doch mal an persönliche Erfahrungen mit Konsilen unabhängig von der Fachrichtung und erzählen Sie mir von einem typischen Konsil.

- Wenn Sie einen Konsilantrag stellen, welche Schritte müssen Sie dafür durchlaufen? -> eventuell nachhaken: Bei welchen dieser Schritte und inwiefern sehen Sie am meisten Verbesserungsbedarf?
- Was würden Sie sich von anderen Fachrichtungen wünschen im Zusammenhang mit Konsilen?
- Welchen Einfluss haben Konsildienste auf den Arbeitsablauf auf Station? Erzählen Sie doch mal.

Nachfragen (durch Detaillierungsaufforderungen oder Paraphrasieren),

z.B.:

- Ich würde gerne nochmal auf die Notizen, die ich mir gemacht habe, zu sprechen kommen
- Sie erwähnten, dass ... (X). Können Sie das noch einmal genauer ausführen?
- Sie erwähnten, dass ... (X). Können Sie weitere Beispiele nennen?
- In der von Ihnen geschilderten Situation ist Ihnen also aufgefallen, dass ... (X). Haben Sie weitere Beispiele/Erfahrungen hierzu?
- Sie haben Umstand X geschildert. Können Sie den nochmal genauer erläutern?

Erzählaufforderung Pilotprojekt

Wenn Sie nun an die Zeit der interdisziplinären Visiten mit der Allgemeinmedizin zurückdenken, was fällt Ihnen spontan dazu ein? Erzählen Sie doch mal.

(Falls keine oder kaum Erinnerung der Teilnehmer an das Projekt besteht: Sie

ANHANG

wissen doch noch die Katharina Schmalstieg-Bahr, die vorletztes Jahr regelmäßig mit auf Station war, die jüngere Blonde, wie war denn die Zusammenarbeit mit ihr?)

Pilotprojekt

- Was war denn Ihr Eindruck vom generellen Ablauf der interdisziplinären Visiten, wie lief das ab?
- Würden Sie Ihren Kollegen empfehlen interdisziplinäre Visiten einzuführen und wenn ja/nein, wieso (nicht)?
- Erzählen Sie mir, warum Sie Patienten interdisziplinär besprochen haben und andere nicht.
- Inwiefern hat sich im Verlauf des Projekts etwas an Ihrer Einstellung den interdisziplinären Visiten gegenüber geändert?
- Haben Sie außerhalb des Pilotprojekts und den Konsilen schon mal interdisziplinär gearbeitet? Beschreiben Sie bitte Ihre Erfahrungen.
- Wie häufig sind Sie bei den interdisziplinären Visiten mitgegangen?

Nachfragen im obigen Sinne

Vergleich Konsile und Pilotprojekt

Wenn Sie den herkömmlichen Konsildienst und die regelmäßigen interdisziplinären Visiten gegenüberstellen, was sind Ihre Gedanken dazu?

- Wie bewerten Sie die Effektivität des Pilotprojekts gegenüber Konsilen im Hinblick auf die Patientenversorgung auf Ihrer Station?
- Wenn Sie an der interdisziplinären Zusammenarbeit dauerhaft etwas ändern könnten, was wäre das?
- Wenn wir hier über das Pilotprojekt reden, triggert das noch etwas anderes bei Ihnen? Sie können mir gerne erzählen, was Ihnen durch den Kopf geht.

Falls noch nicht selbst erwähnt:

- Welches Modell würden Sie in Zukunft bevorzugen? Warum?

ANHANG

- Hat Ihnen etwas bei den interdisziplinären Visiten gefehlt, oder würden Sie in Zukunft etwas anders machen?

Schlussteil

- Ist Ihnen im Zusammenhang mit interdisziplinären Visiten oder Konsildiensten noch etwas eingefallen, was wir noch nicht angesprochen haben?

Ich bedanke mich für Ihre Zeit und Ihre Mühe

12.5.2 Interviewleitfaden Gruppe B

Vorstellung

1. Des Interviewers: Name, Beruf, momentaner Arbeitsplatz (Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin in Hamburg)
2. Der Studie:
 - Grober Umriss des Pilotprojekts, Nachfragen ob den Mitarbeitern das Projekt in groben Zügen bekannt ist oder es genauer beschrieben werden soll.
 - Zweck des Interviews: Interview, um die subjektive Gedanken und Erfahrungen zu Konsilen und interdisziplinären Visiten von Ärzten zu erfassen und einen Vergleich zu herkömmlichen Konsilen zu ziehen
 - Auch wenn Sie nicht am Pilotprojekt teilgenommen haben möchte ich Sie interviewen und von Ihren Erfahrungen mit Konsilen und interdisziplinärer Zusammenarbeit erfahren
 - Tonbandaufzeichnung des Interviews
 - Freiwillige Teilnahme/Widerruf jederzeit möglich
 - Anfertigung eines Transkripts und pseudonymisierte Weiterverwendung der Daten damit bei Veröffentlichung können keine Rückschlüsse auf die Person gezogen werden
 - Es können bei Bedarf jederzeit Passagen von den Teilnehmern gestrichen werden, auch noch im Nachhinein
 - Schriftliche Einverständniserklärung ausfüllen

ANHANG

- Für die Teilnahme bedanken

Themenblöcke:

1. Konsilanfragen
3. Interdisziplinäre Visiten
4. Vergleich interdisziplinäre Visiten und Konsilanfragen

Einleitung

Wenn ich Ihnen gleich Fragen stelle, haben Sie so viel Zeit wie Sie brauchen um diese zu beantworten. Ich werde Ihnen zunächst nur zuhören und mir dabei Stichpunkte notieren, um später ggf. auf einzelne Aspekte zurückzukommen. Es geht hier nur um Ihre persönlichen Erfahrungen und Gedanken, es gibt kein richtig oder falsch.

Wir kennen uns ja jetzt noch gar nicht, vielleicht können Sie mir ein paar Sätze zu sich erzählen, was ist Ihr Werdegang?

Erzählaufforderung Konsilanfragen

Ich möchte auf Konsile im Allgemeinen zu sprechen kommen. Denken Sie doch mal an persönliche Erfahrungen hiermit, unabhängig von der Fachrichtung, und erzählen Sie mir von einem typischen Konsil.

- Wenn Sie einen Konsilantrag stellen, welche Schritte müssen Sie dafür durchlaufen? -> eventuell nachhaken: Bei welchen dieser Schritte und inwiefern sehen Sie am meisten Verbesserungsbedarf?
- Was würden Sie sich von anderen Fachrichtungen wünschen im Zusammenhang mit Konsilen?
- Sie erwähnten, dass (X). Können Sie sich vorstellen, dass dies durch interdisziplinäre Visiten anders verlaufen wäre?
- Welchen Einfluss haben Konsildienste auf den Arbeitsablauf auf Station? Erzählen Sie doch mal.
- Haben Sie schonmal außerhalb von Konsilen interdisziplinär gearbeitet?

Nachfragen (durch Detaillierungsaufforderungen oder Paraphrasieren),

z.B.:

- Ich würde gerne nochmal auf die Notizen, die ich mir gemacht habe, zu sprechen kommen
- Sie erwähnten, dass ... (X). Können Sie das noch einmal genauer ausführen?
- In der von Ihnen geschilderten Situation ist Ihnen also aufgefallen, dass ... (X). Können Sie das nochmal genauer ausführen?
- Sie haben Umstand X geschildert. Können Sie den nochmal genauer erläutern?

Erzählaufforderung Pilotprojekt

Was sind Ihre Erinnerungen an das interdisziplinäre Pilotprojekt, auch wenn Sie nicht unmittelbar dabei waren? *Wenn nichts kommt: Haben Sie von dem Pilotprojekt gewusst? Gab es einen Austausch darüber im Team? Sonst nochmaliger grober Umriss des Projekts.* Vielleicht ist Ihnen ein Aspekt, ungeachtet ob positiv oder negativ, besonders in Erinnerung geblieben. Erzählen Sie doch mal.

Pilotprojekt

- (Auch wenn Sie wenig vom Pilotprojekt mitbekommen haben) Was war Ihr Eindruck der interdisziplinären Visiten, während der Monate, während diese stattfanden?
- Falls das Pilotprojekt dem Befragten gar nicht bekannt ist: Nach der Schilderung des Projekts, inwiefern können Sie sich vorstellen, diese Art von Zusammenarbeit in Ihren Arbeitsalltag zu integrieren?
- Würden Sie Ihren Kollegen die interdisziplinären Visiten empfehlen? Wieso (nicht)?
- Inwiefern haben Sie von dem Projekt Kenntnis genommen oder hiervon erfahren? (Erzählungen von Kollegen, Dokumentation...?)
- Hatten Sie selbst schon mal anderweitig mit interdisziplinären Visiten zu tun? Erzählen Sie mir von einer typischen Erfahrung dabei.

Vergleich Konsile und Pilotprojekt

- Wenn Sie nun den herkömmlichen Konsildienst und die regelmäßigen interdisziplinären Visiten miteinander vergleichen, welche Gedanken kommen Ihnen da?
- Wie bewerten Sie die Effektivität des Pilotprojekts gegenüber Konsilen im Hinblick auf die Patientenversorgung auf Ihrer Station?
- Wenn Sie an der interdisziplinären Zusammenarbeit dauerhaft etwas ändern könnten, was wäre das?

Falls noch nicht selbst erwähnt:

- Welches Modell würden Sie in Zukunft bevorzugen? Warum?

Schlussteil

- Ist Ihnen im Zusammenhang mit interdisziplinären Visiten oder Konsildiensten noch etwas eingefallen, was wir noch nicht angesprochen haben?

Ich bedanke mich für Ihre Zeit und Ihre Mühe

12.5.3 Interviewleitfaden Gruppe C

Vorstellung

1. Des Interviewers: Name, Beruf, momentaner Arbeitsplatz (Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin in Hamburg)
2. Der Studie:
 - Vorstellung des Pilotprojekts in groben Zügen und Einordnung im Vergleich zu Konsildiensten
 - Ziel: Befragung einiger Konsilärzte, um deren subjektive theoretische Einschätzung zu dem interdisziplinären Modell zu erfragen

ANHANG

- Obwohl Sie nicht an den interdisziplinären Visiten beteiligt waren, möchte ich Sie nichtsdestotrotz interviewen um von Ihren Erfahrungen mit Konsilen zu hören
- Tonbandaufzeichnung des Interviews
- Freiwillige Teilnahme/Widerruf jederzeit möglich
- Anfertigung eines Transkripts und pseudonymisierte Weiterverwendung der Daten damit bei Veröffentlichung keine Rückschlüsse auf die Person gezogen werden können
- Es können bei Bedarf jederzeit Passagen von den Teilnehmern gestrichen werden, auch noch im Nachhinein
- Schriftliche Einverständniserklärung ausfüllen
- Für die Teilnahme bedanken

Themenblöcke:

1. Konsilanfragen
2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit
3. Vergleich interdisziplinäre Zusammenarbeit und Konsilanfragen

Einleitung

Wenn ich Ihnen gleich Fragen stelle, haben Sie so viel Zeit wie Sie brauchen, um diese zu beantworten. Ich werde Ihnen zunächst nur zuhören und mir dabei Stichpunkte notieren, um später ggf. auf einzelne Aspekte zurückzukommen.

Es geht hier nur um Ihre persönlichen Erfahrungen und Gedanken, es gibt kein richtig oder falsch.

Wir kennen uns ja jetzt noch gar nicht, vielleicht können Sie mir ein paar Sätze zu sich erzählen, was ist Ihr Werdegang?

Erzählaufforderung Konsile

Sie beantworten und stellen ja sicherlich einige Konsile in Ihrem Arbeitsalltag. Erzählen Sie mir doch von einem typischen Konsil.

ANHANG

- Wenn Sie einen Konsilantrag stellen, welche Schritte müssen Sie dafür durchlaufen? -> eventuell nachhaken: Bei welchen dieser Schritte und inwiefern sehen Sie am meisten Verbesserungsbedarf?
- Was würden Sie sich von anderen Fachrichtungen wünschen im Zusammenhang mit Konsilen?
- Erzählen Sie mir von einem Konsil mit einem multimorbiden Patienten. (Definition von Multimorbidität: mehr als eine chronische Erkrankung)

Nachfragen (durch Detaillierungsaufforderungen oder Paraphrasieren), z.B.:

- Ich würde gerne nochmal auf die Notizen, die ich mir gemacht habe, zu sprechen kommen
- Sie erwähnten, dass ... (X). Können Sie das noch einmal genauer ausführen?
- In der von Ihnen geschilderten Situation ist Ihnen also aufgefallen, dass ... (X).
- Sie haben Umstand X geschildert. Können Sie den nochmal genauer erläutern?

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

- Haben Sie ein Beispiel für interdisziplinäre Zusammenarbeit abgesehen von Konsilen? Erzählen Sie mir bitte von Ihren Erfahrungen mit dem interdisziplinären Austausch.
- Was fällt Ihnen zum Stichwort interdisziplinäre Visiten ein?
- Wenn Sie an der an der interdisziplinären Zusammenarbeit dauerhaft etwas ändern könnten, was wäre das?

Vergleich Konsile und interdisziplinäre Visiten

- Wenn Sie Konsilanfragen und interdisziplinäre Visiten Vergleichen, fällt Ihnen hierzu noch etwas ein, dass wir noch nicht angesprochen haben?
- Sie erwähnten, dass (X). Können Sie sich vorstellen, dass dies durch interdisziplinäre Visiten anders verlaufen wäre?

Reaktion der Konsilärzte auf interdisziplinäre Visiten

- Es gibt Erkrankungen, die werden von mehreren Fachrichtungen behandelt. Was würden Sie denken, wenn ein Patient mit Krankheit x im Rahmen der Visite von einem/einer Allgemeinmediziner:in mit angesehen wird, anstatt das primär eine Konsilanfrage an Sie gestellt wird?
(Ziel: Fühlen die Konsilärzte sich ersetzt, entlastet, trauen sie die korrekte Behandlung den Allgemeinmediziner:innen nicht zu etc.) *Zu beachten: Wer sitzt mir gegenüber? Bei einem Pulmologen nimmt man als Patientenbeispiel eher einen COPDisten, bei Derma einen Ulcuspatienten, beim Endokrinologen einen Diabetiker.*

Schluss teil

-Ist Ihnen im Zusammenhang Konsildiensten oder mit interdisziplinären Visiten noch etwas eingefallen, was wir noch nicht angesprochen haben?

Ich bedanke mich für Ihre Zeit und Ihre Mühe

12.5.4 Interviewleitfaden Gruppe D

Vorstellung

Des Interviewers: Name, Beruf, momentaner Arbeitsplatz (Doktorandin am Institut für Allgemeinmedizin in Hamburg)

Der Studie:

- Interview, um die subjektive Erfahrung der am Pilotprojekt teilgenommenen Ärzte zu erfassen und einen Vergleich zu herkömmlichen Konsilen zu ziehen
- Tonbandaufzeichnung des Interviews
- Freiwillige Teilnahme/Widerruf jederzeit möglich
- Anfertigung eines Transkripts und pseudonymisierte Weiterverwendung der Daten

ANHANG

- es können bei Bedarf jederzeit Passagen von den Teilnehmern gestrichen werden, auch noch im Nachhinein
- schriftliche Einverständniserklärung ausfüllen
- für die Teilnahme bedanken

Themenblöcke:

1. Konsilanfragen
2. Interdisziplinäre Visiten
3. Vergleich interdisziplinäre Visiten und Konsilanfragen zum Aspekt Patientensicherheit und Arbeitsabläufe auf Station/subjektive Optimierung für die Mitarbeiter

Einleitung

Wenn ich Ihnen gleich Fragen stelle, haben Sie so viel Zeit wie Sie brauchen, um diese zu beantworten. Ich werde Ihnen zunächst nur zuhören und mir dabei Stichpunkte notieren, um später ggf. auf einzelne Aspekte zurückzukommen.

Konsilanfragen

Erzählaufforderung:

Ich möchte auf die Zeit vor und nach Durchführung des Pilotprojekts zu sprechen kommen. Wenn Sie an persönliche Erfahrungen mit Konsilen im Allgemeinen unabhängig von der Fachrichtung denken – welche Gedanken kommen Ihnen spontan dazu?

- Haben Sie ein Beispiel aus dem Stationsalltag?
- Was sind Ihre Erfahrungen mit Konsilanfragen für multimorbide Patienten? (Definition: mehr als eine chronische Erkrankung)
- Sie erwähnten, dass (X). Können Sie sich vorstellen, dass dies durch interdisziplinäre Visiten anders verlaufen wäre?

Erzählaufforderung Pilotprojekt

ANHANG

Wenn Sie an die interdisziplinären Visiten auf der gefäßchirurgischen Station zurückdenken, was fällt Ihnen spontan dazu ein? Vielleicht ist Ihnen ein Aspekt, ungeachtet ob positiv oder negativ, besonders in Erinnerung geblieben. Erzählen Sie doch mal.

Nachfragen (durch Detaillierungsaufforderungen oder Paraphrasieren),

z.B.:

- Ich würde gerne nochmal auf die Notizen, die ich mir gemacht habe, zu sprechen kommen
- Sie erwähnten, dass ... (X). Können Sie das noch einmal genauer ausführen?
- In der von Ihnen geschilderten Situation ist Ihnen also aufgefallen, dass ... (X). Wie bewerten Sie diese/s Ereignis/Umstand/Beobachtung im Vergleich zu herkömmlichen Konsilen/Stationsablauf?
- Sie haben Umstand X geschildert. Können Sie den nochmal genauer erläutern?

Pilotprojekt

- Was war Ihre Einschätzung der interdisziplinären Visiten, während der Monate während diese stattfanden?
- Inwiefern war die Resonanz auf Station für das Projekt positiv oder negativ?
- Welchen Einfluss hatten die interdisziplinären Visiten Ihrer Meinung nach auf die Patientenversorgung und auf den Arbeitsablauf auf Station. Erzählen Sie doch mal.
- Wie schätzen Sie die interdisziplinären Visiten in Bezug auf Ihren Arbeitsalltag ein?
- Inwiefern haben diese zu einem Arbeitersparnis oder -zuwachs geführt?
- Im Rahmen einer Studie zur multidisziplinären Versorgung von Internisten und Gefäßchirurgen auf einer gefäßchirurgischen Station zu dem Ergebnis, dass die gemeinsame Behandlung die Qualität der Versorgung verbessert. Inwiefern, oder haben Sie überhaupt, das Gefühl, dass eine

ANHANG

regelmäßige gemeinsame Visite einen Benefit in der Versorgung Ihrer Patienten bietet?

- Hatten Sie außerhalb des Pilotprojekts schonmal mit interdisziplinären Visiten zu tun? Beschreiben Sie doch mal Ihre Erfahrungen.

Vergleich Konsile und Pilotprojekt

- Wenn Sie nun den herkömmlichen Konsildienst und die regelmäßigen interdisziplinären Visiten vergleichen, was sind Ihre Gedanken dazu?
- Wie bewerten Sie die Effektivität der interdisziplinären Visiten ggü. Konsilen im Hinblick auf die Patientenversorgung, beispielsweise im Hinblick auf multimorbide Patienten?
- Wie bewerten Sie Konsile und das Pilotprojekt im Bezug auf persönliche Arbeitsbelastung?
- Stichwort Mitarbeiterzufriedenheit. Was fällt Ihnen vor dem Hintergrund des eben Besprochenen dazu ein?
- Wenn Sie an der interdisziplinären Zusammenarbeit dauerhaft etwas ändern könnten, was wäre das?

Falls noch nicht selbst erwähnt:

- Welches Modell würden Sie in Zukunft bevorzugen? Warum?
- Hat Ihnen etwas bei den interdisziplinären Visiten gefehlt, oder würden Sie in Zukunft etwas anders machen?

Schluss teil

Ist Ihnen im Zusammenhang mit interdisziplinären Visiten oder Konsildiensten noch etwas eingefallen, was wir noch nicht angesprochen haben?

Ich bedanke mich für Ihre Zeit und Ihre Mühe

12.6 Transkriptionsregeln

Die Transkriptionsregeln orientieren sich an den Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (Lammenett).

Najaaaa – lang gezogenes Wort

So'n Ding – so ein Ding

WIRKLICH – betont

(unv.) – unverständlich

/ - Abbruch im Satz

Mittendr- - Abbruch mitten im Wort

Regeln:

1. wörtliche Transkription, nicht zusammenfassend oder lautsprachlich
2. Syntaktische Fehler werden beibehalten
3. Dialekte werden so weit möglich ins Hochdeutsche übersetzt
4. Umgangssprache wird transkribiert (z.B. gell)
5. Wortdoppelungen werden nur als Stilmittel transkribiert, ansonsten ignoriert, Stottern wird nicht transkribiert
6. Abgebrochene Sätze werden mit „/“ gekennzeichnet.
7. Hörersignale wie „hm, genau, aha“, die nicht den Redefluss der anderen Person disruptieren, werden nicht transkribiert. Sie werden nur als direkte Antwort auf eine Frage transkribiert.
8. Pausen ab ca. 3 Sekunden: (...)

ANHANG

9. Betonte Wörter werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.

10. Nonverbale Äußerungen wie (lachen) werden in Klammern transkribiert.

11. unverständliche Wörter: unv.

12. Vermuteter Wortlaut: vmtl.: gehört?

13. Die Doktorandin (=interviewende Person) wird durch ihre Initialen gekennzeichnet, die Interviewten durch Großbuchstaben A-D einer Gruppe zugeordnet und zufällig mit einer Zahl nummeriert (z.B. B3)

12.7 COREQ-Checkliste

COREQ Checkliste (Consolidated research for reporting qualitative research – a 32-item checklist for interviews and focus groups) nach Tong et al. von 2007. Es stand keine deutsche Version zur Verfügung, weshalb die englische Version hier dargestellt wird. Die Kapitelnummern und Seitenangaben (p. = pages) in der rechten Spalte beziehen sich auf die hier vorliegende Arbeit.

No and Item	Guide questions/description	Reported in chapter
Domain 1: Research team and reflexivity		
<i>Personal characteristics</i>		
1. Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	4.4.3
2. Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>	4.4.1
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	4.4.1
4. Gender	Was the researcher male or female?	4.4.1
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	4.4.1 and 4.4.3

ANHANG

<i>Relationships with participants</i>		
6. Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	4.4.2
7. Participant knowledge of interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g. <i>personal goals, reasons for doing the research</i>	4.4.3
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. <i>Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>	not applicable
Domain 2: Study design		
<i>Theoretical framework</i>		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. <i>grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>	4.5.2
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	How were participants selected? e.g. <i>purposive, convenience, consecutive, snowball</i>	4.4.2
Method of approach	How were participants approached? e.g. <i>face-to-face, telephone, mail, email</i>	4.4.2
12. Sample size	How many participants were in the study?	5.4.1

ANHANG

13. Description of sample	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	5.4.1 and 6.1.1
<i>Setting</i>		
14. Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>	4.4.3
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	4.4.3
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>	5.4.1
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	4.4.1 and 4.4.4
18. Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	4.4.3
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	4.4.3
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	4.4.3
21. Duration	What was the duration of the interviews or focus group?	5.4.1
22. Data saturation	Was data saturation discussed?	4.3.1
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	4.7
Domain 3: Analysis and findings		

ANHANG

<i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	4.5.2.3
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	5.4.3 ff.
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	4.5.2 and 4.5.2.1 and 4.5.2.2
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	4.6
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	no
<i>Reporting</i>		
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? e.g. <i>participant number</i>	4.5.1
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	6.1 ff.
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	5.4.3 ff.
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	5.4.4.1 and 5.4.5.7