

**Diplomarbeit**

**Strukturierte interprofessionelle Betreuung  
ausgewählter chronischer Erkrankungen in  
Primärversorgungseinheiten  
Erfahrungsberichte ausführender Gesundheitsberufe**

eingereicht von

**Sarah Spanring**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde**

**(Dr. med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte  
Versorgungsforschung**

unter der Anleitung von

**Priv.-Doz. Dr.med.univ. MBA Stefan Korsatko**

und

**Dr.med.univ. Reingard Glehr**

*Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, am 26.08.2024*

*Spanring Sarah eh.*

## **Danksagungen**

Vorab möchte ich hiermit die Gelegenheit nutzen allen Beteiligten dieser Diplomarbeit zu danken!

Zu aller Erst möchte ich mich recht herzlich bei Frau Dr.med.univ. Reingard Glehr bedanken, die mir überhaupt erst die Möglichkeit gab, an diesem Projekt mitzuwirken. Frau Dr.med.univ. Reingard Glehr war mir stets eine Hilfe durch rasche kompetente Rückmeldungen bei etwaigen Fragestellungen. Darüber hinaus war sie bei allen Optimierungsschritten der Interviewleitfäden maßgeblich involviert, wodurch schlussendlich jene qualitativ hochwertigen Leitfäden resultierten. Durch ihre fachliche Expertise war die Durchführung dieser Diplomarbeit überhaupt erst möglich. Vielen Dank!

Neben allen weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des IAMEVs, sowie des Instituts für medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation, die an der Entwicklung der Interviewleitfäden beteiligt waren, möchte ich zudem insbesondere Frau Phd. Christina Radl-Karimi danken, die durch ihre Erfahrungen im Bereich der Interviewführung wesentliche Beiträge für die Erweiterung der Leitfäden einfließen ließ.

Außerdem möchte ich Priv.-Doz. Dr.med.univ. MBA Stefan Korsatko für die Durchführung eines Probeinterviews und dem damit abschließenden Verbesserungsprozess der Interviewleitfäden danken.

Des Weiteren gilt selbstverständlich allen Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer ein großer Dank für ihre Zeit und ihre Bemühungen, mithilfe derer überhaupt erst die qualitative Analyse der Chronikerprogramme ermöglicht werden konnte.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken, die mir stets ein Vorbild sind und mich unentwegt unterstützen. Die Werte, die ich durch sie vermittelt bekam, sind schlussendlich wegweisend in jedem meiner Gedanken und Taten. Ob bei Lebensentscheidungen, wie beispielsweise die Wahl des Studiums, oder bei zwischenmenschlichen Beziehungen, wie der Kontakt mit Patientinnen und Patienten, ihr begleitet mich stets in meinem Herzen. Danke!

## Zusammenfassung

**Einleitung:** Zwei Drittel aller Menschen über 15 Jahre leiden in Österreich an mindestens einer der häufigsten chronischen-nicht übertragbaren Krankheiten. Disease Management Programme (DMPs) stellen einen effektiven und vielversprechenden Weg dar, um die Betreuung von chronischen Krankheiten zu optimieren. Im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark wurden daher vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Forschung die „Chronikerprogramme“ ins Leben gerufen, die in der Steiermark den ersten Schritt zur kontinuierlichen Betreuung von sechs chronischen Erkrankungen (KHK, Hypertonie, COPD, Asthma bronchiale, Depression und Osteoporose) setzen sollen. Ziel dieser Diplomarbeit ist es anhand von Experteninterviews mit ausführenden Gesundheitsberufen die Chronikerprogramme qualitativ zu analysieren.

**Methoden:** Es erfolgte die Durchführung von neun Experteninterviews (fünf DGKPs, vier Ärztinnen und Ärzte) aus fünf Primärversorgungszentren, welche die höchsten Erfahrungswerte in der Durchführung der Chronikerprogramme aufweisen. Anschließend wurde eine qualitative Interviewanalyse nach Mayring durchgeführt.

**Ergebnisse:** Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden zu den Themen strukturierte Betreuung, Patientenverhalten, interprofessionelle Zusammenarbeit, Kompetenzaufteilung, Schulungen, Administration und die Alltagstauglichkeit der Chronikerprogramme befragt. Die strukturierte, proaktive, engmaschige und ganzheitliche Betreuung in den Chronikerprogrammen, inklusive der interprofessionellen Zusammenarbeit mit der klar definierten Kompetenzaufteilung, wurde von den Befragten befürwortet und mit zahlreichen Vorteilen behaftet. Als limitierend für die Alltagstauglichkeit der Programme wurde insbesondere die aktuell angewandte Dokumentationsform, die mangelhafte Honorierung, die Personalknappheit und der Zeitmangel angesehen. Die relevantesten Verbesserungsvorschläge waren folglich die Einführung eines PVE-einheitlichen digitalen Dokumentationssystems und einer adäquaten Honorierung, sowie die Bereitstellung einer ausreichenden Personalkapazität mit entsprechender Ausbildung.

**Diskussion:** Letztlich kommt in dieser Diplomarbeit klar zum Ausdruck, dass sowohl aus ärztlicher, als auch pflegerischer Sicht an die Sinnhaftigkeit der Chronikerprogramme geglaubt wird und die Vorteile deutlich die derzeit noch bestehenden Herausforderungen überwiegen. Der Wunsch des Gesundheitspersonals zur Fortführung und weiteren Entwicklung des Projektes scheint offensichtlich, wenngleich für eine optimale Alltagstauglichkeit noch einige Verbesserungsschritte zu bewältigen sind.

## **Abstract**

**Introduction:** Two thirds of the Austrian population over the age of 15 years suffer from at least one of the most common non-communicable diseases. Disease Management Programs (DMPs) are an effective and promising way to optimize the care of chronic diseases. Consequently, on behalf of the Styrian Health Care Fund, the Institute for General Medicine and evidence-based Research launched the “Chronikerprogramme”, which are intended to take the first step in Styria towards a continuous care of six chronic diseases (coronary heart disease, hypertension, chronic obstructive pulmonary disease, bronchial asthma, depression and osteoporosis). The aim of this thesis is to qualitatively analyze the Chronikerprogramme by means of expert interviews with healthcare professionals.

**Methods:** Nine expert interviews (five nurses, four doctors) from five primary care centers with the most experience regarding the implementation of the Chronikerprogramme were conducted. This was followed by a qualitative interview analysis according to Mayring.

**Results:** The interviewees were surveyed about the topics of structured care, patient behavior, interprofessional collaboration, division of competencies, health education, administration and the suitability of the Chronikerprogramme for the daily use. The structured, proactive, continuous and holistic care in the Chronikerprogramme, including the interprofessional collaboration with the clearly defined division of competencies, was endorsed by the respondents and was associated with numerous advantages. Nevertheless, the current form of documentation, the inadequate remuneration, staff shortages and lack of time were seen as a limiting factor for the suitability of the programs for the everyday use. Therefore, the most relevant suggestions for improvement were the introduction of an adequate remuneration and a uniform digital documentation system for all the involved primary care units, as well as the provision of sufficient personnel capacity with appropriate education.

**Discussion:** In the final analysis, this thesis clearly shows that both doctors and nurses believe in the usefulness of the Chronikerprogramme and that the benefits clearly outweigh the current challenges. The wish of the healthcare staff to continue and further develop the project seems obvious, even if there are still some improvements needed to ensure optimal suitability for the daily use.

# Inhaltsverzeichnis

Danksagungen .....	1
Zusammenfassung .....	2
Abstract.....	3
Inhaltsverzeichnis .....	4
Abkürzungen und deren Erklärungen.....	7
Glossar.....	8
Tabellenverzeichnis .....	10
1 Einleitung .....	12
1.1 Das Chronic Care Model von Edward Harris Wagner .....	17
1.1.1 Organisation der Gesundheitsversorgung (engl.: health system) .....	17
1.1.2 Öffentliche und gemeinschaftliche Ressourcen (engl.: community resources and policies).....	18
1.1.3 Patienten-Selbstmanagement-Unterstützung (engl.: patient self-management support) 18	
1.1.4 Gestaltung der Versorgung (engl.: delivery system design).....	18
1.1.5 Entscheidungsunterstützung (engl.: decision support) .....	18
1.1.6 Klinische Informationssysteme (engl.: clinical information systems) .....	19
1.2 Die Chronikerprogramme in Slowenien.....	20
1.3 Das Pilotprojekt Chronikerprogramme in Österreich.....	22
1.4 Begriffsdefinitionen.....	24
1.4.1 Strukturierte Betreuung .....	24
1.4.2 Integrierte Versorgung.....	24
1.4.3 Interprofessionelle Betreuung.....	25
1.4.4 Adhärenz und Patientenempowerment.....	25
1.5 Ziele der Diplomarbeit.....	29
1.6 Fragestellungen.....	30
2 Material und Methoden .....	31
2.1 Vorbereitung der Experteninterviews.....	31
2.2 Durchführung der Experteninterviews .....	32
2.3 Transkription und Analyse der Experteninterviews .....	33
2.4 Literaturrecherche.....	35
3 Ergebnisse.....	36
3.1 Strukturierte Betreuung .....	36
3.1.1 Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten.....	36

3.1.2	Stärken einer strukturierten Betreuung.....	37
3.1.3	Schwächen bzw. Herausforderungen einer strukturierten Betreuung .....	38
3.1.4	Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung .....	39
3.1.5	Vorschläge selbst oder intern im Team einen Beitrag zu den Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung zu leisten .....	42
3.2	Patientenverhalten .....	44
3.2.1	Rekrutierung der Patientinnen und Patienten – nur ärztlich.....	44
3.2.2	Interesse zur Teilnahme an den Chronikerprogrammen – nur ärztlich .....	44
3.2.3	Terminvereinbarung für Kontrolluntersuchungen – nur pflegerisch.....	45
3.2.4	Einhaltung der Kontrolltermine – nur pflegerisch.....	46
3.2.5	Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele.	47
3.2.6	Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme .....	49
3.2.7	Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme.	50
3.3	Kompetenzaufteilung.....	52
3.3.1	Stärken einer Kompetenzaufteilung .....	52
3.3.2	Schwächen bzw. Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung.....	53
3.3.3	Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme .....	54
3.3.4	Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung .....	55
3.3.5	Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme.....	55
3.3.6	Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen.....	56
3.4	Interprofessionelle Zusammenarbeit .....	58
3.4.1	Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit .....	58
3.4.2	Schwächen bzw. Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit .....	59
3.4.3	Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme .....	60
3.4.4	Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit.....	61
3.4.5	Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team .....	62
3.5	Schulungen (Fragestellung nur für DGKPs) .....	63
3.5.1	Erhaltene Schulungen im Rahmen der Chronikerprogramme – nur pflegerisch .....	63
3.5.2	Bereiche mit noch bestehendem Schulungsbedarf – nur pflegerisch.....	64
3.6	Administrativer Aufwand.....	65
3.6.1	Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands.....	65
3.6.2	Wie erfolgt die Dokumentation .....	66
3.6.3	Stärken und Schwächen der angewandten Dokumentationsform .....	67

3.6.4	Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration .....	68
3.7	Alltagstauglichkeit.....	70
3.7.1	Sind die Chronikerprogramme praktikabel bzw. alltagstauglich?.....	70
3.7.2	Begründung der Einschätzung der Alltagstauglichkeit .....	70
3.7.3	Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit .....	71
4	Diskussion .....	74
5	Literaturverzeichnis .....	89
6	Anhang .....	93
6.1	Interviewleitfaden für Ärztinnen und Ärzte .....	93
6.2	Interviewleitfaden für DGKPs.....	95
6.3	Einwilligungserklärung .....	97
6.4	Qualitative Inhaltsanalysen.....	101
6.4.1	Interviewtranskription A1.....	101
6.4.2	Interviewtranskription A2.....	109
6.4.3	Interviewtranskription A3.....	117
6.4.4	Interviewtranskription A4.....	128
6.4.5	Interviewtranskription B1 .....	136
6.4.6	Interviewtranskription B2.....	147
6.4.7	Interviewtranskription B3.....	156
6.4.8	Interviewtranskription B4.....	168
6.4.9	Interviewtranskription B5.....	176

## Abkürzungen und deren Erklärungen

DMP	=	Disease Management Programme
PVE	=	Primärversorgungseinheit
IAMEV	=	Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
DGKP	=	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
WHO	=	engl.: World Health Organization, dt.: Weltgesundheitsorganisation
COPD	=	engl.: chronic obstructive pulmonary disease, dt.: chronisch obstruktive Lungenerkrankung
KHK	=	Koronare Herzkrankheit
CCM	=	engl.: Chronic Care Model, dt.: Versorgungsmodell für chronisch Kranke
SAMW	=	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
FMH	=	Foederatio Medicorum Helveticorum, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
ÖGKV	=	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
engl.	=	Englisch
dt.	=	Deutsch
bzw.	=	beziehungsweise
v.a.	=	vor allem
etc.	=	et cetera

## **Glossar**

### **Chronic Noncommunicable Diseases (NCD)**

Chronic Noncommunicable Diseases, zu Deutsch nicht-übertragbare chronische Krankheiten, sind Krankheiten die primär nicht durch eine akute Infektion entstanden sind, jedoch oftmals langfristig eine Gesundheitsbelastung für die Patientin oder den Patienten darstellen und eine Langzeitbetreuung erfordern. Beispiele für NCDs sind kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, chronische Lungenerkrankungen oder Krebserkrankungen (1).

### **Primärversorgungseinheit (PVE)**

Eine Primärversorgungseinheit ist eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgungsstruktur für eine bestmögliche medizinische und pflegerische Behandlung bzw. Betreuung von Patientinnen und Patienten. Eine Primärversorgungseinheit kann ein einzelnes Zentrum sein oder aus einem Netzwerk mehrerer Einrichtungen bestehen. Im Kernteam einer PVE finden sich Ärztinnen und Ärzte und diplomierte Gesunden- und Krankenpflegerinnen und diplomierte Gesunden- und Krankenpfleger. Je nach Notwendigkeit können eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, sowie weitere Gesundheits- und Sozialberufe involviert sein (2).

### **Disease Management Programm**

Im Gegensatz zum Case Management, bei dem die Versorgung auf die Bedürfnisse einer einzelnen Patientin oder eines einzelnen Patienten ausgerichtet ist, befasst sich ein

Disease Management Programm (DMP) mit der Behandlung bzw. Betreuung einer Patientengruppe mit derselben Erkrankung. Die Versorgung im Zuge eines Disease Management Programmes erfordert eine standardisierte strukturierte Betreuung. Disease Management Programme sind für häufig auftretende und schwere Erkrankungen geeignet, die im Gesundheitssystem hohe Kosten verursachen und zum medizinischen Alltag gehören, jedoch für die Patientinnen und Patienten eine Belastung darstellen (3).

### **Health in all Policies**

Der Begriff Health in all Policies, zu Deutsch Gesundheit in allen Politikbereichen, beschreibt die Bestrebung gesundheitsfördernde und schützende Überlegungen und Maßnahmen in alle Politikfelder einfließen zu lassen. Der Grund hierfür ist, dass Gesundheit besonders durch Lifestyle- und Umweltfaktoren geprägt ist. Diese Faktoren sind jedoch nicht nur individuelle persönliche Entscheidungen, sondern werden stark durch soziale, kulturelle, ökonomische und ökologische Aspekte beeinflusst, auf die wiederum Gesetze Einfluss nehmen können (4).

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Über- und Unterkategorien für die qualitative Interviewanalyse Grün = Fragen ident für Ärzte/-innen und DGKPs Blau = Fragen nur für Ärzte/-innen Orange = Fragen nur für DGKPs.....	34
Tabelle 2: Interview-Statements - Evaluierung, ob die Chronikerprogramme den Umgang mit chronischen Krankheiten verändert haben .....	36
Tabelle 3: Interview-Statements - Veränderung im Umgang mit chronischen Krankheiten durch die Chronikerprogramme.....	37
Tabelle 4: Interview-Statements - Stärken einer strukturierten Betreuung .....	38
Tabelle 5: Interview-Statements - Schwächen/Herausforderungen einer strukturierten Betreuung .....	39
Tabelle 6: Interview-Statements - Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung..	42
Tabelle 7: Interview-Statements - Vorschläge einen Beitrag zu den Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung leisten zu können .....	43
Tabelle 8: Interview-Statements - Rekrutierung der Patienten/-innen .....	44
Tabelle 9: Interview-Statements - Interesse zur Teilnahme an den Chronikerprogrammen	45
Tabelle 10: Interview-Statements - Terminvereinbarung für Kontrolluntersuchungen .....	46
Tabelle 11: Interview-Statements - Einhaltung der Kontrolltermine .....	47
Tabelle 12: Interview-Statements - Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele.....	48
Tabelle 13: Interview-Statements - Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme.....	50
Tabelle 14: Interview-Statements - Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme.....	51
Tabelle 15: Interview-Statements - Stärken einer Kompetenzaufteilung.....	52
Tabelle 16: Interview-Statements - Schwächen bzw. Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung.....	53
Tabelle 17: Interview-Statements - Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme.....	54
Tabelle 18: Interview-Statements - Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung ...	55
Tabelle 19: Interview-Statements - Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme.....	56
Tabelle 20: Interview-Statements - Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen ...	57
Tabelle 21: Interview-Statements - Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit...	58
Tabelle 22: Interview-Statements - Schwächen bzw. Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit .....	59
Tabelle 23: Interview-Statements - Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme.....	60

Tabelle 24: Interview-Statements - Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit .....	61
Tabelle 25: Interview-Statements - Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team....	62
Tabelle 26: Interview-Statements - Erhaltene Schulungen im Rahmen der Chronikerprogramme.....	63
Tabelle 27: Interview-Statements - Bereiche mit noch bestehendem Schulungsbedarf .....	64
Tabelle 28: Interview-Statements - Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands .....	65
Tabelle 29: Interview-Statements - Wie erfolgt die Dokumentation .....	66
Tabelle 30: Interview-Statements - Stärken und Schwächen der angewandten Dokumentationsform.....	67
Tabelle 31: Interview-Statements - Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration.....	69
Tabelle 32: Interview-Statements - Sind die Chronikerprogramme praktikabel bzw. alltagstauglich – Ja/Nein.....	70
Tabelle 33: Interview-Statements - Begründung der Einschätzung der Alltagstauglichkeit .....	71
Tabelle 34: Interview-Statements - Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit.....	72
Tabelle 35: Interviewtranskription A1 .....	108
Tabelle 36: Interviewtranskription A2 .....	117
Tabelle 37: Interviewtranskription A3 .....	127
Tabelle 38: Interviewtranskription A4 .....	135
Tabelle 39: Interviewtranskription B1.....	146
Tabelle 40: Interviewtranskription B2.....	155
Tabelle 41: Interviewtranskription B3.....	167
Tabelle 42: Interviewtranskription B4.....	175
Tabelle 43: Interviewtranskription B5.....	189

# 1 Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Universal Health Coverage (UHC) wie folgt: Jeder soll Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen von entsprechend hoher Qualität haben, ohne dabei durch die Inanspruchnahme dieser Leistungen finanzielle Schwierigkeiten zu erfahren. Dies inkludiert Gesundheitsleistungen wie gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen, therapeutische Handlungen, palliative Versorgung und Rehabilitation (5). Universal Health Coverage wird jedoch in Ländern mit vielen chronischen Krankheiten in der Mehrzahl der Fälle unzureichend erreicht, da zum einen solche Patientinnen und Patienten oftmals die Kosten für ihre Gesundheitsleistungen zu einem großen Teil selbst tragen müssen und zum anderen, da das Gesundheitssystem vieler Staaten nur auf die Behandlung akuter Symptome im Zuge einer Krankheit ausgerichtet ist und eine dauerhafte Betreuung chronischer Beschwerden nicht oder kaum erfolgt (6).

Die WHO unterstreicht jedoch zugleich die Bedeutung von chronischen Krankheiten in der Weltbevölkerung und führt 41 Millionen Tote pro Jahr auf nicht-übertragbare chronische Krankheiten zurück (engl.: noncommunicable diseases). Dies entspricht 74% aller Todesfälle weltweit. Die vier häufigsten nicht-übertragbaren chronischen Krankheiten, die zum Tode führen, sind allen voran kardiovaskuläre Krankheiten, gefolgt von Krebserkrankungen, chronischen respiratorischen Krankheiten und Diabetes mellitus (7).

In Österreich wurde die Bedeutung von chronischen Krankheiten anhand einer Gesundheitsbefragung von 2019 evaluiert. Hierbei zeigte sich, dass 66% der Menschen in Österreich ab 15 Jahren in den letzten zwölf Monaten mindestens eine von den 19 häufigen und/oder schwerwiegenden chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten aufwiesen. Diese wurden in der Befragung auf chronische Rückenleiden, Hypertonie, Allergien, chronische Nackenschmerzen, Hyperlipidämie, Arthrose, chronische Kopfschmerzen, Depression, Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Harninkontinenz, Asthma, Koronare Herzkrankheit oder Angina pectoris Symptomatik, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Nierenprobleme, Herzinfarkt, Schlaganfall und Leberzirrhose festgelegt. Unter den Personen über dem 70. Lebensjahr lag diese 12-Monats-Prävalenz bei 90% und die durchschnittliche Anzahl an chronischen Krankheiten pro Person betrug 3,3 (8). Bezüglich der Mortalität sind etwa zwei Drittel der

Todesfälle in Industriestaaten, wie Österreich, auf chronische nicht-übertragbare Krankheiten zurückzuführen. Solche Krankheiten werden vor allem durch Lebensstil-Faktoren erzeugt bzw. bestimmt und werden somit als vermeidbar angesehen (9).

Welche Rolle die Primärversorgung im Gesundheitswesen eines Staates spielt, wurde von Barbara Starfield, einer US-amerikanischen Pädiaterin, vielfach analysiert. Barbara Starfield war international für ihre Arbeit in der Primärversorgung bekannt (10). Sie sah in der Primärversorgung eine zentrale Schlüsselfunktion um ein kosteneffektives und qualitativ-hochwertiges Gesundheitswesen realisieren zu können (11).

So fällt beispielsweise der kostensparende Effekt in den Gesundheitsausgaben einer Region umso größer aus, je höher die Rate an Hausärztinnen und Hausärzten pro Einwohner ist. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass durch die Stärkung der Allgemeinmedizin geringere Hospitalisierungsraten und eine verstärkt praktizierte Vorsorgemedizin beobachtet werden konnte. Zudem konnten US-amerikanische Studien Anfang der 90er (1992, 1994) zeigen, dass je mehr Hausärztinnen und Hausärzte pro 10.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohnern in einem Bundesstaat tätig waren, desto besser waren die gesundheitlichen Outcomes in der Bevölkerung. Konkret war in jenen Bundesstaaten die Mortalität von Herzerkrankungen, Tumoren und cerebrovaskulären Insulten geringer. Weiters waren geringere Raten an Kindersterblichkeiten und niedrigen Geburtsgewichten bemerkbar. Daten zur gesundheitlichen Selbsteinschätzung der Bevölkerung zeigten zudem weniger Fälle von selbstberichtetem schlechtem Gesundheitszustand. Jene Ergebnisse persistierten auch nach Ausschluss von Lebensstilfaktoren in der Bevölkerung (zB.: Rauchen, Adipositas, Sicherheitsgurtverwendung) und soziodemographischen Merkmalen (zB.: Prozentsatz der älteren Bevölkerung, Anteil der urbanen Population, Arbeitslosenquote, Umweltverschmutzungsgrad, Einkommens- und Bildungsunterschiede) (12).

Neben dem quantitativen Aspekt, also wie viele Hausärztinnen bzw. Hausärzte in einer Region tätig sind, spielt jedoch auch die Qualität der Primärversorgung eine Rolle.

Starfield stellte hierzu 1998 vier Hauptattribute einer optimalen Primärversorgung auf:

1. Die Primärversorgung sollte die erste Anlaufstelle bei medizinischen Beschwerden darstellen.
2. Die Primärversorgung sollte für eine langfristige patientenzentrierte (nicht krankheitszentrierte) Versorgung sorgen.

3. Die Primärversorgung sollte für die Koordination einer integrierten Versorgung verantwortlich sein.
4. Die Primärversorgung sollte möglichst allumfassende Gesundheitsleistungen bieten können, um die häufigsten medizinischen Beschwerdebilder in der Bevölkerung behandeln zu können, ohne hierfür eine Fachärztin oder einen Facharzt aufsuchen zu müssen.

Diverse Studien um die Jahrtausendwende konnten zeigen, dass je besser diese Hauptattribute erfüllt sind und somit je „besser“ eine Primärversorgung ist, desto besser ist der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand in der Bevölkerung, desto häufiger erhalten Patientinnen und Patienten präventive Gesundheitsleistungen (zB.: Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen) und desto weniger häufig müssen erkrankte Personen eine Notfallambulanz aufsuchen (12).

2003 analysierten Barbara Starfield, James Macinko und Leiyu Shi anhand von Daten aus drei Jahrzehnten die Primärversorgung von 18 Industriestaaten mittels eines von Starfield entwickelten Scoring Systems. Dieser Score inkludierte unter anderem neben den oben genannten vier Hauptattributen, auch Faktoren, welche im Sinne von health in all policies die politischen Bestrebungen im Gesundheitswesen eines Landes quantifizieren sollten. Je besser ein Land in diesem Score abschnitt und somit je „stärker“ die Primärversorgung war, desto geringer waren die Zahlen für die Gesamtmortalität in der Bevölkerung, sowie die krankheitsspezifische-Mortalität von Asthma, Bronchitis, Emphysem, Pneumonie und kardiovaskulären Erkrankungen (12).

Zusammengefasst kam Barbara Starfield somit zu dem Entschluss, dass durch die Stärkung der Primärversorgung eines Landes die Gesundheitskosten gesenkt und die Gesundheit in der Bevölkerung verbessert werden kann (12).

Im Jahr 2013 wurde in Österreich eine Gesundheitsreform beschlossen, die den ersten Schritt zur Neugestaltung der österreichischen Primärversorgung setzte. Da die Primärversorgung auch in Österreich die erste Anlaufstelle bei medizinischen Beschwerden darstellen sollte, sieht das österreichische Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, ähnlich wie Barbara Starfield, in der Primärversorgung den „Schlüssel“ um in Österreich eine effektive, effiziente und nachhaltige Gesundheits- und Krankheitsversorgung zu erreichen (2,12). Dieser Wandel der Primärversorgung wurde als notwendig eingestuft, um die Gesundheitsversorgung in Österreich an zukünftige Problemstellungen zu adaptieren und damit abzusichern. Neue

Versorgungsmodelle zur effizienten Krankenversorgung, aktiven Gesundheitsförderung und Prävention sollen hierzu auf künftige Veränderungen bzw. Schwierigkeiten ausgerichtet sein und etabliert werden. Zukunftsthematiken, auf die die Gesundheitsversorgung angepasst sein muss, sind beispielsweise die sich verändernden Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten und der Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsanbieter, die Pensionierungswelle der Hausärztinnen und Hausärzte mit Kassenvertrag (Stand 2019: 2025 werden fast 60% das Pensionsalter erreicht haben) oder die zunehmende Spezialisierung in der Medizin, die die Koordination und Vernetzung von Gesundheitsleistungen erschwert (13). Hinzukommt die zunehmende Alterung der österreichischen Bevölkerung, dem damit verbundenen Anstieg von chronischen Krankheiten und deren Pflege- bzw. Betreuungsnotwendigkeit (9). Die durch die Gesundheitsreform erzielte gestärkte Primärversorgung dient daher unter anderem zur Verbesserung der gesundheitsorientierten Betreuung von chronisch kranken Patientinnen und Patienten (2).

Um ein gemeinsames Vorgehen von Bund, Ländern und Sozialversicherungen zur Steuerung und Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems gewährleisten zu können, wurde 2013 ein „partnerschaftliches Zielsteuerungssystem“ geschaffen, welches unter anderem für die Umsetzung der seit 2013 beschlossenen Gesundheitsreform zuständig ist. Mittels Zielsteuerungsverträgen auf Bundesebene bzw. Landeszielsteuerungsübereinkommen auf Landesebene werden meist alle vier bis fünf Jahre die Ziele des österreichischen Gesundheitssystems und die hierfür zu setzenden Maßnahmen festgelegt. Die Aufgaben, die sich hierbei auf Bundesebene ergeben, werden durch die Bundesgesundheitsagentur vollzogen. Hingegen werden die notwendigen Maßnahmen zur Stärkung der Primärversorgung auf Landesebene von den Landesgesundheitsfonds der jeweiligen Bundesländer getroffen. In den Landesgesundheitsfonds sind neben Bund, Land, sowie Sozialversicherung zudem weitere Mitglieder, wie Ärztekammer, Patientenrechtskommission und andere vertreten (13).

Zur Stärkung der Primärversorgung in der Steiermark hat der Gesundheitsfonds Steiermark das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Forschung dazu beauftragt, ein slowenisches Modell zur Betreuung von ausgewählten chronischen Krankheiten für eine mögliche Implementierung in der Steiermark zu überprüfen. Nach erfolgter Überprüfung des Modells auf Evidenzbasierung und Vertrauenswürdigkeit der Inhalte, wurden die auf

das österreichische Gesundheitssystem angepassten „Chronikerprogramme“ als Pilotprojekt in ausgewählten Primärversorgungseinheiten (PVE) in der Steiermark implementiert.

In den folgenden Absätzen soll auf Ursprung und Entstehung dieser Chronikerprogramme näher eingegangen werden.

## ***1.1 Das Chronic Care Model von Edward Harris Wagner***

Die Chronikerprogramme beruhen auf Überlegungen des US-amerikanischen Epidemiologen und Gesundheitswissenschaftlers Edward Harris Wagner, der 1998 in Zusammenarbeit mit dem McColl Institute for Healthcare Innovation das Chronic Care Model (CCM) entwickelte (14). Edward Wagner definierte hierfür sechs Teilbereiche, um ein System zu erschaffen, dass im Einklang mit der Behandlung von akuten Symptomen auch für eine ganzheitliche sektorenübergreifende Versorgung von chronischen Patientinnen und Patienten sorgt (14,15). Die wichtigste Voraussetzung um die Gesundheit und die Lebensqualität chronisch Kranker zu verbessern, ist die Zusammenarbeit eines vorbereiteten proaktiven praktischen Teams mit informierten aktiven Patientinnen und Patienten in einem effektiv und effizient funktionierenden Gesundheits- und Gemeinschaftssystem (14).

Die sechs Teilbereiche des Chronic Care Models sind (14):

1. Organisation der Gesundheitsversorgung (engl.: health system)
2. Öffentliche und gemeinschaftliche Ressourcen (engl.: community resources and policies)
3. Patienten-Selbstmanagement-Unterstützung (engl.: patient self-management support)
4. Gestaltung der Versorgung (engl.: delivery system design)
5. Entscheidungsunterstützung (engl.: decision support)
6. Klinische Informationssysteme (engl.: clinical information systems)

### **1.1.1 Organisation der Gesundheitsversorgung (engl.: health system)**

CCM sollte Teil des Business- bzw. Managementplans eines Gesundheitssystems bzw. einer Organisation sein. Auch die Führungsspitze ist Teil des Teams, erkennt die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Betreuung und ist an präventiven Maßnahmen und deren Verbesserung interessiert. Dadurch finden sich CCM Maßnahmen auf allen Organisationsebenen. Es werden Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet und eine möglichst gesunde Fehlerkultur angestrebt (14).

### **1.1.2 Öffentliche und gemeinschaftliche Ressourcen (engl.: community resources and policies)**

Die Ressourcen einer Gemeinschaft sollten erkannt und angewandt werden. Damit sind beispielsweise Angebote bzw. Unterstützungsmöglichkeiten in der Schule, in der Regierung, in Glaubensgemeinschaften und in Non-Profit-Organisation gemeint. Die chronisch Kranken sollten ermutigt werden an diesen Ressourcen teilzuhaben, damit die Patientinnen und Patienten in die Gemeinschaft eingebunden und unterstützt werden können (14).

### **1.1.3 Patienten-Selbstmanagement-Unterstützung (engl.: patient self-management support)**

Die Patientinnen und Patienten sollten über ihr Einflussvermögen auf Gesundheit und Krankheit informiert und dazu ermutigt werden, im Sinne eines Selbstmanagements, Einfluss zu nehmen. Hierzu werden mit den chronisch Kranken Gesundheitsziele vereinbart, Barrieren bzw. Schwierigkeiten identifiziert und die Patientinnen und Patienten dahingehend geschult, ihren eigenen Gesundheitsstatus zu überwachen und bei Veränderungen entsprechende Maßnahmen zu treffen (14).

### **1.1.4 Gestaltung der Versorgung (engl.: delivery system design)**

Eine effektive und effiziente Betreuung wird durch regelmäßige vom Gesundheitspersonal proaktiv geplante Kontrolltermine erreicht, um den bestmöglichen Gesundheitsstatus eines chronisch kranken Menschen zu erhalten. Hierzu erfolgt eine evidenzbasierte Leistungserbringung durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit diverser Gesundheitsberufe, deren Tätigkeiten durch eine klar definierte Kompetenzaufteilung festgelegt sind (14).

### **1.1.5 Entscheidungsunterstützung (engl.: decision support)**

Das Betreuungsschema für jede Krankheit sollte auf evidenzbasierten Leitlinien basieren. Diese Betreuungsalgorithmen müssen so praktikabel und einfach verständlich konzipiert werden, dass sie optimal in den Alltag integrierbar sind. Wichtig ist außerdem, dass Kliniker Zugang zu evidenzbasierten Leitlinien erhalten und laufend auf deren Anwendung geschult werden (14).

### **1.1.6 Klinische Informationssysteme (engl.: clinical information systems)**

Wichtig ist die Etablierung eines Patientenregisters mit chronischen Krankheiten. Diese Sammlung von medizinischen Daten ermöglicht ein optimales Patientenmonitoring und die Erstellung eines individuellen Betreuungsplanes. Es können dadurch außerdem rechtzeitig Erinnerungen für Kontrolltermine geplant und Subgruppen für eine proaktive Betreuung erkannt werden. Die Daten aus dem Register können bei Überweisungen für eine bessere Koordination bzw. Kontinuität der Betreuung geteilt werden. Zudem kann das Register für ein Qualitätsmanagement herangezogen werden, indem die Leistungserbringung vom Betreuungsteam und vom Gesundheitssystem überwacht wird (14).

## ***1.2 Die Chronikerprogramme in Slowenien***

In einer im Jahr 2020 durchgeführten Fallstudie evaluierten WHO Experten das Primärversorgungssystem in Slowenien und beschrieben einen „beeindruckenden Fortschritt“ bezüglich Universal Health Coverage. Durch die gelungene Anwendung von „Gesundheit in allen Politikbereichen“ (engl.: health in all policies) wurde in den letzten Jahren ein erfolgreiches Primärversorgungssystem geschaffen (16).

2004 wurde in Slowenien begonnen Primärversorgungszentren und ein risikostratifiziertes Screening-System für Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen zu etablieren. 2011 erfolgte der weitere Ausbau dieses Primärversorgungssystems hin zu einem standardisierten multidisziplinären gruppen- und krankheitsorientierten Versorgungsmodell mit strukturierter Kompetenzaufteilung (6).

Der Erfolg dieses Versorgungsmodells lässt sich beispielsweise anhand der steigenden Lebenserwartung in Slowenien vermuten. Obwohl Slowenien weniger in das Gesundheitssystem investiert als der europäische Durchschnitt, steigt die Lebenserwartung schneller als der europäische Durchschnitt. Gründe hierfür sind die im Vergleich zum europäischen Durchschnitt stärker gesunkene Neugeborenen- und Kindersterblichkeit und die größere Reduktion der mortalitätsbedingten verlorenen Lebensjahre durch chronische Krankheiten. Darüber hinaus kann die Effektivität der neuen Versorgungsmodelle anhand des Health Care Access and Quality Index (HAQ-Index) erahnt werden, der in Slowenien von 1990 bis 2016 kontinuierlich angestiegen ist und über dem Durchschnitt von Zentraleuropa liegt (6). Der HAQ-Index ergibt einen Wert zwischen null und einhundert und bewertet das Gesundheitssystem eines Landes anhand der Mortalitätsraten von 32 Krankheiten und Verletzungen, die nicht zum Tod führen sollten bei einem sicheren und effektiven Gesundheitssystem (17).

Die Chronikerprogramme (engl.: disease management program, DMP) sehen in Slowenien die kontinuierliche Betreuung von folgenden acht chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten vor: Diabetes mellitus, KHK, Hypertonie, COPD, Asthma, Depression, Osteoporose und benigne Prostatahyperplasie. Außerdem erfolgt ein Screening nach Risikofaktoren (Geschlecht, Alter, Blutdruck, Blutzucker, Medikamenteneinnahmen, Nikotin- und Alkoholabusus, Body-Mass-Index, Ernährungsgewohnheiten, sozialer Status

und Familienstatus). Das Management von chronischen Krankheiten erfolgt im Sinne einer strukturierten Betreuung standardisiert nach Protokollen, die interprofessionell und interdisziplinär durch Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegefachkräfte und Fachärztinnen und Fachärzte erstellt wurden. Neben den Vorgaben zur medizinischen Betreuung chronischer Krankheiten finden sich in den Protokollen ebenso Angaben zum organisatorischen Management und der Stärkung der Selbstmanagement Fähigkeiten der chronischen Patientinnen und Patienten durch Patientenempowerment. Die Durchführung der Chronikerprogramme erfolgt durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Aufteilung der Aufgaben wird mittels verschriftlichter strukturierter Kompetenzaufteilung erreicht. Während Hausärztinnen und Hausärzte für die Behandlung in Akutsituationen, bei Krankheitsverschlechterung und für die Stellung von neuen Diagnosen verantwortlich sind, übernimmt speziell ausgebildetes Pflegepersonal das Patientenmanagement bei stabilen Krankheitsverläufen und vollzieht Beratungstätigkeiten für präventive Zwecke. Für die Chronikerprogramme wurde in den durchführenden Zentren bzw. Praxen eine zusätzliche hierfür zugelassene Pflegekraft vier Stunden pro Tag oder Halbzeit angestellt (18).

Die Daten der chronischen Patientinnen und Patienten werden in ein nationales Patientenregister eingetragen. Hierdurch erübrigen sich große demographische Studien zu chronischen Krankheiten, da Prävalenzen in allen Regionen Slowenien bekannt sind und politische Maßnahmen im Sinne von health in all policies schneller umsetzbar sind. Durch dieses zentrale Register wird ein Qualitätsmanagement der Programme ermöglicht (19). Die Daten erlauben die kontinuierliche Überprüfung der klinischen Arbeit, der Präventivmaßnahmen und der organisatorischen Aspekte. Dadurch wird die Beurteilung der Qualität bezüglich des Outcomes, der Struktur und des Prozesses innerhalb einer Praxis bzw. Zentrum und durch Vergleich mit anderen teilnehmenden Gesundheitsanbietern ermöglicht (18).

Die Akzeptanz des Projektes zeigt sich durch die Adaptionquote in den Hausarztpraxen. Ende 2017 nahmen von 968 Hausarztpraxen in Slowenien 775 Praxen, in denen 83,5% aller bei Hausarztpraxen registrierten Patientinnen und Patienten behandelt werden, an den Chronikerprogrammen teil (18).

### ***1.3 Das Pilotprojekt Chronikerprogramme in Österreich***

2020 erfolgte im Auftrag vom Gesundheitsfonds Steiermark die Überprüfung der Chronikerprogramme durch das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung. Um die Chronikerprogramme kompatibel mit dem österreichischen Gesundheitssystem zu machen, wurden berufsrechtliche Voraussetzungen und strukturelle Gegebenheiten in Österreich überprüft. Darüber hinaus erfolgte die Überprüfung der Programminhalte auf Evidenzbasierung und Vertrauenswürdigkeit. Entsprechend internationalen Leitlinien wurden außerdem einzelne Maßnahmen zu den Betreuungsalgorithmen hinzugefügt. Schließlich wurden die Chronikerprogramme in ausgewählten Primärversorgungseinheiten in der Steiermark als Pilotprojekt gestartet. Von den acht Betreuungsalgorithmen in Slowenien wurden sechs Programme für Österreich übernommen (KHK, Hypertonie, COPD, Asthma, Depression und Osteoporose) (20). Die Programme für Diabetes und benigne Prostatahyperplasie wurden nicht übernommen. Der Grund hierfür ist zum einen, dass es in Österreich für Diabetes mellitus Typ 2 bereits seit 2007 das Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ für eine optimale ärztliche Betreuung gibt (21). Zum anderen erhalten Patienten mit benigner Prostatahyperplasie in Österreich neben einer allgemeinmedizinischen Betreuung vor allem bei Fachärztinnen und Fachärzten für Urologie Unterstützung (22).

Entsprechend der Programme in Slowenien durchlaufen die Patientinnen und Patienten in diesen Chronikerprogrammen im Sinne einer strukturierten Betreuung einen Betreuungsablauf nach klar vorgegebenem Schema. Nach einer Erstkonsultation der Patientinnen und Patienten erfolgen in regelmäßigen Abständen Kontrolluntersuchungen, zu denen die chronisch Kranken proaktiv vom Gesundheitspersonal eingeladen werden. Im Rahmen dieser Follow-Up-Untersuchungen können die individuellen Gesundheitsziele bzw. die Patientenadhärenz überprüft und Patientenempowerment betrieben werden. Zur Umsetzung dieser Betreuungsalgorithmen werden die durchzuführenden Tätigkeiten zwischen den Gesundheitsberufen aufgeteilt und schriftlich klar definiert. Es ergibt sich somit eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit strukturierter Kompetenzaufteilung. In den Programmen sind außerdem Algorithmen für die Zuweisung in Sekundär- und Tertiärversorgungseinrichtungen definiert.

Endziel des Pilotprojektes ist die Schaffung eines Systems für eine „strukturierte Versorgung mittels standardisierter, kontinuierlicher, interdisziplinärer und sektorenübergreifender Betreuung“ (20).

## ***1.4 Begriffsdefinitionen***

### **1.4.1 Strukturierte Betreuung**

Ein Beispiel für strukturierte Betreuung ist beispielsweise das Disease Management Programm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“. Hierbei wird versucht der Betreuung einer chronischen Krankheit – im Konkreten Diabetes mellitus Typ 2 – eine klare Struktur zu verleihen. Durch diese strukturierten Vorgaben soll der Primärversorgung, die aufgrund der Menge an Patientinnen und Patienten und der vielen akuten Konsultationsereignissen oftmals zeitlich überlastet wird, die Betreuung von chronischen Krankheiten erleichtert werden (23).

Die Schaffung von Struktur wird erreicht, indem die Betreuung eines chronisch kranken Menschen nach einem vorgegebenen Plan funktioniert. Dabei werden in regelmäßigen Abständen bestimmte vorgegebene Parameter einer Patientin oder eines Patienten kontrolliert und Patientengespräche abgehalten, um ein kontinuierliches Patientenmonitoring zu erreichen und vorausschauend zu agieren bzw. frühzeitig Maßnahmen bei Verschlechterungen treffen zu können. Hierdurch sollen akute Notfälle verhindert werden, die eine Belastung für den chronisch Kranken und das Gesundheitssystem darstellen (23).

Die Durchführung dieser chronischen Betreuung erfolgt durch Zusammenarbeit der Patientinnen und der Patienten und der diversen Gesundheitsberufe, deren Arbeitspensum schriftlich aufgeteilt wurde. Die strukturierte Betreuung wird außerdem dadurch erzielt, dass die Betreuung des chronisch Kranken an einer zentralen Betreuungsstätte erfolgen sollte, welche das Patientenmonitoring übernimmt und die Vernetzung mit anderen Versorgungseinheiten bzw. Fachgebieten und diversen Gesundheitsberufen koordiniert. Durch diese Begleitung über den gesamten Behandlungsweg hinweg soll das Patientenmanagement verbessert und überflüssige Untersuchungen bzw. Therapien vermieden werden (23).

### **1.4.2 Integrierte Versorgung**

Integrierte Versorgung meint die Vernetzung von Leistungserbringern im Gesundheitssystem zur Versorgung von Patientinnen und Patienten. Dabei wird die vertikale von der horizontalen Integration unterschieden. Vertikale Integration beschreibt

eine leistungssektorenübergreifende Versorgung (zB.: ambulant und stationär). Im Gegensatz zu dieser vertikalen Verbindung zwischen mehreren Ebenen ist bei der horizontalen Integration die Vernetzung innerhalb einer Ebene gemeint. Somit kommt es bei einer integrierten Versorgung zu einem interdisziplinären-fachübergreifenden Austausch (24).

Integrierte Versorgung ist von Bedeutung, da eine fehlende oder mangelhafte Abstimmung zwischen Sektoren zu Diskontinuitäten in dem Behandlungsprozess einer Patientin und eines Patienten führt und somit ein Patienten-orientiertes und ökonomisches Therapiekonzept erschwert bzw. verhindert (25).

### **1.4.3 Interprofessionelle Betreuung**

Eng verbunden mit der integrierten Versorgung, also der Vernetzung von Leistungen, ist die interprofessionelle Betreuung, die die enge und kompetente Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheitsberufe beschreibt. Da die Komplexität einer medizinischen Versorgung durch die wachsende Anzahl an unterschiedlichen Therapie- und Betreuungsmöglichkeiten und das häufigere Vorkommen von Multimorbiditäten in der immer älter werdenden Bevölkerung zunimmt, ist das Zusammenspiel der unterschiedlichen Kompetenzen der diversen Gesundheitsberufe von großer Bedeutung (26).

Interprofessionelle Zusammenarbeit wirkt sich nicht nur auf die Patientenzufriedenheit, sondern auch auf die Arbeitszufriedenheit der teilnehmenden Berufe positiv aus (26). Durch das Teambuilding von diversen Gesundheitsberufen ergeben sich Vorteile wie beispielsweise ein vielseitig möglicher Austausch von fachlichem Wissen und eine bessere Work-Life-Balance für das Gesundheitspersonal, sowie ein breiteres Behandlungsspektrum für die Patientinnen und Patienten (2,13).

Im praktischen Alltag wird interprofessionelle Betreuung oftmals wenig angewandt. Zeitmangel, unklare Kompetenzaufteilungen, fehlende Schulungen bzw. Ausbildungen und mangelhafte Kommunikation sind oft genannte Gründe (26).

### **1.4.4 Adhärenz und Patientenempowerment**

Während Compliance das einseitige Einhalten von Therapievorgaben durch die Patientinnen und Patienten beschreibt, meint der modernere Begriff der Adhärenz das

Befolgen von gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt vereinbarten Behandlungsmaßnahmen. Dies inkludiert nicht nur medikamentöse Therapien, sondern auch Lebensstilveränderungen (27). Bei chronischen Krankheiten liegt die medikamentöse Nicht-Adhärenz (engl.: non-adherence) bei 50%. Faktoren, die Nicht-Adhärenz beeinflussen sind vielseitig und können von Seiten der Patientinnen und Patienten, der Ärztinnen und Ärzte, dem Gesundheitssystem und der Medikation ausgehen. Der Begriff der „intelligenten Nicht-Adhärenz“ wird zunehmend von Bedeutung und beschreibt die absichtliche Nichteinhaltung der Therapievorgaben aufgrund rationaler Gründe – wie beispielsweise Fehldiagnosen oder medikamentöser Nebenwirkungen. Des Weiteren gibt es den Begriff der „kritischen Adhärenz“, der die freie Entscheidungsmöglichkeit der Patientinnen und Patienten eine Therapie auszuwählen, zu unterbrechen oder abbrechen, bezeichnet. Einerseits ist diese kritische Herangehensweise an Therapiemaßnahmen zwingend notwendig, um potentiell ungünstige Behandlungen abzulehnen, andererseits kann bei ungenügendem Gesundheitswissen in Verbindung mit dieser kritischen Denkweise Nicht-Adhärenz zum Schaden der Patientinnen und Patienten führen (28).

Mit Empowerment ist gemeint, Patientinnen und Patienten zu motivieren eigener Schirmherr über ihr Gesundheitsverhalten und Krankheitsmanagement zu werden. Durch Patientenempowerment kann ein besseres klinisches und gesundheitliches Outcome erreicht werden. Die hierfür zu betrachtenden Endpunkte sind die adäquate Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, die medikamentöse Adhärenz, der Umgang mit Krankheiten und der Gesundheitsstatus einer Patientin oder eines Patienten. (28).

Patientenempowerment kann betrachtet werden als ein Konzept bestehend aus zwei Teilaspekten: Ein Teilaspekt ist die Selbstwirksamkeit, also das Vertrauen bzw. die Überzeugung in die eigenen Kompetenzen und Kapazitäten, um ein effektives Krankheitsmanagement und Gesundheitsverhalten zu erreichen. Eine Patientin bzw. ein Patient mit entsprechender Selbstwirksamkeitserwartung sieht demnach sich selbst dafür verantwortlich, ein bestimmtes Verhalten zu entwickeln. Der zweite Teilaspekt ist die Kontrollüberzeugung. Hierbei geht es um den Glauben, ob die eigene Krankheit bzw. Gesundheit durch internale bzw. eigene oder externale bzw. fremde Einflüsse kontrolliert wird. Die externale Kontrollüberzeugung wiederum kann in Subbereiche aufgeteilt werden bezüglich der möglichen externen Einflüsse: Kontrolleinfluss auf die eigene

Krankheit bzw. Gesundheit durch Ärztinnen bzw. Ärzte, Gott bzw. Götter, Zufall bzw. Schicksal oder mächtige einflussreiche Andere, wie zum Beispiel Organisationen oder Systeme (28).

Es hat sich gezeigt, dass eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung mit einem besseren Gesundheitsoutcome, einem wahrscheinlicheren Erreichen von Gesundheitszielen und einer hohen medikamentösen Adhärenz assoziiert ist (28).

Bezüglich der Kontrollüberzeugung wird internale Kontrollüberzeugung begünstigend für ein positives Gesundheitsverhalten und für die Adhärenz angesehen, im Vergleich zu Personen, die an keinen eigenen Kontrolleinfluss über ihren Gesundheitsstatus glauben. Eine zu hohe internale Kontrollüberzeugung jedoch kann wiederum problematisch sein (28).

Menschen mit hoher externale Kontrollüberzeugung durch Götter, Zufall oder Schicksal haben eine geringe Wahrscheinlichkeit empfohlene Gesundheitsverhalten anzunehmen und adhärenz zu sein. Hinsichtlich der externalen Kontrollüberzeugung durch mächtige einflussreiche Andere, hängt die Adaption von empfohlenen Gesundheitsverhalten und die Adhärenz davon ab, ob jene Andere ermutigend oder ablehnend gegenüber jenen Maßnahmen eingestellt sind. Der förderlichste Einfluss auf die Adhärenz durch externe Kontrollüberzeugung wird jedoch erreicht, wenn Patientinnen und Patienten an die gesundheitliche Beeinflussungsmöglichkeit durch Ärztinnen oder Ärzte glauben. Diese externe Kontrollüberzeugung durch Ärztinnen und Ärzte ist zudem besonders vorteilhaft für die Adhärenz, wenn die Patientin oder der Patient zusätzlich eine starke internale Kontrollüberzeugung besitzt (28).

Zusammenfassend hat sich somit gezeigt, dass Patientenempowerment die Adhärenz verbessern kann. Hierbei gilt jedoch zu beachten, dass eine zu übermäßig bevollmächtigte (engl.: empowered) Person negativ gegenüber einem adhärenzen Verhalten eingestellt sein kann und ein ausgeprägt betriebenes Empowerment viele Gesundheitsanbieter benötigt. Für eine effektive Patientenempowerment sollte daher ein Gleichgewicht zwischen Gesundheitsanbieterinnen bzw. Gesundheitsanbietern und Patientinnen bzw. Patienten gefunden werden. Konkret bedeutet dies, dass Patientenempowerment die Selbstwirksamkeitserwartung und die internale Kontrollüberzeugung fördern sollte, jedoch

zugleich ebenso die Notwendigkeit auf medizinische Vorgaben von medizinischen Fachpersonal zu vertrauen, betonen sollte (= externe Kontrollüberzeugung durch Gesundheitspersonal). Dieses Gleichgewicht und somit das optimale Patientenempowerment kann schwierig zu erreichen sein und erfordert eine partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung. Eine nicht zufriedenstellende Arzt-Patienten-Beziehung kann aufgrund eines vorherrschenden paternalistischen Konzeptes entstehen. Als Ausgleich nehmen Patientinnen und Patienten dann oft eine ablehnende Haltung gegenüber Behandlungsmaßnahmen ein bzw. sind nicht-adhärenz, um wieder Herr über die Therapie zu werden (28).

## ***1.5 Ziele der Diplomarbeit***

Ziel dieser Diplomarbeit ist die Durchführung einer qualitativen Analyse der vom Gesundheitsfonds Steiermark beauftragten Chronikerprogramme, die in der Steiermark als Pilotprojekt etabliert wurden. Durch Beantwortung jener Forschungsfrage soll diese Diplomarbeit dabei helfen, die Chronikerprogramme zu optimieren und einen Schritt näher an eine österreichweite Umsetzung zu bringen.

Zur qualitativen Analyse der Chronikerprogramme werden Experteninterviews mit den ausführenden Gesundheitsberufen ausgewählter teilnehmender Primärversorgungszentren geführt.

## ***1.6 Fragestellungen***

Forschungsfrage: Durchführung einer qualitativen Analyse der Chronikerprogramme in der Steiermark.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden folgende Fragen erstellt:

1. Welche Stärken und Schwächen hat eine strukturierte Betreuung von ausgewählten chronischen Krankheiten?
2. Welche Stärken und Schwächen hat eine strukturierte Kompetenzaufteilung zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen in der Betreuung chronisch Kranker?
3. Welche notwendigen Anpassungen sehen die Ausführenden bei den derzeit pilotierten Programmen?

## 2 Material und Methoden

### 2.1 Vorbereitung der Experteninterviews

In Zusammenarbeit mit Dr.med.univ. Reingard Glehr erfolgte die Konzepterstellung hinsichtlich des Inhaltes der Experteninterviews. Anschließend erfolgte die Ausarbeitung von zwei Interviewleitfäden, einer für Ärztinnen bzw. Ärzte und einer für Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. – pfleger. Hilfreich waren hierbei zwei Intervisionstreffen mit ausführenden Gesundheitsberufen, an denen ich teilnehmen konnte, um thematisch in die Chronikerprogramme eingeführt zu werden und spätere Interviewpartner kennenzulernen. Zur Optimierung der Interviewleitfäden wurden die Leitfäden mithilfe von vier Expertinnen und Experten vom IAMEV, inklusive eines Statistikers vom Institut für medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation, schrittweise überarbeitet. Für den ärztlichen Interviewleitfaden ergaben sich schlussendlich 30 Fragen, während der pflegerische Interviewleitfaden 33 Fragen umfasste. Inhaltlich waren hiervon 28 Fragen ident für beide Berufsgruppen. Die Interviewleitfäden sind im Anhang auf Seite 93 - 96 zu finden.

Zur Verständlichkeitsprüfung des ärztlichen Interviewleitfadens wurde mit Priv.-Doz. Dr.med.univ. MBA Stefan Korsatko ein Probeinterview durchgeführt, im Zuge dessen auch die Interviewführung erlernt werden konnte.

Weiters wurde eine Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Interviews erstellt. Diese Einwilligungserklärung informierte über den Inhalt des Forschungsprojektes, den Nutzen der Teilnahme, den Ablauf des Interviews, den Datenschutz und Ansprechpartner für weitere Fragen. Die Einwilligungserklärung ist im Anhang auf Seite 97 - 100 zu finden. Für die spätere Durchführung der Interviews wurde im März 2023 ein positives Ethikvotum eingebracht (EK-Nummer: 35 – 138 ex 22/23).

Zum Zeitpunkt der Interviewausarbeitung waren die Chronikerprogramme in sieben PVE etabliert. Fünf PVE, bei denen die Chronikerprogramme bereits seit mehr als einem Jahr implementiert waren, wurden für die Durchführung der Interviews ausgewählt. Zwei Zentren wurden aufgrund der kürzeren Implementierungsdauer nicht in die Studie aufgenommen. Aus diesen PVE wurden die hauptverantwortlichen Ärztinnen bzw. Ärzte und DGKPs für ein Interview kontaktiert. Es konnten Interviews mit vier Ärztinnen bzw. Ärzten und fünf DGKPs vereinbart und durchgeführt werden.

## ***2.2 Durchführung der Experteninterviews***

Von den neun Einzelinterviews (vier ärztlich und fünf pflegerisch) wurden zwei bei einem persönlichen Kontakt, sechs per Videokonferenz über WEBEX und eines telefonisch durchgeführt.

Die kontaktierten Ärztinnen bzw. Ärzte erhielten mindestens eine Woche vor dem Interviewtermin die Einwilligungserklärung zur genauen Durchsicht. Die Unterzeichnung der Einwilligungserklärungen erfolgte je nach Interviewmodalität vor Ort oder vorab per E-Mail.

### ***2.3 Transkription und Analyse der Experteninterviews***

Nach Durchführung der Interviews erfolgte die Transkription. Die Interviews A3, B1, B3 und B5 wurden hierbei von mir transkribiert. Als Hilfsinstrument bei meiner Transkription wandte ich die Microsoft Word Diktat Funktion an. Die Interviews A1, A2, A4, B2 und B4 wurden von einem studentischen Mitarbeiter des IAMEV transkribiert. Für eine einheitliche Transkription wurden diese Interviews nochmals von mir mit den Interviewtonaufnahmen kontrolliert und korrigiert. Bei der Transkription wurde auf die Einhaltung der Transkriptionsrichtlinien geachtet. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf das Anführen der neun Transkripte im Anhang verzichtet. Diese liegen am IAMEV vor und können jederzeit auf Nachfrage eingesehen werden.

Im Anschluss an die Transkription erfolgte die qualitative Interviewanalyse nach Mayring, mittels derer eine strukturierte Evaluierung textbasierter Daten möglich ist (29). Diese Analyse erfolgte in Excel und wurde für jedes Interview einzeln durchgeführt. Zur qualitativen Analyse wurden thematische Überkategorien gebildet, denen wiederum diverse Unterkategorien zugeordnet wurden (Tabelle 1). Anschließend wurde in den Interviewtranskripten nach passenden Textpassagen für jede Kategorie gesucht und in die Excel Tabelle eingefügt. Die zu den jeweiligen Kategorien zugeordneten Textpassagen wurden schließlich zur besseren Übersicht inhaltlich zusammengefasst. Die vollständigen Excel-Tabellen sind im Anhang ab Seite 101 zu finden.

Anschließend wurden pro Unterkategorie alle prägnanten Statements aller neun Interviews zusammengetragen und vollständig tabellarisch in dieser Diplomarbeit dargestellt. Zur Differenzierung der Statements nach Berufsgruppen erfolgte eine farbliche Kodierung: Aussagen von Ärztinnen bzw. Ärzten wurden blau eingefärbt, Statements von pflegerischer Seite wurden orange dargestellt. Grün gefärbte Antworten stammen sowohl von ärztlicher, als auch pflegerischer Seite. Bei Mehrfachnennungen erfolgt im Ergebnisteil in Klammern eine Aufzählung wie viele von den einzelnen Gesundheitsberufen jenes Statements getätigt haben. „A“ ist hierbei der Interviewcode für Ärztinnen bzw. Ärzte. „B“ hingegen ist der Interviewcode für DGKPs. Kernaussagen wurden anschließend extrahiert und mit internationaler Literatur verglichen.

Überkategorien	Unterkategorien
<b>Strukturierte Betreuung</b>	Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Erkrankungen
	Stärken einer strukturierten Betreuung
	Schwächen bzw. Herausforderungen einer strukturierten Betreuung
	Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung
	Vorschläge selbst oder intern im Team einen Beitrag zu den Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung zu leisten
<b>Patientenverhalten</b>	Rekrutierung der Patientinnen und Patienten
	Interesse zur Teilnahme an den Chronikerprogrammen
	Terminvereinbarung für Kontrolluntersuchungen
	Einhaltung der Kontrolltermine
	Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele
	Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme
	Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme
<b>Kompetenzaufteilung</b>	Stärken einer Kompetenzaufteilung
	Schwächen bzw. Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung
	Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme
	Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung
	Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme
	Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen
<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit
	Schwächen bzw. Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit
	Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme
	Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit
	Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team
<b>Schulungen (nur für DGKPs)</b>	Erhaltene Schulungen im Rahmen der Chronikerprogramme
	Bereiche mit noch bestehendem Schulungsbedarf
<b>Administrativer Aufwand</b>	Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands
	Wie erfolgt die Dokumentation
	Stärken und Schwächen der angewandten Dokumentationsform
	Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration
<b>Alltagstauglichkeit</b>	Sind die Chronikerprogramme praktikabel bzw. alltagstauglich?
	Begründung der Einschätzung der Alltagstauglichkeit
	Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit

Tabelle 1: Über- und Unterkategorien für die qualitative Interviewanalyse  
 Grün = Fragen ident für Ärzte/-innen und DGKPs  
 Blau = Fragen nur für Ärzte/-innen  
 Orange = Fragen nur für DGKPs

## 2.4 Literaturrecherche

Im Zuge der Diplomarbeit wurde eine fokussierte Literaturrecherche betrieben.

Die Literaturrecherche wurde mittels Google Scholar und der Forschungsdatenbank Pubmed durchgeführt. Bei Pubmed wurde hierzu eine Freitextsuche und eine Schlagwortsuche mit MeSH vollzogen. Die Informationsbeschaffung für das Verfassen der Einleitung wurde hauptsächlich von Oktober 2022 bis Dezember 2022 vollzogen. Die weitere Recherche zum Abgleich der erfassten Interview-Kernaussagen mit internationaler Literatur erfolgte primär von Mai 2024 bis Juli 2024

Schlagworte bei der Recherche waren *primary health care/primary care/family medicine* insbesondere in Zusammenhang mit *Slovenia, disease management programs, integrated care, interprofessional collaboration, patient empowerment, adherence/compliance*, sowie *importance of primary care, Barbara Starfield* und *chronic care model*.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Strukturierte Betreuung

##### 3.1.1 Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, ob die Chronikerprogramme den bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten verändert haben und wenn ja, inwiefern sie eine Veränderung erzielt haben.

<b>Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten – Ja/Nein?</b>
Ja, die Chronikerprogramme stellen eine Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten dar (A1, A2, A3, B1, B3, B4).
B5: Ja, aus österreichischer Perspektive haben die Chronikerprogramme den Umgang mit chronischen Krankheiten verändert. Andere Länder haben diese Art der Betreuung schon seit Jahren.
A4: Ja, teilweise Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten. Kontrollen von vor allem multimorbiden Patientinnen und Patienten, beispielsweise im Rahmen von Therapie-Aktiv, wurden in dieser PVE bereits durchgeführt. Die Chronikerprogramme haben jedoch hinsichtlich der Betreuung für mehr Struktur und für mehr Regelmäßigkeit gesorgt.
B2: Nein, die Chronikerprogramme stellen in dieser PVE keine Veränderung zum bisherigen Umgang mit Hypertonie dar, da diese Art der Betreuung schon vor den Chronikerprogrammen gehandhabt wurde.

**Tabelle 2: Interview-Statements - Evaluierung, ob die Chronikerprogramme den Umgang mit chronischen Krankheiten verändert haben**

Kernaussagen in Tabelle 2:

- acht von neun Interviewten stellen eine Veränderung fest. (A1-4, B1, B3-5)
- ein/-e Interviewte/-r bezieht sich auf den Umgang mit Hypertonie und kann hier keine Veränderung feststellen. (B2)

<b>Welche Veränderungen haben die Chronikerprogramme erzielt?</b>
B1: Früher mussten sich die Patientinnen und Patienten selbstständig um die Betreuung ihrer chronischen Krankheit kümmern und gingen dem oftmals nicht nach. Nun werden sie proaktiv vom Gesundheitspersonal zu den Kontrollen eingeladen.
A1: Früher erst Behandlung in Akutsituationen. Jetzt stellen die Chronikerprogramme eine proaktive Versorgung dar. Es sollte dadurch erst gar nicht zur Symptomverschlechterungen bzw. Entgleisungen kommen.
A3: Durch die regelmäßige Überwachung des Krankheitsverlaufes können Exazerbationen durch frühzeitiges Intervenieren verhindert werden.
A3: Strukturierung des Behandlungspfades und symptomunabhängige regelmäßige Kontrollen verhindern das Übersiehen von Behandlungsschritten und sorgen für eine qualitativ hochwertigere Betreuung.
B3: Erst durch die Chronikerprogramme wurde eine strukturierte und regelmäßige Betreuung von chronischen Krankheiten eingeführt.
A2: Engmaschigere Patientenbetreuung.

B1: Ein weiterer Neuheitswert der Chronikerprogramme liegt in der Regelmäßigkeit der Betreuung von chronischen Krankheiten.
A2: Strukturiertes Behandlungsschema verschafft Erleichterung für das Gesundheitspersonal.
A1: Richtige Art und Weise zur Betreuung von chronischen Krankheiten.
B4: Die Betreuung von chronischen Krankheiten wird in den Chronikerprogrammen vor allem durch DGKPs übernommen, anstatt wie bisher durch ärztliche Konsultationen.

**Tabelle 3: Interview-Statements - Veränderung im Umgang mit chronischen Krankheiten durch die Chronikerprogramme**

Kernaussagen in Tabelle 3:

- Proaktive, symptomunabhängige, regelmäßige Patientenbetreuung statt nur Akutbehandlung → durch frühzeitiges Intervenieren Prävention von Exazerbationen. (A1-3, B1, B3)
- Strukturierter Behandlungspfad erzielt eine Qualitätssteigerung. (A2-3, B3)
- Betreuung vor allem durch DGKPs, statt hauptsächlich durch ärztliche Konsultationen. (B1)

**3.1.2 Stärken einer strukturierten Betreuung**

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, was mögliche Stärken bzw. Vorteile einer strukturierten Betreuung sind.

<b>Stärken einer strukturierten Betreuung</b>
A1: Dynamische Kontrolltermin-Intervalle je nach aktuellem Gesundheitszustand - jedoch gleichgültig ob bei Krankheitsexazerbation oder in stabilem Gesundheitszustand, eine fixe engmaschige Betreuung ist gewährleistet. → Engmaschige Patientenbetreuung (A1, A2, A3, B4).
A1: "Der richtige Weg" und aufgrund demographischer Entwicklungen auch die Zukunft, um chronisch Kranke zu betreuen.
A3: Mehr Einbindung der Patientinnen und Patienten in den Betreuungsablauf. Stärkung des Krankheitsverständnisses und der Gesundheitskompetenz. → Verbesserung des Patientenempowerments (A1, A2, A3)
B2: Die Kontrolltermine führen bei den Patientinnen und Patienten zu einer regelmäßigen Erinnerung und erzeugen Motivation die Therapie einzuhalten bzw. einen gesunden Lebensstil zu verfolgen. In weiterer Konsequenz werden dadurch Spätfolgen verhindert.
A2: Adhärenzverbesserung
A1: Erfolgserlebnis für Ärztinnen und Ärzte, weil sich medizinische Erfolge zeigen und die Patientenzufriedenheit gut ist. Patientinnen und Patienten fühlen sich wahrgenommen und gut betreut.
A2: Strukturiertes klares Betreuungsschema, nach dem sich alle teilnehmenden Berufsgruppen richten.
B5: Klare Arbeitsschritte entsprechend eines vorgegebenen Betreuungsablaufs strukturiert die Arbeit für das Gesundheitspersonal und sorgt für Klarheit bezüglich der beruflichen Kompetenzen, sowie dem weiteren Vorgehen bei pathologischen Befunden.
A4: Gesundheitspersonal vergisst weniger auf die Betreuung von Patientinnen und Patienten. Patientinnen und Patienten vergessen weniger auf die Betreuung ihrer Krankheit(en).
B1: Die Anliegen bzw. gesundheitlichen Probleme von Patientinnen und Patienten werden weniger übersehen, da regelmäßige Konsultationen erfolgen und mehr Zeit für die Pflege-

Patienten-Gespräche zur Verfügung steht. Durch diese häufigeren und längeren Kontrolltermine kann die Gesundheitskompetenz der Betroffenen verbessert werden.
B3: Verbesserung der Qualität der Betreuung, da durch die Strukturierung keine Betreuungsschritte außer Acht gelassen bzw. vergessen werden.
B3: Durch eine strukturierte Betreuung sind chronische Patientinnen und Patienten angebunden an die PVEs, wodurch die Betroffenen bzw. deren chronische Betreuung nicht mehr im System untergehen.
A4: Die Pflege übernimmt mehr Verantwortung.
B5: Ein Chroniker-Management, das durch eigenverantwortliche kompetente DGKPs durchgeführt wird, verbessert die Betreuungsqualität und das Patienten-Outcome.

**Tabelle 4: Interview-Statements - Stärken einer strukturierten Betreuung**

#### Kernaussagen in Tabelle 4:

- Engmaschige Patientenbetreuung. (A1-3, B4)
- Prävention von Spätfolgen. (B2)
- Stärkung des Krankheitsverständnisses, der Gesundheitskompetenz und damit Förderung des Patientenempowerments und der Adhärenz. (A1-3, B1-3)
- Erfolgserlebnisse für Ärztinnen und Ärzte durch das Erzielen von medizinischen Erfolgen. (A1)
- Steigerung der Patientenzufriedenheit. (A1)
- Strukturiertes klares Betreuungsschema sorgt für Klarheit hinsichtlich des Aufgabenbereichs der beteiligten Berufsgruppen und standardisiert den Betreuungsablauf. (A2, B3, B5)
- Die Betreuung von chronisch Kranken findet mehr Beachtung im Gesundheitssystem. (A4, B1, B3)
- Mehr Zeit für Pflege-Patienten-Gespräche. (B1)
- Mehr Verantwortungsübernahme durch die Pflege. (A4, B5)

### **3.1.3 Schwächen bzw. Herausforderungen einer strukturierten Betreuung**

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, welche möglichen Schwächen bzw. welche potenziellen Herausforderungen sich durch eine strukturierte Betreuung ergeben könnten.

<b>Schwächen/Herausforderungen einer strukturierten Betreuung</b>
A1: Initiale Gewöhnungsphase für Patientinnen und Patienten, dass sie nicht bei jedem Ordinationsbesuch mehr eine Ärztin oder einen Arzt zu Gesicht bekommen, sondern "nur" eine DGKP. Mittlerweile Präsenz der Chronikerprogramme in Medien und zunehmend in der Bevölkerung. Dadurch Einstellung der Patientinnen und Patienten gegenüber der Chronikerprogramme verbessert. Mittlerweile empfinden sie Wertschätzung, weil mehr auf sie eingegangen wird, im Vergleich zu einem knappen ärztlichen Gespräch in einem Kassensystem, in dem ein hoher Zeitdruck herrscht.
A1: Betreuungsabläufe in den Chronikerprogrammen in der Theorie klar vorgeschrieben. Daher anfänglicher organisatorischer Aufwand diese fixen Schemen praktisch gesehen in die eigene Ordination und die dortigen Gegebenheiten einzufügen – konkret geht es um Überlegungen hinsichtlich Patientenrekrutierung, Dokumentation und Personalverfügbarkeit. Initial zugleich mit allen Programmen auf einmal zu beginnen, ist zu viel. Mittlerweile jedoch ist der organisatorische Aufwand in dieser PVE bewältigt.

A4: Anfänglich herausfordernd die Betreuungsschemen an den praktischen Alltag anzupassen.
B3: Es stellt eine Herausforderung dar, ein Programm zur strukturierten Betreuung in ein bestehendes Ordinationssystem zu integrieren. Hierzu bedarf es geschultem Personal, damit einheitlich an der Implementierung und Umsetzung solcher Programme gearbeitet wird. Als Hauptschwierigkeit steht der zeitliche Faktor im Raum, da sowohl von ärztlicher als auch pflegerischer Seite zeitliche Ressourcen freigeräumt werden müssen.
B4: Anfängliche Herausforderung eine Form der Dokumentation zu finden, um nicht auf die Follow-Up Termine zu vergessen.
A2: Zeitmangel zur Durchführung der Chronikerprogramme → Zeitintensive Konsultationen und zeitintensive Dokumentation.
A3: Ausschließlich positive Meinung hinsichtlich strukturierter Betreuung. In manchen Programmen (zB.: Osteoporose) werden jedoch zu viele Daten gesammelt, ohne dass sich hierdurch eine Konsequenz ergibt.
A4: Ausschließlich positive Meinung hinsichtlich strukturierter Betreuung.
A4: Teilweise Vorsicht geboten keine Doppelbetreuungen zu machen, wenn Patientinnen und Patienten bereits durch Fachärztinnen und Fachärzte betreut werden.
B1: Eine Herausforderung besteht in dem Bemühen die Patientinnen und Patienten für die regelmäßigen Kontrollen zu motivieren. Hierbei ergibt sich eine große zeitliche Ressource für das Gesundheitspersonal die Betroffenen regelmäßig an die Termine zu erinnern bzw. einzuladen. Je länger die anstehenden Kontrolltermine in der Zukunft liegen, desto weniger werden sie von den Patientinnen und Patienten angenommen.
B2: Häufig vorhandene Sprachbarrieren erschweren die Vermittlung eines Krankheitsverständnisses und das Motivieren zur Einhaltung der Gesundheitsziele.
B5: Bei multimorbiden Patientinnen und Patienten mit multiplen chronischen Erkrankungen kann die Betreuung sehr komplex und herausfordernd werden durch die Vielzahl an durchzuführenden Untersuchungen bzw. zu überwachenden Parametern.

**Tabelle 5: Interview-Statements - Schwächen/Herausforderungen einer strukturierter Betreuung**

#### Kernaussagen in Tabelle 5:

- Anfängliche Herausforderung die Betreuungsschemen praktisch in den Ordinationsalltag zu integrieren (Patientenrekrutierung, Dokumentation, Personalschulung und Personalverfügbarkeit). (A1, A4, B3-4)
- Durchführung erfordert große zeitliche Ressourcen. (A2, B1-2)
- Zeitaufwändige Dokumentation. (A2)
- Herausforderung Patientenempowerment, sowie eine Einhaltung der Kontrolltermine zu erzielen. (B1-2)
- Vorsicht vor einem überflüssigen Datensammeln ohne Konsequenzen. (A3)
- Teilweise Doppelbetreuungen durch eine zeitgleiche fachärztliche Betreuung. (A4)
- Teilweise sehr komplexe Betreuung bei chronischen Multimorbiditäten. (B5)

#### **3.1.4 Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung**

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, welche Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung in den Chronikerprogrammen vom Gesundheitspersonal gewünscht sind.

<b>Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung</b>
A1: Am Anfang bei Implementierung der Chronikerprogramem in Praxen, sollte jemand Erfahrenes für ein halbes bis ganzes Jahr zur Seite gestellt werden. Anfängliche Hilfe wird benötigt zur Implementierung der Chronikerprogramme in das alltägliche Geschäft, bei der

<p>Organisation und bei der Dokumentation. Als initiale Hilfe bei der Implementierung der Chronikerprogramme wird eher eine DGKP als eine Ärztin oder ein Arzt benötigt.</p>
<p>A1: Eine fixe Pflegekraft muss zu fixen Zeiten für die Chronikerprogramme zur Verfügung gestellt werden, da die Arbeit in den Programmen nicht nebenbei im Routinebetrieb bewältigbar ist.</p>
<p>B2: Es sollte mehr Zeit für die Pflege zur Durchführung der Chronikerprogramme geschaffen werden. Zumindest zwei DGKPs sollten für die Chronikerprogramme vorgesehen werden, um die Kontrolltermine flexibler einteilen zu können. Weiters sollten finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, damit die Pflege mehr Stunden in die Chronikerprogramme investieren kann bzw. weiteres Gesundheitspersonal in den Chronikerprogrammen involviert werden kann.</p>
<p>B3: Ausreichend Personal für die Chronikerprogramme zur Verfügung stellen.</p>
<p>B4: Notwendig sind mindestens zwei DGKPs und eventuell auch zwei Ärztinnen bzw. Ärzte für die Aufgaben der Chronikerprogramme, um mit mehr Flexibilität die chronische Betreuung parallel neben den akuten alltäglichen Fällen absolvieren zu können.</p>
<p>B5: Freistellung von DGKPs vom alltäglichen Ordinationsbetrieb, die sich ausschließlich mit den Chronikerprogrammen beschäftigen.</p>
<p>A3: Zur Erfüllung des hohen pflegerischen Arbeitspensums muss eine Pflegekraft nur für die Chronikerprogramme zur Verfügung stehen bzw. entsprechend eventuell das Pflegepersonal im PVE aufgestockt werden.</p>
<p>A1: Die Dokumentation ist nur praktikabel, wenn sie mittels einer Software erfolgt, anstatt einer schriftlichen Papierform.</p>
<p>A2: Ein strukturiertes Programm, das eine Übersicht über den Verlauf der Patientenbetreuung liefert. Vergleichbar mit den Vorsorgeuntersuchungen oder mit dem DMP Diabetes Aktiv. Ohne ein übersichtliches Programm kann es zu doppelt durchgeführten und somit redundanten Arbeitsschritten kommen, die Zeit kosten.</p>
<p>A4: Chronikerprogramme sollten in die hausinterne Software integriert sein.</p>
<p>B4: Wünschenswert wäre ein für alle PVEs einheitliches Programm zur Dokumentation, auf das auch alle beteiligten Berufsgruppen Zugriff haben.</p>
<p>B5: Erstellen von Registern in den PVEs, welche die Patientinnen bzw. Patienten, deren chronische Erkrankungen und dazugehörige sonstige wichtige Informationen enthalten.</p>
<p>A2: Regelmäßige Fortbildungen in den Zentren für alle Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte, DGKPs, Ordi-Assistentinnen und Ordi-Assistenten). Wünschenswert wären Fortbildungen zum Beispiel für Diabetes, Hypertonie und Osteoporose. Dringend wären v.a. Fortbildungen für Osteoporose erforderlich, da ansonsten dieses Programm nicht durchführbar sind.</p>
<p>A2: Fortlaufende Fortbildungen mindestens einmal pro Jahr, um bereits bestehendes Wissen zu erhalten und um stets am Stand der neuesten Erkenntnisse in der Medizin zu sein.</p>
<p>B3: Sowohl Ärztinnen und Ärzte, als auch DGKPs sollten Ausbildungen bzw. Schulungen besuchen, um optimal mit der Thematik vertraut zu sein.</p>
<p>A3: Behandlungspfade bezüglich der Kontrolluntersuchungen werden noch nicht als klar und eindeutig genug empfunden hinsichtlich des genauen weiteren Vorgehens bei inter- und intraindividuellen Gesundheitswerten.</p>
<p>A4: Therapie-Aktiv ist ein positives Beispiel für ein DMP, weil es sehr einfach ist. Die Chronikerprogramme per se sind aktuell noch sehr komplex durchzuführen. Teilweise wäre eine Vereinfachung der Betreuungsalgorithmen von Nöten - zum Beispiel bei Osteoporose.</p>
<p>A4: Teilweise zu große Datenerhebung ohne sichtbaren Nutzen.</p>
<p>A4: Die Gespräche beim Depressio Programm sollten nicht den Anspruch haben eines entlastenden psychotherapeutischen Gespräches. Stattdessen sollte es sich eher um ein Informationsgespräch bezüglich Anlaufstellen bzw. Koordination und um ein Aufklärungsgespräch über die Krankheit handeln - abhängig auch davon welcher Ausbildungsstand die ausführende Person aufweist.</p>

B1: Überarbeitung und Kürzung der Dokumentationsblätter, da manche Aufgaben nicht alltagstauglich sind (zB.: 6 minütiger Gehstest.)
A1: Vergütung ist derzeit nicht angepasst an den Zeitaufwand in den Chronikerprogrammen.
A3: Die Patientenzahlen in den jeweiligen Programmen sollten mit dem Leistungsangebot verknüpft sein bzw. honoriert werden, anstatt dass wie aktuell unabhängig von der Patientenzahl in einem Programm pro PVE ein fixes Kontingent an Leistungen/Kursen angeboten werden.
A4: Wünschenswert wäre, in Anlehnung an Therapie-Aktiv, eine entsprechende Honorierung zu erhalten. Angelehnt an Therapie-Aktiv ein Mehrbetrag für die Erstschriftung und anschließend quartalsweise je nach Leistungsaufwand eine Honorierung pro Patientin bzw. pro Patient.
B1: Die Chronikerprogramme sollten honoriert werden.
B3: Schaffen von zeitlichen Ressourcen zur Durchführung der Chronikerprogramme. Hierzu muss ein finanzieller Anreiz gegeben sein, indem die Durchführung der Programme von den Kassen vergütet wird.
B5: Vergütung der Leistungen in den Chronikerprogrammen.
A3: Für das Einhalten der Kontrolluntersuchungen bzw. die Teilnahme an Schulungen wäre ein Belohnungssystem für die Patientinnen und Patienten wünschenswert, durch beispielsweise bezahlte Kurse, welche die Patientinnen und Patienten dann besuchen könnten.
A3: Wünschenswert wäre eine qualitative Auswertung der gesammelten Daten für statistische Zwecke zur Qualitätskontrolle der Betreuung. Beispielsweise könnte so eine Vergleichbarkeit zwischen den diversen PVEs geschaffen werden.
A4: Statistische Verwertung der erhobenen Daten zur Qualitäts- bzw. Erfolgskontrolle.
B5: Statistische Auswertung der Chronikerprogramme über alle PVEs hinweg. Hierdurch ließen sich die PVEs vergleichen und die Betreuung qualitativ vereinheitlichen.
B5: Die Qualität der Betreuung bzw. der Verlauf einer chronischen Erkrankung sollte für jede chronische Erkrankung anhand mindestens einem, maximal zwei Qualitätsindikatoren ausgemacht werden. Beispiele für solche Qualitätsindikatoren wären: HbA1c und Fußstatus für Diabetes mellitus, Blutdruckwerte für Hypertonie und CAT Testung für COPD.
A3: Therapieziele sollten genauer definiert werden. Bei den meisten Krankheiten gibt es keine eindeutigen Biomarker, wie beispielsweise das HbA1c bei Diabetes mellitus, die eine genaue Verlaufskontrolle ermöglichen. Zum Beispiel bräuchte man beim Hypertonyker Programm für eine objektivere Blutdruckbewertung regelmäßige 24-Stunden-Blutdruckmessungen, die dann auch honoriert werden.
A4: Um die Bürokratie zu verschlanken wäre es wünschenswert, in Anlehnung an Therapie-Aktiv, ein übergeordnetes Management zu schaffen. Es sollte eine Aufzeichnung aller Patientinnen und Patienten geben, anhand derer die PVEs quartalsweise Erinnerungslisten erhalten, bei wem die Kontrolluntersuchungen ausständig sind.
B1: Mehr Aufklärung über die Chronikerprogramme in der Bevölkerung.
B3: Mehr Öffentlichkeitsarbeit um die Bevölkerung über die Existenz, den Ablauf und den Nutzen der Chronikerprogramme aufzuklären. Weiters wäre mehr Öffentlichkeitsarbeit bezüglich der Themen Krankheitsprävention, Gesundheitskompetenz und gesundheitsfördernder Maßnahmen sinnvoll, da hierbei das Bewusstsein der Bevölkerung oftmals noch als unzureichend empfunden wird.
B3: Aus pflegerischer Sicht könnten noch mehr Aufgaben von der ärztlichen auf die pflegerische Seite übertragen werden, um die Ärztinnen und Ärzte noch mehr zu entlasten.
B4: Integrierung weiterer Berufsgruppen in den Chronikerprogrammen - im Konkreten in den Bereichen Diätologie, Physiotherapie und Sozialarbeit.
B5: Um eine ganzheitliche Patientenbetreuung mit möglichst kurzen Behandlungswegen gewährleisten zu können, müssten Gesundheitszentren geschaffen werden, die <u>vor Ort</u> ein

interprofessionelles Team aufweisen. Die diversen Berufsgruppen würden unter anderem ermöglichen, eine Vielzahl an unterschiedlichen gesundheitsfördernden Workshops anzubieten, die somit leicht zugänglich für die Patientinnen bzw. Patienten wären. Diese Möglichkeit wird derzeit in Österreich von der/dem Interviewten noch als unzureichend empfunden.

**Tabelle 6: Interview-Statements - Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung**

Kernaussagen in Tabelle 6:

- Hilfestellung bei Neuimplementierung der Chronikerprogramme in einer PVE durch eine erfahrene DGKP. (A1)
- Schaffung finanzieller und zeitlicher Ressourcen zur Freistellung mind. von ein bis zwei DGKPs für die Chronikerprogramme. (A1, A3, B2-5)
- PVE-einheitliche Dokumentation mittels eines in die hausinterne Arztsoftware integrierten Programms. (A1-2, A4, B4) → siehe 3.6.4 Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration
- Erstellen von Chronikerprogramm-Registern über wichtige Patienteninformationen. (B5)
- Mind. einmal jährliche Fortbildungen für alle Berufsgruppen. (A2, B3)
- Teilweise noch Überarbeitung und Vereinfachung der Betreuungsalgorithmen von Nöten. (A3, A4, B1)
- Leistungsgebundenes Honorierungssystem. (A1, A3-4, B1, B3, B5)
- Schaffung eines Belohnungssystems für Patienten/-innen für die Einhaltung der Kontrolltermine bzw. für die erfolgreiche Teilnahme an Schulungen. (A3)
- Statistische Auswertung der Chronikerprogramme zur Qualitätskontrolle der Betreuung und zur Vergleichbarkeit über PVEs hinweg. (A3-4, B5)
- Überwachung des Krankheitsverlaufs bzw. der Betreuungsqualität anhand von ein bis maximal zwei Qualitätsindikatoren pro Erkrankung. (A3, B5)
- Organisation der Chronikerprogramme durch ein übergeordnetes Management. (A4)
- Mehr Öffentlichkeitsarbeit über die Chronikerprogramme. (B1, B3)
- Noch mehr Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf die Pflege. (B3)
- Integrierung weiterer Berufsgruppen in die Chronikerprogramme. (B4-5)

**3.1.5 Vorschläge selbst oder intern im Team einen Beitrag zu den Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung zu leisten**

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, ob die Interviewten selbst oder intern im Team einer PVE einen Beitrag zu den Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung leisten könnten.

<b>Vorschläge einen Beitrag zu den Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung leisten zu können</b>
A3: Regelmäßige Überprüfung der Therapieadhärenz durch das Gesundheitspersonal
B1: Einladung der Patientinnen und Patienten bzw. Erinnerung an die Kontrolltermine durch das Gesundheitspersonal. Mehr Aufklärung des Gesundheitspersonals, vor allem der Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten, auf diese Einladungen nicht zu vergessen.
A4: Ausschlaggebend ist die Berufserfahrung der Pflege bzw. die gegenseitige Unterstützung in der Praxis zum Austausch von Erfahrungen und dass der Pflege Zeit gegeben wird in diese Art der Patientenbetreuung reinzukommen.

B2: Terminierung der Kontrolltermine außerhalb der Ordinationszeiten.
B3: Arbeitstechnisch flexibler Zugang an die Abläufe in den Chronikerprogrammen - angepasst an die tagtäglichen Gegebenheiten in einer Ordination.
B3: Gewissenhafte und genaue Durchführung des Erstgesprächs, um bei den Folgegesprächen bzw. -terminen hierauf aufbauen zu können und sind somit Zeit zu ersparen.
B5: Aufmerksames Mitdenken, um keine notwendigen Arbeitsschritte zu übersehen und eventuell zusätzliche Untersuchungen bei Hinweisen auf weitere chronische Erkrankungen durchzuführen.
B4: Versuch von Seiten der DGKPs und Ordi-Assistentinnen bzw. Ordi-Assistenten die Aufgaben mangelhaft vertretener Berufsgruppen in den Chronikerprogrammen zu übernehmen - im Konkreten in den Bereichen Diätologie, Physiotherapie und Sozialarbeit. Allerdings fehlt ihnen hierzu die nötige Ausbildung und Zeit. Eine Integration dieser Berufsgruppen würde daher zur Reduktion der Arbeitsauslastung beitragen.

**Tabelle 7: Interview-Statements - Vorschläge einen Beitrag zu den Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung leisten zu können**

Kernaussagen in Tabelle 7:

- Regelmäßige Überprüfung der Therapieadhärenz durch das Gesundheitspersonal. (A3)
- Regelmäßig durchgeführte Patienten-Einladungen zu den Kontrollterminen. (B1)
- Mitbringen einer ausreichenden Berufserfahrung. (A4)
- Gegenseitige Unterstützung im Team, Austausch von Erfahrungen. (A4)
- Terminierung der Kontrolltermine außerhalb der Ordinationszeiten. (B2)
- Arbeitstechnisch flexibler Zugang an die Chronikerprogramme – angepasst an die alltäglichen Gegebenheiten in einer Ordination. (B3)
- Gewissenhafte, genaue und aufmerksame Durchführung der Chronikerprogramme. (B3, B5)
- Trotz mangelnder Ausbildung Versuch des Gesundheitspersonals die Aufgaben mangelhaft vertretener Berufsgruppen in den Chronikerprogrammen zu ersetzen. (B4)

## 3.2 Patientenverhalten

### 3.2.1 Rekrutierung der Patientinnen und Patienten – nur ärztlich

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, wie die ärztliche Rekrutierung der Patientinnen und Patienten für die Chronikerprogramme erfolgt. Befragt wurden hierbei nur die Ärztinnen und Ärzte.

Rekrutierung der Patienten/-innen
A1: Rekrutierung erfolgt im Rahmen des ärztlichen Gesprächs. Meist in Akutsituationen, wenn die Patientinnen und Patienten erstmalig vorstellig werden oder im Zuge eine Gesundenuntersuchung. Ein kleiner Teil kommt selbstständig, um sich betreuen zu lassen.
A3: Rekrutierung im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen bei Auffälligkeiten oder bei Übernahme von Patientinnen und Patienten mit schon bestehender Diagnose einer chronischen Krankheit. Angeleitet wird die Rekrutierung durch die Ärztinnen und Ärzte, die Vorbereitung für die Chronikerprogramme erfolgt dann durch die Pflege.
A2: Durch Ärzte im Rahmen der ärztlichen Konsultation.
A4: Rekrutierung erfolgt durch Ordi-Assistentinnen bzw. Ordiassistenten, bei der ärztlichen Visite und durch DGKPs - vor allem im Rahmen eines Pflegeaufnahmegesprächs bei neuen Patientinnen und Patienten.
A2: Durch Ordi-Assistentinnen und Ordi-Assistenten, die anhand der Dauermedikation die Patientinnen und Patienten erkennen.
A2: Am häufigsten durch DGKPs während Laborkontrollen oder anderen Konsultationsgründen.

Tabelle 8: Interview-Statements - Rekrutierung der Patienten/-innen

Kernaussagen in Tabelle 8:

- Durch Ärzte/-innen im Rahmen diverser ärztlicher Konsultation. (A1-4)
- Ein kleiner Anteil der Patienten/-innen kommt eigenständig. (A1)
- Durch die Ordinationsassistenten/-innen, die potenziell passende Patienten/-innen beim Empfang anhand ihrer Dauermedikation erkennen. (A2, A4)
- Bei Kontakten mit der Pflege (z.B.: Pflegeaufnahmegespräche, Laborkontrollen) (A2, A4)

### 3.2.2 Interesse zur Teilnahme an den Chronikerprogrammen – nur ärztlich

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, wie Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner das initiale Interesse zur Teilnahme an den Chronikerprogrammen während ihrer Arbeit in den Programmen wahrgenommen haben. Befragt wurden hierbei nur die Ärztinnen und Ärzte.

Interesse zur Teilnahme an den Chronikerprogrammen
A3: Sehr hohes Interesse bei den Chronikerprogrammen teilzunehmen. Patientinnen und Patienten fühlen sich gut versorgt und betreut.
A4: Hypertonie und Osteoporose funktionieren gut. Depressio funktioniert eher weniger gut. Bei COPD und Asthma sind viele bereits bei Pulmologinnen oder Pulmologen in Betreuung.
A1: Etwa 2/3 - 3/4 sind interessiert. Manche sind bereits woanders in einem DMP eingeschrieben.

A2: 80% sind positiv gestimmt bezüglich der regelmäßigen Follow-Up Terminen. 20%, vor allem Männern, kommen nicht mehr aufgrund des zeitlichen Aufwands.
A2: Initiale Unsicherheit, weil Patientinnen und Patienten glauben ein "Versuchskaninchen" in einer Studie zu sein". Das rekrutierende Gesundheitspersonal versucht daher die Aussage zu meiden, dass die Patientinnen und Patienten in einem "Programm" teilnehmen.
A4: Anfängliche Skepsis, mittlerweile jedoch gute Akzeptanz. Mittlerweile sind Patientinnen und Patienten schon an die interprofessionelle Betreuung in der PVE gewohnt. Bedingt auch durch Therapie-Aktiv, bei dem sich das Patientengut oftmals mit jenem der Chronikerprogramme überschneidet.
A4: Im Verlauf Steigerung des Interesses an den Chronikerprogrammen teilzunehmen aufgrund der vielen Aufklärungsarbeiten von Seiten der Pflege.

**Tabelle 9: Interview-Statements - Interesse zur Teilnahme an den Chronikerprogrammen**

Kernaussagen in Tabelle 9:

- Hohes Interesse zur Teilnahme ( $\frac{2}{3}$  bis  $\frac{3}{4}$  sind interessiert) – v.a. bei Hypertonie und Osteoporose. Geringeres Interesse bei Depressio. Bei COPD und Asthma bei vielen Patienten/-innen bereits Betreuung durch Fachärzte/-innen. (A1, A3-4)
- 80% positive Einstimmung hinsichtlich der regelmäßigen Kontrolltermine. (A2)
- Initiale Skepsis gegenüber den Programmen, mittlerweile jedoch gute Akzeptanz. (A2, A4)
- Im Verlauf Steigerung des Interesses aufgrund der Aufklärungsarbeit von Seiten der Pflege. (A4)

**3.2.3 Terminvereinbarung für Kontrolluntersuchungen – nur pflegerisch**

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, wie die Terminvereinbarungen für die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen erfolgen. Befragt wurden hierbei nur die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger.

<b>Terminvereinbarung für Kontrolluntersuchungen</b>
B1: Während den Kontrollterminen wird bereits versucht einen Termin für die nächste Kontrolle auszumachen.
B5: Es wird versucht beim Kontrolltermin bereits den Termin für die nächste Kontrolluntersuchung auszumachen. Sollte dies nicht möglich sein, ruft die betreuende DGKP zur Erinnerung die Patientin bzw. den Patienten an. Für die pflegerische Erstuntersuchung gibt es eine Liste, auf die Ärztinnen/Ärzte, Kollegen-DGKPs oder Ordinations-Assistentinnen/-Assistenten Zugriff haben, um potenzielle neue Patientinnen bzw. Patienten für die Chronikerprogramme einzutragen. Die eingetragenen Personen in der Liste ruft die betreuende DGKP an, um einen Ersttermin zu vereinbaren.
B3: Kurzfristige Termine innerhalb der nächsten drei Monate werden von den DGKPs direkt im Zuge eines Kontrolltermins ausgemacht. Bei Terminen weiter in der Zukunft wollen sich die Patientinnen und Patienten in den meisten Fällen selbst melden, was oftmals nicht erfolgt. Daher müssen die DGKPs regelmäßig die Patientenliste für die Chronikerprogramme durchschauen, um ausstehende Kontrolltermine zu erkennen und diese Patientinnen und Patienten proaktiv telefonisch wieder einzuladen.
B1: Die Excel Listen der Chronikerprogramme werden vom Gesundheitspersonal überprüft, bei wem wieder eine Kontrolle und somit eine Termineinladung ausständig ist. Dies stellt einen großen zeitlichen Aufwand für das Gesundheitspersonal dar.
B2: In dieser PVE wird eine handschriftliche Liste über die Kontrolltermine einer Patientin bzw. eines Patienten geführt. Diese Liste wird durchgesehen und wenn der nächste

Kontrolltermin fällig ist, wird das in der Ordinationssoftware vermerkt. Patientinnen und Patienten, die in die Ordination kommen, um zum Beispiel Medikamente abzuholen, werden direkt angesprochen. Jene anderen werden telefonisch oder per E-Mail kontaktiert.
B4: Sofort Terminvereinbarung durch die betreuende DGKP oder Patientin bzw. Patient soll sich selbst melden oder durch die Ordi-Assistentinnen bzw. Ordi-Assistenten, wenn die Patientin bzw. der Patient beispielsweise Medikamente abholt.

**Tabelle 10: Interview-Statements - Terminvereinbarung für Kontrolluntersuchungen**

Kernaussagen in Tabelle 10:

- Wenn möglich Terminvereinbarung bereits zum Konsultationszeitpunkt. (B1, B3-5)
- Proaktiv per E-Mail oder telefonische Einladungen zu Kontrollterminen von Seiten des Gesundheitspersonals. Hierzu regelmäßige Durchsicht von den PVE-internen Excel- oder handschriftlichen Patientenlisten in den Chronikerprogrammen notwendig → zeitintensiv. (B1-3, B5)
- Erinnerung durch Ordinationsassistenten/-innen bei anderweitigen Besuchen der Patienten/-innen in der Praxis. (B2, B4)
- Selbstständige Terminorganisation durch die Patienten/-innen (funktioniert tendenziell eher bei Wenigen). (B3-4)

**3.2.4 Einhaltung der Kontrolltermine – nur pflegerisch**

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, wie DGKPs die Motivation zur Einhaltung der Kontrolltermine während ihrer Arbeit in den Programmen wahrgenommen haben. Befragt wurden hierbei nur die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger.

<b>Einhaltung der Kontrolltermine</b>
B4: Mehrheitlich und Tendenz steigend werden die Kontrolltermine eingehalten, jedoch häufig telefonische Erinnerung nötig.
B5: In 90 - 95% der Fälle werden die pflegerischen Erst-, sowie Kontrolluntersuchungen eingehalten.
B2: 80% der Patientinnen und Patienten sind froh über die Betreuung in den Chronikerprogrammen und halten die Kontrolltermine ein.
B3: Mehrheitlich werden die Kontrolltermine eingehalten, vor allem wenn es sich um kurzfristige Termine handelt (innerhalb von 3 Monaten) oder wenn eine Patientin bzw. ein Patient einen hohen Leidensdruck verspürt, da ihre/seine Erkrankung noch nicht gut eingestellt ist.
B1: Je weiter die nächsten Kontrolltermine in der Zukunft liegen (zB.: in einem Jahr), desto eher werden diese Termine von den Patientinnen und Patienten vergessen bzw. vernachlässigt. Je kurzfristiger die Termine sind (zB.: in drei Monaten), desto eher halten die Betroffenen die Kontrollen ein.
B4: Regelmäßige Erinnerungen bei Praxisbesuchen der Patientinnen und Patienten, wie beispielsweise bei Blutabnahmen oder Medikamenten-Abholungen, erhöhen das Interesse die Kontrolltermine einzuhalten.
B4: Anfängliche Gewöhnungsphase für Patientinnen und Patienten, dass kein Arzt-Patienten-Kontakt, sondern ein Pflege-Patienten-Kontakt erfolgt.
B4: Gründe für das Nichterscheinen zu den Kontrollterminen sind Zeitmangel, fehlendes Interesse und Vergessen.
B2: Oftmals sind Terminverschiebungen notwendig aufgrund terminlicher Veränderungen in der Arbeit bei den Patientinnen und Patienten.

B2: Ein paar negieren die Krankheit. Solche Patientinnen und Patienten werden nach einiger Zeit aus dem Programm ausgeschlossen, da keine Compliance vorhanden ist.

**Tabelle 11: Interview-Statements - Einhaltung der Kontrolltermine**

Kernaussagen in Tabelle 11:

- Mehrheitlich (Schätzungen zufolge 80 – 95% der Fälle) und Tendenz steigend erfolgt die Einhaltung der Kontrolltermine. (B2-5)
- Steigerung des Interesses zur Einhaltung der Kontrolltermine durch regelmäßige Termin-Erinnerungen, durch kurzfristige Terminvergaben und bei hohem Leidensdruck. (B1, B3-4)
- Gründe für das Nichterscheinen zu den Kontrollterminen sind Zeitmangel, kurzfristige Terminänderungen, fehlendes Interesse, Negieren der eigenen Erkrankung, Vergessen, sowie eine initiale Gewöhnungsphase an die neue pflegerische Betreuungsmodalität. (B2, B4)

**3.2.5 Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele**

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, wie das Gesundheitspersonal die Motivation der Patientinnen und Patienten zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele während der Arbeit in den Programmen wahrgenommen haben.

<b>Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele</b>
B5: 1/3 ist sehr motiviert, mit einem 1/3 lässt sich an der Motivation arbeiten und 1/3 ist und bleibt unmotiviert.
A1: Die meisten sind motiviert zur Einhaltung ihrer Gesundheitsziele durch die Chronikerprogramme. Es kommt zu weniger Komplikationen und weniger Entgleisungen, die einen stationären Aufenthalt notwendig machen würden.
A3: Mehrheitlich ist die Motivation bei den Patientinnen und Patienten vorhanden ihre Gesundheitsziele einzuhalten, vor allem wenn ihr Krankheitsverständnis und die Therapieeinsicht hoch ist.
A4: Großteil der Patientinnen und Patienten kommen zu den Follow-Up Terminen. Jene Patientinnen und Patienten, die regelmäßig zu den Kontrollterminen kommen bzw. sich auch aktiv Kontrolltermine ausmachen, zeigen Motivation zur Einhaltung ihrer Gesundheitsziele. Bei jenen Patientinnen und Patienten, die sich trotz mehrmaligen Erinnerungsanrufen nur schwer motivieren lassen für die Kontrolltermine, können die Chronikerprogramme keine Verbesserung der Motivation zur Einhaltung der Gesundheitsziele erreichen.
B1: Es werden gemeinsam mit der Pflege Gesundheitsziele für die Patientinnen bzw. Patienten gesetzt (zB.: Laborwert- oder Lebensstilfaktoren-Verbesserung) und diese werden größtenteils auch eingehalten.
B2: Der Großteil ist motiviert zur Einhaltung der Gesundheitsziele.
B4: Mehrheitliche Tendenz die Blutdruckziele einzuhalten und zu überwachen.
B3: Mehrheitlich besteht Motivation zur Einhaltung der individuellen Gesundheitsziele. Diese Motivation ist abhängig von einer guten Gesundheitskompetenz und den aktuellen Lebensumständen der Patientinnen und Patienten.
A1: Patientinnen und Patienten berichten von einer verbesserten Lebensqualität.
A2: Die Patientinnen und Patienten in den Programmen Diabetes, Hypertonie und Osteoporose sind sehr motiviert die Gesundheitsziele und Kontrolltermine regelmäßig einzuhalten.

A2: Chronikerprogramme haben viel Potential bei Osteoporose, weil das eine untertherapierte Krankheit ist, aufgrund des Unwissens der Ärztinnen und Ärzten und der Patientinnen und Patienten.
A2: Depressio ist sehr aufwändig und läuft schlecht → denn: DGKPs fehlt die Schulung für Depressio. Langzeit chronische Depressio Patientinnen und Patienten kommen eher nicht zu den Follow-Up Terminen und es kann kein Betreuungserfolg beobachtet werden. Solche Menschen sollten von Psychiaterinnen und Psychiater betreut werden. Das Depressio Programm ist hilfreich bei jungen Menschen bei akuten depressiven Episoden (kurz vorm Burnout oder mit einem kürzlich erlebten psychischen Trauma). Hierbei kann man noch viel verändern, wenn Patientinnen und Patienten regelmäßig überwacht werden.
A2: COPD und Asthma sind nur sehr wenige Patientinnen und Patienten. Sie werden daher für regelmäßige Kontrollen eher zu Pulmologinnen und Pulmologen geschickt.
A3: Motivationsfaktoren zur Einhaltung der Gesundheitsziele sind der Erhalt bzw. die Verbesserung des Wohlbefindens, der Lebensqualität und die mögliche Ersparnis von Medikamenten bei Einhaltung der empfohlenen Therapie.
A2: Patientinnen und Patienten mit Krankheiten, die mit Messwerten objektiviert werden können, lassen sich leichter motivieren.
B2: Messwerte, wie Blutdruck, Gewicht oder Laborwerte, motivieren sehr.
B2: Gründe warum Patientinnen und Patienten die Gesundheitsziele nicht verfolgen: Verleugnung der Krankheit, Demenz bzw. der Hauptgrund sind eventuell vorhandene Sprachbarrieren.
B2: Auch bei anderweitigen Kontakten mit den Patientinnen und Patienten, unabhängig von den Kontrollterminen, erinnert das Gesundheitspersonal die Patientinnen und Patienten die Gesundheitsziele zu verfolgen und fragt nach dem aktuellen Wohlbefinden.
B4: Die Patientinnen und Patienten hinsichtlich Bewegung und Ernährung für einen gesunden Lebensstil zu motivieren, gestaltet sich teilweise schwierig. Dadurch dass jedoch im Zuge der Chronikerprogramme ein regelmäßiger Patientenkontakt durch die vielen Kontrolltermine erfolgt, können Patientinnen und Patienten Schritt für Schritt über einen gesunden Lebensstil aufgeklärt und herangeführt werden.

**Tabelle 12: Interview-Statements - Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele**

#### Kernaussagen in Tabelle 12:

- Mehrheitlich besteht Motivation zur Einhaltung der Gesundheitsziele (A1-4, B1-5) – v.a. in den Programmen Hypertonie, Osteoporose und Diabetes, jedoch weniger in den Programmen Depressio, COPD und Asthma. (A2)
  - Hohes Potenzial bei Osteoporose. (A2)
  - Chronische Depression sollte eher fachärztlich betreut werden. (A2)
  - Bei COPD und Asthma oftmals bereits fachärztliche Betreuung vorhanden. (A2)
- Das Motivieren zur Einhaltung eines gesunden Lebensstils gestaltet sich teilweise schwierig. (B5)
- Das Einhalten der Gesundheitsziele verbessert die Lebensqualität und es kommt zu weniger Hospitalisierungen durch Komplikationen. (A1)
- Motivationsfaktoren oder Gründe für das Einhalten der Gesundheitsziele sind (A2-4, B1-4):
  - Der Erhalt bzw. die Verbesserung der Lebensqualität.
  - Die mögliche Ersparnis von Medikamenten.
  - Eine mögliche Verlaufsbeobachtung anhand objektivierbarer Gesundheitsparameter (z.B.: Blutdruck, Gewicht, Laborwerte).

- Vorhandensein einer hohen Gesundheitskompetenz, eines hohen Krankheitsverständnisses, einer hohen Therapieeinsicht.
- Das regelmäßige Besuchen der Kontrolltermine.
- Regelmäßige Aufklärungen über einen gesunden Lebensstil.
- Gründe für das Nicht-Einhalten der Gesundheitsziele sind: Verleugnung der Erkrankung, Demenz, sowie eventuell vorhandene Sprachbarrieren. (B2)

### 3.2.6 Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, ob die Chronikerprogramme eine Veränderung in der Adhärenz erzielt haben und wenn ja, inwiefern sich dies bemerkbar macht.

Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme
Adhärenzverbesserung durch die Chronikerprogramme. (A2, B2)
A1: Adhärenzverbesserung aufgrund verbesserter Struktur und Organisation.
B3: Adhärenzverbesserung merklich durch das DMP Depression, da früher viele Patientinnen und Patienten aufgrund der Wirksamkeit der Antidepressiva und deren Nebenwirkungen die Medikation eigenständig wieder abgesetzt haben. Durch die enge Anbindung an die Chronikerprogramme kann dies verhindert werden.
B3: Adhärenzverbesserung merklich durch das DMP Asthma und COPD, da hier die Chronikerprogramme bei der Aufklärung zur richtigen Medikamenteneinnahme bzw. Inhalation ansetzen.
B5: Verbesserung der Adhärenz durch die Chronikerprogramme, vor allem bei Asthma und COPD Patientinnen und Patienten. Ein Grund hierfür ist die regelmäßige Aufklärung über beispielsweise die Therapie.
B1: Adhärenzverbesserung durch die Chronikerprogramme - vor allem bei Patientinnen und Patienten, die bis dato noch ein geringes Krankheitswissen bzw. -verständnis hatten. Bei jenen chronisch Kranken, die initial keine Adhärenzverbesserung zeigen, kann ein erneutes Aufklärungsgespräch über ihre Krankheit helfen.
A3: Adhärenzverbesserung durch die Chronikerprogramme, aufgrund der Verbesserung des Krankheitsverständnisses und der Therapieeinsicht, sowie der verstärkten Einbindung der Patientinnen und Patienten in den Betreuungsablauf in den Programmen. Die Patientinnen und Patienten fühlen sich dadurch weniger selbst überlassen und können eine Ansprechperson bei auftretenden Komplikationen bzw. Nebenwirkungen kontaktieren, anstatt eigenständig ohne Rücksprache die Therapie abzubrechen oder zu verändern.
A3: Therapie-Aktiv ist ein Paradebeispiel für die Verbesserung der Therapieadhärenz durch ein DMP. Die Adhärenzverbesserung im Rahmen der Chronikerprogramme ist derzeit noch in kleinerem Ausmaß merkbar. Die langen Gespräche und die Krankheitsaufklärungen im Zuge der Chronikerprogramme fördern das Krankheitsverständnis.
B3: Verbesserung der Adhärenz durch die Chronikerprogramme dahingehend, dass die Patientinnen und Patienten wissen, dass sie eine Kontaktperson haben bei Fragen zur Therapie oder bei Symptomverschlechterung.
B2: Vor allem Verbesserung in der Adhärenz bei Frauen und bei jung bis mittelalten Patientinnen und Patienten.
A4: Beim Großteil der Patientinnen und Patienten in dieser PVE keine Verbesserung in der Adhärenz. Bei jenen Patientinnen und Patienten, die offen gegenüber den Chronikerprogrammen sind, haben die Chronikerprogramme eine Adhärenzverbesserung erzielt. Chronikerprogramme erreichen die Masse noch nicht so wie vergleichsweise Therapie-Aktiv.
A3: Regelmäßige Erinnerungen zur Therapie-Einhaltung während jeglicher Konsultationstermine in der Ordination fördern die Adhärenz.

B4: Verbesserung der Adhärenz und Gesundheitskompetenz durch die regelmäßigen Patientengespräche in den Chronikerprogrammen.
B3: Die Umsetzung von Lebensstilmodifikationen gestaltet sich mit und ohne Chronikerprogramme schwierig. Regelmäßige Erinnerungen zur Lebensstilmodifikation und das Vorhandensein einer Kontaktperson für Fragen in den Chronikerprogrammen hilft hierbei.
B2: Gründe für die Motivation die Therapie einzuhalten: Besserung von Messwerten, Wohlbefinden steigt, Symptomlinderung.

**Tabelle 13: Interview-Statements - Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme**

Kernaussagen in Tabelle 13:

- Adhärenzverbesserung durch die Chronikerprogramme feststellbar. (A1-3, B1-5)
- Beim Großteil der Patienten/-innen keine Adhärenzverbesserung durch die Chronikerprogramme bemerkbar. (A4)
- Adhärenzverbesserung merklich v.a.
  - In den Programmen Depression (B3), Asthma und COPD. (B3, B5)
  - Bei Patienten/-innen mit initial geringem Krankheitsverständnis bzw. geringer Therapieeinsicht. (B1)
  - Eher bei Frauen in jungen bis mittlerem Alter. (B2)
- Gründe für die Adhärenzverbesserung in den Chronikerprogrammen:
  - Verbesserte Betreuungsstruktur/-Organisation im Sinne einer verstärkten Einbindung der Patienten/-innen in den Betreuungsablauf und dem Vorhandensein einer Kontaktperson bei Fragen. (A1, A3, B3)
  - Regelmäßige Therapie-/Krankheitsaufklärungen durch das Gesundheitspersonal. (A3, B1, B3-5)
  - Verbesserung des Krankheitsverständnisses und der Therapieeinsicht durch die Chronikerprogramme. (A3)
  - Besserung von Messwerten. (B2)
  - Symptomlinderung. (B2)

### 3.2.7 Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, ob die Chronikerprogramme eine Veränderung im Patientenempowerment erzielt haben und wenn ja, inwiefern sich dies bemerkbar macht.

Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme
B1: Verbesserung der Gesundheitskompetenz und der Eigenverantwortung bei dem Großteil der Patientinnen und Patienten durch die Chronikerprogramme.
B2: Verbesserung des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses.
B2: Verbesserung in der Patienteneigenverantwortung - vor allem bei Patientinnen und Patienten im mittleren Alter (30 - 50 Jahre). Bei älteren Menschen eher keine Motivation vorhanden ihren gewohnten Lebensstil zu ändern und an den Kursen teilzunehmen.
B4: Bei dem jüngeren Patientenkollektiv Verbesserung hinsichtlich Patientenempowerment. Dies ist jedoch auch dadurch bedingt, dass dieses Patientenkollektiv gesundheitsbewusster ist und sich mehr im Internet informiert.
B3: Verbesserung der Eigenverantwortung und der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten durch die ganzheitliche und regelmäßige Betreuung in den Chronikerprogrammen.

B3: Vor allem bei den Osteoporose und COPD Patientinnen und Patienten können die Chronikerprogramme eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung bewirken, da diese Patientengruppen sehr unterinformiert sind bezüglich ihrer Krankheit.
A2: Vor allem Gesundheitskompetenzverbesserung in den Programmen Diabetes, Hypertonie und Osteoporose.
A1: Teilweise Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Patientenempowerment wahrscheinlich am ehesten bei Hypertonie und Diabetes Patientinnen verbessert - aufgrund von Schulungen.
A2: Gesundheitskompetenzverbesserung durch vermehrte Aufklärung und durch Flyer über vor allem Ernährung und Bewegung.
B5: Verbesserung des Patientenempowerments durch die Chronikerprogramme. Dies erfordert jedoch eine langwierige regelmäßige Aufklärungsarbeit. Beeinflussend ist außerdem das vorab vorhandene Wissen und Interesse zur Gesundheitserhaltung, sowie der bestehende Leidensdruck durch die Erkrankung.
A3: Verbesserung des Patientenempowerments/der Selbstmanagementfähigkeiten der Patientinnen und Patienten aufgrund der Förderung der Gesundheitskompetenz und des Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnisses durch die Gespräche in den Chronikerprogrammen. Patientinnen und Patienten verstehen besser ihre aktive Rolle hinsichtlich präventiver Maßnahmen, um das Fortschreiten ihrer Erkrankung zu verhindern.
A4: Beim Großteil der Patientinnen und Patienten in dieser PVE keine Verbesserung in der Patienteneigenverantwortung. Nur vereinzelt eine Verbesserung bemerkbar → denn: In dieser PVE haben ca. 20% der Patientinnen und Patienten Deutsch als Muttersprache. Patientengut in dieser PVE ist viel mit Armut, Migration, schlechten Gesundheitszuständen und schlechter Gesundheitskompetenz konfrontiert.
A1: Schwierig eine Veränderung im Patientenempowerment auszumachen, da kein objektivierbares Bewertungstool vorhanden ist.

**Tabelle 14: Interview-Statements - Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme**

Kernaussagen in Tabelle 14:

- Verbesserung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme feststellbar. (A1-3, B1-5)
- Keine bis kaum Verbesserung im Patientenempowerment bemerkbar. (A4)
- Verbesserung im Empowerment v.a. festzustellen:
  - Bei jungen bis mittelalten Patienten/-innen (30 – 50. Lebensjahr). (B2, B4)
  - In den Programmen Osteoporose (A2, B3), COPD (B3) und Hypertonie. (A2)
- Gründe für eine Verbesserung des Empowerments durch die Chronikerprogramme:
  - Ganzheitliche und regelmäßige Patientenbetreuung. (B3)
  - Regelmäßige Schulungen/Aufklärungen/Gespräche. (A1-3, B5)
  - Ausgeteilte Flyer über Ernährung und Bewegung. (A2)
- Beeinflussende Faktoren des Patientenempowerments:
  - Vorab vorhandenes Wissen zur Gesundheitserhaltung. (B5)
  - Der bestehende Leidensdruck durch die Erkrankung. (B5)
  - Soziodemographische Faktoren. (A4)

### 3.3 Kompetenzaufteilung

#### 3.3.1 Stärken einer Kompetenzaufteilung

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, was mögliche Stärken bzw. Vorteile einer Kompetenzaufteilung sind.

Stärken einer Kompetenzaufteilung
A1: Eine verschriftlichte klar definierte Kompetenzaufteilung ist wichtig und notwendig, um Klarheit über die Verantwortlichkeiten der diversen Berufsgruppen zu schaffen im Sinne einer klar verschriftlichten Aufgabenverteilung und einer klaren Zuteilung zu den Arbeitsschritten.
A2: Klare Aufgabenaufteilung.
B3: Schafft Klarheit über die Verantwortlichkeiten und verhindert das Übersehen von Arbeitsschritten.
B4: Die schriftliche Kompetenzaufteilung in den Chronikerprogrammen schafft für die Pflege mehr Klarheit hinsichtlich ihrer Zuständigkeiten und ihrem Tätigkeitsgebiet.
B5: Sorgt für Klarheit über die Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten der involvierten Berufsgruppen.
A2: Eine Kompetenzaufteilung ermöglicht allen Berufsgruppen die Orientierung im Behandlungsablauf zu behalten.
B1: Vor allem initial beim Arbeitseinstieg in die Chronikerprogramme erhält man durch solch eine klar definierte, verschriftlichte Kompetenzaufteilung Klarheit und Struktur hinsichtlich der zu erledigenden Aufgaben.
A2: Reduziert das Vergessen von Arbeitsschritten.
A3: Durch eine Kompetenzaufteilung liegt die Verantwortung nicht mehr ausschließlich bei den Ärztinnen und Ärzten, sondern wird aufgeteilt.
B2: Mehr Kompetenzen für die Pflege.
A3: Eine Kompetenzaufteilung stärkt die beteiligten Berufsgruppen in ihrem Handeln.
A4: Verschafft den DGKPs mehr Sicherheit bzw. Selbstbewusstsein in ihrem Aufgabenbereich und sorgt für ein selbstständigeres Arbeiten der Pflege.
A3: Selbstständiges bzw. eigenverantwortliches Handeln bereitet Freude und ist sinnvoll.
A3: Eine Kompetenzaufteilung fördert und stärkt auch das Miteinander der Berufsgruppen in einer Ordination.
B5: Die Chronikerprogramme erlauben für DGKPs ein selbstständigeres Arbeiten. Dies stärkt außerdem das Vertrauen zwischen DGKPs und Ärztinnen bzw. Ärzten.

Tabelle 15: Interview-Statements - Stärken einer Kompetenzaufteilung

Kernaussagen in Tabelle 15:

- Verschafft Klarheit über die Verantwortlichkeiten der diversen Berufsgruppen. (A1-2, B3-5)
- Erlaubt die Aufteilung der Verantwortung auf mehrere Berufsgruppen. (A3, B2)
- Verschafft eine arbeitstechnische Orientierung im Betreuungsablauf. (A2, B1)
- Selbstständiges und eigenverantwortliches Handeln bereitet Freude und stärkt das Selbstbewusstsein. (A3-4)
- Fördert berufsübergreifend das Teambuilding. (A3, B5)

### 3.3.2 Schwächen bzw. Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, welche möglichen Schwächen bzw. welche potentiellen Herausforderungen sich durch eine Kompetenzaufteilung ergeben könnten.

<b>Schwächen bzw. Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung</b>
A1: Möglicherweise vorstellbar, dass sich manche in ihrem Gestaltungsspielraum eingeschränkt fühlen und der DGKP nicht alles zutrauen. In dieser PVE aber kein Problem.
A2: Als Ärztin oder Arzt den Überblick zu behalten über die Tätigkeiten der Pflege. Vertrauen in die DGKPs ist notwendig. Basis hierfür ist eine strukturierte Ausbildung für die DGKPs.
A3: Bei einer Kompetenzaufteilung besteht die Gefahr, dass das Gesundheitspersonal bei jeder Kontrolluntersuchung die gesamte Aufgabenliste starr abarbeitet ohne flexibel patientenzentriert nur auf die aktuellen Bedürfnisse einzugehen. Hierdurch kann es zu einem zeitaufwendigen Datensammeln ohne Sinnhaftigkeit bzw. ohne Konsequenz für die Therapie kommen.
A4: Trotz Aufteilung der Aufgaben ist die Selbsteinschätzung seiner Kompetenzen und seine Grenzen zu kennen, wichtig.
B1: Bei manchen Kontrolluntersuchungen durch die DGKPs ist eine ärztliche Rücksprache nötig. Hierbei ist es förderlich die Kontrollterminvereinbarung so zu koordinieren, dass in dieser Zeit bei Bedarf eine ärztliche Konsultation möglich ist, ohne dass hierfür wieder ein neuer Termin notwendig ist, der eine zeitliche Ressource für die Patientinnen und Patienten darstellt.
B2: Um schnell und einfach als DGKP Rücksprachen mit der Ärztin oder dem Arzt halten zu können, muss eine räumliche Nähe in der Ordination vorhanden sein.
B3: Wenn sich die betreuenden Berufsgruppen streng nach Vorgabe nur an ihre Aufgaben halten, kann es vorkommen, wenn eine Berufsgruppe zum Beispiel aufgrund von Zeitmangel ihren Aufgaben nicht nachkommen kann, dass diese Tätigkeiten von niemanden durchgeführt werden.
B4: Bei mangelnder Kommunikation im Team teilweise Unklarheiten über die Zuständigkeiten, wodurch Aufgaben zum Teil redundant erfüllt werden.
B5: Grundsätzlich werden keine Schwächen einer Kompetenzaufteilung gesehen.

**Tabelle 16: Interview-Statements - Schwächen bzw. Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung**

#### Kernaussagen in Tabelle 16:

- Voraussetzungen für eine funktionierende Kompetenzaufteilung, die es zu gewährleisten gilt:
  - Vorhandenes Vertrauen in die Kompetenzen anderer Berufsgruppen. (A1-2)
  - Aufweisen der nötigen Ausbildungen zur Durchführung der Chronikerprogramme. (A2)
  - Kennen seiner eigenen Grenzen/Kompetenzen. (A4)
  - Einfache Kommunikationswege durch eine räumliche Nähe der Berufsgruppen, sowie durch eine zeitliche Koordination der Personalverfügbarkeiten. (B1-2)
- Vorsicht vor starrem Abarbeiten des klar vorgegebenen Betreuungsablaufs, anstatt eines flexiblen Zugangs angepasst an die Bedürfnisse des/der Patienten/-in. (A3)
- Bei mangelnder Kommunikation im Team bzw. bei Unklarheiten über die Verantwortlichkeiten besteht die Gefahr, dass Aufgaben redundant durchgeführt oder übersehen werden. (B3-4)

### 3.3.3 Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, ob und wenn ja, inwiefern sich der Aufgabenbereich des Gesundheitspersonals durch die Chronikerprogramme verändert hat.

Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme
A1: Ja, Verschiebung ärztlicher Ressourcen auf mehr rein ärztliche Tätigkeiten.
A1: Kompetenznutzung der DGKPs. DGKPs haben durchaus die Kompetenz zur Betreuung chronisch Kranker - mit der Möglichkeit zur ärztlichen Kontaktaufnahme bei auftretenden Problemen. Hierdurch kommt es zu einer Aufwertung des Pflegeberufes durch den Erhalt zusätzlicher Kompetenzen und Anerkennung.
A2: Grundsätzlich keine Veränderung im Aufgabenbereich, aber zeitintensiverer Arbeitsaufwand.
A2: Größeres Augenmerk/Awareness für chronische Krankheiten.
A3: Jein, eigentlich keine Veränderung des ärztlichen Aufgabenbereichs, nur insofern, dass die langen Aufklärungsgespräche durch die klare Aufgabenaufteilung von der Pflege verlässlich übernommen werden.
A4: Keine Veränderung im ärztlichen Aufgabenbereich.
B1: Durch die Chronikerprogramme ist es zu folgenden Veränderungen des pflegerischen Aufgabenbereichs gekommen: selbstständigeres Arbeiten, eigene Räumlichkeit für die Gespräche und mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten.
B1: Verschiebung des Tätigkeitsbereichs von der Akutmedizin mehr hin zur Chronikerversorgung.
B2: Aufwertung des Pflegeberufes, weil sie in den Chronikerprogrammen mehr Entscheidungsmöglichkeiten und mehr Entscheidungsgewalt bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten haben.
B2: Ärztinnen und Ärzte stehen sehr unter Zeitdruck bei der Vielzahl an Patientinnen und Patienten. Die Pflege hat, sofern ausreichend Personal vorhanden ist, mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten. → Entlastung der Ärztinnen und Ärzte.
B3: Umfassende Veränderung des pflegerischen Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme. Durch das Hinzukommen zahlreicher Tätigkeiten (zum Beispiel Anamnese- und Beratungsgespräche) werden die pflegerischen Kompetenzen mehr eingesetzt.
B4: Vergrößerung des pflegerischen Aufgabenbereichs → Entlastung für Ärztinnen und Ärzte, da viele Aufgaben von der Pflege übernommen werden. Dadurch mehr ärztliche Ressourcen für andere Patientinnen und Patienten vorhanden.
B4: Aus Sicht der Pflege erfolgt in den Chronikerprogrammen mehr selbstständiges Arbeiten und die Übernahme von mehr Verantwortung durch das eigenständige Treffen von Entscheidungen.
B5: Durch die Chronikerprogramme Zunahme des pflegerischen Aufgabenbereichs und der beruflichen Verantwortung.

**Tabelle 17: Interview-Statements - Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme**

#### Kernaussagen in Tabelle 17:

- Beobachtete Veränderungen im ärztlichen Aufgabenbereich:
  - Verschiebung ärztlicher Ressourcen auf mehr rein ärztliche Tätigkeiten. (A1)
  - Eine chronische Betreuung vorrangig durch die Pflege entlastet die oftmals unter Zeitdruck stehenden Ärzte/-innen. (B2, B4)
  - Ärztlicher Tätigkeitsbereich ist überwiegend unverändert (A2-4).

- Durch die Chronikerprogramme verstärktes Augenmerk auf chronische Krankheiten im alltäglichen Handeln. (A2)
- Beobachtete Veränderungen im pflegerischen Aufgabenbereich:
  - Aufwertung des Pflegeberufs durch zusätzliche Kompetenzen für die Pflege. (A1, B2-5)
  - Selbstständigeres Arbeiten mit mehr Entscheidungsmöglichkeiten und einer größeren Verantwortungsübernahme durch die Pflege. (B1-2, B4-5)
  - Verschiebung des Tätigkeitsbereichs von der Akutmedizin mehr hin zur Chronikerversorgung. (B1)
  - Eigene Räumlichkeiten für die pflegerischen Tätigkeiten. (B1)
  - Die Pflege hat oftmals mehr Zeit für Patienten/-innen. (B1-2)

### 3.3.4 Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, welche Verbesserungen hinsichtlich der Kompetenzaufteilung in den Chronikerprogrammen vom Gesundheitspersonal gewünscht sind.

<b>Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung</b>
(Aus juristischen Gründen) keine Verbesserungswünsche (A1-4, B1-2). Die Aufgabenaufteilung wird als sinnvoll und gut erachtet (A2)
A1: Die Pflege könnte noch mehr Aufgaben übernehmen als aktuell vorgesehen.
B3: Es sollten noch mehr ärztliche Aufgaben von der Pflege übernommen werden, da die zeitlichen Ressourcen der Pflege größer sind.
B5: Sicherstellen, dass die arbeitstechnische Durchführung der Chronikerprogramme in allen PVE gleich erfolgt.

Tabelle 18: Interview-Statements - Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung

Kernaussagen in Tabelle 18:

- Mehrheitlich keine Verbesserungswünsche. (A1-4, B1-2)
- Noch mehr Aufgabenübertragungen auf die Pflege. (A1, B3)
- Sicherstellen einer arbeitstechnisch einheitlichen Durchführung in allen PVE. (B5)

### 3.3.5 Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, ob und wenn ja, inwiefern sich die Arbeitsauslastung des Gesundheitspersonals durch die Chronikerprogramme verändert hat.

<b>Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme</b>
A1: Arbeitsauslastung bei der Behandlung chronischer Krankheiten wurde weniger, da viel durch die DGKPs abgenommen wurde, aber Gesamtarbeitslast ist gleichbleibend, da freiwerdende Ressourcen anderweitig wieder aufgefüllt wurden.
A3: Langfristig wird von ärztlicher Seite vermutet, dass die Arbeitsauslastung durch die Verhinderung von Komplikationen verringert wird, indem man Risikogruppen frühzeitig durch die Chronikerprogramme selektioniert und behandelt.
A3: Die Übernahme der Gespräche durch die Pflege hat die ärztliche Arbeitsauslastung einerseits verringert, jedoch ist auch administrativer Aufwand durch die Chronikerprogramme hinzugekommen, sodass gesamtheitlich derzeit keine ärztliche Entlastung erfolgt. Die ärztliche Arbeit ist somit nicht weniger geworden, sondern hat sich lediglich verändert.

A2: Verstärkte Arbeitsauslastung für DGKPs und Ärztinnen und Ärzten durch die Chronikerprogramme. Noch keine Entlastung für Ärztinnen oder Ärzte erreicht. Hierzu noch hoher Bedarf an Ausbildung bei den DGKPs notwendig, damit die DGKPs mehr Verantwortung übernehmen und selbstständiger arbeiten können.
A3: Vor allem initial stellt die Etablierung der Programme in einer Ordination eine Mehrarbeit dar.
A4: Noch keine Entlastung bezüglich ärztlicher Arbeitsbelastung. Im Vergleich: Therapie-Aktiv entlastet die Ärztinnen und die Ärzte sehr.
B1: Gleichbleibende Arbeitsauslastung bei verändertem Tätigkeitsbereich.
B2: Implementierung der Chronikerprogramme ist am Anfang zeitintensiv - vor allem, wenn nur eine Pflegekraft verantwortlich ist. Durch eine zusätzliche Pflegekraft ist die Arbeitsauslastung wieder ausgeglichen.
B3: Keine Veränderung der pflegerischen Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme.
B4: Steigerung der Arbeitsauslastung aus pflegerischer Sicht um etwa 50% durch die Chronikerprogramme.
B5: Zunahme der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme.

**Tabelle 19: Interview-Statements - Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme**

Kernaussagen in Tabelle 19:

- Reduktion der Arbeitsauslastung hinsichtlich der Betreuung von chronischen Krankheiten. (A1)
- Langfristig erzielt die präventive Medizin in den Chronikerprogrammen vermutlich eine Arbeitslastsenkung. (A3)
- Gleichbleibende Arbeitsauslastung bei verändertem Tätigkeitsbereich. (A3, B1, B3)
- Steigerung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme. (A2, B4-5)
- Derzeit noch keine Entlastung für Ärzte/-innen (A2, A4), da aktuell das Pflegepersonal hierfür noch unzureichend ausgebildet ist (A2).
- Vor allem initial stellt die Etablierungsphase der Chronikerprogramme in einer PVE eine Mehrarbeit dar. (A3, B2)

### 3.3.6 Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, wie es um die Arbeitszufriedenheit des Gesundheitspersonals in den Chronikerprogrammen steht.

<b>Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen</b>
A3: Gefällt die Arbeit in den Chronikerprogrammen.
A4: Gefällt die Arbeit in den Chronikerprogrammen, vor allem die gemeinsame Arbeit mit der Pflege.
A1: Gefällt die Arbeit in den Chronikerprogramme, da die Arbeit wieder mehr auf das medizinische ausgerichtet ist und man sich mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten nehmen kann.
B1: Gefällt die Arbeit in den Chronikerprogrammen - vor allem die Abwechslung Akutmedizin und Chronikerversorgung.
B4: Gefällt die Arbeit in den Chronikerprogrammen, weil man daran wachsen kann.

B2: Arbeit in den Chronikerprogrammen ist aus pflegerischer Sicht lehrreich und macht Spaß.

Hohe Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen. (B3, B5)

A2: Teils teils - zufrieden z.B.: mit der Arbeit im Programm Hypertonie. Zum Teil unzufrieden z.B.: mit der Arbeit in den Programmen Depressio, COPD, Asthma.

**Tabelle 20: Interview-Statements - Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen**

Kernaussagen in Tabelle 20:

- Acht von neun Interviewten gefällt die Arbeit in den Chronikerprogrammen (A1, A3-4, B1-5). Gründe:
  - Die verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit. (A4)
  - Mehr Zeit für Patienten/-innen. (A1)
  - Abwechslung zwischen Akutmedizin und Chronikerversorgung. (B1)
  - Chroniker-Arbeit macht Spaß. (B2)
  - Chroniker-Arbeit ist lehrreich (B2, B4)
- Eine/-r der neun Interviewten berichtete bei den Programmen Depression, COPD und Asthma von einer teils eingeschränkten Arbeitszufriedenheit. (A2)

### 3.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit

#### 3.4.1 Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, was mögliche Stärken bzw. Vorteile einer interprofessionellen Zusammenarbeit sind.

Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit
Interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht einen ganzheitlichen Blick auf die Patienten/-innen (A1-4). Die Erfahrung hat gezeigt, dass Patienten/-innen oft gegenüber den nicht-ärztlichen Berufen ehrlicher sind und mehr preisgeben - zum Beispiel beim Thema finanzielle Möglichkeiten. Jede Berufsgruppe hat eine andere Sichtweise. (A1-3)
B2: Unterschiedliche Informationsgewinnung durch unterschiedliche Berufsgruppen.
A3: Besseres Arbeitsklima zwischen den Berufsgruppen.
B5: Hohes Lernpotenzial bei einer guten Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.
B1: Durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit kann die Betreuung aufgeteilt werden auf mehrere Berufsgruppen. Jede Berufsgruppe kann ihren beruflichen Kompetenzen nachgehen.
B5: Das hohe und breitgefächerte Arbeitspensum in der Medizin erfordert eine Arbeitsaufteilung unter diversen Personen/Berufen.
B3: Verbesserung des Patientenoutcomes durch die interprofessionelle Zusammenarbeit. Das Patientenoutcome wird hierbei so definiert, dass mehr chronische Patienten/-innen durch die regelmäßigen Kontrollen eine bessere Betreuung erfahren und somit weniger im System untergehen bzw. verloren gehen.
B2: Adhärenzsteigerung und weniger Folgeschäden durch die regelmäßige Betreuung der Pflege.
B5: Interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht eine bestmögliche patientenzentrierte Betreuung.
Verkürzung der Versorgungswege für die Patientinnen und Patienten, wenn mehrere Berufsfelder an einem Ort abgedeckt werden. (B2, B4)

**Tabelle 21: Interview-Statements - Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit**

#### Kernaussagen in Tabelle 21:

- Ganzheitlicher Blick auf Patienten/-innen durch unterschiedliche Sichtweisen der Berufsgruppen. (A1-4)
- Unterschiedliche Informationsgewinnung durch unterschiedliche Berufsgruppen. (A1-3, B2)
- Hohes Lernpotenzial bei einer guten Zusammenarbeit. (B5)
- Nutzung der individuellen Kompetenzen jeder Berufsgruppe. (B1, B5)
- Verbesserung des Patientenoutcomes (z.B.: Adhärenzsteigerung, weniger Folgeschäden) durch eine bestmögliche patientenzentrierte Betreuung. (B2-3, B5)
- Verkürzung der Versorgungswege bei Vorhandensein mehrerer Berufsfelder an einem Ort. (B2, B4)

### 3.4.2 Schwächen bzw. Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, welche möglichen Schwächen bzw. welche potentiellen Herausforderungen sich durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit ergeben könnten.

Schwächen bzw. Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit
A1: Eine interprofessionelle Zusammenarbeit bedeutet einen entsprechenden Zeitaufwand, aufgrund der Notwendigkeit von regelmäßigen Teambesprechungen.
A4: Die Teammeetings zur Besprechung der Patientinnen und Patienten erfordern Zeit.
B2: Ärztinnen und Ärzte müssen Vertrauen in die Pflege haben.
A2: Erfordert Vertrauen in die anderen Berufsgruppen. Vertrauen kann erreicht werden, durch gut und regelmäßig ausgebildete Gesundheitsberufe.
B5: Anfängliches hohes Misstrauen gegenüber den DGKPs hinsichtlich ausreichend vorhandener Kompetenz für die Arbeit in den Chronikerprogrammen. Um dem entgegenwirken zu können, erfordert es sehr gut geschultes Pflegepersonal, das dadurch auf höchstmöglicher professioneller Ebene agieren und unabhängig vom PVE eine qualitativ einheitliche Betreuung gewährleisten kann.
A3: Grundsätzlich werden keine Schwächen einer interprofessionellen Zusammenarbeit gesehen. Voraussetzung für eine interprofessionelle Zusammenarbeit ist jedoch eine gute Zusammenarbeit, sowie Kommunikation und als gemeinsames Ziel sollte das Patientenwohl definiert sein.
B3: Es wird kein Nachteil einer interprofessionellen Zusammenarbeit gesehen.
B2: Voraussetzung für eine interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein gutes Einvernehmen und eine gute Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen.
B4: Voraussetzung für eine interprofessionelle Zusammenarbeit ist eine gute Kommunikation im Team und ein suffizientes Netzwerk.
B1: Initiale Herausforderung einen guten Kommunikationsweg zwischen den Berufsgruppen zu finden.
B1: Bei einer steilen Hierarchie in einer PVE mit mehreren Berufsgruppen kann es unter Umständen zu Unstimmigkeiten oder Diskrepanzen kommen. Dies wird aber allgemein auch unabhängig von den Chronikerprogrammen als Problem gesehen.

**Tabelle 22: Interview-Statements - Schwächen bzw. Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit**

Kernaussagen in Tabelle 22:

- Interprofessionelle Zusammenarbeit bedeutet einen entsprechenden Zeitaufwand aufgrund regelmäßig notwendiger Teambesprechungen. (A1, A4)
- Voraussetzungen für eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit, die es zu gewährleisten gilt:
  - Vorhandenes Vertrauen in die Kompetenzen der anderen Berufsgruppen → kann durch gut ausgebildetes Gesundheitspersonal erzielt werden. (A2, B2, B5)
  - Gute interprofessionelle Kommunikation. (A1, A3-4, B1, B4)
  - Gutes Arbeitsklima innerhalb des Teams (A3, B2). Vorsicht bei einer steilen Hierarchie → kann zu Diskrepanzen führen. (B1)
  - Das Patientenwohl als gemeinsames Ziel. (A3)

### 3.4.3 Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, ob und wenn ja, inwiefern sich die interprofessionelle Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme verändert hat.

<b>Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme</b>
A1: Intensivierung und mehr Strukturierung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme.
A2: Mehr Kompetenzen für die DGKPs als fixer Bestandteil in der Betreuung chronischer Krankheiten.
B5: Definitiv Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme. Durch die pflegerische Arbeit in den Chronikerprogrammen Zunahme des ärztlichen Vertrauens in die DGKPs. Ärztinnen und Ärzte würden zunehmend die Vorteile von Chroniker-DGKPs erkennen.
A3: Durch die Kompetenzaufteilung und das dadurch bedingte eigenverantwortlichere Arbeiten der Berufsgruppen hat sich durch die Chronikerprogramme eine Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit ergeben.
B2: Am Anfang ein Lernprozess für Ärztinnen und Ärzte, dass sie Aufgaben zur Pflege auslagern können. Ärztinnen und Ärzte wissen eine Kompetenzaufteilung mittlerweile zu schätzen.
B3: Da durch die Kompetenzaufteilung die Pflege mehr in ihren Kernkompetenzen eingesetzt wird, kann sie hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit professioneller in den Austausch mit Ärztinnen und Ärzten gehen.
B1: Durch die Chronikerprogrammen hat sich die interprofessionelle Zusammenarbeit verändert. Der Austausch zwischen den Berufsgruppen wurde mehr und die Kommunikation hat sich verbessert, da mehr Zeit für Fallbesprechungen geschaffen wurde.
A4: Keine Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme.
B4: Keine Veränderung in der interprofessionellen Zusammenarbeit, weil außer der Pflege, den Ärztinnen und Ärzten und den Ordi-Assistentinnen und Ordi-Assistenten noch keine weiteren Berufsgruppen involviert sind.

**Tabelle 23: Interview-Statements - Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme**

#### Kernaussagen in Tabelle 23:

- Zwei von neun Interviewten empfinden die interprofessionelle Zusammenarbeit als unverändert. (A4, B4)
- Sieben von neun Interviewten können eine Veränderung in der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme feststellen. (A1-3, B1-3, B5)
  - Intensivierung und Strukturierung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme. (A1)
  - Mehr ärztliches Vertrauen in das Pflegepersonal. (B3, B5)
  - Eine interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht eine Kompetenzaufteilung. (A3, B2)
  - Verstärkte und verbesserte berufsübergreifende Kommunikation. (B1)

### 3.4.4 Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, welche Verbesserungen hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit in den Chronikerprogrammen vom Gesundheitspersonal gewünscht sind.

Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit
A1: Zeitmangel, der jedoch generell durch das Kassensystem in Österreich bedingt ist, das auf "Schnelldurchlauf gedrillt ist".
A1: Regelmäßige Teambesprechungen: Diese Meetings können so aussehen, dass sie entweder mit dem ganzen Team inklusive Ärztinnen und Ärzten oder nur mit den GSDs ("Gesundheits- und sozialen Dienste") erfolgen. Zusätzlich zu den Teammeeting ist es hilfreich, wenn sich die Gesundheitsberufe selbstständig im Terminkalender der Ärztinnen und Ärzten Termine ausmachen können, um bestimmte Angelegenheiten extra ärztlich zu besprechen.
A2: Förderung der Motivation zur Durchführung der Chronikerprogramme durch ein gut ausgebildetes/geschultes Personal.
A3: Mögliche Verbesserungen hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit sollten PVE- bzw. Ordinationsintern gelöst werden und sind nicht zwingendermaßen durch die Chronikerprogramme per se vorzugeben.
A4: Unabhängig von den Chronikerprogrammen, wäre aus ärztlicher Sicht auf persönlicher Ebene wünschenswert, dass die Pflege teilweise mehr Verantwortung übernimmt bzw. auch mehr Motivation zeigt, die Erinnerungsanrufe zu den Kontrolluntersuchungen regelmäßig durchzuführen.
B1: In dieser PVE wurde die interprofessionelle Zusammenarbeit optimiert, allerdings bedurfte es initial Verbesserungen hinsichtlich Kommunikation zwischen den Berufsgruppen. Hierbei wurden regelmäßige Fallbesprechungen (alle 2 Wochen) für komplexere Patientenverläufe in den Chronikerprogramme eingeführt. Außerdem wurden Patientenlisten erstellt, auf die die beteiligten Berufsgruppen zugreifen und Patientinnen bzw. Patienten eintragen können, welche eine pflegerische oder ärztliche Konsultation benötigen.
B2: Am Anfang ein Lernprozess für Ärztinnen und Ärzte, dass sie Aufgaben zur Pflege auslagern können. Ärztinnen und Ärzte wissen eine Kompetenzaufteilung mittlerweile zu schätzen.
B3: In dieser PVE wird kein Verbesserungspotenzial hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit gesehen.
B4: Schulungen für alle involvierten Berufsgruppen über den Ablauf der Chronikerprogramme - auch hinsichtlich organisatorischer Tätigkeiten.
B4: B4: Einbinden von mehr Berufsgruppen in den Chronikerprogrammen, wie beispielsweise in den Bereichen Diätologie und Sozialarbeit.
B5: Involvierung von zusätzlichen Berufsgruppen in den Chronikerprogrammen, die ebenso vor Ort und in die Betreuung eingebunden sind, um Behandlungswege zu verkürzen und mehr gesundheitsfördernde Workshops anbieten zu können. Die Teilnahme an diese Workshops sollte regelmäßig für die Patientinnen bzw. Patienten möglich und von den DGKPs einfach arrangierbar sein.

**Tabelle 24: Interview-Statements - Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit**

### Kernaussagen in Tabelle 24:

- Regelmäßige Team- bzw. Fallbesprechungen. (A1, B1)
- Förderung der Motivation zur Durchführung der Chronikerprogramme (A2, A4) durch Schulungen/Ausbildungen über die Programmabläufe, sowie administrativer Tätigkeiten. (A2, B4)
- Integrierung weiterer Berufsgruppen. (B4-5)
- Verbesserungsansätze sollten PVE-intern gelöst werden und sind nicht zwingendermaßen durch die Chronikerprogramme per se vorzugeben. (A3)

### 3.4.5 Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, wie es um die Zufriedenheit des Gesundheitspersonals bezüglich der teaminternen Kommunikation in den Chronikerprogrammen steht.

<b>Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team</b>
Sehr zufrieden mit der Kommunikation im Team. (A4, B2, B5)
A1: Sehr zufrieden mit der Kommunikation im Team auf persönlicher Ebene und weil in dieser PVE eine Plattform geschaffen wurde, auf die jeder Zugriff hat und auf der ein Austausch möglich ist.
A2: Sehr zufrieden mit der Kommunikation im Team. DGKPs dokumentieren Auffälligkeiten schriftlich und schicken die Patientin oder den Patienten dann zur Ärztin oder zum Arzt.
A3: Hohe Zufriedenheit mit der Kommunikation innerhalb des Teams in dieser PVE. Einmal pro Woche erfolgt in dieser PVE eine Teambesprechung für jegliche anfallenden Thematiken in der Ordination. Für die Zukunft wären noch separate Teammeetings speziell für die Chronikerprogramme sinnvoll.
B1: Hohe Zufriedenheit mit der Kommunikation und Zusammenarbeit im Team in dieser PVE. Es erfolgen auch regelmäßige Fallbesprechungen.
B3: Gute Zufriedenheit mit der Kommunikation im Team in dieser PVE. Durch die räumliche Nähe der pflegerischen und ärztlichen Behandlungsräume in dieser PVE gestaltet sich die Kommunikation einfach.
B4: Könnte besser sein, da aktuell in dieser PVE noch keine gesonderten Chronikerprogramm-Teambesprechungen und -Fallbesprechungen erfolgen.

**Tabelle 25: Interview-Statements - Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team**

### Kernaussagen in Tabelle 25:

- Eine/-r von neun Interviewten sieht in der Kommunikation im Team noch Verbesserungsbedarf, da derzeit in deren/dessen PVE noch keine gesonderten Team-/Fallbesprechungen erfolgen. (B4)
- Acht von neun Interviewten zeigten eine gute bis hohe Zufriedenheit mit der Kommunikation im Team (A1-4, B1-3, B5). Gründe:
  - Regelmäßige Team- und/oder Fallbesprechungen. (A3, B1)
  - Einfache Kommunikation durch die räumliche Nähe zwischen den Berufsgruppen. (B3)

### 3.5 Schulungen (Fragestellung nur für DGKPs)

#### 3.5.1 Erhaltene Schulungen im Rahmen der Chronikerprogramme – nur pflegerisch

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, ob und wenn ja, welche Schulungen DGKPs in den Chronikerprogrammen erhalten haben. Befragt wurden hierbei nur die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger.

Erhaltene Schulungen im Rahmen der Chronikerprogramme
B1: Ja Schulungen wurden erhalten. B1 erhielt eine Einschulung in die Chronikerprogramme durch eine slowenische DGKP, welche Erfahrung mit den slowenischen Chronikerprogrammen hat. Weiters absolvierte B1 die als sehr hilfreich empfundene 6-monatige ÖGKV-Weiterbildung "Pflege in der Primärversorgung", bei der jedes Krankheitsbild thematisiert wurde. Außerdem wurde das Thema Kommunikation behandelt, wie Gesundheitskompetenz vermittelt werden kann.
B2: Keine Schulungen im Zuge der Chronikerprogramme erhalten.
B3: Die Weiterbildung "Pflege in der Primärversorgung" beim ÖGKV wurde besucht. Diese Weiterbildung wurde von B3 als sehr hilfreich und essentiell notwendig zur Durchführung der Chronikerprogramme empfunden. Thematisiert wurden in dieser Weiterbildung die Krankheitsbilder und die Abläufe von DMPs. Hierdurch konnte das in der Grundausbildung erworbene Grundverständnis für die ausgewählten chronischen Erkrankungen vertieft und der praxisbezogene Umgang mit diesen Krankheiten erlernt werden.
B4: Am Anfang wurde eine Schulung über die Krankheiten in den Chronikerprogrammen, über Gesprächsführung und rechtliche Themen erhalten. Außerdem erfolgte ein Praktikum auf einer Diabetesambulanz und einer Pulmologie. All das war sehr hilfreich, um einen Bezug zu den Chronikerprogrammen zu erhalten. (Es scheint hier die Schulung „Pflege in der Primärversorgung“ von der ÖGKV gemeint zu sein.)
B5: Als die Chronikerprogramme in den PVEs begonnen wurden, erhielten alle bis dato involvierten DGKPs eine Schulung von Seiten der ÖGKV über jede chronische Erkrankung in den Programmen (gemeint ist hierbei vermutlich die Schulung „Pflege in der Primärversorgung“). Für später hinzukommende DGKPs gab es diese Schulungen nicht mehr. Die Schulungen wurden somit auch nicht für die Arbeit in den Chronikerprogrammen vorausgesetzt.
B5: Ein Modell für fortlaufende Schulungen für die Chronikerprogramme gibt es derzeit noch nicht.

Tabelle 26: Interview-Statements - Erhaltene Schulungen im Rahmen der Chronikerprogramme

#### Kernaussagen in Tabelle 26:

- Vier der fünf interviewten DGKPs erhielten zu Beginn der Chronikerprogramme die ÖGKV Schulung „Pflege in der Primärversorgung“ (Themen: chronische Krankheitsbilder, Kommunikation, Praktikum auf einer Pulmologie und Diabetologie) (B1, B3-5). Später hinzukommende DGKPs erhielten diese Schulung nicht mehr (B5).
- Eine/-r der fünf interviewten DGKPs erhielt keine Schulungen im Rahmen der Chronikerprogramme. (B2)
- Derzeit existiert kein Modell für fortlaufende Schulungen. (B5)

### 3.5.2 Bereiche mit noch bestehendem Schulungsbedarf – nur pflegerisch

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, ob von pflegerischer Seite noch Bereiche mit Schulungsbedarf gesehen werden. Befragt wurden hierbei nur die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger.

Bereiche mit noch bestehendem Schulungsbedarf
B1: Wünschenswert wären Weiterbildungen bzw. Fortbildungen zum Thema Kommunikation bzw. motivational interviewing. Hilfreich wären dabei Gesprächstechniken zu erlernen bezüglich: wie baut man ein Beratungsgespräch auf und wie motiviert man Patientinnen bzw. Patienten Lebensstilveränderungen durchzuführen und adhärent zu sein.
B2: Alle DGKPs in den Chronikerprogrammen sollten zumindest einmal je eine Schulung über die chronischen Krankheiten in den Chronikerprogrammen erhalten.
B3: Wünschenswert wären Weiterbildungen zur Wissensvermittlung oder- Auffrischung für ALLE involvierten Berufsgruppen in den Chronikerprogrammen zu den Themen: organisatorischer Ablauf bzw. Abwicklung der Chronikerprogramme, Diagnostik und Therapie der jeweiligen chronischen Erkrankungen. Beispielsweise würde eine Auffrischung zur Osteoporosetherapie als sinnvoll erachtet werden.
B4: Eine Kombination aus zwei DGKPs, von denen zumindest je eine die Ausbildung für chronische Betreuung und je eine die Ausbildung als "Community Nurse" besitzt, ist optimal.
B5: Wünschenswert wären regelmäßige Fortbildungen/Schulungen zur Wissens-Vermittlung bzw. -Wiederauffrischung. Diese Fortbildungen/Schulungen sollten mindestens einmal jährlich stattfinden oder bei Änderung der Leitlinien. Überlegenswert wäre außerdem, dass in Summe jede fortbildungs- bzw. schulungsbedürftige Thematik alle zehn Jahre wiederholt wird.
B5: Fortbildungen über beispielsweise EKG- und Laborwert-Interpretationen zur Wissens-Wiederauffrischung.

Tabelle 27: Interview-Statements - Bereiche mit noch bestehendem Schulungsbedarf

#### Kernaussagen in Tabelle 27:

- Bereiche mit Schulungsbedarf:
  - Motivierende Gesprächstechniken zu Lebensstilveränderungen. (B1)
  - Diagnostik und Therapie jeder chronischen Erkrankung in den Programmen. (B2-3)
  - Organisatorische Abwicklung der Chronikerprogramme. (B3)
  - EKG- und Laborwert-Interpretationen. (B5)
- ALLE involvierten Berufsgruppen sollten Schulungen erhalten. (B3)
- Schulungen über unterschiedliche Themen sollten regelmäßig erfolgen – mindestens einmal jährlich bzw. auch früher bei Änderungen der Leitlinien. Insgesamt Wiederholung jeder schulungsbedürftigen Thematik zumindest alle zehn Jahre. (B5)

### 3.6 Administrativer Aufwand

#### 3.6.1 Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, wie der administrative Aufwand in den Chronikerprogrammen eingeschätzt wird.

Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands
A1: Administration aus ärztlicher Sicht vertretbar, da viel durch die Pflege übernommen wird. Es muss zwar schon mehr festgehalten bzw. dokumentiert werden, aber das ist "Sinn der Sache", um den Überblick über die Betreuung zu behalten.
A2: Sehr hoch, vor allem für die DGKPs
A3: Teilweise zu hoher administrativer Aufwand, aufgrund der Erhebung großer Datenmengen ohne weitere Verarbeitung dieser Daten und somit ohne eine weitere Konsequenz daraus zu ziehen.
A4: Hoher administrativer Aufwand aufgrund fehlender Softwarelösung und aktuell uneinheitlicher Dokumentation.
B1: Administrativer Aufwand wird als sehr groß empfunden. Vor allem initial bestanden Schwierigkeiten einen Dokumentationsweg zu finden.
B2: Sehr großer administrativer Aufwand.
B3: Hoher administrativer Aufwand, da die Chronikerprogramme in dieser PVE relativ neu implementiert wurden. Vor allem die initiale Einbindung der Chronikerprogramme in ein bestehendes PVE-System wird als aufwendig erachtet, da Fragen hinsichtlich Personalmanagement, Zeitmanagement und Dokumentation geklärt werden müssen. B3 vermutet, dass der administrative Aufwand nach der Implementierung sinkt.
B4: Hoher administrativer Aufwand unter anderem aufgrund der zeitaufwändigen Dokumentation, die separat vom hausinternen Dokumentationsprogramm erfolgt.
B4: Hoher administrativer Aufwand unter anderem aufgrund der vielen durchzuführenden telefonischen Erinnerungen zu den Kontrollterminen.
B5: Hoher administrativer Aufwand aufgrund repetitiver Dokumentation in multiplen Programmen/Excel Listen, anstatt eines einzelnen Programms.

Tabelle 28: Interview-Statements - Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands

Kernaussagen in Tabelle 28:

- Acht von neun Interviewten empfinden den administrativen Aufwand als hoch (A2-4, B1-5), v.a. initial bei Neuimplementierung der Chronikerprogramme in einer PVE (B1, B3). Gründe:
  - Erhebung großer Datenmengen. (A3)
  - Zeitaufwändige Dokumentation. (B4)
  - Aufgrund derzeit fehlender Softwarelösung zur Dokumentation. (A4, B4-5)
  - Zahlreich durchzuführende telefonische Erinnerungen zu den Kontrollterminen. (B4)
- Eine/-r von neun Interviewten empfindet den administrativen Aufwand aus ärztlicher Perspektive vertretbar. (A1)

### 3.6.2 Wie erfolgt die Dokumentation

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, wie die Dokumentation in den einzelnen PVEs erfolgt.

Wie erfolgt die Dokumentation
A1: Neue Patientinnen und Patienten werden von den Ärztinnen und Ärzten in ein Dokument eingetragen, das die Pflege dann regelmäßig auf neue Patientinnen und Patienten kontrolliert.
A1: Über eigene Dokumente im Intranet, das hausintern für alle Berufsgruppen zugänglich ist.
A2: Daten der Patientinnen und Patienten werden von der DGKP in eigene PDF-Formulare eingetragen. Diese Dokumente werden in einem eigenen Ordner gespeichert und ins Programm hochgeladen. Beim Kontrolltermin müssen dann alle PDFs einzeln durchgeklickt werden. Unübersichtlich.
A2: Ärztinnen und Ärzte schreiben ihre Dokumentation in die Arztsoftware.
A3: Derzeit teilweise Dokumentation mit den Papierbögen, teilweise mittels Excel Listen.
A4: Früher Dokumentation mittels der Papierbögen. Aktuell in der hausinternen Software Freitextdokumentation der ärztlichen Tätigkeiten im Reiter "Arzt" und der pflegerischen Tätigkeiten im Reiter "Pflege".
B1: Es erfolgt eine Doppeldokumentation, da einerseits die Excel-Listen geführt werden und andererseits die Dokumentation als Fließtext ins PVE-interne Arztsystem erfolgt. Die Papier-Dokumentationsbögen von den Chronikerprogrammen werden in dieser PVE nicht mehr verwendet, da sie als zu umfangreich empfunden werden.
B2: Papier-Dokumentation, die anschließend eingescannt wird, sowie Führen einer Liste für den Gesundheitsfonds Steiermark.
B3: Führen einer Excel Liste mit Patientennamen und deren Sozialversicherungsnummern. Dokumentiert wird digital in die Patientenkartei des Ordinationsprogramms - farblich sortiert je nach Berufsgruppe.
B4: Digitale Dokumentation ins Ordinationsprogramm und mittels einer Excel Datei.
B5: Ein und die gleiche Dokumentation wird in dieser PVE dreifach durchgeführt: in die hausinterne Ordinationssoftware, in das Excel-Sheet vom Gesundheitsfonds (das alle paar Monate übermittelt wird) und in ein weiteres Programm/Excel-Sheet, an dessen Entwicklung intern gearbeitet wird, um die Dokumentation zu verbessern.

Tabelle 29: Interview-Statements - Wie erfolgt die Dokumentation

#### Kernaussagen in Tabelle 29:

- **Einfachdokumentation:**
  - Nur Freitextdokumentation ins hausinterne Ordinationsprogramm. (A4)
- **Doppeldokumentation:**
  - Dokumentation mittels der Papierbögen und mittels von Excel Listen. (A3, B2)
  - Dokumentation mittels (Freitexteingabe ins) hausinterne Ordinationsprogramm und mittels von Excel Listen. (A1, B1, B3-4)
  - Dokumentation mittels Freitexteingabe ins hausinterne Ordinationsprogramm und anhand von je einem PDF-Formular pro Kontrolltermin, abgespeichert in einem Sammelordner für jede/-n Patient/-in. (A2)
- **Dreifachdokumentation:**

- Dokumentation ins hausinterne Ordinationsprogramm, in eine Excel Datei vom Gesundheitsfonds und in eine PVE-interne Excel Datei. (B5)

### 3.6.3 Stärken und Schwächen der angewandten Dokumentationsform

Ziel dieser Frage war es, potenzielle Stärken und Schwächen der angewandten Dokumentationsform in einer PVE zu evaluieren.

<b>Stärken und Schwächen der angewandten Dokumentationsform</b>
A1: Aktuell intern geschaffene Dokumentationsform funktioniert, aber Vergleich mit anderen Dokumentationsformen von anderen PVE fehlt, da kein einheitliches elektronisches Dokumentationssystem existiert.
A2: Bei der derzeit angewandten Dokumentationsform (pro Patient/-in Sammelordner mit PDF-Formularen, Freitexteingabe in Arztsoftware) schwierig zu unterscheiden zwischen Chronikerprogramm Daten und der Dokumentation eines regulären Arztbesuches. Theoretisch viele Informationen in einem Ordner, praktisch wird das nicht genutzt.
A2: Keine Übersicht der relevanten Patientendaten.
B3: Negativ ist, dass es eine lange Liste für alle Dokumentationseinträge einer Patientin bzw. eines Patienten gibt, in der auch die Einträge zu den Chronikerprogrammen diffus vermischt enthalten sind.
A3: Mehrgleisige Dokumentation (Papier, Computer) und kein einheitliches digitales Dokumentationsprogramm für alle PVE wird als negativ bzw. nicht sinnvoll empfunden.
B1: In dieser PVE wurde an einer Lösung für die Dokumentation gearbeitet. Es wurde im hausinternen Arztprogramm ein eigener Kartei-Reiter für die Chronikerprogramme geschaffen, der alle Chroniker-Einträge einer Patientin bzw. eines Patienten anzeigt. Dies wird als guter übersichtlicher Dokumentationsweg empfunden.
B2: Nichts Positives an dieser Papier-Dokumentation. Hoher bürokratischer Aufwand durch die Papier-Dokumentation.
B3: Gute Zufriedenheit mit der Dokumentationsform (Excel-Listen, farblich kodierte Dokumentation in die Arztsoftware) in dieser PVE.
B3: Positiv ist, dass alle beteiligten Berufsgruppen Zugang zu der Dokumentation haben.
B4: Aktuelle aufwändige Dokumentation aufgrund der doppelten Dokumentation (Digitale Dokumentation separat vom Ordinationsprogramm und in Excel Dateien). Positiv ist die digitale Dokumentationsform im Gegensatz zu einer handschriftlichen Papierdokumentation.
B5: Negativ ist die repetitive Dokumentation in multiple Programme/Excel-Sheets, anstatt eines einzigen Programms.
B5: Es wird als sehr wichtig empfunden überhaupt zu dokumentieren.

**Tabelle 30: Interview-Statements - Stärken und Schwächen der angewandten Dokumentationsform**

Kernaussagen in Tabelle 30:

- Stärken:
  - Gute Übersicht durch Integrierung von Chronikerprogramm-Kartei-Reitern im Ordinationsprogramm der PVE von B1. (B1)
  - Zugang zur Dokumentation für alle Berufsgruppen möglich. (B3)
  - Digitale Dokumentation statt handschriftliche Papierdokumentation. (B4)
- Schwächen:
  - Derzeit kein für alle PVE einheitliches digitales Dokumentationssystem verfügbar. (A1, A3, A3)

- Mangelhaft vorhandene Daten-Übersicht durch die fehlende klare Abgrenzung der Chronikerprogramm-Dokumentationen in der Ordinationssoftware. (A2, B3)
- Überflüssige Datenerhebungen ohne weitere Konsequenzen. (A3)
- Hoher bürokratischer Aufwand durch eine handschriftliche Dokumentation (Papierbögen). (B2)
- Derzeit Mehrfachdokumentation in multiple Programme/Excel-Dateien. (A3, B4-5)

### 3.6.4 Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, welche Verbesserungen hinsichtlich der Dokumentation bzw. Administration in den Chronikerprogrammen vom Gesundheitspersonal gewünscht sind.

<b>Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration</b>
A1: Wunsch an den Gesundheitsfonds nach einem digitalem Dokumentationssystem, statt einer "nicht zeitgemäßen" Papier-Dokumentationsform, wenn man die Chronikerprogrammen großflächig betreiben möchte.
A2: Dokumentationssoftware, die in die Arztsoftware integriert ist und eine Übersicht über alle Daten einer Patientin oder eines Patienten ermöglicht. Vergleichbar mit Diabetes-Aktiv oder Vorsorgeuntersuchungen.
A4: Softwarelösung: Wünschenswert wäre ein in die hausinterne Software integriertes Programm mit eigenem Reiter für die Chronikerprogramme und ein Verlaufsdiagramm der Patientendaten.
B1: Wünschenswert wäre eine einheitliche (digitale) Dokumentation für alle PVE in den Chronikerprogrammen. Vergleichbar mit den Vorsorgeuntersuchungsblättern oder dem DMP Therapie-Aktiv. Solch eine einheitliche elektronische Dokumentation würde eine Evaluation des Patientenverlaufs ermöglichen, da man anhand dieser Dokumentation eine Zusammenfassung der Krankheitsentwicklung einer Patientin bzw. eines Patienten im vergangenen Jahr erstellen könnte.
A3: Mehrgleisige Dokumentation (Papier, Computer) und kein einheitliches Dokumentationsprogramm für alle PVEs wird als negativ bzw. nicht sinnvoll empfunden. Die Lösungsfindung hierfür sollte von Seiten der ÖGK oder des Gesundheitsfonds ausgehen. Wünschenswert wäre ein für alle PVEs einheitliches digitales Programm, das in das ordinationsinterne Programm integrierbar ist und von dem aus die Daten direkt zur weiteren Verarbeitung weitergeschickt werden können.
A4: Verschanken der Dokumentation bzw. Bürokratie.
B1: Finden einer Lösung, um den großen zeitlichen Aufwand zu reduzieren, der beim regelmäßigen Überprüfen der Patientenakte auf ausstehende Kontrolltermine und Einladen der Betroffenen zu den Terminen entsteht. Praktisch wäre ein automatisches Erinnerungssystem, welches das Gesundheitspersonal an anstehende Kontrolltermine und im Optimalfall auch die Patientin bzw. den Patienten direkt automatisch erinnert. Weiters könnte mehr Aufklärungsarbeit bei den Patientinnen und Patienten die Quote zur Einhaltung der Kontrolltermine verbessern.
B2: Für alle teilnehmenden PVE eine einheitliche digitale Dokumentationsform, deren Daten für statistische Zwecke direkt an den Gesundheitsfond Steiermark übermittelt werden können, wodurch sich die zusätzliche Erstellung einer halbjährigen Patientenliste erübrigt. Bei den Daten, die für statistische Zwecke an den Gesundheitsfond Steiermark gehen, sollte es jedoch Bemerkungsfelder geben, um die Daten erklären zu können. Ohne Erklärung der Daten kann keine richtige statistische Auswertung erfolgen.

Vorteile einer digitalen Dokumentation: Zeitersparnis, bessere Übersicht über die zu erledigenden Aufgaben.
B3: Eigener Reiter für die Chronikerprogramme in der Arztsoftware.
B3: Angelehnt an die Vorsorgeuntersuchungen wären digitale Formularvorlagen in der Arztsoftware für die Chronikerprogramme wünschenswert. Mithilfe dieser Formularvorlagen soll es möglich sein, schrittweise den Ablauf eines DMPs (anamnestische Kernfragen, Untersuchungen, ausgestellte Überweisungen) durchzugehen bzw. abzuhaken. Hierdurch wäre man ablaufgebundener und würde die Gefahr reduzieren Schritte zu übersehen.
B3: Für das Gesundheitspersonal wären automatisch generierte digitale Erinnerungen in der Arztsoftware für ausstehende Kontrolltermine bzw. notwendige Kontaktaufnahmen mit Patientinnen und Patienten zur Erinnerung an die Termine, arbeitserleichternd.
B3: Automatisch generierte Erinnerungsbenedachtigungen (zB.: SMS) an Patientinnen und Patienten bei ausstehenden Kontrollterminen.
B5: Ein Erinnerungsprogramm, das automatisch bei bevorstehenden Kontrollterminen den Patientinnen bzw. Patienten rechtzeitig eine Benachrichtigung zur Terminerinnerung schickt (zB.: als SMS).
B4: In Anlehnung an Therapie-Aktiv wäre eine Patientenliste wünschenswert, die all jene chronisch Kranken in den Chronikerprogrammen anführt, bei denen Kontrolltermine demnächst anstehend bzw. noch ausstehend sind.
A4: Administrative Unterstützung anhand einer Liste, bei welchen Patientinnen und Patienten die Kontrolluntersuchungen anstehen.
B5: Einführen eines digitalen Programms für die Chronikerprogramme. Das Programm sollte für jede chronische Erkrankung eine eigene Kategorie/Reiter beinhalten und sich vom Aufbau her an den Ablauf der Chroniker-Protokolle halten, um für das Gesundheitspersonal eine Orientierungshilfe bei den Untersuchungen/Gesprächen zu sein. Als Orientierung zur Erstellung eines eigenen digitalen Programms für die Chronikerprogrammen kann das Computerprogramm in Slowenien hilfreich sein, da dies die Anforderungen erfüllt.

**Tabelle 31: Interview-Statements - Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration**

#### Kernaussagen in Tabelle 31:

- PVE-einheitliches digitales Dokumentationsprogramm, welches integrierbar ist ins Ordinationsprogramm (A1-4, B1-2, B5), mit folgenden Features:
  - Übersichtliche Verlaufsdarstellung aller Chronikerprogramm-Daten bzw. der Krankheitsentwicklung eines/-r Patienten/-in. (A2, A4, B1)
  - Eigener Kartei-Reiter „Chronikerprogramme“ im Ordinationsprogramm mit je einer eigenen Unterkategorie für jede chronische Erkrankung. (A4, B3, B5)
  - Die Option einer direkten digitalen Daten-Weiterleitung (inkl. Bemerkungsfeld) an den Gesundheitsfonds Steiermark zur statistischen Auswertung. (A3, B2)
  - Als orientierende Hilfestellung: Digitale Schritt-für-Schritt-Anleitungen zu den Chronikerprogramm-Abläufen mit der Option zum Abhaken der bereits erledigten Aufgaben. (B3, B5)
- Verschlinken der Dokumentation. (A4)
- Schaffen eines automatischen digitalen Erinnerungssystems sowohl für das Gesundheitspersonal als auch für Patienten/-innen bei ausstehenden bzw. bevorstehenden Kontrollterminen. (A4, B1, B3-5)

### 3.7 Alltagstauglichkeit

#### 3.7.1 Sind die Chronikerprogramme praktikabel bzw. alltagstauglich?

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, ob die Chronikerprogrammen vom Gesundheitspersonal als praktikabel bzw. alltagstauglich eingeschätzt werden.

Sind die Chronikerprogramme praktikabel bzw. alltagstauglich – Ja/Nein
Ja. (A1, B2-5)
A4: Prinzipiell ja. An manchen Stellen jedoch noch eine Verschlankung von Nöten.
A3: Prinzipiell Ja. Derzeit fehlen jedoch noch gewisse Adaptionen des übernommenen slowenischen Systems ans österreichische Primärversorgungssystem, um die Chronikerprogramme optimal in den Alltag integrierbar zu machen.
B1: Prinzipiell Ja, derzeit bedürfen sie aber noch einer gewissen Adaption (zB.: Einführen einer einheitlichen elektronischen Dokumentation).
A2: Noch nicht.

Tabelle 32: Interview-Statements - Sind die Chronikerprogramme praktikabel bzw. alltagstauglich – Ja/Nein

Kernaussagen in Tabelle 32:

- Fünf von neun Interviewten empfinden die Chronikerprogramme bereits als praktikabel bzw. alltagstauglich. (A1, B2-5)
- Für vier von neun Interviewten bedürfen die Chronikerprogramme derzeit noch gewisser Adaptionen, um eine optimale Alltagstauglichkeit zu erreichen. (A2-4, B1)

#### 3.7.2 Begründung der Einschätzung der Alltagstauglichkeit

Ziel dieser Frage war es, zu erfassen, wie das Gesundheitspersonal zu der Einschätzung hinsichtlich der Alltagstauglichkeit der Chronikerprogramme kommt.

Begründung der Einschätzung der Alltagstauglichkeit
A1: Die Einführung und Durchführung der Chronikerprogramme ist ein Lernprozess, nach dem Schema "learning by doing". Entsprechend dieses Lernprozesses konnte nach Durchführung gewisser Adaptionen für A1 eine Alltagstauglichkeit erzielt werden.
A1: Aus ärztlicher Sicht überschaubarer Arbeitsaufwand.
A2: Grundsätzlich sind die Chronikerprogramme aufgrund des strukturierten Ablaufs praktikabel durchzuführen, aber die aktuell angewandte Dokumentationsform verhindert noch die Alltagstauglichkeit.
A3: Sofern eine Honorierung bzw. Finanzierung der Chronikerprogramme erfolgt, werden sie als gut integrierbar in den Ordinationsalltag empfunden.
B1: Wenn man die Chronikerprogramme noch etwas adaptiert, dann werden sie als praktikabel empfunden, da sie als Bereicherung für alle gesehen werden. Ärztinnen bzw. Ärzte werden entlastet und die Patientinnen bzw. Patienten profitieren. Außerdem wurde durch die Chronikerprogramme die interprofessionelle Zusammenarbeit mehr und intensiviert, wodurch der pflegerische Tätigkeitsbereich voll und ganz ausgenutzt wird und es dadurch auch zu einer Aufwertung des Pflegeberufes kommt.
B2: Chronikerprogramme sind wichtig um gesundheitliche Folgeschäden und in weiterer Folge auch Gesundheitskosten und Lebensqualitätseinschränkungen zu reduzieren.

B3: Von pflegerischer Seite wird berichtet, dass aus ärztlicher Sicht der Faktor Zeit die Alltagstauglichkeit der Chronikerprogramme limitiert, da es an Zeit mangelt, um die Programme gewissenhaft durchzuführen. Zusätzliche oder längere Zeitslots für die Chronikerprogramme einzuplanen, ist derzeit finanziell nicht attraktiv.
B3: Sofern die Unterstützung von Seiten der Arbeitgeber gegeben ist, zeitliche Ressourcen für DGKPs zur Durchführung der Chronikerprogramme zu schaffen, sind die Chronikerprogramme aus pflegerischer Seite alltagstauglich.
B4: Alltagstauglich, weil ein System hinter den Chronikerprogrammen steckt. Schwierigkeiten hinsichtlich der Praktikabilität stellen jedoch die Dokumentation und das nicht immer ausreichend vorhandene Personal dar.
B5: B5 nennt den Nutzen der Chronikerprogramme als Begründung für die Praktikabilität. Denn die Chronikerprogramme ermöglichen einen langfristigen Überblick über den Krankheitsverlauf von Patientinnen bzw. Patienten und erlauben eine eventuelle Prävention von Komplikationen. Die zeitaufwändige Durchführung der vielen Gespräche/Untersuchungen, die ein aufmerksames Agieren verlangt, reduziert wiederum die Alltagstauglichkeit.

**Tabelle 33: Interview-Statements - Begründung der Einschätzung der Alltagstauglichkeit**

#### Kernaussagen in Tabelle 33:

- Aus ärztlicher Sicht überschaubarer Arbeitsaufwand (A1) versus die zeitaufwändige Durchführung der Chronikerprogramme limitiert die Alltagstauglichkeit (B3, B5).
- Eine strukturierte, systematische Betreuung ist praktikabel. (A2, B4)
- Der Nutzen der Chronikerprogramme begründet die Praktikabilität:
  - Bereicherung fürs Gesundheitspersonal: Entlastung für Ärzte/-innen, intensiviertere interprofessionelle Zusammenarbeit, Aufwertung des Pflegeberufs durch zusätzliche Kompetenzen. (B1)
  - Bereicherung für Patienten/-innen (B1): Prävention von Folgeschäden (B2, B5), Reduktion von Lebensqualitätseinschränkungen (B2).
  - Bereicherung fürs Gesundheitssystem: gesamtheitlich Reduktion von Gesundheitskosten. (B2)
- Limitationen der Alltagstauglichkeit:
  - Die aktuell angewandte Dokumentationsform. (A2, B4)
  - Mangelhafte Honorierung der Chronikerprogramme. (A3, B3)
  - Personalmangel. (B2, B4)
  - Zeitmangel. (B3, B5)

### **3.7.3 Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit**

Ziel dieser Frage war es, am Ende jedes Interviews zusammenfassend zu erfassen, welche Verbesserungen für eine optimale Alltagstauglichkeit der Chronikerprogramme vom Gesundheitspersonal gewünscht sind.

Für die detaillierte Beschreibung der Verbesserungswünsche siehe:

- 3.1.4 Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung
- 3.3.4 Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung
- 3.4.4 Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit
- 3.5.2 Bereiche mit noch bestehendem Schulungsbedarf
- 3.6.4 Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration

<b>Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit</b>
Umsetzung der gewünschten Verbesserungen hinsichtlich der Dokumentation/Administration (siehe jene Unterkategorie). (A1-2, A4, B1-2)
A1: Anfängliche Unterstützung durch jemand Erfahrenes bei der Implementierung der Chronikerprogramme.
Honorierung der Chronikerprogramme. (A4, B1, B3)
A3: Honorierung bzw. Finanzierung der Chronikerprogramme wird als notwendig erachtet. Außerdem sollte die Honorierung bzw. Finanzierung leistungsgebunden, sowie qualitätsabhängig anhand bestimmter Benchmarks erfolgen. Eine Honorierung ist erforderlich, da die Durchführung der Chronikerprogramme zeitaufwendig ist und zusätzliches verfügbares Pflegepersonal erfordert. Eine Finanzierung ist notwendig, um bestimmte diagnostische, sowie präventive Leistungen in den Chronikerprogrammen anbieten zu können. Beispielsweise sollten mehr Sturzpräventionskurse oder 24-Stunden-Blutdruckmessungen für die Chronikerprogramme angeboten werden.
A3: Wünschenswerte wäre eine Auswertung der erhobenen Daten, um in Sinne eines Qualitätsmanagements den Berufsgruppen eine Rückmeldung über die Qualität der erbrachten Betreuung zu liefern. Dieses Feedback würde als wichtige Arbeitsmotivation erachtet werden. Ein reines Datensammeln ohne weitere therapeutische Konsequenz sollte vermieden werden.
B1: Überarbeitung und Kürzung der Dokumentationsblätter, da manche Aufgaben nicht alltagstauglich sind (zB.: 6 minütiger Gehstest.)
A3: Therapie-Aktiv ist ein DMP, bei dem man sich bezüglich der Chronikerprogramme orientieren kann.
B2: Mindestens eine DGKP zur Verfügung stellen für die Chronikerprogramme.
B3: Zumindest eine DGKP sollte in einem ausreichenden Maße für die Chronikerprogramme zur Verfügung stehen. Sollte dies zeitlich durch eine DGKP alleine nicht bewerkstelligbar sein, wäre die Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte von Nöten.
B4: Ausreichend Personal für die Chronikerprogramme zur Verfügung stellen.
B3: Fortbildungen für das gesamte in die Chronikerprogramme involvierte Gesundheitspersonal.
B3: Mehr Öffentlichkeitsarbeit über die Chronikerprogramme.
B4: Zusätzlich involviertes Personal in den Bereichen Diätologie und Sozialarbeit.
B5: Um eine effiziente/ressourcenschonende Chroniker-Betreuung gewährleisten zu können, sollte alle paar Jahre entsprechend dem aktuellen Forschungsstand und der empirischen Erfahrungserkenntnisse eine Reevaluation der Chronikerprogrammer erfolgen, ob die Protokolle um Untersuchungen/Gespräche verkürzt, erweitert oder anderweitig verändert werden sollten.
A3: Die Dauer der Erst- bzw. Kontrolluntersuchungen sollte in einem realistischen Rahmen bleiben, um die Chronikerprogramme im Alltag integrierbar zu machen. Derzeit würde die exakte Durchführung der Untersuchungen streng nach Plan zu lange dauern. Als realistisch würde für eine Erstuntersuchung 30 Minuten und für eine Kontrolluntersuchung 10-15 Minuten erachtet werden.
B1: Validierte Patientenbroschüren, die die PVEs an die Patientinnen und Patienten austeilen können.
B4: Räumlichkeiten, die nur für die Chronikerprogramme zur Verfügung stehen.

**Tabelle 34: Interview-Statements - Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit**

### Kernaussagen in Tabelle 34:

- Folgende Verbesserungswünsche wurden bereits zuvor im Laufe der Interviews erwähnt und abschließend hierbei nochmals hervorgehoben:
  - Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation/Administration. (A1-2, A4, B1-2)
  - Unterstützung bei Neuimplementierung der Chronikerprogramme in einer PVE. (A1)
  - Honorierung der Chronikerprogramme. (A4, B1, B3)
  - Statistische Auswertung der Chronikerprogramme. (A3)
  - Überarbeitung der Programmabläufe/-inhalte. (B1)
  - Ausreichend Personal für die Chronikerprogramme zur Verfügung stellen. (B2-4)
  - Fortbildungen für alle Berufsgruppen. (B3)
  - Mehr Öffentlichkeitsarbeit über die Chronikerprogramme. (B3)
  - Involvierung weiterer Berufsgruppen. (B4)
- Weitere neue Ansatzpunkte zur Optimierung der Alltagstauglichkeit:
  - Realistische Maximaldauer der Erst- und Kontrolltermine festlegen bzw. begrenzen. (A3)
  - Erstellen validierter Patientenbroschüren. (B1)
  - Schaffen von eigenen Räumlichkeiten nur für die Chronikerprogramme. (B4)
  - Regelmäßige Reevaluation der Chronikerprogramme entsprechend der aktuellen Studien-/Leitlinienlage. (B5)

## 4 Diskussion

Ziel dieser Diplomarbeit war es anhand von Experteninterviews mit ausführenden Gesundheitsberufen die Chronikerprogramme, welche in der Steiermark als Pilotprojekt etabliert wurden, qualitativ zu analysieren.

Als Einstiegsfrage wurden alle Interviewten bezüglich des Neuheitswertes der Chronikerprogramme befragt. Hierbei konnte mehrheitlich eine Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten festgestellt werden. Begründet wurde dies hauptsächlich durch die Etablierung der strukturierten Behandlungspfade, sowie der in den Chronikerprogrammen betriebenen proaktiven, symptomunabhängigen und regelmäßigen Patientenbetreuung, welche als Ergänzung zur bisher mehrheitlich durchgeführten Akutmedizin angesehen wird. Einige Befragten empfinden daher eine standardisierte Betreuung chronisch Kranker als wesentlichen Bestandteil eines Gesundheitssystems.

Als allgemeine Stärke einer strukturierten Betreuung im Rahmen der Chronikerprogramme fiel unter den Interviewten mehrfach die engmaschige Patientenbetreuung anhand der standardisierten, klar definierten Betreuungsalgorithmen. Darüber hinaus wurde von den meisten Befragten die Prävention von Spätfolgen durch frühzeitiges Intervenieren, die Adhärenzverbesserung, sowie die Stärkung des Krankheitsverständnisses und der Gesundheitskompetenz im Sinne eines Patientenempowerments betont. Des Weiteren empfanden die Interviewten die Programme wirksam zur Steigerung der Patientenzufriedenheit.

Hinsichtlich Herausforderungen, die eine strukturierte Betreuung mit sich bringen können, wurden mehrfach die anfänglichen Schwierigkeiten die Betreuungsschemen praktisch in den Ordinationsalltag zu integrieren, erwähnt. Überlegungen bezüglich Personalschulung und -verfügbarkeit, Patientenrekrutierung, sowie Dokumentation wurden als initiale Startschwierigkeiten genannt. Außerdem wurde von einigen Interviewten der hohe zeitliche Aufwand kritisiert, insbesondere aufgrund der zeitaufwändigen Dokumentation, sowie der teilweise komplexen Betreuung bei chronischen Multimorbiditäten.

Bemerkenswert ähnliche Ergebnisse zu Stärken und Herausforderungen einer strukturierten Betreuung konnten in Studien aus Deutschland akquiriert werden. Disease

Management Programme (DMP) reglementieren seit 2003 im deutschen Gesundheitssystem das Management von chronischen Erkrankungen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit (30). Konkret befinden sich derzeit (Stand 2024) in Deutschland insgesamt über acht Millionen Versicherte in DMPs zu Adipositas, Asthma bronchiale, Brustkrebs, chronische Herzinsuffizienz, chronische Rückenschmerzen, COPD, Depression, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, KHK, Osteoporose und rheumatoide Arthritis (30,31).

Besonders aktuell im Mai 2024 wurde eine zu dieser Diplomarbeit ähnliche qualitative Interviewstudie aus Deutschland veröffentlicht, die anhand von 44 Experteninterviews in sechs deutschen Bundesländern die hausärztliche Einschätzung zu den seit über zwei Jahrzehnten durchgeführten DMPs evaluieren sollte (30). Eine weitere ähnliche deutsche Studie, jedoch mit Fokus auf die quantitative Auswertung jener Aspekte durch die schriftliche Befragung von 752 Hausärzten in Hessen, wurde 2019 publiziert (32). Mitunter wurden in jenen Studien Disease Management Programme, vergleichbar zu den Ergebnissen der Interviewstudie dieser Diplomarbeit, als wesentlicher Beitrag zum kontinuierlichen und systematischen Management von chronischen Erkrankungen in einem Gesundheitssystem vorausgesetzt (30). Durch die engmaschige, strukturierte und evidenzbasierte Patientenbetreuung in einem DMP konnten Hausärztinnen und Hausärzte eine effizientere, sowie besser plan- und stabilisierbare Versorgungssituation von chronisch Erkrankten konstatieren (30). Außerdem bemerkten die Interviewten eine Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Paralleltherapien durch die in den DMPs reglementierte integrierte Versorgung hinsichtlich der hausärztlichen Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und Fachärzten (30). Gleichzeitig wurde eine Stärkung der hausärztlichen Rolle in der Betreuung von chronischen Erkrankungen beschrieben (30). 70% der befragten Ärztinnen und Ärzte gaben an, sich für die Arbeit in den DMPs verstärkt mit evidenzbasierter Medizin auseinanderzusetzen, wodurch diagnostische und therapeutische Kompetenzen, sowie die ärztliche Behandlungssicherheit gefördert wurden und es letztlich zu einer Verbesserung der Betreuungsqualität gekommen ist (30,32). Darüber hinaus konnten 72% der Interviewten eine Verbesserung der Compliance durch die DMPs feststellen (30,32). Ebenso wurde eine Verbesserung des Patientenempowerments, sowie der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten erfasst (30). Im Rahmen jener deutschen Interviewstudie wurden außerdem diverse Studien ausfindig gemacht, welche vor allem für die DMPs Diabetes mellitus Typ 2, KHK, COPD und Asthma bronchiale eine Mortalitätsreduktion, eine Senkung der Gesundheitskosten, einen Rückgang kritischer

Hospitalisierungen, sowie die vermehrte Durchführung leitlinienbasierter Medizin verzeichneten (30). Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine österreichische retrospektive Kohortenstudie aus dem Jahre 2016 über die Effektivität des seit 2007 in Österreich betriebenen DMPs „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ (21,33). Hierbei konnte eine Reduktion der Hospitalisierungstage, eine Verringerung von Sekundärereignissen (Myokardinfarkt und zerebraler Insult), eine signifikant geringere 4-Jahres-Mortalitätsrate, sowie eine deutliche Senkung der durchschnittlichen jährlichen Gesundheitskosten belegt werden (33).

Bezüglich Herausforderungen, die sich durch eine strukturierte Betreuung in DMPs ergeben können, gaben in der deutschen Interviewstudie zwei Drittel der Befragten an, dass DMPs oftmals nicht passgenau für hausärztliche Praxen konzipiert sind und somit initial ausgeprägte Startschwierigkeiten hinsichtlich Adaption der DMPs in den Praxisalltag verursachen können (30). Darüber hinaus standen drei Viertel der Befragten dem hohem Dokumentations- bzw. Bürokratieaufwand kritisch gegenüber (30,32). Drei Viertel der Befragten äußerten folglich den Wunsch in die Entwicklung neuer DMPs, sowie in die Aktualisierung bestehender DMPs involviert zu sein, um erfahrungs- und praxisorientierte Vorschläge unterbreiten zu können (30). Nachteilig wurde des Weiteren die Einschränkung des hausärztlichen Entscheidungsvermögens aufgrund des relativ starren DMP-Konzeptes und der damit einhergehenden Inflexibilität auf individuelle Therapien einzugehen, angesehen (30). Außerdem wurde der Ärztemangel thematisiert, der aufgrund der hierdurch möglicherweise eingeschränkten Schnittstellenvernetzung für Kontinuitätsschwierigkeiten bei der Durchführung einer integrierten Versorgung verursachen könnte (30).

Nahezu alle Befragten der Experteninterviews in dieser Diplomarbeit äußerten eine hohe Gesamtzufriedenheit mit der Arbeit in den Chronikerprogrammen. Begründet wurde dies durch die lehrreichen, freudvollen und abwechslungsreichen Tätigkeiten im Rahmen der Programme, aber auch durch die interprofessionelle Zusammenarbeit. Mehrheitlich konnte aus Sicht der Interviewten eine positive Veränderung in der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Einführung der Chronikerprogramme festgestellt werden. Argumentiert wurde dies dadurch, da die Chronikerprogramme die interprofessionelle Zusammenarbeit intensiviert und strukturiert haben, eine Steigerung des ärztlichen Vertrauens ins Pflegepersonal erzielen konnten und für eine verbesserte berufsübergreifende Kommunikation gesorgt haben. Folglich wurde von der Mehrheit des

befragten Gesundheitspersonals eine hohe Zufriedenheit mit der PVE-internen Kommunikation im Team beschrieben, sowie auch generell die interprofessionelle Zusammenarbeit in den Chronikerprogrammen aufgrund der zahlreichen Vorteile einer berufsübergreifenden Teamarbeit als sehr positiv bewertet.

Vor allem der ganzheitliche Blick auf Patientinnen und Patienten durch unterschiedliche professionsbedingte Sichtweisen und Herangehensweisen wurde als begünstigender Faktor zur Verbesserung der Therapieadhärenz und des Patientenoutcomes (beispielsweise durch Prävention von Folgeschäden) betont. Außerdem steht eine interprofessionelle Zusammenarbeit im Sinne einer erfolgreichen integrierten Versorgung, wenn durch das Vorhandensein von mehreren Berufsgruppen an einem Ort die Versorgungswege verkürzt werden können. Darüber hinaus resultiert aus einem gutem Teambuilding ein hohes Lernpotenzial durch gegenseitige fachliche Unterstützung. Wünschenswert war daher für ein paar Interviewpartnerinnen und -partner die Integrierung weiterer Berufsgruppen in die Chronikerprogramme. Bezüglich Verbesserungspotenzial wurden außerdem regelmäßiger durchgeführte Team- bzw. Fallbesprechungen genannt.

Eben jene interprofessionelle Zusammenarbeit als ein Merkmal der Chronikerprogramme ermöglicht wiederum eine klar definierte, verschriftlichte Kompetenzaufteilung zwischen den Berufsgruppen. Vor allem aus pflegerischer Sicht konnte in den Interviews durch die neue selbstständige und eigenverantwortliche Arbeitsweise eine Veränderung im bisherigen Aufgabenbereich konstatiert werden. Durch die hierdurch gewonnenen zusätzlichen pflegerischen Kompetenzen wurde eine Aufwertung des Pflegeberufs empfunden. Der ärztliche Tätigkeitsbereich hingegen wurde von den meisten interviewten Ärztinnen und Ärzten als überwiegend unverändert beschrieben. Jedenfalls jedoch wurde die klare Aufteilung der berufsgruppenspezifischen Verantwortlichkeiten, die Hilfestellung bei der arbeitstechnischen Orientierung in den Betreuungsalgorithmen, sowie das geförderte Teambuilding durch die Kompetenzaufteilung von den Befragten befürwortet. Außerdem stärkt das selbstständige und eigenverantwortliche Handeln das Selbstbewusstsein und bereitet Freude.

Bezüglich der Arbeitslastveränderung durch die Chronikerprogramme präsentierten sich äußerst unterschiedliche Meinungen von vereinzelt berichteten Arbeitsentlastungen, einer von vielen Interviewten beschriebenen unveränderten Belastung bei jedoch verändertem Tätigkeitsbereich, bis hin zu einer vielfach empfundenen verstärkten Arbeitsauslastung.

Nichtsdestotrotz bestanden zumindest hinsichtlich der Kompetenzaufteilung mehrheitlich keine Verbesserungsvorschläge. Vereinzelt wurde der Wunsch nach zusätzlichen Übertragungen von ärztlichen Tätigkeiten auf die Pflege genannt. Voraussetzung jedoch für eine effiziente Kompetenzaufteilung ist nach Ansicht der Befragten eine funktionierende Kommunikation durch ein gutes Arbeitsklima, regelmäßige Teambesprechungen und einfache Kommunikationswege (räumliche Nähe, zeitliche Koordination der Gesundheitspersonal). Eine weitere Herausforderung für eine gelungene Kompetenzaufteilung ist laut des interviewten Gesundheitspersonals zudem das Aufweisen der notwendigen Kompetenzen durch entsprechend geschultes Personal, sowie das Entgegenbringen von Vertrauen in die Fähigkeiten der anderen Berufsgruppen.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) sieht eine Krankheit umso „interessanter“ für eine interprofessionelle Zusammenarbeit, je psychosozialer und chronischer geprägt sie ist. Der Grund hierfür ist, dass vor allem solche Erkrankungen nicht nur hinsichtlich der medizinischen Behandlung, sondern auch für die Betroffenen, sowie für die Volkswirtschaft eine besondere Herausforderung darstellen, da in solchen Fällen meist unterschiedlichste Disziplinen und Versorgungssettings notwendig werden (34). Im Vergleich hierzu lassen sich akute Erkrankungen meist vorbildlich behandeln, da sie sich besser in eine spezialisierte Fachrichtung einordnen lassen (34). Hinzukommt die zunehmende Komplexität der Gesundheitsversorgung: Therapie-, sowie Versorgungsangebote nehmen zu und demografisch bedingt kommt es zu einem häufigeren Auftreten von chronischen Erkrankungen bzw. Multimorbiditäten (34–36). Außerdem präsentiert sich das Gesundheitssystem stetig fragmentierter aufgrund der zunehmenden fachärztlichen Spezialisierungen, was sich durch den „exponentiell“ wachsenden Wissens- bzw. Forschungsstand erklären lässt (37). Somit wird insbesondere für Personen mit chronischen Erkrankungen, die meist von diversesten Disziplinen und Gesundheitseinrichtungen betreut werden, eine interprofessionelle Zusammenarbeit unabdingbar (37).

Eine qualitätvolle und nachhaltige Versorgung ist nach Meinung von zahlreichen Experten gekennzeichnet durch eine hohe Patienten- und Gesundheitspersonalfriedenheit und eine qualitativ hochwertige, ökonomische, sowie effiziente Betreuung. Die Umsetzung jener Situation kann durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit unterstützt werden (35,37–39). Ebenso sieht die WHO in einer interprofessionellen Zusammenarbeit einen Weg, um

das Gesundheitssystem zu stärken, da interprofessionelle Teams unter anderem einen ganzheitlicheren Blick auf das Management und die Prävention von chronischen Erkrankungen liefern können (36,37). Denn bei einer interprofessionellen Zusammenarbeit geht es nicht nur um die Addition der einzelnen Kompetenzen einer jeden Berufsgruppe, sondern vielmehr um die Multiplikation von Fähigkeiten und damit die „Schaffung von Synergismus und Neuem“ (37).

Eine interprofessionelle Zusammenarbeit fördert nachgewiesenermaßen die Patientenzufriedenheit, sowie die Arbeitszufriedenheit des Gesundheitspersonals (35–37,39,40). Darüber hinaus kann eine interprofessionelle Zusammenarbeit die Selbstmanagementfähigkeit von Patientinnen und Patienten im Sinne eines Patientenempowerments fördern (37). Eine berufsübergreifende Teamarbeit kann außerdem eine Strategie darstellen, um den zunehmenden Ärztemangel zu begegnen, indem von anderen Berufsgruppen ärztliche, sowie administrative Aufgaben übernommen werden und somit Ärztinnen und Ärzte ihre zeitlichen Ressourcen gezielter auf rein medizinische Tätigkeiten lenken können (36,37). Hierdurch könnten sich in der Theorie ebenso Kosten durch ärztlichen Zeitaufwand einsparen lassen (37). Eine interprofessionelle Zusammenarbeit stellt zudem eine Möglichkeit dar, das Ansehen nicht-ärztlicher Berufsgruppen (insbesondere der Pflege) aufzuwerten (37). Begründet wird dies durch ein eigenverantwortlicheres Arbeiten im Rahmen einer strukturierten Kompetenzaufteilung und den Abbau von Hierarchien (37). Eine kanadische Literaturrecherche prognostiziert hierbei sogar eine Korrelation insofern, dass je höher der vorliegende Grad an Eigenverantwortlichkeit, desto qualitativ hochwertiger erfolgt die erbrachte Arbeitsleistung und desto größer ist die Personalfriedenheit (39). Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) folgert überdies: „Gelingende Interprofessionalität stärkt Professionalität“ (34).

Hinsichtlich des Einflusses von interprofessioneller Zusammenarbeit auf das Patientenoutcome und die Patientensicherheit finden sich in der Literatur unterschiedliche Ergebnisse. So führt eine interprofessionelle Zusammenarbeit laut der WHO und der SAMW zu einer Verbesserung der Patientensicherheit, sowie des Outcomes durch die Senkung von Mortalitätsraten, der Stärkung der gesamtgesellschaftlichen Patientengesundheit und der Förderung der Betreuungsqualität (34,36). Durch die geringeren Komplikationsraten und kürzeren Hospitalisierungsperioden wäre demnach zudem eine Kostenersparnis der

Gesundheitskosten erwartbar, wenn auch fraglich alleine durch den Effekt einer interprofessionellen Zusammenarbeit (35,36). Eine französische Literaturrecherche aus dem Jahr 2023 konnte einen eindeutigen positiven Effekt von interprofessioneller Zusammenarbeit auf die Blutdruckkontrolle von Patientinnen und Patienten mit Hypertonie evaluieren (40). Hinsichtlich des Outcomes von multimorbiden oder psychisch erkrankten Personen variierten die Ergebnisse jedoch von Studie zu Studie, da die Studiendesigns sehr unterschiedlich ausfielen und damit einen validen Vergleich erschwerten (40). Kongruent hierzu bemängeln einige Autoren in der Literatur mangelhafte Evidenz für die Verbesserung des Patientenoutcomes, für kürzere Hospitalisierungsperioden oder für geringere Mortalitätsraten durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit vorzufinden, da interprofessionelle Zusammenarbeit beispielsweise oftmals Teil eines multimodalen Settings ist und somit erschwert isoliert in Studien betrachtet werden kann (37).

Herausforderungen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit sind Zeitmangel, unzureichende Ausbildung, unklare Aufgabenbereiche, steile Hierarchien, eine mangelhafte Wertschätzung für andere Berufsgruppen und Kommunikationshindernisse (35,38). Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH, Foederatio Medicorum Helveticorum) konnte in retrospektiven Studien in 22-32% der patientensicherheitsrelevanten Zwischenfälle Kommunikationsprobleme feststellen (37). Expertinnen und Experten erwarten sich daher durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit und die grundsätzlich damit einhergehende verbesserte Kommunikation eine Förderung der Patientensicherheit (37). Alle Beteiligten in einer interprofessionellen Zusammenarbeit sollten daher an einem Strang ziehen, Vertrauen gegenüber den Kompetenzen der anderen Teammitglieder aufbringen und gemeinsame Einstellungen, Überzeugungen, sowie Wissensstände vorweisen, um schlussendlich für ein gutes Arbeitsklima auf gegenseitiger Vertrauensbasis zu sorgen. (34,37). Interprofessionelle Aus- und Weiterbildungen für alle involvierten Berufsgruppen sollten helfen dieses Verständnis, sowie die notwendigen Kompetenzen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit zu erwerben (37). In einer deutschen Interviewstudie von 2023 bewerteten die befragten Ärztinnen und Ärzte vor allem die fachliche Expertise des Pflegepersonals von „zentraler Bedeutung“ (38). Hingegen nahmen die interviewten Pflegepersonen vor allem eine fehlende ärztliche Anerkennung ihrer pflegerischen Kompetenzen wahr (38). Gleichzeitig wurde die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten und

somit auch von Verantwortlichkeiten auf andere Berufsgruppen im Sinne einer Kompetenzaufteilung mit klar definierten Rollen förderlich für eine interprofessionelle Zusammenarbeit angesehen (38).

Weitere in der Literatur beschriebene Erfordernisse für eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit sind: Standardisierte Prozesse inklusive einer klaren Kompetenzaufteilung, ausreichend zeitliche Ressourcen, gegenseitiger Wissensaustausch unter den Berufsgruppen, regelmäßige Teammeetings zur gemeinsamen Entscheidungsfindung, faire Honorierung der Gesundheitsleistungen, Vorhandensein einer rechtlichen bzw. politischen Grundlagen zur Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit und digitale Kommunikationstechnologien, sowie eine räumliche Nähe des Gesundheitspersonals, um eine kontinuierliche, einfache Kommunikation mit reduziertem administrativen Aufwand zu gewährleisten (36–39).

Bezugnehmend auf das Patientenverhalten in den Chronikerprogrammen wurde von den befragten Ärztinnen und Ärzten in dieser Diplomarbeit ein hohes Interesse zur Teilnahme an den Programmen beschrieben. Schätzungen reichten von zwei Drittel bis drei Viertel der Patientinnen und Patienten, die die Chronikerprogramme willkommen annehmen. Ebenso verzeichneten die interviewten DGKPs eine hohe und tendenzsteigende Patientenmotivation zur Einhaltung der regelmäßigen Kontrolltermine. Der ärztlichen Meinung zufolge ist dies insbesondere auf die pflegerische Aufklärungsarbeit zurückzuführen. Das gesamte interviewte Gesundheitspersonal schätzte zudem den Großteil der Patientinnen und Patienten in den Chronikerprogrammen als motiviert zur Einhaltung der Gesundheitsziele ein. Als Motivationsfaktoren zur Einhaltung der Kontrolltermine, sowie der Gesundheitsziele gelten nach der Meinung der Interviewten beispielsweise der Erhalt bzw. die Verbesserung der Lebensqualität, ein hoher Leidensdruck, regelmäßige Aufklärungsarbeiten über einen gesunden Lebensstil, die mögliche Ersparnis von Medikamenten, eine Verlaufsbeobachtung anhand von objektivierbaren Gesundheitsparameter (zum Beispiel Blutdruck, Gewicht, Laborwerte), das Vorhandensein einer hohen Gesundheitskompetenz bzw. eines hohen Krankheitsverständnisses und einer ausreichenden Therapieeinsicht. Hingegen wurden als Gründe für das Nichterscheinen zu den Kontrollterminen bzw. für das Nichteinhalten der Gesundheitsziele ein fehlendes Interesse, das Leugnen der eigenen Erkrankung,

Vergesslichkeit, sowie eine initiale Gewöhnungsphase an die neue pflegerische Betreuungsmodalität genannt.

Mit Ausnahme einer Person kamen alle Interviewten in dieser Diplomarbeit zu dem Entschluss, dass die Chronikerprogramme eine Verbesserung der Patientenadhärenz und des Patientenempowerments bewirkt haben. Auffallend häufig wurde dies von den Befragten mit den regelmäßig in den Programmen durchgeführten Therapie- und Krankheitsaufklärungen begründet. Außerdem hätte die verbesserte Betreuungsstruktur bzw. Organisation in den Chronikerprogrammen für eine verstärkte Einbindung der chronisch Kranken in ihren Betreuungsablauf gesorgt. Die Betroffenen würden zudem besonders das Vorhandensein einer Kontaktperson bei Fragen und Schwierigkeiten schätzen. Nicht zuletzt wurde die ganzheitliche und regelmäßige Patientenbetreuung in den Programmen als begünstigend bewertet. Außerdem würde bei Einhaltung der Therapie die konsekutive Besserung der Messwerte, sowie die Symptomlinderung im Sinne eines Rückkopplungsmechanismus wiederum Motivation zur Durchführung der Therapieempfehlungen erzeugen.

Die Verbesserung der Adhärenz ist Gegenstand vieler Forschungsarbeiten. Der Grund hierfür ist, dass bei mangelhafter Adhärenz eine Verschlechterung des gesundheitlichen Outcomes, ein Anstieg der Morbiditäts- und Mortalitätsrate, vermehrt Hospitalisierungen und höhere Gesundheitskosten verzeichnet wurde (41,42). Die Verbesserung der Adhärenz gestaltet sich jedoch komplex aufgrund der Vielzahl an Einflussfaktoren, wobei sich fünf Hauptkategorien hervorheben lassen: Patientencharakteristika (Alter, Geschlecht, Kognition, Lebensstil, Kultur, Religion, soziale Unterstützung), Krankheitscharakteristika (Chronizität, Langzeitfolgen), Behandlungsaspekte (Nebenwirkungen, Komplexität), institutionelle Aspekte (Kosten, multiple Gesundheitsleistungen) und die Beziehung zwischen dem Gesundheitspersonal und der Patientin bzw. des Patienten (42,43). Folglich ist Adhärenz das Resultat einer Zusammenarbeit von mehreren Akteuren:

Gesundheitspersonal, Patientinnen und Patienten, Institutionen und das psychosoziale Umfeld (43). Risikofaktoren für eine mangelhafte Adhärenz sind laut Studien ein tendenziell höheres Lebensalter, Depressionen, kognitive Defizite, funktionale körperliche Probleme, soziale Isolation, sozioökonomische Benachteiligungen, private finanzielle Schwierigkeiten, ausgeprägte Polypharmazie, medikamentöse Nebenwirkungen, komplexe Therapieschemata, hohe Behandlungskosten, große Anzahl an Behandlerinnen und

Behandlern, mangelhaftes Krankheitsverständnis, sowie Therapieeinsicht und eine schlechte Behandler-Patienten-Beziehung (41,42,44). Vor allem in den letzteren Punkten kann Patientenempowerment angreifen, um eine Verbesserung der Adhärenz und somit auch des gesundheitlichen, sowie klinischen Outcomes zu erzielen (28).

Patientenempowerment kann betrachtet werden als ein Konzept bestehend aus zwei Teilaspekten: Der Selbstwirksamkeit und der Kontrollüberzeugung (nähere Informationen hierzu finden sich in 1.4.4 Adhärenz und Patientenempowerment). Optimalerweise sollte Patientenempowerment zum einen die Selbstwirksamkeitserwartung und die interne Kontrollüberzeugung fördern, jedoch zugleich ebenso die Notwendigkeit auf Vorgaben von medizinischen Fachpersonal zu vertrauen, betonen (= externe Kontrollüberzeugung durch Gesundheitspersonal). Dieses Gleichgewicht und somit das optimale Patientenempowerment kann schwierig zu erreichen sein und erfordert eine partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung (28). Eine nicht zufriedenstellende Arzt-Patienten-Beziehung kann aufgrund eines vorherrschenden paternalistischen Konzeptes, mangelhafter Kommunikation und bei Zeitmangel entstehen (28,45). Als Ausgleich nehmen Patientinnen und Patienten dann oft eine ablehnende Haltung gegenüber Behandlungsmaßnahmen ein bzw. sind nicht-adhärent, um wieder Herr über die Therapie zu werden (28).

Für eine hohe Qualität einer patientenzentrierten Betreuung ist es somit notwendig, Patientinnen und Patienten die Rolle der aktiven, informierten und befähigten Teilnahme, statt des passiven Zusehens, im eigenen Betreuungsgeschehen näherzubringen. Im Sinne eines Patientenempowerments werden hierbei die Patientinnen und Patienten bei Entscheidungsprozessen miteinbezogen, es erfolgen regelmäßige Aufklärungsarbeiten von Seiten des Gesundheitspersonals, die Selbstwirksamkeit wird gefördert und Selbstmanagementfähigkeiten werden erlernt. Vorteile einer solchen Patientenpartizipation sind eine höhere Betreuungsqualität, Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit, Medikations-Adhärenz und weniger Behandlungsfehler (45).

Aufklärungsarbeiten können auf verschiedenste Arten erfolgen - ob im persönlichen Kontakt zwischen dem Gesundheitspersonal und den Patientinnen bzw. Patienten, von Broschüren bzw. Handouts bis hin zu digitalen, gegebenenfalls internetbasierten Angeboten. Eine Meta-Analyse der University of California Riverside von 2016 eruierte,

kongruent zu den Ergebnissen dieser Diplomarbeit, einen positiven Einfluss von Aufklärungsarbeiten auf die Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten. Konkret wurde die Gesundheitskompetenz in Studien um 22% durch Aufklärungen gefördert. Eine hohe Gesundheitskompetenz wiederum, ob durch Aufklärungsarbeit oder selbstständig erworben, fördert nachgewiesenermaßen signifikant die Adhärenz von Patientinnen und Patienten um durchschnittlich statistisch 14%. Dieser Effekt war besonders signifikant für nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen wie beispielsweise Lebensstilveränderungen (engl.: „non-medication adherence“) und im Patientenkollektiv für kardiovaskuläre Erkrankungen. Mangelhafte Gesundheitskompetenz hingegen resultiert laut Studien in einem schlechten gesundheitlichen Outcome aufgrund von höheren Hospitalisierungsraten, einem erhöhten Mortalitätsrisiko, potenziellen Diagnoseverzögerungen und einen unzureichenden Gebrauch von präventiven Leistungen (44).

Welche Rolle hierbei eine pflegerische Betreuung spielen kann, zeigte eine Studie aus Brasilien von 2014. Hierbei wurden 283 Patientinnen und Patienten mit Hypertonie retrospektiv hinsichtlich Adhärenz und Krankheitskontrolle untersucht. Jene Patientinnen und Patienten wurden hierbei von Krankenschwestern in Rahmen eines DMPs für Hypertonie je nach vorhandener individueller Risikostratifikation in einem vorgegebenen Intervall telefonisch oder über Hausbesuche betreut. Die Studie konnte zeigen, dass durch das Krankenschwester-geführte Hypertonie-DMP eine signifikant bessere Blutdruckkontrolle erreicht und die Adhärenz deutlich gesteigert werden konnte, von 25,1% ohne DMP auf eine 85,5%-ige Adhärenz-Rate mit DMP (43).

Ergänzend zu den Aufklärungen ist das Erlernen von Selbstmanagementfähigkeiten für ein optimiertes Patientenempowerment von Nöten. Selbstmanagementfähigkeiten werden als essenziell notwendig bei Personen mit chronischen Erkrankungen angesehen, da sich durch einen gesundheitsfördernden Lebensstil Krankheitsprogressionen, sowie Therapieeskalationen verhindern und dadurch auch Behandlungskosten reduzieren lassen. Eine britische qualitative Studie untersuchte anhand von Interviews mit 20 Patientinnen und Patienten, sowie mit 20 Ärztinnen und Ärzten die Einflussfaktoren auf die Selbstmanagementfähigkeiten von Personen mit Multimorbiditäten und fand drei Hauptfaktoren: Kapazität (engl. „capacity“), Verantwortlichkeit (engl. „responsibility“) und Motivation (engl. „motivation“) (46).

„Kapazität“ meint die Verfügbarkeit einer entsprechenden Infrastruktur und von ausreichender Zeit, um Selbstmanagementfähigkeiten zu erlangen. Weiters meint es aber auch den Wissensstand und das Selbstvertrauen, um entsprechende Praktiken zu verstehen und anzuwenden und es versteht sich darunter die mentale und physische Energie, um Selbstmanagement zu betreiben. Ein unterstützendes soziales Netzwerk aus Familie, Freunden, Gemeinschaften oder religiösen Gruppen wurde sowohl aus ärztlicher Perspektive als auch aus Patientensicht als relevant zur Stärkung der Kapazität angesehen. Des Weiteren sind finanzielle Ressourcen, Internetzugang und private oder öffentliche Transportmöglichkeiten essenziell, um Angebote zur Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten in Anspruch zu nehmen. Oftmals finden sich Personen mit Multimorbiditäten durch den zeitintensiven und energieraubenden Alltag mit chronischen Erkrankungen derart ausgelaugt, dass für die Durchführung weiterer Selbstmanagementpraktiken keine Kapazitäten mehr bestehen. Zudem können verschiedene Krankheitsbilder miteinander interagieren und die Schaffung eines gesundheitsfördernden Lebensstiles erschweren: Beispielsweise ist die Ausübung sportlicher Tätigkeiten, um einen Diabetes mellitus zu verbessern, bei Vorhandensein einer schweren respiratorischen Erkrankung kaum möglich. Bei mangelhaft vorhandener Eigenkapazität wiederum legen Patientinnen und Patienten die Verantwortlichkeit des Krankheitsmanagements tendenziell häufiger in die Hände des Gesundheitspersonal und lehnen ein Selbstmanagement ab. Der zweite Aspekt von Selbstmanagement, die „Verantwortlichkeit“, ist somit die Übereinkunft zu welchem Grad die Betreuung der chronischen Erkrankung die Verantwortung des Betroffenen (Selbstmanagement) und der Ärztin bzw. des Arztes ist. Zuletzt wurde von den Befragten der Studie die „Motivation“ als dritter Faktor identifiziert, welche den Willen Selbstmanagementpraktiken durchzuführen, beschreibt. Mangelhafte Motivation wiederum reduziert die eigenen Kapazitäten und das Gefühl von Eigenverantwortung zur Anwendung von Selbstmanagementfähigkeiten. Die Motivation zeigte sich insbesondere bei vorhandener Kombination von mentaler und physischer Multimorbidität eingeschränkt. Insbesondere Depressionen wurden von den Interviewten der Studie in einer Vielzahl der chronisch Multimorbiden beobachtet und als eine der Haupthürden zur Durchführung von Selbstmanagement identifiziert. In diesen Fällen wurde von den ärztlichen Befragten die Behandlung einer Depression vorrangig empfohlen, bevor weitere Lebensstiländerungen angeraten werden sollten. Sozioökonomische Benachteiligungen (in Hinblick auf Beruf, Bildung, Einkommen, Wohnsituation und gesellschaftliche Chancen) wirken sich negativ

auf alle drei dieser Faktoren aus. Zudem finden sich bei jenem Patientenkollektiv im Durchschnitt 10 - 15 Jahre früher Multimorbiditäten, inklusive psychiatrischer Erkrankungen. (46).

Im Zuge der Interviews in dieser Diplomarbeit wurde außerdem das Stichwort Schulungen thematisiert. Vier der fünf interviewten DGKPs erhielten zu Beginn der Chronikerprogramme einmalig die Schulung „Pflege in der Primärversorgung“ vom österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV). Später in die Programme eingestiegene DGKPs erhielten diese Schulung jedoch nicht mehr. Darüber hinaus besteht derzeit kein Modell für fortlaufende Schulungen. Gleichzeitig wurde jedoch der Bedarf an Schulungen für „ALLE“ beteiligten Berufsgruppen betont. Diese sollten zudem regelmäßig, beispielsweise mindestens einmal jährlich oder früher bei Änderung von Leitlinien, stattfinden. Thematiken mit Schulungsbedarf wären demnach nach Meinung der befragten DGKPs motivierende Gesprächstechniken zu Lebensstiländerungen, organisatorische/administrative Abwicklungen der Chronikerprogramme und diagnostische, sowie therapeutische Maßnahmen für jede chronische Erkrankungen in den Programmen.

Acht der neun Interviewten empfinden den administrativen Aufwand in den Chronikerprogrammen als sehr hoch. Am höchsten würde dieser vor allem initial bei Neuimplementierung der Programme in eine PVE ausfallen. Die zeitaufwändige Administration würde nach Meinung der Interviewten aufgrund der Erhebung großer Datenmengen im Rahmen der Betreuung und durch die zahlreich durchzuführenden telefonischen Patientenerinnerungen zu den Kontrollterminen entstehen. Ganz besonders wurde jedoch von den Befragten das Fehlen einer PVE-einheitlichen, digitalen Dokumentationssoftware als erschwerend empfunden. Derzeit besteht in jeder PVE eine eigene Dokumentationslösung, die meist anhand von Mehrfachdokumentationen in diverse Programme (Freitext ins Ordinationsprogramm, Excel Dateien, PDF-Formulare) oder handschriftlich auf Papierbögen erfolgt und folglich keine klare Übersicht über die Patientenbetreuung bieten kann. Konsekutiv wurde daher in zahlreichen Interviews, oftmals sogar mehrfach innerhalb eines Interviews, der Wunsch nach einem PVE-einheitlichem digitalem Dokumentationsprogramm geäußert, welches ins hausinterne Ordinationsprogramm integrierbar ist und eine übersichtliche Verlaufsdarstellung aller Chronikerprogramm Daten bzw. von Krankheitsentwicklungen bereitstellen kann. Dies

wurde neben der zeitlichen Ersparnis und komfortableren Dokumentationsweise, insbesondere auch aufgrund der Möglichkeit einer statistischen Auswertung zur Qualitätskontrolle und Vergleichbarkeit über PVE hinweg, gefordert.

Außerdem bestand mehrheitlich der Wunsch nach einem digitalen Erinnerungssystem für das Gesundheitspersonal und für Patientinnen, sowie Patienten zur automatischen Benachrichtigung bei anstehenden bzw. ausstehenden Kontrollterminen.

Abschließend wurden die Interviewten noch nach ihrer Einschätzung zur Alltagstauglichkeit bzw. Praktikabilität der Chronikerprogramme befragt. Fünf der neun Befragten empfanden die Chronikerprogramme bereits als alltagstauglich, während die anderen Vier für eine optimale Alltagstauglichkeit noch Verbesserungen voraussetzten. Der Nutzen der Chronikerprogramme für sich alleine begründete für viele bereits die Praktikabilität, da die Programme als Bereicherung für Patientinnen und Patienten, für das Gesundheitspersonal, sowie für das Gesundheitssystem erachtet werden.

Neben der bereits erwähnten Verbesserungspotenzialen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit, Kompetenzaufteilung, Schulungen und Administration bestanden von Seiten der Interviewten noch weitere Wünsche zur Optimierung der strukturierten Betreuung. So bestand bei zwei Drittel der Befragten der Wunsch nach einem adäquaten leistungsgebundenen Honorierungssystem, sowie nach der Bereitstellung finanzieller und zeitlicher Ressourcen zur Freistellung von mindestens ein bis zwei DGKPs für die Arbeit in den Programmen. Ein Drittel der Interviewten empfanden bei den Betreuungsalgorithmen außerdem teilweise noch die Notwendigkeit zur Überarbeitung und Vereinfachung. Einige Befragte erachteten zudem eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zu den Chronikerprogrammen zukünftig als sinnvoll und wünschten sich darüber hinaus ebenso die Erstellung validierter Patientenbroschüren.

Zusammenfassend war für eine optimale Alltagstauglichkeit der Chronikerprogramme für die Interviewten vor allem die aktuell angewandte Dokumentationsform, die mangelhafte Honorierung der Programme, die Personalknappheit und der Zeitmangel zur Durchführung der oftmals sehr zeitaufwändigen Programme limitierend.

An dieser Stelle sei noch auf die Limitationen dieser Arbeit hingewiesen. Zu erwähnen ist die grundsätzlich relativ geringe Stichprobengröße von neun Interviews (vier Ärztinnen

und Ärzte, fünf DGKPs), die aus fünf Gesundheitszentren kontaktiert wurden, welche die höchsten Erfahrungswerte aufweisen. Demgegenüber zu stellen ist jedoch, dass zum Zeitpunkt der Interviewdurchführungen in Summe lediglich sieben Gesundheitszentren in den Chronikerprogrammen involviert waren. Darüber hinaus variierten die Interviewmodalitäten von persönlichen Kontakten, zu eher unpersönlicheren Video-Konferenzen und telefonischen Gesprächen und sind demnach von der Qualität der Informationsgewinnung in dem professionellen Setting zwar hochwertig, jedoch nicht ident. Zuletzt sei noch die immense Menge an Literatur zu Disease Management Programmen und ihren Charakteristika (strukturierte Betreuung, interprofessionelle Zusammenarbeit, Kompetenzaufteilung, Patientenoutcome, etc.) erwähnt. Ob die Entwicklung des Chronic Care Models von Edward Harris Wagner 1998, die umfassenden Arbeiten zur Primärversorgung von Barbara Starfield seit den 1990ern oder die ersten DMPs in Deutschland in 2003 oder in den USA in den 1980ern, die Thematik ist seit Jahrzehnten Stand der Forschung und gewinnt vor allem im derzeitigen Zeitalter aufgrund der zunehmend anerkannten Bedeutung der Primärversorgung und der demografisch bedingten Zunahme an chronischen Erkrankungen an Wert (10,14,30,43). Folglich kann die erfolgte Literaturrecherche in dieser Diplomarbeit lediglich eine „Kostprobe“ an Forschungsdaten bieten.

Letztlich kommt in dieser Diplomarbeit dennoch klar zum Ausdruck, dass sowohl aus ärztlicher, als auch pflegerischer Sicht an die Sinnhaftigkeit der Chronikerprogramme geglaubt wird und die Vorteile deutlich die derzeit noch bestehenden Herausforderungen überwiegen. Der Wunsch des Gesundheitspersonals zur Fortführung und weiteren Entwicklung des Projektes wird durch diese qualitative Studie offensichtlich, wenngleich für eine optimale Alltagstauglichkeit noch einige Verbesserungsschritte zu bewältigen sind. Die Studie zeigt wichtige Änderungsnotwendigkeiten, wie die Etablierung eines PVE-einheitlichen digitalen Dokumentationssystems, eine adäquate Honorierung der Chronikerprogramme sowie die Zurverfügungstellung einer ausreichenden Personalkapazität mit entsprechender Ausbildung.

## 5 Literaturverzeichnis

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases - PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. [zitiert 6. Dezember 2022]. Verfügbar unter: <https://www.paho.org/en/topics/noncommunicable-diseases>
2. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung [Internet]. 2022 [zitiert 2. Dezember 2022]. Verfügbar unter: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html)
3. Birkner B. Einführung in das Versorgungsmanagement. Apollon Hochschule [www.apollonhochschule.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/ZKs\\_Problektionen\\_neu/Probekapitel\\_Versorgungsmanagement\\_VEMAM01.pdf](http://www.apollonhochschule.de/fileadmin/user_upload/PDF/ZKs_Problektionen_neu/Probekapitel_Versorgungsmanagement_VEMAM01.pdf). :29.
4. Puska P. Health in all policies. *European Journal of Public Health*. 1. August 2007;17(4):328–328.
5. World Health Organization. Regional Office for Europe. Universal health coverage (UHC) [Internet]. 2022 [zitiert 1. Dezember 2022]. Verfügbar unter: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
6. Johansen AS, Vracko P, West R. The evolution of community-based primary health care, Slovenia. *Bull World Health Organ*. 1. Mai 2020;98(5):353–9.
7. World Health Organization. Non communicable diseases [Internet]. [zitiert 23. November 2022]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
8. Griebler R, Winkler P. Dauerhafte Krankheiten und chronische Gesundheitsprobleme [Internet]. *Gesundheit Österreich GmbH/Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (GÖG/ÖBIG)*; 2021. Verfügbar unter: <https://jasmin.goeg.at/1869/>
9. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. In: *Gesundheitsziele Österreich* [Internet]. Wien; 2017. S. 40. Verfügbar unter: [www.gesundheitsziele-oesterreich.at](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at)
10. World Organization of Family Doctors (WONCA) [Internet]. [zitiert 10. Januar 2024]. Verfügbar unter: <https://www.globalfamilydoctor.com/internationalissues/barbarastarfield.aspx>
11. Roland M. Barbara Starfield: an appreciation. *Br J Gen Pract*. August 2011;61(589):523.
12. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. September 2005;83(3):457–502.
13. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. *Das österreichische Gesundheitssystem: Zahlen - Daten - Fakten*. 2019;40.

14. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* September 1998;1(1):2–4.
15. Amelung PDVE. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/chronic-care-modell-51765>. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH; 2018 [zitiert 5. Dezember 2022]. Definition: Chronic Care Modell. Verfügbar unter: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/chronic-care-modell-51765/version-274918>
16. Europe WHORO for. Integrated, person-centred primary health care produces results: case study from Slovenia. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2020.
17. GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2. Juni 2018;391(10136):2236–71.
18. Susič AP, Švab I, Klemenc-Ketiš Z, Klemenc Ketiš Z, Europe WHORO for. Upgrading the model of care in family medicine: a Slovenian example. *Public health panorama.* 2018;04(04):550–5.
19. Susič AP, Klemenc-Ketiš Z. Successful Implementation of Integrated Care in Slovenian Primary Care. *Zdr Varst.* 31. Dezember 2020;60(1):1–3.
20. Siebenhofer-Kroitzsch A, Glehr R, Burgmann S, Semlitsch T, Korsatko S. Überprüfung existierender slowenischer Protokolle zur Behandlung chronisch Kranker hinsichtlich einer möglichen Implementierung in der Steiermark. Graz: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz; 2020 Apr S. 319.
21. Therapie Aktiv - Diabetes im Griff [Internet]. [zitiert 22. Januar 2024]. Therapie Aktiv - Diabetes im Griff. Verfügbar unter: <https://www.therapie-aktiv.at/cdscontent/?contentid=10007.682095&portal=diabetesportal>
22. Gesundheitsportal [Internet]. [zitiert 22. Januar 2024]. Gutartige Prostatavergrößerung - Therapie. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sexualorgane/maennliche-sexualorgane/prostatavergroesserung-therapie.html>
23. Rabady S. *Universimed.* 2019 [zitiert 27. November 2022]. Strukturierte Betreuung im Praxisteam: Diabetes mellitus Typ 2. Verfügbar unter: <https://www.universimed.com/at/article/diabetologie-endokrinologie/strukturierte-betreuung-im-praxisteam-diabetes-mellitus-typ-2119414>
24. Tenzer S. Integrierte Versorgung. Analyse ausgewählter Modelle unter besonderer Berücksichtigung der Perspektive des Krankenhauses und der Pflege [Internet]. 2005 [zitiert 28. November 2022]. Verfügbar unter: <https://www.grin.com/document/40201>
25. Wagner K, Lenz I. Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung: Eine betriebswirtschaftliche Analyse. Kohlhammer Verlag; 2007. 345 S.

26. Huber C. Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung. *Praxis*. 1. Januar 2022;111(1):3–4.
27. Chromy C. Compliance & Adhärenz: Das Wie und das Wann [Internet]. *Ärztezeitung*. 2022 [zitiert 7. Dezember 2022]. Verfügbar unter: <https://aerztezeitung.at/2022/oaz-artikel/medizin/compliance-adhaerenz-das-wie-und-das-wann/>
28. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One*. 17. Oktober 2017;12(10):e0186458.
29. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 13., überarbeitete Auflage. Weinheim Basel: Beltz; 2022. 148 S.
30. Wangler J, Jansky M. Disease-Management-Programme: Haben sie die Prävention in der Primärversorgung vorangebracht? *Präv Gesundheitsf* [Internet]. 28. Mai 2024 [zitiert 9. Juli 2024]; Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s11553-024-01131-1>
31. Disease-Management-Programme - Gemeinsamer Bundesausschuss [Internet]. [zitiert 9. Juli 2024]. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/>
32. Wangler J, Jansky M. Anderthalb Dekaden Disease-Management-Programme – Eine Bilanz zum Status quo aus hausärztlicher Sicht. *Dtsch Med Wochenschr*. März 2020;145(6):e32–40.
33. Riedl R, Robausch M, Berghold A. The Evaluation of the Effectiveness of Austrians Disease Management Program in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus - A Population-Based Retrospective Cohort Study. *PLoS One*. 2016;11(8):e0161429.
34. Schmitz CJ, Atzeni G, Berchtold P. *Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen: Differenzierung, Praxis und Implementierung*. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften Bern; 2020.
35. Huber C. [Interprofessional Collaboration in Health Care]. *Praxis* (Bern 1994). Januar 2022;110(1):3–4.
36. Gilbert JHV, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health*. 2010;39 Suppl 1:196–7.
37. *Ärztezeitung* SS. Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht [Internet]. 2018 [zitiert 22. Juli 2024]. Verfügbar unter: <https://saez.swisshealthweb.ch/de/article/doi/saez.2018.17276/>
38. Zimansky M, Ceylan B, Klukas E, Hamacher M, van de Sand H, Gustaevel M, u. a. Interprofessionelle Zusammenarbeit von Hausärzt\_innen und Pflegefachpersonen in der Primärversorgung. *Pflege*. Februar 2024;37(1):11–8.

39. Ndibu Muntu Keba Kebe N, Chiochio F, Bamvita JM, Fleury MJ. Variables associated with interprofessional collaboration: a comparison between primary healthcare and specialized mental health teams. *BMC Fam Pract.* 8. Januar 2020;21(1):4.
40. Bouton C, Journeaux M, Jourdain M, Angibaud M, Huon JF, Rat C. Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review. *BMC Prim Care.* 29. November 2023;24(1):253.
41. Massot Mesquida M, de la Fuente JA, Andrés Lorca AM, Arteaga Pillasagua I, Balboa Blanco E, Gracia Vidal S, u. a. Primary Care Records of Chronic-Disease Patient Adherence to Treatment. *Int J Environ Res Public Health.* 2. April 2021;18(7):3710.
42. Touchette DR, Shapiro NL. Medication compliance, adherence, and persistence: current status of behavioral and educational interventions to improve outcomes. *J Manag Care Pharm.* 2008;14(6):S2–10.
43. Raymundo ACN, Pierin AMG. [Adherence to anti-hypertensive treatment within a chronic disease management <sup>[P]</sup><sub>[SEP]</sub> program: a longitudinal, retrospective study]. *Rev Esc Enferm USP.* Oktober 2014;48(5):811–9.
44. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Educ Couns.* Juli 2016;99(7):1079–86.
45. Jiang N, Sun MM, Zhou YY, Feng XX. Significance of Patient Participation in Nursing Care. *Altern Ther Health Med.* September 2021;27(5):115–9.
46. Coventry PA, Fisher L, Kenning C, Bee P, Bower P. Capacity, responsibility, and motivation: a critical qualitative evaluation of patient and practitioner views about barriers to self-management in people with multimorbidity. *BMC Health Serv Res.* 31. Oktober 2014;14:536.

## 6 Anhang

### 6.1 Interviewleitfaden für Ärztinnen und Ärzte

#### Interview für Ärztinnen und Ärzte

#### „Strukturierte interprofessionelle Betreuung ausgewählter chronischer Erkrankungen in Primärversorgungseinheiten“

##### **Thema 1: Strukturierte Betreuung - Allgemein**

Bei einer strukturierten Betreuung einer chronischen Krankheit werden Patientinnen und Patienten nach einer Erstuntersuchung regelmäßig proaktiv vom Gesundheitspersonal zu Follow-Up Untersuchungen eingeladen.

1. Stellt die strukturierte Betreuung in den Chronikerprogrammen für Sie eine Veränderung im Vergleich zu Ihrem bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten dar? Und wenn ja, inwiefern?
2. Welche Stärken sehen Sie bei dieser strukturierten Betreuung in den Chronikerprogrammen?
3. Welche Schwächen bzw. Hindernisse sehen Sie bei dieser strukturierten Betreuung in den Chronikerprogrammen?
4. Welche Verbesserungen hinsichtlich der strukturierten Betreuung in den Chronikerprogrammen würden Sie sich wünschen?
5. Können Sie selbst bzw. intern im Team zu diesen Verbesserungsmaßnahmen einen Beitrag leisten? Und wenn ja, inwiefern?

##### **Thema 2: Strukturierte Betreuung - Patientenverhalten**

6. Wie werden die Patientinnen und Patienten für die Chronikerprogramme rekrutiert?
7. Sind die Patientinnen und Patienten interessiert an den Chronikerprogrammen teilzunehmen? Und woran erkennen Sie das?
8. Sind die Patientinnen und Patienten motiviert ihre persönlichen Gesundheitsziele einzuhalten? Und woran erkennen Sie das?
9. Haben Sie im Zuge der Chronikerprogramme eine Veränderung in der Adhärenz der Patientinnen und Patienten beobachtet? Und wenn ja, was haben Sie bemerkt?
10. Haben Sie im Rahmen der Chronikerprogramme eine Veränderung in der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten bemerkt? Beispielsweise beim Treffen gemeinsamer Entscheidungen oder zum Beispiel beim Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen? Und wenn ja, was haben Sie bemerkt?

##### **Thema 3: Kompetenzaufteilung - Allgemein**

In den Chronikerprogrammen werden die Tätigkeiten der DGKPs und der Ärztinnen und der Ärzte klar aufgeteilt und schriftlich definiert.

11. Welche Stärken sehen Sie bei dieser verschriftlichten klar definierten Kompetenzaufteilung?
12. Welche Schwächen bzw. Hindernisse sehen Sie bei dieser verschriftlichten klar definierten Kompetenzaufteilung?
13. Haben sich durch die Kompetenzaufteilung Änderungen in Ihrem Aufgabenbereich ergeben? Und wenn ja, was hat sich für Sie verändert?
14. Würden Sie noch etwas an der Aufteilung der Aufgaben verändern? Und wenn ja, welche Änderungsvorschläge haben Sie?

15. Hat sich durch die Chronikerprogramme Ihre Arbeitsbelastung verändert? Und wenn ja, inwiefern?
16. Gefällt Ihnen Ihre Arbeit in den Chronikerprogrammen? Und wenn ja bzw. wenn nein, warum?

#### **Thema 4: Kompetenzaufteilung – interprofessionelle Zusammenarbeit**

Eine Besonderheit der Chronikerprogramme besteht in der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen DGKPs und Ärztinnen und Ärzten.

17. Welche Stärken sehen Sie bei dieser interprofessionellen Zusammenarbeit?
18. Welche Schwächen bzw. Hindernisse sehen Sie bei dieser interprofessionellen Zusammenarbeit?
19. Hat sich für Sie durch die Chronikerprogramme eine Änderung in der interprofessionellen Zusammenarbeit ergeben? Und wenn ja, welche Veränderung haben Sie bemerkt?
20. Gibt es bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit noch Verbesserungspotential? Und wenn ja, was könnte man noch verbessern?
21. Wie zufrieden sind Sie mit der Kommunikation im Team?

#### **Thema 5: Administrativer Aufwand**

22. Wie empfinden Sie den administrativen Aufwand bei den Chronikerprogrammen in Ihrer Praxis?
23. Wie erfolgt bei Ihnen die Dokumentation in den Chronikerprogrammen?
24. Welche Stärken sehen Sie bei dieser Dokumentationsform?
25. Welche Schwächen bzw. Hindernisse sehen Sie bei dieser Dokumentationsform?
26. Wie könnte man Ihrer Meinung nach die derzeitige Dokumentationsweise verbessern?

#### **Thema 6: Chronikerprogramme Alltagstauglichkeit**

27. Sind die Chronikerprogramme für Sie praktikabel bzw. alltagstauglich?
28. Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung?
29. Wie kann man Ihrer Meinung nach die Chronikerprogramme am besten in den Alltag integrieren?
  
30. Möchten Sie abschließend noch sonstige Anmerkungen oder Ergänzungen festhalten?

## 6.2 Interviewleitfaden für DGKPs

### Interview für DGKPs

#### „Strukturierte interprofessionelle Betreuung ausgewählter chronischer Erkrankungen in Primärversorgungseinheiten“

##### **Thema 1: Strukturierte Betreuung - Allgemein**

Bei einer strukturierten Betreuung einer chronischen Krankheit werden Patientinnen und Patienten nach einer Erstuntersuchung regelmäßig proaktiv vom Gesundheitspersonal zu Follow-Up Untersuchungen eingeladen.

1. Stellt die strukturierte Betreuung in den Chronikerprogrammen für Sie eine Veränderung im Vergleich zu Ihrem bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten dar? Und wenn ja, inwiefern?
2. Welche Stärken sehen Sie bei dieser strukturierten Betreuung in den Chronikerprogrammen?
3. Welche Schwächen bzw. Hindernisse sehen Sie bei dieser strukturierten Betreuung in den Chronikerprogrammen?
4. Welche Verbesserungen hinsichtlich der strukturierten Betreuung in den Chronikerprogrammen würden Sie sich wünschen?
5. Können Sie selbst bzw. intern im Team zu diesen Verbesserungsmaßnahmen einen Beitrag leisten? Und wenn ja, inwiefern?

##### **Thema 2: Strukturierte Betreuung - Patientenverhalten**

6. Wie erfolgt aktuell die Terminvereinbarung für die Follow-Up Untersuchungen?
7. Halten die Patientinnen und Patienten die Kontrolltermine ein? Und wenn nein, warum nicht?
8. Was könnte man ihrer Meinung nach tun bzw. was machen Sie in Ihrem Zentrum, damit die Patientinnen und Patienten die Kontrolltermine einhalten?
9. Sind die Patientinnen und Patienten motiviert ihre persönlichen Gesundheitsziele einzuhalten? Und woran erkennen Sie das?
10. Haben Sie im Zuge der Chronikerprogramme eine Veränderung in der Adhärenz der Patientinnen und Patienten beobachtet? Und wenn ja, was haben Sie bemerkt?
11. Haben Sie im Rahmen der Chronikerprogramme eine Veränderung in der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten bemerkt? Beispielsweise beim Treffen gemeinsamer Entscheidungen oder zum Beispiel beim Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen? Und wenn ja, was haben Sie bemerkt?

##### **Thema 3: Kompetenzaufteilung - Allgemein**

In den Chronikerprogrammen werden die Tätigkeiten der DGKPs und der Ärztinnen und der Ärzte klar aufgeteilt und schriftlich definiert.

12. Welche Stärken sehen Sie bei dieser verschriftlichten klar definierten Kompetenzaufteilung?
13. Welche Schwächen bzw. Hindernisse sehen Sie bei dieser verschriftlichten klar definierten Kompetenzaufteilung?
14. Haben sich durch die Kompetenzaufteilung Änderungen in Ihrem Aufgabenbereich ergeben? Und wenn ja, was hat sich für Sie verändert?
15. Würden Sie noch etwas an der Aufteilung der Aufgaben verändern? Und wenn ja, welche Änderungsvorschläge haben Sie?
16. Hat sich durch die Chronikerprogramme Ihre Arbeitsbelastung verändert? Und wenn ja, inwiefern?

17. Gefällt Ihnen Ihre Arbeit in den Chronikerprogrammen? Und wenn ja bzw. wenn nein, warum?

#### **Thema 4: Kompetenzaufteilung – Schulungen/Ausbildungen**

18. Haben Sie im Zuge der Chronikerprogramme Schulungen erhalten? Und wenn ja, welche?  
19. Gibt es Bereiche, in denen Sie noch Schulungsbedarf sehen? Und wenn ja, in welchen Bereichen würden Sie sich noch zusätzliche Schulungen wünschen?

#### **Thema 5: Kompetenzaufteilung – interprofessionelle Zusammenarbeit**

Eine Besonderheit der Chronikerprogramme besteht in der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen DGKPs und Ärztinnen und Ärzten.

20. Welche Stärken sehen Sie bei dieser interprofessionellen Zusammenarbeit?  
21. Welche Schwächen bzw. Hindernisse sehen Sie bei dieser interprofessionellen Zusammenarbeit?  
22. Hat sich für Sie durch die Chronikerprogramme eine Änderung in der interprofessionellen Zusammenarbeit ergeben? Und wenn ja, welche Veränderung haben Sie bemerkt?  
23. Gibt es bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit noch Verbesserungspotential? Und wenn ja, was könnte man noch verbessern?  
24. Wie zufrieden sind Sie mit der Kommunikation im Team?

#### **Thema 6: Administrativer Aufwand**

25. Wie empfinden Sie den administrativen Aufwand bei den Chronikerprogrammen in Ihrer Praxis?  
26. Wie erfolgt bei Ihnen die Dokumentation in den Chronikerprogrammen?  
27. Welche Stärken sehen Sie bei dieser Dokumentationsform?  
28. Welche Schwächen bzw. Hindernisse sehen Sie bei dieser Dokumentationsform?  
29. Wie könnte man Ihrer Meinung nach die derzeitige Dokumentationsweise verbessern?

#### **Thema 7: Chronikerprogramme Alltagstauglichkeit**

30. Sind die Chronikerprogramme für Sie praktikabel bzw. alltagstauglich?  
31. Wie kommen Sie zu dieser Einschätzung?  
32. Wie kann man Ihrer Meinung nach die Chronikerprogramme am besten in den Alltag integrieren?  
33. Möchten Sie abschließend noch sonstige Anmerkungen oder Ergänzungen festhalten?

### 6.3 Einwilligungserklärung

#### Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Interviewerin/Interviewer: Sarah Spanring

Interviewdatum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Teilnehmerin, Sehr geehrter Teilnehmer,

#### 1. Forschungsprojekt:

Im Zuge dieses vom **Gesundheitsfond Steiermark** beauftragten Pilotprojekts erhalten Patientinnen und Patienten mit **ausgewählten chronischen Krankheiten** eine Betreuung nach klar vorgegebenen Untersuchungsabläufen. In diesen **Chronikerprogrammen** werden die durchzuführenden Tätigkeiten schriftlich klar definiert zwischen den verschiedenen teilnehmenden Gesundheitsberufen aufgeteilt. Um die **Vor- und Nachteile dieser strukturierten Kompetenzaufteilung** zu erfassen, werden Experteninterviews mit sowohl Ärztinnen und Ärzten als auch diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Krankenpflegern durchgeführt. Des Weiteren dienen die Interviews zur Ermittlung von eventuell **notwendigen Anpassungen beziehungsweise gewünschten Änderungen** in den Chronikerprogrammen.

#### 2. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an den Interviews?

Mit Ihrer Teilnahme leisten Sie einen wichtigen wissenschaftlichen Beitrag. Mit Ihren Angaben und Gedanken helfen Sie dabei mit, das Pilotprojekt weiter zu verbessern und näher an eine tatsächlich österreichweite Umsetzung zu gelangen.

#### 3. Durchführung der Interviews:

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsprojekts in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht, es sein denn, Sie stimmen einer weiteren Speicherung zur Kontaktmöglichkeit für themenverwandte Forschungsprojekte

ausdrücklich zu. Selbstverständlich können Sie einer längeren Speicherung zu jedem Zeitpunkt widersprechen.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abzubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

#### **4. Datenschutz:**

Bei den Daten, die über Sie im Rahmen dieser Studie erhoben und verarbeitet werden, ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen

- 1) personenbezogenen Daten, anhand derer Sie direkt identifizierbar sind (z.B. Name, Geburtsdatum, Adresse)
- 2) (verschlüsselten) personenbezogenen Daten, bei denen alle Informationen, die direkte Rückschlüsse auf Ihre Identität zulassen, durch einen Code (z. B. eine Zahl) ersetzt bzw. unkenntlich gemacht werden. Dies bewirkt, dass die Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen und ohne unverhältnismäßig großen Aufwand nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können.
- 3) (anonymisierte) Daten, bei denen eine Rückführung auf Ihre Person nicht mehr möglich ist.

Der Code zur Verschlüsselung wird von den verschlüsselten Datensätzen streng getrennt und nur an einem Prüfzentrum aufbewahrt.

Zugang zu Ihren nicht verschlüsselten Daten haben die Projektleitung und andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Institutes für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, die an der Studie mitwirken. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt. Zusätzlich können autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Beauftragte des Sponsors der medizinischen Universität Graz sowie Beauftragte von in- und/oder ausländischen Gesundheitsbehörden und jeweils zuständige Ethikkommissionen in die nicht verschlüsselten Daten Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der klinischen Studie notwendig bzw. vorgeschrieben ist.

Eine Weitergabe der Daten erfolgt nur in verschlüsselter oder anonymisierter Form. Auch für etwaige Publikationen werden nur die verschlüsselten oder anonymisierten Daten verwendet.

Sämtliche Personen, die Zugang zu Ihren verschlüsselten und nicht verschlüsselten Daten erhalten, unterliegen im Umgang mit den Daten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie den österreichischen Anpassungsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung.

Im Rahmen dieses Projektes ist keine Weitergabe von Daten in Länder außerhalb der EU vorgesehen.

Sie können Ihre Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen. Nach Ihrem Widerruf werden keine weiteren Daten mehr über Sie erhoben. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten können allerdings weiter im Rahmen dieser Studie verwendet werden.

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben haben Sie außerdem, sofern dies nicht die Durchführung der Studie voraussichtlich unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt, das Recht auf Einsicht in die Ihre Person betreffenden Daten und die Möglichkeit der Berichtigung, falls Sie Fehler feststellen.

Sie haben auch das Recht, bei der österreichischen Datenschutzbehörde eine Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten einzubringen ([www.dsb.gv.at](http://www.dsb.gv.at)).

Die Dauer der Speicherung Ihrer Daten über das Ende der Studie hinaus ist durch Rechtsvorschriften geregelt.

Falls Sie Fragen zum Umgang mit Ihren Daten in dieser Studie haben, wenden Sie sich zunächst an den Studienverantwortlichen. Dieser kann Ihr Anliegen ggf. an die Personen, die für den Datenschutz verantwortlich sind, weiterleiten.

Datenschutzbeauftragte/r des Prüfzentrums: [datenschutz@medunigraz.at](mailto:datenschutz@medunigraz.at)

## **5. Möglichkeit für weitere Fragen:**

Bei Fragen können Sie sich gerne an das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung wenden.

Kontaktperson:

- Sarah Spanring ([sarah.spanring@stud.medunigraz.at](mailto:sarah.spanring@stud.medunigraz.at))
- Dr. Reingard Glehr ([reingard.glehr@medunigraz.at](mailto:reingard.glehr@medunigraz.at))
- Dr. Stefan Korsatko ([stefan.korsatko@medunigraz.at](mailto:stefan.korsatko@medunigraz.at))
- Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch ([andrea.siebenhofer@medunigraz.at](mailto:andrea.siebenhofer@medunigraz.at))

Tel: +43 316 385-73558

## 6. Einwilligungserklärung

Name der Teilnehmerin/des Teilnehmers (in Druckbuchstaben):

---

Ich bin von den Studienverantwortlichen ausführlich und verständlich über den Zweck, Ablauf, Datenschutz sowie Freiwilligkeit zur Teilnahme an der Studie aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus die Informationen zur Studie und Einwilligungserklärung, die insgesamt vier Seiten umfasst gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, um mich für die Teilnahme am Interview zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen.

Ich werde den Anordnungen, die für die Durchführung der Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für mich entstehen.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten wie im Abschnitt „Datenschutz“ dieses Dokuments beschrieben, verwendet werden.

Mit meiner Unterschrift bin ich damit einverstanden, im Rahmen des Chronikerprogramme-Pilotprojekts an einem Interview teilzunehmen und stimme zu, dass meine Angaben im Interview zu Analysezwecken verwendet werden dürfen.

---

(Datum und Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers)

(Der/Die StudienteilnehmerIn erhält eine unterschriebene Kopie der Informationen zur Studie und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt im Studienordner des Studienverantwortlichen.)

## 6.4 Qualitative Inhaltsanalysen

### 6.4.1 Interviewtranskription A1

	Unterkategorie	Zitat	Zusammenfassung
Strukturierte Betreuung	Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten	I: "In den Chroniker Programmen erfolgt eine strukturierte Betreuung von chronischen Patientinnen und Patienten. Das bedeutet eben dass sie noch einer Erstuntersuchungen also noch einer Erstuntersuchung bekommen sie regelmäßig Follow Up Untersuchungen, wo sie proaktiv auch vom Gesundheitspersonal eingeladen werden. Stellt des für Sie a Veränderung zu ihrem bisherigen Um...Umgang mit chronischen Krankheiten dar?" A1: "Ahm...ja...natürlich scho...ahm...weil's [...] entlastet mich einerseits und auf der anderen Seitn denk i ma dass es natürlich auch sozusagen die richtige Ort is für die Betreuung von chronisch kranken Menschen [...]"	Ja, die Chronikerprogramme stellen eine Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten dar.  Richtige Art und Weise zur Betreuung von chronischen Krankheiten.
		A1: "[...] bisher wars häufig scho so dass die Leute holt einfach sozusagen ahh unter Anführungszeichen immer mitgelaufen sind und des erst ahh reagiert wurde sozusagen wenns wenns ahhm Entgleisungen gebn hat [...] jetzt is as quasi ahh...proaktives Vorgehen ahh dass es erst gar net eigentlich soweit kommen sollte [...]"	Früher erst Behandlung in Akutsituationen. Jetzt stellen die Chronikerprogramme eine proaktive Versorgung dar. Es sollte dadurch erst gar nicht zur Symptomverschlechterungen bzw. Entgleisungen kommen.
	Stärken einer strukturieren Betreuung	A1: "Also des is def...scho ahh find i ahh massiver Benefit fürn Patienten [...] und ah bei uns sind auch die eben entsprechend die Wiederbestellungsintervalle bissl angepasst also wenn man sieht des is eher schwierig ahh oder die Sitaution is grad sehr dynamisch bei dem Patienten dann kommen die Leute öfter und wenn...keine Ahnung der Blutdruck eh total stabil und schön immer eingestellt is kommt er halt vielleicht nur einmal im Jahr zur Kontrolluntersuchung."	Dynamische Kontrolltermin-Intervalle je nach aktuellem Gesundheitszustand - jedoch gleichgültig ob bei Krankheitsexarzbation oder in stabilem Gesundheitszustand, eine fixe engmaschige Betreuung ist gewährleistet.
		I: "[...] Hobn Sie no irgendwelche Anmerkungen oder Ergänzungen de Sie festhalten möchten für die Chroniker-Programme?" A1: "Ahm...also i denk, dass die auf alle Fälle der richtige Weg sind ne? Ahm, dass des was mit Zukunft ist, i denk, dass die Patienten davon mhm...wenn die richtig gelebt werden ahm sehr gut profitieren können und auch ahm...ja wie ma vorher scho gsagt haben kurz, die ähm die Eigenverantwortung der Patienten stärkt mit ihrer Krankheit zu leben ne und damit umzugehen und Abweichungen zu erkennen und ähm ... i find des auch für die ...ähm auch für die Ärzte is es ah...a Gewinn einfach weil also wir haben schu viele Erfolgserlebnisse auch damit, ja, des muss ma jetzt a sagen, also dass es einfach, dass des dass des gut klappt einfach und die ah also einerseits auf der medizinischen Ebene gut klappt und andererseits ahm auch ahm a gute Patientenzufriedenheit ahm da is und die Patienten sich auch wahrgenommen und gut betreut fühlen und net durchgeschleust mhm. Und ahm also des is sicher was ähm afach wo die Zukunft hingeht, weil ma auch immer mehr von diesen Patienten haben werden, ja, demographische Entwicklung brauch i Ihnen jetzt glaub i net erklären (lacht) gö?"	"Der richtige Weg" und aufgrund demographischer Entwicklungen auch die Zukunft, um chronisch Kranke zu betreuen.  Verbesserung des Patientenempowerments  Erfolgserlebnis für Ärztinnen und Ärzte, weil sich medizinische Erfolge zeigen und die Patientenzufriedenheit gut ist. Patientinnen und Patienten fühlen sich wahrgenommen und gut betreut.

Schwächen/Herausforderungen einer strukturierten Betreuung	<p><b>A1:</b> "Naja Herausforderungen also es war jetzt am Anfang ah wie wir aufgemacht haben [...] Des ist natürlich irgendwie jetzt für österreichische Verhältnisse was völlig Neues. Ahm da war des anfangs in der Kommunikation net so ganz leicht des is a bissl a Erziehungssache weil in...ahh...in Österreich is es natürlich so, dass ma im Prinzip wegen jeder Kleinigkeit...d...den Arzt zieht. Ja des geht ja soweit, dass ... Sie wissen (lacht) in Ordinationen wirklich jedes Rezept, jede Überweisung was auch immer ah immer afoch zum Arzt rein muss ja und des war für die Patienten jetzt schon neu dass sie ah mit nur unter Anführungszeichen jetzt ehm mit der Schwester reden sozusagen. Wir haben aber unsere...unsere ah Patienten die da eingeschlossen sind also die lernen des sehr schnell zum Wertschätzen weil eben dort wirkli viel Zeit is und auf sie eingegangen werden kann ja wies vielleicht sonst im...im, im ärztlichen Gespräch oft net möglich is einfach weil halt im Kassensystem a sehr hoher ah Zeitdruck einfach herrscht ja und...ah des war am Anfang a bissl des hat a bissl gedauert bis des jetzt (lacht) sozusagen ah sich in den Köpfen der Leute a bissl geändert hat [...]"</p>	<p>Initiale Gewöhnungsphase für Patientinnen und Patienten, dass sie nicht bei jedem Ordinationsbesuch mehr eine Ärztin oder einen Arzt zu Gesicht bekommen, sondern "nur" eine DGKP. Mittlerweile empfinden sie Wertschätzung, weil mehr auf sie eingegangen wird, im Vergleich zu einem knappen ärztlichen Gespräch in einem Kassensystem, in dem ein hoher Zeitdruck herrscht.</p>
	<p><b>A1:</b> "[...] is es natürlich scho ah anfangs organisatorischer Aufwand gwehn [...]. Wie mach ma da jetzt den konkreten Ablauf für uns jetzt sin natürlich sin eben im Rahmen dieser Chronika Programme ja ah diese Flows sehr voreingegeben wie was zu folgen hat aber wie mas dann wirklich im Haus sozusagen umsetzt...wie mach man des, dass der Patient jetzt wenn keine Ahnung beim Arzt jetzt a a Diabetes erstdiagnostiziert wurde wie machman des dass der jetzt tatsächlich bei der zuständigen DGKP landet ah wie dokumentier ma des, wie verarbeit ma des in der Software zum Beispiel ja. Also einfach dass uns niemand ah (lacht) verloren geht sozusagen am Weg ahm...[...] am Anfang also des war net ganz so einfach [...]"</p>	<p>Betreuungsabläufe in den Chronikerprogrammen in der Theorie klar vorgeschrieben. Daher anfänglicher organisatorischer Aufwand diese fixen Schemen praktisch gesehen in die eigene Ordination und die dortigen Gegebenheiten einzufügen - konkret geht es um Überlegungen hinsichtlich Patientenrekrutierung, Dokumentation und Personalverfügbarkeit.</p>
	<p><b>I:</b> "Und hat si des gebessert..." <b>A1:</b> "Jaaa." <b>I:</b> "...im Vergleich zum Anfang" <b>A1:</b> "Natürlich. Natürlich." <b>I:</b> "...also auch die Einstellung der Patientinnen und Patienten." <b>A1:</b> "Genau. Genau also eben wie gesagt unsere...die meisten kennens ja jetzt scho weil ma natürlich schon einige haben die ma jetzt scho a paar Jahre betreuen...und auch ah die die neu dazukommen ah für manche is es neu ah und sozusagen dass es doch einige eben schon von Freunden, Nachbarn was auch immer eben gehört haben sozusagen dass es des gibt oder dass es auch amal jetzt glesn haben weil jetzt wars ja doch immer irgendwie...immer wieder in den Medien auch [...] und jetzt organisatorisch hamas jetzt ahm natürlich auch im Griff also (lacht) des is is am Anfang schwierig wie gsag wir sin halt einfach mit allem fast zugleich neu gestartet und des war einfach too much und und des is natürlich ähm aahh vorrangig und drängend is natürlich hier auf den ersten Blick immer des akute des is eh klar. Und und ahm ja ah des passt jetzt [...]"</p>	<p>Mittlerweile Präsenz der Chronikerprogramme in Medien und zunehmend in der Bevölkerung. Dadurch Einstellung der Patientinnen und Patienten gegenüber der Chronikerprogramme verbessert. Initial zugleich mit allen Programmen auf einmal zu beginnen, ist zu viel. Mittlerweile ist jedoch der organisatorische Aufwand in dieser PVE bewältigt.</p>
Verbesserungen bezüglich strukturierter Betreuung	<p><b>A1:</b> "Mhmm ... ich glaub dass es ah für Ordinationen oder PVEs die da jetzt neu damit anfangen würden, dass es ... denk ich wär es hilfreich wenn man denen konkret jemanden zur Seite stellen kann am Anfang zumindestens für a halbes Jahr bis er a Jahr sozusagen...jemanden der wirklich weiß wies geht, wies funktioniert und wirklich des hilft in den in den Routineablauf ah zu integrieren, weil da kommt scho zu dem was ma ohnehin macht und des is für die meisten eh viel no ganz was neues dazu was ma ganz anders handeln muss und wie gsagt des is einfach ah anfangs ungewohnt und und für Organisation weils hängt ja vü dran eben „Wie mach i die Dokumentation?“ zum Beispiel und und wie bring is a in die Software weil es nutzt ma nix, wenn ich a irgendwo da irgendwelche ausgedruckten Dings Ordner oder sonst irgendwas ah stehen hab sozusagen und dann auf des net zugreifen kann ja?"</p>	<p>Am Anfang bei Implementierung der Chronikerprogramm in Praxen, sollte jemand Erfahrenes für ein halbes bis ganzes Jahr zur Seite gestellt werden. Anfängliche Hilfe wird benötigt zur Implementierung der Chronikerprogramme in das alltägliche Geschäft, bei der Organisation und bei der Dokumentation. Die Dokumentation ist nur praktikabel, wenn sie mittels einer Software erfolgt, anstatt einer schriftlichen Papierform.</p>

		Des muss alles in a System hineinpassen sonst is es also zumindestens aus unsrer Sicht nicht praktikabel [...]"	
		I: "Und wer müsste diese Person sein, die dazu euch helfend dazubestellt wird? Is eher Ärztin/Arzt oder DGKP ..." A1: "Na, ich denk des müsstat wahrscheinlich eher a Pflege sein die die praktische Erfahrung ah in der in der Umsetzung von dem hat des is jetzt kloa jetzt gibts natürlich bei uns de no net so massenhaft aber i sag amal so des wird jetzt dass wir uns am Anfang a bissl ahm gewünscht hätten."	Als initiale Hilfe bei der Implementierung der Chronikerprogramme wird eher eine DGKP als eine Ärztin oder ein Arzt benötigt.
		A1: "[...] und wir haben eben auch extra dann für des letzten Endes ah eben Ressourcen abgestellt also sprich eben Pflege die wirklich nur ahm...wirklich Zeitblöcke hat wo sie wirklich nur für des zuständig is also des is nix was jetzt ahm was jetzt irgendwie so nebenher geht im Routinebetrieb also da mussma wirkli sagen „Ok heute quazi von dreiviertel acht bis zwölf Zeit dass sie sich da Termine nimmt für die chronisch kronken Patienten und dann muss sie sunst nix mochn gö weil sonst funktioniert einfach net. Mhm."	Eine fixe Pflegekraft muss zu fixen Zeiten für die Chronikerprogramme zur Verfügung gestellt werden, da die Arbeit in den Programmen nicht nebenbei im Routinebetrieb bewältigbar ist.
		A1: "[...] bei den bestehenden Rahmenbedingungen des sagma des Kassenvertrages haben ahm...werden immer gewisse Dinge ah bissl zurückstecken müssen i glaub ich ja. Also was net ob da no...ob da no so so wie des österreichische System jetzt is, weiß i net, ob da no viel mehr drinnen is, i glaub da muss ma viel mehr da müsste ma viel mehr von Grund auf noch ahm die Medizin verändern. Also jetzt nit Medizin, aber so wie die Versorgung in Österreich läuft ja. Also wirklich s...so äh des darf ma net übersehen, wir haben an ganz normalen ahm ganz normalen Vertrag wie jede andere Ordination die halt auf...äh auf Schnelldurchlauf (lacht) gedrillt is, [...] weil i jetzt mit dem Hypertoniker halt amal jetzt a viertel Stund oder zwanzig Minuten red verdienen i ja gleich vü wie wenn der drei Minuten bei mir sitzt [...]" I: "Also die Vergütung." A1: "Die Finanzierung ja definitiv mhm."	Vergütung ist derzeit nicht angepasst an den Zeitaufwand in den Chronikerprogrammen.
	Vorschläge selbst oder intern im Team einen Beitrag zu Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung zu leisten	-	-
Patientenverhalten	Rekrutierung der Patientinnen und Patienten	A1: "Ahm also da mh da größte Teil ergibt sich mhmm meistens aus ana akuten Situation heraus eben wenn der Patient halt zum Beispiel zum ersten Mal vorstellig wird [...] oder es wird jetzt zufällig bei einer Gesundenuntersuchung zum Beispiel ah es erstmalig a Blutzuckererhöhung festgestellt ne und...ah dann dann werden die Patienten auf des eben im Rahmen des ärztlichen Gesprächs angesprochen [...] manchmal eben so wie i vorher scho gsog hob, passiert schon auch dass die Leute genau deswegen aktiv kommen und sagen „Ich hab Diabetes“ oder ah was andres...und ah sie sagen sie möchten sich da betreu lassen aber des is hier noch da da deutlich kleinere Teil [...]"	Rekrutierung erfolgt im Rahmen des ärztlichen Gesprächs. Meist in Akutsituationen, wenn die Patientinnen und Patienten erstmalig vorstellig werden oder im Zuge eine Gesundenuntersuchung. Ein kleiner Teil kommt selbstständig, um sich betreu zu lassen.
	Interesse zur Teilnahme an den Chronikerprogrammen	A1: "Jaa, also ahm also da überwiegende Teil schon hätt i gsagt also...i würd mal sagen...keine Ahnung...zwei Drittel bis drei Viertel oder so der Leute möchten des scho ähm oder es gibt natürlich a die Möglichkeit dass wir sie drauf anreden und sie dann sagen Na do bin ich ja eh scho keine Ahnung bei der Diabetesambulanz oder bei meinem Internisten [...]"	Etwas 2/3 - 3/4 sind interessiert. Manche sind bereits woanders in einem DMP eingeschrieben.

	Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele	<b>A1:</b> "Jaaa schon schon. Die meisten ja definitiv ja (lacht) es gibt a poa Ausreißer aber die meisten ja, des erkennt man dann schon also mhmm die Leute verbessern sich dann schon in ihren Werten ahm grad bei den Diabetikern is des natürlich gut messbar oder bei den Hypertonikern ahm und auch also sie gebn auch Rückmeldung natürlich dass, was weiß ich, zum Beispiel Lebensqualität und so weiter viel besser is. Es gibt weniger Komplikationen, es gibt weniger Entgleisungen ja vor allem die dann an stationären Aufenthalt notwendig machen würden desn...da denk i da kann man scho einiges verhindern mhmm."	Die meisten sind motiviert zur Einhaltung ihrer Gesundheitsziele durch die Chronikerprogramme. Es kommt zu weniger Komplikationen und weniger Entgleisungen, die einen stationären Aufenthalt notwendig machen würden.  Patientinnen und Patienten berichten von einer verbesserten Lebensqualität.
	Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme	<b>A1:</b> "Ahh da tua i mir jetz a bissl schw...also insgesamt sozusagen is is die mhmm Eff...im Haus jetz gemessen sozusagen denk ich, dass die Adhärenz jetz im Laufe der Jahre höher geworden is, ja, wie des natürlich am Anfang wo natürlich auch, weils bei uns geregelter und strukturierter und besser läuft ja [...]"	Adhärenzverbesserung aufgrund verbesserter Struktur und Organisation.
	Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme	<b>A1:</b> "Poah...hmm...teilweise hätt i gsagt. (lacht) jaa teilweise i glaub. Des is ahh die schwierigste Kapitel an dem ganzn und des is a wos wos ahm, wie sull i sagn, des is äh pff ... da hama da jetz ka Tool mit dem mas objektivieren könnten, ja, also i kann jetz eben wie gesagt wenn i irgendwelche Messwerte nachschauen kann, dann is des natürlich einfacher, aber da fehlt ma des suffizient zu beantworten glaub i afoch a objektive ahh a objektive Maßzahl saga so (lacht)" <b>I:</b> "Oder sonst wenn i frogn würde ob Sie eine Patientengruppe benennen könnten, wo Sie a Veränderung festgestellt hobn, vielleicht irgendwie a spezielle Gruppe?" <b>A1:</b> "Ahmm...naja...also i würd...ahh...sagn wahrscheinlich am ehsten ahh Patienten mit Hypertonie kummt ma vor...ja...ahh bei Diabetikern is es manchmal bissi schwierig...(lacht) ja? Aber da denk i scho dass da, also da, da kommt es kommt schon. Also wir machen ja auch diese Schulungen und so weiter...ahhm da kommt scho einiges an [...]"	Schwierig eine Veränderung im Patientenempowerment auszumachen, da kein objektivierbares Bewertungstool vorhanden ist.  Teilweise Verbesserung der Gesundheitskompetenz. Patientenempowerment wahrscheinlich am ehsten bei Hypertonie und Diabetes Patientinnen verbessert - aufgrund von Schulungen.
Kompetenzaufteilung	Stärken einer Kompetenzaufteilung	<b>I:</b> "[...] was finden Sie gut oder was san so Stärken von so ana verschriftlichten klar aufde...aufgeteilten Kompetenz also Kompetenzaufteilung?" <b>A1:</b> "(lacht) Dass es ganz klar is wer was machen soll, ganz einfach. Also na des ghört auf alle Fälle verschriftlicht ahm, weil sonst...ahm macht denk ich, also i will net sagen, a jede irgendwas aber so kanns ah net passieren, dass der eine denkt, naja des hot eh der andre scho gmacht, so quasi, also des des ghört des ghört definitiv festgelegt wie da die wie da die ähh die Rollenzuteilung is ja. Also des is schon..."	Eine verschriftlichte klar definierte Kompetenzaufteilung ist wichtig und notwendig, um Klarheit über die Verantwortlichkeiten der diversen Berufsgruppen zu schaffen im Sinne einer klar verschriftlichten Aufgabenverteilung und einer klaren Zuteilung zu den Arbeitsschritten.
	Schwächen/Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung	<b>I:</b> "Aber gibt's auch irgendwelche Hindernisse oder Schwächen, die si durch so a Kompetenzaufteilung ergeben?" <b>A1:</b> "[...] da kann jetz des Programm nix dafür, des is einfach ahmm ahm der Zeitmangel, den ma immer wieder trotzdem noch unterliegen. Grad in so Stoßzeiten wie halt im Winter Herbstsaison da geht's manchmal net so wie ma sich des (lacht), wie ma sich des wünscht [...] dann ahm musst des halt manchmal zruckstecken, aber sonst mhm ... i weiß nicht, i kann ma nur vorstellen dass sich vielleicht manche in ihrem ahm Gestaltungsspielraum eingeschränkt fühlen, jetz wenn des so festgelegt is, weil sie sagen na, des möchte lieber ich machen, des trau ich der DGKP zum Beispiel nicht zu ahm, oba diese, also soweit i des für mi spre...ich sprech jetz für mich oder für uns, glaub i, da kann i auch für meine Kollegen sagen, des Thema haben wir eigentlich überhaupt net mhm, weil ma wissen dass des einfach bei uns ja so funktioniert und wir wissen dass ma des unseren Schwestern ahm alles zutrauen können, was da mhmm was da passieren hat mhmm."	Möglicherweise vorstellbar, dass sich manche in ihrem Gestaltungsspielraum eingeschränkt fühlen und der DGKP nicht alles zutrauen. In dieser PVE aber kein Problem.

<p>Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme</p>	<p>I: "Und haben sich für Sie im Zuge der Chroniker-Programme Änderungen in Ihrem Aufgabenbereich gegeben?"  <b>A1:</b> "Joo, ich kann mehr ärztliche Sachen machen (lacht), wie soll i sogn, mehr des was ich glernt hab (lacht). Also weil sunst, es sind einfach viele Dinge, find i, die die die sind wirklich ähm durch a durch a andres Gesundheitspersonal durchführbar [...] i glaub, des is für beide Seiten gut ne, weil ich denk des is ah des is einerseits is es, find ich, ähm mehr Kompetenz und mehr Anerkennung für die Pflege gö und sie könnens ja auch, sie habens ja auch glernt [...] also die könntens da denk i vü vü mehr übernehmen und ähm dafür i halt mehr Zeit afoch für ahm für den ärztlich medizinischen Teil mhmm."  <b>A1:</b> "[...] denk ich ahm dass a ausgebildete DGKP durchaus die Kompetenz hat, ähh chronische Krankheit zu betreuen ähh gewisse vorgegebene Werte oder Untersuchungen durchzuführen und ähh wenns irgendwie a Problem gibt oder Therapieadaptierung und so weiter nötig is dann kontaktierens mi bei Bedarf und ansonsten läuft des zumindestens bei uns eigentlich alles scho sehr selbständig ab [...]"</p>	<p>Ja, Verschiebung ärztlicher Ressourcen auf mehr rein ärztliche Tätigkeiten.  Kompetenznutzung der DGKPs. DGKPs haben durchaus die Kompetenz zur Betreuung chronisch Kranker - mit der Möglichkeit zur ärztlichen Kontaktaufnahme bei auftretenden Problemen. Hierdurch kommt es zu einer Aufwertung des Pflegeberufes durch den Erhalt zusätzlicher Kompetenzen und Anerkennung.</p>
<p>Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung</p>	<p>I: "Und des führt mi dann eigentlich eh scho zur nächsten Frage ob sie nu etwas verändern würden an der Aufgabenaufteilung?"  <b>A1:</b> "...ahm amal ganz kurz nachdenken (murmelt unverständlich) also so spontan follt ma da jetzt wie soll i sagen net wirklich was ein für uns passt es eigentlich so wie mas uns jetzt grichtet haben [...]"  <b>A1:</b> "[...] Also weil sunst, es sind einfach viele Dinge, find i, die die die sind wirklich ähm durch a durch a andres Gesundheitspersonal durchführbar [...] i glaub, des is für beide Seiten gut ne, weil ich denk des is ah des is einerseits is es, find ich, ähm mehr Kompetenz und mehr Anerkennung für die Pflege gö und sie könnens ja auch, sie habens ja auch glernt [...] also die könntens da denk i vü vü mehr übernehmen und ähm dafür i halt mehr Zeit afoch für ahm für den ärztlich medizinischen Teil mhmm."</p>	<p>Keine Verbesserungswünsche.  Die Pflege könnte noch mehr Aufgaben übernehmen als aktuell vorgesehen.</p>
<p>Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme</p>	<p>I: "Ähm hat sich durch die Chroniker-Programm Ihre Arbeitsauslastung verändert?"  <b>A1:</b> "(Lacht) Ja und nein...ahm wie sull i sagn also ahm frei werdende Ressourcen würden sofort wieder aufgefüllt ok (lacht), sag ma so, also im Prinzip haben sich die Tätigkeiten haben si verschoben mehr zum ärztlichen medizinischen hin, des ja, ahm wobei wie sogst i dann andere Dinge einfach ah dafür vermehrt dazukommen [...] für den Bereich der chronischen Erkrankung, wenn ma den isoliert betrachten würde, jz ja, also da is jetzt sicher da is jetzt sicher ahmm also weniger Aufwand, insofern, dass des eben viele Dinge gemacht werden, wo i dann einfach nur draufschauen muss, obs passt ja und des net selber erheben muss und dokumentieren muss und so weiter halt alles ja und daher ja, aber wie gesagt, trotzdem bleibt die Gesamtarbeitslast jetzt, wenn i des ahm gesamtheitlich betrachte, bleib bleibts gleich [...]"</p>	<p>Arbeitsauslastung bei der Behandlung chronischer Krankheiten wurde weniger, da viel durch die DGKPs abgenommen wurde, aber Gesamtarbeitslast ist gleichbleibend, da freiwerdende Ressourcen anderweitig wieder aufgefüllt wurden.</p>
<p>Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen</p>	<p>I: "Und gefällt Ihnen die Arbeit in den Chroniker-Programmen?"  <b>A1:</b> "Ja schon...weil sie ahm...ah eben weil sie weil sie fokussierter san, weil sie sehr m...medizinisch gerichtet sind, also den Part den ich jetzt hab dann und und ahm weil ma da auch a bissl eben mehr Zeit nehmen für die Patienten, wos für uns auch schön ist, also des is nicht so dieses 5 Minuten runterklopfen, sondern da kriegen halt die Leute bei uns die Termine länger halt für 15 20 Minuten und ahm...ahm ja mhmm."</p>	<p>Gefällt die Arbeit in den Chronikerprogramme, da die Arbeit wieder mehr auf das medizinische ausgerichtet ist und man sich mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten nehmen kann.</p>

<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit	<p>I: "[...] Was finden sie do gut oder was sind so Stärken von so einer interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen?"</p> <p>A1: "Alles (lacht) alles wirkli...[...]wir haben dann manchmal die Physiotherapeutin dabei oder eben grad bei Diabetes oder Hypertonie auch die Diätologin und so weiter und also des vervollständigt ah den Blick aufn Patienten natürlich enorm [...] einfach, weils verschiedene weil versch...erstens verschiedene Menschen verschiedene Dinge sehen und dann verschiedene Professionen verschiedene Dingen sehen ja und des ergibt schon mehr ein Ganzes und die Erfahrung die ma halt gmacht haben is, dass die Patienten jetz zum Beispül wenn sie mit der DGKP sprechen mhm oder so oder da mit der Physiotherapeutin, dass sie da ahm viel ehrlicher sind (lacht) und und auch ahm auf ganz anderen sozialen Ebenen auch viel mehr preisgeben, was was natürlü wichtigen Einflussfaktor darstellen kann, ja, also das is eh klar, dass jetz zum Beispiel auch die was weiß i die finanzielle Umgebung ahm betrifft [...] des sind find ich Dinge ahm die man wissen muss, aber vielen Menschen ahm vorm Arzt oft unangenehm oder peinlich sin [...]"</p>	Interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht einen ganzheitlichen Blick auf die Patienten/-innen. Erfahrung hat gezeigt, dass Patienten/-innen oft gegenüber den nicht-ärztlichen Berufen ehrlicher sind und mehr preisgeben - zum Beispiel beim Thema finanzielle Möglichkeiten.
	Schwächen/Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit	<p>I: "Ja aba birgt so eine interprofessionelle Zusammenarbeit auch irgendwelche Herausforderungen oder Schwächen?"</p> <p>A1: "Naja man muss halt ah man muss halt ahh Zeit dafür finden, ja, also des ah des muss ma des des mussma si nehmen ja. Und wir versuchen des immer auch, dass ma eben also halt wir versuchen wir machens ahm, dass entsprechende Teammeetings stattfinden, also das is jede Woche a Fixtermin [...]"</p>	Eine interprofessionelle Zusammenarbeit bedeutet einen entsprechenden Zeitaufwand, aufgrund der Notwendigkeit von regelmäßigen Teambesprechungen.
	Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Ok. Und hat sich durch also bei Ihnen in den Chroniker-Programmen a Änderung in der interprofessionellen Zusammenarbeit ergeben, also durch die Chroniker-Programme?"</p> <p>A1: "Mhmm..naja sie is...möglicherweise noch intensiver gworden ahm, weil ma halt dazu angehalten is natürlich ja ahm, aber muss sagen bei uns war des scho vorher sehr ahm sehr intensiv, weil uns des einfach als als Gründer jetz von der PVE einfach a Anliegen war so zu arbeiten, ja, also i hätt ma, deswegen bin i ja deswegen mach i des a sonst hätt i a Ordi..a Einzelordi oder was auch aufmachen können einfach, weil ich immer den Austausch mit jetz ned nur mit den Kollegen wollte, sondern auch den Blick der anderen Berufsgruppen a mhm, aber ahm ja also sie is, wie sull ma sagen, dieser Zusammenhalt is ahm vielleicht strukturierter gworden noch durch diese Chroniker-Programme mhm."</p> <p>I: "Durch die Kompetenzaufteilung oder wodurch hot sich diese Struktur ergeben?"</p> <p>A1: "Ja dadurch dadurch ah, dass einfach genau da festgelegt ist, wie des wie der Ablauf sein soll mhmm."</p>	Intensivierung und mehr Strukturierung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme.
	Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit	<p>I: "Ok, ok. Gibt es Ihrer Meinung noch noch Verbesserungspotenzial bei dieser Zusammenarbeit?"</p> <p>A1: "...ahm...wahrscheinlich (lacht). Nur seh ichs noch nicht...na also es is wie immer, wir würden uns alle mehr Zeit wünschen, aber es is halt so wie es is [...]"</p> <p>A1: "Naja man muss halt ah man muss halt ahh Zeit dafür finden, ja, also des ah des muss ma des des mussma si nehmen ja. Und wir versuchen des immer auch, dass ma eben also halt wir versuchen wir machens ahm, dass entsprechende Teammeetings stattfinden, also das is jede Woche a Fixtermin [...] is immer wechselweise entweder des des ganze Team mit den Ärzten oder eben die ahm die ahm also wir nennen sie GSD "Gesundheits- und sozialen Dienste" die Professionen, dass die si immer zamsetzen und extra sprechen, ja, also des is immer so im Wochentakt im Wechsel und also des mussma denk ich fix etablieren, weil sunst ahm funktioniert des net und ahm es is auch so, dass sich die ahm dass sich die Berufe auch ahm regelmäßig im, wenn sies holt möchten oder brauchen, afoch Termine bei den Ärzten selber eintragen dürfen, um gewisse Dinge zu ah zu besprechen [...]"</p>	<p>Zeitmangel, der jedoch generell durch das Kassensystem in Österreich bedingt ist, das auf "Schnelldurchlauf gedrillt ist".</p> <p>Regelmäßige Teambesprechungen: Diese Meetings können so aussehen, dass sie entweder mit dem ganzen Team inklusive Ärztinnen und Ärzten oder nur mit den GSDs ("Gesundheits- und sozialen Dienste") erfolgen. Zusätzlich zu den Teammeeting ist es hilfreich, wenn sich die Gesundheitsberufe selbstständig im Terminkalender der Ärztinnen und Ärzten Termine ausmachen können, um bestimmte Angelegenheiten extra ärztlich zu besprechen.</p>

	Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team	<p>I: "Ok und nochmal kurz zur Kommunikation bei Ihnen im Team. Sind Sie da zufrieden oder wie zufrieden sind Sie da?"</p> <p>A1: "Sehr zufrieden. Mhm. Definitiv"</p> <p>I: "Des funktioniert?"</p> <p>A1: "Des funktioniert einerseits auf persönlicher Ebene ah sehr gut und auch was jetzt ahm die schriftliche ah Dokumentation und Kommunikation betrifft, funktioniert des sehr gut jetzt im ahm, des is natürlich immer softwareabhängig und wir haben auch was halt ah für uns auch wichtig wird dadurch weil wir a sehr großes Team mittlerweile auch sind, dass es ahm Plattform gibt oder dass wir eine Plattform haben bei uns is es halt der Sharepoint, wo jeder alles nachschauen kann und alle Unterlagen erreichen kann die er braucht mhm ja."</p>	Sehr zufrieden mit der Kommunikation im Team auf persönlicher Ebene und weil in dieser PVE eine Plattform geschaffen wurde, auf die jeder Zugriff hat und auf der ein Austausch möglich ist.
Administrativer Aufwand	Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands	<p>I: "Ok jo und zum Ende noch zum administrativen Aufwand. Wie empfinden Sie den in den Chroniker-Programmen?"</p> <p>A1: "mhmm...Vertretbar (lacht) Na des is ahm, wie gesagt, dadurch ahm dadurch dass da ahm viel jetzt übernommen is wirklich durch die Pflege, is des für mich überschaubar also des is nix.</p> <p>I: "Also wenn Sie's jetzt zum Beispiel vergleichen würden mit sogenannten sozusagen regulären Patienten der in die Praxis kimmmt, müsstens da in den Chroniker-Programm irgendwas mehr oder was weniger machen?"</p> <p>A1: "Naja...e es is ah schon mehr, es is schon mehr, aber i sag, dadurch i dadurch da wirkli des fü über die Pflege geht, is es is es jetzt für mi ka Problem i muss...mhm... i muss hauptsächlich schauen dass der Patient sozusagen in die richtige Schiene kommt ja eben und da hama für uns auch a a Prozedere finden müssen eben anfangs [...] natürlich muss mehr mehr festgehalten werden und ah dokumentiert werden aber des is ja bissl Sinn der Sache einfach auch, dass ma des gesamte mehr im Blick und mehr unter Kontrolle hat ja mhm."</p>	Administration aus ärztlicher Sicht vertretbar, da viel durch die Pflege übernommen wird. Es muss zwar schon mehr festgehalten bzw. dokumentiert werden, aber das ist "Sinn der Sache", um den Überblick über die Betreuung zu behalten.
	Wie erfolgt die Dokumentation	<p>A1: "[...] aber jetzt hama a Dokument wo ma diese Patienten einschreiben wo die Pflege was dann schaut sie dann halt alle Wochen amal rein oder so irgendwie, ob da neue Leute dazukommen sind [...]"</p>	Neue Patientinnen und Patienten werden von den Ärztinnen und Ärzten in ein Dokument eingetragen, das die Pflege dann regelmäßig auf neue Patientinnen und Patienten kontrolliert.
		<p>I: "Und wie erfolgt bei euch die Dokumentation?"</p> <p>A1: "Ah...in der...in der ahm einerseits natürlich in der in der Software und wir haben mhm ahm wir haben noch ahm eigene Dokumente sozusagen, wo des a bissl also bei uns intern am Shareboard einfach ahm abläuft ja. Aber die sind auch für alle alle Berufsgruppen und für jeden verfügbar und zugänglich mhm."</p> <p>I: "Also des is bei Ihnen a hausinternes Programm was Sie verwenden."</p> <p>A1: "Des is a Intranet."</p>	Über eigene Dokumente im Intranet, das hausintern für alle Berufsgruppen zugänglich ist.
	Stärken und Schwächen der angewendeten Dokumentationsform	<p>I: "Die Lösung die ihr für euch gefunden hobts, funktioniert die gut?"</p> <p>A1: "Mhm jo für uns jetzt funktioniert sie ja. (lacht) Wir haben aber auch kan, also jz ahm i hab jetzt kein Vergleich, obs was besser gäbe sozusagen, also im Moment hat, so wie i des auch von den ahm von den ahm anderen Kollegen irgendwie mitbekommen hab, hat jeder für sich was gebastelt sozusagen was für ihn stimmt und passt und da wärs denk i ah scho ned schlecht, wenn ma a...ausgehend von der Idee dass ma des ja ausrollen will und größer und mehr werden soll, dass ma si scho was überlegt wie ma des wie ma des wie ma des künftig afoch implementieren kann also auf elektronischem Wege jetzt mhm ja."</p>	Aktuell intern geschaffene Dokumentationsform funktioniert, aber Vergleich mit anderen Dokumentationsformen von anderen PVE fehlt, da kein einheitliches elektronisches Dokumentationssystem existiert.

	Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration	A1: "Mhm...also i denk ma imma des, wenn ma des ah ah großflächiger ah aufrollen oder ausrollen will auch [...] dass, was i net, eventuell auch a vom Gesundheitsfond vielleicht mit dem zumindestens mit den großen gängigen Softwareanbietern ah vorab amal Kontakt aufgenommen wird, wie ma des elektronisch umsetzen kann, weil des kanns net sein, dass ma irgendwos auf irgendam Kas-Zettl macht [...], des is ja a net des is ja a net zeitgemäß net, des is a Blattl verschwindet wird hinnig, verquillt, verliert die Farbe was auch immer ja ahm des kanns net sein, also dass des is glaub i a bissi a a Thema anfoch. Dass ma des wirklich alles ahm gut elektronisch verfügbar und handle-bar macht ja oder dass i net irgendwas zerst aufschreiben muss und dann irgendwo in a Mappe eintragen muss oder so irgendwie ja. "	Wunsch an den Gesundheitsfonds nach einem digitalem Dokumentationssystem, statt einer "nicht zeitgemäßen" Papier-Dokumentationsform, wenn man die Chronikerprogrammen großflächig betreiben möchte.
Alltagstauglichkeit Chronikerprogramme	Sind die Chronikerprogramme praktikabel/alltagstauglich	I: "Ok. Und wenn Sie jetzt die Chroniker-Programm als großes Ganzes betrachten also sind die für Sie alltagstauglich und praktikabel?" A1: "Ja, definitiv ja."	Ja.
	Begründung zur Einschätzung der Alltagstauglichkeit	I: "Und warum denken Sie so?" A1: "(lacht) Weil is ausprobiert hob. (lacht) Na es war bissi a learning by doing, muss i scho sagen und ahm am Anfang hab i ma scho gedacht ,wie i diese ganzen Flowcharts und so gesehen hab, hab i ma dacht oh Gott des wird nie was (lacht), aber na es äh es hat dann eigentlich gut funktioniert ge? Also wie gesagt es war scho ein Lernprozess und wir mhm versuchen des ja seit Anfang an irgendwie bissi zu betreiben...und ähm ja oba jetzt hab mas uns es is ...für uns is es jetzt alltagstauglich ja."	Die Einführung und Durchführung der Chronikerprogramme ist ein Lernprozess, nach dem Schema "learning by doing". Entsprechend dieses Lernprozesses konnte nach Durchführung gewisser Adaptionen für A1 eine Alltagstauglichkeit erzielt werden.
	Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit	A1: "ansunten is es jetzt überschaubar so vom Aufwand her und und jo. vom Arbeitsaufkommen her." I: "Aber gäbe es denn noch noch irgendetwas was ma verändern müsste damit mas damits wirklich am besten in den Alltag integriert ist?" A1: "...mhm...mhm na i ähm also, wie gesagt, i denk für uns is, dass des IT Thema a großes Thema ahm und ah...eben so wie ma vorher scho amal gesprochen hobn einfach, dass es ah dass es für dich eben am Anfang jemanden gibt, der da unterstützend mithilft ja, der Erfahrung hat auf dem Gebiet und der helfen kann diese Dinge ahm schneller ins Rollen zu bringen sozusagen ja. Das ganze halt ja. Des sind lauter neue Prozesse die einfach amal umgesetzt und gelebt werden müssen mhm und jo. Des woa für uns eigentlich des des Hauptthema [...]"	Aus ärztlicher Sicht überschaubarer Arbeitsaufwand.  Umsetzung der gewünschten Verbesserungen hinsichtlich der Dokumentation/Administration (siehe jene Unterkategorie).  Anfängliche Unterstützung durch jemand Erfahrenes bei der Implementierung der Chronikerprogramme.

Tabelle 35: Interviewtranskription A1

## 6.4.2 Interviewtranskription A2

	Unterkategorie	Zitat	Zusammenfassung
Strukturiere Betreuung	Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten	I: "[...] in den Chroniker-Programmen erfolgt a sogenannte strukturierte Betreuung von chronischen Patientinnen und Patienten. Des heißt eben, dass die nach einer Erstuntersuchung auch regelmäßig Follow-Up Untersuchungen bekommen, zu denen sie proaktiv vom Gesundheitspersonal eingeladen werden. Stellt des für Sie a Veränderung zu ihrem bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten dar?" A2: "Ja sicher, wir achten mehr darauf die Pat...den Patienten gleich einen Termin zu geben und regelmäßiger sie zu sehen. Wenn es einen Plan gibt, wann man sie wiederbestellen sollte bei gewissen Erkrankungen ist des eine Erleichterung ja. "	Ja, die Chronikerprogramme stellen eine Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten dar.  Engmaschigere Patientenbetreuung.  Strukturiertes Behandlungsschema verschafft Erleichterung für das Gesundheitspersonal.
	Stärken einer strukturieren Betreuung	I: "Und was finden Sie sind Stärken oder was finden Sie gut an so ner strukturierten Betreuung?" A2: "Dass jeder weiß, wie die Abfolge is. Mhmm." I: "Für die..." A2: "Die Schwestern wissen wann der jetz zum Beispiel der Diabetiker oder der... Hypertoniker oder der Osteo...mit Osteoporose wann der wieder kommen müsste zur Labor Laborkontrolle, was einfach strukturiert abläuft. Oder zur zur ah klinischen Kontrolle." I: "Und gibt es auch Auswirkungen für die Patientinnen und Patienten?" A2: "Sicher, sie haben eine engmaschigere Betreuung. Ah Sie nehmen die Erkrankung ernster und halten die Therapien ein."	Strukturiertes klares Betreuungsschema, nach dem sich alle teilnehmenden Berufsgruppen richten.  Engmaschige Patientenbetreuung  Verbesserung des Patientenempowerment  Adhärenzverbesserung
	Schwächen/Herausforderungen einer strukturierten Betreuung	I: "[...] Gibt es da auch irgendwelche Schwächen oder Herausforderungen die Sie so beobachten?" A2: "Ja schon, die Herau...die (räuspert sich) Schwäche, die erste größte Schwäche is die Zeit, dass wir ähm Zeitmangel haben und zwar wirklich ahm damit auseinanderzusetzen, obwohl wir uns wirklich bemühen...ahm...und die Frage is, wie ... sinnvoll die Erhebung wirklich umgesetzt wird. Die genaue Anamnese der DGKPs, muss i wirklich zugeben, dass ich nicht oft nachschau, was die erhoben haben. Und dann denk ich mir oft, ob des sinnvoll jetz war, dass sie so viel Zeit jetz mit dem Patienten verbracht haben, einerseits ja, weil alles was alamierend is teilen sie mir eh mit, aber aufgrund vom Zeitmangel schaffen wir es immer nicht da nachzuschauen was die Erhebung ahm der DGKPs gebracht hat. Des darf leich...leichter mit einem Programm, wenn das im Programm implementiert is und wir das auf einem Blick sehen, so müssen wir jetz diese Dokumente aufmachen und durchscrollen. Des is ein bisschen umständlich, weil zeitintensiver und uns eben diese Zeit fehlt." A2: "[...] negativ is dass, man das wirklich nicht oft schafft, alle Schritte durchzuführen, also i mach das meistens so, dass ich weiß ja er war jetz bei der Krankenschwester und dann mach ich einfach mei...dass was ärztlich zu tun ist, die Therapieeinleitung und die Untersuchung, aber dass ich mich immer fix an die Schritte halte, muss i zugeben, geht si net aus zeitlich...des is jetz ein bisschen ein Manko aber viele Sachen werden noch überarbeitet ich weiß vor allem dass die Osteoporose überarbeitet wird deswegen machen wir da eher das notwendigste zum Beispiel Labor, klinische Untersuchung und Therapieeinleitung, was jetz in den weiteren Schritten is, weiß i ehrlich gsagt gar nicht weil ma auf des neue Version warten und das sind dann genau dann diese Sachen die zeitintensiv sind, dass ma immer nachschauen muss, was is jetz als nächstes, aber ich bin derzeit sehr zufrieden damit, dass ma überhaupt darauf achten und viele Patienten erkennen mit diesem Erkrankungsbild und behandeln."	Zeitmangel zur Durchführung der Chronikerprogramme --> Zeitintensive Konsultationen, zeitintensive Dokumentation

	Verbesserungen bezüglich strukturierter Betreuung	<p>I: "Mhm, und wie könnte man des verbessern oder was würden Sie sich generell an Verbesserungen wünschen bezüglich der Chronikerprogramme?"</p> <p>A2: " Ja eben, dass es...dass es so ein Progr...im Programm implementiert is, wie zum Beispiel bei der Vorsorgeuntersuchung oder beim DMP...des is dieses Diabetes aktiv. Ahm des wär sicher ah wü...strukturierter, übersichtlicher und dass wir mit einem Blick sehen, wo die Probleme sind."</p> <p>I: "Also Sie würden sich da wünschen, dass ma auf einen Blick erkennt wos, welche Schritte gesetzt worden sind von den DGKPs und wo..."</p> <p>A2: "Genau, erstens verliert ma mit der Zeit die Schritte, weil das mit dem Verlauf je öfter der Patient kommt unabhängig vom Chroniker...(räuspert sich) na man kann des dann extrahieren...aber man ver...i...man verliert schon den Verlauf, es is schwierig, da auf einen Blick zu sehen, wie oft der Patient jetz da war und wo wir jetz grad stehen. Und da passiert des dann sicher, dass wir doppelte Anamnese erheben...und des is dann wieder Zeit. Ja."</p>	Ein strukturiertes Programm, das eine Übersicht über den Verlauf der Patientenbetreuung liefert. Vergleichbar mit den Vorsorgeuntersuchungen oder mit dem DMP Diabetes Aktiv. Ohne ein übersichtliches Programm kann es zu doppelt durchgeführten und somit redundanten Arbeitsschritten kommen, die Zeit kosten.
	Verbesserungen bezüglich strukturierter Betreuung	<p>A2: "[...] notwendig is aber, für all diese Chronikerprogramme, was mir fehlt is die Ausbildung, die Fortbildung der Zentren. Es sollten...bezüglich dieser speziellen Themen immer wieder Fortbildungen stattfinden...für alle Gruppen. Für DGKPs, für Ärzte und für Ordiassistentinnen."</p> <p>I: " Welche Fortbildungen würden Sie si do wünschen?"</p> <p>A2: "Ja eben für diese...zum Beispiel Bluthochdruck...äh Zucker, Diabetes auch Osteoporose, eventuell auch Depressio, da brauchma unbedingt, sonst könn ma das gar nicht ausführen [...]"</p> <p>I: "Und wos müsste dies...müssten diese Fortbildungen inhaltlich beinholtn, die also so Krankheitsbilder oder mehr is es Gesprächsführung? Wos, wo...wo fehlt da Schulungsbedarf..."</p> <p>A2: "Ja hängt davon ab...hängt davon ab. Zum Beispiel bei Osteoporose is natürlich erstens das Krankheitsbild. Wie erkenne ich, was sind die Signale, damit ich auf ein Osteoporose denken sollte und äh...wie und wann therapiere ich mit womit. Da tun sich wirklich ganz viele schwer. [...]"</p> <p>I: "Und Sie würden si des für DGKPs als auch für Ärztinnen und Ärzte wünschen?"</p> <p>A2: "Also wir haben die Fortbildung gemacht für alle auch Ordiassistentinnen waren dabei und es waren alle begeistert [...] ich glaub, dass alle davon wissen müssten, auch die Ordiassistentinnen,...ah...dass sie zum Beispiel wissen, wenn jemand Cortison lange nimmt, dass man eventuell amal Osteoporose abklären sollte, weil viele Patienten kommen nicht einmal zum Arzt, wollen nur Medikamente haben, also alle Berufsgruppen sollten ausgebildet werden."</p>	Regelmäßige Fortbildungen in den Zentren für alle Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte, DGKPs, Ordi-Assistentinnen und Ordi-Assistenten). Wünschenswert wären Fortbildungen zum Beispiel für Diabetes, Hypertonie und Osteoporose. Dringend wären v.a. Fortbildungen für Osteoporose erforderlich, da ansonsten dieses Programm nicht durchführbar sind.
	Verbesserungen bezüglich strukturierter Betreuung	<p>I: "Ok. Und weil Sie vorhin grad no ganz kurz die Schulungen ongsprochen hoben, dass de regelmäßig notwendig wären...also bräuchte ma net einmalige Schulungen, sondern Fortlaufende?"</p> <p>A2: "Sicher, Fortbildungen braucht ma immer Fortlaufende. In der Medizin verändert sich so viel...und wenn man etwas nicht regelmäßig macht, wird das vergessen. Da is eine regelmäßige, zumindest einjährige einmal im Jahr, Fortbildung sehr sinnvoll find ich."</p>	Fortlaufende Fortbildungen mindestens einmal pro Jahr, um bereits bestehendes Wissen zu erhalten und um stets am Stand der neuesten Erkenntnisse in der Medizin zu sein.
	Vorschläge selbst oder intern im Team einen Beitrag zu Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung zu leisten	-	-

<b>Patientenverhalten</b>	Rekrutierung der Patientinnen und Patienten	<p>I: "Mhm, ok. Wie erfolgt die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten?"</p> <p>A2: "Ähm, erstens durch die Ordi-Assistentinnen, wenn sie sehen, dass sie irgendwelche Medikamente einnehmen, die dazu passen könnten. Aber am häufigsten durch die Krankenschwestern während der Blutabnahme, wenn sie sowieso kommen wegen anderen Beschwerden. Da sind dann die Schwestern ein bisschen mehr darauf geschult, eben auch zu erkennen, welche Medikamente sie einnehmen und welche Erkrankungen sie haben. Oder eben durch uns Ärzte, wenn jetzt jemand zuf...jetzt länger nicht beim Arzt war und jetzt wegen einer anderem Problem kommt und wir sehen dass der jetzt Hypertoniker is oder Diabetiker oder es könnte Osteoporose im Spiel sein, dann schleusen wir den ein."</p>	<p>Durch Ordi-Assistentinnen und Ordi-Assistenten, die anhand der Dauermedikation die Patientinnen und Patienten erkennen.</p> <p>Am häufigsten durch DGKPs während Laborkontrollen oder anderen Konsultationsgründen.</p> <p>Durch Ärzte im Rahmen der ärztlichen Konsultation.</p>
	Interesse zur Teilnahme an den Chronikerprogrammen	<p>I: "Und wie steht's um des Interesse der Patientinnen und Patienten. Sind die interessiert da teilzunehmen?"</p> <p>A2: "Teils, teils. Olso i sag amal, 20%, vor allem vorwiegend Männer, kommen dann nicht. Des is ihnen zu aufwändig, weil die Anamneseerhebung auch dur die die durch die DGKPs erstens lang is die erste und zweitens die dann immer wieder reinbestellt werden und sie nehmen das nicht ernst. Aber es gibt dann wieder andere, die sind sehr erfreut, dass ma immer wieder regelmäßig Termine haben und dass die ... also die Mehrheit is eigentlich dafür ... positiv gestimmt."</p>	80% sind positiv gestimmt bezüglich der regelmäßigen Follow-Up Terminen. 20%, vor allem Männern, kommen nicht mehr aufgrund des zeitlichen Aufwands.
	Interesse zur Teilnahme an den Chronikerprogrammen	<p>I: "Und...und wie stehts um des initiale Interesse? Also wenn ma sie eben drauf onspricht, dass es do diese Chronikerprogramme gibt, wie nehmen sie des auf?"</p> <p>A2: "Des is ein bisschen schwierig, wir versuchen gar nicht darüber zu reden, dass die jz in einem Programm laufen, weil da sind sie dann gleich...ahm irgendwie unsicher, zum Beispiel dieses...als wir diese Niere-Schützen gemacht haben, war das sehr aufwändig, was wir alles unterschreiben mussten, die Datenschutzvereinbarungen und alles mögliche und da sind sie unsicher da wollen dann gar...gar viele gar nicht mitmachen, weil sie denken das is eine Studie, das is jetzt irgendwas wo sie als as...mos Versuchskaninchen laufen und bei diesem Chronikerprogrammen versuchen wir das gar nicht...aktiv zu sagen, dass das jetzt ein Programm is, sondern einfach oft, man spürts dann eh, wer dafür ist und wer nicht ahm. Wir versuchen dann einfach zu sagen, aber sie haben diese Erkrankung, und es wär wichtig, dass ma Blut abnehmen, dass ma mal gscheit drüber schauen, ob da alles passt, ob Sie gut eingestellt sind und dann die nächsten Termine machma dann automatisch aus, abhängig eben vom klinischen Bild."</p>	Initiale Unsicherheit, weil Patientinnen und Patienten glauben ein "Versuchskaninchen" in einer Studie zu sein". Das rekrutierende Gesundheitspersonal versucht daher die Aussage zu meiden, dass die Patientinnen und Patienten in einem "Programm" teilnehmen.
Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele	<p>I: "Mhm. Und wenn sie in dem Programm involviert sind, wie...sind sie dann motiviert ihre Gesundheitsziele einzuhalten? Und haben die Chronikerprogramme etwas verändert?"</p> <p>A2: "Also wir machen hauptsächlich Diabetiker, die sin sehr interessiert...und da geht's dann eben alle drei Monate...ahm sind sie dann gespannt, ob sie durch die Ernährungsumstellung oder Bewegung oder die Medikamentenumstellung den HbA1c erreicht haben, des kann ma wenigstens messen im Labor. Die Hypertoniker machen wir auch sehr viele, ahm die kommen auch gerne, sie müssen nicht so oft, also am Anfang bis mas gut einstellen, da sind sie dann auch froh, weil wir sie eben durch...dadurch dass wir uns Zeit nehmen, erklären wir ihnen, warum der Bluthochdruck schlecht is für ihre Gesundheit und dann kommen sie regelmäßiger und Osteoporose die Frauen hauptsächlich kommen eh sowieso zur Therapie auch, also des funktioniert eigentlich ziemlich gut."</p> <p>I: "Die Osteoporose Patientinnen sand vor olle Dingen also..."</p> <p>A2: "Na alle drei. Also wir machen eigentlich in unserem Zentrum, machen wir hauptsächlich diese drei Programme. [...]"</p>	Die Patientinnen und Patienten in den Programmen Diabetes, Hypertonie und Osteoporose sind sehr motiviert die Gesundheitsziele und Kontrolltermine regelmäßig einzuhalten.	

	<p><b>A2:</b> "[...] bei Osteoporose gibt es viel Nachholbedarf. Da sind viele unbehandelte Patienten...und ich find, dass wir da jetzt viel Nachholbedarf haben und durch des Chronikerprogramm viel weiterbringen werden, weil das is so eine Erkrankung is, die nich...die die...erstens die Patienten nicht ernst nehmen häufig oder wahrnehmen oder auch sie unerkannt sind, weil auch viele Ärzte bisher oder überhaupt wenig darauf ahm...ah geachtet haben das abzuklären."</p>	<p>Chronikerprogramme haben viel Potential bei Osteoporose, weil das eine untertherapierte Krankheit ist, aufgrund des Unwissens der Ärztinnen und Ärzten und der Patientinnen und Patienten.</p>
	<p><b>A2:</b> "[...] Depressio ham wir versucht, is sehr aufwändig, da sind die Schwestern zu wenig dafür geschult, sie tun sich sehr schwer und ich sehe auch nicht den Benefit davon. Mhm das sind Patienten, die zu einem Psychiater gehören und ich sehe nicht durch diese durch dieses Chronikerprogramm Depressio, dass wir da viel, also bei diesen chronisch depressiven Patienten ändern können. Ahm ich schleuse in des Depressio Programm eher junge Leute ein, die jetzt kurz vorm Burnout sind oder ein schreckliches Ereignis erlebt haben oder Tod von Angehörigen, dass wir die laufend unter Kontrolle haben und ihnen schnell helfen können. Bei denen kann man noch viel verändern und rechtzeitig medikamentös oder ah psychotherapeutisch ihnen helfen. Aber bei den schon lange bekannten depressiven Patienten...da hab i das Gefühl, dass die Chroniker Programme nicht viel ändern. Es wird es wird auch nicht dieses Depressio Programm, wird nicht gut angenommen...ahm einerseits von den Mitarbeitern, weil die Schwestern eben dafür überhaupt nicht geschult sind, solche Gespräche zu führen. Und zweitens von den Patienten, weil sie sowieso depressiv sind und sich nicht überwinden ah hier regelmäßig zu kommen, um darüber zu reden...oder sie haben eh genug Gespräche mit den Psychotherapeuten. Also des Depressio läuft ganz schlecht und des glaub ich is schwer umsetzbar [...]"</p>	<p>Depressio ist sehr aufwändig und läuft schlecht --&gt; denn: DGKPs fehlt die Schulung für Depressio.Langzeit chronische Depressio Patientinnen und Patienten kommen eher nicht zu den Follow-Up Terminen und es kann kein Betreuungserfolg beobachtet werden. Solche Menschen sollten von Psychiaterinnen und Psychiater betreut werden. Das Depressio Programm ist hilfreich bei jungen Menschen bei akuten depressiven Episoden (kurz vorm Burnout oder mit einem kürzlich erlebten psychischen Trauma). Hierbei kann man noch viel verändern, wenn Patientinnen und Patienten regelmäßig überwacht werden.</p>
	<p><b>A2:</b> "[...] und COPD, Asthma haben wir eigentlich laufen, weil wir sehr wenige Patienten haben...und die diese Erkrankungen haben und wenn sies haben dann laufen sie gut beim Pulmonologen...wenn aber einer dabei is, der sowieso bei einem Programm is, dann schauen die Schwestern schon und kontrollieren, ob des mit den Pumpnern eh gut funktioniert, ob sie gut inhalieren können und außer sie exazerbieren mit der COPD oder es wird schlechter, aber wir schicken es dann eher zum Pulmologen, als dass wir da regelmäßige Kontrollen machen."</p>	<p>COPD und Asthma sind nur sehr wenige Patientinnen und Patienten. Sie werden daher für regelmäßige Kontrollen eher zu Pulmologinnen und Pulmologen geschickt.</p>
	<p><b>I:</b> "Also, versteh i des richtig die Motivation von den Patientinnen und Patienten die Gesundheitsziele einzuholen, spiegelt si wieder eben an den Messwerten, oder gibt es no wos onderes, wo...man des noch erkennt."  <b>A2:</b> "Ja...wenn man einen Messwert hat, den die Patienten auch sehen können sozusagen, ist das viel leichter sie zu motivieren."</p>	<p>Patientinnen und Patienten mit Krankheiten, die mit Messwerten objektiviert werden können, lassen sich leichter motivieren.</p>
<p>Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme</p>	<p><b>I:</b> "Mhm, und hot sich da durch die Chronikerprogramme a Veränderung in der Adhärenz ergeben?"  <b>A2:</b> "Ja, auf jeden...weil wir einfach mehr Wert drauf legen auch bei diesen Erkrankungen."  <b>I:</b> "Also, de is gesteigert durch die Chronikerprogramme damit?"  <b>A2:</b> "Ja auf jeden...auf jeden Fall ja. Weil jeder Mitarbeiter einfach da mehr drauf schaut, dass ma diese Patienten äh an uns binden."</p>	<p>Adhärenzverbesserung durch die Chronikerprogramme.</p>

	Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Ok, ok. Und hat sich durch die Chronikerprogramme a Veränderung in der Eigenverantwortung der Patienten ergeben? Also grad wenns so geht irgendwie um Gesundheitsinformationen zu verstehen und anzuwenden oder gemeinsame Entscheidungen zu treffen?"</p> <p>A2: "Also wir versuchen ganz viele Flyer mitzugeben, ich vor allem was Ernährung betrifft, zu dem ähm diesbezüglichen Erkrankungen, die Schwestern äh sprechen auch viel über Bewegung und Ernährung und ich glaub dadurch dass wir mehr aufklären, kommt das bei den Patienten auch besser an das durchzuführen."</p> <p>I: "Mhm, also is somit gesteigert worden. Gibt's vielleicht...gibt's irgendwelche speziellen Patientengruppen wo ma vor olle Dingen a Verbesserung bemerkt hat durch die Chronikerprogramme?"</p> <p>A2: "Ja...eben bei diesen drei die wir hauptsächlich machen, äh Zucker, Bluthochdruck und und Osteoporose. [...]"</p>	<p>Gesundheitskompetenzverbesserung durch vermehrte Aufklärung und durch Flyer über vor allem Ernährung und Bewegung.</p> <p>Vor allem Gesundheitskompetenzverbesserung in den Programmen Diabetes, Hypertonie und Osteoporose.</p>
Kompetenzaufteilung	Stärken einer Kompetenzaufteilung	<p>A2: "Vorteile sind, dass ich klar und deutlich weiß, was ich zu tun hab...und dass ich die erstens die Schwestern daran orientieren können, auch wenn man's vergisst, wenn man jetzt, deswegen hab ich jetzt diese COPD zum Beispiel und Asthma nicht reingenommen, dass wir das regelmäßig machen, weil wenn ich da einen Patienten...in...in drei Monaten habe, dann hab i des alles wieder vergessen und muss wieder von neu anfangen und das bringt sich einfach nix, is viel zu zeitintensiv und wenn wir von hundert Patienten einen verbessern können, is das verlorene Zeit, find ich jetzt...weil wir einfach nicht so viel Bedarf haben. Ahm und deswegen is es gut, dass man Orientierung hat. [...]"</p>	<p>Klare Aufgabenaufteilung.</p> <p>Eine Kompetenzaufteilung ermöglicht allen Berufsgruppen die Orientierung im Behandlungsablauf zu behalten.</p> <p>Reduziert das Vergessen von Arbeitsschritten.</p>
	Schwächen/Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung	<p>I: "Und abgesehen davon, dass ma net immer olle Aufgobn absolvieren kann, gibt's sonst no irgendwelche Herausforderungen die si durch so a Kompetenzaufteilung ergeben?"</p> <p>A2: "(räuspert sich) Als Arzt die Übersicht zu behalten...was hat jetzt die DGKP gemacht? Gibt's da irgend...man muss sich einfach darauf verlassen können, dass sie wirklich ah die weit wichtigen Informationen weitergeben und da gehört a ebenfalls eine gute und strukturierte Ausbildung für die DGKPs für die Chroniker."</p>	<p>Als Ärztin oder Arzt den Überblick zu behalten über die Tätigkeiten der Pflege. Vertrauen in die DGKPs ist notwendig. Basis hierfür ist eine strukturierte Ausbildung für die DGKPs.</p>
	Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Ok, ok. Und hat sich für Sie Ihr Aufgabenbereich verändert durch die Chronikerprogramme?"</p> <p>A2: "Ja, es is zeitintensiver und ahm...aber grundsätzlich Aufgabenbereich nicht...man hat ein stärkeres Augenmerk einfach auf diese Erkrankungen ja, der Patienten."</p>	<p>Grundsätzlich keine Veränderung im Aufgabenbereich, aber zeitintensiverer Arbeitsaufwand.</p> <p>Größeres Augenmerk/Awareness für chronische Krankheiten.</p>
	Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung	<p>I: "Ok, ok. Und würden Sie no was an der Aufgabenaufteilung ändern zwischen DGKPs und Ärztinnen und Ärzten?"</p> <p>A2: "...Würd eigentlich nicht hier aus juristischen Gründen...würden schon zum Beispiel die Krankenschwestern auch ausbilden, dass sie die Fußuntersuchung machen, bei dem Diabetes-Aktiv ahm, das is jetzt eigentlich...(räuspert sich)...dass die mehr ah übernehmen könnten, aber grundsätzlich mach mas jetzt eh, was juristisch möglich ist, wird eh gemacht. Wir sind ein juristisches Land, das ist nicht immer alles so leicht (lacht) und es will auch niemand Verantwortung übernehmen, schwierig."</p>	<p>Aus juristischen Gründen keine Verbesserungswünsche.</p>

<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Hat sich Ihre Arbeitsauslastung oder Arbeitsbelastung verändert durch die Chronikerprogramme?"  <b>A2:</b> "Sicher, sicher. Zeitlich."  I: "Also hoben Sie jetzt mehr Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme?"  <b>A2:</b> Ja, sicher. Definitiv, weil es geht der Patient zu den DGKPs, dann zu mir, dann wird er wieder zu denen bestellt, wenn der Blutdruck nicht passt, kommt er wieder zu mir und sonst wär de...wär des von den Krankenschwestern gar nicht drinnen gewesen, die wären einfach zum Arzt gekommen...es is sicher viel mehr...viel zeitintensiver, vor allem für die Pflegekräfte ja. Was auch der Sinn dahinter ist, aber es funktioniert noch nicht, dass man den Arzt entlastet, da samma noch ein bisschen weit davon entfernt glaub i... denn das war ja eigentlich das Ziel meines Wissens nach. Da is noch ein großer Bedarf an Ausbildung da...und Verantwortungsübernahme ja."  I: "Also, versteh i des richtig, wenn mehr Ausbildung do wär, könnten dann...also könntns jetzt dann...könnten dann die DGKPs eigenständiger arbeiten und müssten weniger Rücksprache mit dem Arzt halten?"  <b>A2:</b> "Genau."</p>	Verstärkte Arbeitsauslastung für DGKPs und Ärztinnen und Ärzten durch die Chronikerprogramme. Noch keine Entlastung für Ärztinnen oder Ärzte erreicht. Hierzu noch hoher Bedarf an Ausbildung bei den DGKPs notwendig, damit die DGKPs mehr Verantwortung übernehmen und selbstständiger arbeiten können.
	Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen	<p>I: "Ok. Und gefällt Ihnen die Arbeit in den Chronikerprogrammen?"  <b>A2:</b> "Ja, ich find sie teilweise, eben teilweise sehr sinnvoll, für die Erkrankungen, die wir jetzt machen, is es auf jeden Fall...sinnvoll weil die Patienten das mehr ernst nehmen, weil sie jetzt sa...sehen „aha da nimmt man sich jetzt Zeit für mich wegen meinem Bluthochdruck, da bin ich jetzt eine Stunde gesessen“, das is Luxus im medizinischen Bereich, dass man eine Stunde mit einem Patienten, das machen die DGKPs ah oder halbe Stunde sich Zeit nimmt und die Erkrankung ausführlich bespricht."  I: "Mhm, Mhm. Und wenn Sie sogn Sie san teilweise zufrieden wann sin Sie dann teilweise nicht zufrieden mit den Chronikerprogrammen?"  <b>A2:</b> "Jo eben mit...zum Beispiel bei Depressio, COPD und Asthma is ein bisschen schwierig das einzu..."</p>	Teils teils - zufrieden z.B.: mit der Arbeit im Programm Hypertonie. Zum Teil unzufrieden z.B.: mit der Arbeit in den Programmen Depressio, COPD, Asthma.
	Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit	<p>I: "[...]Wos finden Sie sand Stärken von so ana interprofessionellen Zusammenarbeit...oder Vorteile?"  <b>A2:</b> "Dass jeder ein anderes Augenmerk hat und...ahm...dass sie auf andere Sachen achten. Zum Beispiel die Krankenschwestern, die sind meistens aus dem Gebiet und kennen die Leute teilweise auch privat, dann erfährt man die Hintergründe einiger ahm...Schritte sozusagen oder einiger Erkrankungen von den Patienten und da kommen sie im Gespräch auf ganz andere Themen, die auch wichtig sind, die da Patient zum Beispiel dem Arzt gegenüber nie erwähnen würde...und das, find ich, ah als auch als eine Stärke, dass das aufgeteilt wurde und...ahm...natürlich die Zusammenarbeit die interprofessionelle wird auf jeden Fall besser und das Klima, das Miteinander, weil einfach sich die Krankenschwestern auch...ahm...bestätigt fühlen in ihrem Aufgabengebiet."</p>	Interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht einen ganzheitlichen Blick auf die Patienten/-innen. Jede Berufsgruppe hat einen anderen Zugang. Erfahrung hat gezeigt, dass Patienten/-innen oft gegenüber den nicht-ärztlichen Berufen mehr preisgeben.  Besseres Arbeitsklima zwischen den Berufsgruppen.

<b>Administrativer Aufwand</b>	Schwächen/Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit	<p>I: "Und gibt's auch irgendwelche Herausforderungen oder Schwächen die s...so durch so a enge Zusammenarbeit entstehen?"</p> <p>A2: "Sicher, man muss ba...man muss auf...sich auf den anderen verlassen können...dass auch die wichtigen Sachen weiß...und die äh Warnsignale erkennt, weil ich dann als Arzt natürlich die...aus Zeitmangel und deswegen is es ja gemacht worden, dass wir weniger zeitintensiv mit den Patienten verbringen...aber...das könnte man alles mit einer guten Ausbildung oder mit regelmäßigen Schulungen...in den Griff bekommen, aber es läuft eigentlich ziemlich gut und die Motivation...Also i bin...ja, die Motivation...dass das überhaupt durchgeführt wird...da bin i dran, dass irgendwie, i weiß net, wie ma die erhöhen könnten...dass die Patienten auch einberufen werden zu den Chronikerprogrammen ja...also die Verantwo...bei den DGKP...ja...die Krankenschwester sollten eigentlich mehr aktiv die Patienten dort einbinden, auch die Ärzte und dadurch dass wir so viele sind und viele Teilzeit sind ist...ah...die Motivation nicht bei jedem unbedingt da das durchzuführen..."</p> <p>I: "Jetzt mehr von Seiten der DGKPs oder mehr von Ärztinnen und Ärzten Seiten."</p> <p>A2: "Beides."</p>	Erfordert Vertrauen in die anderen Berufsgruppen. Vertrauen kann erreicht werden, durch gut und regelmäßig ausgebildete Gesundheitsberufe.
	Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Und no amal ganz kurz zur interprofessionellen Zusammenarbeit: Hot sich die verändert durch die Chronikerprogramme?"</p> <p>A2: "...jeden Fall weil die Schwestern einfach viel mehr übernommen haben als bisher. Bisher haben sie nur Blut abgenommen und Leitungen gelegt und Infusionen angehängt, jetzt sind sie ein Teil der Chronikerbehandlung sozusagen und das war ja früher nicht der Fall."</p>	Mehr Kompetenzen für die DGKPs als fixer Bestandteil in der Betreuung chronischer Krankheiten
	Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit	<p>I: "Mhm, mhm. Und vom Verbesserungspotenzial bezüglich dieser Zusammenarbeit wär eben wieder die Verlässlichkeit zu nennen, die sich durch Schulungen ergibt, hob i des so verstaundn?"</p> <p>A2: "Genau, also ich glaub, wenn sie besser...also diese Motivation, die eben nicht da ist, is eben bei diesen Schwestern, die diesbezüglich nicht ausgebildet wurden gö und man kann man sie auch nicht zwingen etwas zu tun, wo sie sich vielleicht wenig auskennen und ahm...a Mangel an Wissen birgt einfach eine ein Mangel an Motivation."</p>	Förderung der Motivation zur Durchführung der Chronikerprogramme durch ein gut ausgebildetes/geschultes Personal.
	Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team	<p>I: "Mhm. Und wie geht's Ihnen mit der Kommunikation bei euch im Team? Wie funktioniert die oder wie gut funktioniert die?"</p> <p>A2: "Super... ja des gibts nix, also wenn, na des funktioniert sehr gut also meistens, wenn der Patient von der DGKP zu mir geschickt wird und irgendwas auffälliges is wird das auf so einem Zettel nebenbei aufgeschrieben und...das krieg i dann scho mit also des funktioniert sehr gut."</p>	Sehr zufrieden mit der Kommunikation im Team. DGKPs dokumentieren Auffälligkeiten schriftlich und schicken die Patientin oder den Patienten dann zur Ärztin oder zum Arzt.
	Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands	<p>I: "Mhm, ok. Und bisschen a anderes Thema: Wie empfinden sie den administrativen Aufwand in den Chronikerprogrammen?"</p> <p>A2: "Ja sehr hoch. Vor allem für die Krankenschwestern, weil sie diese Formulare ausfüllen müssen, die müssen dann gespeichert werden, hochgeladen werden, es wär sicher einfacher...ahm...wenn des eben integriert wär in einem Programm."</p>	Sehr hoch, vor allem für die DGKPs

	Wie erfolgt die Dokumentation	<p>I: "Also, wie erfolgt momentan die Dokumentation?"  <b>A2:</b> "Da gibt es so PDF...ahm...Tabellen und dann dann müssen die Patienten auch hin noch in Tabellen einge...äh...tragen werden, ah PDF Formulare die ausgefüllt werden und die werden dann extra gespeichert...in einem Ordner und im Programm hochgeladen (räuspert sich) und deswegen is es unübersichtlich."  [...]  I: "Und wenn Sie jetzt so einen Patienten eben kontrollieren dann müssen Sie also diese PDF Dokumente einzeln durchsehen von den vorherigen Terminen."  <b>A2:</b> "Genau."</p>	Daten der Patientinnen und Patienten werden von der DGKP in eigene PDF-Formulare eingetragen. Diese Dokumente werden in einem eigenen Ordner gespeichert und ins Programm hochgeladen. Beim Kontrolltermin müssen dann alle PDFs einzeln durchgeklickt werden. Unübersichtlich.
	Stärken und Schwächen der angewendeten Dokumentationsform	<p><b>A2:</b> "[...] ich schreib die wichtigen Sachen dann ganz normal in die Ärztesoftware rein. Und das ist dann das nächste, wo nicht alles auf einem Blick erkannt wurde, was is jetzt im Chronikerprogramm und was is jetzt normaler Arztbesuch."</p>	Ärztinnen und Ärzte schreiben ihre Dokumentation in die Arztsoftware.
		<p>I: "Mhm, ok. Und ähm gibt's auch irgendwas positives an dieser Dokumentationsform?"  <b>A2:</b> "...jo wenn die Chro...äh Erstanamnese erhoben wird, hat man dann viele Informationen zusammen in einem...in einem Fol...Folder sozusagen, aber...in der Praxis glaub ich wird das nicht oft genutzt."  <b>A2:</b> "[...] ich schreib die wichtigen Sachen dann ganz normal in die Ärztesoftware rein. Und das ist dann das nächste, wo nicht alles auf einem Blick erkannt wurde, was is jetzt im Chronikerprogramm und was is jetzt normaler Arztbesuch."</p>	Bei der derzeit angewandten Dokumentationsform (pro Patient/-in Sammelordner mit PDF-Formularen, Freitexteingabe in Arztsoftware) schwierig zu unterscheiden zwischen Chronikerprogrammdateien und der Dokumentation eines regulären Arztbesuches. Theoretisch viele Informationen in einem Ordner, praktisch wird das nicht genutzt.
		<p>I: "Und bei Ihnen also is des momentan olles schriftlich und no net elektronisch dann integriert?"  <b>A2:</b> "Also sie füllen das schon am Computer aus... speichern und dann wird das Dokument als Dokument im Programm sichtbar aber nicht auf einem Blick die Werte die mich jetzt sehen sollte eigentlich."</p>	Keine Übersicht der relevanten Patientendaten.
Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration	<p>I: "Ok. Und wünschenswert wärs also, wenn's im Intranet inkludiert wäre oder wie müsste diese Software sein?"  <b>A2:</b> "Genau, also in der Arztsoftware...dass es in der Arztsoftware integriert wäre, da is die Vorsorgeuntersuchung is zum Beispiel integriert in der Arztsoftware, auch die Diabetes-Aktiv das habt ihr Diabetes-Aktiv Programm, aber die Chronikerprogramme müssten noch integriert werden ja...dann könnte ich zum Beispiel ei...einfach oben draufklicken „Chroniker“ und dann sehe ich alles auf einen Blick...und muss kein extriges Dokument aufmachen ja."</p>	Dokumentationssoftware, die in die Arztsoftware integriert ist und eine Übersicht über alle Daten einer Patientin oder eines Patienten ermöglicht. Vergleichbar mit Diabetes-Aktiv oder Vorsorgeuntersuchungen.	
Alltagstauglichkeit Chronikerprogramme	Sind die Chronikerprogramme praktikabel/alltagstauglich	<p>I: "Und wenn Sie die Chronikerprogramme jetzt ganzheitlich betrachten, finden Sie dass die praktikabel und alltagstauglich sind?"  <b>A2:</b> "Noch nicht. (lacht)"</p>	Noch nicht
	Begründung zur Einschätzung der Alltagstauglichkeit	<p>I: "Warum?"  <b>A2:</b> "Noch no...also bezüglich der Dokumentation noch nicht, aber grundsätzlich werden sie gut durchführbar sein und...ahm ein großer Vorteil davon is eben, dass viele Sachen nicht mehr übersehen werden. Weil man eben ein strukturierten Ablauf hat. Das is sicher ein Vorteil den ich vorher vergessen hab zu sagen."</p>	Grundsätzlich sind die Chronikerprogramme aufgrund des strukturierten Ablaufs praktikabel durchzuführen, aber die aktuell angewandte Dokumentationsform verhindert noch die Alltagstauglichkeit.
	Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit	<p>I: "Also um sie am besten also alltagstauglich zu mochn, wäre ...also die Dokumentation zu ändern..."  <b>A2:</b> "Genau."  I: "Oder sonst...hobn Sie sonst no irgendwelche Wünsche diesbezüglich."  <b>A2:</b> "Ja jetzt noch nicht, es läuft jetzt schon über ein Jahr, aber ich glaub da braucht ma vü mehr Praxis um da wirklich...ahm...Optimierungs...ideen zu haben noch weitere bezüglich der Praxis ja."</p>	Umsetzung der gewünschten Verbesserungen hinsichtlich der Dokumentation/Administration (siehe jene Unterkategorie).

Tabelle 36: Interviewtranskription A2

### 6.4.3 Interviewtranskription A3

	Unterkategorie	Zitat	Zusammenfassung
Strukturiere Betreuung	Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten	<p>I: "[...] Stellt es für Sie eine Veränderung zu Ihrem bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten?"</p> <p>A3: "Ja, weil's wesentlich strukturierter abläuft, also vor allem bei den DMP Patienten zum Therapie-Aktiv, also Diabetiker, die kommen bei uns wirklich alle 3 Monate in die Ordination zur Blutabnahme, zur Befundbesprechung und es wird ihnen am Tag der Besprechung wieder der Termin für die, für den nächsten Untersuchungstermin gegeben und das ist so sonst in, bei anderen chronischen Erkrankungen in der Form eigentlich nicht so, sondern kommen die Patienten, wenn sie was brauchen oder wenn sie ihre Medikamente holen, aber es ist nicht so strukturiert und auch dadurch nicht so, ja, qualitativ voll würd' ich mal sagen, weil da immer wieder Dinge auch zum Untergehen und verloren gehen."</p> <p>I: "Also wo spüren Sie diese Struktur, in welchen Bereichen? ... in der, wenn man jetzt den Behandlungspfad sieht?"</p> <p>A3: "Naja in der Überwachung also anfangs mal, man kann, bevor Symptome auftreten oder vor, bevor Probleme auftreten, kann man schon oft gegensteuern und intervenieren."</p>	<p>Ja, die Chronikerprogramme stellen eine Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten dar.</p> <p>Strukturierung des Behandlungspfades und symptomunabhängige regelmäßige Kontrollen verhindern das Übersehen von Behandlungsschritten und sorgen für eine qualitativ hochwertigere Betreuung.</p> <p>Durch die regelmäßige Überwachung des Krankheitsverlaufes können Exazerbationen durch frühzeitiges Intervenieren verhindert werden.</p>
	Stärken einer strukturierten Betreuung	<p>I: "OK, also wenn ich Sie jetzt fragen würde, was finden Sie gut oder was sind so Stärken für Sie bei so einer strukturierten Betreuung, was, an was könnten Sie da denken?"</p> <p>A3: "Naja die Regelmäßigkeit zum, auch dass der Patient dadurch irgendwie mehr an, an Bord ist, also die Diabetiker, die bei uns im im Therapie-Aktiv Programm sind, die kennen sie wesentlich besser aus mit ihrer Erkrankung als andere. Die wissen, wie ihre Medikamente heißen, die sie gegen den Zucker nehmen, die sind einfach viel mehr eingebunden in das zum Krankheitsgeschehen [...]"</p>	<p>Engmaschige Patientenbetreuung.</p> <p>Mehr Einbindung der Patientinnen und Patienten in den Betreuungsablauf. Stärkung des Krankheitsverständnisses und der Gesundheitskompetenz.</p>
	Schwächen/Herausforderungen einer strukturierten Betreuung	<p>I: "Gibt's für Sie auch irgendwelche Schwächen oder Herausforderungen, die sich durch so eine strukturierte Betreuung ergeben?"</p> <p>A3: "Nein, also ich sehe das eigentlich nur positiv. Find' ich das sehr sinnvoll und da finde ich, sollte auch in mehr, für mehrere Bereiche ausgeweitet werden und sinnvollerweise aber ausgeweitet werden. Also es bringt nicht nur Daten zu sammeln, wie das manchmal bei manchen Chronikerprogrammen momentan finde ich manchmal der Fall ist. Also zum Beispiel bei den ja Osteoporosepatienten, da sammeln wir hauptsächlich Daten ... für die Patienten, die wir in unsere Chronikerprogramme einschleusen. Aber es ergibt sich keine Änderung der Therapie daraus, weil wir sowieso im Zuge der Vorsorgeuntersuchung zum Knochendichte-Messungen durchführen, wir sowieso die zum Sturz-Präventionsprogramme eigentlich durchführen, also es ist weniger strukturiert und es ist jetzt nicht so, dass jemand, der im Osteoporose DMP Programm drin ist, einmal im Jahr einen Sturz-Präventionskurs bezahlt bekommt oder so, also dass das sich da irgendwelche Änderungen der Therapie daraus ergeben."</p>	<p>Ausschließlich positive Meinung hinsichtlich strukturierter Betreuung. In manchen Programmen (z.B.: Osteoporose) werden jedoch zu viele Daten gesammelt, ohne dass sich hierdurch eine Konsequenz ergibt.</p>

	<p>Verbesserungen bezüglich strukturierter Betreuung</p>	<p>I: "[...] Wöche Verbesserungen würden Sie si da wünschen hinsichtlich dieser strukturierten Betreuung?"</p> <p>A3: "Ja, klarere äh Ziele, also Änderungen in der Therapie, dass ma wirklich sagt, wenn ma den Patienten in dieses Programm aufnimmt, dann ahm gibt es einen Behandlungspfad, der auch vorgegeben is, der klarer vorgegeben is?"</p> <p>I: "Und der is momentan noch nicht vorgegeben, oder?"</p> <p>A3: "Is ned so klar vorgegeben meiner Meinung noch für die anderen Programme na und auch die, also i glaub, es hängt vor allem auch wirklich mit der, mit der Honorierung zusammen. Wenn du sagst, ich schleuse jemanden in dieses Programm ein und dafür kann ahm i dann zum Beispiel mehr Sturzprävention anbieten. Also ob i jetzt fünf Diabetiker in meinem, ah fünf Osteoporotiker in meinem ah Osteoporose DMP hab oder hundert macht an Unterschied wie viele dieser äh Kurse ich dann angeboten krieg. Also ich finde es sollte schon, die Zahlen sollten verknüpft werden mit ahm mit Leistungen die Patienten kriegen beziehungsweise die des PVE dann anbieten kann ja."</p> <p>I: "Ja ok, also versteh des richtig ähm ihr habt's an Ablauf bezüglich wöche Untersuchungen ihr moi primär durchführt's, aber dann für die Kontrollen mit ... is es dann eher unklarer?"</p> <p>A3: "Genau mhm (zustimmend). Außer bei den Diabetikern."</p> <p>A3: "[...] Wenn ma es jetzt a als Ausweitung auf andere PVEs oder andere Allgemeinmediziner sieht, dann muss es, dann muss irgendwas dabei rausschauen, glaub ich für den, für den Patienten eben im Sinne von Kursen, die er machen kann, oder wie tschuldigung, wenn i wieder zum Diabetes geh, die ähm Blutzuckerteststreifen, die ma dann kriegt, wenn ma a Schulung gmacht hat. Also irgendwas muss, muss ma, muss ma glaub i bekommen dafür, dass ma diese Untersuchungen macht und dass ma ah die Kontrolluntersuchungen auch macht, also vor allem, wenn so ein Biomarker wie der HbA1c-Wert fehlt, den gibt's ja bei vielen Erkrankungen nicht, dass ma jetzt sagt, ma kommt alle paar Monat zur Besprechung wie den DMP Wert ausschaut."</p> <p>I: "Also nur, dass i des kurz verstehen kann, also meinen Sie, dass die Blutdruckwerte jetzt von der Qualität der Kontrolle schlechter sind, als die HbA1c Werte jetzt im Vergleich, weil die Blutwerte vielleicht eher untersucherabhängig sind oder gerätabhängig, Messzeitpunkt oder wie?"</p> <p>A3: "Naja, da müssten wir's zum Beispiel machen dürfen, dass wir ah bei den Leuten, die im Hypertoniker-Programm sind, einmal im Quartal eine 24 Stunden Blutdruckmessung machen, wenn des zum Beispiel dann möglich wär. Des is ja ned möglich, weil des gedeckelt is von der ÖGK. Des heißt, des is mit glaub fünf Prozent oder ein Prozent, des irgendw ... mit einem gewissen Prozentsatz an Patientenzahlen gedeckelt und des könnten wir, wenn wir des machen würden, dann hätten wir für unsere anderen Patienten keine freien Termine für a für a 24 Stunden oder keine Honorierung für a 24 Stunden Blutdruckmessung, wissens wie i mein. Also es müsste einfach dieses Kontingent dann auf, aufgestockt werden, wenn ma sagt, ma hat einen Hypertoniker in dem Programm und der kriegt einmal im Quartal oder einmal im im Halbjahr eine 24 Stunden Blutdruckmessung unabhängig von der sonstigen Kontingierung der ÖGK. Des würde i zum Beispiel als attraktiv sehen."</p> <p>I: "Ok, okay also wenn i des jetzt nu amal zusammenfassen darf ähm, Sie würden si wünschen, dass des honoriert wird, einerseits, ondererseits, dass es ähm klarer festgelegte Gesundheitsziele gibt für die Patienten und des Dritte wär dann, dass ma entsprechend der Gesundheitsziele an klareren Ablauf schaffen würde, wie ma dann weiter vorgeht, zusätzlich."</p> <p>A3: "Korrekt."</p>	<p>Behandlungspfade bezüglich der Kontrolluntersuchungen werden noch nicht als klar und eindeutig genug empfunden hinsichtlich des genauen weiteren Vorgehens bei inter- und intraindividuellen Gesundheitswerten.</p> <p>Therapieziele sollten genauer definiert werden. Bei den meisten Krankheiten gibt es keine eindeutigen Biomarker, wie beispielsweise das HbA1c bei Diabetes mellitus, die eine genaue Verlaufskontrolle ermöglichen. Zum Beispiel bräuchte man beim Hypertoniker Programm für eine objektivere Blutdruckbewertung regelmäßige 24-Stunden-Blutdruckmessungen, die dann auch honoriert werden.</p> <p>Die Patientenzahlen in den jeweiligen Programmen sollten mit dem Leistungsangebot verknüpft sein bzw. honoriert werden, anstatt dass wie aktuell unabhängig von der Patientenzahl in einem Programm pro PVE ein fixes Kontingent an Leistungen/Kursen angeboten werden.</p> <p>Für das Einhalten der Kontrolluntersuchungen bzw. die Teilnahme an Schulungen wäre ein Belohnungssystem für die Patientinnen und Patienten wünschenswert, durch beispielsweise bezahlte Kurse, welche die Patientinnen und Patienten dann besuchen könnten.</p>
--	--	--	---

		<p>I: "Mhm und zwecks Datenerhebung, weil Se des angesprochen hoben, wird des in den Chronikerprogrammen bei Ihnen irgendwie ... werden die Daten weitergeleitet oder wie meinen Sie des?"</p> <p>A3: "Ja, wir hom die Mappen, die wir ausfüllen oder wir sammeln diese Daten aber eigentlich so meines Wissens noch wird des vom Gesundheitsfonds bisher nicht unbedingt weiterverarbeitet. I i hab ned den Eindruck, dass da weiter was geschieht mit diesen Daten oder dass zum Beispiel Statistiken erstellt werden oder eine Qualitäts... des würd i a sinnvoll finden, dass ma anfoch auch qualitativ ausgewertet und sagt, wer, wer erfüllt gewisse Ziele bei den, ja, in den Programmen. Wer hat welche Zahlen, zum Beispiel zwischen dem PVEs? Wer hat wie viele Menschen in diesen Programmen oder bei wie vielen werden Komplikationen verhindert? Des muss ma si halt für des jeweilige Programm individuell anschauen, aber dass da auch eine qualitative Auswertung passiert."</p> <p>I: "Okay also des würden Sie wünschen?"</p> <p>A3: "Des würd i sinnvoll finden, ja, weil warum sonst diese Daten sammeln und des mochen, wenn ma donn ka Konsequenzen draus zieht."</p> <p>I: "Okay und des dann im Vergleich eben mit den anderen PVEs."</p> <p>A3: "Zum Beispiel jo mhm (zustimmend)"</p>	<p>Wünschenswert wäre eine qualitative Auswertung der gesammelten Daten für statistische Zwecke zur Qualitätskontrolle der Betreuung. Beispielsweise könnte so eine Vergleichbarkeit zwischen den diversen PVEs geschaffen werden.</p>
		<p>A3: "[...] vor allem auch die DGKPs, die muss ma ja auch, also des is ja sehr viel Aufwand für die DGKPs, die muss ma ja dann auch wieder abziehen von der sonstigen Arbeit oder aufstocken und mehr Pflegekräfte ähm haben dafür, wenn ma des so genau macht."</p>	<p>Zur Erfüllung des hohen pfegerischen Arbeitspensums muss eine Pflegekraft nur für die Chronikerprogramme zur Verfügung stehen bzw. entsprechend eventuell das Pflegepersonal im PVE aufgestockt werden.</p>
	Vorschläge selbst oder intern im Team einen Beitrag zu Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung zu leisten	<p>I: "Ok, okay verstehe und könnten Sie des da selbst oder intern im Team irgendwie an Beitrag dazu leisten?"</p> <p>A3: "Mhm naja, i glaub des was wir machen können, des machen wir sowieso schon, unabhängig von diesem, von den DMPs. Also wir machen des ja für alle unsere Patienten, meistens im Zuge der Vorsorgeuntersuchung, ähm wenn zum Beispiel, dass ma, dass wir bei Knochendichtemessung schauen, wann war die letzte Knochendichte Messung, werden die Medikamente eingenommen, besteht a Sturzgefahr beim Patienten, wird die Therapie gemacht, also is die Therapieadhärenz gegeben? I glaub, des alles, des machen wir schon damit diese Programme ähm ned zahnlos bleiben oder nicht als zusätzliche administrative Arbeit bleiben. [...]"</p>	<p>Regelmäßige Überprüfung der Therapieadhärenz durch das Gesundheitspersonal.</p>
Patientenverhalten	Rekrutierung der Patientinnen und Patienten	<p>I: "Okay ok super, dann wäre meine nächste Frage, wie erfolgt bei Ihnen die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten für die Chronikerprogramme?"</p> <p>A3: "Ahm ja, in erster Linie wirklich im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung, wo einfach eine bei ja sonst Gesunden, die laden wir ein zur Vorsorgeuntersuchungen, mochen entsprechende Blutentnahmen, wo wir eben zum Beispiel Nüchternblutzucker messen, Blutdruck messen ähm, BMI messen oder auch entsprechend Alter schauen, ob a Knochendichtemessung schon gemacht wurde. Auch ähm bei, wir machen bis jetzt noch keine Depress ... also i weiß gar ned wie des heißt des DMP für Depression gibt's ja auch, des haben wir bis jetzt no ned in unserem PVE. Also des wär noch was Ausbaufähiges, wo ma des auch vielleicht im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung mit am Fragebogen ab, abprüfen und die dann einschleusen, also des is eigentlich unser Rekrutierungsweg. Außer wir übernehmen einen bek... einen bekannten Diabetiker zum Beispiel, der noch nicht im Programm is oder wir übernehmen einen neuen Patienten, der scho Osteoporose Therapie laufen hat, dann wird er eben auch in des Programm eingeschleust. Also entweder besteht die Diagnose schon und wir nehmen sie in die Programme auf oder wir rekrutieren sie im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung."</p> <p>I: "Okay und erfolgt die Rekrutierung dann durch die DGKPs oder durch die Ärztinnen und Ärzte,</p>	<p>Rekrutierung im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen bei Auffälligkeiten oder bei Übernahme von Patientinnen und Patienten mit schon bestehender Diagnose einer chronischen Krankheit. Angeleitet wird die Rekrutierung durch die Ärztinnen und Ärzte, die Vorbereitung für die Chronikerprogramme erfolgt dann durch die Pflege.</p>

	<p>wie...?"  <b>A3:</b> "Angeleitet wird's durch die Ärztinnen und ähm die ... des die Fragebogen ausfüllen und die Vorbereitung des erfolgt dann durch die DGKP genau."</p>	
Interesse zur Teilnahme an den Chronikerprogrammen	<p><b>I:</b> "Okay und wenn Sie den Patienten ansprechen, ob er jetzt in den Chronikerprogrammen teilnehmen möchte, wie ist das Interesse bei den Patientinnen und Patienten?"  <b>A3:</b> "Sehr hoch! Also die Patienten fühlen sich da sehr gut ahm versorgt und betreut. Es hat noch kaum jemand gesagt, na das interessiert ihn nicht, das will er nicht."  <b>I:</b> "Okay also des initiale Interesse stufen Sie hoch ein?"  <b>A3:</b> "Mhm (zustimmend). Ja eben, vor allem [lacht], wenn's wieder, wenn der Patient was davon hat, also wenn man ihm dann sagt, ok, wenn sie das machen, dann kriegen sie, dann werden sie von uns engmaschiger betreut, dann haben Sie speziellere Untersuchungen, dann schauen wir genauer auf sie. Also das kommt bei den Patienten auf jeden Fall gut an."</p>	Sehr hohes Interesse bei den Chronikerprogrammen teilzunehmen. Patientinnen und Patienten fühlen sich gut versorgt und betreut.
Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele	<p><b>I:</b> "[...] wie's um die Motivation steht der Patientinnen und Patienten, dass sie die Gesundheitsziele einhalten?"  <b>A3:</b> "Na schon. Also ich glaube, wenn die Patienten das verstehen, worum's geht und was, was der Sinn dahinter ist ... zwischen ... hinter diesen Gesundheitszielen, dann ahm sind natürlich, sind sie natürlich motiviert, weil es ist ja ihre Gesundheit. Es ist nur nicht immer so leicht, also je nach je nach Erkrankungsbild ist es nicht immer leicht zu vermitteln, zum Beispiel beim ahm Hypertoniker wieder, da spürt man halt wenig. Die Wenigsten haben Symptome oder Probleme, es ist auch jetzt kaum gefürchtete Erkrankung, würde ich mal sagen und die meisten wollen halt anfangen kane Tabletten schlucken und deswegen ist das da manchmal schwieriger, jemanden ahm zu motivieren, was zu ändern. Wobei mit der Aussicht, vielleicht sparen sie sich dadurch ein Medikament, wenn sie das und das und das durchführen, das ist dann für viele schon wieder ein Motivationsfaktor."  <b>I:</b> "Also wenn Sie das jetzt großherzlich betrachten würden, ist die Motivation eher da oder eher nicht da in den Chroniker...?"  <b>A3:</b> "Ja, ist da."  <b>I:</b> "Ok, weil sie ... und woran erkennen Sie das genau oder oder woran liegt das, dass die motiviert sind, dann ihre Gesundheitsziele einzuhalten?"  <b>A3:</b> "Ja, weil sie gesund bleiben wollen, nicht krank sein wollen, weil sie wollen, dass es ihnen gut geht, dass die Lebensqualität erhalten bleibt. Jo... weil sie auch viele Medikamente ... ersparen wollen und also möglichst mit wenigen Medikamenten möglichst gesund alt werden wollen."</p>	<p>Mehrheitlich ist die Motivation bei den Patientinnen und Patienten vorhanden ihre Gesundheitsziele einzuhalten, vor allem wenn ihr Krankheitsverständnis und die Therapieeinsicht hoch ist.</p> <p>Motivationsfaktoren zur Einhaltung der Gesundheitsziele sind der Erhalt bzw. die Verbesserung des Wohlbefindens, der Lebensqualität und die mögliche Ersparnis von Medikamenten bei Einhaltung der empfohlenen Therapie.</p>
Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme	<p><b>I:</b> "Und hat sich durch die Chronikerprogramme eine Veränderung in der Adhärenz ergeben?"  <b>A3:</b> "Ja!"  <b>I:</b> "Inwiefern? Also ..."  <b>A3:</b> "Verbesserung. Also die Patienten, wie gesagt, sind besser aufgeklärt über ihr Krankheitsbild, sie wissen besser Bescheid, warum sie welche Medikamente nehmen, sie fühlen sich eingebunden in die Betreuung und dadurch haben sie auch mehr das Gefühl, glaube ich, dass sie sich melden können, wenn ... bevor sie zum Beispiel ein Medikament absetzen aufgrund von Nebenwirkungen, weil's nicht ... weil sie nicht überlassen werden und dann sieht man vielleicht ein ganzes Jahr lang nicht wieder, weil sie eh nur Tabletten holen oder eben dann auch mal nicht. Also ich glaube, je öfter man mit dem Patienten über diese chronischen Erkrankungen auch spricht und sie kurz drauf anspricht, zum Beispiel im Zuge eines ähm, wenn sie Antihypertensiva holen und man misst den Blutdruck und fragt, wie geht's ihnen, messen's zu Hause regelmäßig, wie schaut der Blutdruck aus? Allein das hilft anfangen schon um den Patienten bei der Stange zu halten und die Adhärenz zu fördern."</p>	<p>Adhärenzverbesserung durch die Chronikerprogramme, aufgrund der Verbesserung des Krankheitsverständnisses und der Therapieeinsicht, sowie der verstärkten Einbindung der Patientinnen und Patienten in den Betreuungsablauf in den Programmen. Die Patientinnen und Patienten fühlen sich dadurch weniger selbst überlassen und können eine Ansprechperson bei auftretenden Komplikationen bzw. Nebenwirkungen kontaktieren, anstatt eigenständig ohne Rücksprache die Therapie abzubrechen oder zu verändern.</p> <p>Regelmäßige Erinnerungen zur Therapie-Einhaltung während jeglicher Konsultationstermine in der Ordination fördern die Adhärenz.</p>

	<p>I: "Hot's ... hoben Sie do vielleicht a gewisses Patientenkollektiv beobachtet, wo die Chronikerprogramme vor alle Dingen ongesetzt haben?"  <b>A3:</b> "Jo, vor allem Diabetes, Therapie-Aktiv."  I: "Also des wäre für Sie so."  <b>A3:</b> "Des is des Paradebeispiel find i, wo ma anfoch sieht, dass des extrem gut funktioniert, dass ma da Komplikationen vermeiden kann, dass die Medikamentenadhärenz und die Therapieadhärenz sehr gut is und dass es auch durch die Zucker-Schulungen, die ja angeboten werden ahm, es auch immer wieder Patienten gibt, die wirklich durch nicht-medikamentöse Maßnahmen ihre Krankheit komplett im Griff haben."  I: "Und in den Chronikerprogrammen per se jetzt, haben Sie da auch so Patientenkollektiv beobachtet."  [...]  <b>A3:</b> "Mhm ... ja, eben im kleinerem Ausmaß muss i sogen, aber natürlich durch die Aufklärung und durch diese diese längeren Gespräche, die ma dann mit dem Patienten auch über die Erkrankung äh führen kann, is des auf jeden Fall schon so, dass dass die des Verständnis für die Erkrankung besser is, ja. Also i glaub, wenn dem Zeit gewidmet wird und wenn dem Aufmerksamkeit gewidmet wird, dann is des gut und positiv."</p>	<p>Therapie-Aktiv ist ein Paradebeispiel für die Verbesserung der Therapieadhärenz durch ein DMP. Die Adhärenzverbesserung im Rahmen der Chronikerprogramme ist derzeit noch in kleinerem Ausmaß merkbar. Die langen Gespräche und die Krankheitsaufklärungen im Zuge der Chronikerprogramme fördern das Krankheitsverständnis.</p>
<p>Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme</p>	<p>I: "Also würden Sie sagen, dass sich im Zuge der Chronikerprogramme bezüglich des Patientenempowerments auch die Eigenverantwortung, die Selbstmanagementfähigkeit des Patienten, der Patientinnen verändert hot?"  <b>A3:</b> "Ja verbessert ja."  I: "Okay verbessert. Können's do vielleicht über, also von aner, von ana Patientengruppe, also über a Patientengruppe nachdenken, wo des vor olle Dingen a Wirkung gezeigt hat."  <b>A3:</b> "Naja eben zum Beispiel bei der Osteoporose wieder ahm über die Sturz-Präventionskurse, die auch zusätzlich dann angeboten werden. Also es is ja ein ein, die Patienten haben, verstehen besser die Zusammenhänge auch, wenn ma mehr fragt über die Erkr... also wenn ma im Zuge der, eben des Einschleusen in des Programm, fragt ma ja viele Dinge ab und da verstehen dann die Patienten mehr, ok wie hängt eigentlich, warum, warum interessieren die sich für Stürze oder warum geht's überhaupt um um Bewegung und um Krafttraining, wie hat des mit der, was hat des mit der Knochendichte zu tun? Also sie werden irgendwie mehr in diese, sie kommen in a aktivere Rolle. Es is jetzt ned a Messung, wo sie in diesem Knochendichte-Institut liegen und dann wird des gemessen und dann wird erna gsagt sie haben Osteoporose, sie müssen das nehmen, sondern sie sind a einfach mehr eingebunden in die Prävention und hoben auch mehr des Gefühl, sie können was was tun, um ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern."  I: "Also würden Sie sogen, dass die Mitbeteiligung des Patienten, der Patientinnen in Chronikerprogrammen höher is als ohne, sozusagen?"  <b>A3:</b> "Ja."  I: "Ok und die Vermittlung auch von der Krankheit und dieses Gesundheitsverständnis kann durch die Chronikerprogramme vermittelt ...?"  <b>A3:</b> "Ja, ja."</p>	<p>Verbesserung des Patientenempowerments/der Selbstmanagementfähigkeiten der Patientinnen und Patienten aufgrund der Förderung der Gesundheitskompetenz und des Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnisses durch die Gespräche in den Chronikerprogrammen. Patientinnen und Patienten verstehen besser ihre aktive Rolle hinsichtlich präventiver Maßnahmen, um das Fortschreiten ihrer Erkrankung zu verhindern.</p>

<b>Kompetenzaufteilung</b>	Stärken einer Kompetenzaufteilung	<p>I: "[...] Ähm in den Chronikerprogrammen erfolgt eine sogenannte Kompetenzaufteilung, also dass eben die Tätigkeiten klar definiert und schriftlich aufgeteilt sind ähm. Was finden Sie sind Stärken oder was ist gut an so aner klar definierten Kompetenzaufteilung?"</p> <p><b>A3:</b> "Najo i glaub, es können eben Aufgaben ausgelagert werden. Es muss ned alles am, am, die Arz... der Arzt oder die Ärztin durchführen, es werden auch die anderen Berufsgruppen eben proaktiv in die Betreuung miteinbezogen, arbeiten im besten Fall auch ähm selbstständig, also nicht nur auf auf Zuruf, dass ma sagt, du machst jetzt des und du misst jetzt Blutdruck, sondern es wird auch für die Mitarbeiterinnen in den gewissen Berufsgruppen, glaube ich ähm ... ja lustiger, weil eigenverantwortliches Handeln anfoch Spaß macht und gut is und und es sinnvoll is, wenn sich auch die anderen Berufsgruppen verantwortlich fühlen und äh klar definierte Arbeits, ja, Aufgaben haben."</p> <p><b>A3:</b> "[...] I find's ah sehr positiv, auch wenn die DGKPs ... also es ja in der Ordination sind sie ja angestellt normalerweise, also da is des ja mehr so ein ... Chef, Chefin, Angestelltenverhältnis und i glaub, wenn, wenn Kompetenzen übertragen werden ... also, wenn ma sogt, des is dein, dein Bereich, da kenn i mi gar ned aus so genau, da pfusch ich dir ned rein, du machst was, was du weißt und gelernt hast was zu tun is dann stärkt es einfach auch die, die Mitarbeiter. Ich find des, also ich seh des als sehr positiv, wenn Kompetenzen auch übertragen werden, weil ma auch von dem Anderen profitieren kann und sonst, wenn's immer nur, wenn ein Arbeiten auf freien Anweisungen oder Zuruf passiert und keine, ned, nicht proaktiv von den DGKPs zum Beispiel auch gearbeitet wird, dann ja, bleibt halt immer die ganze Verantwortung auch bei der, bei der Ärztin oder beim Arzt."</p> <p>I: "Mhm also es is eine Verantwortlichkeitsaufteilung sozusagen und und auch eine eben Kompetenzaufteilung?"</p> <p><b>A3:</b> "Ja und eine Stärkung glaub ich von beiden Berufsgruppen dadurch."</p>	<p>Durch eine Kompetenzaufteilung liegt die Verantwortung nicht mehr ausschließlich bei den Ärztinnen und Ärzten, sondern wird aufgeteilt.</p> <p>Eine Kompetenzaufteilung stärkt die beteiligten Berufsgruppen in ihrem Handeln.</p> <p>Selbstständiges bzw. eigenverantwortliches Handeln bereitet Freude und ist sinnvoll.</p> <p>Eine Kompetenzaufteilung fördert und stärkt auch das Miteinander der Berufsgruppen in einer Ordination.</p>
	Schwächen/Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung	<p>I: "Gibt's auch irgendwöche Schwächen oder Herausforderungen, de si durch so a Kompetenzaufteilung ergeben?"</p> <p><b>A3:</b> "Jo i glaub manchmal ähm, wenn's dann nur mehr drum geht irgendwelche Checklisten abuarbeiten und Dinge einzutragen, i mein des is ja, is leider meiner Meinung noch grad im Pflegebereich, des kennt ma ja im Krankenhaus bei aner Aufnahme werden hunderttausende Dinge erhoben für des Pflegeprotokoll, wo manchmal die Sinnhaftigkeit dann ned ganz so da... also es is gut, Dinge zu erheben, aber die Frage is nur was wird dann mit diesen Daten gemacht? Werden die Daten nur gesammelt oder werden diese Daten irgendwo weitergeleitet und verknüpft und wird da Konsequenz darausgezogen oder macht ma anfoch nur eine Checklisten-Abarbeitung, damit ma des gemacht hat? Und des würd ich als Problem sehen, dass jetzt die DGKP zum Beispiel meint, glaubt sie muss äh diese fünf Zettel unbedingt jedes Mal ausfüllen, wenn der Patient kommt und für den Patient is des aber, hat's ka Konsequenz oder ka Benefit oder auch medizinisch hat's eigentlich ka Konsequenz, des würd ich als Gefahr sehen."</p> <p>I: "Also würden Se si, versteh i des so richtig, Sie würden si also mehr wünschen, dass mehr mit Hausverstand donn die die Checklisten abarbeiten, wo's wirklich notwendig is und wos ned."</p> <p><b>A3:</b> "Jo, also des is, dass die ned, dass die Datensammlung nicht ausartet in dem Sinne bei bei Checkups, sondern dass es mehr um patientenzentrierte Dinge geht. Eben zum Beispiel werden die Medikamente eingenommen, wenn ja, warum nicht oder welche anderen Probleme gibt's für den Patienten, den daran hindern, die Gesundheitsziele zu erreichen und jetzt ned immer nur irgendwelche Daten abzufragen, die dann ... Also die Frage is immer, wenn Dat..., wenn Datenerhebung, dann mit welcher Konsequenz?"</p> <p>I: "Also Se würden si also mehr a flexibleren Zugang wünschen und ned eben pflichtmäßig die</p>	<p>Bei einer Kompetenzaufteilung besteht die Gefahr, dass das Gesundheitspersonal bei jeder Kontrolluntersuchung die gesamte Aufgabenliste starr abarbeitet ohne flexibel patientenzentriert nur auf die aktuellen Bedürfnisse einzugehen. Hierdurch kann es zu einem zeitaufwendigen Datensammeln ohne Sinnhaftigkeit bzw. ohne Konsequenz für die Therapie kommen.</p>

	<p>Abarbeitung der Aufgaben?"</p> <p><b>A3:</b> "Nicht zu stark, genau und vor allem nicht zu viele Parameter, die dann pflichtmäßig starr bei jedem Mal geprüft werden müssen."</p>	
Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme	<p><b>I:</b> "Mhm. Hat sich Ihr Aufgabenbereich verändert durch die Chronikerprogramme?"</p> <p><b>A3:</b> "Mhm ... Jein, eigentlich nicht, also nur insofern, dass ma ahm längere Aufklärungsgespräche ... teilweise sich einfach besser verlassen kann, dass des durch die DGKP dann durchgeführt wird, also dass Erklärungen über des Programm zum Beispiel und wozu des dient und wie da der Ablauf is, dass des einfach ahm outgesourced wird. Des is angenehm, weil wenn wenn wenn diese Aufgabenbereiche nicht klar verteilt sind, dann muss ma davon ausgehen, wenn ma's selbst nicht macht, dann dann wird's vielleicht gar ned erklärt und der Patient hot keine Ahnung, wos des jetzt bedeutet und durch diese strukturierten Gespräche, die eben von den DGKPs geführt werden, is klar was abgedeckt is."</p>	Jein, eigentlich keine Veränderung des ärztlichen Aufgabenbereichs, nur insofern, dass die langen Aufklärungsgespräche durch die klare Aufgabenaufteilung von der Pflege verlässlich übernommen werden.
Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung	<p><b>I:</b> "Okay ok würden Sie no wos ahm an der an der, also würden Sie no was ändern an den Aufgabenbereichen der DGKPs und der Ärztinnen und der Ärzte in den Chronikerprogrammen?"</p> <p><b>A3:</b> "Mhm ... na, i glaub, des is eigentlich schon ganz gut, ganz gut aufgeteilt, des is halt sehr individuell, also wie ma des dann ... i glaub auch von Programm zu Programm etwas individuell, des kann ma vielleicht ned so pauschal sagen, aber prinzipiell find i die Aufteilung zwischen den Berufsgruppen sinnvoll und gut."</p>	Keine Verbesserungswünsche. Die Aufgabenaufteilung wird als sinnvoll und gut erachtet.
Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme	<p><b>I:</b> "Okay und hot sich durch die Chronikerprogramme eine Veränderung in Ihrer Arbeitsauslastung ergeben."</p> <p><b>A3:</b> "Ja, es hat natürlich diese Gespräche ver ... verbess. ... also verringert für mich und dadurch verbessert jo."</p> <p><b>I:</b> "Also send Sie durch die ... würden Sie sagen, Sie send entlastet worden durch die Chronikerprogramme?"</p> <p><b>A3:</b> "Jein, also es is auch, es is ja auch zusätzlich administrativer Aufwand und ähm ja, es is immer ... entlastet is vielleicht zu viel gesagt, aber es is a Strukturierung, die sinnvoll is. Also i glaub, dass des einfoch ähm ... teilweise vielleicht auch eine Mehrarbeit is vor allem am Anfang in der Etablierung der Programme, die sich aber über die Jahre wahrscheinlich rechnet und vor allem, indem ma ahm Komplikationen eher vermeidet und es is anfoch wahrscheinlich ein bissl so ein Präventions-Bias. Ma merkt dann gar ned, was ma sich erspart dadurch, dass ma im Vorfeld schon, dass gefährdete Patienten gut selektioniert, ja. Die Arbeit an sich, glaub i, wird dadurch nicht weniger unbedingt, weil vor allem auch die DGKPs, die muss ma ja auch, also des is ja sehr viel Aufwand für die DGKPs, die muss ma ja dann auch wieder abziehen von der sonstigen Arbeit oder aufstocken und mehr Pflegekräfte ähm haben dafür, wenn ma des so genau macht."</p> <p><b>I:</b> "Also würd i des donn so richtig verstehen, es wird ned weniger Arbeit, es wird nur a andere Arbeit."</p> <p><b>A3:</b> "Genau ja und strukturierter und äh es wird, es geht weniger von der also Akut-Medizin zur Prävention hin."</p>	<p>Die Übernahme der Gespräche durch die Pflege hat die ärztliche Arbeitsauslastung einerseits verringert, jedoch ist auch administrativer Aufwand durch die Chronikerprogramme hinzugekommen, sodass gesamtheitlich derzeit keine ärztliche Entlastung erfolgt. Die ärztliche Arbeit ist somit nicht weniger geworden, sondern hat sich lediglich verändert.</p> <p>Vor allem initial stellt die Etablierung der Programme in einer Ordination eine Mehrarbeit dar.</p> <p>Langfristig wird von ärztlicher Seite vermutet, dass die Arbeitsauslastung durch die Verhinderung von Komplikationen verringert wird, indem man Risikogruppen frühzeitig durch die Chronikerprogramme selektioniert und behandelt.</p>
Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen	<p><b>I:</b> "Okay okay und gefällt Ihnen die Arbeit in den Chronikerprogrammen?"</p> <p><b>A3:</b> "Ja"</p>	Gefällt die Arbeit in den Chronikerprogrammen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit	Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit	I: "Ok ok ähm jo die Basis von so aner Kompetenzaufteilung is ja diese interprofessionelle Zusammenarbeit, also die Zusammenarbeit berufsgruppenübergreifend, in dem Foll hold jetzt DGKPs und Ärztinnen und Ärzte. Was finden Sie san Stärken von so einer interprofessionellen Zusammenarbeit?" A3: "Ahm i find, dass beide Berufsgruppen jeweilig ah a bissl andere Sichtweisen und Aspekte einbringen, auf die, die, des Krankheitsbild, als Sicht auf die Patienten. [...]"	Interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht einen ganzheitlichen Blick auf die Patientin oder den Patienten. Jede Berufsgruppe hat eine andere Sichtweise.
	Schwächen/Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit	I: "Okay okay und gibt's auch irgendwelche Schwächen oder Hindernisse, die Sie do sehen in so einer berufsübergreifenden Zusammenarbeit?" A3: "Mhm ... na eigentlich ned. Also wenn des Ziel klar definiert is wieder, wenn's jetzt nicht nur drum geht, dass die eine macht ihre ihr Süppchen und macht und füllt ihre Tabellen aus und a ander, die andere macht ihre anderen Sachen, also es sollt schon eine Zusammenarbeit und ein Austausch sein und des Ziel sollte klar definiert sein, a gemeinsames Ziel und zwar Patientenwohl."	Grundsätzlich werden keine Schwächen einer interprofessionellen Zusammenarbeit gesehen. Voraussetzung für eine interprofessionelle Zusammenarbeit ist jedoch eine gute Zusammenarbeit, sowie Kommunikation und als gemeinsames Ziel sollte das Patientenwohl definiert sein.
	Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme	I: "[...] Okay okay und hat sich durch die Chronikerprogramme für Sie a Veränderungen in dieser interprofessionellen Zusammenarbeit ergeben?" A3: "Ja wie sagt, durch die mehr Eigenverantwortlichkeit und durch die ähm Kompetenzverteilung schon ja."	Durch die Kompetenzaufteilung und das dadurch bedingte eigenverantwortlichere Arbeiten der Berufsgruppen hat sich durch die Chronikerprogramme eine Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit ergeben.
	Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit	I: "Mhm, mhm und gibt's da in den Chronikerprogrammen nu a Verbesserungspotenzial bei dieser interprofessionellen Zusammenarbeit?" A3: "Na i glaub, des is schon a bissl die Aufgabe der einzelnen ähm Ordinationen oder PVEs wie ma diese Zusammenarbeit verbessern kann. Also i glaub, des is jetzt nicht, muss ned unbedingt durch die Chronikerprogramme an sich vorgegeben werden."	Mögliche Verbesserungen hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit sollten PVE- bzw. Ordinationsintern gelöst werden und sind nicht zwingendermaßen durch die Chronikerprogramme per se vorzugeben.
	Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team	I: "Okay und wie zufrieden send Sie mit der Kommunikation in Ihrem Team?" A3: "Sehr zufrieden." I: "Ok also wie wie erfolgt so die Kommunikation bei bei Ihnen?" A3: "[...] Wir haben einmal in der Woche ah ähm a Ordinations-Mitarbeitergespräch, also Teamsitzungen, wo wir uns auch austausche. Ahm jetzt nicht genau immer über die Chronikerprogramme, aber des wär sicher auch was, was ma in Zukunft etablieren könnten, dass ma regelmäßige Chroniker ... also Austausch über diese Chronikerprogramme auch haben mit den DGKP. [...]" I: "Also denken Sie, dass es sinnvoll wäre separate Gruppengespräche eben zu machen, also Teambesprechungen für die Chronikerprogramme?" A3: "Ja, glaub i schon jo."	Hohe Zufriedenheit mit der Kommunikation innerhalb des Teams in dieser PVE. Einmal pro Woche erfolgt in dieser PVE eine Teambesprechung für jegliche anfallenden Thematiken in der Ordination. Für die Zukunft wären noch separate Teammeetings speziell für die Chronikerprogramme sinnvoll.
Administrativer Aufwand	Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands	I: "Okay okay ja gut, dann noch ein anderes Thema. Wie empfinden sie den administrativen Aufwand in den Chronikerprogrammen?" A3: "Ja eben zum Teil zu hoch. Es es kommt immer drauf an, eben mit welchem Ziel dann diese Daten gesammelt werden und mit was, was, was die Konsequenz dieser Daten, i glaub des hab i scho alles gesagt. Des kann i so übernehmen, dass ich mir einfach denk, wenn Daten gesammelt werden, dann sollte klar sein, wofür. Und es sollte auch mit diesen Daten etwas gemacht werden und nicht nur gesammelt um des Sammelns-Willen."	Teilweise zu hoher administrativer Aufwand, aufgrund der Erhebung großer Datenmengen ohne weitere Verarbeitung dieser Daten und somit ohne eine weitere Konsequenz daraus zu ziehen.

<p>Wie erfolgt die Dokumentation</p>	<p>I: "Und wie erfolgt bei ihnen in dem PV, in ihrer PVE jetzt die Dokumentation? Per Papier oder elektronisch?"  <b>A3:</b> "Teils, teils, also zum Teil elektronisch und zum Teil noch auf Papier."  I: "Okay also dann is dieses elektronische System, des sie donn hoben, ein internes System, was sie ... oder wie?"  <b>A3:</b> "Jo [lacht] wieder außer DMP. DMP is ähm schon im Programm, also Therapie-Aktiv is im im Programm integriert und die anderen sind teilweise anfoch über Excel Tabellen. [...]"  I: "Also jetzt für die Chronikerprogramme im engeren Sinne nehmen Sie also Excel Tabellen selbstgenerierte und diese Dokumentationsbögen?"  <b>A3:</b> "Mhm (zustimmend)"</p>	<p>Derzeit teilweise Dokumentation mit den Papierbögen, teilweise mittels Excel Listen.</p>
<p>Stärken und Schwächen der angewendeten Dokumentationsform</p>	<p>I: "Okay und sind diese Dokumentationsbögen ... wie, wie geht's Ihnen damit? Also obgesehen davon, dass des jetzt ned elektronisch is, wie sind die so aufgebaut für Sie?"  <b>A3:</b> "Mhm, jo eben teilweise zu viele Details, zu viele, zu viele Datenerhebungen, wo i ned unbedingt den Sinn dahinter sehe."  [...]  I: "Okay also des heißt, es werden zu viele, also nicht notwendige Daten gesammelt und es is auch momentan nur reine Datenerhebung ohne Konsequenz."  <b>A3:</b> "Genau, genau."  I: "Ok, und Sie würden si wünschen, dass des elektronisch wird für alle PVEs-übergreifend."  <b>A3:</b> "Mhm (zustimmend)."    <b>A3:</b> "[...] Also anfoch am Computer, aber auch zum Teil auf äh Papierzettel und in Mappen und diese Mehrgleisigkeit und jeder macht, wie, also was er will, des find i anfoch ned sinnvoll. I find's a ned sinnvoll, dass jede PVE ein eigenes ähm .. Programm programmiert, also des find i eigentlich a bissl absurd die Vorstellung. Deswegen machen wir des auch auf Papier momentan, weil so viele und um so viele Patienten handelt's si dann doch ned und i find schon, dass des etwas is, was äh die ÖGK oder da Gesundheitsfonds oder wer auch immer durchführen sollte."</p>	<p>Mehrgleisige Dokumentation (Papier, Computer) und kein einheitliches digitales Dokumentationsprogramm für alle PVE wird als negativ bzw. nicht sinnvoll empfunden.</p> <p>Derzeit werden in den Dokumentationsbögen zu viele Daten erhoben, die teilweise als nicht-notwendig empfunden werden und aus denen in weiterer Folge keine Konsequenzen gezogen werden.</p>
<p>Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration</p>	<p>I: "Mhm, mhm und obgesehen von dieser Datensammlung gibt es so irgendwöche administrativen ahm Herausforderungen?"  <b>A3:</b> "Ja, es sollt elektronisch etabliert ... also es sollte ein gemeinsames ... es sollte die Möglichkeit geben, dass im im Ordinationsprogramm elektronisch weiter zu schicken. Also bis jetzt macht jedes PVE ihr, die eigenen Programme teilweise auf Papier, teilweise im Computer, aber es gibt kein Programm, des vorgegeben wird vom Gesundheitsfonds zum Beispiel, das idealerweise im Programm selbst, das wir in der Ordination verwenden, auch integriert is. Also des wäre schon sehr, sehr sinnvoll, wo ma des dann auch elektronisch übermitteln kann zum Beispiel diese Daten."    I: "Und gäbe es sonst no irgendwöche Verbesserungswünsche hinsichtlich Administration, de sie hätten?"  <b>A3:</b> "Ja, elektronische Übertragung also und und Integration ins, ins, ins jeweilige Ordinationssystem. I weiß des is ned so leicht zu machen, nachdem jedes PVE ja auch ein eigenes Programm hat und des niemand ändern will, aber zumindest die ... sollte evaluiert werden, ob des nicht möglich is."</p>	<p>Mehrgleisige Dokumentation (Papier, Computer) und kein einheitliches Dokumentationsprogramm für alle PVEs wird als negativ bzw. nicht sinnvoll empfunden. Die Lösungsfindung hierfür sollte von Seiten der ÖGK oder des Gesundheitsfonds ausgehen. Wünschenswert wäre ein für alle PVEs einheitliches digitales Programm, das in das ordinationsinterne Programm integrierbar ist und von dem aus die Daten direkt zur weiteren Verarbeitung weitergeschickt werden können.</p>

<b>Alltagstauglichkeit Chronikerprogramme</b>	Sind die Chronikerprogramme praktikabel/alltagstauglich	<p>I: "Ok ok. Finden Sie, dass die Chronikerprogramme praktikabel beziehungsweise alltagstauglich sind?"</p> <p>A3: "Ja."</p> <p>A3: "[...] Des Programm is so bissl übertragen worden noch Österreich und und die Konsequenz, wie wir des in unsere Arbeit wirklich integrieren können, die fehlt halt teilweise bei den Programmen. [...]"</p>	Prinzipiell Ja. Derzeit fehlen jedoch noch gewisse Adaptionen des übernommenen slowenischen Systems ans österreichische Primärversorgungssystem, um die Chronikerprogramme optimal in den Alltag integrierbar zu machen.
	Begründung zur Einschätzung der Alltagstauglichkeit	<p>I: "Und warum denken Sie so?"</p> <p>A3: "Ja, weil i glaub, dass ma sie sehr gut in den Ordinations-Alltag integrieren kann, wenn ma eben entsprechende Ressourcen auch bekommt. Also des is natürlich sehr wichtig, dass ma, dass es da eine Finanzierung auch dafür gibt oder oder eine Honorierung [...]"</p>	Sofern eine Honorierung bzw. Finanzierung der Chronikerprogramme erfolgt, werden sie als gut integrierbar in den Ordinationsalltag empfunden.
	Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit	<p>A3: "[...] Also des is natürlich sehr wichtig, dass ma, dass es da eine Finanzierung auch dafür gibt oder oder eine Honorierung, also des is wie schon am Beginn erwähnt, glaub i schon wichtig, dass ma, wenn ma des vor allem ausweiten will, auch auch auf Nicht-PVEs, die jo keine Förderung bekommen, dann muss ma des in irgendeiner Form honorieren, weil warum sollte es sonst ahm eine Ärztin oder einen Arzt in ihrer Ordination machen, eine DGKP abstellen dafür um dieses strukturierte Interview und die Untersuchung zu machen und und die Patienten proaktiv einzuladen zu Kontrolluntersuchungen, des alle .... is natürlich schön, wenn mas macht, aber i glaub, es is für viele ... is schon auch eine eine Honorierung des Ganzen notwendig und äh i find auch eine qualitative ... also es sollte auch mit Qualitätsmarkern verknüpft werden, dass ma sagt, wenn ma gewisse Benchmarks erzielt oder gewisse gewisse Zahlen erreicht oder Ziele für die Patienten erreicht, also eine, durch eine gute Betreuung Komplikationen verhindern, sog i jetzt amal, sollte des auch wieder in irgendeiner Form honoriert werden oder zumindest bemerkt werden [lacht], indem die Zahlen ausgewertet werden und und ma dann sieht, ok, wir hoben, wir hoben do gut gearbeitet, i glaub des is halt a a wichtige Motivation auch für die verschiedenen Berufsgruppen, wenn ma da dann Auswertungen zurückkriegt und erfährt super, wir haben des gut gemacht."</p> <p>I: "Okay also Sie würden sich sozusagen auch so eine Rückmeldesystem eben wünschen?"</p> <p>A3: "Mhm mhm (zustimmend)"</p> <p>I: "Okay und a a leistungsgebundene Honorierung?"</p> <p>A3: "Zum Beispiel Ja. Mhm, Mhm (zustimmend)."</p> <p>A3: "[...] Des sollte wirklich mit konkreten Handlungsanleitungen verbunden sein und auch mit einer Honorierung, also man sollt was davon haben, entweder durch Aufstockung der der Förderung zum Beispiel ähm Sturz-Präventionskurse oder ahm 24 Stunden Blutdruckmessungen, dass ma do mehr bezahlt kriegt oder oder a anfoch Positionen, wenn ma sagt, ma hält diese Kontrolluntersuchungen ein, dass ma dann ähm an monetären Ausgleich dafür kriegt, weil ma macht sich in, in, durch diese Untersuchungen und wenn ma Patienten da drin hat, macht ma si natürlich mehr Arbeit in erster Linie mal durch diese Untersuchungen und ma braucht auch eine DGKP, die sehr vü Zeit dafür aufwendet und irgendwie muss ma do was davon haben. Entweder muss der Patient was davon haben oder ma muss irgendwie sehen, des bringt was für, für des PVE eben an Förderung oder an Kursen, die ma anbieten kann. [...]"</p> <p>A3: "[...] Also es is schön und gu ... es is sicher gut, dass man die Patienten, die Chroniker identifiziert und proaktiv ähm zu Kontrollen einlädt und mit ihnen auch über ihre Erkrankung spricht und, und des is total super, aber es sollte nicht nur den Zweck haben Daten zu sammeln und Tabellen auszufüllen und die dann zu übermitteln, ohne dass ma weiß, was damit passiert."</p>	<p>Honorierung bzw. Finanzierung der Chronikerprogramme wird als notwendig erachtet. Außerdem sollte die Honorierung bzw. Finanzierung leistungsgebunden, sowie qualitätsabhängig anhand bestimmter Benchmarks erfolgen.</p> <p>Eine Honorierung ist erforderlich, da die Durchführung der Chronikerprogramme zeitaufwendig ist und zusätzliches verfügbares Pflegepersonal erfordert. Eine Finanzierung ist notwendig, um bestimmte diagnostische, sowie präventive Leistungen in den Chronikerprogrammen anbieten zu können. Beispielsweise sollten mehr Sturzpräventionskurse oder 24-Stunden-Blutdruckmessungen für die Chronikerprogramme angeboten werden.</p> <p>Wünschenswerte wäre eine Auswertung der erhobenen Daten, um in Sinne eines Qualitätsmanagements den Berufsgruppen eine Rückmeldung über die Qualität der erbrachten Betreuung zu liefern. Dieses Feedback würde als wichtige Arbeitsmotivation erachtet werden. Ein reines Datensammeln ohne weitere therapeutische Konsequenz sollte vermieden werden.</p>

	<p>I: "Oder ... okay und gäbe es sunst nu etwas, wos ma, wos ma mochen müsste, um die Chronikerprogramme am besten in den Alltag integrierbar zu machen?"</p> <p>A3: "Eben wie gsogt, also schnelle ... es muss, es darf nicht zu aus ... ausgedehnt sein, dieses Ganze. Ma kann sagen ok die Jahresuntersuchung, die dauert länger, aber die anderen Kontrolluntersuchungen, des muss auch schnell im Alltag etablierbar sein. Also i glaub, es is unrealistisch zu glauben, dass ma dann für alle Patienten bei jedem Termin eine halbe Stunde Zeit hat, um a Gespräch zu führen mit der DGKP. Also dann, dann muss ma ... Massen an DGKPs beschäftigen [lacht] und anstellen, die sich nur um darum kümmern. Und des is a die Frage dann mit welcher Konsequenz, also wie is dann die verknüpf ... also die ver ... wos bringt's für den Patienten, wos ändert's oder reicht nicht eine kurze Intervention, wo ma dann ahm kurz im Programme anklickt, ma hat über ... diese drei Punkte gesprochen, es is olles in Ordnung, ma schickt es ab und damit is die, is die Kontrolle erledigt."</p> <p>I: "Mhm also wöchen zeitlichen Faktor würden Sie sich vorstellen, wos praktikabel wär für solche Kontrolluntersuchungen oder Erstuntersuchungen?"</p> <p>A3: "Also i würd sagen, Erstuntersuchungen halbe Stunde und Kontrolluntersuchungen zehn Minuten, Viertelstund."</p> <p>[...]</p> <p>A3: "[...] Also i glaub es is eher so, wenn ma's ähm genau so nach Strich und Faden macht, dann braucht ma länger als a Viertelstund und des is aba anfoch ned, nicht so praktikabel in aner großen Ordination, wo anfoch sehr vü los is."</p>	<p>Die Dauer der Erst- bzw. Kontrolluntersuchungen sollte in einem realistischen Rahmen bleiben, um die Chronikerprogramme im Alltag integrierbar zu machen. Derzeit würde die exakte Durchführung der Untersuchungen streng nach Plan zu lange dauern. Als realistisch würde für eine Erstuntersuchung 30 Minuten und für eine Kontrolluntersuchung 10-15 Minuten erachtet werden.</p>
	<p>A3: "[...] Nur damit ma Daten sammelt und dann die Patienten dort drinnen hat und es hot eigentlich sonst ka Konsequenz medizinisch, des halt i ned für für sinnvoll und i glaub, da kann ma si eben sehr gut am Therapie-Aktiv Programm ahm auch orientieren."</p> <p>I: "Also des wär für Sie so wirklich des Optimum Programm, wo woran ma si optimieren kann."</p> <p>A3: "Natürlich könnt ma des auch noch verbessern, aber des wär schon mal, wo ma sagt, ma kriegt eine Honorierung dafür, dass ma die Patienten einschleust und wenn ma sie monatlich oder quartalsmäßig untersucht, kann ma diese Position quartalsmäßig verrechnen und zusätzlich kann ma den Patienten Schulungsmöglichkeiten anbieten, wo sie dann auch noch also etw ... also Blutzucker-Teststreifen von der ÖGK bekommen, wenn sie einer Schulung teilgenommen haben und sind dadurch anfoch vü besser an Board in der ganzen Erkrankung. Und i glaub, wenn ma des versucht auf die anderen DMPs auch a bissl umzulegen, was kann ma da, was kann ma übernehmen? Welche Untersuchungen mochen Sinn oder welche Anreize machen Sinn? Des wär einfach sicher sinnvoller als die Programme weiter auf zu, zu blasen und mehr Daten zu sammeln, mit denen kann ma auch was anfangen [lacht]."</p>	<p>Therapie-Aktiv ist ein DMP, bei dem man sich bezüglich der Chronikerprogramme orientieren kann.</p>

**Tabelle 37: Interviewtranskription A3**

## 6.4.4 Interviewtranskription A4

	Unterkategorie	Zitat	Zusammenfassung
Strukturierte Betreuung	Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten	<p>I: "[...] Stellt des für Sie a Veränderung zu Ihrem bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten dar?"</p> <p>A4: "Ähm...naja...prinzipiell haben wir vorher ... also zum Beispiel andere Chronikerprogramme wie Therapie-Aktiv, was sehr oft überschneidend is zum Beispiel mit der Hypertonie oder mit am auch mit am COPD, also was äh ... oft haben ja äh, sagt ja schon, multimorbide Patienten, viele (lacht) ... viele Erkrankungen, da hama schon so strukturiert gehabt, ansonsten war's natürlich net so. Haben wir quasi bei allen Patienten haben wir immer die jährliche Erinnerung gehabt, aber...so strukturiert hab ma's quasi nicht ghabt. Also prinzipiell hama scho die Patienten zu Kontrolltermine auch eingeladen. Mhm."</p> <p>I: "Ok, also auch unabhängig von Therapie-Aktiv hobn Sie sie speziell im Fall..."</p> <p>A4: "Ja genau. Also diese, diese Leute, die jetzt ahm, weil wir des sowieso immer schon gma...also regelmäßig die Vorsorgeuntersuchungen gmacht haben und da hama quasi die, was jetzt wirklich, also do red i jetzt net von Zwanzigjährigen, sondern die halt jetzt wirklich also einige Erkrankungen ghabt haben, gschaut haben, dass ma sie wirklich jedes Jahr dann erinnern dran. Aber es is wahrscheinlich weniger oft, als des jetzt beim Chroniker...obwohl bei Hypertonie is a nur amol im Joah die Reinbestellung ..."</p>	Jain, teilweise Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten. Kontrollen von vor allem multimorbiden Patientinnen und Patienten, beispielsweise im Rahmen von Therapie-Aktiv, wurden in dieser PVE bereits durchgeführt. Die Chronikerprogramme haben jedoch hinsichtlich der Betreuung für mehr Struktur und für mehr Regelmäßigkeit gesorgt.
	Stärken einer strukturierten Betreuung	<p>I: "Ok, und was finden Sie Stärken oder was finden Sie gut an so ana strukturierten Betreuung?"</p> <p>A4: "Ahm, die strukturiert...find is...also die strukturierte Betreuung find i eben gut, dass weniger Leute irgendwie ahm...vergessen werden / können. Also die, die sich selber net so gut kümmern, um Kontroll...um Kontrolluntersuchungen, dass ma auch bessere Zahlen und an besseren Überblick hat...wievil Pat...Patienten mit wie vielen, mit welcher Erkrankung im ahm PVE hat... [...]"</p>	<p>Gesundheitspersonal vergisst weniger auf die Betreuung von Patientinnen und Patienten</p> <p>Patientinnen und Patienten vergessen weniger auf die Betreuung ihrer Krankheit(en).</p> <p>Die Pflege übernimmt mehr Verantwortung</p>
		<p>I: "Und dann hob i no kurz a Frage zu vorhin, weil sie gsogt hobn, dass die Patienten weniger vergessen werden, meinen Sie, dass die...dies Gesundheitspersonal weniger auf die Patienten vergisst oder dass die Patienten selbst weniger vergessen zum Arzt zu gehen?"</p> <p>A4: "Ähm, ja beides, beides, aber in erster Linie hab ich's bezogen auf des Gesundheitspersonal und eben auch diese Einbeziehung quasi von der Pflege, dass es da einfach mehr...mehr ahm...ahm ja Anknüpfungspunkte gibt und und mehr auch Verantwortung bissl übertragen werden kann. [...]"</p>	
Schwächen/Herausforderungen einer strukturierten Betreuung	<p>A4: "[...]...und Nachteil an diesem strukturierten vor allem Wiederher...hereinbestellsystem find i jetzt eigentlich gar keinen, [...]"</p> <p>[...]</p> <p>A4: "[...] ...ahm und wir hoben des a erst lernen müssen, dass ma des a bissi quasi auch anpassen, adaptieren an uns und dass äh net ganz streng jeden Punkt abhaken kann, genau sonst würd ma wahnsinnig ... und es is ja a net immer unbedingt notwendig, weil gibt ja auch viele Leute, die sind ähm, hobn a COPD und sind beim Lungenfacharzt, also da muss ma aufpassen, dass ma da kane Doppelbetreuungen anfoch mocht.""</p>	<p>Ausschließlich positive Meinung hinsichtlich strukturierter Betreuung.</p> <p>Anfänglich herausfordernd die Betreuungsschemen an den praktischen Alltag anzupassen.</p> <p>Teilweise Vorsicht geboten keine Doppelbetreuungen zu machen, wenn Patientinnen und Patienten bereits durch Fachärztinnen und Fachärzte betreut werden.</p>	

Verbesserungen bezüglich strukturierter Betreuung	<p><b>A4:</b> "[...] Es is halt nur so, dass wir halt sehen, dass zum Beispiel so im Therapie-Aktiv wo man natürlich mit ab, i weiß des ghört da jetz net dazu, aber des seh i trotzdem als sehr positives Beispiel für so a Chronikerprogramm (lacht), weils sehr sehr einfach is und ahm i find, dass die anderen teilweise a bissl sehr komplex san...a bissl viel is und weil natürlich mit dem Therapie-Aktiv ma die Möglichkeit hat und i glaub des wär wirklich des Ziel des irgendwie zu zu implementieren, man hot an Verrechnungsposten, man kann, man sieht's bei der ÖGK, ma kriegt die Liste zugeschickt und i find, dass ma auch bei den Chronikerprogrammen dieses Service quasi oder die Unterstützung der Sozialversicherung bräuchte, so wie's beim Therapie-Aktiv der Fall is. Also man meldet die Leut an, und dann kriegen die auch Informationen und dann...ahm kriegen wir auch jedes Joah quasi die die oder jedes Quartal die Liste, bei wem is die Jahresuntersuchung ausständig und so weiter. Also da a bissl ah Bürokratie müsst ma abgeben, wal des is...wenn einfach, ja..."</p> <p>I: "Also bissal, wenn i des richtig verstehe, übergeordnetes Management für ok..."</p> <p><b>A4:</b> "Ja, würd i auf jeden Foll finden, ja."</p>	<p>Therapie-Aktiv ist ein positives Beispiel für ein DMP, weil es sehr einfach ist. Die Chronikerprogramme per se sind aktuell noch sehr komplex durchzuführen. Teilweise wäre eine Vereinfachung der Betreuungsalgorithmen von Nöten - zum Beispiel bei Osteoporose.</p> <p>Wünschenswert wäre, in Anlehnung an Therapie-Aktiv, eine entsprechende Honorierung zu erhalten.</p> <p>Um die Bürokratie zu verschlanken wäre es wünschenswert, in Anlehnung an Therapie-Aktiv, ein übergeordnetes Management zu schaffen. Es sollte eine Aufzeichnung aller Patientinnen und Patienten geben, anhand derer die PVEs quartalsweise Erinnerungslisten erhalten, bei wem die Kontrolluntersuchungen ausständig sind.</p>
	<p>I: "Ok, ok. Und wenn ich des noch aufgreifen kann, wos Sie vorhin gsogt hobn, dass es, dass Sie so viele Untersuchungen mochn, finden Sie, dass die äh, dass der Ablauf no amol überarbeitet gehört, von den Chronikerprogrammen?"</p> <p><b>A4:</b> "Ja, i glaub, dass manche Dinge a bissl ähm vereinfacht quasi gehören, grad bei der Osteoporose san, i weiß net, wiewüle Tests dabei, i...i glaub es is a bissl, bei manchen Programmen, dass a bissl umfangreicher ..."</p>	
	<p><b>A4:</b> "[...] des is grad find i grad kritisch bei der Depression, weil halt ahm wir sehr viel psychiatrische Patienten haben. [...] da is es für mi manchmal so, dass dieses...Gespräch bei der...bei den bei der Depression oder bei den, was i net, ganzen posttraumatischen Belastungsstörungen, wo i immer ... denk net, was i net, ob des so...was net, ob des so gut is im..."</p> <p>I: "Also ob des jetz für die..."</p> <p><b>A4:</b> "[...] des sollte net den Anspruch haben, dass des jetz a psychotherapeutisches Gespräch is, sondern ahm...wenn ma die Ausbildung net hat, sondern halt, was i net, wos des dann Informationsgespräch oder über die Krankheit und so weiter mehr is. Und i glaub, ja des is so des einzige wo i ma denk des is vielleicht, kann vielleicht a bissl a Schwäche sein. Aber des hängt ja dann auch wieder von den ausführenden Personen ab...mhm...wie sie des auslegen ja."</p> <p>[...]</p> <p>I: "Und was müsste man dann bei der Depressio mochn? "</p> <p><b>A4:</b> "Bei der Depression würd i des einfach...mein klar definieren dass es si um a a...Aufklärungs...also vielleicht um a Aufklärungsgespräch über die Erkrankung oder über wos es für a Koordination, Vermittlung von anderen Anlaufstellen oder so was handelt ... net um a Entlastungsgespräch oder sowas genau."</p>	<p>Die Gespräche beim Depressio Programm sollten nicht den Anspruch haben eines entlastenden psychotherapeutischen Gespräches. Stattdessen sollte es sich eher um ein Informationsgespräch bezüglich Anlaufstellen bzw. Koordination und um ein Aufklärungsgespräch über die Krankheit handeln - abhängig auch davon welcher Ausbildungsstand die ausführende Person aufweist.</p>
	<p><b>A4:</b> "[...] i finds halt äh schwierig, weil des ganze überhaupt net in unsrer Software implementiert is und des wieder irgenda extra Zettlwirtschaft is. Des find i eigentlich sehr sehr mühsam und a veraltetes Modell, weil alle anderen Sochn können wir auch automatisch mit unserem System ausschicken und diese Chronikerprogramme nicht. Mhm."</p> <p>I: "Und unabhängig von dem, gibt es sonst no irgendwelche Nachteile oder Herausforderungen, de si ergeben durch die strukturierte Betreuung?"</p> <p><b>A4:</b> "Ahm, ich glaub, dass es manchmal a bissl zu viel is, was was ahm erhoben werden muss und wo i dann überhaupt net was, wer von...wos moch ma eigentlich mit diesen...ahm mit diesen Daten, die do teilweise erhoben werden...[...]"</p>	<p>Chronikerprogramme sollten in die hausinterne Software integriert sein.</p> <p>Teilweise zu große Datenerhebung ohne sichtbaren Nutzen.</p>

		<p>I: Wie würden Sie si die Honorierung vorstellen? Was wär do Ihr Optimalfall? "</p> <p>A4: Ähm, ja i würd a des wirklich angelehnt an, an an des Therapie-Aktiv machen, also i glaub...in dem Sinn, dass man für die Ersteinschreibung mhm an an gewissen a bissl Mehrbetrag kriegt und dann halt pro Quartal den Patienten sein...muss ma vielleicht a abstufen, je nachdem wie aufwändig des Chronikerprogramm is [...]"</p>	Angelehnt an Therapie-Aktiv ein Mehrbetrag für die Ersteinschreibung und anschließend quartalsweise je nach Leistungsaufwand eine Honorierung pro Patientin bzw. pro Patient.
		<p>I: "Also wenn i das richtig versteh, Sie würden si wünschen dass die Daten a irgendwie an statistischen Nutzen haben oder..."</p> <p>A4: Ja schon, weil...mhm."</p> <p>I: "Oder wozu würden Sie gern die Daten..."</p> <p>A4: "Naja die Daten haben an statistischen Nutzen, damit i irgendwie sehen kann, bringt si des jetzt eigentlich irgendwas oder nicht oder sonst kann is nur vom Gefühl abhängig mochn, wenn i dann net wirklich genaue...genaue Zahlen dahinter hab. Kann ja net sagen, jo kummt mir vor, dass si des bringt, aber es wär scho spannend zu sehen, ob si's wirklich was bringt."</p>	Statistische Verwertung der erhobenen Daten zur Qualitäts- bzw. Erfolgskontrolle.
	Vorschläge selbst oder intern im Team einen Beitrag zu Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung zu leisten	<p>I: "Ok, ok. Und ähm Sie haben jo jetzt einige Verbesserungsmöglichkeiten genannt, sehen Sie irgend a Möglichkeit, dass Sie selbst oder im Team dazu an Beitrag leisten, oder mochen Sie do schon etwas?"</p> <p>A4: "[...] i glaub, dass es wichtig is, dass ma schon einige Zeit Berufserfahrung mitbringt in der ... i glaub, es steht und follt mit der Erfahrung der der Pflegekraft. Mhm und ahm wir haben uns aber mittlerweile sehr sehr gut eingespielt...und...habens auch für uns einfach bissl, bissl adaptiert, genau. So wir san Anfang auch a bissl auch, wir Ärztinnen, a bissl so puhh...wie ma vorher diesen, diesen, äh, diesen...(unverständliches Nuscheln) also do war ma a bissl angezipft, aber mittlerweile hat mas halt irgendwie eh schon, was ma immer wieder macht und a bi verinnerlicht, und dann is es irgendwie leichter, ja."</p> <p>I: "Also des heißt sozusagen, die gegenseitige Unterstützung in der Praxis um Erfahrungen auszutauschen und..."</p> <p>A4: "Ja, i glaub und...i glaub dass generell auch die Pflegekraft da auch erst reinkommen muss in diese Art von von Patientenbetreuung ja."</p>	Ausschlaggebend ist die Berufserfahrung der Pflege bzw. die gegenseitige Unterstützung in der Praxis zum Austausch von Erfahrungen und dass der Pflege Zeit gegeben wird in diese Art der Patientenbetreuung reinzukommen.
Patientenverhalten	Rekrutierung der Patientinnen und Patienten	<p>I: "[...] wie erfolgt bei Ihnen die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten in den Chronikerprogrammen, also zu den Chronikerprogrammen?"</p> <p>A4: "Ah, die Rekrutierung läuft einerseits über...ärztliche Visite und äh andererseits is es auch so, dass wir quasi schon im Anmeldungsbereich ahm, viele viele Leute auch so bei so, was i net, beim Blutdruck messen und so weiter auch ahm darauf ansprechen und einschreiben, genau ... oder, bei chronisch kranken Patienten hama sowieso so a Pflegeauf ... also wenn die jetzt das erst ... es geht immer leichter bei Patienten die neu kommen aber ahm hama sowieso so a Pflegeaufnahmegespräch sozusagen und da lasst sich's a scho ganz gut ... gut implementieren."</p> <p>I: "Also, erfolgt dann die Rekrutierung über Ärztinnen und Ärzte und DGKPs."</p> <p>A4: "Und Ordinationsassistenz."</p>	Rekrutierung erfolgt durch Ordi-Assistentinnen bzw. Ordiassistenten, bei der ärztlichen Visite und durch DGKPs - vor allem im Rahmen eines Pflegeaufnahmegesprächs bei neuen Patientinnen und Patienten.

Interesse zur Teilnahme an den Chronikerprogrammen	<p>I: "Ok, ok. Und wie sehen Sie des: San die Patienten interessiert teilzunehmen und woran erkennen Sie des?"</p> <p>A4: "Es is total ahm unterschiedlich, des kann i jetzt net pauschal sagen, aber ähm mittlerweile is es so, dass mhm, dass sich eben gewisse Programme total gut etabliert haben und dass eigentlich ahm...ahm des nimma so ah ... also i glaub unsre Patientinnen sinds jetzt afoch a scho so gwohnt, dass sie holt a bissl im Team betreut werden und dass net jeder Termin afoch a Arzttermin is, weil wir des ja auch beim Therapie-Aktiv so leben und wie gsagt diese Patientenkohorte überschneidet sich mit ah vielen anderen chronischen Erkrankungen jo so leben und es funktioniert eigentlich gut mittlerweile, des war mehr so am Anfang, dass des a bissl so Skepsis war, am Anfang der PVE allgemein, aber jetzt, das is ka Thema."</p>	<p>Anfängliche Skepsis, mittlerweile jedoch gute Akzeptanz. Mittlerweile sind Patientinnen und Patienten schon an die interprofessionelle Betreuung in der PVE gewohnt. Bedingt auch durch Therapie-Aktiv, bei dem sich das Patientengut oftmals mit jenem der Chronikerprogramme überschneidet.</p>
	<p>I: "Und warum glauben Sie sand, die äh Menschen jetzt offener do teilzunehmen?"</p> <p>A4: "I glaub weil des allgemein afoch schon ganz viele ahm ah Aufklärungsarbeit war und und und viel so ahm...Patientenaufklärung gebraucht hat, was a die DGKP gemacht."</p>	<p>Im Verlauf Steigerung des Interesses an den Chronikerprogrammen teilzunehmen aufgrund der vielen Aufklärungsarbeiten von Seiten der Pflege.</p>
Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele	<p>I: "Ok. Und ähm weil sie gsag haben monche Programme kommen mittlerweile sehr gut an, was welche Programme meinen Sie da oder welche Programme kommen eher net so gut an?"</p> <p>A4: "Ahm, naja die äh die Hypertonie das das funktioniert sehr gut ... dann...ahm Osteoporose, das geht a sehr gut ... COPD, Asthma eher weniger ... Depression...ja is jetzt a weniger ehrlich gsogt."</p> <p>I: "Ok, also hauptsächlich Hypertonie und ähm Osteoporose, also ok. "</p> <p>A4: "Und COPD und Asthma, mhm."</p> <p>I: "COPD und Asthma auch?"</p> <p>A4: "Ja des geht. San vü Leute die sogn, se san eh beim Lungenfacharzt, da is a bissl mühsam de zu rekrutieren."</p>	<p>Hypertonie und Osteoporose funktionieren gut. Depressio funktioniert eher weniger gut. Bei COPD und Asthma sind viele bereits bei Pulmologinnen oder Pulmologen in Betreuung.</p>
	<p>I: "Ok, und wenn die Patientinnen und Patienten dann amal involviert san in den Programmen, wie motiviert sind sie ihre Gesundheitsziele einzuhalten und wie erkennen Sie des?"</p> <p>A4: "Unterschiedlich (lacht). Unterschiedlich ja ... [...] des is mehr so steter Tropfen höhlt den Stein immer (lacht), des is leider net so schön im Bilderbuch, net so bilderbuchmäßig, wie man si des vorstellt, so wie des ideal wär...am idealen Patienten."</p> <p>I: "[...] wo is der Großteil der Patienten: Is da eher Motivation vorhanden oder eher nicht oder wie wie ko man des einschätzen?"</p> <p>A4: "Also die Leute, die dann wirklich regelmäßig gehen und und sich auch quasi ah aktiv vielleicht so zwischendurch Termine mit der Pflege immer glei ausmachen und so weiter, da funkio...also es is...oder teilweise dann ah bei der bei der Diätologin und so weiter sind, also de jetzt net direkt mitm Programm, aber weil halt quasi hm...jetz da um so gewisse Lifestyle Veränderungen geht, da geht's schon, aber die Leute die ma sowieso scho quasi zwingen muss und drei Mal anrufen muss, dass jetzt wieder Termin wäre ... da tut si net so wahnsinnig vieles des...ja"</p> <p>I: "Und äh ok. Aber wie wie viele.."</p> <p>A4: "Es hängt a bissl vom hm?"</p> <p>I: "Wie, wie, also san is der Großteil eher, dass sie zu den Terminen kommen oder is beim Großteil eher schwierig sie dazu..."</p> <p>A4: "Na der Großteil, der dann si einschreiben hat lassen kommt scho zu den Terminen, mhm."</p>	<p>Großteil der Patientinnen und Patienten kommen zu den Follow-Up Terminen. Jene Patientinnen und Patienten, die regelmäßig zu den Kontrollterminen kommen bzw. sich auch aktiv Kontrolltermine ausmachen, zeigen Motivation zur Einhaltung ihrer Gesundheitsziele.</p> <p>Bei jenen Patientinnen und Patienten, die sich trotz mehrmaligen Erinnerungsanrufen nur schwer motivieren lassen für die Kontrolltermine, können die Chronikerprogramme keine Verbesserung der Motivation zur Einhaltung der Gesundheitsziele erreichen.</p>

	Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Und bez...bezüglich der Adhärenz hot do die ... hot sich do a Veränderung ergeben, eben durch die Chronikerprogramme?"</p> <p>A4: "Die Chronikerprogramme ... Jo hot sich sicher zum positiven irgendwie verändert genau mhm."</p> <p>I: "Also größtenteils bei den Patienten hot sich die Adhärenz verbessert?"</p> <p>A4: "Also wie gsagt, die Leut, die's annehmen, da funktioniert's supra, aber es gibt leider halt auch viele dies halt net ... also da schaffst irgendwie so den ersten Termin und dann rufst nach und so weiter aber ja...es is halt leider so ... also so wirklich wo ma sagt, des is so in die breite Masse gegangen, so mit was i net, wie beim Therapie-Aktiv wo ma 150 Patienten oder so drinnen haben is es bei den Chronikerprogrammen halt einfach net."</p>	<p>Beim Großteil der Patientinnen und Patienten in dieser PVE keine Verbesserung in der Adhärenz.</p> <p>Bei jenen Patientinnen und Patienten, die offen gegenüber den Chronikerprogrammen sind, haben die Chronikerprogramme eine Adhärenzverbesserung erzielt.</p> <p>Chronikerprogramme erreichen die Masse noch nicht so wie vergleichsweise Therapie-Aktiv.</p>
	Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Ok, ja weil sies jetzt eh schon a bissal angesprochen haben ähm, hobn sie im Zuge der Chronikerprogramme a Veränderung in der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten bemerkt, also wenns eben drum geht, um's Treffen von gemeinsamen Entscheidungen oder Gesundheitsinformationen verstehen und anwenden?"</p> <p>A4: "Mhm...(lacht)...wow äh, schwierig weil, was net wie Sie wissen vielleicht, was ned in [Ort], glaub bei unsren letzten Patientenumfragen woan glaub i überhaupt nur um knapp zwanzig Prozent die Deutsch als Muttersprache ghabt haben, also des is afoch äh wir ham an ... sehr wir san afoch ... mit so Basic Problemen häufig beschäftigt ... wir hobn viel Armut, wir haben ahm viel Migration, wir haben...mhm...schlechte Gesundheitszustände und und und und ahm gonz a schlechte Gesundheitskompetenz, also...mhm...ja...unterschiedlich, kaun i so net pauschal beantworten. Des is total unterschiedlich also"</p> <p>I: "So, wenns des so betrachten würden, ob bei diesem Patientengut ob da die Chronikerprogramme was geholfen haben, hot des etwas bewirkt?"</p> <p>A4: "Ja, also wie gsagt. Des is sicher jetzt net der Großteil unsrer Patienten, sondern i würd des wirklich sagen, dass sind a paar. Wenn ma sagt des is scho gut genug, wenn man paar Leuten (?) verbessert, dann hats des auf jeden Fall gebracht. Wenn i jetzt sag, des hat jetzt a Verbesserung in der Masse gmacht, muss i sagen nein. Aber dafür is ja auch quasi unser frequenzbasiertes System in der Primärversorgung net wirklich geeignet (lacht)."</p>	<p>Beim Großteil der Patientinnen und Patienten in dieser PVE keine Verbesserung in der Patienteneigenverantwortung. Nur vereinzelt eine Verbesserung bemerkbar --&gt; denn: In dieser PVE haben ca. 20% der Patientinnen und Patienten Deutsch als Muttersprache. Patientengut in dieser PVE ist viel mit Armut, Migration, schlechten Gesundheitszuständen und schlechter Gesundheitskompetenz konfrontiert.</p>
Kompetenzaufteilung	Stärken einer Kompetenzaufteilung	<p>I: "[...] was finden Sie sind Stärken oder was is gut an so ana klar definierten schriftlichen Kompetenzaufteilung?"</p> <p>A4: "Na des find i...ah find i find i sehr sinnvoll ja, um einfach auch, glaub i, DGKPs haben oft relativ weniger Sicherheit wie wir, sie oft selber machen dürfen und sind dann sehr geneigt ganz viel quasi den ahm, nach meinen Beobachtungen, den Ärzten zurückzuspielen und das tut schon ganz gut da quasi sie auch in ihrem Selbstbewusstsein und ihren Kompetenzen so zu stärken als Berufsgruppe, mhm."</p>	<p>Verschafft den DGKPs mehr Sicherheit bzw. Selbstbewusstsein in ihrem Aufgabenbereich und sorgt für ein selbstständigeres Arbeiten der Pflege.</p>
	Schwächen/Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung	<p>I: "Und gibt es auch irgendwelche Schwächen oder Herausforderungen, die sich durch so a Kompetenzaufteilung ergeben?"</p> <p>A4: "Mhm...na i glaub, dass ma ...dass es halt immer des individuelle Ermessen is, wenn ma sagt na des traui ma net zu oder des traui ma bei dem Patienten net zu [...]"</p>	<p>Trotz Aufteilung der Aufgaben ist die Selbsteinschätzung seiner Kompetenzen und seine Grenzen zu kennen, wichtig.</p>
	Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Ok. Ok. Hat sich durch die Chronikerprogramme a Änderung in Ihrem Aufgabenbereich ergeben?"</p> <p>A4: "Ähm...na, also i find, wie gsagt, das Beste an den Chronikerprogrammen is, dass sie dass sie dass sie eben diese Struktur hat, dass sie, dass du die Liste von den Patienten hast, dass sie regelmäßig einberufen werden, mhm."</p>	<p>Keine Veränderung im ärztlichen Aufgabenbereich.</p>

	Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung	I: "Das heißt, würden Sie do was no ändern an der Aufgabenaufteilung bei den Chronikerprogrammen?" A4: "Mhm, na. Prinzipiell net."	Keine Verbesserungswünsche.
	Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme	I: "Und, hot sich durch die Chronikerprogramme a Veränderung bei Ihnen in der Arbeitsauslastung oder Arbeitsbelastung ergeben? " A4: "(verneinend) mhm. Also i...also bei ... hmm... um Therapie-Aktiv geht's ja net, also do bin...da sind ma massiv entlastet dadurch, dass wir quasi a Schwester haben mit ana Diabetesausbildung aber, ja." I: "Ok. Also Therapie-Aktiv hat entlastet, aber die Chronikerprogramme noch nicht?" A4: "Noch nicht, na. Weil natürlich jetzt, es is schon irrsinnig toll, wenn man a so eine eine Diabeteschwester hot, die dem Patienten erklären kann, wie man a Insulin spritzt und und auch dann mit denen das Protokoll a bissl anschaut ... also des hat mi wirkli sehr entlastet, weil des hob i alles mir vorher allanig gmocht."	Noch keine Entlastung bezüglich ärztlicher Arbeitsbelastung. Im Vergleich: Therapie-Aktiv entlastet die Ärztinnen und die Ärzte sehr.
	Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen	I: "Ok, gefällt Ihnen die Oabeit in den Chronikerprogrammen?" A4: "Ähm...jo jo ... weil äh, ja i...in dem Fall auch das das gemeinsame Betreuen mit der Pflege gfallt ma gut. Mhm."	Gefällt die Arbeit in den Chronikerprogrammen, vor allem die gemeinsame Arbeit mit der Pflege.
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit	I: "Ja, weil Sies jetz eh scho angsprochn haben. In den Chronikerprogrammen erfolgt ja dieser interprofessionelle Zusammenarbeit. Was finden Sie was sind Stärken von so ner interprofessionellen Zusammenarbeit? Berufsgruppen übergreifend eben?" A4: "Na, dass man die Möglichkeit hat ah, ahm mehr Blickwinkel zu betrachten." I: "Also man kann sozusogn profitieren und..." A4: "Mhm genau. Ma profitiert von von den von den Professionen der anderen, man hat mehr ah mehr Blickwinkel, ja."	Ganzheitlicher Blick auf die Patientinnen und Patienten.
	Schwächen/Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit	I: "Ok. Und gibt's auch irgendwelche Schwächen oder Herausforderungen bei so einer interprofessionellen Zusammenarbeit?" A4: "Ahm, naja. Herausforderung is, dass es natürlich viel, ja schon natürlich viel Teamarbeit braucht, des braucht ahm Zeit für ... muss ma si da wirklich die Zeit nehmen für Teambesprechungen, des sind eigentlich alles so Dinge, die man nicht so zwischen Tür und Angel, sondern muss man si also wirkli zamsetzen und die Patienten halt durchbesprechen, mhm."	Die Teammeetings zur Besprechung der Patientinnen und Patienten erfordern Zeit.
	Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme	I: "Mhm, und hot sich die interprofessionelle Zusammenarbeit verändert durch die Chronikerprogramme?" A4: "(verneinend) Mhm, eigentlich net."	Keine Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme.
	Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit	I: "Ok. Und würden Sie no irgendwelche ... würden Sie sich no irgendwelche Verbesserungen wünschen hinsichtlich dieser Zusammenarbeit?" A4: "Ahm...manchmal so bissl mehr...manchmal würd i ma wünschen, dass sich die..ahm..dass sich bissl mehr Verantwortung noch Richtung Pflege legt und somit auch mehr Motivation die Leut afoch wieder reinzubestellen is ... anfoch noch mehr...Pflegerstärkung, aber i glaub des sind mehr so persönliche Sachen. Des hat nix selber mitm Programm zu tun." [...] A4: "Patienten wirklich strukturiert reinbestellt werden, dass mas dann, wenn der net obhebt, dass mas	Unabhängig von den Chronikerprogrammen, wäre aus ärztlicher Sicht auf persönlicher Ebene wünschenswert, dass die Pflege teilweise mehr Verantwortung übernimmt bzw. auch mehr Motivation zeigt, die Erinnerungsanrufe zu den Kontrolluntersuchungen regelmäßig durchzuführen.

		halt wieder probiert, und ja genau, mhm. Dass ma halt Möglichkeiten gibt, wie...ma eh scho gsagt, dass mas im Programm hat, dass ma afoch ausschickt des ganze, genau."	
	Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team	I: "Ok, ok. Und wie zufrieden sind Sie mit der Kommunikation bei Ihnen im Team?" A4: "Ähm ja, bin ich sehr zufrieden."	Sehr zufrieden mit der Kommunikation im Team.
Administrativer Aufwand	Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands	I: "Ok, gut. Dann simma schon beim le...bei der letzten Thematik angelangt. Wie empfinden Sie den administrativen Aufwand in den Chronikerprogrammen? " A4: "Mehr find ich, hab i eh schon gsagt, also bissl zu hoch, also i würd ma da a Vereinfachung wünschen mit ana Maske, wo ma im Computerprogramm des auch ausfüllen kann und teilweise gib't es jetzt diese Bögen, teilweise tuans des in unserm Computerprogramm anfoch reindokumentieren und i glaub da könnt ma schon einiges an Entlastung schaffen, also find ihn bissl zu groß den administrativen Aufwand."	Hoher administrativer Aufwand aufgrund fehlender Softwarelösung und aktuell uneinheitlicher Dokumentation.
	Wie erfolgt die Dokumentation	I: "Ok, also wie erfolgt dann bei Ihnen momentan die Dokumentation?" A4: "Über...afoch über die...über die Pflegedoku ... also über mit den...wir sehe ja alle jede Dokumentation, aber über den Reiter Pflege in da...in da Software, aber da gib't's jetzt net so, dass i zum Beispiel, i was net, wie i des bei am Laborwert kann oder so, in der Software da klick i drauf und dann seh, i aha des Krea is jetzt seh i, is im Verlauf jetzt gstiegen, der is gfalln und so weiter und wenn des alles irgendwie implementiert wäre im Softwaresystem, wär des ja extrem cool, wenn i dann quasi (lacht) schau der Gewichtsverlauf, wie i, i was net wos, ja mhm." I: "Also, versteh i des richtig, ihr mochts a Freitextdokumentation?" A4: "Ja, Freitextdokumentation genau. Am Anfang hat des unsere DGKP auch ausgefüllt diese Bögen, aber i glaub dann hat sie sich irgendwie kurzgeschlossen, dass des gar net alle machen kennan, mhm. Des weiß i jetzt ehrlich gsagt net so ganz genau, weil i mit dem nix zu tun hab." I: "Aber Sie mochn des elektronisch also mittlerweile?" A4: "Elektronisch und des was ich ärztlich...na des was ich ärztlich, na des is a Freite... ja afoch in der eh scho in der Software, aber jetzt ohne, dass i a Maske hab oder sowas und meine ärztliche Doku moch i halt beim Arztreiter in der Dokumentation, mhm."	Früher Dokumentation mittels der Papierbögen. Aktuell in der hausinternen Software Freitextdokumentation der ärztlichen Tätigkeiten im Reiter "Arzt" und der pflegerischen Tätigkeiten im Reiter "Pflege".
	Stärken und Schwächen der angewendeten Dokumentationsform	-	-
	Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration	A4: "Um sie am besten in den Alltag integrierbar zu machen, wärs am besten man hätte auch die Möglichkeit in Form von ana Maske die Dokumentation zu machen, diese Bögen auch wegzuschicken, man hätte administrative Unterstützung, dass ma dann a Liste von der Sozialversicherung oder x, was weiß ich wer auch immer das macht, kriegt mit dem Patienten, die ma eingeschrieben hat und wo ma dann auch im Quartal a Liste kriegt, der und der is wieder zur Kontrolluntersuchung einzuberufen, weil dann muss man ned wieder den Bogen wegschicken und man hät irgendwie a Art Berechnungsposition, weil i glaub nur so kanns irgendwie in die Breite gehen und das wär ja schon wichtig...sonst net nur für a paar ausgewählte Patientinnen im PVEs is, sondern vielmehr für die Primärversorgung generell, ja." A4: "I glaub einfoch, dass sie (Pflege) mehr bürokratische Unterstü...Hilfe bei der Bürokratie...Bürokr...Bürokratie bräuchten, um dem afoch besser nachzukommen, genau."	Administrative Unterstützung anhand einer Liste, bei welchen Patientinnen und Patienten die Kontrolluntersuchungen anstehen.

		<p><b>A4:</b> "[...] wir sehe ja alle jede Dokumentation, aber über den Reiter Pflege in da...in da Software, aber da gibt's jetzt net so, dass i zum Beispiel, i was net, wie i des bei am Laborwert kann oder so, in der Software da klick i drauf und dann seh, i aha des Krea is jetzt seh i, is im Verlauf jetzt gestiegen, der is gefallen und so weiter und wenn des alles irgendwie implementiert wäre im Softwaresystem, wär des ja extrem cool, wenn i dann quasi (lacht) schau der Gewichtsverlauf [...]."</p> <p>[...]</p> <p><b>I:</b> "Des, des hast das Wesentlichste is, Ihnen fehlt do auch do der Verlauf also a eigene Rubrik und a Verlaufs..."</p> <p><b>A4:</b> "Ja, weil i find, dass des dann auch total mühsam is aus diesen Bausteinen des rauszuholen und a bissl zu bissl viel is und auch a leichtere Maske, do auch wirklich vü Hilfe bringen wird."</p> <p><b>I:</b> "Verstehe und gibt's auch irgendetwas Positives an dieser Dokumentationsform, was Sie beibehalten wollen würden?"</p> <p><b>A4:</b> "Ja, also prinzipiell stört mi nix an der Dokumentationsform, außer dass is a bissl verschlanken würde, aber wenns einfach irgendwie dann amal ins ... was i net ...nicht mehr als Pilotlauf oder allgemein halt ausgerollt wird und es auch a eine Maske gibt ja. An Bogen, den ma dann einfach elektronisch abschicken kann ... wie a Gesundenuntersuchung- oder ein Therapie-Aktiv Bogen ... weil damit mit den Daten dann a irgendwas gemacht oder a irgendwas ausgewertet und man sieht des und so, das fänd i scho ganz sinnvoll, wenn ma's scho erhebt."</p>	<p>Verschlanken der Dokumentation bzw. Bürokratie.</p> <p>Softwarelösung: Wünschenswert wäre ein in die hausinterne Software integriertes Programm mit eigenem Reiter für die Chronikerprogramme und ein Verlaufsdiagramm der Patientendaten.</p>
Alltagstauglichkeit Chronikerprogramme	Sind die Chronikerprogramme praktikabel/alltagstauglich	<p><b>I:</b> "Ok. Sind, sind Ihrer Meinung nach die Chronikerprogramme praktikabel beziehungsweise alltagstauglich?"</p> <p><b>A4:</b> "Prinzipiell ja, aber i wiederhol mi, i würds a bissl verschlanken einfach teilweise, aber was i mitkriegt hab, is des ja eh teilweise scho am laufen."</p>	Prinzipiell ja. An manchen Stellen jedoch noch eine Verschlinkung von Nöten.
	Begründung zur Einschätzung der Alltagstauglichkeit	–	–
	Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit	<p><b>I:</b> "Ok, des hast, wenn Sie vielleicht no amal zusammenfassen könnten, wos müsste man olles mochn, um sie am besten in den Alltag integrierbar zu mochn?"</p> <p><b>A4:</b> "Um sie am besten in den Alltag integrierbar zu machen, wärs am besten man hätte auch die Möglichkeit in Form von ana Maske die Dokumentation zu machen, diese Bögen auch wegzuschicken, man hätte administrative Unterstützung, dass ma dann a Liste von der Sozialversicherung oder x, was weiß ich wer auch immer das macht, kriegt mit dem Patienten, die ma eingeschrieben hat und wo ma dann auch im Quartal a Liste kriegt, der und der is wieder zur Kontrolluntersuchung einzuberufen, weil dann muss man ned wieder den Bogen wegschicken und man hät irgendwie a Art Berechnungsposition, weil i glaub nur so kanns irgendwie in die Breite gehen und das wär ja schon wichtig...sonst net nur für a paar ausgewählte Patientinnen im PVEs is, sondern vielmehr für die Primärversorgung generell, ja."</p>	<p>Umsetzung der gewünschten Verbesserungen hinsichtlich der Dokumentation/Administration (siehe jene Unterkategorie).</p> <p>Honorierung der Chronikerprogramme.</p>

Tabelle 38: Interviewtranskription A4

## 6.4.5 Interviewtranskription B1

	Unterkategorie	Zitat	Zusammenfassung
Strukturiere Betreuung	Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten	<p>I: "[...] Ist des für dich a Veränderung zu deim bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten?"</p> <p>B1: "Mhm ... Ja, schon weil also des Projekt ... äh also diese Chronika Versorgung, was wir hier machen oder in den Primärversorgungszentren machen, ist ja eigentlich jo gonz was Neues, so ... so wie i es vorher, wo ich vorher als DGKP gearbeitet hob, eigentlich nid gekonnt hob, dass wirklich die Personen a, so wie du gsogt host, proaktiv einglodn werden, dass man si regelmäßig äh oder dass ma si nid aus den Augen verliert ähm, dass man die regelmäßigen Untersuchungen macht, und so is eigentlich ganz was Neues ... für mi ... in der Pflege ... ja."</p> <p>I: "Ok, also des is der Neuheitswert von den Chronikerprogrammen?"</p> <p>B1: "Genau, genau das würd ich schon sogn, weil sonst war es jo eigentlich imma so, und des is jo a bei vüln Patientinnen so ähm, dass sie sich söbst drum kümmern um Kontrolluntersuchungen zum Beispiel, aber gonz viele mochn's halt nid, und i denk des is schon a sehr großer Vorteil für die Patientinnen a ähm, dass ma sie eigentlich einlodn imma wieder."</p>	<p>Ja, die Chronikerprogramme stellen eine Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten dar.</p> <p>Früher mussten sich die Patientinnen und Patienten selbstständig um die Betreuung ihrer chronischen Krankheit kümmern und gingen dem oftmals nicht nach. Nun werden sie proaktiv vom Gesundheitspersonal zu den Kontrollen eingeladen.</p> <p>Ein weiterer Neuheitswert der Chronikerprogramme liegt in der Regelmäßigkeit der Betreuung von chronischen Krankheiten.</p>
	Stärken einer strukturierten Betreuung	<p>I: "Also wo, worin würdest du die Stärken oder des Positive von so einer strukturierten Betreuung sehen?"</p> <p>B1: "Ähm, dass einfach ähm ... Personen nid, mhm wie sogt ma, nid übersehen werden vielleicht ähm, wenn zum Beispiel, ähm, Personen jetzt zu mir kommen für die ähm für Blutdruckberatung zum Beispiel oder Blutdruckeinstellung, wir donn a a Blutabnahme mochn und donn wir zum Beispiel sehen, dass der Nüchtern-Glucosewert grenzwertig ist, dann kann ma do glei schon moi eingreifen und wieder weitere Untersuchungen mochn oder ähm ähm wirklich vo... also im Vorhinein schun eingreifen und schun glei a kurze Beratung geben ähm in Hins ... in Hinblick auf ähm Prädiabetes zum Beispiel. Ähm, ich denk, das gibt's vielleicht in anderen Bereichen a, ähm vereinzelt, aber i denk, dadurch, dass ähm wir sie wirklich regelmäßig sehen und i als Pflegeperson a etwas mehr Zeit hob im Gespräch ähm kriegen do die Patienten vielleicht einfoch a besseres Gspier und ähm ähm a bessere Gesundheitskompetenz vielleicht a, auf wos sie ochtn müssen, als wenn sie jetzt zum Beispiel nur beim ähm ähm beim Arzt oder bei der Ärztin sind und, wie wir wissen, nur diese fünf bis zehn Minuten Zeit hohn, sog ma so."</p>	<p>Die Anliegen bzw. gesundheitlichen Probleme von Patientinnen und Patienten werden weniger übersehen, da regelmäßiger Konsultationen erfolgen und mehr Zeit für die Pflege-Patienten-Gespräche zur Verfügung steht. Durch diese häufigeren und längeren Kontrolltermine kann die Gesundheitskompetenz der Betroffenen verbessert werden.</p>
	Schwächen/Herausforderungen einer strukturierten Betreuung	<p>I: "Und gibt's für dich auch irgendwelche Schwächen oder Herausforderungen bei so aner strukturierten Betreuung?"</p> <p>B1: "Mhm ... jo die Herausforderung is schon ähm die Patienten ähm vielleicht zu motivieren, dass sie söbst regelmäßig kommen, weil es is schon a sehr große zeitliche Ressource, wenn wir die Patienten, des moch hoid a i, ähm immer wieder einladen müssen, weil i muss mir dann immer schauen, nachschauen, wann is der Patient des letzte Mol do gewesen ähm, muss i ihn jetzt wieder einlodn. Wos ist wichtig? Und des bei, also i hob jetzt a scho anige Patientinnen von uns aufgenommen in des Chronikerprogramm. Des is einfach a große zeitliche Ressource ... die Patienten dann wieder einzuladen."</p> <p>B1: "[...] Bei die Drei-Monatstermine is des vielleicht eh noch ähm angenehmer oder funktioniert's besser, weil do die Patienten direkt die Termine annehmen, aber wenn's der Follow-Up Termin erst in an Jahr is, donn ähm donn nimmt eigentlich fost kaner den Termin in am Jahr an. [...]"</p>	<p>Eine Herausforderung besteht in dem Bemühen die Patientinnen und Patienten für die regelmäßigen Kontrollen zu motivieren. Hierbei ergibt sich eine große zeitliche Ressource für das Gesundheitspersonal die Betroffenen regelmäßig an die Termine zu erinnern bzw. einzuladen. Je länger die anstehenden Kontrolltermine in der Zukunft liegen, desto weniger werden sie von den Patientinnen und Patienten angenommen.</p>

	Verbesserungen bezüglich strukturierter Betreuung	Nach Aufzeichnungsende noch erfolgtes Statement, das lt B1 in die Auswertung soll: Die Chronikerprogramme sollten honoriert werden.	Die Chronikerprogramme sollten honoriert werden.
		<p><b>B1:</b> "[...] ähm dieses Dokumentationsblatt a bissl zu adaptieren und a bissl zu verkürzen. Es sind a bei mhm monchen mhm, also bei den Programmen Untersuchungen dabei, die anfoch ned alltagstauglich sind, wie zum Beispiel dieser 6 Minuten Gehstest. Den hob i nu nie gmocht [lacht] und genau. Also man könnte die Programme noch a bissl adaptieren, verkürzen. [...]"</p> <p><b>I:</b> "Okay. Und was würdest du dir für Verbesserungen wünschen?"</p> <p><b>B1:</b> "Ahm, doll wäre, aber des seh i a erst so in a poar Jahr, ähm wenn wenn die ähm wenn die Personen mehr aufgeklärt werden ähm, was eigentlich Primärversorgung is, was i in der, in der, also oder was die Chronikerprogramme sind oder diese Chronikerversorgung. Ahm was die Pflege do mochn kann und dass sie do einfach so viel Aufklärung schon eigentlich im Vorhinein erholtn, dass sie söbst eigentlich wissen, wann es wieder Zeit is für die nächste Kontrolle und so weiter."</p>	Überarbeitung und Kürzung der Dokumentationsblätter, da manche Aufgaben nicht alltagstauglich sind (zB.: 6 minütiger Gehstest.)
	Vorschläge selbst oder intern im Team einen Beitrag zu Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung zu leisten	<p><b>I:</b> "Okay. Und könntest du da selbst oder könntets ihr intern, also intern im Team dazu an Beitrag leisten?"</p> <p><b>B1:</b> "Mhm jo, also i, sobald die Patienten des erste Mal so bei mir sind ähm, im ähm, im Gespräch, dann sog i schon immer bei Diabetikern zum Beispül in drei Monaten is die nächste HbA1c-Kontrolle, also die nächste Blutabnahme ähm, dann biete i ihnen glei schon an nächsten Termin an. Viele wolln des aba no ned, weil se sogn eben, weil in drei Monaten, da woas i no gar ned, was i tua ähm, i möld mi donn und donn vergessen viele wieder drauf und donn werden se holt von mir wieder eingeladen. Bei die Drei-Monatstermine is des vielleicht eh noch ähm angenehmer oder funktioniert's besser, weil do die Patienten direkt die Termine annehmen, aber wenn's der Follow-Up Termin erst in an Jahr is, donn ähm donn nimmt eigentlich fost kaner den Termin in am Jahr an. Ahm was ma do intern verbessern könnte, is anfoch a die Aufklärung. I sog's zwar eh immer dazu, aber es wird trotzdem oft vergessen. Ahm und einfach, dass a die ondern Berufsgruppen, vor allem die Ordinationsassistentinnen, die hobn jo sehr vü Kontakt mit den Patientinnen, dass die a ähm drauf schauen, wonn die nächste Kontrolle wär und der nächste Termin wär. Dass ma ähm, dass se eigentlich donn von den Ordinationsassistentinnen wieder eingeladen werden. Genau. Ehm, des funktioniert a schon so halbwegs gut bei uns [lacht]. Es kommt immer drauf an, wie vül grad allgemein los is. Wir hobn ja nid nur die Terminordination, sondern wir hobn jo a die Akutordination und wo hold die meisten Patienten hinkommen ähm als erstes, als erste Anlaufstelle und wenn do sehr sehr vü los is [...] do funktioniert es einfach nid, weil do so viele akute Probleme vorrangig sind, dass leider des, die ähm, dass a Blick auf die Chronikerversorgung eigentlich, also wonn die Patienten donn wirklich wieder kumen, a bissl vernachlässigt wird."</p>	Mehr Aufklärung über die Chronikerprogramme in der Bevölkerung.
Patientenverhalten	Terminvereinbarung für Kontrolluntersuchungen	<p><b>I:</b> "Und du host eh scho gsogt, du versuchst während dem Gespräch mit dem Patienten scho die Follow-Up Termine auszumachen, aber wenn des nicht funktioniert, wie wie mocht's ihr donn die Terminvereinbarung? Wie seht's ihr, wonn jemand eingeladen werden muss?"</p> <p><b>B1:</b> "Ähm wir haben ja vom Projekt aus so Listen bekommen, Excel Listen, wo wir die Patienten und die Patientinnen aufnehmen. Ähm und i geh do halt Liste für Liste durch und schau, wonn des nächste, wonn die Patienten wieder kumen sollten. Und des, wie i vurher scho gsogt hob, i a große zeitliche Ressource, ähm des ma vielleicht zukünftig irgendwie besser mochen könnte."</p>	<p>Einladung der Patientinnen und Patienten bzw. Erinnerung an die Kontrolltermine durch das Gesundheitspersonal. Mehr Aufklärung des Gesundheitspersonals, vor allem der Ordinationsassistentinnen bzw. -assistenten, auf diese Einladungen nicht zu vergessen.</p> <p>Während den Kontrollterminen wird bereits versucht einen Termin für die nächste Kontrolle auszumachen.</p> <p>Die Excel Listen der Chronikerprogramme werden vom Gesundheitspersonal überprüft, bei wem wieder eine Kontrolle und somit eine Termineinladung ausständig ist. Dies stellt einen großen zeitlichen Aufwand für das Gesundheitspersonal dar.</p>

<p>Einhaltung der Kontrolltermine</p>	<p>I: "Okay und wenn die Patienten dann amoi in diesem Schema drinnen sind, halten sie dann auch die Kontrolltermine ein? Und wenn nicht, warum nicht?"  <b>B1:</b> "Jo des is eigentlich wieder des Gleiche. Ähm wenn der Kontrolltermin zum Beispiel erst in an halben Jahr oder in an Jahr is, ähm also lassen die meisten sich kan Termin geben, weil sie sogn, sie möden sich donn söbst, weil in an Jahr wissen sie holt no nid, ob sie do Zeit hätten auf den Termin oder zu dem Zeitpunkt. Ähm und deswegen wird des oft schon vergessen und vernachlässigt. Also die Ter ... sie halten die Termine eher nid ein. Also wenn es um diese jährlichen Termine geht. Wenns kurzfristiger is, zum Beispiel bei ähm ... wenn Patientinnen kommen, die neu an neu diagnostizierten Bluthochdruck hobn und wo wir holt noch schauen, wölche Medikamente ahm am besten passen, die kommen donn schon regelmäßig und holten die Termine ein. Ähm genau, aber je längerfristiger es in die Zukunft geht, desto schwieriger ist es."</p>	<p>Je weiter die nächsten Kontrolltermine in der Zukunft liegen (zB.: in einem Jahr), desto eher werden diese Termine von den Patientinnen und Patienten vergessen bzw. vernachlässigt. Je kurzfristiger die Termine sind (zB.: in drei Monaten), desto eher halten die Betroffenen die Kontrollen ein.</p>
<p>Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele</p>	<p>I: "Okay okay und bezüglich der ähm Gesundheitsziele sind die Patienten motiviert, dass sie ihre Gesundheitsziele einhalten?"  <b>B1:</b> "Jo, jo, schon zum größten Teil schon."  I: "Und woran erkennst du des?"  <b>B1:</b> "Ahm eigentlich ähm an den ähm Follow-Up Terminen. Also wenn sie zu mir kommen, hoben wir a längeres Erstgespräch und do schau i donn, es kummt immer drauf an, wölche chronische Erkrankung des is ähm oder a wölche Person vor mir sitzt, wohin es gehen sollte, sog ma so. Wir tuan a gemeinsam meistens Ziele formulieren und zum Beispiel einfach a a besserer HbA1c oder ahm a ausgewogene Ernährung oder täglich 10 Minuten Bewegung so in diese Richtung und wenn se donn in a poar Monaten wieder kommen, ahm donn merk i schon bei den meisten zumindest, dass se des eingeholten hoben genau, also i merk des donn eben im Gespräch, dass se mir donn anfoch sogon, jo se hoben jetzt wirklich probiert so dreimal in der Wochen bissl Muskelaufbautraining mochen oder se fohrn nimmer so vü mitn Bus, sondern gehen mehr zu Fuß. Oba a in ahm in den Laborwerten zum Beispiel, wenn hold anfoch die die HbA1c Zielwerte besser gwurden sind oder a bei den Blutdruckwerten, wenn se die Blutdruckmesser mitbringen, wenn de anfoch im Normbereich sind und genau genau ahm oba a in der so Compliance, dass se die Medikamente richtig einnehmen, regelmäßig einnehmen, mhm richtig spritzen genau."</p>	<p>Es werden gemeinsam mit der Pflege Gesundheitsziele für die Patientinnen bzw. Patienten gesetzt (zB.: Laborwert- oder Lebensstilfaktoren-Verbesserung) und diese werden größtenteils auch eingehalten.</p>
<p>Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme</p>	<p>I: "Und weil du die Compliance schon angesprochen host, hot si do a Veränderungen in der Adhärenz ergeben durch die Chronikerprogramme? ...Oder vielleicht kannst du Beispiele für Patientengruppen nennen, die, wo ma wirklich gmerkt hot, dass si de Adhärenz verändert hot?"  <b>B1:</b> "Mhm also bei ... Also mir kommt vor bei Patienten, de vielleicht noch sehr wenig über ihr eigene Erkronkung gwusst hoben, bevor sie zum Beispiel bei mir woren, weil monche Patienten kommen und se sogon, se sind wegen Zucker do, oba wissen eigentlich gor nid, wos Diabetes is so und warum de Medikamente wichtig sind oder warum des Insulin so wichtig is und mir kummt schon vor, wenn i donn in dem Beratungsgespräch nu a moi erklär, ah das Krankheitsbild erklär, de Medikamente erklären, warum des so wichtig is des regelmäßig zu nehmen, merk i schon, dass donn die die Adhärenz eigentlich besser wird. Ja, also i frog a jedes Mol ahm, wenn se zu mir kommen, noch amol die Medikamente ab. Ahm schau, ob se de eigenen Medikamente eigentlich kennen [lacht], wos se so nehmen und wie oft se des nehmen und eigentlich bei den meisten kloppt des gonz gut. Und natürlich gibt's zwischendrin a wieder Patienten, de donn sogon na eigentlich bei Diabetes zum Beispiel, meine Blutzuckerwerte woan jetzt immer so gut, i hob jetzt anfoch kane Tabletten gnummen und ahm de sogn mir des donn eigentlich a [lacht] und donn erklär i hold nochmal, dass des sehr wichtig is ähm die Medikamente nid söbständig abzusetzen, sondern ahm genau, dass de</p>	<p>Adhärenzverbesserung durch die Chronikerprogramme - vor allem bei Patientinnen und Patienten, die bis dato noch ein geringes Krankheitswissen bzw. -verständnis hatten. Bei jenen chronisch Kranken, die initial keine Adhärenzverbesserung zeigen, kann ein erneutes Aufklärungsgespräch über ihre Krankheit helfen.</p>

		wichtig sind und dass de deswegen jo guat wirken und deswegen de Laborwerte so doll sand, genau." I: "Und wie guat funktioniert des, wenn du sulchen Patientinnen und Patienten nochmal erinnerst?" B1: "Ähm i denk gut, jo jo schon."	
	Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme	I: "Und host du durch de Chronikerprogramme a Veränderungen in der Eigenverantwortung erkannt? Also grad was so so Maßnahmen betrifft, wie gemeinsames Entscheiden oder Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen?" B1: "Mhm jo, also i denk, des is e anes, ane der größten Bereiche in der Beratung ähm diese, dass i den Patienten so Gesundheitskompetenz vermittele oder Eigenverantwortung eigentlich ähm und ich denke schon, dass es bei den meisten beim Großteil der Patienten und Patientinnen ahm zur Verbesserung kummen is."	Verbesserung der Gesundheitskompetenz und der Eigenverantwortung bei dem Großteil der Patientinnen und Patienten durch die Chronikerprogramme.
Kompetenzaufteilung	Stärken einer Kompetenzaufteilung	I: "Okay jo, in den Chronikerprogrammen werden jo auch die Tätigkeiten der DGKPs und der Ärztinnen und Ärzte ... de sind jo klar aufgeteilt und schriftlich definiert. Was findest du positiv oder was sind Stärken von so aner klar verschriftlichten Kompetenzaufteilung." B1: "Mhm jo die Vorteile sind zu wissen, was man tun muss. Ähm mhm jo es is anfoch, vor ollem am Anfang ahm, wenn man als Pflegeperson diese ähm zu diesem Chronik oder in diesen Chronikerprogrammen arbeitet, is es vor ollem am Anfang sehr vorteilhaft, weil man donn einfach weiß, was zu tun is, weil diese Ort von von Arbeit eigentlich oder Tätigkeit, ähm wo a jo in in da Ausbildung jo nie so wirklich ähm Thema. Und do hob i am Anfang, also irgendwann merkt ma sich de Sachen jo e, oba am Anfang hob i do sehr oft wirklich am am Computer des offen ghobt und wirklich a imma gschaut, was zum duan is." I: "Also also könnte man sagen, es hot dir mehr Struktur geben in die Richtung?" B1: "Mhm (zustimmend) ja ja."	Vor allem initial beim Arbeitseinstieg in die Chronikerprogramme erhält man durch solch eine klar definierte, verschriftliche Kompetenzaufteilung Klarheit und Struktur hinsichtlich der zu erledigenden Aufgaben.
	Schwächen/Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung	I: "Okay oba gibt's auch irgendwos Hinderliches oda a poar Schwächen von so aner klaren Aufteilung?" B1: "Jo, also es geht natürlich nid immer des so klar zu trennen. Ahm natürlich die Ärzte und Ärztinnen hoben ihren Bereich und i hob so meinen Bereich, oba ahm monchmal is es einfach so, dass des stark verschwimmt, deswegen hoben wir ahm des a so geregelt, dass meine ahm Zeiten, wo i diese Kontrolluntersuchungen moch und diese Beratungsgespräche moch, a immer gleichzeitig mit ähm, mit den, mit der, mit der Terminordination, Ordination von den Ärzten is, nd, wenn i holt merk, ok des müsste jetz a a Arzt entscheiden, wie es weitergeht ahm, gibt's immer die Möglichkeit im sölben Termin, ohne dass ma an neichen ausmachen muss, was a sehr hinderlich is immer für die Patienten und Patientinnen, ähm do anfoch nochzufragen den Orzt oder die Ärztin herzuholen genau und donn gemeinsam weiter zu arbeiten." I: "Könntest du a Beispiel nennen, wo die Grenzen a bissl verschwimmen?" B1: "Ähm jo, bei zum Beispiel, bei ähm also a Beispiel, Erstdiagnose Bluthochdruck, ähm die die Ärztin hot a neues Medikament aufgeschriebn und dem Patienten gsogt, er muas jetzt 10 Tog Blutdruck messen und donn mit diesem Blutdruckpass ahm an Termin bei mir ausmochen zur Kontrolle. Ahm wenn die Werte noch diesen 10 oder in diesen 10 Tagen oder 2 Wochen im Normbereich sind, donn kann i für mi söbst entscheiden, okay die sind im Normbereich, ähm des passt, Kontrolle halt in 3 Monaten zum Beispiel, des is a immer unterschiedlich. Wenn i oba siag, die Werte passen no nid, donn muas i natürlich Rücksprache holten mit der Ärztin, um zu schauen, wie wir weiter mochen. Wölches Medikamente wir dazugeben oder erhöhen oder genau die weiteren Schritte sind."	Bei manchen Kontrolluntersuchungen durch die DGKPs ist eine ärztliche Rücksprache nötig. Hierbei ist es förderlich die Kontrollterminvereinbarung so zu koordinieren, dass in dieser Zeit bei Bedarf eine ärztliche Konsultation möglich ist, ohne dass hierfür wieder ein neuer Termin notwendig ist, der eine zeitliche Ressource für die Patientinnen und Patienten darstellt.

Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Okay okay und hot sich für dich in den Chronikerprogrammen a Änderungen in deim Aufgabenbereich ergeben?"  <b>B1:</b> "Jo schon.  [...]  Ähm es also ähm es hot ja ziemlich also i ... wo i anfgongen hob wor es, es woren jo nua a poar Monat, wo i wirklich ahm, wo des Programm noch nid angefgongen hot bei uns und donn hot des jo eigentlich, also es wor eigentlich a fließender Übergang, wo i onfgongen hob und wo eigentlich a des Projekt onfgongen hot. Ahm wos i oba so von, ahm, früher sogen kann, es is eigentlich sehr vü nei. Also es is a des söbstständige Arbeiten ahm, dass i anfoch an eigenen Arbeitsplotz hob ahm, an eigenen Beratungsraum hob, dass i Zeit hob für die Patienten und Patientinnen im Erstgespräch also so a dreiviertel Stund circa. Ähm wo i eigentlich pflegerische Beratung moch, die glab i sunst so in Akut-Bereichen ahm die Pflege nid mochen kann eigentlich. Ähm genau genau des is eigentlich a sehr groß, a sehr großer Punkt [lacht]. Genau, ja."</p>	Durch die Chronikerprogramme ist es zu folgenden Veränderungen des pflegerischen Aufgabenbereichs gekommen: selbstständigeres Arbeiten, eigene Räumlichkeit für die Gespräche und mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten.
	<p><b>B1:</b> "[...] es hot sich einfach geändert mit der Zeit. Am Anfang war's halt eher, also wo des Projekt anfgongen hot, wor i no eher mehr im Akut-Bereich. Ahm und i hob zum Beispiel nur an Vormittag diese Chroniker-Beratung ghobt, weil des halt anfoch einmal anfgongen hott müssen zu laufen und jetzt hob i drei Halbtage und ... ja, aber aber des passt eigentlich so so. Belastung is, die Belastung is sicha ned mehr gwurden, es hot sie nur der Tätigkeitsbereich und die Arbeitszeiten geändert, kann ma sogen, genau."</p>	Verschiebung des Tätigkeitsbereichs von der Akutmedizin mehr hin zur Chronikerversorgung.
Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung	<p>I: "Und würdest du dir noch etwas wünschen, wos ma verändern könnte an der Aufgabenaufteilung? Gibt's für di do noch Verbesserungspotenzial?"  <b>B1:</b> "Mhm ahm also direkt von den Programmen jets?"  I: "Joa, also zwischen den Tätigkeiten, wos DGKPs und Ärztinnen und Ärzte mochen?"  <b>B1:</b> "Mhm na also i denk die Aufteilung de is eigentlich gonz, is eigentlich gonz gut gewählt."</p>	Keine Verbesserungswünsche.
Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Okay ja okay und hot si durch die Chronikerprogramme a Veränderungen in deiner Arbeitsbelastung ergeben ... oder Auslastung?"  <b>B1:</b> "Mhm ... Belastung ... Na, würd i jetzt nid sogen, also dass es mi mehr belastet hätt, weil ähm es hot sich einfach geändert mit der Zeit. Am Anfang war's halt eher, also wo des Projekt anfgongen hot, wor i no eher mehr im Akut-Bereich. Ahm und i hob zum Beispiel nur an Vormittag diese Chroniker-Beratung ghobt, weil des halt anfoch einmal anfgongen hott müssen zu laufen und jetzt hob i drei Halbtage und ... ja, aber aber des passt eigentlich so so. Belastung is, die Belastung is sicha ned mehr gwurden, es hot sie nur der Tätigkeitsbereich und die Arbeitszeiten geändert, kann ma sogen, genau."</p>	Gleichbleibende Arbeitsauslastung bei verändertem Tätigkeitsbereich.
Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen	<p>I: "Ok und gefällt dir de Arbeit in den Chronikerprogrammen?"  <b>B1:</b> "Jo schon [lacht]. Jo gfollt mir, also mir gfollt vor allem die Abwechslung zum Akut-Bereich, oba do denk i, bin i anfoch so a Mensch, i hob holt gern a im beruflichen Olltog a bissl a Abwechslung, denk i werd nid, also i persönlich werd jetzt a nid glücklich, wenn's immer monoton und immer die glei, die gleiche Tätigkeit is, sondern mir gefällt's a so bissl a Abwechslung zu hoben."  I: "Also sozusagen die Vielseitigkeit mocht's aus, wenn i des so versteh?"  <b>B1:</b> "Genau genau jo."</p>	Gefällt die Arbeit in den Chronikerprogrammen - vor allem die Abwechslung Akutmedizin und Chronikerversorgung.

<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit	<p>I: "Okay, okay und wir hoben ja schon über diese Kompetenzaufteilung gesprochen. Ähm a weitere Besonderheit der Chronikerprogramme is jo auch diese Zusammenarbeit, diese interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den DGKPs und den Ärztinnen und Ärzten. Was findest du gut oder was sind Stärken von so aner interprofessionellen Zusammenarbeit?"</p> <p>B1: "Mhm, die Stärken sind, dass einfach jede Berufsgruppe des mochen kann ähm, was se am besten kennen [lacht]. Eigentlich. Ähm wenn also die Ärzten und Ärztinnen, mochen natürlich den medizinischen Part ahm, sind daher Experten ähm ähm Medikamenten-Management und Befund-Besprechungen und so weiter und i moch hold des, was vielleicht i gut kann und des sind anfoch die pflegerischen Tätigkeiten, aber a die pflegerischen Beratungsgespräche für de, die Ärzte und Ärztinnen halt anfoch a ka Zeit hoben. Genau ähm. I find die Aufteilung gut, dass zum Beispiel ähm die F... die Diabetes Folgegespräche i moch, damit i a schauen kann, wie is der Fuß-Status, ahm Größe, Gewichtsveränderungen also olls diese Sachen, wo vielleicht der Fokus bei den Ärzten und Ärztinnen nid is, sog ma so. Genau."</p>	<p>Durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit kann die Betreuung aufgeteilt werden auf mehrere Berufsgruppen. Jede Berufsgruppe kann ihren beruflichen Kompetenzen nachgehen.</p>
	Schwächen/Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit	<p>I: "Okay und gibt's für dich auch irgendwelche Herausforderungen, die sich durch so a interprofessionellen Zusammenarbeit ergeben? Irgendwelche Schwächen?"</p> <p>B1: "Mhm Herausforderungen ... Also i kann's nur sagen, wie's bei uns is im Haus, ahm wir hom a sehr flache Hierarchie ahm, also wir leben des schon aus, dass jede Berufsgruppe ahm gleichwertig is ahm, egal ob Orzt, Pflege, Diätologie, Ordinationsassistentin, jeder kann des mochen, also gut mochen für des a do is eigentlich und deswegen find i eigentlich de Zusammenarbeit ahm gonz doll, weil es do selten irgendwie Diskrepanzen oder Unstimmigkeiten gibt eigentlich. Ahm i kann's mir oba vorstellen vielleicht, wenn's nid so is, wenn die Hierarchie vielleicht nid so flach is, ahm dass es donn vielleicht bissl problematischer sein könnte. Oba i denk des is überall so, wo Mediziner mit Pflege zsom orbeiten. Also jetzt nid nur in den Chronikerprogrammen, sondern a auf Station zum Beispiel."</p> <p>B1: "[...] diese Aufteilung zwischen Orzt und Ärztinnen und Pflege is jo a was Neues irgendwie und do wors vielleicht am Anfang schwierig so an Weg zu finden, überhaupt, wenn's ned nur a Arzt is und a Pflegeperson, sondern mehrere, ahm do an einheitlichen Weg zu finden, sog ma so bei der Kommunikation. Monchmal wor's so im Vorbeigehen, dass se mir anfoch irgendwas gsogt hoben oder umgekehrt. Ahm donn per Mail bei unserer internen Mail ahm Adress, monche setzen mir die Patienten donn einfoch auf mei Liste, also beim Arzt-Programm. Des wor am Anfang vielleicht a bissl ahm verwirrend dieser Kommunikationskanal, oba i glaub mittlerweile homma ähm was gefunden was, was eigentlich gonz gut geht [...]"</p>	<p>Bei einer steilen Hierarchie in einer PVE mit mehreren Berufsgruppen kann es unter Umständen zu Unstimmigkeiten oder Diskrepanzen kommen. Dies wird aber allgemein auch unabhängig von den Chronikerprogrammen als Problem gesehen.</p>
	Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Okay okay und hot si durch die Chronikerprogramme do a Veränderungen in dieser interprofessionellen Zusammenarbeit ergeben?"</p> <p>[...]</p> <p>B1: "Jo hot sich schon geändert a, weil wir anfoch mehr in den Austausch gehen a. Genau."</p> <p>I: "Also die Kommunikation im Team is ..."</p> <p>B1: "Hot sich verbessert oder holt verbessert. Wir hom a anfoch mehr Zeit ahm ahm, Fallbesprechungen zu machen. Genau, was wir davor eigentlich nid gmocht hoben."</p>	<p>Durch die Chronikerprogrammen hat sich die interprofessionelle Zusammenarbeit verändert. Der Austausch zwischen den Berufsgruppen wurde mehr und die Kommunikation hat sich verbessert, da mehr Zeit für Fallbesprechungen geschaffen wurde.</p>

<p>Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit</p>	<p>I: "Also jo du host jo schon sehr positiv geredet sozusagen, aber gäbe es für dich dennoch no a Verbesserungspotenzial bei dieser Zusammenarbeit?"  <b>B1:</b> "Mhm ... ähm ... Verbesserung ähm... ja, a Verbesserung kann's immer geben [lacht]. Ähm es is halt ähm, weil diese Chronikerversorgung, des is holt anfoch was Neues so. Und diese ähm diese Aufteilung zwischen Orzt und Ärztinnen und Pflege is jo a wos Neues irgendwie und do wos vielleicht am Anfang schwierig so an Weg zu finden, überhaupt, wenn's ned nur a Arzt is und a Pflegeperson, sondern mehrere, ahm do an einheitlichen Weg zu finden, sog ma so bei der Kommunikation. Monchmal wor's so im Vorbeigehen, dass se mir anfoch irgendwas gsogt hoben oder umgekehrt. Ahm donn per Mail bei unserer internen Mail ahm Adress, monche setzen mir die Patienten donn einfoch auf mei Liste, also beim Arzt-Programm. Des wor am Anfang vielleicht a bissl ahm verwirrend dieser Kommunikationskanal, oba i glaub mittlerweile homma ähm wos gefunden wos, wos eigentlich gonz gut geht und zwor hob i einfach mei eigene Liste, wo i einfach alle ähm, also alle drei Ärztinnen, die bei uns sind, die Patienten aufgeben mit aner gewissen Frogstellung ahm und umgekehrt moch i des bei den Ärzten und Ärztinnen a und wir hoben regelmäßige ahm Meetings, wo wir donn Fallbesprechungen machen, de si ned anfoch so, also wo ma vielleicht a bissl länger drüber reden muss."  I: "Und de erfolgen dann persönlich?"  <b>B1:</b> "De sind persönlich genau genau und de hom ma so olle zwa Wochen ongesetzt."  I: "Okay okay und do werden olle Patienten durchbesprochen oder nur vereinzelt. Oder wie läuft des ab?"  <b>B1:</b> "Na nur, wo's wo's ahm eher Probleme gibt."  <b>B1:</b> "[...] wir hoben regelmäßige ahm Meetings, wo wir donn Fallbesprechungen machen, de si ned anfoch so, also wo ma vielleicht a bissl länger drüber reden muss."  I: "Und de erfolgen dann persönlich?"  <b>B1:</b> "De sind persönlich genau genau und de hom ma so olle zwa Wochen ongesetzt."  I: "Okay okay und do werden olle Patienten durchbesprochen oder nur vereinzelt. Oder wie läuft des ab?"  <b>B1:</b> "Na nur, wo's wo's ahm eher Probleme gibt."</p>	<p>In dieser PVE wurde die interprofessionelle Zusammenarbeit optimiert, allerdings bedurfte es initial Verbesserungen hinsichtlich Kommunikation zwischen den Berufsgruppen. Hierbei wurden regelmäßige Fallbesprechungen (alle 2 Wochen) für komplexere Patientenverläufe in den Chronikerprogramme eingeführt. Außerdem wurden Patientenlisten erstellt, auf die die beteiligten Berufsgruppen zugreifen und Patientinnen bzw. Patienten eintragen können, welche eine pflegerische oder ärztliche Konsultation benötigen.</p>
<p>Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team</p>	<p>I: "Also wenn i des so zusammenfassen kann, so ihr in eierm Zentrum, genießt's es donn eher diese Zusammenarbeit?"  <b>B1:</b> "Genau genau. Jo, und die, i denk die Patienten und die Patientinnen profitieren a wirklich davon. Also wir hom a regelmäßige Fallbesprechungen ahm genau."  I: "Warum profitieren Sie? Weil jeder sein eigenen Aufgabenbereich am besten kann oder?"  <b>B1:</b> "Genau genau ja."  I: "Okay und wie wie findest du generell die Kommunikation bei euch im Team?"  <b>B1:</b> "Ähm gonz gut."  I: "Also wie zufrieden oder ...?"  <b>B1:</b> "Sehr zufrieden [beide lachen]."</p>	<p>Hohe Zufriedenheit mit der Kommunikation und Zusammenarbeit im Team in dieser PVE. Es erfolgen auch regelmäßige Fallbesprechungen.</p>

Schulungen/ Ausbildungen	Erhaltene Schulungen im Rahmen der Chronikerprogramme	<p>I: "Okay ja schön und hast du im Zuge der Chronikerprogramme Schulungen erhalten? Und wenn ja, welche?"</p> <p>B1: "Ja, also es wor als des Projekt angfongen hot, war eben a slowenische Kollegin ah als Projekt-Mitarbeiterin bei uns im Haus ahm und do hob i eigentlich, sie hot mi so a bissl eingeschult, ahm genau, was die Chronikerprogramme eigentlich sind und was do gmocht wird und was die Aufgabe der Pflege is, ahm des hot mir sehr vü gholfen, ähm weil wie gesogt in da Ausbildung, in da Grundausbildung hoben wir sowas jo nie ghobt, des gibt's jo a no nid so long ahm und donn ahm ahm hat's jo die Weiterbildung geben „Pflege in da Primärversorgung“ was a holbs Jahr gongen is, des hob i a absolviert und des hot mir a sehr gholfen, weil wir do jedes Krankheitsbild ahm durchgongen sind. Ahm ahm genau, also do hob i, hob i einfoch a sehr vü lernen und mitnehmen können, oba a do hom ma a a Unterrichtseinheiten ghobt, wie Kommunikation, ahm wie wie vermittele ich ahm Gesundheitskompetenz, auf was muss i schau und so weiter und des wor schon sehr gut. Des hot mir weitergeholfen. Genau, genau."</p>	<p>Ja Schulungen wurden erhalten.</p> <p>B1 erhielt eine Einschulung in die Chronikerprogramme durch eine slowenische DGKP, welche Erfahrung mit den slowenischen Chronikerprogrammen hat. Weiters absolvierte B1 die als sehr hilfreich empfundene 6-monatige ÖGKV-Weiterbildung "Pflege in der Primärversorgung", bei der jedes Krankheitsbild thematisiert wurde. Außerdem wurde das Thema Kommunikation behandelt, wie Gesundheitskompetenz vermittelt werden kann.</p>
	Bereiche mit noch bestehendem Schulungsbedarf	<p>I: "Ok und würdest du dir noch in monchen Bereich a Schulung wünschen? Gibt's nu a Bedarf?"</p> <p>B1: "Ahm jo, was ... des hoben wir oba im Haus a moi ghobt, was mir a sehr gholfen hot und des wär sicha für einige ähm a hilfreich, sind so Weiterbildungen oder Fortbildungen in Richtung ahm, ahm reine wirklich Kommunikation, wie baue ich ein Beratungsgespräch auf, also so in die Richtung und ahm so in Richtung motivational interviewing ahm, weil ahm also bei mir in der Beratung geht's halt a sehr vü um Lebensstilveränderung, do zöhlt oba a natürlich dazua eben, ahm dass die Patienten ahm ahm compliant sind und ahm regelmäßig zu den Terminen kummen und regelmäßig die Medikamente einnehmen und so und wölche zum Beispiel Gesprächstechniken jeder wirklich onwenden kann, individuell, individuell auf den Patienten, dass des anfoch, dass er anfoch motivierter is. Genau, genau."</p>	<p>Wünschenswert wären Weiterbildungen bzw. Fortbildungen zum Thema Kommunikation bzw. motivational interviewing. Hilfreich wären dabei Gesprächstechniken zu erlernen bezüglich: wie baut man ein Beratungsgespräch auf und wie motiviert man Patientinnen bzw. Patienten Lebensstilveränderungen durchzuführen und adhärent zu sein.</p>
Administrativer Aufwand	Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands	<p>I: "Okay dann noch zum Thema administrativer Aufwand. Wie empfindest du den in den Chronikerprogrammen?"</p> <p>B1: "Den find i sehr hoch, ah sehr groß und ehm leider sehr ahm ... a eher, also wie sull i sogn, eher unübersichtlich [...], i merk des einfoch bei den onderen Gesundheitszentren, oba a bei mir, so wie's am Onfang war, dass es, dass ma do long gebraucht hoben a, um an Weg zu finden, wie des dokumentiert wird, eigentlich. Und des is, i glaub, in den meisten Gesundheitszentren noch imma a Problem und bei uns ist des eigentlich a so, dass ma immer wieder auf was Neiches drauf kummen, aha, des kennt ma vielleicht so verbessern ahm, dass einfach die Dokumentation und halt a die Administration einfacher wird."</p>	<p>Administrativer Aufwand wird als sehr groß empfunden. Vor allem initial bestanden Schwierigkeiten einen Dokumentationsweg zu finden.</p>
	Wie erfolgt die Dokumentation	<p>B1: "Ahm anaseits is die ahm Führen der Listen ahm, also dieser Excel Listen. Ahm das is anfoch Doppeldokumentation. Ahm könnte ma vielleicht irgendwie vereinfachen ahm und ehm, wir hom jo, es gibt jo so Formulare ahm a von den Chronikerprogrammen, für a Erstgespräch, zum Beispiel Bluthochdruck und des is als PDF Datei oder ausgedruckt und des is einfoch a Doppeldokumentation, wenn i des nid richtig gut ins jeweilige Arzt System integrieren."</p> <p>I: "Okay also ihr dokumentiert's also schriftlich und per PC donn."</p> <p>B1: "Genau, na wir hom donn gonz aufgehört diese Dokumente zu verwenden, weil anaseits sind sie viel zu umfangreich, ähm bei monchen Patienten nid, oba bei monchen schon und ahm zweitens homma a damit aufghört, weil's eben Doppeldokumentation is ahm."</p> <p>I: "Und wie dokumier ... dokumentiert's ihr donn?"</p> <p>B1: "Wir dokumentieren in unser Arzt System rein. Genau. Als Fließtext."</p>	<p>Es erfolgt eine Doppeldokumentation, da einerseits die Excel-Listen geführt werden und andererseits die Dokumentation als Fließtext ins PVE-interne Arztsystem erfolgt. Die Papier-Dokumentationsbögen von den Chronikerprogrammen werden in dieser PVE nicht mehr verwendet, da sie als zu umfangreich empfunden werden.</p>

<p>Stärken und Schwächen der angewendeten Dokumentationsform</p>	<p><b>I:</b> "Okay als Fließtext. Und wie empfindest du des, läuft des gut, oder ...?"  <b>B1:</b> "Ahm do homma a long gebraucht, bis wir des, bis wir den richtigen Weg gfunden hom, weil ahm im Fließtext, also bei aner Kartei, wenn die Patienten sehr oft kummen wegen ondere Sochen a, woa des am Anfang sehr unübersichtlich zruck zu scrollen vor an hoiben Jahr zum Beispiel, um zu schauen, wos hob i do mit dem Patienten eigentlich ahm besprochen und wir hom des jetzt a so gregelt, dass ahm wir, die in der Chronikerversorgung ahm arbeiten, tätig sind, an eigenen Kartei-Reiter hom. Des haßt, wenn i auf diesen klick, sind alle ahm alle Einträge, egal wer des gmocht hot, zu diesen Patienten, wos die Chronikerversorgung ongeht auf an ahm, auf an Klick übersichtlich zsongfosst und des find i is a sehr gute, des is a sehr gute Möglichkeit."  <b>I:</b> "Und des is bei euch aber jetzt hausintern."  <b>B1:</b> "Des is bei uns hausintern, jo jo. Des mocht leider jedes Gesundheitszentrum anders, weil jeder, jede a andere a anderes Arzt System hat eigentlich. Das Programm. Genau."</p>	<p>In dieser PVE wurde an einer Lösung für die Dokumentation gearbeitet. Es wurde im hausinternem Arztprogramm ein eigener Kartei-Reiter für die Chronikerprogramme geschaffen, der alle Chroniker-Einträge einer Patientin bzw. eines Patienten anzeigt. Dies wird als guter übersichtlicher Dokumentationsweg empfunden.</p>
<p>Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration</p>	<p><b>I:</b> "Okay oba und gebe es do no irgendan Verbesserungsvorschlag?"  <b>B1:</b> "Jo do wäre es doll ähm um anaseits a gute Übersicht zu haben, oba a ondaraseits vielleicht a bessere Evaluation a mochen zu können ahm, etwas Einheitliches ah, ein einheitliches Blatt wie zum Beispiel des VU Blatt, also des Vorsorgeuntersuchungsblatt, wos ja in da gonzen Steiermork, in gonz Österreich gleich is oder so wie des ähm ähm Therapie-Aktiv, des Disease Management Programm für Typ 2 Diabetiker, des is für jeden gleich [...]  und do is, in jedem Orzt System schaut's gleich aus ahm, des kann ma olles elektronisch erfassen und ahm genau und des wär sehr wünschenswert, wenn sowas wie die onderen Erkrankungen in den Chronikerprogrammen eigentlich a geben würde."  <b>I:</b> "Okay und wos host du gmeint zur Evaluation, dass do a Verbesserung ...?"  <b>B1:</b> "So wie zum Beispiel beim bei diesem Therapie-Aktiv, disease management programm Blatt ahm hot ma donn a Zusammenfassung, des muas ma a moi im Jahr absenden, des is für die Kronenkassen donn, des sendet ma amoi im Jahr ab, so wie wir des ja eigentlich a mit den ondern Erkrankungen mochen, dass des a moi..., dass die Patienten zumindest a moi im Jahr zu dieser Follow-Up Untersuchung kummen und do gibt es dann immer a Zusammenfassung und da steht zum Beispiel im Jänner 2022 ahm wor da Patient do, im Jänner 2023 wieder und donn kann man anzelne Labor-Parameter, oba a Ziele vergleichen. Genau, do steht zum Beispiel HbA1c im Jänner 22 wor 7 und a Jahr später 6,5 zum Beispiel ... und do hot ma auf an Blick übersichtlich ähm, ob's äh ... also äh ob si was verbessert oder verschlechtert hat. Und da wir jo in den Chronikerprogrammen ondere Parameter herziehen, also nid nur a Labor-Parameter, sondern eben a Vitalparameter oder verschiedene Fragebögen, die wir onwenden ahm so wie zum Beispiel den ahm Frax-Fragebogen bei Osteoporose könne ma zum Beispiel schauen, wos hot sie zum vurigen Jahr zu diesem Jahr verändert auf an Blick, ohne dass i halt immer a bissl nachsuchen muss, sog ma so."  <b>I:</b> "Ok, also des fehlt noch dann."  <b>B1:</b> "Und des her i a von den ondren Gesundheitszentren, dass des a große ... a großes Hindernis eigentlich noch is diese Dokumentation, weil's holt jeder a bissl anders und a a bissl unübersichtlich is."  <b>B1:</b> "Ahm jo am Onfong hom ma miassn des Team und a jetzt immer wieder, des Team sensibilisieren äh, wos diese Chronikerprogramme eigentlich sind. Ahm vor allem die Ordinationsassistentinnen, die a die Termine vereinboren. Ahm wos sunst administrativ a ähm, a einfach a hoher Aufwand is, wos i vorher scho gsogt hob, is immer dieses Wiedereinladen und immer</p>	<p>Wünschenswert wäre eine einheitliche (digitale) Dokumentation für alle PVE in den Chronikerprogrammen. Vergleichbar mit den Vorsorgeuntersuchungsblättern oder dem DMP Therapie-Aktiv. Solch eine einheitliche elektronische Dokumentation würde eine Evaluation des Patientenverlaufs ermöglichen, da man anhand dieser Dokumentation eine Zusammenfassung der Krankheitsentwicklung einer Patientin bzw. eines Patienten im vergangenen Jahr erstellen könnte.</p> <p>Finden einer Lösung, um den großen zeitlichen Aufwand zu reduzieren, der beim regelmäßigen Überprüfen der Patientenkarteen auf ausstehende Kontrolltermine und Einladen der Betroffenen zu den Terminen entsteht.</p>

		<p>dieses ahm, i muas mir donn jo immer die Kartei von diesen Patienten anschauen, um zu sehen ahm, wonn wor a wirklich des letzte Mol do ahm und do is es sehr viel Zeitaufwand und do denk i, gibt's vielleicht a irgendwie a bessere Lösungen, auf die ma oba nu nid kummen sind [lacht]. Genau."</p>	<p>Praktisch wäre ein automatisches Erinnerungssystem, welches das Gesundheitspersonal an anstehende Kontrolltermine und im Optimalfall auch die Patientin bzw. den Patienten direkt automatisch erinnert. Weiters könnte mehr Aufklärungsarbeit bei den Patientinnen und Patienten die Quote zur Einhaltung der Kontrolltermine verbessern.</p>
		<p>I: "Okay und wenn i des so richtig verstanden hob, wos ma tun könnte, damit sie de Kontrolltermine besser einholen, wäre anfoch Aufklärung mehr."  <b>B1:</b> "Ja genau, genau Aufklärung. Ja, ja, und vielleicht was ma so technisch machen könnte, wär vielleicht a irgendwie so a automatisches Erinnerungssystem zum Beispiel, aber des hoben wir ned. Ähm i was a ned, i glaub die ondern Gesundheitszentren a ned, sowas wäre holt irgendwie toll, wos donn vielleicht einfach wieder rein ... reinschreiben kann irgendwie in an Jahr holt Follow-Up Termin und die Patienten donn automatisch irgendwie eingeladen werden und des wär natürlich von der zeitlichen Ressource her sehr praktisch."</p>	<p>Finden einer Lösung, um den großen zeitlichen Aufwand zu reduzieren, der beim regelmäßigen Überprüfen der Patientenkarteien auf ausstehende Kontrolltermine und Einladen der Betroffenen zu den Terminen entsteht. Praktisch wäre ein automatisches Erinnerungssystem, welches das Gesundheitspersonal an anstehende Kontrolltermine und im Optimalfall auch die Patientin bzw. den Patienten direkt automatisch erinnert. Weiters könnte mehr Aufklärungsarbeit bei den Patientinnen und Patienten die Quote zur Einhaltung der Kontrolltermine verbessern.  Prinzipiell Ja, derzeit bedürfen sie aber noch einer gewissen Adaption (zB.: Einführen einer einheitlichen elektronischen Dokumentation).</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Alltagstauglichkeit Chronikerprogramme</p>	<p>Sind die Chronikerprogramme praktikabel/alltagstauglich</p>	<p><b>B1:</b> "Mhm also ähm ... i find es is für, also wenn ma's ahm praktikabel mocht mit dem Gonzen, wos ma jetzt gredet hoben, ahm wenn ma sich do a moi eingunden hot, wie es am besten funktionieren könnte, a so in der eigenen Praxis, in der eigenen Ordination, dann is des find i, wirklich für olle a Bereicherung, weil also die Ärzte und die Ärztinnen wern anfoch entloset, die Patientinnen hoben einfoch wirklich sehr, sehr vül davon und ähm ... durch die Chronikerprogramm is a eben diese interdisziplinäre Zusammenarbeit von der Pflege und den anderen Berufsgruppen mehr gwurden und intensiver gwurden. Und i find ahm a äh die Berufsgruppe der Pflege ähm wird dadurch a bissl ähm, wie sogt ma ... der Tätigkeitsbereich wird endlich ähm ausgenutzt also die Pflege können endlich des mochen, für des se eigentlich a ausgebildet is ahm. Genau. Also es wird a bissl, wie sogt ma denn dazua, ähm verbessert einfach."  I: "Aufgewertet."  <b>B1:</b> "Aufgewertet. Genau, genau."</p>	<p>Wenn man die Chronikerprogramme noch etwas adaptiert, dann werden sie als praktikabel empfunden, da sie als Bereicherung für alle gesehen werden. Ärztinnen bzw. Ärzte werden entlastet und die Patientinnen bzw. Patienten profitieren. Außerdem wurde durch die Chronikerprogramme die interprofessionelle Zusammenarbeit mehr und intensiviert, wodurch der pflegerische Tätigkeitsbereich voll und ganz ausgenutzt wird und es dadurch auch zu einer Aufwertung des Pflegeberufes kommt.</p>
	<p>Begründung zur Einschätzung der Alltagstauglichkeit</p>	<p>I: "Ok und wos müsste man olles mochen, um's am besten in den Alltag integrieren zu können? Also wos, wos bedeutet ... wo muss ma mehr oder weniger mochen?"  <b>B1:</b> "Ahm also weniger: damit hob i gmant ahm dieses Dokumentationsblatt a bissl zu adaptieren und a bissl zu verkürzen. Es sind a bei mhm monchen mhm, also bei den Programmen Untersuchungen dabei, die anfoch ned alltagstauglich sind, wie zum Beispiel dieser 6 Minuten Gehtest. Den hob i nu nie gmocht [lacht] und genau. Also man könnte die Programme noch a bissl adaptieren, verkürzen. Und wos i gmeint hob mit ahm Mehr ... Also hold a einfoch einfocher mochen, wenn's irgendwos Elektronisches geben würde, des wäre echt wirklich toll. Ahm wos Elektronisches, wos für alle gleich is, wo ma a Doppeldokumentation vermeidet, wo ma ned extra a irgendwie imma a extra Liste führen muas und so, sondern einfoch, dass des a bissl vereinfacht wird. Mhm und wos es mehr geben könnte ahm, wos wir holt jetzt a vol, wos i ma sölbst imma so</p>	<p>Überarbeitung und Kürzung der Dokumentationsblätter, da manche Aufgaben nicht alltagstauglich sind (zB.: 6 minütiger Gehtest.)  Umsetzung der gewünschten Verbesserungen hinsichtlich der Dokumentation/Administration (siehe jene Unterkategorie).  Validierte Patientenbroschüren, die die PVEs an die Patientinnen und Patienten austeilten können.</p>

		<p>zsamgsucht hob, sind vielleicht a so, wie sull i sogen ahm, was wos i den Patienten oder der Patientin mitgeben könnte, ahm so wie de Diätologen, dem ahm vül anfoch so Patientenbroschüren, die getestet wurden sind, die ma wirklich a den Patienten oder Patienten mitgeben können, wo ma was die passen a und des fällt in der Pflege und in der Chronikerversorgung so a bissi. Also ahm wir hom jetzt immer gschaut, dass man söbst so a bissi ahm wos uns zsomschreiben so wie a Handout, wos ma den Patienten donn mitgeben können, oba des halt wär natürlich fein, wenn es schon wos geben würde ahm, wieder wos Einheitliches, wos ma einfoch den Patienten donn in die Hand geben kann."</p> <p>I: "Okay und ihr hobt's also hausintern momentan selbst erstellte so Infoblätter?"</p> <p>B1: "Genau, zu gewissen Themen ja. Genau. Aber des is natürlich auch immer zeitaufwendig und schwierig, weil des muas jo a ähm a von der Literatur her passen. Man kann jo ned einfoch [lacht], i moan, also irgendwos schreiben, also es muas jo a Hond und Fuaß hoben, es muss jo wissenschaftlich passen, es muas jo immer reviewed werden, ob des e passt, wos ma do rausgibt und so, des is a eher zeitaufwendig. Genau. Des könnte man a vielleicht noch für die Gesundheitszentren in den Chronikerprogrammen zur Verfügung stellen."</p>	
	<p>Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit</p>	<p>I: "Ok und wos müsst man olles mochen, um's am besten in den Alltag integrieren zu können? Also wos, wos bedeutet ... wo muss ma mehr oder weniger mochen?"</p> <p>B1: "Ahm also weniger: damit hob i gmant ahm dieses Dokumentationsblatt a bissl zu adaptieren und a bissl zu verkürzen. Es sind a bei mhm monchen mhm, also bei den Programmen Untersuchungen dabei, die anfoch ned alltagstauglich sind, wie zum Beispiel dieser 6 Minuten Gehtest. Den hob i nu nie gmocht [lacht] und genau. Also man könnte die Programme noch a bissl adaptieren, verkürzen. Und wos i gmeint hob mit ahm Mehr ... Also hold a einfoch einfocher mochen, wenn's irgendwos Elektronisches geben würde, des wäre echt wirklich toll. Ahm wos Elektronisches, wos für alle gleich is, wo ma a Doppeldokumentation vermeidet, wo ma ned extra a irgendwie imma a extra Liste führen muas und so, sondern einfoch, dass des a bissl vereinfacht wird. Mhm und wos es mehr geben könnte ahm, wos wir holt jetzt a vol, wos i ma söbst imma so zsamgsucht hob, sind vielleicht a so, wie sull i sogen ahm, was wos i den Patienten oder der Patientin mitgeben könnte, ahm so wie de Diätologen, dem ahm vül anfoch so Patientenbroschüren, die getestet wurden sind, die ma wirklich a den Patienten oder Patienten mitgeben können, wo ma was die passen a und des fällt in der Pflege und in der Chronikerversorgung so a bissi. Also ahm wir hom jetzt immer gschaut, dass man söbst so a bissi ahm wos uns zsomschreiben so wie a Handout, wos ma den Patienten donn mitgeben können, oba des halt wär natürlich fein, wenn es schon wos geben würde ahm, wieder wos Einheitliches, wos ma einfoch den Patienten donn in die Hand geben kann."</p> <p>I: "Okay und ihr hobt's also hausintern momentan selbst erstellte so Infoblätter?"</p> <p>B1: "Genau, zu gewissen Themen ja. Genau. Aber des is natürlich auch immer zeitaufwendig und schwierig, weil des muas jo a ähm a von der Literatur her passen. Man kann jo ned einfoch [lacht], i moan, also irgendwos schreiben, also es muas jo a Hond und Fuaß hoben, es muss jo wissenschaftlich passen, es muas jo immer reviewed werden, ob des e passt, wos ma do rausgibt und so, des is a eher zeitaufwendig. Genau. Des könnte man a vielleicht noch für die Gesundheitszentren in den Chronikerprogrammen zur Verfügung stellen."</p> <p>Nach Aufzeichnungsende noch erfolgtes Statement, das lt B1 in die Auswertung soll: Die Chronikerprogramme sollten honoriert werden.</p>	<p>Überarbeitung und Kürzung der Dokumentationsblätter, da manche Aufgaben nicht alltagstauglich sind (zB.: 6 minütiger Gehtest.)</p> <p>Umsetzung der gewünschten Verbesserungen hinsichtlich der Dokumentation/Administration (siehe jene Unterkategorie).</p> <p>Validierte Patientenbroschüren, die die PVEs an die Patientinnen und Patienten austeilten können. Honorierung der Chronikerprogramme.</p>

Tabelle 39: Interviewtranskription B1

## 6.4.6 Interviewtranskription B2

	Unterkategorie	Zitat	Zusammenfassung
Strukturierte Betreuung	Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten	I: "[...] Stellt es für Sie a Veränderung zu Ihrem bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten dar?" B2: "Eigentlich nicht, weil wir das in der Ordination schon immer so gehandhabt haben. Also wir hobn die...die ahm zum Beispiel Bluthochdruckpatienten immer schon ahm jährlich sowieso eigentlich Ganzheitsuntersuchung gemacht ahm und die immer wieder zwischendurch, wenn sie gekommen sind, Blutdruckkontrollen, aber auch a Gespräch geführt, also bei uns hat si da eigentlich net wirklich viel verändert."	Nein, die Chronikerprogramme stellen in dieser PVE keine Veränderung zum bisherigen Umgang mit Hypertonie dar, da diese Art der Betreuung schon vor den Chronikerprogrammen gehandhabt wurde.
	Stärken einer strukturierten Betreuung	I: "Ok, jo und was finden Sie, wenn Sie des scho so viele Jahre betreuen, ahm gut oder was sind so Stärken von so ana strukturierten Betreuung." B2: "Ah, ich find des sehr gut und durch diese Betreuung is es a so, dass die Patienten immer wieder daran erinnert werden, dass sie eben ah den Lebenswandel einhalten oder verändern, dass sie ihre Tabletten regelmäßig nehmen und dadurch können ja auch ahm Spätfolgen verhindert werden, wenn ma die Patienten immer genauer überwacht und immer mit ihnen Gespräche führt." I: "Ok, also wenn i des dann richtig versteh, es is wie so a dauerhafte Erinnerung für die Patienten." B2: "Genau und ma hat wieder eine eine Motivation, damit sie auch so weitermachen, ja."	Die Kontrolltermine führen bei den Patientinnen und Patienten zu einer regelmäßigen Erinnerung und erzeugen Motivation die Therapie einzuhalten bzw. einen gesunden Lebensstil zu verfolgen. In weiterer Konsequenz werden dadurch Spätfolgen verhindert.
	Schwächen/Herausforderungen einer strukturierten Betreuung	I: "Ok. Und gibt es auch irgendwölche Schwächen oder irgendwelche Herausforderungen bei so einer strukturierten Betreuung?" B2: "Herausforderungen sind amal die Sprachbarriere, weil wir a sehr viele Patienten hobn, die ahm schlecht oder sehr wenig Deutsch sprechen und diese Patienten sind auch schwer motivierbar das einzuhalten und sich afoch mit der Krankheit zu beschäftigen." I: Weil bei so ana strukturierten Betreuung sozusagen viele Besprechungen notwendig sind." B2: "Genau, genau ja."	Häufig vorhandene Sprachbarrieren erschweren die Vermittlung eines Krankheitsverständnisses und das Motivieren zur Einhaltung der Gesundheitsziele.
	Verbesserungen bezüglich strukturierter Betreuung	I: "Ok, verstehe und hätten Sie irgendwelche Verbesserungsvorschläge hinsichtlich einer strukturierten Betreuung, gäbe es da no Verbesserungspotenzial ... in den Chronikerprogrammen jetzt?" B2: "Jo, es is so...würde ich sagen, dass ma vielleicht den ah Diplomierten ahm bissl mehr Zeit einräumen könnte, damit sie do für diese Kontrolluntersuchungen und für die Gespräche bisschen mehr Freiraum hätten, weil so is des doch in der Ordination auch in Österreich noch integriert und ah zwischendurch is des so, dass des net immer ganz so gemacht werden kann, also man hat net so viel Zeit zur Verfügung, wie ma sich wünschen würde." I: "Ok, und wie könnte man diese Zeit schoffn? Hätten Sie do Ideen?" B2: "Jo es is so, natürlich is des auch eine finanzielle Belastung und wenn ah dort a bissl a mehr a Unterstützung wäre ah, dass die Ärzte da eben des ahm auch durchführen können und ah und dann auch die die ah Diplomierten mehr Zeit zur Verfügung stellen, das heißt sie müssten auch länger arbeiten oder mehr ... zwei Vollzeit arbeiten oder mehrere Stunden arbeiten würden und des is natürlich a Kostenfrage." B2: "Jo, also wir machen's jetz so, wenn ma zu zweit sind ... vorher da war ich allein, do woa des sowieso schwer zu einzuteilen ah, wenn ma zu zweit sind, könn ma des schon so machen, dass wir die Stunden eben so verlagern, dass des ahm außerhalb der Ordinationszeit oder am Ende der Ordinationszeit is und dass ma die Patienten dann dort hin sich terminisiert und dann kann man sich besser mit ihnen dann auseinandersetzen."	Es sollte mehr Zeit für die Pflege zur Durchführung der Chronikerprogramme geschaffen werden. Zumindest zwei DGKPs sollten für die Chronikerprogramme vorgesehen werden, um die Kontrolltermine flexibler einteilen zu können. Weiters sollten finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, damit die Pflege mehr Stunden in die Chronikerprogramme investieren kann bzw. weiteres Gesundheitspersonal in den Chronikerprogrammen involviert werden kann.

		I: "Ok, mochn Sie des so?" B2: "Des sind a schu zwa glaub ich pro Ordinationen nötig, weils einfoch besser geht."	
	Vorschläge selbst oder intern im Team einen Beitrag zu Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung zu leisten	I: "Mhm, mhm. Und abgesehen von diesen finanziellen Beitrag, gäbe es auch für Sie selbst oder im in...internen Team irgend a Möglichkeit do bei...dazu beizutrogn...zu diesen Verbesserungen?" B2: "Jo, also wir machen's jetz so, wenn ma zu zweit sind ... vorher da war ich allein, do woa des sowieso schwer zu einzuteilen ah, wenn ma zu zweit sind, könn ma des schon so machen, dass wir die Stunden eben so verlagern, dass des ahm außerhalb der Ordinationszeit oder am Ende der Ordinationszeit is und dass ma die Patienten dann dort hin sich terminisiert und dann kann man sich besser mit ihnen dann auseinandersetzen." I: "Ok, mochn Sie des so?" B2: "Des sind a schu zwa glaub ich pro Ordinationen nötig, weils einfoch besser geht."	Terminierung der Kontrolltermine außerhalb der Ordinationszeiten.
Patientenverhalten	Terminvereinbarung für Kontrolluntersuchungen	I: "Mhm, mhm. Und wenn ma schon dabei sind. Wie erfolgt bei Ihnen die Terminvereinbarung mit den Patientinnen und Patienten?" B2: "Ahm, wenn sie si...sie kommen ja, die Medikamente teilweise holen oder ah per Email haben wir's jetz auch schon. Ahm, da werden sie drauf angesprochen ... weil des bei uns im Programm oben, haben wir eine Kabelleiste, dort wird des vermerkt, dass des schon wieder notwendig ist und ah die die nicht kommen, hob ma genaue Aufzeichnungen die werden dann ahm persönlich kontaktiert, telefonisch oder per Email dass die Kontrolluntersuchung wieder notwendig wäre." [...] B2: "[...]Und zu der Zeit is des Problem, die größte Herausforderung is, dass jetz zwar unsere Patientinnen eben olles elektronisch haben, aber die Liste für die Chronikerprogramme und die Bögen is noch immer schrif... noch immer handschriftlich zu machen leider." I: "Die Dokumentationsbögen?" B2: "Genau, genau. Und da ham ma auch eben vorher dann die Liste drinnen mit den Daten, wann war die letzte Untersuchung und des muss ma uns leider so durchschauen. Sonst könn ma uns a so selber a Excel Datei anlegen, aber es gibt leider noch keine."	In dieser PVE wird eine handschriftliche Liste über die Kontrolltermine einer Patientin bzw. eines Patienten geführt. Diese Liste wird durchgesehen und wenn der nächste Kontrolltermin fällig ist, wird das in der Ordinationssoftware vermerkt. Patientinnen und Patienten, die in die Ordination kommen um zum Beispiel Medikamente abzuholen, werden direkt angesprochen. Jene anderen werden telefonisch oder per E-Mail kontaktiert.
	Einhaltung der Kontrolltermine	I: "Ok, ok. Und ähm halten die Patienten dann die Kontrolltermine meistens ein und wenn nicht warum haltens sies nicht ein." B2: "Pff, ahm es is so meistens da, also sag ma so, achtzig Prozent der Patienten sind froh, dass sie überwacht werden und halten auch die Termine ein und wenss nicht geht, a poa hamma natürlich dabei, die des sowieso negieren, die mussma dann auch wenss nach einiger Zeit ned geht, ausschließen, weil sie afoch net...keine Compliance da ist und bei vielen is es so, dass ma die Termine verschieben müssen, weil sie ahm oft Schichtwechsel haben, dass sie dann anders oabeitn und dann vom Dienstgeber dann ah schwer freibekommen und da mussma des hoit zu am andren Termin machen."	80% der Patientinnen und Patienten sind froh über die Betreuung in den Chronikerprogrammen und halten die Kontrolltermine ein.  Oftmals sind Terminverschiebungen notwendig aufgrund terminlicher Veränderungen in der Arbeit bei den Patientinnen und Patienten.  Ein paar negieren die Krankheit. Solche Patientinnen und Patienten werden nach einiger Zeit aus dem Programm ausgeschlossen, da keine Compliance vorhanden ist.

<p>Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele</p>	<p><b>I:</b> "Wenn die Patienten dann mol involviert sind in dem Programm, sans dann auch großteils motiviert ihre ahm persönlichen Gesundheitsziele einzuhalten und wenn nicht, warum nicht?"  <b>B2:</b> "Würd is sagen ja mhm ... wir tuan jo zwischendurch immer wieder sogn se solln ahm Blutdruck oder so Protokolle führen, damit ma a do immer wieder sieht wie der Blutdruck is, das is auch sehr motivierend und wenn sie dann natürlich durch ah Sport und so a Gewicht verlieren oder sehen ihre Blutwerte bessern sich, dann sans sowieso motiviert und bei den a Osteoporosechronikern muss i sogn, do is es so, die kommen meistens sowieso entweder drei monatlich oder sechs monatlich zu ihren Injektionen oder zu ihren Infusionen und do hot ma sowieso immer wieder Kontakt zu ihnen direkt und do kann man jo immer wieder sogn „wie geht’s ihnen“ „machen Sie schon“ un und so und des wird eigentlich bis auf einige wenige gut angenommen."  <b>I:</b> "Und diejenigen die des nicht annehmen, woran liegt des?"  <b>B2:</b> "Jo, entweder sind sie so, dass sie schon ahm afoch die Krankheit negieren oder sie sin a bissl dement teilweise bei Osteoporose, die älteren Patienten und des andere is wieder die Sprachbarriere. Des Hauptsächliche is eben diese Sprachbarriere, dass die Patienten ahm des nicht so verstehen bezüglich Folgeerkrankungen und so von der Ernährung her auch sehr schwierig, weil die sehr viel Fleisch essen und so, also do is es schon ah eine Herausforderung ihnen des so glaubhaft oder so zu erklären, dass sie des auch dann begreifen oder a wirklich speichern, würd ich sogn."</p>	<p>Der Großteil ist motiviert zur Einhaltung der Gesundheitsziele.</p> <p>Messwerte, wie Blutdruck, Gewicht oder Laborwerte, motivieren sehr.</p> <p>Auch bei anderweitigen Kontakten mit den Patientinnen und Patienten, unabhängig von den Kontrollterminen, erinnert das Gesundheitspersonal die Patientinnen und Patienten die Gesundheitsziele zu verfolgen und fragt nach dem aktuellen Wohlbefinden.</p> <p>Gründe warum Patientinnen und Patienten die Gesundheitsziele nicht verfolgen: Verleugnung der Krankheit, Demenz bzw. der Hauptgrund sind eventuell vorhandene Sprachbarrieren.</p>
<p>Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme</p>	<p><b>I:</b> "Ok, ok. Ahm jo weil wir schon bei dieser Gesundheitskompetenz von den Patientinnen und Patienten sind, hobn Sie do im Zuge der Chronikerprogramme a Veränderung in der Adhärenz bemerkt? Hot des etwas bewirkt?"  <b>B2:</b> "Jo, eigentlich schon ja. Jo, wie gsogt die Patienten ah, die dann motiviert sind und sehen ahm durch des, dass sie sich mehr bewegen, also erstens mal is der Wert schöner, man fühlt sich wohler, man nimmt Gewicht ab, es werden die Fette auch schöner und des is schon sehr motivierend für die Leit oder sie sind so a so afoch besser beinaund. Sie fühlen sich viel wohler ja. Also do merkt man schon oder bei den Osteoporotikern, wenn sie eben die Sachen wie Ernährung, Bewegung und Sturzprävention einhalten und auch zu ihren Infusionen kommen, sind ja im Endeffekt dann auch die Schmerzen besser und do merkt man schon, dass sie des dann auch ahm speichern und sogn ok, wenn i so leb und mich so verändere, dann geht’s mir besser."</p>	<p>Adhärenzverbesserung durch die Chronikerprogramme.</p> <p>Gründe für die Motivation die Therapie einzuhalten: Besserung von Messwerten, Wohlbefinden steigt, Symptomlinderung.</p>
<p>Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme</p>	<p><b>I:</b> "Ok, und könnten Sie da vielleicht von über...also Patientengruppe nennen, wo Sie vor olle Dinge a Verbesserung bemerkt hobn?"  <b>B2:</b> "Ahm, würd ich sagen Frauen sind im Großen und Ganzen sowieso ahm leichter, die verstehen das leichter und führen das auch besser durch und i würd sogn eher die äh Jüngeren...ju jung bis mittelalt, die sind do weit besser zu erreichen."  <b>I:</b> "[...] hobn Sie im Zuge der Chronikerprogramme a Veränderung in der Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten bemerkt, also vor ollen Dingen wenss darum geht, um’s Treffen von gemeinsamen Entscheidungen oder um’s Verstehen und Anwenden von Gesundheitsinformationen?"  <b>B2:</b> "Jo...würd ich sagen auch die die Mittel Mittelalter...die sind do ah besser zugänglich und und do merkt man a, dass sich des, dass si die des auch ah wirklich ah speichern und dass se sich wirklich auch umstellen und und des a mochn würd ich sagen."  <b>I:</b> "Also so des Verständnis für Gesundheit und Krankheit."  <b>B2:</b> "Genau, dass des besser wird. Also (?) die Mittelschicht so...jo man kauns net so genau sogn net, oba mehr sicher zwischen 30 und 50 eher würd i sogn ... de san do doch scho, de überlegen scho bissl was könnte passieren und so."  <b>I:</b> "Mhm, mhm. Und woran scheitert des dann eher bei den älteren Patientinnen und Patienten."</p>	<p>Vor allem Verbesserung in der Adhärenz bei Frauen und bei jungen bis mittelalten Patientinnen und Patienten.</p> <p>Verbesserung des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses.</p> <p>Verbesserung in der Patienteneigenverantwortung - vor allem bei Patientinnen und Patienten im mittleren Alter (30 - 50 Jahre). Bei älteren Menschen eher keine Motivation vorhanden ihren gewohnten Lebensstil zu ändern und an den Kursen teilzunehmen.</p>

		<p><b>B2:</b> "Jo des is so, wenn die schon amal jahrzehntelang ka Bewegung mehr gmocht hom oder vom Rauchen net wegkommen ähnm, dann is ... sie sogn zwar sie machens und sie werdens versuchen, aber der Geist is schwach, würd i sogn, oder sehr wenige, dei si dann do a sogn, ok jetzt werd i mit 65 faung i erst richtig aun mich regelmäßig zu bewegen oder zu gehen ... de hobn scho so a Ernährung, des immer mochn ... des is sehr schwer. Und die wollen auch nicht an Kursen teilnehmen und wenn sie eben diese Sturzprävention und so gibt, muss ich sagen san hauptsächlich ältere Damen die des wirklich ah auch in Anspruch nehmen, sog ma so, weil wir hobn do diese Bewegungskurse und eben a Sturzprävention und Osteoporoseturnen und do san fost nur Frauen, gaunz sölt'n dass Männer sand."</p>	
Kompetenzaufteilung	Stärken einer Kompetenzaufteilung	<p>I: "[...]Was finden Sie san so Stärken oder wos finden Sie gut an so ana Kompetenzaufteilung?"  <b>B2:</b> "Jo also i find gut, dass die Diplomierte jetzt mehr Kompetenzen hat [...]"</p>	Mehr Kompetenzen für die Pflege.
	Schwächen/Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung	<p>I: "Ok, ok. Und wos würden Sie so als Schwächen oder als Herausforderungen ansehen bei ana so ana strukturierten Kompetenzaufteilung?"  <b>B2:</b> "Jo, des is jetzt schwierig. Also i find, dass des de Aufteilung so wie's jetzt is passt und Probleme ... wenn der Arzt in der Nähe is ... bei uns is es ja so ahm ... i war in [Ort], da is die Schwester alleine mit dem Patienten und do gibt's den Ansprechpartner Arzt erst ein Stockwerk oder zwei Stockwerke höher und des is bei uns ahm so, wir arbeiten ja miteinander. Wir sind do immer in einer Praxis zusammen und nur getrennt durch durch Räume und do gibt's des eigentlich net, weil da kann man jederzeit kontaktieren, man kann jederzeit a kurze Frage stellen oder so weil des mehr zusammen ineinander geht, würd i sogn. Do würd i eigentlich sagen, des passt. Is gut gut gemacht in Österreich find ich, ja."</p>	Um schnell und einfach als DGKP Rücksprachen mit der Ärztin oder dem Arzt halten zu können, muss eine räumliche Nähe in der Ordination vorhanden sein.
	Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme	<p>I: "[...]Was finden Sie san so Stärken oder wos finden Sie gut an so ana Kompetenzaufteilung?"  <b>B2:</b> "Jo also i find gut, dass die Diplomierte jetzt mehr Kompetenzen hat, weil a, wenn as Personal vorhanden is, auch die dann mehr Zeit für den Patienten dann hobn, weil der Arzt, wenn do zweihundert Leit am Vormittag sand, der steht so unter Druck, dass sie die Zeit dafür nicht hat und er braucht des ja auch nicht, weil wenn ah eine Diplomierte des mit dem Patienten so besprechen kann ah, überwachen kann und ah schauen kann, ob er die Medikamente nimmt, dann kann sie dem Arzt des abnehmen und wens wirklich is, dass er schlecht eingestellt is und dass afoch ahm der Patient mehr Schmerzen hot ahm oder des afoch net funktioniert, dann is es gut, wenn der Arzt vorhanden is, dass ma dann ihn kontaktieren kann und ihm sogen kann, bitte...da muss ma was ändern. Und dafür is die Diplomierte da, dass sie die Arbeit abnimmt, weil die Ärzte de san wirklich sehr unter Druck muss i sogn."  I: "Also, sie sehen des so als Entlastung für die Ärzte."  <b>B2:</b> "Für die Ärzte und als doch a Aufwertung der Diplomierten."</p>	Ärztinnen und Ärzte stehen sehr unter Zeitdruck bei der Vielzahl an Patientinnen und Patienten. Die Pflege hat, sofern ausreichend Personal vorhanden ist, mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten. --> Entlastung der Ärztinnen und Ärzte.
		<p>I: "Ok, ok. Und ähm...hot sich durch ... bei Ihnen im Zuge der Chronikerprogramme a Änderung in Ihrem Aufgabnbereich ergeben?"  <b>B2:</b> "Jo, also es is eine Aufwertung gewesen, weil ähm wir hobn zwoa auch die Vorbereitung für die Gesundenuntersuchung und des hobn wir sowieso immer gemacht, nur der direkte Kontakt und ahm mehr Entscheidungsmöglichkeit oder Entscheidungsgewalt hobn wir dadurch bekommen, weil wir sogn können ahm wegen dem Blutdruck, wegen der Einstellungen und so können wir do jo auch auf den Patienten einwirken ... des woa vorher ja net des hot immer der Oazt gmocht...wir woan nur eigentlich für die Pflege, für Verbände, für Vorbereitungen, für jo Injektionen Infusionen zu ah zuständig, oba net, dass wir jetzt sogn, ok wir haben diesen Patienten und wir können den alleine ah behandeln praktisch mehr oder weniger oder überwachen."</p>	Aufwertung des Pflegeberufes, weil sie in den Chronikerprogrammen mehr Entscheidungsmöglichkeiten und mehr Entscheidungsgewalt bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten haben.

	Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung	I: "Also Sie würden auch nichts mehr ändern an der Aufgabenaufteilung, die jetzt bei den Chronikerprogrammen..." B2: "Nein, also ich würd...i würd i find des guat, so wie's jetzt is ja."	Keine Verbesserungswünsche.
	Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme	I: "Mhm, mhm. Und hat sich für Sie auch eine Veränderung in der Arbeitsauslastung ergeben durch die Chronikerprogramme?" B2: "Jo, also wie i do allan gwen bin, hob i scho vü mehr Oabeit ghobt, weil des Ausfüllen der Bögen und des Gespräch mit den Patienten doch Zeit in Anspruch nimmt und da sollte man sich die Zeit auch nehmen und des is natürlich schon ah so, dass des dann meine Kolleginnen natürlich des ah übernehmen hobn müssen, weil i do holt längere Zeit gebraucht hob und deswegen bin i froh, dass jetza grad a Kollegin da is, die des wirklich dann a, wie gsogt, zeitmäßig anders einteilen kann und des mochn kann dann." I: "Also würden Sie sogn jetzt is es wieder von der Arbeitsauslastung ausgeglichen?" B2: "Ja." I: "Ok. Jo also es woa der Anfang..." B2: "Es is besser geworden auf jeden Fall ja, zeitmäßig." I: "Ok, also der Anfang wenn ma des System implementiert is arbeitsintensiv, versteh i des so richtig?" B2: "Auf jeden Fall [...]"	Implementierung der Chronikerprogramme ist am Anfang zeitintensiv - vor allem, wenn nur eine Pflegekraft verantwortlich ist. Durch eine zusätzliche Pflegekraft ist die Arbeitsauslastung wieder ausgeglichen.
	Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen	I: "Mhm, mhm. Und gefällt Ihnen die Oabeit in den Chronikerprogrammen?" B2: "Jo." I: "Also zufrieden?" B2: "Macht Spaß und des is a ja sehr, man lernt sehr viel dazu, wenn man will ... noch immer (lacht)"	Arbeit in den Chronikerprogrammen ist aus pflegerischer Sicht lehrreich und macht Spaß.
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit	I: "Ok, ok. Jo gut wir hobn vorhin schon über die Kompetenzaufteilung geredet ... ahm die Grundlage dafür is eine interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, in dem Fall holt zwischen den DGKPs und den Ärztinnen und Ärzten, ähm finden Sie ... was was san do wieder so Stärken oder was finden Sie gut bei dieser interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen?" B2: "Jo, ich finde gut, dass dem Arzt erst, wie ma scho gsogt hobn, eben Arbeit abgenommen wird dadurch und ich glaube auch, dass wenn eben die Diplomkrankenschwester regelmäßigen Kontakt mit dem Patienten hat, dass eben die Behandlung und die Wirkung der Medikation ... des besser eingehalten wird und a des dem Patienten dann vor Folgeschäden schützt. Auf jeden Fall [...]" I: "Mhm, also wenn ich des richtig versteh, weil die DGKPs andere Informationen erhalten anfoch das jetzt..." B2: "Genau, so is es. Des is meistens so."	Adhärenzsteigerung und weniger Folgeschäden durch die regelmäßige Betreuung der Pflege.  Unterschiedliche Informationsgewinnung durch unterschiedliche Berufsgruppen.
	Schwächen/Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit	B2: "[...] Zwischen Arzt und DGKP sollte halt a gutes Einvernehmen sein und de sollen wirklich a zusammenarbeiten." I: "Ok, ok. Und denken Sie gibt es auch irgendwelche Schwächen oder irgendwelche Herausforderungen bei so einer interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen?" B2: "Jo, die Herausforderungen ... also i i würd sogn, da da Arzt muss halt so eingestellt sein, dass er da ahm dementsprechend der Diplomkrankenschwester das Vertrauen entgegenbringt, dass sie des kann und dass sie des macht, ordentlich macht ne, weil die Verantwortung liegt ja im Endeffekt bei ihm, des find i is wichtig, aber sunst...würd i sogn des passt."	Voraussetzung für eine interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein gutes Einvernehmen und eine gute Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen.  Ärztinnen und Ärzte müssen Vertrauen in die Pflege haben.

	Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Ok, ok. Und hot sich durch die Chronikerprogramme eine Änderung in der interprofessionellen Zusammenarbeit ergeben für Sie?"</p> <p>B2: "Mhm, jo eigentlich woas so ahm wie ich beim Doktor [Arzt] angfangen hob, beim Senior ah ... woa noch keine Diplomkrankenschwester dort vorher und ahm am Anfong ahm woas so, do hot er erst müssen schauen, aha die kann schon das und die macht das und das kann ich ja auch so geben und i kann die do hinschicken zu dem Patienten verbinden und so ... i brauch nicht mehr alles selber machen und ah er hot dann auch gelernt, dass ma eben, wenn ma ah do ah Diplomkrankenschwestern beiseite hot, dass man eben delegieren kann. Des woa der positive Effekt für ihn und für ... bei mir woas eh so, i hab des in dem Feld scho gmocht, aber er hot des jo ah ah sehen müssen, dass des eigentlich positiv ist ja."</p> <p>I: "Aber is des jetzt im Zuge der Chronikerprogramme passiert oder schon vorab?"</p> <p>B2: "Ahm, i glaub des is donn ... des woa genau so ungefähr ... also i hob 2017 angfangen und und des hot eigentlich dann ahm glei ... er hot donn gsogt, dass is super und und ich ich kann des und des passt und er hot do ... des is eigentlich so so verlaufend glei gaungen und dann woan eh scho die Chronikerprogramme und wie ma des erste Mal die Sitzung do ghobt hobn in Graz hot er mi glei mitgenommen hinein ... also i war da immer dabei schon und bei den ahm online Meetings wor i a immer dabei, also i bin do von ihm sofort mit hinein integriert worden von Anfang an."</p> <p>I: Also, versteh i des dann richtig, es hot durch die Chronikerprogramme hobn die Ärzte des dann zu schätzen gelernt wo...wos des bedeutet, wenn ma sie Oabeit aufteilt."</p> <p>B2: "Jo, jo und wie gsog sie hobn des dann sowieso ... die [Person] is do a Verfechterin de wü des sowieso, dass des ah Personal do mehr Kompetenz bekommt und ah eine Aufwertung bekommt des sind a dafür ... wollen und de wollen des a wirklich haben und und des is a a richtig so ja."</p>	Am Anfang ein Lernprozess für Ärztinnen und Ärzte, dass sie Aufgaben zur Pflege auslagern können. Ärztinnen und Ärzte wissen eine Kompetenzaufteilung mittlerweile zu schätzen.
	Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit	<p>I: "Mhm, mhm. Ok, ähm, gäbe es für Sie noch a Verbesserungspotenzial bei dieser interprofessionellen Zusammenarbeit."</p> <p>B2: "Also, i find so wie wir des hobn passts, is des in Ordnung so."</p>	Keine Verbesserungswünsche hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit.
	Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team	<p>I: "Mhm, mhm. Und da erfolgt ja viel Kommunikation dann auch ... wie zufrieden sand sie mit dieser Kommunikation im Team bei Ihnen?"</p> <p>B2: "Sehr zufrieden muss ich sogn. Des funktioniert bei uns sehr gut."</p>	Sehr zufrieden mit der Kommunikation im Team.
Schulungen/ Ausbildungen	Erhaltene Schulungen im Rahmen der Chronikerprogramme	<p>I: "Und weil Sie des jetzt angesprochen hoben mit den Herausforderungen in den Chronikerprogrammen, hoben Sie do irgendwelche Schulungen erhalten zum Durchführen der Chronikerprogramme?"</p> <p>B2: "Ah, ich hab leider noch keine bekommen [...]"</p>	Keine Schulungen im Zuge der Chronikerprogramme erhalten.

	<p>Bereiche mit noch bestehendem Schulungsbedarf</p>	<p><b>B2:</b> "[...] aber ich war da in Graz bei der ... ahm bei der Akademie, wo man eben für Gesundheitsberufe ... mit der [Person] ... do hob i sie amol getroffen bei einer Fortbildung und do hot sie gfrogt, ob ich Lust habe, ob ich da zu diesen ah Treffen kommen kann und do hoben wir eigentlich zusammen ... mit der ÖGK wo a jemand dabei, dann a poa Diplomierte, [...] ... do homa uns getroffen [...] ... also do gibts jetz Module für die Chroniker ah ah Schwestern und des hot erst einmal stattgefunden diese diese Schulung mit diesen Modulen und do is meine Kollegin Frau Doktor [Ärztin] wo a do dabei und do woa i ... do homa des amoi ... was könnte man machen, wie sollte man und wegen der Kompetenz und so ... do hoben wir uns immer getroffen, des woa do beim UKH in Graz."  <b>I:</b> "Und finden Sie gäbe es noch irgendwo Potenzial oder Bedarf für Schulungen in den Chronikerprogrammen?"  <b>B2:</b> "Ich würde sagen ahm, dass die Schwestern die diese Chronikerprogramme, dann diese Überwachung und und eben des durchführen sollten ahm ... wirklich alle Schwestern dann im Laufe der Zeit diese Module machen ... des is sicher sehr guat und [...] des sollte finde ich schon zwingend sein, dass a Schwester de des dann im Laufe ihrer Tätigkeit dann wenigstens amol mocht ja."  <b>I:</b> "Also und diese Module werden bei der Akademieschule in Graz angeboten?"  <b>B2:</b> "Is jetz einmal so gewesen, obs jetz so weitergeführt is, weiß ich nicht, weil des wurde vom Gesundheitsfonds Steiermark unterstützt, des woa ein Pilotprojekt und ah sie wollen des jetz eben, weil es gut angenommen worden is, weiterführen ... weiß ich aber noch nicht wie es weitergehen wird und des is immer so gwesen, des san ah .. do is ahm ... sind sechs oder sieben Module und die werden meistens ahm glaub am Wochenende oder so wird des durchgeführt ah und und in sechs verschiedenen Dings [...]"  <b>I:</b> "Mhm, mhm. Und sie denken, wenn ma diese Module dann durchläuft, dann sollte man gut vorbereitet sein für die Chronikerprogramme."  <b>B2:</b> "Würd ich sagen ja."</p>	<p>Alle DGKPs in den Chronikerprogrammen sollten zumindest einmal je eine Schulung über die chronischen Krankheiten in den Chronikerprogrammen erhalten.</p>
<p>Administrativer Aufwand</p>	<p>Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands</p>	<p><b>I:</b> "Mhm, also würden Sie sogn dass der administrative Aufwand deshalb in den Chronikerprogrammen vermehrt ist?"  <b>B2:</b> "Sehr groß ist ja..."</p>	<p>Sehr großer administrativer Aufwand.</p>
	<p>Wie erfolgt die Dokumentation</p>	<p><b>I:</b> "Und, Sie...dan dann momentan nur mit diesen Papier-Dokumenten dokumentieren."  <b>B2:</b> "Genau. Genau und dann is es so, dann muss ma nu a mol fürn Gesundheitsfonds Steiermark muss ma noch eine Liste führen, wo eben die Patienten angeführt werden [...]"  <b>B2:</b> "[...] und so muss ma alles händisch ausfüllen, dann muss ma des einscannen ah ... man kann do nix mehr verändern [...]"</p>	<p>Papier-Dokumentation, die anschließend eingescannt wird, sowie Führen einer Liste für den Gesundheitsfonds Steiermark.</p>
	<p>Stärken und Schwächen der angewendeten Dokumentationsform</p>	<p><b>I:</b> "Mhm, mhm. Und gibt's da irgendwas Positives an dieser Dokumentationsform momentan? Was ma sozusagen übernehmen könnte?"  <b>B2:</b> "Mhm, net wirklich. (lacht) Des is afoch so vü Oabeit, a Zettloabeiterei. Dann muss mas eini in den in den Ordner und dann muss mas wieder suchen und d...den Kontrollbogen dazueinordnen wül ... also des is scho a...des is kompliziert, wirklich. I man des Programm an und für sich und die Idee is supa, oba die Schreiberei is furchtbar."</p>	<p>Nichts Positives an dieser Papier-Dokumentation. Hoher bürokratischer Aufwand durch die Papier-Dokumentation.</p>

<p>Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration</p>	<p><b>B2:</b> "Also ich würde mir wünschen, wenn des jetzt amol ... des ist jetzt so, das was a Pilotprojekt und ah sollte dann ja jetzt wirklich in allen PVEs gemacht werden und eventuell auch in ganz Österreich. Ich würde mir wünschen, dass es endlich ein Modul gibt, das man ... oder ein Ding, wo man das am Computer abfotografieren kann und net diese Arbeit hat mit den vielen Zetteln. Weil es gibt dieses Diabetikerprogramm ahm ... was wir ja für die ÖGK da ausfüllen müssen einmal im Jahr und da gibt's einen Bogen, wo die Werte reingeschrieben werden und ah ich würde mir wünschen, dass es sowas am Computer gäbe, weil dann könnte man das im Rahmen der Untersuchung schon miteintragen und so muss man alles händisch ausfüllen, dann muss man das einscannen ah ... man kann das nix mehr verändern oder so also das wäre, das wäre mein größter Wunsch, dass man das auch am Computer für alle einheitlich sowas gibt."</p> <p><b>I:</b> "Was würde das dann bewirken, Zeitersparnis oder was wären so die Vorteile wenn man das elektronisch..."</p> <p><b>B2:</b> "Erstens amol a Zeitersparnis. Auf jeden Fall. Dann braucht man net jedes Mal in dem Aktenordner den Patienten heraussuchen, weil wenn ich meine Patientenkartei öffne am Computer dann hab ich alles dort im Computer schon, ich kann das dort öffnen ... also die Sucharbeit und das würde eben wegfallen...und dann kommt man's a so mochn wir haben eben am ahm ... in unserm Computer eine Kabelleiste und wenn man da das einschreibt dann kann man das herausfiltern. Zum Beispiel wer ist jetzt in diesem Monat wieder zur Blutabnahme fällig und das würde alles sehr viel erleichtern."</p>	<p>Für alle teilnehmenden PVE eine einheitliche digitale Dokumentationsform, deren Daten für statistische Zwecke direkt an den Gesundheitsfond Steiermark übermittelt werden können, wodurch sich die zusätzliche Erstellung einer halbjährigen Patientenliste erübrigt.</p> <p>Bei den Daten, die für statistische Zwecke an den Gesundheitsfond Steiermark gehen, sollte es jedoch Bemerkungsfelder geben, um die Daten erklären zu können. Ohne Erklärung der Daten kann keine richtige statistische Auswertung erfolgen.</p> <p>Vorteile einer digitalen Dokumentation: Zeitersparnis, bessere Übersicht über die zu erledigenden Aufgaben.</p>
	<p><b>B2:</b> "Jo wie gsg das ein, das was was mich eben eben ... für mich a Problem ist, ist das ganze ahm mit dem Papierkramerei, dass man das eben kein Programm haben und das ... es sollte einheitlich sein und wenn jeder sein eigenes macht im Computer dann ist das wieder net einheitlich und das zweite ist das, wenn das wirklich gekoppelt werden würde, dann könnte man diesen Bogen ausfüllen und gleich weiterschicken, dann bräuchte man auch nicht alle halben Jahr eine lange Liste ausfüllen. Und damit würde man das jo alles viel einheitlicher mochn und auch besser informiert sein bezüglich Statistik auch und alles."</p>	
	<p><b>B2:</b> "[...] und dann ist es so, dann muss man nu a mal für'n Gesundheitsfonds Steiermark muss man noch eine Liste führen, wo eben die Patienten angeführt werden und da kann man nur hineinschreiben ahm: den Blutdruck, ob er beim Facharzt war, selbst oder ob wir ihn überwiesen haben und ob diese Einstellung das letzte Jahr wahr oder falsch ist. Ich kann nichts dazu schreiben: ist er neu eingestellt, dann kann der Blutdruck noch nicht in Ordnung sein, ist die Co...Compliance falsch oder ahm eine andere Ursache oder irgendwas ... da kann man nix hineinschreiben ... also das wäre ja bei der nächsten Besprechung auch sagen, weil wir haben doch auch ah Chroniker ahm Besprechungen alle zwei drei Monate und da wer man das auch sogn, dass dieser Bogen ... das ist nur für die Statistik und ist in dem Fall ja auch nicht richtig, weil ich kann ja keine Erklärung dazu abgeben, ne. Dann hast's nur es san zu viele schlecht eingestellt, aber sie wissen nicht warum ne. Weil der neu eingestellte kann net guad eingestellt sein, der muss ja mal die Tabletten nehmen...und das kann man dort nicht hinschreiben, weil das ist a bissl schwierig."</p> <p><b>I:</b> "Also es würd so a Notizenerklärungsfeld fehlen."</p> <p><b>B2:</b> "Genau, dass ich mei Bemerkung zumindest dazuschreiben könnte."</p>	

<b>Alltagstauglichkeit Chronikerprogramme</b>	Sind die Chronikerprogramme praktikabel/alltagstauglich	I: "Ok, und wie wie finden Sie ... san die Chronikerprogramme alltagstauglich oder praktikabel?" B2: "Ja, find ich schon, ja. [...]"	Ja
	Begründung zur Einschätzung der Alltagstauglichkeit	B2: "[...] Weil i würd des schon empfehlen, dass ma des, ahm ... es is hald immer so, es is eine Personalfrage, wenn ah a Arzt nicht so viele Patienten hot und sich des Personal nicht leisten kann, dann kann er des net mochn, weil des is zu viel Aufwand. Grundsätzlich is es so, dass deswegen eine Diplomierte is und die Zeit genug hat, find i, dass des in jeder Arztpraxis gemacht werden sollte. Weil des ... die Folgeschäden sind jo des des afoch viele Kosten verursacht und und afoch viel Leid verursacht und des wäre zu verhindern, wenn man des früh genug eben praktiziert." I: "Mhm, also es is Ihrer Meinung nach sozusagen a Managementsoche mit Personal ..." B2: "Genau, ja. Mit auch ja. Genau."	Chronikerprogramme sind wichtig um gesundheitliche Folgeschäden und in weiterer Folge auch Gesundheitskosten und Lebensqualitätseinschränkungen zu reduzieren.  Sofern genügend Personal vorhanden ist, sollten die Chronikerprogramem in jeder Ordination durchgeführt werden.
	Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit	I: "Oder wos müsste man auch mochn, damit die Chronikerprogramme am Besten integrierbar wären?" B2: "Joa, es muss jede Pa...jeder Arzt muss mindestens eine Diplomkrankenschwester haben und eben ... weil des Personal des sonst die Arbeiten erledigt ... weil sonst is des net praktikabel...weil ma jo Zeit dafür braucht." B2: "Jo wie gsog des ein, des was was mich eben eben ... für mi a Problem is, is des ganze ahm mit dem Papierkramerei, dass ma do eben kein Programm haben und des ... es sollte einheitlich sein und und wenn jeder sein eigenes macht im Computer dann is des wieder net ei...einheitlich und des zweite is des, wenn des wirklich gekoppelt werden würde, dann könnte man diesen Bogen ausfüllen und gleich weiterschicken, dann bräuchte man auch nicht alle halben Jahr eine lange Liste ausfüllen. Und damit würde man des jo olles viel einheitlicher mochn und auch besser informiert sein bezüglich Statistik auch und olles."	Mindestens eine DGKP zur Verfügung stellen für die Chronikerprogramme.  Umsetzung der gewünschten Verbesserungen hinsichtlich der Dokumentation/Administration (siehe jene Unterkategorie).

**Tabelle 40: Interviewtranskription B2**

## 6.4.7 Interviewtranskription B3

	Unterkategorie	Zitat	Zusammenfassung
Strukturierte Betreuung	Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten	I: "[...] Stellt dies für Sie eine Veränderung zu Ihrem bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten dar?" B3: "Mhm (zustimmend) ja, auf jeden Fall. Also bei uns oder in meiner Praxis, was vorher oft so, dass Chroniker grad von den chronischen Krankheiten, wo wir jetzt die Disease Management Programme haben, gar nicht, eigentlich gar nicht besonders oder extra behandelt worden sind oder betreut worden sind und ah ... eigentlich schon gar nicht mit dem, mit dem Fokus, dass man wirklich eine Regelmäßigkeit reinkriegt, dass man wirklich kontrolliert und evaluiert, ob das hingehaut hat, was man, was man besprochen hat zum Beispiel oder den Verlauf an sich von der von der Erkrankung."	Ja, die Chronikerprogramme stellen eine Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten dar.  Erst durch die Chronikerprogramme wurde eine strukturierte und regelmäßige Betreuung von chronischen Krankheiten eingeführt.
	Stärken einer strukturierten Betreuung	I: "Und was finden Sie an den Stärken oder was finden Sie gut an so einer strukturierten Betreuung?" B3: "Naja, also erstens trägt generell bei der Qualität, also zur Qualität bei von der Betreuung, weil an sich dadurch, dass es ist strukturiert vorgegeben ist, man nicht vergessen kann. Man hat irgendwie ein so, sowohl die Ärzte, als auch die DGKPs haben an Leitfäden, wo man sie anhalten kann und wo man dann an sich drüberschauen kann und okay die Untersuchung wäre irgendwie noch gescheid oder das sollte man noch machen oder das hat man jetzt schon ein Jahr nicht gemacht, das gerät wieder kontrolliert oder so ... mhm also von dem her, dass einfach die ... wirklich genau, an sich nicht vergessen wird und oba eben, dass man die Leute angebunden hat. Also sonst ist es nicht vorkommen, sondern wir oft irgendwie verloren gegangen sind und irgendwie, wenn sie es selber nicht gemeldet haben oder so, hat man dann nie wiedergesehen und so fällt's irgendwie leichter, da hat man die irgendwie am Schirm und es fällt mir auf, okay der hat sich schon lang nicht mehr gemeldet und man kann und wir können halt eben aktiv auf die Leute zugehen."	Verbesserung der Qualität der Betreuung, da durch die Strukturierung keine Betreuungsschritte außer Acht gelassen bzw. vergessen werden.  Durch eine strukturierte Betreuung sind chronische Patientinnen und Patienten angebunden an die PVEs, wodurch die Betroffenen bzw. deren chronische Betreuung nicht mehr im System untergehen.
	Schwächen/Herausforderungen einer strukturierten Betreuung	I: "Okay okay und gibt es auch irgendwelche Schwächen oder Herausforderungen bei so einer strukturierten Betreuung?" B3: "Hm naja, es ist sicher eine Herausforderung sowas an sich in ein bestehendes System zu integrieren, weil jede Ordination oder jedes Primärversorgungscenter hat schon seine eigenen Strukturen und oft sind sie da holt schon so fix verankert im Arbeitsalltag und dann sowas Komplexes und es ist ja doch relativ aufwendig und eben komplex, da dann zu integrieren, das ist schon eine Herausforderung und das müssen halt dann wirklich alle wollen und alle mitziehen. Also das denke ich, kann manchmal vielleicht schwierig sein und da sollte man halt am Anfang vor allem eh schauen, dass alle gut eingeweiht sind, dass jeder was, um was es geht und dass halt alle dann am, an einem Strang ziehen. Weil sonst ist es, glaub, ein bisschen schwierig wirklich, dass das dann gut umgesetzt." I: "Was sind so Herausforderungen, dass man das integrieren kann?" B3: "Mhm, also im Austausch mit den anderen DGKPs aus den anderen Primärversorgungscentern, mit denen wir gut vernetzt sind, habe ich oft rausgehört, dass das es zeitlich schwierig ist, ahm dass die an sich die DGKPs schwer zeitlich freigespielt werden können. Das ist jetzt bei uns nicht so das Problem, bei uns ist eher umgekehrt, dass die Ärztinnen super eng eingedeckt sind und die dann einfach nicht die Zeit haben, sich wirklich so genau dann da an die Vorgaben oder an die Strukturen zu halten oder dann genau zu schauen, ja, okay Ahnung, also es ist ja so in Boxen aufgeteilt und was jetzt quasi zu tun wäre und so, weil das muss man wieder nachschauen und nachschlagen und wenn man die Patienten dann im 10 Minuten-Takt oder im 5 Minuten-Takt durchwinkt, bleibt da oft keine Zeit. Also das ist, also es Hauptproblem am Ende des Tages."	Es stellt eine Herausforderung dar, ein Programm zur strukturierten Betreuung in ein bestehendes Ordinationssystem zu integrieren. Hierzu bedarf es geschultem Personal, damit einheitlich an der Implementierung und Umsetzung solcher Programme gearbeitet wird. Als Hauptschwierigkeit steht der zeitliche Faktor im Raum, da sowohl von ärztlicher als auch pflegerischer Seite zeitliche Ressourcen freigeräumt werden müssen.

		<p>I: "Der zeitliche Faktor?"  B3: "Mhm (zustimmend), genau."</p>	
	<p>Verbesserungen bezüglich strukturierter Betreuung</p>	<p>I: "Und welche Verbesserungen würden Sie sich wünschen bezüglich der strukturierten Betreuung in den Chronikerprogrammen?"  B3: "Ja, des is a schwierige Frage, weil grundsätzlich find i's super, dass sie so strukturiert san und auch wie sie strukturiert sind irgendwie, also wie i gsogt hob, dass ma nix vergessen kann und dass ma wirklich an Anhaltspunkt hat. Hmm ... Ja, wie ... Also grundsätzlich find ich von dem wie es aufgeteilt is, könnten die DGKPs viel mehr übernehmen, also die Ärzte könnten auf jeden Foll entlastet werden, sind ganz viele Punkte bei den Ärztinnen drinnen, die eigentlich von DGKPs auch durchgeführt werden können. Ahm des wär sich a Möglichkeit. Und jo ... des is jetzt noch a Punkt, der ma einfällt und so ... ja es is e dann, also es is e jeder in saner Profession drinnen und ma ... also ich hab die Erfahrung gemacht, dass ma si früher oder später dann e nicht mehr ganz genau noch den Abläufen richten kann, weil ma a anfoch individuell auf den Patienten eingehen muss und da wird ma aba a immer flexibler, aba i find's trotzdem gut, dass ma des Konstrukt quasi im Hinterkopf hat, dass wenn ma a bissl steckt oder trotzdem nachschauen kann."</p>	<p>Aus pflegerischer Sicht könnten noch mehr Aufgaben von der ärztlichen auf die pflegerische Seite übertragen werden, um die Ärztinnen und Ärzte noch mehr zu entlasten.</p>
	<p>Verbesserungen bezüglich strukturierter Betreuung</p>	<p>B3: "Hm zur Verbesserung jetzt ge? Muss i überlegen. Naja, also zuerst braucht ma eben a wegen dem Zeitproblem, wo ma vorher gnannt ham, natürlich ausreichend Personal, was a wichtig oder wos i a schon merk, dass es an Unterschied macht, ob ma diese Ausbildung, die wir als DGKPs gmacht haben, die macht glab i an ganz großen Unterschied. Also es wär sich a toll, wenn die Ärzte a irgendwie a so an Kurs oder so mochen könnten ahm, weil ma donn anfach viel mehr in der Thematik drin is, die Abläufe versteht und si donn in der Umsetzung a leichter tut und wie ma des direkt im Team ändern ..."  B3: "[...] und dass ma a die zeitlichen Strukturen schafft und des geht glaub ich nur, wenn die Sachen a finanziell ehm sich auszahlen. Also wenn, wenn des a Punkte sind, die von, von den Kassen übernommen werden, die bezahlt werden, weil se eben vü Zeit in Anspruch nehmen und sunst ehm von der Seite her anfoch der Anreiz ned da is für die Institutionen des umzusetzen. Oda a, es gibt zum Beispiel a gor kane, also de ganzen pflegerischen Tätigkeiten werden ja überhaupt ned übernommen und natürlich kann se ka Einrichtung äh leisten a DGKP einzustellen, ahm die dann ja [lacht] den ganzen Tag irgendwas macht, wofür die Einrichtung ka Geld kriegt, des funktioniert ned."  I: "Ok also es müsste von der Kasse übernommen werden, de Leistungen sozusagen?"  B3: "Genau."</p>	<p>Ausreichend Personal für die Chronikerprogramme zur Verfügung stellen.   Sowohl Ärztinnen und Ärzte, als auch DGKPs sollten Ausbildungen bzw. Schulungen besuchen, um optimal mit der Thematik vertraut zu sein.</p>
	<p>Verbesserungen bezüglich strukturierter Betreuung hinsichtlich strukturierter Betreuung zu leisten</p>	<p>B3: "Mhm ... ja, i fänd nu total sinnvoll und wichtig, dass, ähm, a mehr Öffentlichkeitsarbeit gmacht werden, wird, dass a die Patienten oder die Leute generell wissen, dass des existiert, für wos des do is, dass es sinnvoll is, dass die den Anspruch drauf haben, dass se anfoch hingehen können und fragen und ahm solch a Beratung oder so a Betreuung in Anspruch nehmen, weil ähm Patienten san oft überfordert oder wissen gor ned, wos wir jetzt mit denen vorhaben, wenn wir sagen, ja so und so, und jetzt gehns amal zur DGKP und und und reden und keine Ahnung was, ahm weil sulche Sachen und olles, wos sowieso mit Gesundheitskompetenz und Prävention und Gesundheitsförderung zu tun hat, überhaupt ned im Bewusstsein von den äh meisten Leuten drinnen is und da zuerst von uns meistens am Anfang ganz viel vorsichtiges Herantasten mal sein muss und ganz viel erklären und i glaub, wenn die, wenn des generell öffentlicher wär oder mehr im im Bewusstsein von der Gesellschaft, dass sowas gibt, dass sowas sinnvoll is und dass ma bei Bedarf a anfoch si des holen kann sozusagen ahm, würd des wesentlich besser funktionieren."</p>	<p>Schaffen von zeitlichen Ressourcen zur Durchführung der Chronikerprogramme. Hierzu muss ein finanzieller Anreiz gegeben sein, indem die Durchführung der Programme von den Kassen vergütet wird.   Mehr Öffentlichkeitsarbeit um die Bevölkerung über die Existenz, den Ablauf und den Nutzen der Chronikerprogramme aufzuklären. Weiters wäre mehr Öffentlichkeitsarbeit bezüglich der Themen Krankheitsprävention, Gesundheitskompetenz und gesundheitsfördernder Maßnahmen sinnvoll, da hierbei das Bewusstsein der Bevölkerung oftmals noch als unzureichend empfunden wird.</p>

		<p><b>I:</b> "Ok, wie wie long braucht's ihr circa für a Erstuntersuchungen und Kontrolluntersuchung?"  <b>B3:</b> "Mhm also relativ unterschiedlich a, bei den, bei den Erkrankungsbildern, also zum Beispiel bei der Hypertonie geht's meisents recht flott, also braucht ma a Viertelstund, aber bei den anderen Sachen, wo ma a Lungenfunktionen macht oder irgendwöche Werte ausrechnen muss oder so und wirklich ... eingehender mit dem Patienten über des reden wü und a wie Entstehungsgeschichte und ahm so da kann des schon amal a Dreiviertelstunde a dauern - also wirklich die Erstanamnese. Die anderen, also die Folgetermine sind dann ... braucht me eh nicht so lang, deswegen find i es auch irgendwie wichtig, dass ma des Erste wirklich gescheit macht, also die des Erste, die erste Untersuchung und die ersten Gespräche, damit ma mal a Basis hat, mit dem ma donn gut weiterarbeiten kann."</p>	<p>Gewissenhafte und genaue Durchführung des Erstgesprächs, um bei den Folgegesprächen bzw. -terminen hierauf aufbauen zu können und sind somit Zeit zu ersparen.</p>
	<p>Vorschläge selbst oder intern im Team einen Beitrag zu Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung zu leisten Terminvereinbarung für Kontrolluntersuchungen</p>	<p><b>I:</b> "Mhm, Mhm und ok, also weil eine Folgefrage wär, ob Sie selbst oder im Team zu diesen Verbesserungen einen Beitrag leisten könntnen. Also wär do, wenn i des richtig verstehe, sozusagen die Flexibilität a Punkt oder hätten Sie do no andere Punkte zu nennen?"  <b>B3:</b> "Hm zur Verbesserung jetzt ge? Muss i überlegen. Naja, also zuerst braucht ma eben a wegen dem Zeitproblem, wo ma vorher gnannt ham, natürlich ausreichend Personal, was a wichtig oder wos i a schon merk, dass es an Unterschied macht, ob ma diese Ausbildung, die wir als DGKPs gmacht haben, die macht glab i an ganz großen Unterschied. Also es wär sicha a toll, wenn die Ärzte a irgendwie a so an Kurs oder so mochen könntnen ahm, weil ma donn anfach viel mehr in der Thematik drin is, die Abläufe versteht und si donn in der Umsetzung a leichter tut und wie ma des direkt im Team ändern ... ja, also mit der Flexibilität machen mas, also setz mas im Endeffekt eh so um, weil's manchmal eben a gar ned anders geht, also dann ah fff ... also laut den, laut den Abfolgen sind ja oft, is ja a oft des Erst... Erstanamnese ärztlich, oba die übernehmen donn meistens, also die Erstanamnese übernehmen meistens wir, also den Ärzten fällt donn zum Beispiel auf a Neudiagnose, Osteoporose oder so und schicken's donn gleich zu uns und wir schau'n donn weiter und wenn's donn drum geht, dass ah Medikamente verschrieben werden sulln, hul ma die Ärztin kurz dazu, sagen des und des wäre noch und donn moch ma des so."</p>	<p>Arbeitstechnisch flexibler Zugang an die Abläufe in den Chronikerprogrammen - angepasst an die tagtäglichen Gegebenheiten in einer Ordination.</p>
		<p><b>I:</b> "[...] Wie erfolgt denn bei euch die Terminvereinbarung für die Follow-Up Untersuchungen?"  <b>B3:</b> "Hm, also wenn die Follow-Up Untersuchungen innerhalb von den nächsten 3 Jahren is, ah [lacht] 3 Jahren ... also wenn a kürzerer Abstand in den nächsten 3 Monaten is, dann moch i den Termin meistens direkt aus und sunst, i sog dem Patienten so in 6 Monaten oder in einem Jahr seh ma uns wieder und da is oft der Punkt, wo's dann manchmal scheitert, weil eben der Patient sich dann einfach nicht mehr meldet und ma donn wirklich regelmäßig anfoch die Zeit haben muss, dass ma die Listen durchgeht, dass ma die Patienten selbst dran erinnert."  <b>I:</b> "Also ihr habt's a Liste und die kontrolliert's ihr sozusagen?"  <b>B3:</b> Genau also i hob a Liste mit allen Patienten, die in den jeweiligen Programmen drinnen sind und do klick ich oder jo genau, wär es Ziel, dass ma regelmäßig durchklickt die Patienten und schaut ah wann war das letzte Mal da, was wär wieder fällig und den dann oder die bei Bedarf anruft und dran erinnert an die, an die Follow-Up Untersuchung oder was auch immer ansteht."  <b>I:</b> "Macht's des, macht's des ihr als DGKPs oder habt's ihr do Ordinations-Assistentinnen, die helfen?"  <b>B3:</b> "Na, des mochen wir."</p>	<p>Kurzfristige Termine innerhalb der nächsten drei Monate werden von den DGKPs direkt im Zuge eines Kontrolltermins ausgemacht. Bei Terminen weiter in der Zukunft wollen sich die Patientinnen und Patienten in den meisten Fällen selbst melden, was oftmals nicht erfolgt. Daher müssen die DGKPs regelmäßig die Patientenliste für die Chronikerprogramme durchschauen, um ausstehende Kontrolltermine zu erkennen und diese Patientinnen und Patienten proaktiv telefonisch wieder einzuladen.</p>

<b>Patientenverhalten</b>	Einhaltung der Kontrolltermine	<p>I: "Okay okay und halten die Patienten denn die Termine ein, wenn sie amal vereinbart sind? Und wenn nicht, warum nicht?"</p> <p>B3: "Hm meistens holten sie's ein. Und wenn nicht, warum nicht, wissen ma dann meistens ja nicht, weil sie nicht kommen [lacht]."</p> <p>I: "Also die Schwierigkeit is dann eher die longfristige Terminvereinbarung?"</p> <p>B3: "Genau. Also die kürzeren Termine funktionieren eigentlich gut, vor allem am Anfang, wenn die Patienten ähm noch nicht gut eingestellt san oder halt in ihrer Erkrankung noch an, an Leidensdruck hom, sozusagen is die Motivation natürlich höher, dass ma wiederkommt. Aba wenn ma jetzt an Blutdruckhochdruck hat und der gut eingestellt is und ma spürt nix davon, ma sieht nix davon, es beeinträchtigt einen nicht, dann warum soll ma dann kommen [lacht]."</p>	Mehrheitlich werden die Kontrolltermine eingehalten, vor allem wenn es sich um kurzfristige Termine handelt (innerhalb von 3 Monaten) oder wenn eine Patientin bzw. ein Patient einen hohen Leidensdruck verspürt, da ihre/seine Erkrankung noch nicht gut eingestellt ist.
	Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele	<p>I: "Ok, okay. Verstehe, also so dieser Leidensdruck. Und ähm sind die Patienten dann motiviert, dass ihre Gesundheitsziele einhalten?"</p> <p>B3: "Hm ... naja, des is natürlich sehr unterschiedlich ge, wie die Motivation grad is oder a wie anfoch die Lebensumstände grad san."</p> <p>I: "Wenn ma's großheitlich sehen würde?"</p> <p>B3: "Mhm ... jo ... eher ja."</p> <p>I: "Und warum holten's es teilweise nicht ein?"</p> <p>B3: "Hm naja, also i, i bin halt persönlich mit der, mit diesem Thema Ziele setzen, a bissl vorsichtig, weil, weil's halt extrem auf die Art drauf kommt, ankommt, wie ma Ziele setzt, was für Ziele ma si setzt. Des endet meistens oder oft in in Frustration und ma kann a ned, i kann, ma kann a ned heute wissen, wie dem Patienten des in einem Jahr geht oder was für Schicksalsschläge oder oder in welcher psychischen Verfassung der dann dort is und deswegen muss i sagen, dass i persönlich, außer natürlich es irgendwelche ganz, ganz wichtigen und gravierenden Sachen wie beim Diabetes, das wirklich da da HbA1c unter dem und dem Wert, da setz i natürlich schon a Ziel, aba sunst setz i eigentlich selten so ausgesprochene Ziele. Mir is eher wichtig, dass die Patienten Bescheid wissen, dass sie sich selber mit ihrer Erkrankung auskennen und wissen, was is gut für meinen Körper und was is ned gut für mein Körper und wie ma es dann grad geschafft, des umzusetzen oder nicht, des is immer unterschiedlich, des is dann halt jeden Tag unterschiedlich. Und die COPDler zu sagen ja, des Ziel is jetzt, dass er bis nächstes Jahr, bis zum nächsten Follow-Up aufhört zum Rauchen, halt i in den meisten Fällen einfach ned für sinnvoll oder ned nicht zielführend."</p>	Mehrheitlich besteht Motivation zur Einhaltung der individuellen Gesundheitsziele. Diese Motivation ist abhängig von einer guten Gesundheitskompetenz und den aktuellen Lebensumständen der Patientinnen und Patienten.
	Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Okay und hot si durch die Chronikerprogramme a Veränderung in der Adhärenz ergeben?"</p> <p>B3: "Mhm ... jo, von dem her, dass die Patienten überhaupt wissen, dass se wegen solchen Sachen auch kommen können. Also se wissen zum Beispiel mhm ... bei Patienten mit Depression wissen se, dass se, weil sunst is, ma geht zum Arzt, wenn ma halt krank is. Jo, wann geh i dann bei aner Depression zum Arzt? Mhm keine Ahnung, wenn i komplett am Ende bin frühestens und da wenn die Patienten im Programm drinnen sind, dann wissen's ok da gibt's a Kontaktperson, de wissen se können hinkommen, de wissen es irgendwie sinnvoll und a letztens do wor i sehr beeindruckend, muss i sagen, hat a Patient si extra an Termin ausmacht, um zu fragen, wie funktioniert des eigentlich, wenn i die Tabletten absetz und hat sich anfach da informiert, wie des funktioniert und wie lang und wann ma des macht und ob des jetzt schon sinnvoll is und ah ok hot si des jetzt olls erklären lassen, na ok passt, dann passt des jetzt noch nicht so für mich und dann so ...."</p>	Verbesserung der Adhärenz durch die Chronikerprogramme dahingehend, dass die Patientinnen und Patienten wissen, dass sie eine Kontaktperson haben bei Fragen zur Therapie oder bei Symptomverschlechterung.

<p>Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme</p>	<p><b>I:</b> "Und bezüglich Compliance, also wenn's eben drum geht, dass se de Medikamente nehmen oder eben die Therapie Empfehlungen einholten, is des durch die Chronikerprogramme irgendwie anders wurden, besser, schlechter irgendwie?"</p> <p><b>B3:</b> "Ahm, naja, also schlechter mol sicher nicht. Solche Sachen, mit den Lebensstil-Modifikation is immer a schwieriges Thema die Umsetzung, die funktioniert ja ... mäßig mit oder ohne Chronikerprogramm, oba i denk mir, es schadet auf jeden Fall nicht, wenn mas regelmäßig hört oder wenn ma zumindest Unterstützung kriegt oder weiß, wo ma Unterstützung kriegen kann, wenn ma Fragen hat ahm ... und Medikamente find i vor allem eben beim Disease Management für Depressionen, find i super, super sinnvoll, dass ma des hat, weil eben durch diesen verzögerten Wirkungsbeginn von den meisten Antidepressiva oft des so is, dass de Patienten des noch an, a paar Wochen wieder absetzen, weil sie nicht die Wirkung verspüren, de sie sich davon erhofft haben und dadurch, dass se ja wirklich dann am Anfang ganz engmaschig angebunden san, kann ma kann ma dem vorbeugen, dass se des anfach zu früh absetzen bevor überhaupt die Wirkung beginnen kann oda a eben wenn, wenn ahm Nebenwirkungen auftreten, dass de ned dann anfach die Tabletten abgesetzt werden, sondern se kommen, ah des und des is passiert und hin und her und überlegt ma si was anders, was ma anders machen kann. Und wo's a ganz ... also von, von der Medikamenteneinnahme ganz gut funktioniert is bei Asthma und COPD, dass die Patienten amal lernen, wie ma des wirklich richtig inhaliert. Also meistens haben die inhalative Therapie und dann anfach söba an riesen Unterschied merken ahm ... von der, von der Wirkung her und sie dann auch erst anfangen die Medikamente so zu benutzen, wie's eigentlich verschrieben is und ned mehr kreuz und quer, wie's grad passt fünfmal am Tag und morgen dreimal, sondern so, wie's eigentlich vorgesehen is [lacht]."</p>	<p>Die Umsetzung von Lebensstilmodifikationen gestaltet sich mit und ohne Chronikerprogramme schwierig. Regelmäßige Erinnerungen zur Lebensstilmodifikation und das Vorhandensein einer Kontaktperson für Fragen in den Chronikerprogrammen hilft hierbei.</p> <p>Adhärenzverbesserung merklich durch das DMP Depression, da früher viele Patientinnen und Patienten aufgrund der Wirklatenz der Antidepressiva und deren Nebenwirkungen die Medikation eigenständig wieder abgesetzt haben. Durch die enge Anbindung an die Chronikerprogramme kann dies verhindert werden.</p> <p>Adhärenzverbesserung merklich durch das DMP Asthma und COPD, da hier die Chronikerprogramme bei der Aufklärung zur richtigen Medikamenteneinnahme bzw. Inhalation ansetzen.</p>
	<p><b>I:</b> "Und hom Sie bemerkt, dass si durch die Chronikerprogramme a Veränderungen in der Eigenverantwortung bei den Patientinnen und Patienten ergeben hot, also grad wenn's so drum geht, dass ma gemeinsame Entscheidungen trifft und a eben Gesundheitsinformationen versteht und die donn a onwenden kann."</p> <p><b>B3:</b> "Mhm, ja genau, also da kummt mir schon vor, eben dadurch, dass die Patienten irgendwie ganzheitlicher und besser und kontinuierlicher betreut werden, sand sie fähiger söber Verantwortung zu übernehmen, dadurch beobachten sie mehr söber oder können sie mehr an Verlauf an sich selber oder an der Erkrankung beobachten und wenn ma ... ma muss ja überhaupt erst mal wissen, was was kann i richtig und was kann i falsch machen, um danach da dementsprechend Entscheidungen irgendwie ahm treffen zu können. Also ja, mhm (zustimmen). Also glab schon, dass die Patienten eigenverantwortlicher dadurch werden."</p> <p><b>I:</b> "Also kann durch die Chronikerprogramme die Gesundheitskompetenz gesteigert werden?"</p> <p><b>B3:</b> "Hm ja auf jeden Fall, weil die Patienten lernen zu verstehen. A chronische Erkrankung is ja, is ja extrem komplex und wenn ma amal im Jahr, alle halben Jahre an 5 Minuten Termin beim Arzt hat, wird ma zu der Komplexität irgendwie schwierig hingeführt und bezieht die Sachen dann a schwer auf sich."</p>	<p>Verbesserung der Eigenverantwortung und der Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten durch die ganzheitliche und regelmäßige Betreuung in den Chronikerprogrammen.</p>

	<p>Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme Stärken einer Kompetenzaufteilung</p>	<p>I: "Gibt da vielleicht ... Gibt's da vielleicht irgenda Patientengruppe, wo wo Sie extra an Effekt bemerkt haben, an außergewöhnlichen oder an bemerkenswerten?"  <b>B3:</b> "Mhm .... Naja, zum Beispiel bei der Osteoporose san die Patienten insofern gesundheitskompetenter, dass sie söber am Schirm haben oder dass sie söber wissen, wie wichtig und wie oft a Knochendichte-Messung is, dass sie des söber verstehen, warum, warum i des mochen sull, dass sie lernen, wie oft sull i des machen und dann a aktiv ahm drauf oder dafür sorgen kann, wenn's wieder soweit is, dass ia ... dass i dafür sorgt, dass sie so a Untersuchung krieg. Wo's natürlich immer sehr, sehr gut sehbar is, is bei den Leuten mit COPD, da fehlt oft ganz ganz viel Grundwissen und wir schau halt a immer, dass ma den Patienten dann mhm ... so also zeigen anfoch, wo kann i nachschauen, wo kann i Infos kriegen, wo kann i anrufen, wo krieg i Hilfe und da merkt ma schon an Unterschied, dass die Patienten eben dann lernen söba die Probleme anzugehen oder wissen dann, wo sie wo sie hingehen können oder wo sie an, wo sie Hilfe kriegen können."  I: "OK, also wenn i des donn richtig versteh, grad die COPD Patienten sind also no eher unterinformiert zu ... und Osteoporose dann des des gleiche oder?"  <b>B3:</b> "Mhm (zustimmend) , ja, Mhm (zustimmen). Ja, mhm (zustimmen) kann ma a sagen, ja, genau des, also mir, also so in meiner Erfahrung wird Osteoporose oft irgendwann amal diagnostiziert und dann steht's in jedem Arztbrief, aber is in Vergessenheit geraten, dass ma da das auch vielleicht a bissl beachten sollt oder dass aja das hab ich, hab ich ja auch noch, aber irgendwie so also is nicht im, im, im Bewusstsein drinnen, dass ma da auch was machen kann und soll."</p>	<p>Vor allem bei den Osteoporose und COPD Patientinnen und Patienten können die Chronikerprogramme eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung bewirken, da diese Patientengruppen sehr unterinformiert sind bezüglich ihrer Krankheit.</p>
		<p>I: "Okay okay ja wir hoben's vorhin eh schon a bissl angeschnitten die Kompetenzaufteilung in den Chronikerprogrammen, dass eben de Aufgaben schriftlich klar definiert sind und aufgeteilt zwischen den DGKPs und den Ärztinnen und den Ärzten. Was finden Sie sind so Stärken oder was finden Sie gut an so aner Kompetenzaufteilung?"  <b>B3:</b> "Mhm i find's von dem her gut, dass dadurch nix ah um den Tisch follen kann, es kann nix vergessen werden, jeder weiß, was zu tun is. Es is a klare Struktur, es is ahm ... genau, es kann nix übersehen werden."</p>	<p>Schafft Klarheit über die Verantwortlichkeiten und verhindert das Übersehen von Arbeitsschritten.</p>
<p>Kompetenzaufteilung</p>	<p>Schwächen/Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung</p>	<p>I: "Okay gibt's auch irgendwöche Nochteile oder Schwächen bei sowas, beziehungsweise Herausforderungen?"  <b>B3:</b> "Mhm ... ja, also eh des, was i vorher schon erwähnt hab, dass eben wenn dieser Zeitfaktor dazu kommt, dass es dann anfoch nicht durchgeführt wird, von Keinem. Wenn dann was in der ärztlichen Box drinnen steht und die Ärztin hat jetzt ka Zeit des durchzuführen und macht's einfach ned und die DGKP halten sich an ihre Box und macht ihre Sachen, dann sind de Sachen im Endeffekt gar ned durchgeführt worden. Aber unterm Strich find i's trotzdem ähm sinnvoll, dass ma's klar klar aufgeteilt, wer was zu tun hat."</p>	<p>Wenn sich die betreuenden Berufsgruppen streng nach Vorgabe nur an ihre Aufgaben halten, kann es vorkommen, wenn eine Berufsgruppe zum Beispiel aufgrund von Zeitmangel ihren Aufgaben nicht nachkommen kann, dass diese Tätigkeiten von niemanden durchgeführt werden.</p>
	<p>Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme</p>	<p>I: "Und hot si durch die Chronikerprogramme a Änderungen in Ihrem Aufgabenbereich ergeben?"  <b>B3:</b> "Mhm jo, auf jeden Foll. Also vorher mhm ... hob i ganz wenig ähm ... eigentlich hob i, bevor wir die Disease Management Programme gmacht ham, jo gar kane von den Tätigkeiten, die da drinnen sind äh so durchgeführt. Also weder die Anamnesegespräche, kane Beratungsgespräche gmocht. Also hat si ganz vü geändert und a ganz vü ahm ... also bei mir war's so, dass i vorher halt ahm gar ned sehr in meinen pflegerischen Kompetenzen eingesetzt worden bin und a vor allem wenig in den Kernkompetenzen, sondern für Ordinations-Assistenten-Arbeit und des hot si durch die Disease Management Programme scho a sehr verbessert, dass i eigentlich meinen Job machen kann."</p>	<p>Umfassende Veränderung des pflegerischen Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme. Durch das Hinzukommen zahlreicher Tätigkeiten (zum Beispiel Anamnese- und Beratungsgespräche) werden die pflegerischen Kompetenzen mehr eingesetzt.</p>

<p>Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung</p>	<p>I: "Okay und würden Sie si aber nu a Veränderungen der Aufgabenaufteilung wünschen?"  <b>B3:</b> "Jo, also wie gsogt, i glaub es wär auf jeden Foll sinnvoll oder es wär praktikabler, wenn ma einige Sochen, die bei den ähm ja Ärztinnen untergebracht san, auf die Pflege noch umschiebt, weil des nämlich ähm a ganz viele Punkte sind, die von der Pflege a abgedeckt werden können und da meistens anfoch mehr Ressourcen da sind."  I: "Wos wären da so Beispiele?"  <b>B3:</b> "Mhm, des wär zum Beispiel, dass ma schaut, wöche wöche Voruntersuchungen, ob da scho olle nötigen Voruntersuchungen gmacht worden sind, dass ma, das sind manchmal fünf Untersuchungen oder drei aufgezählt und dann schaut ma halt, ja hat der Patient des schon ois abklären lassen."  I: "Und des is in der ärztlichen Tätigkeit also drin?"  <b>B3:</b> "Genau, genau."</p>	<p>Es sollten noch mehr ärztliche Aufgaben von der Pflege übernommen werden, da die zeitlichen Ressourcen der Pflege größer sind.</p>
<p>Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme</p>	<p>I: "Ok ok und hot si bei ihnen durch die Chronikerprogramme a Veränderung in der Arbeitsauslastung ergeben, beziehungsweise in der Arbeitsbelastung?"  <b>B3:</b> "Mhm naja, also ausgelastet is ma so oder so immer, ob ma die Disease Management Programme hat oder ned. Also bei mir im Primärversorgungszentrum is es so, des is in den meisten anderen nicht so, dass ich ahm auch eben quasi als Ordi-Assistentin an der Anmeldung arbeit und da is immer was zum tun, des haßt, ob i zwischendrin Beratungsgespräche hab oder nicht, is ma so oder so an ganzen Tag ausgelastet."  I: "Okay also die Auslastung hat sich dann also nicht verändert durch die Chronikerprogramme?"  <b>B3:</b> "Ja."</p>	<p>Keine Veränderung der pflegerischen Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme.</p>
<p>Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen</p>	<p>I: "Ok und gefällt Ihnen die Orbeit in den Chronikerprogrammen?"  <b>B3:</b> "Mhm Sehr, sehr."</p>	<p>Hohe Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen.</p>
<p>Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit</p>	<p>I: "Ja, des is schön zu hören. Ja, wir hom jo schon a bissl über die Kompetenzaufteilung gredet. Die Grundlage von dem Ganzen is ja eine interprofessionelle Zusammenarbeit, also eben die Zusammenarbeit zwischen den DGKPs und den Ärztinnen und Ärzten, wos finden Sie san Stärken oder wos is gut bei so aner Zusammenarbeit berufsübergreifend?"  <b>B3:</b> "Mhm naja, im Endeffekt is der, dass des Outcome für die Patienten besser is. Also des is, glaub ich des Ziel von, von, von beiden Berufen und das wird durch die Programme a erreicht."  I: "Also ok, dass die ... woran erkennt ma des Patienten Outcome?"  <b>B3:</b> "Naja, also im im Ablauf erkennt ... also ich definier oder würd's jetzt eben durch, über den Ablauf definieren, dass ja eben seh, dass Patienten, de vorher übersehen worden san, de ned behandelt worden san, de ned regelmäßig kommen san, jetzt ahm Beachtung kriegen, dass ma siagt, oh hoppala der hat was, wo ma regelmäßig draufschauen könn... sollte und das dann auch macht. Und dadurch is meiner Meinung nach anfoch die Betreuung von den Patienten vü besser als vorher oder als ohne die Programme."</p>	<p>Verbesserung des Patientenoutcomes durch die interprofessionelle Zusammenarbeit. Das Patientenoutcome wird hierbei so definiert, dass mehr chronische Patienten/-innen durch die regelmäßigen Kontrollen eine bessere Betreuung erfahren und somit weniger im System untergehen bzw. verloren gehen.</p>

<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Schwächen/Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit	I: "Und gibt's a irgendwöche Herausforderungen oder Hindernisse, die sich, die sich ergeben durch so a Zusammenarbeit, so a interprofessionellen Zusammenarbeit." B3: "Naja, also generell ... also grundsätzlich bestehen ja Primärversorgungszentren dafür, dass se, dass ma interprofessionell zusammenarbeitet, also ... grundsätzlich seh i überhaupt kan Nachteil von der Zusammenarbeit."	Es wird kein Nachteil einer interprofessionellen Zusammenarbeit gesehen.
	Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme	I: "Okay und hot sich durch die Chronikerprogramme a Änderung in der interprofessionellen Zusammenarbeit ergeben?" B3: "Mhm ja, also eben dadurch, wie gsagt, dass ich mehr meine Kernkompetenzen als DGKP umsetzen kann und dadurch ähm ... professioneller a in den Austausch gehen kann mit den Ärzten ... aner anderen Ebene."	Da durch die Kompetenzaufteilung die Pflege mehr in ihren Kernkompetenzen eingesetzt wird, kann sie hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit professioneller in den Austausch mit Ärztinnen und Ärzten gehen.
	Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit	I: "Gebe es nu Verbesserungspotenzial bei dieser Zusammenarbeit?" B3: "Mhm ... na also bei uns muss i sagen, funktioniert's sehr gut."	In dieser PVE wird kein Verbesserungspotenzial hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit gesehen.
	Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team	I: "Ok. Wie wie funktioniert die Kommunikation bei euch? Send Se do zufrieden, bei euch im Team?" B3: "Mhm ... jo, also funktioniert eigentlich gut, dadurch eben durch die räumliche Nähe is die Kommunikation find i sehr, sehr einfach gemacht. Also wie vorher beschrieben, wenn i, wenn i während den Gespräch irgendwos von ärztlicher Seite zwecks ana Verschreibung oder irgendwas bräucht, brauch i nur am nächsten, bei der nächsten Tür anknöpfen oder schnell anrufen und donn hob i a Ärztin da. Also des is im Primärversorgungszentrum, glaub i sehr, sehr einfach und niederschwellig." I: "Weil des örtlich einfach alles zusammen is?" B3: "Genau."	Gute Zufriedenheit mit der Kommunikation im Team in dieser PVE. Durch die räumliche Nähe der pflegerischen und ärztlichen Behandlungsräume in dieser PVE gestaltet sich die Kommunikation einfach.
	Erhaltene Schulungen im Rahmen der Chronikerprogramme	I: "Und weil Sie schon den den den Punkt Ausbildung angesprochen hom, hom Sie im Zuge der Chronikerprogramme irgendwöche Schulungen erhalten ... zur Durchführung?" B3: "Ja, also ich hob jo beim ÖGKV diese ähm Weiterbildung „Pflege in der Primärversorgung“ gmacht, wo's ja zum großen Teil um diese Disease Management Programme gangen is und die Ausbildung, muss i sagen, hat mir extrem weitergeholfen und war echt super, also ich glaub, ohne des hätt i des jetzt nicht so umsetzen können und ich merk halt auch so im Praxisalltag die Unterschiede zu der Kollegin, de die Ausbildung nicht gmacht hat. Also das, genau, da is ma, also in der Ausbildung is grundsätzlich numoi auf des Krankheitsbild genauer eingangen, auf die Entstehung, Diagnostik, Behandlung und olles wos dazu ghört und dann halt a auf die, auf die, auf die Abläufe von ... und die Strukturierungen von Disease Management Programm. Alle Tools, die da drin vorkommt, echt, also kennenlernt, genau." I: "Also, wos worn so die wesentlichen Punkte von dem Schulungsprogramm, die essential, essentiell sind für die Arbeit in den Chronikerprogrammen?" B3: "In der Ausbildung oder in der Weiterbildung?" I: "Beides eigentlich." B3: "Also i find die Weiterbildung war essentiell generell dafür, dass ma die Disease Management Programme umsetzen kann, wal des sind so, ah es is ja a Handvoll ausgewählter Chronik .. also chronische Erkrankungen, um's dies da geht und i hab des Gefühl, die ... egal in welcher Berufsgruppe jetzta, behandelt ma die halt irgendwann amal in da Grundausbildung und dass mi dann ... dass ma dann aba wirklich die Patienten dann mit der Erkrankung, genau in dem Setting dort abholt, wo sie is, und wo sie san, da brauchst auf jeden Foll nu mol anfach a Vertiefung, die ma dort in den, in der	Die Weiterbildung "Pflege in der Primärversorgung" beim ÖGKV wurde besucht. Diese Weiterbildung wurde von B3 als sehr hilfreich und essentiell notwendig zur Durchführung der Chronikerprogramme empfunden. Thematisiert wurden in dieser Weiterbildung die Krankheitsbilder und die Abläufe von DMPs. Hierdurch konnte das in der Grundausbildung erworbene Grundverständnis für die ausgewählten chronischen Erkrankungen vertieft und der praxisbezogene Umgang mit diesen Krankheiten erlernt werden.

		Weiterbildung gkriegt hat. Ah wie ma des anfoch praktisch, anfoch wie die Betreuung von Menschen, mit den Erkrankungen praktisch umgesetzt werden kann, am besten."	
Schulungen/ Ausbildungen	Bereiche mit noch bestehendem Schulungsbedarf	<p>I: "Okay und gebe es nu in gewissen Bereichen Schulungsbedarf und wenn ja, wo?"</p> <p>B3: "Ja, also ich fänd's wie gsogt super, wenn die Ärzte auch so a Schulung hinsichtlich der Programme bekommen würden. Also die Weiterbildung für die DGKPs hab i super gfunden, a inhaltlich top. Wär natürlich super, wenn a alle DGKPs die da mitarbeiten, die Ausbildung auch machen können und genau die Ärzte als zweiter Teil von denen, die da in dem Strukturplan mit drinnen sind und wär a nid schlecht, ja, wenn die auch so irgendan Kurs, eine Weiterbildung oder irgendwas da absolvieren könnten."</p> <p>I: "Also a Weiterbildung zum Ablauf in den Chronikerprogrammen? Versteh i des richtig so?"</p> <p>B3: "Ja zum Ablauf in den Chronikerprogrammen, oba a grundsätzlich nu mol a Auffrischung zur Therapie zur Behandlung, weil durt wor a oft ... zum Beispiel Osteoporose is ja ned so oft, kummt jo ned so oft vor und da is scho a von den Seiten der Ärzte oft Unsicherheit, a wie genau geht ma da vor und wie lang darf ma wöches Medikament verwenden und hin und her und keine Ahnung wos. Ahm also i glaub, dass es durchaus da a a Auffrischung kriegt und a bei den ganzen Tools und Einschätzungs-ähm Assesments, die sind oft anfoch a ka Begriff oder zum Beispiel wie ma, wie ma da ... gibt's diese Fragebögen wie ma COPD einstuft. Das hom wir dort in der Weiterbildung glernt, aber das haben unsere Ärztinnen a no nie gemacht vorher und a vielleicht irgendwann amal ghört, aber nicht abrufbar."</p>	Wünschenswert wären Weiterbildungen zur Wissensvermittlung oder- Auffrischung für ALLE involvierten Berufsgruppen in den Chronikerprogrammen zu den Themen: organisatorischer Ablauf bzw. Abwicklung der Chronikerprogramme, Diagnostik und Therapie der jeweiligen chronischen Erkrankungen. Beispielsweise würde eine Auffrischung zur Osteoporosetherapie als sinnvoll erachtet werden.
	Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands	<p>I: "Okay verstehe jo wie, wie empfinden Sie denn administrativen Aufwand in den Chronikerprogrammen?"</p> <p>B3: "Mhm der is scho relativ hoch, muss i sagen, aba eben deswegen glaub i hauptsächlich, weil's, weil's wir ja jetzt erst neu implementiert haben. Also i glaub eben, wenn a Disease Management, wenn ma des ganze Ding in keine Ahnung was zehn Jahren anschaut und des wirklich gut sich eingewachsen hat, is der Aufwand glaub i ned schlimm. Am Anfang is natürlich, wenn ma ois äh neu in die Strukturen einbinden muss und seine, seine Listen erst mochen, wobei wir do a wöche zur Verfügung gstellt gkriegt haben und ahm genau und da muss ma erst im ganzen Team schau, wie organisiert ma des, wie, wann mach i des, wer hat wann wofür Zeit. Also jetzt am Anfang is da organisatorische Aufwand scho relativ groß."</p>	Hoher administrativer Aufwand, da die Chronikerprogramme in dieser PVE relativ neu implementiert wurden. Vor allem die initiale Einbindung der Chronikerprogramme in ein bestehendes PVE-System wird als aufwendig erachtet, da Fragen hinsichtlich Personalmanagement, Zeitmanagement und Dokumentation geklärt werden müssen. B3 vermutet, dass der administrative Aufwand nach der Implementierung sinkt.
Administrativer Aufwand	Wie erfolgt die Dokumentation	<p>I: "Also versteh i des richtig, dass ihr eier internes System habt's und a für die Chronikerprogramme no a Zusätzliches, die separat voneinander arbeiten."</p> <p>B3: "Mhm na, also wir hoben nur a internes Programm und bei den Chronikerprogrammen führ i hald eigene Listen."</p> <p>I: "Elektronisch oder schriftlich?"</p> <p>B3: "Elektronisch, also ganz, also 0815 Excel Liste, wo ma anfoch nur den Namen und Sozialversicherungsnummer einträgt und genau oba des mit dem Therapie-Aktiv, wos i gemeint hob, des is direkt im im internen System eben scho integriert, wos super is."</p> <p>I: "Okay und wie dokumentiert's ihr?"</p> <p>B3: "Wir dokumentieren direkt im, in unserer Kartei drinnen, also in der Patienten-Kartei. Bei uns hot die, jede Profession a eigene Farbe und dann dokumentier i quasi halt in der Pflege-Farbe und schreib als Überschrift, dass mas glei sigt ahm, DMP COPD und wöche Box, also es is so in Boxen gegliedert, wöche Box ich jetzt mach ahm ... genau direkt in die Kartei, dass ma's anfoch sieht, dass a dann die Kolleginnen, wo auch immer da Patient als Nächstes hingehet, sehen, dass der bei mir war und was wir da gredet oder ausmacht hoben."</p>	Führen einer Excel Liste mit Patientennamen und deren Sozialversicherungsnummern. Dokumentiert wird digital in die Patientenkartei des Ordinationsprogramms - farblich sortiert je nach Berufsgruppe.

	<p>I: "Und is des elektronisch jetzt bei euerm internen System oder is des schriftlich?"  <b>B3:</b> "Des is elektronisch im internen System."</p>	
Stärken und Schwächen der angewendeten Dokumentationsform	<p>I: "OK, und wie geht's euch mit dieser Dokumentationsweise?"  <b>B3:</b> "Mhm ... funktioniert gut, muss ich sagen."  I: "Also das wäre so gut übernehmbar?"  <b>B3:</b> "Mhm (zustimmend)."</p>	Gute Zufriedenheit mit der Dokumentationsform (Excel-Listen, farblich kodierte Dokumentation in die Arztsoftware) in dieser PVE.
Stärken und Schwächen der angewendeten Dokumentationsform Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration	<p><b>B3:</b> "Ahm also die Dokumentation selber find ich eben sinnvoll, dass es in der allgemeinen Kartei drinnen is, wo alle Zugang dafür haben und wo ich auch, also des is halt so a lange Wurscht, wo dann ahm nach Datum gereiht die Einträge von, von den Kolleginnen drinnen sind, wo auch immer der Patient wor [...]"  [...]  I: "Weil's momentan vermischt is, also mit den, mit ollen anderen Patienten-Informationen?"  <b>B3:</b> "Ja, genau [...]"</p>	<p>Positiv ist, dass alle beteiligten Berufsgruppen Zugang zu der Dokumentation haben.</p> <p>Negativ ist, dass es eine lange Liste für alle Dokumentationseinträgen einer Patientin bzw. eines Patienten gibt, in der auch die Einträge zu den Chronikerprogrammen diffus vermergt enthalten sind.</p>
	<p><b>B3:</b> "[...] was eben schon noch verbesserungswürdig wär, is eben, dass ma generell die Disease Management Programme, dass es eigene Reiter gibt oder eigene Formularvorlagen im System drinnen im Elektronischen."  I: "Okay also eigene Reiter?"  <b>B3:</b> "Genau des würd's erleichtern."  I: "Weil's momentan vermischt is, also mit den, mit ollen anderen Patienten-Informationen?"  <b>B3:</b> "Ja, genau des und ähm wie ma des eben von der Vorsorgeuntersuchung zum Beispiel kennt, gibt's ja da a eigenes Formular mit Punkten, was ma alles abcheckt, was ma den Patienten fragt oder wöche Punkte ma untersucht und da kann ma dann anklicken, trifft's zu oder trifft nicht zu oder Überweisung wurde ausgestellt und solche Sachen, dass ma natürlich im im Ablauf dann a gebundener und wieder der Punkt, dass ma, dass ma alle, dass ma nix vergisst, dass ma Patienten wirklich ähm ganzheitlich sozusagen betreut, weil ma dann amal des Formular durchklickst und mit mitn Patienten durchgeht. Sowas wär sicha a hilfreich, weil dann a vü Schreiberei abgenommen werden müsste, äh könnte."</p>	<p>Eigener Reiter für die Chronikerprogramme in der Arztsoftware.</p> <p>Angelehnt an die Vorsorgeuntersuchungen wären digitale Formularvorlagen in der Arztsoftware für die Chronikerprogramme wünschenswert. Mithilfe dieser Formularvorlagen soll es möglich sein, schrittweise den Ablauf eines DMPs (anamnestische Kernfragen, Untersuchungen, ausgestellte Überweisungen) durchzugehen bzw. abzuhaben. Hierdurch wäre man ablaufgebundener und würde die Gefahr reduzieren Schritte zu übersehen.</p>
	<p><b>B3:</b> "[...] was dann eben aufwendig is oder wo ma vielleicht a no schauen muss, wie ma's in Zukunft machen will überhaupt, is des dieses Wiederkontaktieren, dieses ähm Listen durchschauen oder wie auch immer, immer ma des dann gestalten will und schauen, um zu schauen wer, wer sollt wieder mol kommen und so und die Patienten dann anrufen. Also des is a je nachdem wie viel Patienten ma dann eben eingeschrieben hot in des Programm relativ aufwendig."  I: "Und wie könnte man des verbessern, also die, dass die Aufnahme ins System und donn eben diese, diese Erinnerungen für die Follow-Up Untersuchungen leichter gehen."  <b>B3:</b> "Mhm ... naja, es wär irgendwie natürlich super, wenn des äh generell in die, in die Computersysteme integriert wäre, also zum Beispiel das Therapie-Aktiv für Diabetes is ja, is ja schon in, also zumindest bei dem Computersystem, was mir, was wir haben, is des schon ins äh ins System ehm integriert und des wär natürlich a klass, wenn wir des für de anderen Programme a hätten, dass zum Beispiel ahm ... also beim Therapie-Aktiv gibt's dann für de jährliche Untersuchung so a Formular so wie bei da Vorsorgeuntersuchung, wo ma anfoch bestimmte Punkte abarbeitet und anklickt und des dann direkt im System drinnen is und des wär natürlich für die anderen Sachen a cool und dass ma a automatisch dann Erinnerungen kriegt oder Besch... also Benachrichtigungen oder dass zum Beispiel dem Patienten automatisch a SMS geschickt wird, dass wieder des oder des überfällig wär."</p>	<p>Für das Gesundheitspersonal wären automatisch generierte digitale Erinnerungen in der Arztsoftware für ausstehende Kontrolltermine bzw. notwendige Kontaktaufnahmen mit Patientinnen und Patienten zur Erinnerung an die Termine, arbeitserleichternd.</p> <p>Automatisch generierte Erinnerungsbenachrichtigungen (zB.: SMS) an Patientinnen und Patienten bei ausstehenden Kontrollterminen.</p>
Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration Sind die Chronikerprogramme praktikabel/alltagstauglich	<p>I: "Okay sind sind die Chronikerprogramme generell alltagstauglich beziehungsweise praktikabel?"  <b>B3:</b> "Mhm ... da scheiden sich die Geister, muss ich sagen, ich find ja, meine Chefinnen sind a bissl</p>	Ja

		<p>anderer Meinung. Ahm da sin ma aba wieder eben bei dem Punkt mit der, mit dem Zeitfaktor - also des is der einzige Punkt, wo ich sagen würd, was die Programme nicht ähm umsetzbar machen ließen. Oba sunst, grundsätzlich, ich finde ja, ja."</p>	
Alltagstauglichkeit Chronikerprogramme	Begründung zur Einschätzung der Alltagstauglichkeit	<p>I: "Und warum finden Sie eher ja und ihre Chefin eher nein?"  <b>B3:</b> "Weil die Chefinnen weniger Zeit haben mit dem einzelnen Patienten und sich da und sie sich da eben die Zeit nicht nehmen können, die ganzen Punkte durchzugehen, sich das ähm ahm erklären, also die Boxen-Erklärungen zu holen, wirklich Punkt für Punkt durchzugehen. Also die, ja, ich weiß nicht, ob's ... und halt, dass ma, dass se sich extra Zeiten dafür eintragen oder Zeiten nehmen, wo dann längere Termine möglich san, is dann ähm finanziell ned attraktiv. Und genau, des is glaub i von ärztlicher Seite a bissl a Schwierigkeit."  I: "Und von der DGKP Seite her wäre des machbar zeitlich oder wie?"  <b>B3:</b> "Ahm ... ja, also wenn zeitlich die Strukturen zur Verfügung gestellt werden von der Einrichtung und von den Chefs, dann is es gut umsetzbar, find ich."  I: "Also das fordert dann wieder so a Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, die Zeiteinteilung oder wie verstehe ich des...?"  <b>B3:</b> "Genau, ja. Also natürlich müssen äh, müssen die äh, die Vorgesetzten sogen jo, du kriegst jetzt den und den Nachmittag Zeit, des alles zu machen, wenn des ned erwünscht is oder ma da ka ehm Unterstützung kriegt oder wie auch immer, dann wird des a ned umsetzbar sein, aber wenn des gewünscht is und wenn ma fix ausmacht ähm, so viel Zeit in der Woche oder wie auch immer ma des aufteilen will, dann kriegt die DGKP Zeit ähm sich um die Disease Management Programme zu kümmern und äh Patiententermine zu machen, dann funktioniert des gut."</p>	<p>Von pflegerischer Seite wird berichtet, dass aus ärztlicher Sicht der Faktor Zeit die Alltagstauglichkeit der Chronikerprogramme limitiert, da es an Zeit mangelt, um die Programme gewissenhaft durchzuführen. Zusätzliche oder längere Zeitslots für die Chronikerprogramme einzuplanen, ist derzeit finanziell nicht attraktiv.</p> <p>Sofern die Unterstützung von Seiten der Arbeitgeber gegeben ist, zeitliche Ressourcen für DGKPs zur Durchführung der Chronikerprogramme zu schaffen, sind die Chronikerprogramme aus pflegerischer Seite alltagstauglich.</p>
	Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit	<p>I: "Und was müsste ma noch mochen, um die Chronikerprogramme am besten in den Alltag integrierbar zu machen?"  <b>B3:</b> "Mhm ... also ich fänd's ... also einerseits eben in an Kurs, Weiterbildung, Fortbildung, irgendwos in die Art für alle Leute, die damit zu tun haben und dass ma a die zeitlichen Strukturen schafft und des geht glaub ich nur, wenn die Sachen a finanziell ehm sich auszahlen. Also wenn, wenn des a Punkte sind, die von, von den Kassen übernommen werden, die bezahlt werden, weil se eben vü Zeit in Anspruch nehmen und sunst ehm von der Seite her anfoch der Anreiz ned da is für die Institutionen des umzusetzen. Oda a, es gibt zum Beispiel a gor kane, also de ganzen pflegerischen Tätigkeiten werden ja überhaupt ned übernommen und natürlich kann se ka Einrichtung äh leisten a DGKP einzustellen, ähm die dann ja [lacht] den ganzen Tag irgendwas macht, wofür die Einrichtung ka Geld kriegt, des funktioniert ned."  I: "Ok also es müsste von der Kasse übernommen werden, de Leistungen sozusagen?"  <b>B3:</b> "Genau."</p>	<p>Fortbildungen für das gesamte in die Chronikerprogramme involvierte Gesundheitspersonal.</p> <p>Honorierung der Chronikerprogramme.</p>
	Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit	<p>I: "Und hob is des jetzt a richtig verstanden, dass a a zusätzliche Pflegekraft notwendig wäre, oder?"  <b>B3:</b> "Mhm ... des kummt glaub i ganz auf, auf des Primärversorgungszentrum an. Also es wär ... also es muss eine DGKP im ausreichenden Maße da zur Verfügung gestellt werden, ob ma da dann dazu a Zusätzliche braucht oder mit den Vorhandenen des äh sich ausgeht, is unterschiedlich wahrscheinlich."</p>	<p>Zumindest eine DGKP sollte in einem ausreichenden Maße für die Chronikerprogramme zur Verfügung stehen. Sollte dies zeitlich durch eine DGKP alleine nicht bewerkstelligbar sein, wäre die Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte von Nöten.</p>

	<p><b>B3:</b> "Mhm ... ja, i fänd nu total sinnvoll und wichtig, dass, ähm, a mehr Öffentlichkeitsarbeit gmacht werden, wird, dass a die Patienten oder die Leute generell wissen, dass des existiert, für wos des do is, dass es sinnvoll is, dass die den Anspruch drauf haben, dass se anfoch hingehen können und fragen und ahm solch a Beratung oder so a Betreuung in Anspruch nehmen, weil ähm Patienten san oft überfordert oder wissen gor ned, wos wir jetzt mit denen vorhaben, wenn wir sogen, ja so und so, und jetzt gehns amal zur DGKP und und und reden und keine Ahnung was, ahm weil sulche Sachen und olles, wos sowieso mit Gesundheitskompetenz und Prävention und Gesundheitsförderung zu tun hat, überhaupt ned im Bewusstsein von den äh meisten Leuten drinnen is und da zuerst von uns meistens am Anfang ganz viel vorsichtiges Herantasten mal sein muss und ganz viel erklären und i glaub, wenn die, wenn des generell öffentlicher wär oder mehr im im Bewusstsein von der Gesellschaft, dass sowas gibt, dass sowas sinnvoll is und dass ma bei Bedarf a anfoch si des holen kann sozusagen ahm, würd des wesentlich besser funktionieren."</p>	<p>Mehr Öffentlichkeitsarbeit über die Chronikerprogramme.</p>
--	--	--

**Tabelle 41: Interviewtranskription B3**

## 6.4.8 Interviewtranskription B4

	Unterkategorie	Zitat	Zusammenfassung
Strukturierte Betreuung	Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten	I: "[...] Stellt des für Sie a Veränderung zu Ihrem bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten dar?" B4: "Schon, ah, weil...weils ja mehr dann eigentli dann über die DGKP läuft, weil mia des eigentlich managen mit die Terminvergebungen dann...und so gsehn is des schon a Veränderung. Des is eigentlich mehr über die DGKP, als vom Arzt gemanaged wird."	Ja, die Chronikerprogramme stellen eine Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten dar.  Die Betreuung von chronischen Krankheiten wird in den Chronikerprogrammen vor allem durch DGKPs übernommen, anstatt wie bisher durch ärztliche Konsultationen.
	Stärken einer strukturieren Betreuung	I: "Ok, und was finden Sie gut oder was finden Sie sind Stärken von so ana strukturierten Betreuung? " B4: "Ahm, afoch diese Regelmäßigkeit...dass de wirklich ihren Termin bekommen und dass es a dokumentiert wird, wann zum Beispiel ein Follow-Up stattfinden soll und dass dann wirkli auch zum Beispiel die Ordi ... [Abbruch Audioaufnahme]" I: "Ok, also durch die Programme ist der Kontakt mehr und die Regelmäßigkeit is also..." B4: "Genau."	Engmaschige Patientenbetreuung
	Schwächen/Herausforderungen einer strukturierten Betreuung	I: "Ja ok, verstehe. Und was finden Sie sind Schwächen oder was sind ähm Herausforderungen, die sich durch so a strukturierte Betreuung ergeben?" B4: "Des Administrative. Also für uns woa des am Anfang diese Follow-Ups zu planen, des woa a Herausforderung bis wir uns schlussendlich dann geeinigt hobn, dass ma des ins Infefeld schreiben, dass ma so amal einen Anfang machen, dass die Follow-Ups überhaupt stattfinden, weil ansunstn geht des eigentlich unter, wenn ma des ned irgendwo dokumentiert...des war dann eigentlich die größte Herausforderung, weil da eig...weil da gib'ts eigentlich kein Tool, wo ma des dokumentieren kann. Da muss si jeder selber für si was überlegen und wenn dann so allgemein, des is eh scho länger Thema glaub i, so wie bei einer Vorsorgeuntersuchung oder bei Therapie-Aktiv, dass do wirklich a so Vorgaben gibt und dass ma dann a die Termine a eintrogn kann, wann wieder...a Kontrolle is. Das hot hald eigentlich jedes Gesundheitszentrum für sich selbst eine Lösung finden müssen."	Anfängliche Herausforderung eine Form der Dokumentation zu finden, um nicht auf die Follow-Up Termine zu vergessen.
	Verbesserungen bezüglich strukturierter Betreuung	I: "Ok, ok. Und was würden Sie sich für Verbesserungen wünschen, hinsichtlich der strukturierten Betreuung an den Chronikerprogrammen?" B4: "Jo eben, so a Programm, dass des ... i mein des wird wahrscheinli ... in Zukunft a Wunschdenken, dass ma olle wirkli desselbe Programm hobn. [...] Und für jeden a as gleiche...zum Beispiel für a Diätologin oder Physiotherapie [...]" B4: "[...] wir hobn momentan eigentli Diätologen überhaupt kane...jo und Physiotherapeuten san bei uns eigentli olle am Land privat...des anzeige in [Ort] des APT des eigentlich über die Gesundheitskassa geht." I: "Ok, also Sie würden sich also, wenn i des richtig versteh, Diätologen und Physiotherapeuten no zusätzlich in den Chronikerprogrammen wünschen?" B4: "Genau." I: "Und sonst noch irgendwelche Gesundheitsberufe die do gut Platz hätten?" B4: "Sozialarbeiter."	Wünschenswerte wäre ein für alle PVEs einheitliches Programm zur Dokumentation, auf das auch alle beteiligten Berufsgruppen Zugriff haben.  Integrierung weiterer Berufsgruppen in den Chronikerprogrammen - im Konkreten in den Bereichen Diätologie, Physiotherapie und Sozialarbeit.

		<p><b>B4:</b> "[...] also dass ma auf jeden Foll ähm zu zweit a do sand [...] und an zweiten Oazt vielleicht." [...] <b>I:</b> "Und und wa warum bräuchte es noch eine DGKP?" <b>B4:</b> "Weil afoch ahm manchmal so vieles zusätzlich is, zum Beispiel spontane Infusionen, ahm Verbandswechsel so Sachen. Sulche Sochn kann man net afoch so stehen lossn und die Chroniker mochn oder a während dem Gespräch weggehen afoch, des geht net. Wir hobn afoch viele Verbandswechsel und Infusionen, wos dann no zusätzlich so dazukommen oder Verletzungen, wenn wer gestürzt ist oder a Platzwunde oder so des kummt dann jo olles no dazu...oder Notfall." <b>I:</b> "Ok. Also man bräuchte mehr Personal, damit die, damit ma bissi flexibler is und die akuten Fälle neben den chronischen absolvieren kann sozusagen." <b>B4:</b> "Genau."</p>	<p>Notwendig sind mindestens zwei DGKPs und eventuell auch zwei Ärztinnen bzw. Ärzte für die Aufgaben der Chronikerprogramme, um mit mehr Flexibilität die chronische Betreuung parallel neben den akuten alltäglichen Fällen absolvieren zu können.</p>
	<p>Vorschläge selbst oder intern im Team einen Beitrag zu Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung zu leisten</p>	<p>[...] <b>B4:</b> "[...]. Also des wär, des würd uns gaunz vül Arbeit abnehmen, weil eigentlich die Sozialarbeit mochn die DGKP mit und die Ordiassistentinnen und des is dann eigentli sehr gedrängt donn des Programm." <b>I:</b> Mhm und bei Ihnen im Programm sind also diese Gesundheitsberufe, also Berufe momentan gar nicht involviert noch?" <b>B4:</b> "Noch wenig, weil mir schickens eigentlich, weil Diätologin hab ma eigentlich nur die eine in [Ort], do schick mas hin und je nachdem ... wir arbeiten auch mit dem [Krankenhaus], dass ma auch schicken, aber je nachdem wie die eingeteilt ist ... wie viel Arbeit de hot ... je nachdem tu ma's schicken oder net, ober meistens geht's eh net, weil afoch eben viel Arbeit is, wie vor ollm ja...schwierig mit die Diätologen und Sozialarbeit sowieso." <b>I:</b> "Und übernehmts ihr momentan als DGKPs oder als Ärztinnen und Ärzte die Aufgaben dieser Gesundheitsberufe oder sind die momentan afoch gar nicht vertreten noch?" <b>B4:</b> "Jo teils teils. Also über ... mia hobns ... wir klärn scho auf über gesunde Ernährung ahm, oba jo...also gaunz genau auf kan Foll, weil wir afoch net ausgebildet san dafür...die ganzen DGKPs." <b>I:</b> "Mhm, mhm. Und wie..." <b>B4:</b> "Mia tuan a vü Rehabilitation und Kuranträge stellen, dass ma do a eben Ernährungstherapie und Bewegungstherapie a kriegen." <b>I:</b> "Im Zuge der Chronikerprogramme?" <b>B4:</b> "Genau." <b>I:</b> "Mhm, ok. Verstehe. Also des is sozusagen, wenn i des jetzt richtig versteh, euer Beitrag dazu, dass ihr diese Gesundheitsberufe irgendwie dann doch vertreten hobts." <b>B4:</b> "Genau."</p>	<p>Versuch von Seiten der DGKPs und Ordi-Assistentinnen bzw. Ordi-Assistenten die Aufgaben mangelhaft vertretener Berufsgruppen in den Chronikerprogrammen zu übernehmen - im Konkreten in den Bereichen Diätologie, Physiotherapie und Sozialarbeit. Allerdings fehlt ihnen hierzu die nötige Ausbildung und Zeit. Eine Integration dieser Berufsgruppen würde daher zur Reduktion der Arbeitsauslastung beitragen.</p>

<b>Patientenverhalten</b>	Terminvereinbarung für Kontrolluntersuchungen	<p><b>I:</b> "Und wie erfolgt bei euch die Terminvereinbarung für die Kontrolluntersuchungen?"</p> <p><b>B4:</b> "Also, mia...wenn wir mit unserm Erstgespräch fertig san, dann wenn zum Beispiel Blutdruck...wenn der halt in Ordnung is, dann mochen wir nachm ersten Termin meistens nachm halben Jahr wieder a Kontrolle aus ahm ... entweder moch i glei an Termin aus oder ich bitte die Patienten, dass sie sich melden und wenn des dann nicht erfolgt ... die kumman jo immer Medikamente hult, dann schau meine Kolleginnen vorn mit, die Ordiassistentinnen, und weisen die Patienten hin, dass wieder a Kontrolle wäre."</p>	Sofort Terminvereinbarung durch die betreuende DGKP oder Patientin bzw. Patient soll sich selbst melden oder durch die Ordi-Assistentinnen bzw. Ordi-Assistenten, wenn die Patientin bzw. der Patient beispielsweise Medikamente abholt.
	Einhaltung der Kontrolltermine	<p><b>I:</b> "Mhm, mhm. Und wie wie gut funktioniert des? Halten die Patientinnen und Patienten dann die Kontrolltermine ein?"</p> <p><b>B4:</b> "Teils, teils...also es es wird besser, weil sie hobn am Anfang net gwusst, was sie mit uns anfangen sollen, wenn ma's nachm Blutdruck frogn und warum sie jetzt net zum Oazt kumman jo...und dann wir jo ... je nachdem es is halt a beim Therapie-Aktiv es is a ... da muss ma oft anrufen, weils anfoch oft vergessen oder obwohl a Termin ausgmocht is jo..."</p> <p><b>I:</b> "Ok, und wenss ihr hinterherrufts kommen sie dann ... funktioniert des mit dem Hinterherrufen oder is des dann immer noch eher problematisch?"</p> <p><b>B4:</b> "Mhm, manche sogn, warum soll i scho wieder kommen und aundre sogn danke dass ma nachgerufn hobn."</p> <p><b>I:</b> "Ok, ok. Und also wie wär so die äh ... die mehrheitliche Tendenz, wird's eher eingehalten oder eher nicht?"</p> <p><b>B4:</b> "Eher eingehalten."</p> <p><b>I:</b> "Ok. Und und wenss nicht eingehalten wird, wo was sind dann die Gründe, die genannt werden oder die..."</p> <p><b>B4:</b> "Keine Zeit oder se wollen si keine Zeit nehmen oder do hobns an Termin oder do geht's goa net. Jo..."</p>	<p>Mehrheitlich und Tendenz steigend werden die Kontrolltermine eingehalten, jedoch häufig telefonische Erinnerung nötig.</p> <p>Gründe für das Nichterscheinen zu den Kontrollterminen sind Zeitmangel, fehlendes Interesse und Vergessen.</p> <p>Anfängliche Gewöhnungsphase für Patientinnen und Patienten, dass kein Arzt-Patienten-Kontakt, sondern ein Pflege-Patienten-Kontakt erfolgt.</p>
		<p><b>I:</b> "Und was könnte man Ihrer Meinung noch tun oder was was mochn Sie damit ma die besser einhaltet?"</p> <p><b>B4:</b> "...immer wieder hinweisen oder ansprechen wenn sie zum Beispiel die Medikamente hult kumman oder zur Blutabnahme kommen, jo..."</p> <p><b>I:</b> "Ok, also so die regelmäßige Erinnerung..."</p> <p><b>B4:</b> "Genau, eigentli jo ... genau..."</p>	Regelmäßige Erinnerungen bei Praxisbesuchen der Patientinnen und Patienten, wie beispielsweise bei Blutabnahmen oder Medikamenten-Abholungen, erhöhen das Interesse die Kontrolltermine einzuhalten.

<b>Kompetenz aufteilung</b>	Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele	<p>I: "Ok, ok. Und wenn die Patientinnen und Patienten dann amoi involviert sind in diesen Chronikerprogrammen, sind sie dann a motiviert ihre persönliche Gesundheitsziele einzuhalten und wenn nicht, warum nicht oder...jo?"</p> <p>B4: "Ah oft hea i ... also des is die meiste Ausrede ... jo i was eh, i was eh, dass i mi bewegen sull, i was eh mit Ernährung, des hob i scho hundert mol gheat...es is oft schwierig zu motivieren und i bin oft anfoch a nur froh, wenn sie kumman und sie Blutdruck messen, weil des funktioniert oft a net so, dass sie den Blutdruck a wirklich messen und vül samma draufkumman, hom a goa kan Blutdruckmesser zuhause, wenn ma dann so ins Gespräch kummt jo. Also deswegen samma a oft afoch nur froh, wenn sie afoch nur mit eanan Blutdruck ins Haus kumman und die Werte afoch nur vorlegen und uns zagn, des is ah schu sehr viel wert und jo und des aundre jo so Schritt für Schritt holt ne ... dadurch, dass ma de immer wieder einahuln ... jo vielleicht, dass ma amol (?) und andre san wiederum vui motiviert, wenn se mit uns gsprochn hobn. Des is sehr unterschiedlich."</p> <p>I: "Und wie würden Sie so die mehrheitliche Tendenz einstufen wie die Motivation is?"</p> <p>B4: "Eher, dass der Blutdruck passt, dass se mitschreibn."</p> <p>I: "Also, dass sie motiviert sind ähm ihre Blutdruckwerte zu überwachen."</p> <p>B4: "Genau."</p>	<p>Mehrheitliche Tendenz die Blutdruckziele einzuhalten und zu überwachen.</p> <p>Die Patientinnen und Patienten hinsichtlich Bewegung und Ernährung für einen gesunden Lebensstil zu motivieren, gestaltet sich teilweise schwierig. Dadurch dass jedoch im Zuge der Chronikerprogramme ein regelmäßiger Patientenkontakt durch die vielen Kontrolltermine erfolgt, können Patientinnen und Patienten Schritt für Schritt über einen gesunden Lebensstil aufgeklärt und herangeführt werden.</p>
	Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Haben Sie, haben Sie in den Chronikerprogrammen a Veränderung in der Adhärenz der Patientinnen und Patienten bemerkt? Also die die Einhaltung der der Therapie, die vorgeschlagen wird oder empfohlen wird?"</p> <p>B4: "Scho, schon, wal se nehmen dann a regelmäßig die ... weil monche nehmen dann die Tabletten net und wenn ma sie dann wieder darauf hinweist, donn nehmen sie die Tabletten wieder regelmäßiger, fangen eventuell wieder an mehr Bewegung zu machen und auf die Ernährung zu achten ja, eigentlich schon."</p> <p>I: "Also jetzt im Vergleich zu davor ohne den Chronikerprogrammen sozusagen."</p> <p>B4: "Also auf jeden Foll a Verbesserung vom Gesundheitsdenken und jo."</p>	<p>Verbesserung der Adhärenz und Gesundheitskompetenz durch die regelmäßigen Patientengespräche in den Chronikerprogrammen.</p>
	Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Und und die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten, hot sich die verändert in den Chronikerprogrammen...also deren Selbst..."</p> <p>B4: "Eigentlich, eigentlich die Eigenverantwortung...ba die Jungen schon, also wenn die jünger sind, bei den Älteren nicht."</p> <p>I: "Ok, und warum denken Sie hot des hot sich des bei den Jungen vor olle Dinge verbessert?"</p> <p>B4: "I glaub afoch, dass sich die viel mehr informieren übers Internet und jo also gesundheitsbewusster sand und es kummt a aufs familiäre Umfeld drauf an..."</p> <p>I: "Aber würden Sie des eher auf die Chronikerprogramme zurückführen oder eher auf andere Faktoren...dass die eigenverantwortlicher sind?"</p> <p>B4: "Jo schon eher auf die andere Faktoren..."</p>	<p>Bei dem jüngeren Patientenkollektiv Verbesserung hinsichtlich Patientenempowerment. Die ist jedoch auch dadurch bedingt, dass dieses Patientenkollektiv gesundheitsbewusster ist und sich mehr im Internet informiert.</p>
	Stärken einer Kompetenzaufteilung	<p>B4: "[...] hald anfoch zum Beispül i was jetzt bei den Chronikerprogramm ... Bluthochdruck zum Beispül was i was i zum tuan hob."</p> <p>I: "Mhm, und des is im Vergleich zu vorhin also vor den Chronikerprogrammen nicht so gewesen oder wie wie kann i des verstehen?"</p> <p>B4: "Na weil i afoch, jo genau, weil weil wann i (?) was i was i zum tuan hob ahm ... es gibt Vorgaben wos kau ma tuan, wo kann ich nachschauen, also sowas."</p>	<p>Die schriftliche Kompetenzaufteilung in den Chronikerprogrammen schafft für die Pflege mehr Klarheit hinsichtlich ihrer Zuständigkeiten und ihrem Tätigkeitsgebiet.</p>

	Schwächen/Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung	<p>I: "Und...gibt es auch irgendwelche Schwächen oder Herausforderung, die si durch so a Kompetenzaufteilung ergeben?"</p> <p>B4: "...die Kommunikation oft. Weil's no net gaunz kloa is, wer jetzt was macht genau, des is auch an der Kom...an der Kommunikation vor ollm noch..."</p> <p>I: "Also, wie meinen Sie des, dass es net ganz kloa is?"</p> <p>B4: "Na die, weil wal oft die also die Kommunikation ... ahm wal gewisse Sochn oft a doppelt gmocht werden [...]"</p> <p>I: "Mhm, und wie wie könnte man des verbessern?"</p> <p>B4: "Mehr miteinaunda reden (lacht) bei Besprechungen, Teambesprechungen..."</p>	Bei mangelnder Kommunikation im Team teilweise Unklarheiten über die Zuständigkeiten, wodurch Aufgaben zum Teil redundant erfüllt werden.
	Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme	<p>I: "[...] Hot sich durch die Chronikerprogramme Ihr Aufgabenbereich verändert?"</p> <p>B4: "...Hot si verändert jo, vergrößert."</p> <p>I: "Inwiefern?"</p> <p>B4: "Anfoch diese Selbstentscheidungen. Selbständig arbeiten, weil i a anfoch selber Entscheidungen triff ... ob ma ob ma a Blutdruck Holter montieren oder a EKG schreiben, ob a Blutabnahme ... afoch so Kleinigkeiten."</p>	Vergrößerung des pflegerischen Aufgabenbereichs --> Entlastung für Ärztinnen und Ärzte, da viele Aufgaben von der Pflege übernommen werden. Dadurch mehr ärztliche Ressourcen für andere Patientinnen und Patienten vorhanden.
		<p>I: "[...] Ok ja dann ein anderes Thema ähm in den Chronikerprogrammen erfolgt eine Kompetenzaufteilung zwischen den DGKPs und den Ärztinnen und Ärzten und schriftlich definiert. Wos finden Sie sind Stärken von so ana Kompetenzaufteilung?"</p> <p>B4: "Stärken...also dass der Arzt eigentlich von uns entlastet wird und der dann mehr Zeit hot für die Patienten."</p> <p>B4: "Ja, also i find schon dass wir sehr vül Verantwortung jetz a übernehmen, weil [...] wenn man de Patienten (?) die kommen glei zu uns, da gibt's kein Arztgespräch vorher [...] somit is des eigentli olls eigentli über uns und somit a mehr Verantwortung und Aufgabe jo."</p>	Aus Sicht der Pflege erfolgt in den Chronikerprogrammen mehr selbstständiges Arbeiten und die Übernahme von mehr Verantwortung durch das eigenständige Treffen von Entscheidungen.
		–	–
	Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung	–	–
Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Ok, und hot sich durch die Chronikerprogramme Ihre Arbeitsauslastung verändert?"</p> <p>B4: "Ja, auf jeden Fall, also es is sicher ... ahm vom Blutabnehmen, ahm vom Infusionen aufhängen und Verbände mochn auf jeden Fall um fuchzig Prozent sicher gstiegn."</p>	Steigerung derArbeitsauslastung aus pflegerischer Sicht um etwa 50% durch die Chronikerprogramme.	
Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen	<p>I: "Mhm, und gefällt Ihnen die Arbeit in den Chronikerprogrammen?"</p> <p>B4: "J...jo schon. Es is jo a so, ma wochst söba an dem, weil ma a dann selber ... alan Vitamin D Prophylaxen und solche Sochn afoch denkt a, für sich söba a zum Beispiel."</p>	Gefällt die Arbeit in den Chronikerprogrammen, weil man daran wachsen kann.	
Interprofessionelle	Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit	<p>I: "[...]wos wos finden Sie san so Stärken von so ana Zusammenarbeit beru...berufsübergreifend."</p> <p>B4: "Auf jeden Foll Vereinfachung für die Patienten. Wenn des zum Beispül, wie im Medius jz, wenn des wirklich alles zusammen is mit Physiotherapeuten und Sozialarbeitern und so is des für den Patienten afoch ein Weg weniger."</p> <p>I: "Mhm, also dass die Versorgungswege sozusagen geringer sind, versteh i des so?"</p> <p>B4: "Genau."</p>	Verkürzung der Versorgungswege für die Patientinnen und Patienten, wenn mehrere Berufsfelder an einem Ort abgedeckt werden.

	Schwächen/Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit	I: "Ok, und gibt es auch Ihrer Meinung nach irgendwelche Schwächen oder Hindernisse bei so ana Zusammenarbeit?" B4: "Weil des afoch a Neuland is, afoch a wieder die Kommunikation, dass ma si da guat austauscht, dass ma do des Netz...des Netzwerk jo."	Voraussetzung für eine interprofessionelle Zusammenarbeit ist eine gute Kommunikation im Team und ein suffizientes Netzwerk.
	Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme	I: "Ok, und oabeitn sie jetzt enger mit anderen Gesundheitsberufen zusammen in den Chronikerprogrammen?" B4: "Na, eigentlich net. Jo mehr also, na..., weil ma afoch nur Oazt und Ordiassistentinnen hobn und kane anderen Berufsgruppen im Haus hobn."	Keine Veränderung in der interprofessionellen Zusammenarbeit, weil außer der Pflege, den Ärztinnen und Ärzten und den Ordi-Assistentinnen und Ordi-Assistenten noch keine weiteren Berufsgruppen involviert sind.
	Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit	I: "Ok, ok. Und würden Sie noch etwas an der Aufgabenaufteilung verändern zwischen den Gesundheitsberufen?" B4: "Eigentlich nicht. Eben, eben mit ana Diätologin wär a no toll, mit ana Sozialarbeiterin, weil des is scho sehr umfangreich a, weil des homma bisher immer mitgmocht, also Sozialarbeit vor allem hob i gmocht..."	Einbinden von mehr Berufsgruppen in den Chronikerprogrammen, wie beispielsweise in den Bereichen Diätologie und Sozialarbeit.
		I: "[...] gäbe es noch Verbesserungspotenzial für diese interprofessionelle Zusammenarbeit? [...]" [...] B4: "...Schulungen zum Beispül." I: "Für wen wären Schulungen gut?" B4: "Für alle, für Ordiassistentinnen, für uns DGKPs ja ..." I: "Ok, und ok. Und was sollten diese Schulungen beinhalten?" B4: "Na für die DGKPs gibt's des eh a, oba a so, dass ma a a bissl die Ärzte mehr involviert und dass ma denen afoch a ... mia sand do e söbstständig mit Osteoporose a, ahm Verbandswechsel a, dass de do a bissl...oder a die Ordiassistentinnen, dass jeder bissl a Ausbildung ho a, wo ma olles ansuchen kann a mit de ganzn Medikamente, der ganze Vorgang."	Schulungen für alle involvierten Berufsgruppen über den Ablauf der Chronikerprogramme - auch hinsichtlich organisatorischer Tätigkeiten.
	Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team	I: "Wie zufrieden san Sie mit der Kommunikation im Team bei euch?" B4: "Es könnte mehr sein. Also dass ma wirklich mehr so für Chroniker extra so Besprechungen mocht und a dass ma eigentlich a so Fallbesprechungen mocht, weil des moch ma momentan eigentlich goa net."	Könnte besser sein, da aktuell in dieser PVE noch keine gesonderten Chronikerprogramm-Teambesprechungen und -Fallbesprechungen erfolgen.
Schulungen/ Ausbildungen	Erhaltene Schulungen im Rahmen der Chronikerprogramme	I: "[...] hobn Sie im Zuge der Chronikerprogramme irgendwelche Schulungen erhalten?" B4: "Ja also i woa bei der letzten ... also bei der ersten Ausbildung für die Chroniker woa i dabei, ols des aufkommen is ... ahm...jo... un des glaub i, sollte wieder stottfinden hots gheißen und da wullma a wieder a Kollegin schicken dass ma afoch ane in [Ort] is und i hoid in [Ort] dass do ana verantwortlich is, wenn a Ansprechperson gesucht wird." I: "Und was woren so die Inhalte dieser Schulung?" B4: "Ah die chronischen Programme afoch also Hypertonie, Osteoporose, ah COPD, Asthma und KHK und dann die ahm es woan a...ahm die Gesprächsführungen homma a Stunden ghobt, a Praktikum homma ghobt für Diabetesambulanz und auf der Pulmologie und a Recht homma no unterrichtet, Management ... jo also es woa sehr hilfreich, dass ma moi hineinwächst in des Thema, weil i hob vorher eigentlich überhaupt kann Bezug ghobt zu dem Thema [...] ...deswegen woa des sehr hilfreich."	Am Anfang wurde eine Schulung über die Krankheiten in den Chronikerprogrammen, über Gesprächsführung und rechtliche Themen erhalten. Außerdem erfolgte ein Praktikum auf einer Diabetesambulanz und einer Pulmologie. All das war sehr hilfreich, um einen Bezug zu den Chronikerprogrammen zu erhalten. (Es scheint hier die Schulung „Pflege in der Primärversorgung“ von der ÖGKV gemeint zu sein.)

	Bereiche mit noch bestehendem Schulungsbedarf	I: "Und, und gäbe es noch Bereiche, wo Sie si noch Schulungsbedarf ... also wo Sie noch Schulungsbedarf sehen würden?" B4: "Also mei mei Kollegin mocht grad die Ausbildung für die Community Nurse und des is recht a super Kombination jetzt dann, weil sie hot a allgemein vü soziales a sehr viel und die Kombination, dass i jetzt die Chronikerausbildung hob und sie die Community Nurse is jetzt recht toll, muss i sogn."	Eine Kombination aus zwei DGKPs, von denen zumindest je eine die Ausbildung für chronische Betreuung und je eine die Ausbildung als "Community Nurse" besitzt, ist optimal.
Administrativer Aufwand	Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands	I: "Mhm, mhm, ok. Ok, Sie hobn vorher schon etwas zum administrativen Aufwand gsogt. Wie empfinden Sie den in den Chronikerprogrammen?" B4: "Momentan vor ollem wenn Erstaufnahmen san, find i hoch ... vor allem wir speichern des eigentlich, des geht aber über viele Wege bis es donn eigentlich dann in der Kartei vom Patienten drinnen is." I: "Also, kennans ma des a bissl erklären? Wie wodurch entsteht dieser hohe Aufwand dieser administrative Aufwand?" B4: "Also mia haben so a Vorgabe ... des is vom Gesundheitsfonds erstellt worden, des Assessment ... des füll ma aus mitm Patienten und dann wird des ahm gespeichert ahm aufm Bildschirm und dann muss ma über des Programm des reinspeichern und wenn des schu im Programm wäre, wo ma wirklich nur ... so wie ma des auch bei Therapie-Aktiv des Programm anfoch aufmocht, wo man die ganzn Werte eingibt und Untersuchungen mocht ma noch, dann wär des natürlich einfacher [...] und es wird dann aber extrig in a Excel Datei abgespeichert die Namen vom Patienten und jo..." I: "Ok. Also es is sozusagen amoi wenn i des richtig versteh separat von ihrem internen System." B4: "Genau, also. Genau."	Hoher administrativer Aufwand unter anderem aufgrund der zeitaufwändigen Dokumentation, die separat vom hausinternen Dokumentationsprogramm erfolgt.
		I: "Ok, und gibt es sonst noch etwas warum Ihrer Meinung noch auch ein hoher administrativer Aufwand entsteht?" B4: "Eben a durch dieses a Nachrufen auch dann [...] für die fürs Follow-Up"	Hoher administrativer Aufwand unter anderem aufgrund der vielen durchzuführenden telefonischen Erinnerungen zu den Kontrollterminen.
	Wie erfolgt die Dokumentation	I: "Ok, also versteh ich des donn richtig die Dokumentation erfolgt bei euch über a separates System oba über a elektronische Dokumentation." B4: "Über elektronische Dokumentation läuft des, ja genau." I: "Also keine schriftliche Dokumentation in Form von Papier." B4: "Nein das nicht." B4: "[...] und es wird dann aber extrig in a Excel Datei abgespeichert die Namen vom Patienten und jo..."	Digitale Dokumentation ins Ordinationsprogramm und mittels einer Excel Datei.
	Stärken und Schwächen der angewendeten Dokumentationsform	I: "Ok. Und gibt's, gibt's auch irgendetwas Positives an der Dokumentationsform die Sie do hobn?" B4: "Eben, dass ka Papier is. (Lacht) ... des passt eh" I: "Ok, ok. Und von den Schwächen her, die bei dieser Dokumentationsform wären..." B4: "Es is afoch aufwendig. Jo..." I: "Ok, weils zwei Dokumentationswege sind sozusagen." B4: "Genau."	Aktuelle aufwändige Dokumentation aufgrund der doppelten Dokumentation (Digitale Dokumentation separat vom Ordinationsprogramm und in Excel Dateien). Positiv ist die digitale Dokumentationsform im Gegensatz zu einer handschriftlichen Papierdokumentation.
	Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration	I: "Ok, ähm und bezüglich dem Hinterherrufen, was ihr do mochts, hobts ihr a eigene Liste, de ihr durcharbeitets oder wie funktioniert des bei euch?" B4: "Also eigene Liste hob ma nicht, wir hobn ahm ... wir schreiben nur, ob der Patient ... des tua ma schon dokumentieren, wie viel Patienten wir zum Beispiel im Chroniker hobn ... nur im Infofeld, wenn des dann aufploppt, wenn zum Beispiel der Patient Medikamente holt und der ist beim Hypertoniker Programm dabei san, do weis mas dann hin, dass des gmocht ghert ... des wa wahrscheinlich no a Verbesserungsvorschlag, dass ma des no irgendwie besser regeln könntn, dass des so laft wie bei Therapie-Aktiv."	In Anlehnung an Therapie-Aktiv wäre eine Patientenliste wünschenswert, die all jene chronisch Kranken in den Chronikerprogrammen anführt, bei denen Kontrolltermine demnächst anstehend bzw. noch ausstehend sind.

		<p>I: "Also wie meins des? Wenns ..."</p> <p>B4: "Dass afoch, weil bei Therapie-Aktiv bekommen ma oft so a Liste, von den von den Patienten, de wos scho länger ka Kontrolle mehr ghobt hobn. Es wa holt supa. Dafür hob I holt gmant, dass eben so a ähnliches Programm wie ba Therapie-Aktiv, dass ma das verallgemeint für Chroniker a irgendwie erstellen könnte."</p>	
Alltagstauglichkeit Chronikerprogramme	Sind die Chronikerprogramme praktikabel/alltagstauglich	<p>I: "Ok, ok. Sind Ihrer Meinung nach die Chronikerprogramme praktikabel beziehungsweise alltagstauglich?"</p> <p>B4: "Schon jo."</p>	Ja
	Begründung zur Einschätzung der Alltagstauglichkeit	<p>I: "Und warum denken Sie so?"</p> <p>B4: "Na es is anfoch a System dahinter (?) und es is afoch umsetzboa, wenn ma ahm, wenn ich zum Beispiel alleine bin, is es zwoa mühsam, weil ma oft a wegrennen muss, wenn ma grad im Gespräch is, oba es funktioniert. Es is dann holt immer wieder die Dokumentation dahinter noch, was donn aufholt eigentlich. Weil so ins Gespräch kommt ma ja dann mitm Patienten und des dann nochher dokumentiert is holt ja..."</p> <p>I: "Also versteh i des richtig, is, dass die Hauptschwierigkeit halt in der Dokumentation liegt?"</p> <p>B4: "Mhm, genau."</p>	Alltagstauglich, weil ein System hinter den Chronikerprogrammen steckt. Schwierigkeiten hinsichtlich der Praktikabilität stellen jedoch die Dokumentation und das nicht immer ausreichend vorhandene Personal dar.
	Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit	<p>I: "Ok. Und wos wos müsste man dann also olles mochn damit ma die Chronikerprogramme am besten integrieren kann in den Alltag, wenn Sie jetzt auf alle Bereich zurückblicken würden?"</p> <p>B4: "Also wenn...also dass ma auf jeden Foll ähm zu zweit a do sand, dass ma irgendwann amol a an extrigen Raum a hobn wo ma ungestört san mit dem Patienten ahm, dass ma eben a Sozialarbeiterin und a Ernährungsberaterin hobn und an zweiten Oazt vielleicht."</p> <p>I: "Und und wa warum bräuchte es noch eine DGKP?"</p> <p>B4: "Weil afoch ahm manchmal so vieles zusätzlich is, zum Beispiel spontane Infusionen, ahm Verbandswechsel so Sachen. Sulche Sochn kann man net afoch so stehen lossn und die Chroniker mochn oder a während dem Gespräch weggehen afoch, des geht net. Wir hobn afoch viele Verbandswechsel und Infusionen, wos dann no zusätzlich so dazukommen oder Verletzungen, wenn wer gestürzt ist oder a Platzwunde oder so des kummt dann jo olles no dazu...oder Notfall."</p> <p>I: "Ok. Also man bräuchte mehr Personal, damit die, damit ma bissi flexibler is und die akuten Fälle neben den chronischen absolvieren kann sozusagen."</p> <p>B4: "Genau."</p>	<p>Ausreichend Personal für die Chronikerprogramme zur Verfügung stellen.</p> <p>Räumlichkeiten, die nur für die Chronikerprogramme zur Verfügung stehen.</p> <p>Zusätzlich involviertes Personal in den Bereichen Diätologie und Sozialarbeit.</p>

Tabelle 42: Interviewtranskription B4

## 6.4.9 Interviewtranskription B5

	Unterkategorie	Zitat	Zusammenfassung
Strukturierende Betreuung	Veränderung zum bisherigen Umgang mit chronischen Krankheiten	<b>B5:</b> "Ja, wann, wie, wir, ja, das ist jetzt die Frage, welche Augen haben wir? Von die österreichische Seite sicher. Ich denke, dass ist eine neue neue neue Weg von [...] Wenn wir haben vielleicht ahm amerikanische Augen, das ist schon eine alte Thema und und auch vielleicht in, von slowenischer Seite, weil wir haben auch Community Nurse seit ah for 35 Jahren schon. Das ist etwas, was wir kennen, was sie kennen, aber das ist ja vielleicht ich denke, dass das alt ist schon ... Chronical Care Behandlung, aber nicht für Österreich."	Ja, aus österreichischer Perspektive haben die Chronikerprogramme den Umgang mit chronischen Krankheiten verändert. Andere Länder haben diese Art der Betreuung schon seit Jahren.
	Stärken einer strukturieren Betreuung	<b>B5:</b> "[...] Ahm I think regardless to my and with all the respect to the doctor colleagues, I think that the future of healthcare lies on nurses. That's my opinion. And and I think the time will show that I am right. I don't need to be right in my life, but I, here I think that I'm right and if the doctors don't see that, they need to let go of this godly role, then we are doomed, the healthcare is doomed and the quality is already suffering. And there were so many researches done, the quality of care and outcomes, not just care, outcomes on with patients with their health and regardless of what, what, depends what is wrong with them. The outcomes are better when the nursing is really strong. Ahm I think that I don't know why we are not doing more in this direction [...] Now that really I think this ahm advanced nurse practice and this chronical care and this management where the nurses are ahm independent that this is really something that we need to strive for. We, you know how I see the nurses and doctors? It's not like they are above us and then we need to blindly follow. This is like, it makes me nauseous. I think it's like, you know, if you, I made a statement once, it was at an ah European forum, but it's like the Healthcare is like a house, you know? It's just like a house. It's built and you have a different construction, people who are building this house, you know, and you have an electrician, a plumber and so on and so forth. And if they're, if all those people are working like together, this house is like really nicely done. If not, then it's like a piece of shit and I don't think that the doctor is more or better as we are and knows more as we do. I think it's just that they know different stuff that we do. You know, and we know as as much as them, but in a different field. And we are as capable as they are in a different way. [...]"	Ein Chroniker-Management, das durch eigenverantwortliche kompetente DGKPs durchgeführt wird, verbessert die Betreuungsqualität und das Patienten-Outcome.
		<b>I:</b> "Und wo? Wo sehen Sie die Stärken und die Vorteile von so aner strukturierten Betreuung?" <b>B5:</b> "Wo sind die Stärkte, Starkte mhm? Das, dass du Struktur hast, was und wie brauchst du. Ich denke, das ist wirklich stark, dass du weißt, dass Krankenschwester was genau brauchst du, ahm was bedeutet, wenn du siehst, zum Beispiel einen Befund, die so und so, was muss ich weitermachen. Aber von meiner Meinung, das funktioniert besser in Slovenia, weil ich kann die Leute weiterschicken. Österreich ist ein bisschen, ich finde das ein bisschen komisch. Gut, Struktur ist immer gut, dass du weißt, was und wie. Wo sind deine Kompetenz. [...]"	Klare Arbeitsschritte entsprechend eines vorgegebenen Betreuungsablaufs strukturiert die Arbeit für das Gesundheitspersonal und sorgt für Klarheit bezüglich der beruflichen Kompetenzen, sowie dem weiteren Vorgehen bei pathologischen Befunden.
	Schwächen/Herausforderungen einer strukturierten Betreuung	<b>I:</b> "Also sind die Programme zu genau, zu ausführlich? Würden die gekürzt gehören, oder?" <b>B5:</b> "Nein ist nicht so, aber ist zu viel zu denken, weil verschiedene Erkrankungen brauchen verschiedene Sache und du weißt, dass ah dir, dass du kannst einfach Patienten haben mit Diabetes, auch Hypertonie, KHK, ah Prostata, ah Schilddrüse Problem und so. Du kannst einfach einen Patienten mit mindestens fünf Erkrankungen haben und das bedeutet sehr viel von deiner Seite. [...] und dann das bekommt zu viel ab und zu."	Bei multimorbiden Patientinnen und Patienten mit multiplen chronischen Erkrankungen kann die Betreuung sehr komplex und herausfordernd werden durch die Vielzahl an durchzuführenden Untersuchungen bzw. zu überwachenden Parametern.

	<p>Verbesserungen bezüglich strukturierter Betreuung</p>	<p>I: "Okay also wenn ich jetzt fragen würde, welche Verbesserungen Sie si wünschen würden, dann ... ?" [...] B5: "Ja, ich sage nicht, dass wir haben das in Slowenien besser gemacht, aber wir haben das mehr strukturiert gemacht und wir haben gem ... so angefangen, das war die ganze Slowenien, nicht nur Steiermark oder so, aber das das war ein slowenisches Projekt, ne, das war, das war auch ein bisschen starker, aber ok. Steiermark ist groß wie eine Slowenien, das ist auch eine eine Geschichte, aber ok. Trotzdem, ich vermisse leider, äh was was können wir besser machen, dass wir haben diese Statistik Leistungen, weil dann Ende des Tages wir reden über Geld, ne, weil jemanden muss zahlen was wir machen. Fußstatus das, das kostet etwas. EKG kostet auch etwas und ich kann das nicht verrechnen jetzt in Österreich ... in Chroniker, ne. Ahm das brauchen wir ah alle Leistungen und dann auch, was ich finde, dass wir haben besser gemacht in Sloweniens war, dass wir haben von Anfang gesagt, ich nehme die Platz wie eine Krankenschwester für Chroniker und das ist nur, was ich mache und ich habe jeden Tag nur das gearbeitet. Aber hier in Österreich? Wir arbeiten alles, was sie sehr muss und dann, wann wir Zeit habe oder Lust oder wann er sagt und so dann ich mache Chroniker. It it's not in the first plan, it's it always comes ... like ... when it's convenient."</p> <p>I: "Mhm, ok. ok, verstehe. Das heißt, wenn i des jetzt zusammenfassen kann, es sind einerseits die Zahlensammlungen für statistische Zwecke, dann diese ..." B5: "Mhm ja ah. Warum brauche ich Leistung ist auch weil ein ... einmal ..., wir haben jetzt wie viel Zentrum sieben, acht [...]. Und das bedeutet, dass wir haben auch so viel Krankenschwesters, welche machen diese Chroniker. Dann, wenn ich haben schon mehrere ah und wir machen zum Beispiel wochentlich a diese Chronical Care Management, dann ist meine Frage, machen wir alle gleich? Naja, weil das Idee in dieser Chronical Care ist immer Qualität, nicht Quantität, das ist was ist die Idee hinten. Ah und for Zukunft wir müssen uns einmal fragen, machen wir alle gleich? Weil das, das ist ein großes Problem, welche wir in Slowenien gehabt haben. Dann einmal wir haben Statistik gesehen und eine hat ah zum Beispiel ah zwei Patienten gemacht äh in acht Stunden und eine hat 45 gemacht, ne, aber was ist wirklich, was war in Ordnung, was zum Beispiel bis acht bis zehn max." I: "Und wie wie ist des in Slowenien gelöst worden? Wer hat das ähm initiiert, wer hat das gemacht?" B5: "Ministerium for Gesundheit."</p> <p>B5: "[...] wann wir haben angefangen in Slowenien, wir haben schon wie eine statistische Leistungen gehabt, was mache ich, was habe ich gehabt. Das haben sie in Österreich nicht. Und das ist, ich finde das sehr schwer for diese Programm, weil dann, wir können das nicht weiterbringen, ne, weil ich weiß es nicht was na ... ich weiß was ich mache, aber die Leute in Versicherung oder ah Statistik, ich weiß nicht, ob wir welche arbeiten in Chroniker alle Diplomierte, welche sind jetzt in äh Steiermark, ob wir machen alle gleich. Weil das ist sehr wichtig, dass äh, wann du zum Beispiel ein äh Chirurg bist äh for ich weiß jetzt nicht, Hüfte Chirurgie, das müssen die alle alle Leute gleich machen, Inzision do do do und so weiter aber hier, wir haben keine Sta... was... das ist, was ich vermisse hier in Österreich und wir haben keine, ok, das haben wir jetzt mit dieser Excel Sheet, aber ja, wir haben von Anfang so gemacht, dass sie haben diese Statistik Leistungen gehabt, was und wie macht eine Krankenschwester?"</p>	<p>Statistische Auswertung der Chronikerprogramme über alle PVEs hinweg. Hierdurch ließen sich die PVEs vergleichen und die Betreuung qualitativ vereinheitlichen.</p> <p>Vergütung der Leistungen in den Chronikerprogrammen.</p> <p>Freistellung von DGKPs vom alltäglichen Ordinationsbetrieb, die sich ausschließlich mit den Chronikerprogrammen beschäftigen.</p>
--	--	---	---

	<p><b>I:</b> "Okay, und und wie wie erfolgt diese, diese Sammlung an Daten in Slowenien?"</p> <p><b>B5:</b> "Ahm ja, das wir haben so gemacht, dass wir haben, weil wir haben keine Registers gehabt. Gleich in Österreich. Wir haben zum ah zum Anfang keine Registers gehabt und du weißt nicht wie viel ah ... wir gehen einen Step weiter. Das Problem ist, was ich finde auch ein ein bisschen problematisch, weil in Slovenia du weißt welches sind deine Patiente, ok, weil du bist, wie heißt das, you are inscribed for one doctor and this is the sun that you have, you can't visit the other one. You can, if he's ahm, if he's taking cover of your doctor, if he is absent. If if I would want to go to somebody else and I would bring my e-card mit and when they will put a card in their ... I am sorry you are not our patient. They would take me only, if I am in a life-threatening situation, ok. Otherwise they would just tell me, your doctor is working then and then and you have to come back again. And that's the problem, that you don't have this in Austria, you can go wherever you want to. Sie haben auch diese Hausärzte, welche sie sagen, ok das ist mein Hausarzt, aber wenn du hast, ich ich weiß es nicht, du bist ah in [Ort] und du brauchst Arzt, du gehst einfach und das passt alles. Und dann du sagst ok, mir passt diese Arzt besser und dann du gehst zu diesem Arzt, das ist nicht möglich in Slovenia und wir kennen wie viele Leute haben wir in eine Ordi und naja wie, wie, wir haben das schon gehabt, aber wir haben keine Registers gehabt, welche Erkrankungen haben unsere Patienten ok. Ah und wenn du weißt, welchen Erkrankungen und das das war eine äh, das war das Erste, was äh wir haben gemacht ... Registers. Das bedeutet, dass du musst mit jeder Patient reden. Was nimmt er, welchen Erkrankungen hat er schon gehabt, welche hat er und so weiter, welche sind diese chronische Erkrankungen? Das war die Erste, was wir gemacht haben. Dann haben wir aber ahm im, wir haben gefr... ge... das war unsere erste Ziel, dass wir haben Registers und dann dass ahm wir wissen was und wie machen wir [...]"</p>	<p>Erstellen von Registern in den PVEs, welche die Patientinnen bzw. Patienten, deren chronische Erkrankungen und dazugehörige sonstige wichtige Informationen enthalten.</p>
	<p><b>B5:</b> "[...] wir haben schon so ah, wir haben schon Anfang schon gehabt Qual... ah Qual ... ah Qual ... Quality Indikatoren. Das haben wir auch gehabt. So war unsere Schema in Slowenien. Ich haben schon beim Anfang alles gehabt, gehabt und gemacht."</p> <p><b>I:</b> "Wos wos woren solche Qualitätsindikatoren zum Beispiel?"</p> <p><b>B5:</b> Sehr verschiedene. Ah das ist eine Fehlermel..., das ist meine Meinung, dass wir haben einen Fehler gemacht, weil wir haben zu viel ... gehabt und wir haben schon zu viele ne. Ahm wir haben zum Beispiel gehabt beim jeder ah Diabetiker einmal jährlich Fußstatus einmal jährlich habe Langzeitzucker, vor allem jeder COPD einmal jährlich Spirometrie gemacht, ah blblblbla, Ra... oder auch ah ah Raucher Status. Ahm was noch vielleicht? Das habe ich schon vergessen. Beim jeder Hypertonie Patient einmal jährlich Blutdruck gemessen und so weiter. Beim KHK einmal jährlich EKG gemacht und so weiter. Verschiedene und aber ich denk, dass ah ah wir müssen, die, die, die Summe war zu groß. Wir haben beim jeder, wir haben acht Erkrankungen gehabt. Und dann beim jeder war zwei oder drei und das ist acht mal drei. Das ist zu viel. Aber ich denke, dass bei jeden Erkrankung brauchst du eine."</p> <p><b>I:</b> "Okay oba Sie würden sagen, also ein Indikator pro Krankheit wäre dann die perfekte Anzahl?"</p> <p><b>B5:</b> "Ja, und ich denke das for oder vielleicht Diabetes ist ok ein bisschen spezial, haben HbA1c und Fußstatus ah ahm. For Blutdruck, nur Blutdruck Werte und for ah COPD ah vielleicht ah Cat ah Cat Testung und das war's."</p>	<p>Die Qualität der Betreuung bzw. der Verlauf einer chronischen Erkrankung sollte für jede chronische Erkrankung anhand mindestens einem, maximal zwei Qualitätsindikatoren ausgemacht werden. Beispiele für solche Qualitätsindikatoren wären: HbA1c und Fußstatus für Diabetes mellitus, Blutdruckwerte für Hypertonie und CAT Testung für COPD.</p>

		<p><b>B5:</b> "[...] Ok ahm was was finde ich schwer ist, dass ich kann in Österreich, weil ich, wir haben in Slovenia auch, das ist auch im Primärversorgungsbereich ist, warte mal wie heißt das in slowenische? Ah... Health Promotion Center. Ich weiß nicht was das ist in Österreich.  [... ] wo du hast verschiedene Workshops for gesund Lebensstil ahm, Diabetes, Ernährung bei ahm, dann was noch? Fette, wenn du hast zum Beispiel Cholesterin und ich kann Pat ... oder ah wie heißt das ah ahm healthy weight loss und blablabla und noch verschiedene. Ah Depressionen, ah Stressmanagement, was noch? Und das ist ein ahm interprofessionales Team mit Krankenschwesters, ah mit Kinesio-Therapeut, ahm Psychotherapeut und so das ist ein großes Team und du hast diese Möglichkeiten, wo du kannst, einen Patienten schi ... schicken, für das sind verschiedene Workshops und wenn ich habe zum Beispiel gesehen, dass ah mein Patient ahm ah hat ein bisschen Probleme, dass er vielleicht in, zu viel Stress hast oder PHQ-9 Fragebogen war ein bisschen zu hoch, dies ... gre ... gre ... grenzwertige hoch. Wie hoch, dass ich muss äh äh ihm zum Arzt schicken, dass er sagt, ok, das ist ein, das ist Depression. Er braucht Medikamente blablabla. Aber das ist zum Beispiel grenz... gre ... ah grenzwertig ahm und ich kann ihm weiterschicken, dann er kommt zurück zu mir und dann ich sehe, ok, hat hat das geholfen und so, aber diese Möglichkeit ist ist nicht so gut strukturiert in Österreich. Ich weiß, dass sie haben auch sehr verschiedene Workshops, aber ist nicht so, wie heißt das, ist nicht so approachable. Ist nicht im Haus."</p>	<p>Um eine ganzheitliche Patientenbetreuung mit möglichst kurzen Behandlungswegen gewährleisten zu können, müssten Gesundheitszentren geschaffen werden, die <u>vor Ort</u> ein interprofessionelles Team aufweisen. Die diversen Berufsgruppen würden unter anderem ermöglichen, eine Vielzahl an unterschiedlichen gesundheitsfördernden Workshops anzubieten, die somit leicht zugänglich für die Patientinnen bzw. Patienten wären. Diese Möglichkeit wird derzeit in Österreich von B5 noch als unzureichend empfunden.</p>
	<p>Vorschläge selbst oder intern im Team einen Beitrag zu Verbesserungen hinsichtlich strukturierter Betreuung zu leisten</p>	<p><b>B5:</b> "[...] Dann ich denke auch ok, sie ist ah, sie ist eine Frau, sie ist mehr als 60 Jahren alt, ich muss noch ein FRAX machen for Osteoporose und muss aha ok Depre..., Depre..., Depression Status muss ich auch PHQ-9 fragen [...]."</p>	<p>Aufmerksames Mitdenken, um keine notwendigen Arbeitsschritte zu übersehen und eventuell zusätzliche Untersuchungen bei Hinweisen auf weitere chronische Erkrankungen durchzuführen.</p>
<p><b>Patientenverhalten</b></p>	<p>Terminvereinbarung für Kontrolluntersuchungen</p>	<p><b>I:</b> "[...] Ähm ja die nächste Frage wär, wie erfolgt bei euch die die Terminvereinbarung für die Kontrolluntersuchungen?"  <b>B5:</b> "Mhm ahm, normalerweise Kontrolluntersuchungen mache ich äh selbst. Das ist das einfachste, weil ich sehe dich, äh ich weiß, was wir haben gemacht, was ich brauche, weil das ist, ist nicht immer gleich ne. Ok, wenn Patienten gut behandelt ist, wir können sagen, ja, das ist jedes halbes Jahr ok, das ist einfach [...]. Auch erste Untersuchung, weil wir machen das so, dass wir ahm wir haben eine Liste, wo meine äh Mitarbeiterin, auch meine Kollegen Krankenschwester, wenn wenn sie sehen zum Beispiel einen Patienten und sie denken, oh, das ist von [B5] oder Anmeldung auch, ah meine Hausärzte auch, ah wenn sie denken oh das ist von [B5] und sie reden mit Patient ah und dein Patient ah, die Daten geht's auf meine Liste und dann ich rufe Patient an, weil ich habe gelernt oder wann ich sehe Patient dann, wann wann du machst Kontakt, dann funktioniert ein bisschen besser, wenn die Leute kommen, circa 90, 95% zu dir."  <b>I:</b> "Okay, okay, des heißt also, die ... ihr hobts eine Liste von Patienten für die Chronikerprogramme und die ..."  <b>B5:</b> "Das ist für erste Untersuchung."  <b>I:</b> "Für die erste Untersuchung."  <b>B5:</b> "Ja, das ich habe die Daten und dann ich rufe Patient an."  <b>I:</b> "Ok ok, des heißt ..."  <b>B5:</b> "Und dann kriegt, wann wir reden, er kriegt Termin, aber für jede weitere, egal wann, trotzdem,</p>	<p>Es wird versucht beim Kontrolltermin bereits den Termin für die nächste Kontrolluntersuchung auszumachen. Sollte dies nicht möglich sein, ruft die betreuende DKGP zur Erinnerung die Patientin bzw. den Patienten an.</p> <p>Für die pflegerische Erstuntersuchung gibt es eine Liste, auf die Ärztinnen/Ärzte, Kollegen-DGKPs oder Ordinations-Assistentinnen/-Assistenten Zugriff haben, um potenzielle neue Patientinnen bzw. Patienten für die Chronikerprogramme einzutragen. Die eingetragenen Personen in der Liste ruft die betreuende DGKP an, um einen Ersttermin zu vereinbaren.</p>

	<p>wann ist nach halbes Jahr oder ich mache immer ah das längere ist ah halbes Jahr, oder schneller. Aber ich, ich gebe dir Termin heute, dass du weißt, dass du hast Termin in ... aber wann du kommst nicht an, ich rufe dich an, wo bist du?"</p> <p>I: "Okay also sie ... Ok des haßt sie versuchen glei an Termin zu machen und wenn des nicht geht, dann rufen Sie an."</p> <p>B5: "Mhm, mhm (zustimmend)."</p>	
Einhaltung der Kontrolltermine	<p>I: "Und Sie haben gesagt, 90 bis 95% halten das dann auch ein?"</p> <p>B5: "Mhm, Mhm (zustimmend). Ja, ja, ab und zu passiert, weil es zum Beispiel ah ah Termin ist zu weit weg, hat ja auch etwas, das die Leute vergessen. Aber dann, wann ich rufe Patient an und frage ah wir haben heute Termin gehabt, haben sie vergessen, was hat ... was ist passiert? Und dann ich ich mache neue, einfach ein neues Termin. Aber meine Wunsch ist, dass ich schicke, dass wir haben diese Möglichkeit, dass ich kann eine Woche das, das kann automatisch sein, aber für das brauchen wir auch Programm. Das Programm schickt eine Woche vorher, wann du Termin hast ein SMS. Dass du, vergesst nicht."</p>	In 90 - 95% der Fälle werden die pflegerischen Erst-, sowie Kontrolluntersuchungen eingehalten.
Motivation zur Einhaltung der individuell vereinbarten Gesundheitsziele	<p>I: "Okay okay und wenn wenn die Patienten dann amal im System drinnen sind, wie motiviert sind sie ihre Gesundheitsziele einzuhalten?"</p> <p>B5: "Ja, das ist jetzt das äh, das ist, das is eine Variable, ne, das beim verschiedene is sehr hoch, beim, ich denke das ist gleich jeder Lande. Ahm ich denke das ist so mhm, wenn wir haben zum Beispiel hundert Prozent, dann wir haben ahm ein Drittel, welche is sehr motiviert, eine Drittel, mit welche du kannst ein bisschen arbeiten und geht und eine Dritte, welche egal was du machst, is immer gleich. ???"</p>	1/3 ist sehr motiviert, mit einem 1/3 lässt sich an der Motivation arbeiten und 1/3 ist und bleibt unmotiviert.
Veränderung in der Adhärenz durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Mhm verstehe und hat sich durch die Chronikerprogramme a Veränderungen in der Adhärenz ergeben bei den Patientinnen und Patienten?"</p> <p>B5: "Adhärenz? Therapie Adhärenz?"</p> <p>I: "Genau. Oder Compliance?"</p> <p>B5: "Wenn i ... oder Compliance ok ... Ja, ah beim zum Beispiel mit Asthma in COPD, ich finde, das funktioniert sehr gut, weil, egal wie oft habe ich Patient schon gesehen und dass sie haben schon zehn Jahren kennengelernt, ahm ah ich habe immer gefragt, die Frage war immer ah gleiche. Wie ... Was machen sie, wann sie nehmen Inhalationstherapie? Können Sie mir zeigen? Und ich habe das immer gefragt, ne und das ah ah ah das war ah sicher etwas Gutes und auch mit ahm ahm Diabetes Patienten, ne. Ich denke Compliance for Diabetes ist ahm besser, als mit Patienten welche haben Blutdruck."</p> <p>I: "Okay warum?"</p> <p>B5: "Und ab und zu die Leute verstehen wenn du ... ok, ich habe hoch Blutdruck, dann ich nehme ein Medikament. Ein hoch ... mein Blutdruck ist normal, dann brauche ich kein Medikament, gleich wie Blutfette. Ahm und Compliance ... ja, ich ich denke, dass mit ... ja das Compliance is sicher besser ist. Ich kann nicht sagen joa ist ein hundert Prozent besser ah. Wie besser das ist, auch nicht. Aber ich kann sagen, dass das hilft, sicher."</p> <p>I: "Okay und die besten Ergebnisse würden Sie also bei COPD und bei Diabetes dann sehen?"</p> <p>B5: "Ja, ich denke COPD, Asthma sicher. Das is, ja ... weil was habe ich alles gesehen, wie haben die Leute gemacht, das ist unglaublich. [...]"</p>	Verbesserung der Adhärenz durch die Chronikerprogramme, vor allem bei Asthma und COPD Patientinnen und Patienten. Ein Grund hierfür ist die regelmäßige Aufklärung über beispielsweise die Therapie.

	<p>Veränderung im Patientenempowerment durch die Chronikerprogramme</p>	<p>I: "Und und hat sich durch die Chronikerprogramme eine Veränderung in der Eigenverantwortung gezeigt? Also sowas, wie wenn's drum geht, gemeinsame Entscheidungen zu treffen oder dass der Patient anfoch wahrnimmt und versteht, wöche Koankheit er hot und wie er do agieren kann, also wie er do handeln kann?" [...] B5: "Ja ich denke, ich denke, ahm weil ahm wir geben äh ah wir, ich denke wie Power zurück zum Leute, ne und ja, ich denke, dass ähm nach dieser Beratung, aber das dauert länger, du brauchst wirklich Zeit für das. Das ah weil ist immer die Frage wie viel die Leute verstehen schon. Was sie wissen schon und wie motiviert sind die Leute for Gesundheit. Weil wir sagen immer ja, wenn wir, wenn wir gesund sind, wie, das ist alles. Ja das, das sagen wir, aber ahm wenn wir gesund sind, wir machen nicht in Richtung, dass wir bleiben gesund normalerweise. Wir machen, was wir machen. Wir essen was wir essen. Wir bewegen [???]. Ah verschiedene Leute viel, verschiedene ein bisschen weniger und die anderen nix. Aber wann wir krank sind, wann du nimmst unsere Gesundheit weg, dann dann wir wir wir sind bereit, dass wir machen alles. Aber das dauert auch noch, das dauert nur ein paar Monaten. Deswegen ah ich habe gelernt gelernt, dass wann ich habe länger gearbeitet, immer das Gleiche erzählt, gefragt und noch einmal und noch einmal. Dann nach paar Jahren hab ich gesehen diese "Diamonds? ne, dass die Leute haben angefangen, dass sie verstehen, dass du kannst wirklich viel sich selbst machen, dass du, dass wenn du wartest nur was dein dein Arzt macht oder was er gibt zu dir, dass das nicht gut ist für dich und du kannst wirklich viel allein machen. Und ja, so vielleicht."</p>	<p>Verbesserung des Patientenempowerments durch die Chronikerprogramme. Dies erfordert jedoch eine langwierige regelmäßige Aufklärungsarbeit. Beeinflussend ist außerdem das vorab vorhandene Wissen und Interesse zur Gesundheitserhaltung, sowie der bestehende Leidensdruck durch die Erkrankung.</p>
<p>Kompetenzaufteilung</p>	<p>Stärken einer Kompetenzaufteilung</p>	<p>I: "[...] in den Chronikerprogrammen erfolgt ja auch eine Kompetenzaufteilung. Das heißt, dass die Tätigkeiten eben a so aufgeteilt werden zwischen den Ärzten und den DGKPs. Was was finden Sie is gut oder was sind so Stärken an so aner klar definierten Kompetenzaufteilung?" B5: "[...] Ich kein Arzt bin. Ich weiß, was ich kann machen als Krankenschwester, deswegen haben wir sehr strukturierte ahm ah, wie heißt das, ahm Ablauf ... Chronical. Und ich weiß ganz genau, wo ist meine Grenze ist ... Ich habe kein, keine, ich, aber wenn ich sehe zum Beispiel, ich habe einen Patienten gehabt, er ist ah ein Chroniker mit Hyper ... mit Hypertonie ok und dann wir haben zum Beispiel eine Blutabnahme gemacht und Blutzucker war hoch ...und was kann ich als Krankenschwester machen? Ich sag nicht, ok, das ist ein Diabetes. Das ist nicht meine Geschichte. Ich sehe, ich muss wissen, was bedeutet Diabetes, wann wir sagen, dass das Diabetes ist und für das wann ich habe eine Messungen, welche zu hoch ist. Das ist nicht genug, ich muss sie noch einmal zum Beispiel zu, das ist die Frage, wie hoch das Zucker ist. Ob ich fra, ich schicke ihn zum oGTT. Wann ist nicht so, wann ist sehr sehr hoch, dann ich brauche nur eine, noch eine Wert und dann zum Arzt, dass er sagt ja das ist Diabetes ... und dann er kommt zu mir zurück, zum Schulungen, zum weitere Arbeit. So von diese Seite ich ahm ah sehe keine Probleme ah was ma, was ist ah Arzt, was bin ich, was mache ich, was macht er?"</p>	<p>Sorgt für Klarheit über die Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten der involvierten Berufsgruppen.</p>
		<p>I: "Aber sind Sie selbstständiger geworden durch die Chronikerprogramme, indem dass eben klar aufgelistet is, wos zu tun is?" B5: "Ja, ja, sicher, sicher und mit ahm dann auch mit äh, wie heißt das, mit Experience, ne, wenn du siehst, dass du hast gut gemacht und dann dein Arzt auch sieht, dass du hast gut gemacht und äh dass er kann, wie heißt das, ahm wha ... he doesn't need to worry, dass du machst Arbeit gut, ne. Dann ja, dann du du, dann du bekommst selbstständig mehr."</p>	<p>Die Chronikerprogramme erlauben für DGKPs ein selbstständigeres Arbeiten. Dies stärkt außerdem das Vertrauen zwischen DGKPs und Ärztinnen bzw. Ärzten.</p>

Schwächen/Herausforderungen einer Kompetenzaufteilung	<p>I: "Also würden Sie sagen es gibt keine Schwächen oder keine Herausforderungen bei so einer Kompetenzaufteilung."</p> <p>B5: "Wann du weißt, was dein Beruf ist, dann nicht. Wann du weißt nicht, was dein Beruf ist, dann ist sehr, sehr problematisch, dann ist sehr problematisch. Aber das ist, das hat viel zu tun was mit, was du hier hast, was du gelernt hast und ahm noch was du lernst weiter. Und ahm ich sehe nur so. Wenn du weißt nicht was deine Kompetenz sind, dann ich denke du musst noch ein bisschen in Schule gehen ... [...]"</p>	Grundsätzlich werden keine Schwächen einer Kompetenzaufteilung gesehen.
Veränderung des Aufgabenbereichs durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Okay und hat sich für Sie Ihr Aufgabenbereich verändert durch die Chronikerprogramme?"</p> <p>B5: "Ja, sicher. Ich habe mehrere gehabt als normalerweise [lacht]. Ist wirklich ..."</p> <p>I: "Mehr? Mehr Aufgaben?"</p> <p>B5: "Ja, mehr Aufgabe ja genau sicher, weil du musst ah alle ahm, so, du musst die meisten Untersuchungen machen. Du musst ahm ah wann du machst EKG, ich bin kein Arzt, aber ich muss wissen, was ich habe gesehen, was ich gesehen habe. Passt das oder passt das nicht? Ahm auch mit Blutdruckwert, ich muss wissen, was bedeutet etwas, weil ich muss das erzählen zum Patient. [...] Aber ich denke, dass wenn du arbeitest in Chroniker, du hast mehrere mehr Arbeit als alle anderen Leute, wann du arbeitest auch in Praxis."</p> <p>B5: "Und wie heißt das, Verantwortlichkeit ist."</p> <p>I: "Verantwortung ist höher?"</p> <p>B5: "Ja, ja, aber das war Denglisch [beide lachen]. Ja Verantwortung genau. [...]"</p>	Durch die Chronikerprogramme Zunahme des pflegerischen Aufgabenbereichs und der beruflichen Verantwortung.
Verbesserungen hinsichtlich Kompetenzaufteilung	<p>I: "Und würden Sie aber dann noch etwas an der Aufgabenaufteilung verändern?"</p> <p>B5: "Mhm ... Nur dass vielleicht sie gehen nicht in Richtung ... aber ich weiß, das weil ahm wir haben zu viele chronic ah, wir haben zu viele chro ... meiner Meinung zu viele Chronikerprogramme. Ahm das haben wir gemacht in Slovenia ah und ich denke, das is, dass weniger is ab und zu mehr. Ich denke, dass das was sie haben jetzt in Österreich ist gut, für jetzt ist genug. Aber wir müssen nur ein bisschen unsere Arbeit verbessern und dass wir machen alle alles gleich."</p>	Sicherstellen, dass die arbeitstechnische Durchführung der Chronikerprogramme in allen PVE gleich erfolgt.
Veränderung der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme	<p>I: "Also würden Sie sagen, dass sich Ihre Arbeitsauslastung verändert hat?"</p> <p>B5: "Jo, sicher."</p> <p>I: "Im Sinne von es is mehr geworden?"</p> <p>B5: "Jo, sicher, sicher."</p>	Zunahme der Arbeitsauslastung durch die Chronikerprogramme.
Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen	<p>I: "Ok. And do you like your job in the chronic programs?"</p> <p>B5: "Definitely. It's the best thing ever. [...]"</p>	Hohe Arbeitszufriedenheit in den Chronikerprogrammen.

<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Stärken einer interprofessionellen Zusammenarbeit	<p><b>I:</b> "[...] So the next topic is about ahm interprofessional ..."</p> <p><b>B5:</b> "Collaboration."</p> <p><b>I:</b> "Collaboration together. So what ... because that's ... also a special ... a specialty in the chronical programs. Ahm what do you like about that? So what are the advantages?"</p> <p><b>B5:</b> "I ... why I like the prof... the interprofessional collaboration is simply two things. One is you can't do everything you're, you're ah ah on your own cause ahm, I I am not a child prodigy and I was not, I didn't learn everything and I think there is enough job for everybody. So that's what I like as you can't do all on your own. Ah and the other thing is when you work in this interprofessional teams or whatever, you learn a lot. These are two things that are, that I really like in interprofessional collaboration and I think that we we have to always see this chronical care from the side of, from, from the eyes of a patient. He's the one who is gaining the most and that's that's that's what we are always talking about, patient-centered care. And this is how it should be that he's in the middle and we are just gathering around and circling him and we are offering the best possible care around him. Not that he needs to go, I don't know where. And this is what I like in interprofessional collaboration that I ... and I learned so much from my doctor, from my colleagues doctors, from the other nurses that I work with. Ahm basically, everybody who I was connecting with. If they were not too posh about it."</p>	<p>Interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht eine bestmögliche patientenzentrierte Betreuung.</p> <p>Das hohe und breitgefächerte Arbeitspensum in der Medizin erfordert eine Arbeitsaufteilung unter diversen Personen/Berufen.</p> <p>Verkürzung der Behandlungswege für die Patientinnen und Patienten, wenn mehrere Berufsfelder an einem Ort abgedeckt werden.</p> <p>Hohes Lernpotenzial bei einer guten Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.</p>
	Schwächen/Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit	<p><b>I:</b> "And are there also any challenges or disadvantages?"</p> <p><b>B5:</b> "The big challenge that we have and I think you also have in Austria, but it's not so loud cause there is not so many nurses in this type of work, is that we are not considered as ah, from the beginning we are a little bit considered as a threat that we are going to take somebody, somebody's work or worth. Ahm this is one thing, then we are not taking serious that we don't, that like we don't have enough enough knowledge. Ahm if I would gather in Europe for every time when I heard that we are going to do damage to patients, I would be rich, I think. I'm ahm I'm not kidding and I was always fight ... fighting against it. I'm a I'm a loud nurse. I don't have problem to tell ah doctors, what I think about it. Ahm but my work was always ah speaking on its own. That's why I could afford it. Ahm we are a little bit seen as a threat from the beginning and not trustworthy enough and that's why I think it's really important that also in Austria, especially in Austria, cause you're at the beginning now, that we are doing like really on the highest professional level possible with very educated nurses and that we are doing every ahm ahm that we are doing all the same. You know that the work ah loads, the type of work is same regardless if you come to me in [Ort], to [Person] in [Ort], it doesn't care, it doesn't matter. It has to be the same ah, cause then ahm and only in that manner, you can be taken serious and as a professionals and that you have to show your results that you have in that form of ah case studies or ahm or I don't know, maybe a little bigger researches, but this is really important that you show what you do. Cause the results from patients are things that you do."</p>	<p>Anfängliches hohes Misstrauen gegenüber den DGKPs hinsichtlich ausreichend vorhandener Kompetenz für die Arbeit in den Chronikerprogrammen. Um dem entgegenwirken zu können, erfordert es sehr gut geschultes Pflegepersonal, das dadurch auf höchstmöglicher professioneller Ebene agieren und unabhängig vom PVE eine qualitativ einheitliche Betreuung gewährleisten kann.</p>

<p>Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme</p>	<p>I: "And in your opinion did the interprofessional collaboration change in the chronic programs?" [...] B5: "Yeah, definitely. [...]"</p> <p>B5: "In Austria, I see now that the doctors, I'm talking about about ahm general practitioners, cause I didn't have a lot of collaboration with other people. I have to say ahm that this like understanding that what I can bring him as a nurse is changing. [...] she knows that I will make a contact with patient and I will explain everything regardless of my Deutsch is like ????. Ahm and then that's the job that she doesn't need to do. And this is I think, that the doctors are ah slowly like seeing what's really the benefit of having this type of nurse and this type of work in the practice. [...] I think that the people are motivated to do something new in Austria. So I find this like this is like slowly like like, you know ahm, waking up this ahm mentality that it's really cool to like interact cause then you can do like really crazy stuff." I: "So did I understand it the right way that with the chronical programs, the the doctors start to get more trust in the nurses?" B5: "Yes, definitely."</p>	<p>Definitiv Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Chronikerprogramme. Durch die pflegerische Arbeit in den Chronikerprogrammen Zunahme des ärztlichen Vertrauens in die DGKPs. Ärztinnen und Ärzte würden zunehmend die Vorteile von Chroniker-DGKPs erkennen.</p>
<p>Verbesserungen hinsichtlich interprofessioneller Zusammenarbeit</p>	<p>I: "Ok, ok. So so what are some improvements that you would like as regards this interprofessional collaboration?" [...] B5: "[...] Ok, ahm I would like to have more things in house and more things that they work ahm planned in this way? Not that it's up to us if we can make it work, you know what I mean? Like you have these ah ah workshops. I don't know how they are called from the ... ne Gesundheitsfonds, this is uh, something else. From the how's it called that you can have this also ahm .... these ah different workshops. They are organized, but this group is not inside of the primary care, you know. They can come and do the workshop in primary care. But I would like to have this like a Teil of primary care, you know, like a part of primary care. There is, that I can always send my patient every month ah that I can send my patient to this ahm workshops ah ah for, for healthy, ahm for the Bewegung, Ernährung und diese Sache. That would be my wish that I would have possibilities that I can, where... more possibilities where I can as a nurse send a patient on my own. Regardless that I need a doctor." I: "But but which workshops do you mean? What are they about?" B5: "We have, let's say we have our workshops of ahm ahm healthy weight loss. This is one we have, it's in Slovenia zum Beispiel. It takes three months, ah twice a week. This is for very motivated patients. Then we have this workshops for depression where it's in collaboration, is with psycho ah psychotherapist ahm and this it, and they also have possibilities that they do group therapy or one-on-one counseling, if they are not fit for group therapy. Ahm then we have ahm... And I also miss the possibility that the nurses would take care of Versorgung, VerVersorgunguntersuchung. This is what I what I ..." I: "Versorgungsuntersuchung?" B5: "Yeah. This is what I miss. I think this should be in hands of nurses."</p>	<p>Involvierung von zusätzlichen Berufsgruppen in den Chronikerprogrammen, die ebenso vor Ort und in die Betreuung eingebunden sind, um Behandlungswege zu verkürzen und mehr gesundheitsfördernde Workshops anbieten zu können. Die Teilnahme an diese Workshops sollte regelmäßig für die Patientinnen bzw. Patienten möglich und von den DGKPs einfach arrangierbar sein.</p>

		<p>I: "Ok, ok. But so you would like to have more professions in the primary system?"  <b>B5:</b> "Definitely. That I can send my patient right away or that we organize ahm cause we were talking in in [Institution] back then, cause we had a really good dietician there. Ahm we said, I don't know if they're still working like this, but that was one of the idea that I had, that when he's ahm with me at the first counseling and he's a diabetic patient at the same moment when we are done, he goes directly one door forward to the dietician. And this is patient-centered care.  [...]  That he does more things in one, one visit. This is what I would like."</p>	
	<p>Zufriedenheit bezüglich Kommunikation im Team</p>	<p>I: "And and how do you like the communication in your team?"  <b>B5:</b> "Mhm. I think it's fine [...] I I think that the doctors that I work with and the colleagues that I work with, I don't, I don't, I never, I I never had in my 19 years I I can say for myself that I never had the feeling that I, that the communication is not good because I believe that we make relations on our own. And it's up to me if my relationship with my colleagues are good. I can't take for your, I can't take your part. But if you're stupid, I have to work around it, you know. And if you are mean, I have to work around it. I have to find something. I have to find a way that this works. [...] I I can't say that I have that I ever had a bad experience or that I thought that ahm our communication is like not going nowhere. I can't say that."</p>	<p>Zufrieden mit der Kommunikation im Team.</p>
<p>Schulungen/ Ausbildungen</p>	<p>Erhaltene Schulungen im Rahmen der Chronikerprogramme</p>	<p>I: "Okay und weil Sie jetzt schon das Thema Schulung angesprochen haben. Haben Sie irgendwöchige Schulungen bekommen für die Chronikerprogramme?"  <b>B5:</b> "Ja, ja, und wir haben gleiche, ziemlich gleiche gemacht ah beim ah ÖGK. Ahm wir haben gemacht in Slovenia für jede Chronical Erkrankungen und wir haben ein Modul. Ahm sind verschiedene, eine sind kürzere, ahm die andere sind ein bisschen länger [...] ja wir haben für jeder Erkrankung ein Modul gehabt."  I: "Gibt's irgendwöchige Bereiche, wo Sie no Schulungsbedarf sehen würden?"  <b>B5:</b> "Ja gute Frage. Weil in Slovenia du kannst nicht in diese Ort ah, in diese ah Chronical arbeiten, wenn du hast keine Module gemacht. Das ist für dich nicht möglich als Krankenschwester. Du musst zum ersten diese Module machen und dann du kannst arbeiten. Aber in Österreich ahm mhm ich denke, dass Ende des Tages du brauchst das nicht."  I: "Braucht man nicht?"  <b>B5:</b> "Na ist noch nicht systematisch, so mein ich."  I: "Ok. Aber also, aber Sie haben gesagt, dass die ganzen Zentren haben einmal eine Schulung bekommen für die Chronikerprogramme?"  <b>B5:</b> "Von ÖGK Seite ja."  I: "Und jetzt, für weitere Schulungen gibt's noch nix, nichts Systematisches?"  <b>B5:</b> "Ist, ist noch nicht geplant [...].  [...] the difference in Austria with education is that we just did one, it was a copy paste basically from like this type of Slovenian education that we ah, they ... a little bit with a little bit different topics, but because the system functions a little bit different. So it was really ahm more ahm applicable for Austrian ahm ahm healthcare. But we did this for these few nurses which were in that moment available. But for let's say if you want to start now in chronical care management, there is no educational, no education models planned in this moment."  I: "Ok, so there was, there was an education model when the whole program was started, but now there's nothing. There's no ...?"  <b>B5:</b> "No, no, there is nothing [...]"</p>	<p>Als die Chronikerprogramme in den PVEs begonnen wurden, erhielten alle bis dato involvierten DGKPs eine Schulung von Seiten der ÖGKV über jede chronische Erkrankung in den Programmen (gemeint ist hierbei vermutlich die Schulung „Pflege in der Primärversorgung). Für später hinzukommende DGKPs gab es diese Schulungen nicht mehr. Die Schulungen wurden somit auch nicht für die Arbeit in den Chronikerprogrammen vorausgesetzt.</p> <p>Ein Modell für fortlaufende Schulungen für die Chronikerprogramme gibt es derzeit noch nicht.</p>

	<p>Bereiche mit noch bestehendem Schulungsbedarf</p>	<p>I: "Ok, I see. And and besides that, are there any other areas that you would like some education?"  <b>B5:</b> "Oh always, don't ask me that. [...] I always think that we need more. I I for me, but that's again the Slovenian nurse talking, I would really like a good education about Austrian therapy, because it's so different. It's so different. And you're doing it in a different, a little bit different way than in Slovenia. Ahm this is what I would really like to have. I would really like to have like o ... Wiederauffrischung, EKG thing, but ah that's just, I needed just a little bit to, just to refresh my memory and refresh things to, because I know with like, it's like, you know this all these things are like really alive. Ah ECG and blood blood samples and stuff you have to look at them very often that you get the feeling how this function. [...]"</p> <p>I: "And how often? How often would you like to have a education to refresh your knowledge?"  <b>B5:</b> "[...] we should ah for everybody who is working more at ah ten years or something in this chronic care that we should go again through all the course. Cause in in ten years, there's so many things that like are new and different and and also we have to always adapt and involve and I, what I hate is like old practices. This is what I hate."  I: "OK. So in in, in ten years, the whole knowledge should be ref ... refreshed at least at least once?"  <b>B5:</b> "Yeah, yeah, yeah, at least once. Never ten years. I think you should go like the whole model through."  I: "So how often would you need a step-by-step education, then? So once per year, once per half a year?"  <b>B5:</b> "Definitely, definitely once per year cause there is so many things or when the guidelines are are changing."</p>	<p>Fortbildungen über beispielsweise EKG- und Laborwert- Interpretationen zur Wissens-Wiederauffrischung.</p> <p>Wünschenswert wären regelmäßige Fortbildungen/Schulungen zur Wissens-Vermittlung bzw. -Wiederauffrischung. Diese Fortbildungen/Schulungen sollten mindestens einmal jährlich stattfinden oder bei Änderung der Leitlinien. Überlegenswert wäre außerdem, dass in Summe jede fortbildungs- bzw. schulungsbedürftige Thematik alle zehn Jahre wiederholt wird.</p>
<p>Administrativer Aufwand</p>	<p>Subjektive Beurteilung des administrativen Aufwands</p>	<p>I: "Alright. Ok. So let's move on to the next question. It's regarding the administration. How do you, how do you feel? How do you feel about it?"  <b>B5:</b> "Oh Jesus. I can tell you right away. It's too much. I don't wanna do it."  I: "Ok why?"  <b>B5:</b> "I hate it. I hate it cause it's so much things to do, especially when you start the program. It's too much thing ah. The problem is that you don't have a program and this makes things crazy. And just today I'm struggling with the paper things in Therapie-Aktiv. You have this Fragebogen that I have to aus ... that I have to fill it up like every time when the patient comes and I have to send it every ti ... every Quartal when the, when the time comes and I find this crazy. Do I really fucking need to do this every time, really? Is not enough for you that they did it once and then you know that every time when he will come and I will do a Leistung, you are going to pay it. But no, I need to send every time when the Quartal is over a new paper that you see aha ok, he's still there. And I find it like this stupidity that we are in this day and age and we are doing this, so many typing so and what I believe is really necessary that I do document my work that I do. I find it's really important ah that I write everything down what I do, cause ah it can make you or break you in one moment. That's that's the the honest truth. And it's also safe for me that I write everything that I saw, everything that I think, everything that I have maybe feeling about. This is about the patient, I'm talking. But that I, that if I, that I have to write then then different ahm dates of birth, the names, the ah ahm, what's the word, sickness that he has in different formulas and different Excel sheet. One is for me, one is for Gesundheitfonds, one is for, I don't know what. I I find it crazy. It's it's, it's stupidity."</p>	<p>Hoher administrativer Aufwand aufgrund repetitiver Dokumentation in multiplen Programmen/Excel Listen, anstatt eines einzelnen Programms.</p>

<p>Wie erfolgt die Dokumentation</p>	<p>I: "So so how do you document then? What are the ways?"  <b>B5:</b> "Yeah. Now the thing functions so, we have a special formula from, I think Gesundheitfonds oder Gesundheitfond, something from this lalala stuff. And then I have to of course write it in the, I have some da... ah data that I have to write there in this Excel sheet of course and I have to send it every half of a year or something. Then I have to write everything in the computer under the patients name of course. And then I, we, ah, that was the desire from my ahm doctors that I work with, we are developing developing ah a special Excel sheet which works as a program. Because we would really like to come and show once the maybe decisionmaker, this is how the program should look like."  I: "Ok, so you have sheets in your program which is just for you in... so it's internal internal?"  <b>B5:</b> "Yeah, it's an internal thing, but there, there is a lot of data that I need to click and write and put on, put in and then I have to write the same shit in the program of the Ordi, of course. And then also the data for the people who are ah bringing this program forward."</p>	<p>Ein und die gleiche Dokumentation wird in dieser PVE dreifach durchgeführt: in die hausinterne Ordinationssoftware, in das Excel-Sheet vom Gesundheitsfonds (das alle paar Monate übermittelt wird) und in ein weiteres Programm/Excel-Sheet, an dessen Entwicklung intern gearbeitet wird, um die Dokumentation zu verbessern.</p>
<p>Stärken und Schwächen der angewendeten Dokumentationsform</p>	<p><b>B5:</b> "[...] what I believe is really necessary that I do document my work that I do. I find it's really important ah that I write everything down what I do, cause ah it can make you or break you in one moment. That's that's the the honest truth. And it's also safe for me that I write everything that I saw, everything that I think, everything that I have maybe feeling about. [...]"</p>	<p>Es wird als sehr wichtig empfunden überhaupt zu dokumentieren.</p>
	<p><b>B5:</b> "[...] The problem is that you don't have a program and this makes things crazy. [...] I have to write then then different ahm dates of birth, the names, the ah ahm, what's the word, sickness that he has in different formulas and different Excel sheet. One is for me, one is for Gesundheitfonds, one is for, I don't know what. I I find it crazy. It's it's, it's stupidity."  [...]  <b>B5:</b> "[...] there is a lot of data that I need to click and write and put on, put in and then I have to write the same shit in the program of the Ordi, of course. And then also the data for the people who are ah bringing this program forward. [...]"</p>	<p>Negativ ist die repetitive Dokumentation in multiple Programme/Excel-Sheets, anstatt eines einzigen Programms.</p>
<p>Verbesserungen hinsichtlich Dokumentation oder Administration</p>	<p><b>B5:</b> "[...] Aber meine Wunsch ist, dass ich schicke, dass wir haben diese Möglichkeit, dass ich kann eine Woche das, das kann automatisch sein, aber für das brauchen wir auch Programm. Das Programm schickt eine Woche vorher, wann du Termin hast ein SMS. Dass du, vergesst nicht."  I: "Wär des etwas, was Sie sich wünschen würden?"  <b>B5:</b> "Ja, das ist meine Wunsche sicher. [...]"</p>	<p>Ein Erinnerungsprogramm, das automatisch bei bevorstehenden Kontrollterminen den Patientinnen bzw. Patienten rechtzeitig eine Benachrichtigung zur Terminerinnerung schickt (zB.: als SMS).</p>
	<p>I: "So what would you like for the future? What are the improvements?"  <b>B5:</b> "Program. Computer program. That's it."  I: "Program for ... How should this program look alike?"  <b>B5:</b> "It should be done in a way how the protocol is done, cause that's the data that you, that you need. And that's the, and we have to know what are our quality indicators cause then we need to put this data in, cause end of the day it's the statistics that's count. And the statistics are saying your or or are you doing your job well or is this going this project forward or not, you know. And now, and this, at the end of the day, that would be also the registers of the chronical ahm diseases that you have in Austria. Everything would be covered if you would have a good program. Computer program. So that I'm putting just in one spot the data and then when you want something from my side I just click statistics. What do you need? Send?"  I: "And do you have that in Slovenia? Yes. So we could kind of copy your system."  <b>B5:</b> "Definitely!"</p>	<p>Einführen eines digitalen Programms für die Chronikerprogramme. Das Programm sollte für jede chronische Erkrankung eine eigene Kategorie/Reiter beinhalten und sich vom Aufbau her an den Ablauf der Chroniker-Protokolle halten, um für das Gesundheitspersonal eine Orientierungshilfe bei den Untersuchungen/Gesprächen zu sein. Als Orientierung zur Erstellung eines eigenen digitalen Programms für die Chronikerprogrammen kann das Computerprogramm in Slowenien hilfreich sein, da dies die Anforderungen erfüllt.</p>

		<p>I: "OK, so that would ..."</p> <p>B5: "But it's a question of money. It's the question of a lot of money."</p> <p>I: "But do you think that Slovenia has a good system? So is it a good pattern to work with?"</p> <p>B5: "Ahm it's, no definitely. You, you have everything there, have everything there. Maybe we ... ok, we could talk what could be a little bit better or not, but it's definitely everything according to the protocol what you need. And it's also like guiding you a little bit, you as a nurse, you know what you need to do. Cause when you click on the ah ah like a protocol thing you have like chronic care hypertension and you click there and when you give the data inside it, you see what the, what all the data need, what all, what kind of data you need cause under the, under the hypertension there will be no spirometry ahm things under it, you know. But if I click up, but it's also a good thing when you have like hyper, hypertension, I did measure your waist and height and ah Gewicht and blood pressure blabla and I put this data in and then you also have COPD and I click also on the COPD, all the data which is the same with ah some ahm different protocols, it's automatically transfer transferred to this protocol, but then you see oh I still need to do the spirometry test. Cause these are this, this windows are still without the data. So it's also guiding you as a nurse so. And when you need to know ahm how many people with COPD at ah ??? are better as 57%. I can just go in statistic and look. And it's just a few clicks away. And that's what I would kill for."</p>	
Alltagstauglichkeit Chronikerprogramme	Sind die Chronikerprogramme praktikabel/alltagstauglich	<p>I: "So we already talked about many things. So to kind of sum up ahm ...as regards the system in Austria, do you think that the chronic programs are practical? So are they good for your everyday work? And if not, ..."</p> <p>B5: "Yeah, definitely. [...]"</p>	Ja, definitiv.
	Begründung zur Einschätzung der Alltagstauglichkeit	<p>B5: [...] Yeah they're definitely practical that you have this overview. What's going on with patient? They're not maybe practical in ahm in the part where you need to do really so many things, cause there's a lot of things that you need to do. That you need to be really thoughtful and stuff, there's maybe cause there's really a lot of data, you know, you gather from one ah one appointment a lot of data, especially when it's like ah the first one or the one who comes annually once a year, which is, which takes a little bit longer. But it's I think it's really practical. [...] Ahm I think they're really practical cause you really have an overview what's going on. And you can always also see what's what's happening with the patient and you can maybe prevent something before it's happening. So I think they're really practical. No, they're they their benefit definitely a benefit for a country."</p>	B5 nennt den Nutzen der Chronikerprogramme als Begründung für die Praktikabilität. Denn die Chronikerprogramme ermöglichen einen langfristigen Überblick über den Krankheitsverlauf von Patientinnen bzw. Patienten und erlauben eine eventuelle Prävention von Komplikationen. Die zeitaufwändige Durchführung der vielen Gespräche/Untersuchungen, die ein aufmerksames Agieren verlangt, reduziert wiederum die Alltagstauglichkeit.
	Verbesserungen hinsichtlich Alltagstauglichkeit	<p>I: "What? So what what would you need to do to make it the most practical? So what are the major things that need to be done?"</p> <p>B5: "I can't say in a moment what would that be for Austria, but I can say like this, that to make it really practical, you should ask yourself every five year, five years, what is too much, what we don't use. What, what really doesn't make any purpose and make it really just a little bit smaller smaller you know cause I know how we work, especially we nurses we like to, ahm I have this and this just to make it sure and this and this to make it sure and I do also this just to be really 100%, but then the question at the end of the day is, do we really need all this, you know. And that you ask yourself that you reevaluate. Is this what we're doing really the right way? And if maybe not, you have to add something or cut something that's that, it depends. It's not always just to take away cause then if you always just take away at the end of the day, you end up with nothing but that you have this evaluation like the whole system is this really, what all that's inside, it's really what we need? Is something too much or is it something not not in not enough? You know. That you are always I hate</p>	Um eine effiziente/ressourcenschonende Chroniker-Betreuung gewährleisten zu können, sollte alle paar Jahre entsprechend dem aktuellen Forschungsstand und der empirischen Erfahrungserkenntnisse eine Reevaluation der Chronikerprogramme erfolgen, ob die Protokolle um Untersuchungen/Gespräche verkürzt, erweitert oder anderweitig verändert werden sollten.

	<p>the ah the thinking and behaving that once when you do something, ok, that's it and now we are doing it forever ????. I think this is dumb. You have to, especially in healthcare profession, you have to always adapt always and go forward cause the practices are changing, cause the people are changing, the culture is changing, the researches are showing different stuff and you have to always adapt and involve and educate and that's why I need, I think it's always the thing like always like just going forward and striving for the the better stuff. I hate things when people say yeah, this is the way we do it. [...]"</p>	
--	--	--

**Tabelle 43: Interviewtranskription B5**