

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Psychosoziales Zentrum

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Direktor

Prof. Dr. med. Martin Scherer

Interprofessionelle Kooperation und Kommunikation im Pflegeheim

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades Dr. rer. biol. hum.
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Britta Tetzlaff
aus Borkum

Hamburg 2019

Angenommen von der Medizinischen Fakultät am: 19.12.2019

Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Martin Scherer

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: Prof. Dr. Ursula Walkenhorst

*Occupation¹ is a curious thing
It pervades our lives and marks our days
It defines us and is defined by us
It both shapes the worlds and is shaped by the worlds
It can be known by the tools it uses and the wake it leaves in its path
It is intangible and invisible until a person engages in it
It is performing art
It can only be seen when a person performs it and only understood
when person tells you its meaning*

By Helene J. Polatajko

¹ „Occupation is everything people do to occupy themselves, including looking after themselves (self-care), enjoying life (leisure), and contributing to the social and economic fabric of their communities (productivity) (CAOT, 1997a, p.34).” (Polatajko et al. 2007a)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Hintergrund und Stand der Forschung	8
2.1	Die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit in deutschen Pflegeheimen	8
2.2	Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung und ihre Aufgaben in deutschen Pflegeheimen	10
2.3	Interprofessionelle Arbeit in der Gesundheitsversorgung	18
2.3.1	<i>Begriffe und Definitionen der interprofessionellen Zusammenarbeit</i>	18
2.3.2	<i>Aktuelle Defizite und Empfehlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung</i>	20
2.3.3	<i>Aktueller Forschungsstand zu interprofessioneller Zusammenarbeit im Setting Pflegeheim</i>	24
2.3.4	<i>Terminologien interprofessioneller Arbeit</i>	29
2.3.5	<i>Elemente interprofessioneller Zusammenarbeit</i>	34
2.4	Erkenntnisinteresse	40
2.5	Forschungsziele und Forschungsfragen	48
3	Methodologie und Methoden	49
3.1	Methodologische Überlegungen	50
3.1.1	<i>Qualitative Sozialforschung</i>	50
3.1.2	<i>Konstruktivismus</i>	51
3.1.3	<i>Konstruktivistische Grounded Theory Methodologie</i>	52
3.2	Überlegungen zur methodischen Vorgehensweise	58
3.2.1	<i>Episodische Interviews</i>	58
3.2.2	<i>Sampling</i>	59
3.3	Umsetzung der Methodik im Forschungsprozess	63
3.3.1	<i>Reflexivität</i>	64
3.3.2	<i>Datenerhebung</i>	66
3.3.3	<i>Datenanalyse</i>	73
3.3.4	<i>Qualitäts- und Bewertungskriterien qualitativer Forschung</i>	82
3.3.5	<i>Forschungsethik</i>	88

4	Ergebnisse	89
4.1	Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer	89
4.2	Theorie der Beteiligungsbereitschaft an Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim	92
4.2.1	<i>Beteiligungsbereitschaft - das Kernkonzept</i>	93
4.2.2	<i>Kontexttypen der Beteiligungsbereitschaft an Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim</i>	93
5	Diskussion	187
5.1	Stärken und Limitationen der Studie	187
5.2	Implikationen für Ausbildung, Praxis und Gesundheitspolitik.....	200
5.3	Ansätze für weitere Forschung	201
6	Zusammenfassung	204
7	Abkürzungsverzeichnis	207
8	Literaturverzeichnis	209
9	Danksagung	224
10	Lebenslauf	225
11	Eidesstattliche Versicherung	245

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Cross-professional continuum nach Jakobsen (2011, S. 12f).....	29
Abbildung 2: Verschiedene Formen der interprofessionellen Arbeit (Abbildung nach Reeves et al. (2010, S. 44)).....	31
Abbildung 3: Das Vier-Dimensionen Modell der Zusammenarbeit nach D'Amour et al. (2008).....	37
Abbildung 4: „A framework for understanding interprofessional teamwork“ nach Reeves et al. (2010, S. 58).....	38
Abbildung 5: Überlegungen zur methodologischen und methodischen Vorgehensweise im Forschungsprozess	50
Abbildung 6: Flow-Chart der Umsetzung der Methodik im Forschungsprozess in Anlehnung an die Abbildung „A visual representation of a grounded theory“ von Charmaz (2014, S. 18)	64
Abbildung 7: Erhebungsphasen	70
Abbildung 8: Theorie der Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit im Pflegeheim	92

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gegenüberstellung verschiedener Typologien interprofessioneller Arbeit	34
Tabelle 2: Gegenüberstellung der verschiedenen Dimensionen interprofessioneller Zusammenarbeit.....	40
Tabelle 3: Die sechs Ebenen der Aufgaben der Versorgungsforschung vor dem Hintergrund des Throughput-Modells (nach Schrappe und Pfaff 2017, S. 15f)	44
Tabelle 4: Beispiel-Leitfaden für episodische Interviews zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit im Pflegeheim	67
Tabelle 5: Transkriptionsregeln in Anlehnung an Rosenthal.....	72
Tabelle 6: Beispiel für initiale Kodes aus dem Interview ET01.....	74
Tabelle 7: Bewertungskriterien qualitativer Forschung nach Steinke (2017) und ihre Umsetzung in der vorliegenden Studie	83
Tabelle 8: Charakteristika der teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten (n=9).....	89
Tabelle 9: Charakteristika der teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte (n=6).....	90
Tabelle 10: Charakteristika der teilnehmenden Pflegenden (n=5)	90
Tabelle 11: Bedingungen für die Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit im Pflegeheim	94
Tabelle 12: Handlungen - Interaktionen, die eine Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen im Pflegeheim zeigen	112
Tabelle 13: Handlungen – Interaktionen, die eine Beteiligungsbereitschaft an organisierende Handlungen im Pflegeheim zeigen	131
Tabelle 14: Handlungen – Interaktionen, die eine Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen im Pflegeheim zeigen	168

1 Einleitung

Bessere Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen, bessere Bezahlung (Bundesministerium für Gesundheit, 2018b) und eine verpflichtende Kooperation zwischen Hausärztinnen und Hausärzten mit Pflegeheimen (Bundesministerium für Gesundheit, 2018a) soll die zukünftige Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern verbessern. Pflege ist laut Bundeskanzlerin Angela Merkel Aufgabe der gesamten Regierung (Deutsches Ärzteblatt, 2018). Um den Fachkräftemangel in der Pflege zu bekämpfen, müsse der Beruf durch vernünftige Arbeitszeiten und eine angemessene Bezahlung attraktiver gemacht werden. Fast die Hälfte der ausgebildeten Pflegekräfte, die ihren Beruf verlassen haben, würde sogar zurückkehren wenn die Bedingungen stimmten (ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, 2019).

Unzureichende Verdienstmöglichkeiten sowie mangelnde Aufstiegsperspektiven sind nicht nur die Hauptgründe für Pflegende, sondern auch für Therapeutinnen und Therapeuten für eine „Berufsflucht“ (Hochschule Fresenius, 2017).

Neben tarifrechtlichen und politischen Initiativen, die in erster Linie eine monetäre Aufwertung vor allem der Pflegeberufe als Ziel verfolgen, gerät oft aus dem Blick, dass die Anerkennung eines Berufsstandes sich auch in seiner Beziehung zu anderen Gesundheitsberufen definiert. Erforderlich für eine Aufwertung der pflegerischen und therapeutischen Berufe ist neben einer Akademisierung und Professionalisierung auch der ernstgemeinte Ausbau interprofessioneller Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“ (Hömann et al., 2016).

Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und deren Stärkung ist eines der Themen mit dem man sich in der aktuellen Gesundheitsversorgung auseinandersetzt. Es entstehen Arbeitsgruppen, Fortbildungen, Studiengänge und Gesetze für eine verbesserte Gesundheitsversorgung, die interprofessionelle Zusammenarbeit zum Hauptgegenstand machen. Basis dieser Bestrebungen ist, und sollte es auch sein, ein Verständnis dafür zu entwickeln wann und wie Zusammenarbeit tatsächlich erforderlich und sinnvoll ist. Für den speziellen Bereich der Zusammenarbeit im Pflegeheim gibt es bisher wenige Untersuchungen wie sie entsteht und ausgeführt wird.

Die vorliegende Doktorarbeit ist das Ergebnis einer induktiven Forschungsarbeit, welche die Entstehung von interprofessioneller Zusammenarbeit im Pflegeheim untersucht.

Der Ausgangspunkt jeder empirischen Arbeit ist das Forschungsinteresse sowie eine Forschungsfrage der Forschenden (Gläser and Laudel, 2010, S. 63). Um das Forschungsthema zu benennen und einzuordnen folgt in dem ersten einleitenden Kapitel neben der Herleitung der Relevanz des Themas und einer Vorstellung der Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung im Pflegeheim und ihrer Aufgaben, eine Darlegung des aktuellen Forschungsstandes zu interprofessioneller Zusammenarbeit im Pflegeheim sowie zu existierenden Konzeptualisierungen der interprofessionellen Arbeit. Es folgt ein Unterkapitel zu dem Erkenntnisinteresse der Autorin und ein Kapitel zu den Zielen und Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit.

2 Hintergrund und Stand der Forschung

2.1 Die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit in deutschen Pflegeheimen

Der demografische Wandel ist schon seit vielen Jahren das beherrschende Thema der Sozial- und Gesundheitspolitik nicht nur in Deutschland. Eine Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem ist nicht allein, dass bei einem größeren Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung die Zahl chronischer und degenerativer Erkrankungen und damit auch die Pflegebedürftigkeit steigt (van den Bussche et al., 2014), sondern dass es auf der anderen Seite vermutlich auch weniger Pfleger, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte geben wird. Diese Umstände werden heute schon unter den Schlagworten „Pflegenotstand“ und „Fachkräftemangel“ diskutiert (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009).

Die Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zeigen, dass in Deutschland die Zahl der stationär untergebrachten Pflegebedürftigen in den nächsten Jahrzehnten deutlich ansteigen wird (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009). In Deutschland waren im Dezember 2017 laut Statistischem Bundesamt im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) 3,4 Millionen Menschen pflegebedürftig und davon wurden 818 000 (24%) vollstationär in

Heimen versorgt (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 8). Die steigende Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen, die chronisch krank und pflegebedürftig sind (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017) stellt Angehörige aller Gesundheitsberufe vor große Herausforderungen.

Um angesichts des demografischen Wandels eine gute und kontinuierliche Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen gewährleisten zu können, müssen der „Pflegerotstand“ und der „Fachkräftemangel“ in den Pflege- und Therapieberufen bewältigt werden. Neben einer zeitgemäßen und modernen Personalpolitik und Konzepten zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, beispielsweise durch ein betriebliches Gesundheitsmanagement, liegt ein wesentlicher Ansatzpunkt darin, dass die Arbeit zufriedenstellend und bedeutungsvoll sein sollte. Ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeit wird nicht nur in der Occupational Science (Wilcock, 2007) diskutiert. Soziale Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen (Bakker et al., 2008), eine befriedigende Zusammenarbeit im Team (Mickan, 2005) und Interventionen, die auf eine verbesserte Zusammenarbeit abzielen, haben einen positiven Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit (Suter et al., 2009), die Qualität des Arbeitsplatzes (Suter et al., 2012) und damit auf die Gesunderhaltung der professionellen Akteurinnen und Akteure (Ramirez et al., 1996).

Ramirez et al. (1996) haben in ihrer Studie, in der sie 882 Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten in Großbritannien befragt haben, gezeigt, dass eine gute Beziehung zu Patientinnen und Patienten, Angehörigen und den übrigen Beschäftigten zu einer gesteigerten Arbeitszufriedenheit führt, die wiederum ihre psychische Gesundheit gegen Stress schützt. Das Personen, die im Team arbeiten, weniger Stress haben, konnten Haward et al. (2003) in einer von 1999 - 2000 in England durchgeführten Studie zeigen: Das Wohlbefinden der 548 Teammitglieder in insgesamt 72 Teams wurde in der Studie mit dem „General Health Questionnaire“ (GHQ-12) beurteilt, ein Instrument, das zum Screening geringfügiger psychiatrischer Störungen verwendet wird. Dieser Fragebogen beinhaltet u.a. Fragen zu Gefühlen der Belastung, Depression, Angst aufgrund von Schlaflosigkeit, Mangel an Vertrauen sowie weitere psychologische Probleme. Eine Mixed-Methods-Studie, die zwischen 2014 und 2015 in Belgien durchgeführt wurde, mit 751 Pflegenden im quantitativen Teil und 19 Pflegenden im qualitativen Teil der Studie, zeigte, dass die Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen der eigenen Berufsgruppe, und ebenso anderer Be-

rufsgruppen, als unterstützend und hilfreich angesehen wurde, um die eigene Arbeitsbelastung auszugleichen (Van Bogaert et al., 2017).

Neben dem Zusammenhang zwischen wahrgenommenem gutem Teamwork und der Arbeitszufriedenheit, den auch Körner et al. (2015) in ihrer Studie mit 272 Mitarbeitern unterschiedlicher Gesundheitsfachberufe in 15 Rehabilitationskliniken in Deutschland überprüft haben, hat die Zusammenarbeit auch positive Effekte auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten. Praxisbasierte Interventionen zur interprofessionellen Zusammenarbeit können laut einem Cochrane-Review von Zwarenstein et al. (2009) sowohl die Gesundheit einzelner Patientinnen und Patienten als auch die Versorgungsprozesse verbessern (vgl. Kapitel 2.3.3).

Das Besondere an der Gesundheitsversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von deutschen Pflegeheimen ist, dass sie von im Pflegeheim angestellten Pflegenden und von in der ambulanten Versorgung tätige Hausärztinnen und Hausärzte, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten geleistet wird. Welche Tätigkeiten die einzelnen Akteurinnen und Akteure in der Gesundheitsversorgung von Bewohnerinnen und Bewohner ausführen, und wie deren potentielle Zusammenarbeit geregelt ist wird im folgenden Kapitel beschrieben.

2.2 Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung und ihre Aufgaben in deutschen Pflegeheimen

In deutschen Pflegeheimen arbeiteten laut Pflegestatistik 2017 (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 37) am 15.12.2017 insgesamt 764.648 Personen, von denen 61,4% ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich „körperbezogene Pflege“ und 5,6% im Bereich „Betreuung“ hatten. Fast zwei Drittel (58,6%) der im Bereich „körperbezogene Pflege“ Tätigen hatten einen entsprechenden Berufsabschluss: als Altenpflegerin oder Altenpfleger (34,9%), als Altenpflegehelferin oder Altenpflegehelfer (10,5%), als Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger (9,2%), als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer (3,4%) oder als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (0,6%). Im Bereich der „Betreuung“ Tätigen hatten 18,7% einen entsprechenden Abschluss: als Altenpflegerin oder Altenpfleger (2,4%), als Altenpflegehelferin oder Altenpflegehelfer (2,2%), als Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger (4,3%), als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehel-

fer (3,1%) oder als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (6,7%). Grundsätzlich ist die Mehrzahl (83,7%) der im Pflegeheim beschäftigten Personen weiblich und ein großer Anteil (63,5%) der Beschäftigten arbeitet in Teilzeit (55,3%) oder ist geringfügig beschäftigt (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 35ff).

Die primäre Aufgabe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern, der größten Gruppe der in Pflegeheimen Beschäftigten, ist die eigenverantwortliche und umfassende Pflege und Betreuung von alten Menschen. Pflegekräfte im Pflegeheim erbringen neben den pflegerischen-medizinischen Aufgaben auch soziale Aufgaben sowie Verwaltungsaufgaben. Zu ihren Tätigkeiten gehören u.a. die Durchführung der Grundpflege und die Hilfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens. Behandlungspflege, wie das Zusammenstellen und Verabreichen von Medikamenten, spezielle Pflegemaßnahmen, wie z.B. Injektionen und der Wechsel von Verbänden erfolgen durch die Pflegenden auf der Grundlage ärztlicher Verordnung. Weitere Aufgaben der Altenpflegerinnen und Altenpflegern können die Hilfe bei der Rehabilitation sowie die Hilfe bei therapeutischen Maßnahmen sein. Auch die Kooperation mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt, die Vorbereitung der Arztbesuche sowie die Information der Ärztin bzw. des Arztes über gesundheitliche und psychische Veränderungen ihrer Klientinnen und Klienten gehört explizit zu ihren Aufgaben (Verein für soziales Leben e.V., 2018).

Eine ärztliche Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten im Pflegeheim ist in Deutschland nach dem „Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung“ geregelt (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2018).

Die medizinische Versorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern wird, sofern diese nicht selbständig in die ärztliche Sprechstunde kommen können, als Hausbesuch von niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten bereitgestellt. Im Durchschnitt versorgten in einer deutschen Studie 23 Ärztinnen und Ärzte (12 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie 11 andere Fachärztinnen und Fachärzte), Patientinnen und Patienten in einem Pflegeheim (van den Bussche et al., 2009, S. 242). Die durchschnittliche Pflegeplatzzahl pro Heim lag laut „GEK Pflegebericht 2008“ bei ca. 73 (Rothgang et al., 2008, S. 8).

Die Hauptaufgabe der Hausärztinnen und Hausärzte ist die Primär- und Grundversorgung der Bevölkerung. Das bedeutet, dass Hausärztinnen und Hausärzte als „erste Anlaufstelle“ für die Patientinnen und Patienten fungieren (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V., 2012, S. 4). Laut Bundesärztekammer sind Hausärztinnen und Hausärzte in der Regel wohnortnah erreichbar und übernehmen unter Einbeziehung anderer Facharztgruppen und mehreren nicht-ärztlichen Berufsgruppen die kontinuierliche Verantwortung für die medizinische Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten (Bundesärztekammer, 2018, S. 1f).

Ärztinnen und Ärzte können delegierbare ärztliche Tätigkeiten für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung auch an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs.1 S.3 SGB V delegieren. Zu diesen Tätigkeiten gehören z.B. ein Hausbesuch zur Blutentnahme durch eine Medizinische Fachangestellte oder einen Medizinischen Fachangestellten (MFA) oder ein Verbandwechsel durch eine Pflegekraft (Deutsches Ärzteblatt, 2013).

Zudem können unter bestimmten Voraussetzungen Heilmittel gemäß der Heilmittel-Richtlinie (HeiM-RL) nach § 92 Absatz 6 SGB V verordnet werden. Heilmittel sind die einzelnen Maßnahmen der Physikalischen Therapie, der Podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und der Ergotherapie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018, S. 4f).

Laut Bundesärztekammer (2018, S. 1) schließt die hausärztliche Tätigkeit die Behandlung und Betreuung der Patientin oder des Patienten im Kontext der Familie bzw. sozialen Gemeinschaft mit ein, die dementsprechend als Hausbesuch im häuslichen Umfeld oder im Pflegeheim ausgeführt werden kann. In der SÄVIP-Studie schätzten Pflegedienstleitungen von 782 deutschen Pflegeheimen, dass etwa 19% der 57.000 Bewohnerinnen und Bewohner selbständig oder mit Unterstützung eine Ärztin oder einen Arzt in der Praxis aufsuchen. Alle anderen Bewohnerinnen und Bewohner sind auf einen Hausbesuch angewiesen, der dann überwiegend von den Pflegekräften veranlasst wird (Hallauer et al., 2005, S. 20f).

Obwohl Hausbesuche in Deutschland eine hausärztliche Tradition sind und als Verpflichtung gegenüber der Patientinnen und Patienten angesehen werden, können diese für Hausärztinnen und Hausärzte emotional belastend sein und werden teilweise wegen des hohen organisatorischen Aufwandes auch nicht von allen Hausärztin-

nen und Hausärzten durchgeführt. Zu diesem Ergebnis kam eine deutsche Studie von Theile et al. (2011), die 24 Hausärztinnen und Hausärzte zur ihren Einstellungen gegenüber Hausbesuchen in der Primärversorgung befragt haben.

Bisher haben Pflegeheime in Deutschland nur die Möglichkeit eine Heimärztin oder einen Heimarzt zu beschäftigen, wenn die ärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner nicht durch eine niedergelassene Ärztin oder einen Arzt in der Umgebung sichergestellt werden kann (Bundesministerium für Gesundheit, 2019).

Zudem gibt es bisher auch nur wenige Modellversuche zu Kooperationen zwischen Ärztinnen und Ärzten und Heimen. In manchen Heimen werden Räumlichkeiten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder Therapeutinnen und Therapeuten vom Träger des Heimes angemietet. Dennoch gilt die freie Arzt- und Therapeutenwahl (Böhm, 2004, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2018) grundsätzlich auch in Pflegeheimen.

Im Umkehrschluss bedeutet das aber auch, dass die Akteurinnen und Akteure im Pflegeheim kein festes Team sind. Durch die hausärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegeheimes durch verschiedene Hausärztinnen und Hausärzte kommt es zu einer Vielzahl von Konstellationen der Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Angehörigen anderer versorgenden Berufsgruppen.

In der vorliegenden Arbeit beschränkt sich der Blick auf die ambulant tätigen Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten, die therapeutische Maßnahmen (verordnete Heilmittel) gemäß der Heilmittel-Richtlinie durchführen. Im Heim angestellte Therapeutinnen und Therapeuten werden in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt, da diese keine Leistungen im Sinne des SGB V erbringen. Zudem liegt der Anteil der in Pflegeheimen angestellten Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten laut Pflegestatistik 2017 lediglich bei 1,06% der Beschäftigten. In der „Betreuung“ sowie in der „zusätzlichen Betreuung“ nach § 43 SGB XI arbeiten 87,8% der im Heim beschäftigten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (n= 7140) und 49,8% der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (n=928) (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 37).

Laut Schneekloth et al. (2007, S. 65) bieten 90% der vollstationären Alteneinrichtungen in Deutschland krankengymnastische Maßnahmen, 74 % Ergotherapie, 83 %

Gedächtnis- und Orientierungstraining und 47% Massagen, Elektrotherapie u.ä. an. Was genau die Ziele, Inhalte und Indikationen dieser Maßnahmen sind, bleibt offen.

Eine Heilmittelbehandlung von Patientinnen und Patienten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ist i.d.R. nur nach Heilmittelkatalog und mit einer Verordnung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt zulässig, an die dann die behandelnde Therapeutin oder der behandelnde Therapeut gebunden ist (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018, S. 6).

Den größten Anteil an verordneten Heilmitteln in deutschen Pflegeheimen machen Maßnahmen der Ergo- und Physiotherapie aus (Balzer et al., 2013, S. 54). Laut Schneekloth et al. (2007, S.108f) haben 21% der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner im Jahr 2005 in Deutschland ergotherapeutische Maßnahmen und 41% Maßnahmen der Physikalischen Therapie erhalten.

Ergo- und physiotherapeutische Maßnahmen dürfen gemäß § 11 der Heilmittel-Richtlinie in einer Therapiepraxis oder als Hausbesuch erbracht werden. Ärztlich verordnet kann ein Hausbesuch in einer Tageseinrichtung oder einem Pflegeheim nur dann werden, wenn er aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist oder wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Therapeutin oder den Therapeuten nicht aufsuchen kann (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018, S. 11).

Obwohl es bisher keine Zahlen für die Hausbesuchsbehandlungen von Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten in deutschen Pflegeheimen gibt, ist davon auszugehen, dass aufgrund der Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen die Heilmittelbehandlungen, wie bei den hausärztlichen Hausbesuchen, ebenfalls meist als Hausbesuch durchgeführt werden.

Fakt ist laut Rothgang et al., dass pflegebedürftige Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen insgesamt signifikant mehr Verordnungen für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie als Patientinnen und Patienten ohne Pflegebedürftigkeit erhalten. Dabei sind die gemessenen Verordnungsmengen mehr durch die Pflegebedürftigkeit bedingt als durch die gemessenen Störungen und Erkrankungen (Rothgang et al., 2008, S. 14).

Aufgrund der Multimorbidität älterer Menschen, gehen die drei Bereiche Prävention, Behandlung akuter Erkrankungen und Rehabilitation oft ineinander über und sind somit gemeinsamer Gegenstand der Ergo- und Physiotherapie (Richter et al., 2016, S. 13) (Habermann and Wittmershaus, 2005)

„Ziel aller in der Geriatrie tätigen Berufsgruppen ist die Wiedererlangung und der Erhalt der Selbstständigkeit im Lebensalltag. Sie ist ein essentieller Aspekt zum Erhalt der Lebensqualität im Alter.“ (Richter et al., 2016, S. 14)

Im Fokus der Physiotherapie stehen laut World Confederation for Physical Therapy (2013) Dienstleistungen für die Entwicklung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der maximalen Bewegung und Funktionsfähigkeit während der gesamten Lebensdauer.

In Deutschland umfasst der Begriff „Physiotherapie“ und damit auch die in der Heilmittel-Richtlinie angegebenen sogenannten „physikalischen Maßnahmen“ die physiotherapeutischen Verfahren der Bewegungstherapie (u.a. Krankengymnastik), die von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ausgeführt wird, und außerdem die physikalische Therapie, die von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie von Masseurinnen und Masseuren gleichermaßen ausgeführt werden kann.

„Die physikalische Therapie untergliedert sich in die Bereiche Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie sowie Thermotheapie“ (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., 2017).

Ziel aller physiotherapeutischen Maßnahmen in der Geriatrie ist der Erhalt der Funktionsfähigkeit und damit der Selbstständigkeit sowie der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Um dieses Ziel zu erreichen sowie das Ziel, dass Patientinnen und Patienten mit ihren krankheitsbedingten Einschränkungen zurechtkommen, und an der Erhaltung ihrer körperlichen, seelischen und psychischen Gesundheit eigenverantwortlich und andauernd mitarbeiten, sind die Aufklärung, Begleitung, Unterstützung und Motivation von Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen wichtige Aufgaben von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (Richter et al., 2016, S. 13f).

Das grundsätzliche Ziel der Ergotherapie beschreibt der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) e.V. (2017) wie folgend:

„Menschen jeden Alters die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind (...) bei der Durchführung [der] für sie bedeutungsvolle[n] Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken“. „Hierbei dienen spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung seiner Lebensqualität zu ermöglichen.“

Die Ziele der Maßnahmen der Ergotherapie sind laut Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eine

„Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten“.

Um diese zu erreichen, kommen sowohl komplexe, aktivierende und handlungsorientierte Methoden und Verfahren, als auch adaptiertes Übungsmaterial, funktionelle, spielerische, handwerkliche und gestalterische Techniken sowie lebenspraktische Übungen, Beratungen und Umweltanpassungen zum Einsatz (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018, S. 28).

Der Weltverband der Ergotherapie (World Federation of Occupational Therapy) definiert Ergotherapie wie folgend:

„Occupational therapy is a client-centred health profession concerned with promoting health and well being through occupation. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement.“ (World Federation of Occupational Therapy, 2012)

Bei der Betrachtung der verschiedenen Definitionen der Ergotherapie fällt auf, dass sie, mit Ausnahme die des GBA, eine Unterstützung der Klientinnen und Klienten zur Teilhabe an ihren subjektiv bedeutungsvollen Aktivitäten in den Mittelpunkt stellen.

Die Ergo- und Physiotherapie unterscheiden sich also in ihren Kernbereichen. Kurzgefasst hat die Physiotherapie die Erhaltung und Wiederherstellung der Bewegung und Funktionsfähigkeit zum Ziel, während die Ergotherapie die Durchführung von für die Klientin oder den Klienten bedeutungsvollen Betätigungen fokussiert.

Allen im Pflegeheim Bewohnerinnen und Bewohner versorgenden Berufsgruppen ist aber auch der im bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF) (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, 2005) (World Health Organization, 2001) verankerte Gedanke von Gesundheit: Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation) im gewünschtem Maße (wieder) ausführen zu können und einer damit einhergehenden (Verbesserung der) Lebensqualität gemein.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Gesundheitsversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner deutscher Pflegeheime hauptsächlich durch Pflegenden und Hausärztinnen und Hausärzte ausgeführt und koordiniert wird. Hausärztinnen und Hausärzte entscheiden durch eine Heilmittelverordnung darüber ob Therapeutinnen und Therapeuten in die Gesundheitsversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner miteinbezogen werden und/oder bestimmte Tätigkeiten an die Pflegenden delegiert werden (vgl. Kapitel 2.3.2). Da es in Deutschland kaum Heimärztinnen und Heimärzte gibt, und die Versorgung mit Heilmitteln durch externe statt durch im Heim angestellte Therapeutinnen und Therapeuten erfolgt, sind die Akteurinnen und Akteure im Pflegeheim grundsätzlich erst einmal kein festes Team. Trotzdem ist davon auszugehen, dass die Gesundheitsversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner hauptsächlich im Heim in Form von Hausbesuchen gestaltet wird.

2.3 Interprofessionelle Arbeit in der Gesundheitsversorgung

2.3.1 Begriffe und Definitionen der interprofessionellen Zusammenarbeit

Für die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe existieren sowohl in der nationalen als auch internationalen Literatur verschiedene Begriffe, Definitionen, Terminologien, Modelle und Theorien.

Einige der existierenden Begriffe zur Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung werden zum Teil synonym verwendet. Es wird beispielsweise in der englischsprachigen Literatur von „collaborative practice“, „interdisciplinary collaboration“, „interprofessional collaboration“ und „interprofessional teamwork“ gesprochen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beispielsweise definiert Zusammenarbeit als „Collaborative practice in health-care“ wenn mehrere Fachkräfte im Gesundheitswesen („health workers“) mit unterschiedlichem beruflichen Hintergrund umfassende Dienstleistungen erbringen, indem sie mit Patientinnen und Patienten, ihren Familien, Pflegepersonen und Gemeinschaften („communities“) zusammenarbeiten, um in allen Settings die höchste Qualität der Versorgung zu gewährleisten (World Health Organization, 2010, S.13).

Die Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) definiert „interprofessional collaboration“ als eine Partnerschaft zwischen einem Team von Gesundheitsdienstleistern und einer Klientin oder einem Klienten in einem partizipativen, kollaborativen und koordinierten Ansatz für die gemeinsame Entscheidungsfindung („shared decision making“) im Bereich Gesundheit und soziale Fragen. Nach der CIHC ist interprofessionelle Zusammenarbeit der Prozess der Entwicklung und Aufrechterhaltung effektiver interprofessioneller Arbeitsbeziehungen mit Lernenden, Praktikerinnen und Praktikern, Patientinnen und Patienten / Klientinnen und Klienten / Familien und Gemeinschaften („communities“), um optimale Gesundheitsergebnisse zu ermöglichen. Zu den Elementen der Zusammenarbeit gehören Respekt, Vertrauen, gemeinsame Entscheidungsfindung („shared decision making“) und Partnerschaften (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010, S. 8ff).

In Deutschland hat die Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) eine Bestimmung der Begrifflichkeiten durchgeführt, da auch hier vor allem die Begriffe „interdisziplinäre“ und „interprofessionelle“ Kooperation synonym verwendet werden. Ihre Begriffsbestimmung soll laut GMA als Basis für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Zusammenarbeit innerhalb der Gesundheitsberufe und für ein besseres Verständnis füreinander dienen. Die Autorinnen und Autoren plädieren in ihrem Artikel für eine einheitliche Verwendung der Terminologie und erachten die Verwendung des Begriffs „interprofessionell“ für die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe für angebracht (Mahler et al., 2014, S. 3).

In ihrer Publikation zitieren sie die Definition der „interprofessionellen Kooperation“ von Kälble (2004, S. 40):

„Interprofessionelle oder Berufsgruppen übergreifende Kooperation im Gesundheitswesen heißt, dass Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten nutzbar gemacht werden.“

Diese Definition unterscheidet sich im Wesentlichen nicht von der Definition „interprofessioneller Zusammenarbeit“ von Reeves et al. (2010):

„Interprofessional collaboration is a type of interprofessional work which involves different health and social care professions who regularly come together to solve problems or provide services.“

Allerdings ist für Reeves et al. (2010) „interprofessionelle Zusammenarbeit“ nur eine Form der interprofessionellen Arbeit, die u.a. von der „interprofessionelle Teamarbeit“, abzugrenzen ist (vgl. Kapitel 2.3.4):

„Interprofessional teamwork is a type of work which involves different health and/or social professions who share a team identity and work closely together in an integrated and interdependent manner to solve problems and deliver services.“

Während verschiedene Autorinnen und Autoren bestimmte Begriffe also synonym verwenden, beschreiben andere Autorinnen und Autoren durch die Verwendung verschiedener Begrifflichkeiten verschiedene Formen der interprofessionellen Arbeit (vgl. Kapitel 2.3.4).

In der vorliegenden Arbeit wird „interprofessionelle Zusammenarbeit“ erst einmal als ein Oberbegriff verwendet, der die Begriffe Koordination und Kommunikation beinhaltet:

Kooperation ist eine Form gesellschaftlicher Zusammenarbeit zwischen Personen, Gruppen oder Institutionen, die sich durch bewusstes und planvolles Herangehen bei der Zusammenarbeit und durch Prozesse der gegenseitigen Abstimmung über bestimmte Zielvorstellungen auszeichnet. Damit Kooperation erfolgreich stattfinden kann, bedarf es verschiedener Faktoren wie u.a. Möglichkeiten der Zielabstimmung, des Informationsaustausches sowie wechselseitige Kommunikationen und gegenseitige Unterstützung. Außerdem wird zur Erprobung der Form der Kooperation und zur Entwicklung des Vertrauens in den jeweiligen Kooperationspartner eine längere Zeitsperspektive benötigt (Spieß, 2018).

Kommunikation bezeichnet einen Prozess, in dem ein Individuum bzw. eine Gruppe Informationen über Ideen, Gefühle und Absichten einer anderen Person bzw. einer Gruppe von Personen übermittelt. Kommunikation ist dabei mehr als die reine Übermittlung einer Botschaft, da neben dem eigentlichen Informationsaustausch auch motivationale, emotionale und soziale Aspekte bedeutsam sind. Sie dient nicht nur dazu Informationen zu vermitteln, sondern z.B. auch dazu Entscheidungen vorzubereiten und Motivation zu erzeugen. Kommunikation findet mündlich und schriftlich als verbale Kommunikation sowie durch Mimik, Gestik, Stimme und persönliche Erscheinung, als nonverbale Kommunikation statt (Bierhoff, 2018).

2.3.2 Aktuelle Defizite und Empfehlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich in stetiger Veränderung. Die Aufgaben und Handlungsfelder der Gesundheitsberufe modifizieren sich und damit einhergehend auch die patientenzentrierte Kooperation von Hausärztinnen und Hausärzten mit Vertreterinnen und Vertretern anderer Gesundheitsfachberufe.

Allerdings wies laut Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007, S. 17)

„die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe (...) eine Reihe von Defiziten auf, die im Prozess der Entwicklung einer verbesserten Arbeitsteilung neu gestaltet werden sollten:

- die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen entspricht nicht den demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen,*
- hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen Ärzten und der Pflege, besteht ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit,*
- die interprofessionelle Standardisierung ist zu wenig ausgeprägt, wodurch Zusammenarbeit und Delegation erheblich erschwert werden,*
- es zeigt sich eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung und*
- die Ausbildungen der Gesundheitsberufe bereiten nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen vor.“*

Neben internationalen Richtlinien für eine interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit, wie z.B. die der World Health Organization (2005, 2010), dem „Lancet Commission Report“ (Frenk et al., 2010), Bestimmungen von Organisationen wie der Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010) und dem Centre for the Advancement of Interprofessional Education (2017), um nur einige zu nennen, werden auch in Deutschland von verschiedenen Expertengremien Empfehlungen für die zukünftige Ausbildung und Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe in Deutschland erarbeitet. Wesentlich ist hier das Memorandum der Robert Bosch Stiftung (2011) in Verbindung mit Projekten zur Aus- und Fortbildung wie z.B. im Förderprogramm „Operation Team - Interprofessionelle Fortbildungen in den Gesundheitsberufen“ der Robert Bosch Stiftung (2017).

In Bezug auf die Zusammenarbeit im Pflegeheim wurde zum 1. Juli 2016 mit dem Ziel der verbesserten medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern das neue Kapitel 37 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab

(EBM) zur Vergütung von Kommunikation und Kooperation zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und Pflegenden eingeführt. Trotzdem war eine solche Zusammenarbeit im Pflegeheim bisher nicht verpflichtend. Laut „Eckpunktepapier - Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“ des Bundesministeriums für Gesundheit änderte sich das zum 1. Januar 2019. Pflegeeinrichtungen sollen fortan verpflichtend Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern schließen, und die Kassenärztlichen Vereinigungen bei Vorliegen eines Antrags einer Pflegeeinrichtung zur Vermittlung eines Kooperationsvertrages einen entsprechenden Vertrag innerhalb einer Frist von drei Monaten vermitteln (Bundesministerium für Gesundheit, 2018a, S. 4).

Zudem hat der Gemeinsame Bundesausschuss bereits 2011 eine Richtlinie zur Heilkundeübertragung im Sinne der Delegation und Substitution im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V beschlossen. Delegation beschreibt *„die Durchführung ärztlicher Leistungen unter Aufsicht des zur Leistungserbringung verpflichteten Arztes“* während Substitution *„die eigenverantwortliche Erbringung der Leistung des ursprünglich zu dieser Leistung verpflichteten Arztes durch einen Dritten“* meint (Bonvie, 2011, S. 17).

Zu den ärztlichen Tätigkeiten, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 und 3c SGB V auf Berufsangehörige der Kranken- und Altenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde übertragen werden können, gehören z.B. Assessment, Planung einzuleitender Interventionen und Umsetzung des Therapieplans bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Hypertonus und (Verdacht auf) Demenz sowie bei chronischen Wunden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011, S. 6ff).

Für die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Therapeutinnen und Therapeuten in Bezug auf die Heilmittelverordnungen heißt es im § 17 der Rahmenempfehlungen zwischen Heilmittelerbringern und der GKV nach § 125 Abs. 1 SGB V zu Inhalt und Umfang der Kooperation:

„(1) Eine zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Heilmitteln ist nur zu gewährleisten, wenn der verordnende Vertragsarzt und der die Verordnung ausführende Therapeut eng zusammenwirken. (2) Dies setzt voraus, dass zwischen dem Arzt, der bei der Auswahl der Heilmittel definierte Therapieziele zur Grundlage seiner Verordnung gemacht hat, und dem Therapeuten, der für

die Durchführung der verordneten Maßnahme verantwortlich ist, eine Kooperation sichergestellt ist. Dies gilt für den Beginn, die Durchführung und den Abschluss der Heilmittelbehandlung“ (GKV-Spitzenverband, 2006).

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Prozedere zur Zusammenarbeit gibt es auch berufsethische Stellungnahmen, wie zum Beispiel im „Ethikkodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie“ des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DVE) und in den Zukunftspositionen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM).

Der Passus zur „Professionalität in der interdisziplinären Zusammenarbeit“ des DVE (2005, S. 3f) lautet:

„Ergotherapeuten erkennen die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit als unerlässlich an und respektieren die einzigartigen/spezifischen Beiträge anderer Berufsgruppen. Die Basisthemen des ergotherapeutischen Beitrags zur interdisziplinären Zusammenarbeit sind die Art und Weise der Ausführung einer Handlung und deren Auswirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden des Menschen“.

In der 2. Position der DEGAM-Zukunftspositionen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V., 2012, S. 5) heißt es:

„Die Hausarztpraxis der Zukunft ist eine Teampraxis. Hausärztinnen und Hausärzte wollen und müssen zunehmend in hausärztlichen Teams sowie im Team mit Angehörigen anderer Berufsgruppen (insbesondere Medizinischen Fachangestellten, Pflegekräften, Physio-/Ergotherapeuten, Sozialarbeitern etc.) und Disziplinen (anderen Fachärzten, Psychologen etc.) zusammenarbeiten. Eine Patientenversorgung im Team bietet Hausärztinnen und Hausärzten die Chance, die steigenden Anforderungen der Versorgung chronisch Kranker zu bewältigen und dabei gleichzeitig eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Teilzeittätigkeit/angestellte Tätigkeit) zu erreichen“.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass neben den Stellungnahmen zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen in den verschiedenen Berufsethiken, bereits nationale und internationale Bestrebungen, sowie Gesetze etabliert werden, um die Ausbildung

und Arbeitsteilung neu zu gestalten. Mit diesen Maßnahmen können der vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschriebenen Defizite der Zusammenarbeit entgegengewirkt werden. Eine Integration der durch die vorliegende Arbeit erzielten Erkenntnisse kann gezielt die Zusammenarbeit der Pflegenden in Pflegeheimen und Hausärztinnen und Hausärzten mit externen Therapeutinnen und Therapeuten stärken, die bisher mit Ausnahme des Passus in der Heilmittelrichtlinie in Deutschland gesetzlich nicht vorgeschrieben ist.

2.3.3 Aktueller Forschungsstand zu interprofessioneller Zusammenarbeit im Setting Pflegeheim

Wie bereits in Kapitel 2.1 erwähnt können praxisbasierte Interventionen zur interprofessionellen Zusammenarbeit sowohl die Gesundheit einzelner Patientinnen und Patienten als auch die Versorgungsprozesse verbessern (Zwarenstein et al., 2009). Neben positiven Effekten auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten hat die Zusammenarbeit zudem Auswirkungen auf die professionellen Akteurinnen und Akteure, also die Gesundheitsprofessionen.

Studien, die zeigen, dass verschiedene Interventionen zur interprofessionellen Zusammenarbeit zu besseren Ergebnissen in der Gesundheitsversorgung führen können, beziehen sich allerdings mehrheitlich auf die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsprofessionen im Krankenhaus. Lediglich eine der fünf in einem Cochrane Review zur Interprofessionellen Zusammenarbeit (Zwarenstein et al. (2009) eingeschlossenen Studien wurde in einem Pflegeheim durchgeführt. Diese in 33 schwedischen Pflegeheimen durchgeführte Studie mit insgesamt 1854 Bewohnerinnen und Bewohnern von Schmidt et al. (1998) zeigte, dass ein monatlich durchgeführtes Team-Meeting die Verschreibung von psychotropen Medikamenten in der Interventionsgruppe im Gegensatz zu der Kontrollgruppe verbesserte.

Internationale Forschung zur Zusammenarbeit in Pflegeheimen fokussiert vor allem auf die Herausforderungen bei der Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Pflegekräften. Hinsichtlich der Kommunikation zwischen beiden Berufsgruppen geben in der im Jahr 1995 in kalifornischen Pflegeheimen durchgeführte Studie Ärztinnen und Ärzte (n=47) die mangelnde Kompetenz von Pflegekräften an und Pflegekräfte (n=59) beklagen, dass Ärztinnen und Ärzte ihnen gegenüber vielfach respektlos sind (Cardogan et al., 1999). Neben der Bereitschaft zur Kommunikation sind es aber auch ganz praktische Barrieren, wie die Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte,

welche die Kommunikation zwischen dem ärztlichen Personal und den Pflegekräften erschweren. Das gaben 21% der befragten 375 Pflegekräfte aus 26 Pflegeheimen in Connecticut (USA) an (Tija et al., 2009).

Zur interprofessionellen Zusammenarbeit in deutschen Pflegeheimen gibt es bislang noch wenige Daten. In den letzten Jahren wurden einige explorative quantitative Studien über die Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen in Deutschland durchgeführt. Als Basis für diese Studien dienten Angaben vom Pflegepersonal (Hallauer et al., 2005) (Schneekloth and von Törne, 2009) oder Daten einer gesetzlichen Krankenkasse (Rothgang et al., 2008). Die Perspektiven der Bewohnerinnen und Bewohner, ihrer Angehörigen, Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten waren nicht Gegenstand dieser Studien.

Erste Informationen dazu finden sich in der explorativen Studie des Privat Instituts für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen GmbH (eqs.-Institut), die im Jahr 2008 u.a. die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufe aus der Sicht des Pflegepersonals analysierte. Pflegedienstleitungen aus 56 Pflegeeinrichtungen bewerteten die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten insgesamt als „gut“, klagten aber über Defizite in der Kommunikation. Außerdem wurde die Nichtbeteiligung der Hausärztinnen und Hausärzte bei der Umsetzung der Expertenstandards kritisiert und Probleme bei der Pflegedokumentation angegeben. Eine Zusammenarbeit mit Therapeutinnen und Therapeuten konnte zum Teil gar nicht erst zustande kommen, da laut mehreren Pflegedienstleitungen, Hausärztinnen und Hausärzte Logo-, Physio- und Ergotherapie trotz der offensichtlichen Bedarfe der Bewohnerinnen und Bewohner aus Kostengründen häufig nicht oder nur sehr zurückhaltend anordneten (van den Bussche et al., 2009, S. 243).

Eine Studie zu „Erwartungshaltungen, Kommunikation und Kooperation von Pflegenden und Ärzten in der stationären Altenpflege“ mit 172 Pflegefach- und Hilfskräften und 83 an der Heimversorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzten benennt als Barrieren für eine gute Kommunikation und Kooperation aus Sicht der befragten Ärztinnen und Ärzte strukturelle Rahmenbedingungen der Pflegeheime. Aus Sicht der befragten Pflegenden gab es Probleme mit der medizinischen Fachkompetenz sowie Schwierigkeiten im Informationsaustausch mit den an der Heimversorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzten. Zudem wurden „ein begrenztes Zeitfenster für die Untersuchung der Bewohner oder für den Informationsaustausch zwischen den Pflegenden

und Ärzten“ und „die Verfügbarkeit der jeweils anderen Berufsgruppe, beispielsweise die Möglichkeit zur Terminabsprache und die direkte Erreichbarkeit des anderen“ als Probleme benannt (Meyer-Kühling et al., 2015, S. 72).

Für eine Zusammenarbeit in der ambulanten und heimstationären Versorgung zwischen Allgemeinmedizin und Pflege fehlt es laut Block et al. erhoben in einer qualitativen Studie mit 14 Ärztinnen und Ärzten sowie mit 14 Pflegenden in den Jahren 2009 – 2010, an Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern. Während Ärztinnen und Ärzte in ihrer hausärztlichen Praxis nur schwer oder gar nicht kontaktiert werden könnten, seien „informierte Pflegende“ aufgrund von Fluktuations- und Rotationsprinzipien nur schwer zu erreichen. Vertrauenswürdigkeit wird als bedeutendes Merkmal der Interaktionspartnerinnen und Interaktionspartner erachtet, um effektive Arbeitsbeziehungen aufbauen zu können (Block et al., 2012, S. 119f).

Während die meisten Studien zur interprofessionellen Zusammenarbeit, auch die in Pflegeheimen, hauptsächlich auf die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden fokussieren, schließt die Multicenterstudie „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim - eine qualitative Untersuchung von Problemen in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern und Entwicklung von Verbesserungsstrategien“ (interprof) (Mueller et al., 2015) auch die aktuellen Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern sowie deren Bezugspersonen hinsichtlich der medizinischen Versorgung mit ein.

Die medizinische Versorgung nimmt im Lebensalltag der 25 interviewten Bewohnerinnen und Bewohner eine eher untergeordnete Rolle ein. Für sie beinhaltet die medizinische Versorgung hauptsächlich die Bereiche, die den Hausbesuch, die verordneten Medikamente, die medizinische Entscheidungen, Hilfsmittel und die Behandlungspflege betreffen. Die Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner wird wesentlich durch den Wunsch nach Selbstbestimmung geprägt. Die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten mit Pflegenden beschreiben die Bewohnerinnen und Bewohner nur in Bezug auf die durchgeführten Tätigkeiten im Rahmen des Hausbesuchs. Da sie diese ansonsten aufgrund räumlicher Gegebenheiten nicht beobachten können, beurteilen nur wenige die Qualität der Zusammenarbeit (Cavazzini et al., 2014).

Für die Perspektive der insgesamt 27 Angehörigen, die in 23 halbstrukturierten Interviews befragt wurden, konnte das „Einbezogensein“ in die medizinische Versorgung als zentrales Phänomen bestimmt werden. Angehörige versuchen aktiv auf die medizinische Versorgung Einfluss zu nehmen, in dem sie u.a. bei Pflegemaßnahmen helfen, Medikamente beschaffen, sowie Vereinbarungen von Hausarzt- und anderen Facharztterminen, und die Begleitung zu diesen, übernehmen. Das „Einbezogensein“ wollen kann durch das Verantwortungsgefühl für die oder den Angehörigen und durch den Wunsch der Bewohnerin oder des Bewohners nach Beteiligung des Angehörigen bei diesen Tätigkeiten begründet werden. Angehörige sind weniger „einbezogen“ oder wollen weniger „einbezogen“ werden, wenn die medizinische Versorgung aus ihrer Perspektive gewährleistet ist, oder die Bewohnerin oder der Bewohner sich selbständig darum kümmern kann. Durch eine bewusste Abgabe der Verantwortung für die medizinische Versorgung ihrer Angehörigen oder ihres Angehörigen an die Pflegeeinrichtung fühlen sie sich entlastet (Langen, 2016).

Als Basis für eine Entwicklung von Verbesserungsstrategien zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim wurden neben den Bedürfnissen von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern sowie deren Bezugspersonen in der interprof-Studie auch die Perspektive von Pflegekräften (n=18) (Fleischmann et al., 2017) und Hausärztinnen und Hausärzten (n=30) (Fleischmann et al., 2016), sowie deren Erfahrungen mit Inhalten und Form der interprofessionellen Zusammenarbeit mittels qualitativer Interviews und Fokusgruppen erhoben. Das resultierende Maßnahmenpaket zur Verbesserung der Zusammenarbeit umfasste: 1. die Implementierung von Zielvereinbarungstreffen, in denen alle Akteurinnen und Akteure übergeordnete Ziele und Vorgehensweisen konsentieren, 2. das Festlegen von Hauptansprechpartnerinnen und Hauptansprechpartnern, 3. eine Unterstützung zur Festlegung von Bedarfsmedikation, 4. das Tragen von Namensschildern während des Hausbesuchs im Pflegeheim, 5. einen strukturierter Ablauf des Hausbesuchs (Mueller et al., 2018).

Obwohl neben Hausärztinnen und Hausärzten sowie Pflegekräften an der Versorgung pflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohnern auch oftmals Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten beteiligt sind, fehlt auch in der interprof-Studie die Perspektive dieser Akteurinnen und Akteure.

Tsakitzidis et al. (2017) haben im Rahmen ihrer qualitativen Studie die Perspektiven von vier Therapeutinnen und Therapeuten miteinbezogen. In den in Belgien geführten drei Fokusgruppen, eine mit Ärztinnen und Ärzten (n=9), eine mit Pflegenden (n=4) und eine mit insgesamt vier Therapeutinnen und Therapeuten, sowie in zusätzlich neun halb-strukturierten Interviews haben sie u.a. herausgefunden, dass verschiedene Gesundheitsberufe in Pflegeheimen als voneinander getrennte Gruppen angesehen werden, und es nur wenige Beweise dafür gibt, dass diese an einem gemeinsamen Ziel arbeiten. Eine Gruppe ist die der Pflegenden, eine Gruppe die der Therapeutinnen und Therapeuten und des nichtmedizinischen Personals im Pflegeheim, und die dritte Gruppe die der Hausärztinnen und Hausärzte.

Zur direkten Zusammenarbeit zwischen ambulant tätigen Therapeutinnen und Therapeuten und Hausärztinnen und Hausärzten oder Pflegenden liegen national sowie international bisher kaum empirische Studien vor. Insbesondere fehlen Studien, welche die Fragen beantworten wie interprofessionelle Kommunikation und Kooperation zwischen den Akteurinnen und Akteuren als Prozesse im Pflegeheim stattfindet, welche Inhalte Bestandteil dieser Kommunikation und Kooperation sind und wie die Zusammenarbeit motiviert ist.

Dennoch werden in der Literatur zur interprofessionellen Zusammen- und Teamarbeit die Merkmale der Teamarbeit, verschiedene Typologien sowie die Elemente die zur Effektivität eines Teams beitragen, beschrieben. Ausgewählte Literatur wird in den folgenden Kapiteln 2.3.4 und 2.3.5 kurz vorgestellt. Sie dienen als sensibilisierende Konzepte für die in dieser Arbeit entstandene Grounded Theory.

2.3.4 Terminologien interprofessioneller Arbeit

Einige bekanntere Typologien interprofessioneller Arbeit sind beispielweise von Bruce (1980), Katzenbach and Smith (1993) und Drinka and Clark (2000). Neuere Ansätze, verschiedene Typen interprofessioneller Arbeit zu beschreiben, sind von Jakobsen (2011), Reeves et al. (2010) und Atzeni et al. (2017).

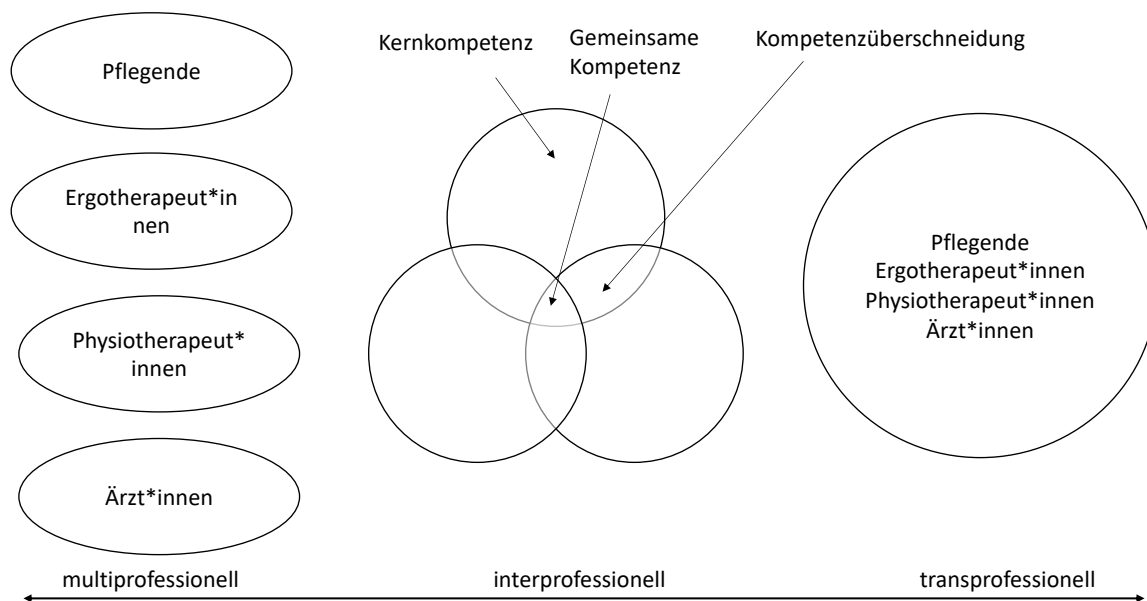


Abbildung 1: Cross-professional continuum nach Jakobsen (2011, S. 12f)

Im „cross-professional continuum“ wird interprofessionelle Zusammenarbeit als ein in der Mitte befindlicher Teil eines Kontinuums der Zusammenarbeit verschiedener Berufe untereinander gesehen. Während bei der multiprofessionellen Zusammenarbeit jede Berufsgruppe seine Kernkompetenz hat, gibt es bei der interprofessionellen Zusammenarbeit neben der Kernkompetenz, auch überlappende sowie gemeinsame Kompetenzen. Diese Grenzen verschwinden dann bei der transprofessionellen Zusammenarbeit (Jakobsen, 2011, S. 12f).

Jakobsen bezieht sich bei seiner Unterteilung auf Thylefors, Persson & Hellstrom. Sie beschreiben, dass in der Literatur drei verschiedene Modelle von Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen formuliert werden: das Multi-, Inter- und Transprofessional-Modell. Um diese verschiedene Typen in ihrer Studie messbar zu machen, haben sie die zentralen Themen dieser drei Modelle des Team-Funktionierens in die sechs Themen „Rollenspezialisierung“, „Aufgaben-Interdependenz“, „Koordination“,

„Aufgaben-Spezialisierung“, „Führung“ und „Rollen-Interdependenz“ unterteilt und für die jeweilige Form der Zusammenarbeit beschrieben:

Bei der **multiprofessionellen Zusammenarbeit** sind die Teamrollen spezialisiert und jedes Teammitglied konzentriert sich auf seine eigenen Aufgaben. Die Aufgaben werden in der Regel in einer bestimmten Reihenfolge durchgeführt. Die Koordination beruht auf der Supervision oder Standardisierung. Die ausgeführten Aufgaben sind spezialisiert und nur diejenigen mit einer speziellen Berufsausbildung dürfen die Aufgabe ausführen. Der Teamleiter fungiert als traditioneller Manager. Die wechselseitige Abhängigkeit der Rollen untereinander wird beschrieben mit dem Ausspruch „Do your job the best way you know“. Bei der **interprofessionellen Zusammenarbeit** sind die Rollen ebenfalls spezialisiert, aber es wird von jedem Teammitglied erwartet zu interagieren. Die Aufgaben sind teilweise voneinander abhängig und müssen koordiniert werden. Jeder muss seine Aktivitäten koordinieren und bereit sein, sich an die Aufgabe anzupassen. Der Teamleiter fungiert als „Coach“. Eine gewisse Rollen-Interdependenz wird durch den Satz „Do your job and co-operate“ impliziert. Bei der **transprofessionellen Zusammenarbeit** sind die jeweiligen Rollen spezialisiert, trotzdem muss jeder sich gegenseitig nicht nur ergänzen, sondern falls notwendig auch ersetzen. Sowohl die Teammitglieder als auch ihre Aufgaben sind voneinander abhängig. Die Koordination wird durch direkte enge Interaktion, Flexibilität und Improvisation erreicht. Jeder muss bereit sein, sich an die Stärken und Schwächen der anderen anzupassen. Die Teamleitung variiert je nach Situation; das Team steuert das selbst. Eine wechselseitige Abhängigkeit der Rollen untereinander ist bei der transprofessionellen Zusammenarbeit Voraussetzung: „Do your job in an interactive way and be ready for continuous adjustments“ (Thylefors et al., 2005, S. 106).

Auch Reeves et al. (2010) unterscheiden verschiedene Formen der interprofessionellen Arbeit. Die Notwendigkeit einen situativen Ansatz („contingency approach“) zu entwickeln, sahen sie darin, dass Typologien, die eher einem normativen und linearen Verständnis von Teamarbeit folgen, der komplexen Praxis der interprofessionellen Teamarbeit nicht gerecht werden. Eine Annahme der Typologien von Bruce (1980) und Katzenbach and Smith (1993) sei, dass Teams, die am unteren Ende dieser unterschiedlichen Typologien operieren (z. B. „convenient teams“, „Pseudo teams“), danach streben müssen ihr oberes Ende zu erreichen, um wie „Committed teams“ oder „Real teams“ zu funktionieren. Diese Annahmen würden

aber die Pragmatik der Teamarbeit in der realen Welt übersehen (Reeves et al., 2010, S. 43).

Reeves et al. haben bei ihrer Darstellung interprofessioneller Arbeit die „interprofessionelle Teamarbeit“ im Zentrum angesiedelt. Aus ihrer Sicht ist sie die „konzentrierteste“ Aktivität interprofessioneller Arbeit, die ein hohes Maß an gegenseitiger Abhängigkeit, Integration und gemeinsamer Verantwortung inne hat. Die anderen Ansätze - Zusammenarbeit, Koordination und Vernetzung - sind laut der Autoren und Autorinnen zunehmend „umfassendere Aktivitäten“ mit einem geringerem Maß an gegenseitiger Abhängigkeit, Integration und gemeinsamer Verantwortung. Ihr Ansatz betrachte Teams und Teamarbeit nicht als Bewegung entlang eines linearen, hierarchischen Spektrums von „schwach“ zu „stark“. Vielmehr werde ein komplexeres und differenzierteres Bild der Teamarbeit vorgeschlagen, bei dem die Teams an den Zweck angepasst werden müssen für den sie vorgesehen sind, sowie an ihre lokalen Bedürfnisse. In einigen Fällen könne eine größere gemeinsame Verantwortung der Teammitglieder wichtig sein, in anderen Fällen jedoch nicht. Beim Erstellen und Organisieren von Teams könne es hilfreich sein, zu überlegen, welche Konfiguration jedes dieser Elemente am besten zu den lokalen Zielen passe, die das Team erreichen soll (Reeves et al., 2010, S. 44f).

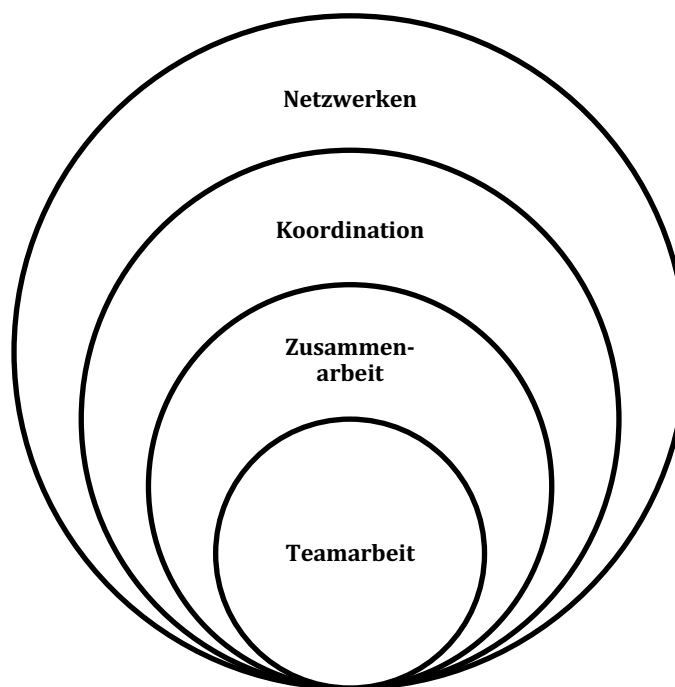


Abbildung 2: Verschiedene Formen der interprofessionellen Arbeit (Abbildung nach Reeves et al. (2010, S. 44))

Teamarbeit („Teamwork“) umfasst nach Reeves et al. (2010, S. 45) eine Reihe von Kernelementen wie eine gemeinsame Identität, klare Rollen/Aufgaben/Ziele, gegenseitige Abhängigkeit der Teammitglieder, Integration der Arbeit sowie gemeinsame Verantwortung und Teamaufgaben, die im Allgemeinen nicht vorhersehbar, dringend und komplex sind. Beispiele für diese Form der interprofessionellen Arbeit sind bei Intensivteams und Teams der Notaufnahmen zu finden. **Zusammenarbeit** („Collaboration“) ist laut der Autorinnen und Autoren eine „lockerere“ Form der interprofessionellen Arbeit. Sie unterscheidet sich von der Teamarbeit darin, dass die gemeinsame Identität und die Integration von Individuen weniger wichtig sind. Die Zusammenarbeit ist jedoch hinsichtlich der gemeinsamen Verantwortung, einer gewissen gegenseitigen Abhängigkeit, den erforderlichen klaren Rollen/Zielen und Teamaufgaben, die im Allgemeinen etwas unvorhersehbarer, weniger dringend und komplex sind, mit der Teamarbeit vergleichbar. Beispiele für diese Art von interprofessioneller Arbeit finden sich in der Primärversorgung. Die **Koordination** („Coordination“) ähnelt als Form der interprofessionellen Arbeit nach Reeves et al. (2010) der Zusammenarbeit in Bezug auf die gemeinsame Identität. Die Integration und gegenseitige Abhängigkeit sind jedoch weniger wichtig. Die Teamaufgaben sind vorhersehbarer und weniger dringend als bei der Zusammenarbeit. Die Koordination und die Zusammenarbeit ähneln sich allerdings bei der gemeinsamen Verantwortung und der Erforderlichkeit von klaren Rollen/Aufgaben/Zielen. Eine Netzwerkbeziehung ist eine Beziehung, in der gemeinsame Teamidentität, Klarheit der Rollen/Ziele, gegenseitige Abhängigkeit, Integration und gemeinsame Verantwortung weniger wichtig sind. Die Teamaufgaben beim **Netzwerken** („Networking“) sind vorhersehbar und nicht dringend. Netzwerke können in dem Sinne virtuell sein, dass sich keines der Mitglieder persönlich trifft, sondern über das Internet kommuniziert (z.B. E-Mail oder Computerkonferenzen). Netzwerke sind informelle Vereinbarungen mit einer sich ändernden Mitgliedschaft, wobei hervorzuheben ist, dass sich Individuen durch diese Netzwerke bewegen können, wenn die Notwendigkeit spezifischer Fähigkeiten oder Fachkenntnisse entsteht (Reeves et al., 2010).

Eine weitere mögliche Form der interprofessionellen Arbeit ist das **adaptive interprofessionelle Team** („Adaptive interprofessional team“). Reeves et al. haben die Möglichkeit in Betracht gezogen, dass ein Team auch so funktionieren könnte, dass es jede der oben genannten unterschiedlichen Arten von interprofessioneller Arbeit

einsetzen kann. Dabei würde das Team im Wesentlichen adaptiv funktionieren und seine Art der Arbeit - von Teamarbeit über Zusammenarbeit bis hin zur Vernetzung zurück zu Teamarbeit - an die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patientin bzw. des Patienten anpassen.

Im Gegensatz zu den oben stehenden literaturbasierten Typologien interprofessioneller Arbeit rekonstruierten Atzeni et al. 2017 drei Formen gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit aus 25 qualitativen, narrativen Experteninterviews in fünf, vorab festgelegten, verschiedenen medizinischen Settings (Grundversorgung, chirurgische Versorgung, internistische Versorgung, psychiatrische Versorgung und palliativer Versorgung) in der Schweiz, und haben diese in ein heuristisches Schema eingeordnet. Während die „koordinative Verdichtung“ und die „ko-kreative Verdichtung“ Pole eines Kontinuums darstellen, ist das Mittelfeld von „projekthaften Verdichtungen“ geprägt. Verdichtungen sind „intensivierte Synchronisationen von Arbeitsabläufen und Handlungen“ (Atzeni et al., 2017, S. 6f).

Mit „**koordinative Verdichtung**“ sind Formen des Ineinandergreifens relativ klar definierter, meist institutionell verstetigter Handlungsmuster und antrainierter Kompetenzen gemeint, wie es z.B. bei der Reanimation oder bei operativen Eingriffen der Fall ist. „**Ko-kreative Zusammenarbeit**“ hingegen sind Formen der Arbeitsteilung, bei denen die verschiedenen Professionen gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten Lösungen suchen und entscheiden müssen, wie beispielsweise bei Lebensend-Fragen in der palliativen Betreuung. Bei „**projekthafte Verdichtungen**“ der interprofessionellen Zusammenarbeit veranlassen vor allem die Abstimmungs- und Koordinierungsbedürfnisse der involvierten Professionellen, aufgrund sich wiederholender gesundheitsversorgerischer Problemlagen, zeitlich punktuelle oder organisatorisch differenzierte Verdichtungen (Atzeni et al., 2017, S. 24). Beispiele für „projekthafte Verdichtungen“ konnten in der ambulanten Grundversorgung, also auch in der Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern gefunden werden (Atzeni et al., 2017, S. 7).

Stellt man die oben genannte drei Typologien gegenüber weisen die **transprofessionelle Zusammenarbeit** nach Thylefors et al. (2005), die **Teamarbeit** nach Reeves et al. (2010) und die **koordinative Verdichtung** nach Atzeni et al. (2017) ähnliche Merkmale auf. Ähnlich verhält es sich mit der **interprofessionellen Zusammenarbeit** nach Thylefors et al. (2005), der **Zusammenarbeit** („Collaboration“) nach

Reeves et al. (2010) und der **projekthaften Verdichtung** nach Atzeni et al. (2017). Die losesten Formen der interprofessionellen Arbeit sind die **multiprofessionelle Zusammenarbeit** nach Thylefors et al. (2005), die **Koordination** („Coordination“) nach Reeves et al. (2010) und die **ko-kreative Verdichtung** nach Atzeni et al. (2017). Keine der beschriebenen Formen der interprofessionellen Arbeit von Thylefors et al. (2005) und von Atzeni et al. (2017) passt zu der von Reeves et al. (2010) definierten Form des **Netzwerkens** („Networking“).

Tabelle 1: Gegenüberstellung verschiedener Typologien interprofessioneller Arbeit

Thylefors et al. (2005)	Reeves et al. (2010)	Atzeni et al. (2017)
Transprofessionelle Zusammenarbeit	Teamarbeit	Koordinative Verdichtung
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Zusammenarbeit	projekthafte Verdichtung
multiprofessionelle Zusammenarbeit	Koordination	ko-kreative Verdichtung

Wie die Terminologien nahelegen kann in Bezug auf die vorliegende Arbeit bei der Betrachtung interprofessioneller Arbeit in Pflegeheimen am ehesten davon ausgegangen werden die Form der interprofessioneller Zusammenarbeit nach Thylefors et al. (2005), der Zusammenarbeit nach Reeves et al. (2010) oder der projekthaften Verdichtung nach Atzeni et al. (2017) zu finden. Zudem könnte auch das adaptive interprofessionelle Team nach Reeves et al. (2010) in Betracht gezogen werden.

2.3.5 Elemente interprofessioneller Zusammenarbeit

Konzeptualisierungen dienen dazu ein reales Phänomen auf eine abstrakte Art und Weise darzustellen. Es geht bei dieser Darstellung darum das Wesen und die Struktur der interprofessionellen Arbeit zu verstehen. Während im vorangegangenen Kapitel verschiedene Formen der interprofessionellen Arbeit vorgestellt wurden, soll in dem folgenden Kapitel noch einmal detaillierter darauf eingegangen werden welche Elemente interprofessionelle Zusammen- bzw. Teamarbeit definieren.

D'Amour et al. Ergebnisse einer im Jahr 2005 angefertigten Übersichtsarbeit zeigen, dass (1) das Konzept der Zusammenarbeit durch die fünf zugrunde liegende Konzepte „Austausch“, „Partnerschaft“, „Macht“, „Interdependenz“ und „Prozess“ definiert wird; (2) die komplettesten Modelle zur Zusammenarbeit diejenigen zu sein scheinen, die auf einem starken theoretischen Hintergrund beruhen, entweder der Organisationstheorie oder Organisationssoziologie und auf empirischen Daten; (3) es eine beträchtliche Menge in der Art und Weise gibt, wie die verschiedenen Autorinnen und

Autoren die Zusammenarbeit konzeptualisieren sowie in den Faktoren, die Zusammenarbeit beeinflussen; (4) diese Rahmenbedingungen keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen den Elementen der Modelle und den Ergebnissen begründen; (5) die Literatur keinen ernsthaften Ansatz bereitstellt, wie Patientinnen und Patienten in das Gesundheitsteam integriert werden könnten, trotz der Tatsache, dass sie als die ultimative Begründung für die Bereitstellung von kollaborativer Versorgung anerkannt werden (D'Amour et al., 2005).

Für das Konzept der „Teamarbeit“ haben Reeves et al. (2010) die Beschreibungen von insgesamt fünf Autorinnen und Autoren zusammengefasst, um die Schlüsselemente, die das Wesen der Teamarbeit ausmachen, zu identifizieren. Aus über 20 Deskriptoren wurden die folgenden fünf gemeinsamen Elemente der Teamarbeit identifiziert: „gemeinsame Identität“, „klare Rollen/Aufgaben/Ziele“, „gegenseitige Abhängigkeit der Teammitglieder“, „Integration der Arbeit“ und „gemeinsame Verantwortung“ (Reeves et al., 2010).

Beide Gruppen von Autorinnen und Autoren haben auf Basis der von ihnen gesichteten Literatur eigene Modelle entwickelt, die dazu beitragen sollen die Struktur der „interprofessionellen Zusammenarbeit“ zu verstehen.

Während beispielsweise Borrill et al. (2001), Lemieux-Charles and McGuire (2006) und Körner et al. (2016) ein „Input-process-output (and intervention) model“ nutzen, um die Faktoren, die die Wirksamkeit des Teams beeinflussen darzustellen, lassen die folgenden Modelle die Ergebnisse und die Produktivität der Zusammenarbeit in ihrer Darstellung erst einmal außen vor.

Das von D'Amour et al. u.a. im Setting kanadischer perinataler Dienstleistungen validierte „Model for understanding the structuration of collaboration“ bzw. das Vier-Dimensionen Modell der Zusammenarbeit („The Four-Dimensional Model of Collaboration“) (siehe Abbildung 3) schlägt vor, dass das kollektive Handeln in vier Dimensionen, anhand von zehn Indikatoren, analysiert werden kann. Die zwei Dimensionen **Gemeinsame Ziele und Visionen** („Shared goals and vision“) und **Verinnerlichung** („Internalization“) beziehen sich auf Beziehungen zwischen Individuen und die zwei Dimensionen **Formalisierung** („Formalization“) und **Führung** („Governance“) auf den organisatorischen Rahmen, der das kollektive Handeln beeinflusst (D'Amour et al., 2008).

Alle vier Dimensionen sind miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig: Die erste Dimension **Gemeinsame Ziele und Visionen** („Shared goals and vision“) bezieht sich mit ihren Indikatoren *Ziele* („Goals“) und *Klientenorientierung vs. Sonstige Verpflichtungen* („Client-centred orientation vs. other allegiances“) auf die Existenz gemeinsamer Ziele und deren Aneignung durch das Team, die Anerkennung von abweichenden Motiven und mehrfachen Bündnissen, sowie die Vielfalt der Definitionen und Erwartungen in Bezug auf die Zusammenarbeit. Die zweite Dimension **Verinnerlichung** („Internalization“) bezieht sich mit den Indikatoren *gegenseitiges Kennenlernen* („Mutual acquaintanceship“) und *Vertrauen* („Trust“) auf das Bewusstsein der Interdependenzen der Professionellen und deren Verwaltung, um ein Gefühl der Zugehörigkeit, die Kenntnis der jeweils anderen Werte und Disziplin und gegenseitiges Vertrauen herzustellen. Die dritte Dimension **Formalisierung** („Formalization“, Strukturierung der klinischen Versorgung) bezieht sich mit den Indikatoren *Werkzeuge für die Formalisierung* („Formalized tools“) und *Informationsaustausch* („Information exchange“) auf das existente und verwendete Ausmaß, in dem dokumentierte Verfahren, die gewünschten Ergebnisse und Verhaltensweisen kommunizieren. Formalisierung klärt Erwartungen und Verantwortlichkeiten. Die vierte Dimension **Führung** („Governance“) bezieht sich mit den Indikatoren *Zentralität* („Centrality“), *Leitung* („Leadership“), *Unterstützung bei Innovationen* („Support for innovation“) und *Verbundenheit* („Connectivity“) auf die Führungsfunktionen, die die Zusammenarbeit unterstützen. **Führung** leitet und unterstützt die Professionellen bei der Umsetzung von Innovationen im Zusammenhang mit interprofessionellen und interorganisationalen kollaborativen Praktiken. (D'Amour et al., 2008)

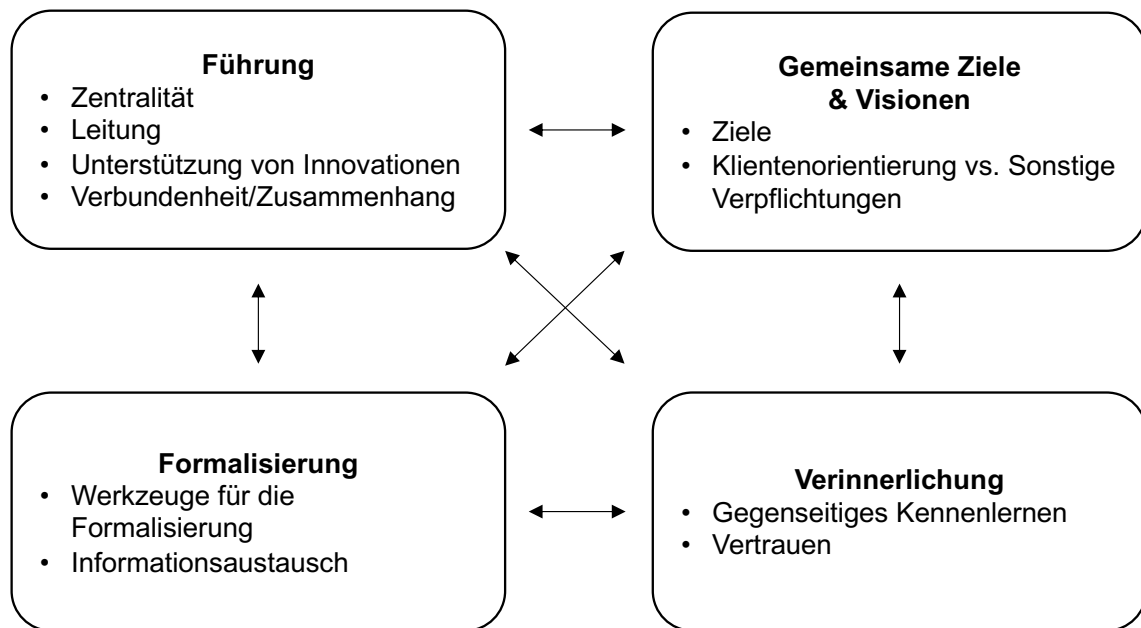


Abbildung 3: Das Vier-Dimensionen Modell der Zusammenarbeit nach D'Amour et al. (2008)

Auch das von Reeves et al. entwickelte „interprofessional framework“ besteht aus einer Reihe verschiedener Faktoren, die unter den vier Dimensionen **Relational** („Relational“), **Prozessual** („Processual“), **Organisatorisch** („Organisational“) und **Kontextuell** („Contextual“) zusammengefasst werden. In ihrer Arbeit betonen sie, dass sie aufgrund der nicht existenten Evidenz Arbeiten in die Entwicklung des „interprofessional framework“ einbezogen haben, die sie als kohärent, glaubwürdig und umfassend angesehen haben.

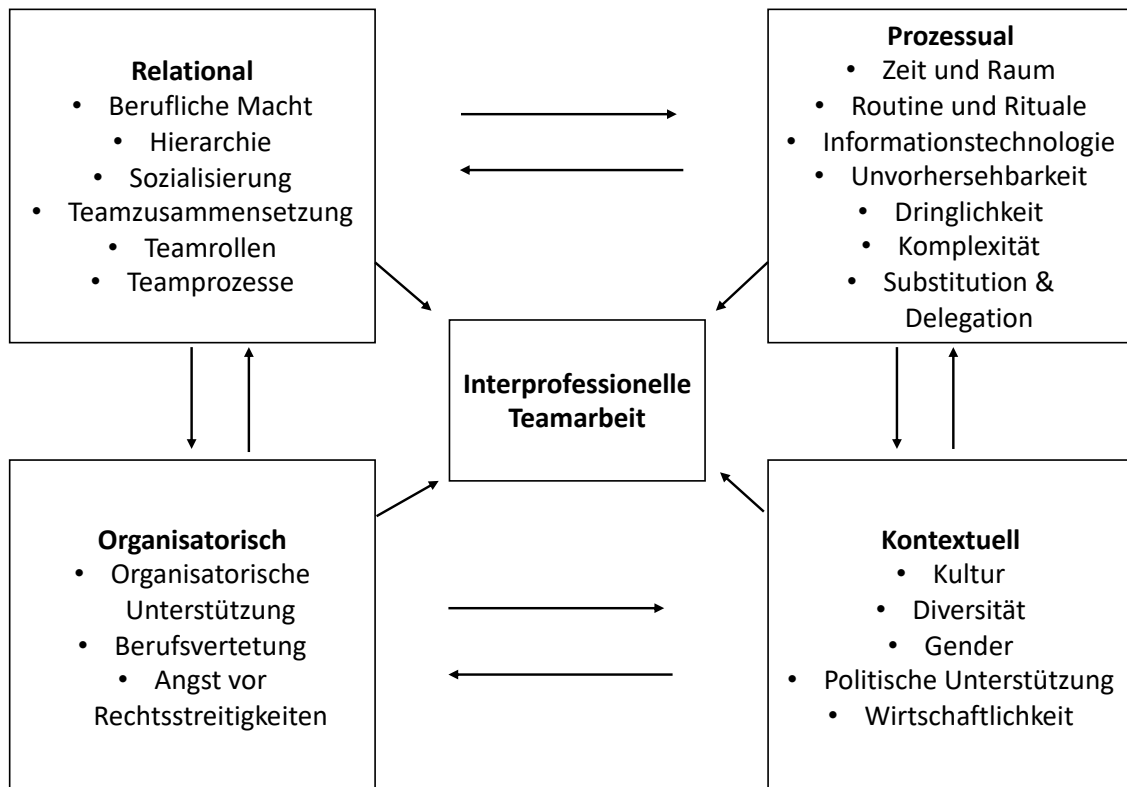


Abbildung 4: „A framework for understanding interprofessional teamwork“ nach Reeves et al. (2010, S. 58)

Die erste Dimension **Relational** umfasst die Faktoren, die sich darauf beziehen, wie interprofessionelle Beziehungen beeinflusst werden. Der Fokus dieser Domäne liegt auf dem Verständnis dafür, wie die Themen Macht, Hierarchie, Führung und Mitgliedschaft die Teamfunktion (oder -funktionsstörung) beeinflussen. Die zweite Dimension **Prozessual** thematisiert die Aspekte im Zusammenhang mit dem Verständnis, wie sich die tatsächlichen Arbeitsmethoden der Teammitglieder auf die Teamarbeit auswirken. Der Schwerpunkt dieser Domäne liegt auf der Untersuchung, wie sich beispielsweise Zeit, Raum und Komplexität von Aufgaben auf die Teamarbeit auswirken. Die dritte Dimension **Organisatorisch** beschreibt das lokale Umfeld, in dem das interprofessionelle Team tätig ist. Der Fokus dieses Bereichs liegt auf dem Verständnis der Organisationsstrukturen, auf denen das Team basiert, und dem Engagement/der Unterstützung der Organisation. Die vierte Dimension **Kontextuell** umfasst mit seinen Faktoren die breite kulturelle, politische, soziale und wirtschaftliche Landschaft, in der sich das Team befindet. Der Schwerpunkt dieses Bereichs liegt auf dem Verständnis, wie strukturelle Einflüsse die interprofessionelle Teamarbeit beeinflussen können (Reeves et al., 2010, S. 4).

San Martin-Rodriguez et al. (2005) schlugen eine Einteilung der Faktoren in drei Dimensionen vor. **Interaktionale Faktoren**, zwischenmenschliche Beziehungen zwischen Teammitgliedern, sind z.B. die Bereitschaft zur Zusammenarbeit und das Bestehen von gegenseitigem Vertrauen, Respekt und Kommunikation. Zu den **organisatorischen Faktoren** gehören die Struktur und die Philosophie, der Organisation, die Teamressourcen und administrative Unterstützung sowie Kommunikations- und Koordinierungsmechanismen. **Systemische Faktoren** sind Elemente außerhalb der Organisation, wie z.B. die Komponenten des sozialen, kulturellen, Bildungs- und Berufssystems.

Vergleicht man die Konzeptualisierungen der interprofessionellen Zusammen- bzw. Teamarbeit miteinander zeigt sich, dass inhaltlich zwar Überschneidungen bestehen, sich die Struktur der Darstellung und die inhaltliche Auseinandersetzungen mit den Dimensionen unterscheiden. Während D'Amour beispielsweise die Faktoren, die sich auf die Beziehungen zwischen den Individuen beziehen in die Dimensionen **Gemeinsame Ziele und Visionen** und **Verinnerlichung** unterteilt, sind diese in der Darstellung von Reeves et al. unter der Dimension **Relational** und bei San Martin-Rodriguez et al. als **interaktionale Faktoren** zusammengefasst. Ähnlich verhält es sich mit D'Amours Dimensionen **Formalisierung** und **Führung**, die den Fokus auf den organisatorischen Rahmen legen, welcher die Zusammenarbeit unterstützt. Reeves et al. und San Martin-Rodriguez et al. haben diese Faktoren unter der Dimension **Organisatorisch** beschrieben. Während D'Amour et al. den Bedingungen außerhalb der Organisation keine Aufmerksamkeit geben, werden diese von San Martin-Rodriguez et al. als **systemische Faktoren** und von Reeves et al. unter der Dimension **Kontextuell** beschrieben.

Reeves et al. ergänzen ihre Konzeptualisierung zur interprofessionellen Teamarbeit noch um die Dimensionen **Prozessual**. Sie geben damit beispielsweise dem Einfluss, den die Unvorhersehbarkeit, die Komplexität und die Dringlichkeit von Aufgaben auf die Teamarbeit haben einen besonderen Fokus.

Tabelle 2: Gegenüberstellung der verschiedenen Dimensionen interprofessioneller Zusammenarbeit

San Martin-Rodriguez et al. (2005)	D'Amour et al. (2008)	Reeves et al. (2010)
interaktionale Faktoren (zwischenmenschliche Beziehungen zwischen Teammitgliedern)	Gemeinsame Ziele und Visionen Verinnerlichung	Relational
		Prozessual
organisatorische Faktoren (Bedingungen innerhalb der Organisation)	Formalisierung Führung	Organisatorisch
systemische Faktoren (Bedingungen außerhalb der Organisation)		Kontextuell

Obwohl die in den Kapiteln 2.3.4 und 2.3.5 aufgeführten Terminologien und Modelle zum allgemeinen Verständnis der interprofessioneller Zusammenarbeit beitragen, ist anzumerken, dass sie, mit Ausnahme von Atzeni et al., nicht direkt auf empirischer Forschung basieren oder in Pflegeheimen validiert wurden. Zudem bieten sie zwar einen Rahmen für das Verständnis interprofessioneller Arbeit insgesamt, liefern aber keine Einblicke in das Erleben der Akteurinnen und Akteure, und damit in die Entstehungskontexte und besonderen Merkmale der Kooperation und Kommunikation in deutschen Pflegeheimen.

2.4 Erkenntnisinteresse

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit resultiert aus vier Aspekten, die hier nachfolgend kurz erläutert werden sollen.

1. Grenzen des (konzeptuellen) Wissens über interprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen bei der ambulanten Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern

Nach der Exploration des Wissens zur interprofessionellen Kommunikation und Zusammenarbeit kann dieses im Handlungsfeld des Pflegeheimes bzw. der ambulanten Versorgung im deutschsprachigen Raum als nicht ausreichend erforscht gelten. Insbesondere fehlen Studien, welche beantworten wie interprofessionelle Kommunikation und Kooperation zwischen den Akteurinnen und Akteuren im Pflegeheim stattfinden.

det, welche Inhalte Bestandteil dieser Kommunikation und Kooperation sind und wie die Zusammenarbeit motiviert ist.

Das Untersuchungsfeld von interprofessioneller Zusammenarbeit und Kommunikation ist in der Regel das Krankenhaus, in dem die interprofessionelle Zusammenarbeit im Vergleich zur ambulanten Versorgung und der Versorgung in der Institution Pflegeheim deutlich anderen situativen Kontexten sowohl für die Klientinnen und Klienten als auch für die professionellen Akteurinnen und Akteure unterliegt.

Außerdem wird in den vorhandenen Studien zumeist auf die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden fokussiert. Eine Erforschung der Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden mit anderen Gesundheitsprofessionen wie Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten in beruflichen Alltagssituationen im Pflegeheim hat bisher kaum stattgefunden.

Auch wenn bereits Konzeptualisierungen interprofessioneller Zusammen- bzw. Teamarbeit existieren wurden diese zumeist literaturbasiert und nicht direkt empirisch in Pflegeheimen erhoben. Sie fokussieren in ihrer Ausgestaltung zudem eher die strukturellen Elemente, als dass sie die ablaufenden Versorgungsprozesse darstellen.

2. Auftrag der Versorgungsforschung

Der Begriff Versorgungsforschung umfasst sowohl die Untersuchung der Ursachen als auch der Wirkungen der Versorgungsprozesse und -strukturen (Schrappe et al., 2010, S. 2).

In Deutschland wird die Versorgungsforschung wie folgend definiert:

„Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das ausgehend von der Patienten- sowie Populationsperspektive und vor dem Hintergrund komplexer Kontextbedingungen die Versorgungsstrukturen und -prozesse der Gesundheitsversorgung untersucht, den Outcome auf Ebene der Alltagsversorgung beschreibt und komplexe Interventionen zur Verbesserung der Versorgung evaluiert.“ (Schrappe and Pfaff, 2017, S. 11)

Eine wissenschaftliche Systematisierung erfolgt in der Versorgungsforschung durch das Throughput-Modell. Das Modell hat zum Ziel die Grundlagen für eine kontinuier-

liche Verbesserung der Kranken- und Gesundheitsversorgung zu legen und dabei mittel- bis langfristig die drei zentralen Ziele der Versorgung: Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit möglichst optimal zu berücksichtigen (Schrappe et al., 2010, S. 4). Nach diesem Modell beschäftigt sich die Versorgungsforschung mit der Untersuchung

*„des Versorgungsbedarfs und der Inanspruchnahme sowie der eingesetzten Ressourcen auf der Ebene der Patienten, Professionals, Organisationen und des Systems (Input-Faktoren 1. Ordnung; vor dem Hintergrund des Kontextes und unter Einwirkung von Interventionen (Input-Faktoren 2. Ordnung) (**Input**), der Transformation der Input-Faktoren unter dem Einfluss des Zusammenwirkens von komplexer Intervention und komplexem Kontext (»doppelte Komplexität«) (**Throughput**), der erbrachten Versorgungsleistung, den resultierenden professionellen Verhaltensweisen, der organisatorischem Wandel unterworfenen Strukturen und der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in seiner Gesamtheit (**Output**), sowie der beim Patienten ankommenden und vom Patienten erfahrenen sowie der auf Populationsebene realisierten Ergebnisse (**Outcomes**)“ (Schrappe and Pfaff, 2017, S. 15f).*

Ein Teilgebiet der **Versorgungsforschung** ist die Erforschung chronischer Erkrankungen und Multimorbidität. Die Zielgruppen unter dieser Thematik sind laut Haubitz (2010, S. 232) auf der einen Seite ältere Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen, sowohl in der Hausarztpraxis als auch in Pflegeheimen, und auf der anderen Seite die Versorgerinnen und Versorger, also Ärztinnen und Ärzte und andere Gesundheitsberufe in der Primärversorgung.

Hier setzt die vorliegende Arbeit an. Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen sind zumeist pflegebedürftige, ältere Menschen mit chronischen und degenerativen Erkrankungen, die von Pflegenden, Hausärztinnen und Hausärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten versorgt werden.

Die pflegerische Versorgung sowie die Versorgung mit Heilmitteln wie Ergo- und Physiotherapie sind in Deutschland bisher allerdings in der etablierten Versorgungsforschung kaum ein Thema (Kuhlmeiy and Schaeffer, 2010, S. 134). In den vergangenen Jahren sind laut Kuhlmeiy und Schaeffer zwar in der pflegerischen Versorgung eine Reihe wissenschaftlich begleiteter Modellversuche angestoßen worden, vor al-

lem zur Qualitätsverbesserung, es fehlen laut der Autorinnen aber neben einer angemessenen ausgebauten Versorgungsforschung auch noch empirische Erkenntnisse zur Entwicklung bedarfsgerechter evidenzbasierter Pflegekonzepte. Für diese Lücke könnte die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten.

Auch zum Beitrag von Ergo- und Physiotherapie zur Gesundheitsversorgung gibt es bisher nur wenige Analysen. Eine Analyse der Potenziale und Chancen der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung, sowie mögliche Perspektiven für ihren derzeitigen und zukünftigen Beitrag zum Versorgungsgeschehen, entwickelte Walkenhorst. In ihrer Arbeit zeigt sie u.a. auf, dass die Ergotherapie das Potenzial hat auf die Anforderungen des Gesundheitswesens sowie auf veränderte Versorgungsbedürfnisse zu reagieren (Walkenhorst, 2008, S. 281).

Heilmittel sind in den letzten Jahren aufgrund zunehmender Ausgaben in den Fokus von Versorgungsanalysen gerückt. Berichte zur Ausgaben- und Verordnungsentwicklung im Heilmittelbereich werden z.B. durch den GKV-Spitzenverband (2018) mit dem GKV-Heilmittel-Informationssystem (GKV-HIS), sowie von einzelnen Krankenkassen, wie z.B. von der BARMER (2018) mit dem BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport oder durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (2018) mit ihrem AOK-Heilmittel-Informationssystem (AOK-HIS), zur Verfügung gestellt.

Auch wenn damit bereits beispielsweise regionale Besonderheiten der Gesundheitsversorgung quantitativ erfasst werden, fehlen Studien zu subjektiven Sichtweisen von Patientinnen und Patienten sowie von Angehörigen der Gesundheitsberufe über die Gesundheitsversorgung in Deutschland, die mittels qualitativer Versorgungsforschung aufgedeckt werden könnten.

Meyer et al. (2012, S. 511) betonen, dass qualitative Forschungsmethoden einen wichtigen Teil der Methoden der Versorgungsforschung darstellen, da durch ihren Einsatz unterschiedliche Perspektiven auf ein Versorgungsproblem sowie eine Alltagsorientierung, und damit relevante Rahmenbedingungen eines Praxisfeldes, berücksichtigt und integriert werden können.

Nur durch die Anwendung quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden können alle Ebenen der Aufgaben der Versorgungsforschung (Tabelle 3) vor dem Hintergrund des Throughput-Modells (Schrappe and Pfaff, 2017) erfüllt werden.

Tabelle 3: Die sechs Ebenen der Aufgaben der Versorgungsforschung vor dem Hintergrund des Throughput-Modells (nach Schrappe und Pfaff 2017, S. 15f)

Beschreibung	Wie ist die Versorgung gestaltet?
Erklärung	Welche Ursachen sind verantwortlich?
Gestaltung	Welche Konzepte und Interventionen lassen sich aufgrund versorgungswissenschaftlicher Ergebnisse entwickeln?
Evaluation der Wirksamkeit	Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (Bundesärztekammer 2004; Pfaff 2003)
Evaluation des Nutzens unter Alltagsbedingungen (Angemessenheit)	
Evaluative Begleitung	Welche Implementations- und Umsetzungsprobleme treten auf?

Die vorliegende Arbeit setzt bei den Ebenen der Aufgaben „Beschreibung“ und „Erklärung“ der Versorgungsforschung an. Die Entwicklung einer Grounded Theory hat zum Ziel einen Prozess zu erklären und aufzudecken, welche Ursachen zu einem Phänomen führen. Gleichzeitig werden durch die dargelegten Handlungs-Interaktionen aber auch die ablaufenden Versorgungsprozesse beschrieben. Beispiele für die „Beschreibung“ und „Erklärung“ im Sinne der sechs Ebenen von Versorgungsforschung bieten auch die Arbeiten rund um die US-amerikanischen Soziologen Anselm L. Strauss und Barney G. Glaser, die seit Anfang der 1960er Jahre einen wichtigen Beitrag für die qualitative Versorgungsforschung leisten. Anhand von Fallstudien zeigten Strauss et al. in den 1980er Jahren wie sich das Gesundheitspersonal („health workers“) den Problemen chronischer Krankheiten stellte, und mit der Arbeit in hochtechnologisierten Krankenhäusern fertig wurde. Sie beschrieben bei verschiedenen Arbeitsplätzen im Krankenhaus detailliert die Aufgaben des Pflegepersonals, die Interaktionen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter untereinander sowie mit den Patientinnen und Patienten. Diese stellten sie zudem mit der daraus resultierenden Behandlung und der Reaktion der Patientin oder des Patienten in Verbindung. Durch die Fokussierung auf den Krankheitsverlauf („concept of illness trajectory“) veranschaulichten sie die komplexe, kontingente Natur moderner medizinischer Arbeit. Sie konzentrierten sich in ihrer Untersuchung außerdem auf die verschiedenen Arten von medizinischer Arbeit an sich und entwickelten ein Modell für die informierte Analyse aller Arten von Arbeit (Strauss et al., 1997).

Die Publikation dieses Modells beinhaltet laut der Autorinnen und Autoren sowohl Implikationen für die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften als auch für die Patientenversorgung und -erwartungen und für die Gesundheitseinrichtungen an sich (Strauss et al., 1985).

Auf Basis ihrer Ergebnisse konnten Konzepte und Interventionen entwickelt werden, womit die Ebene der Gestaltung als eine Aufgabe der Versorgungsforschung konkret adressiert wurde. Analog zu Strauß et al. ist das Hauptanliegen der vorliegenden Studie die Untersuchung der gesundheitlichen Versorgung u.a. durch die Interaktionen zwischen professionellen Akteurinnen und Akteuren, um damit eine Basis zu schaffen für die Gestaltung des gemeinschaftlichen Versorgungsprozesses sowie der zugrundeliegenden Ursachen. Auf der einen Seite soll die Erhebung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim eine Grundlage schaffen für die Erhaltung und Steigerung des Wohlbefindens und der Gesundheit der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner und auf der anderen Seite die Arbeit im Pflegeheim für die professionellen Akteurinnen und Akteure möglichst bedeutungsvoll gestalten zu können, um auch sie tatkräftig und gesund zu erhalten.

3. Auftrag der Wissenschaftsdisziplin der Occupational Science

Der Zusammenhang zwischen dem was und wie Menschen etwas in ihrem täglichen Leben tun, wie sie damit in ihren verschiedenen Lebensbereichen involviert sind, und dem daraus folgendem Einfluss auf ihre Gesundheit und Wohlbefinden ist eine wesentliche Annahme der Ergotherapie und der Occupational Science (Polatajko et al., 2007a).

Occupational Science ist ein interdisziplinäres Fach, das in den späten 1980er Jahren entwickelt wurde, als u.a. Anthropologinnen und Anthropologen, Geographinnen und Geographen, Public Health-Forscherinnen und Forscher sowie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten begannen, ihre Forschung auf menschliche Betätigung („human occupation“) zu konzentrieren. Der Begriff „Occupational Science“ wurde von einer Gruppe akademischer Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten an der University of Southern California unter der Leitung von Elizabeth Yerxa geprägt (Canadian Society of Occupational Scientists, 2018).

Die Canadian Society of Occupational Scientists (2018) definiert das Fachgebiet wie folgend:

„Occupational science (OS) is the study of human occupations. It is a basic science dedicated to the understanding of human occupation, using both qualitative and quantitative methods of inquiry”.

Obwohl die Ursprünge der Occupational Science in der Ergotherapie zu finden sind (Polatajko et al., 2007c, S. 64), steht in der Occupational Science, anders als in der Ergotherapie, nicht der therapeutische Aspekt der Herstellung oder Wiederherstellung von Handlungsfähigkeit bzw. Fähigkeit zur Betätigung im Vordergrund, sondern die menschliche Betätigung ganz generell (Götsch, 2007, S. 7).

Die Occupational Science ist somit eine Wissenschaftsdisziplin, die sich mit der Erforschung der menschlichen Betätigung und ihrem Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden beschäftigt:

„Occupational Science is the science of everyday living. An academic discipline, it focuses on the benefits of productive, social and physical activity (called “occupations”) in people’s everyday lives. It is devoted to learning how engagement in occupation can address global health concerns of the 21st century by promoting health, well-being and quality of life across the lifespan.”
(University of Southern California, 2018)

Betätigung ist dabei laut der Canadian Association of Occupational Therapists (1997, S. 34) alles, was Menschen tun, um sich selbst mit etwas zu beschäftigen, einschließlich sich selbst zu versorgen (Selbstversorgung), das Leben zu genießen (Freizeit) und zum sozialen und wirtschaftlichen Gefüge („fabric“) ihrer Gemeinschaften („communities“) beizutragen (Produktivität“).

Betätigungen werden in der ergotherapeutischen Literatur als Grundbedürfnis, welche Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen, angesehen. Betätigungen organisieren laut Polatajko et al. sowohl die Zeit, bringen Struktur ins Leben sowie Bedeutungen, die ihnen von Individuen als auch von einer Kultur zugeschrieben werden. Auch wenn Betätigungen idiosynkratisch (spezifisch, eigentümlich) sind, werden sie selten in Isolation vollzogen, sondern bei vielen Gelegenheiten verknüpft mit einer Person oder Gruppe Polatajko et al. (2007b, S. 40).

Sowohl in der Ergotherapie als auch in anderen Disziplinen und Professionen gibt es verschiedene Modelle und Klassifikation, die die Wechselbeziehung zwischen der

Person, den Betätigungen und der Umwelt darstellen wie z.B. das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) oder die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Interprofessionelle Zusammenarbeit bzw. die interprofessionelle Kooperation und Kommunikation sind in diesem Sinn Betätigungen, die professionelle Akteurinnen und Akteure in Pflegeheimen, im Lebensbereich der Arbeit (Produktivität) ausführen.

Bereits in den Anfängen der Occupational Science wurde von Yerxa (1990, S. 3) die Frage, wie Personen ihr tägliches Leben organisieren und eine Bedeutung in ihrer Arbeit und Freizeit finden, als Interesse der Occupational Science definiert.

4. Persönliche berufliche Erfahrungen und das Interesse an interprofessioneller Zusammenarbeit der Autorin

Ein vierter ebenfalls wesentlicher Aspekt des Erkenntnisinteresses dieser Arbeit ist das Interesse der Autorin an interprofessioneller Zusammenarbeit und Kommunikation, welche sie durch praktische Erfahrungen und Erkenntnisse als Ergotherapeutin, als Studentin der Occupational Therapy und Occupational Science sowie als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Gebiet der Versorgungsforschung gesammelt hat. Der Austausch mit praktisch und wissenschaftlich tätigen Kolleginnen und Kollegen aus verschiedenen Disziplinen und Professionen hat dieses Interesse zusätzlich verstärkt.

Als Ergotherapeutin hat die Autorin viele Jahre in der akuten als auch der rehabilitativen Behandlung von v.a. neurologischen und geriatrischen Klientinnen und Klienten, mit Kolleginnen und Kollegen aus der Physiotherapie, Logopädie, Medizin, Pflege, (Neuro-)Psychologie und Sozialen Arbeit zusammengearbeitet. In der ambulanten Versorgung hat sie als Ergotherapeutin u.a. Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen betreut. In der Versorgungsforschung arbeitet sie seit einigen Jahren mit Kolleginnen und Kollegen aus der Allgemeinmedizin, der Psychologie, der Soziologie, der Pflege- und Gesundheitswissenschaften, der Sozialen Arbeit und Physiotherapie zusammen.

Diese Erfahrungen sowie das Studium der Literatur, v.a. der Ergotherapie und der Occupational Science, beeinflussten ihren Blick darauf, wie und warum Menschen sich betätigen.

Da sich die Autorin als Versorgungsforscherin und als „Occupational Scientist“ versteht, sind für sie beide Perspektiven auf die interprofessionelle Zusammenarbeit von Interesse.

Die Darstellung der Forschungslücke, die Herleitung der Forschungsfrage und die damit einhergehende Interpretation der Literatur in Kapitel 2 sind gleichermaßen durch die Perspektiven der Versorgungsforscherin, der Ergotherapeutin und der Occupational Science geleitet. Ebenso sind die Wahl der Forschungsmethodik (Kapitel 3) sowie die Ergebnispräsentation (Kapitel 4) davon beeinflusst. Ein dadurch bedingter Einfluss auf die Ergebnisse der Arbeit wird nicht als eine Einschränkung, sondern eher als eine Bereicherung wahrgenommen. Um den eigenen Blick zu weiten, wurden bei der Datenauswertung andere Personen aus verschiedenen Disziplinen hinzugezogen (siehe Kapitel 3.3.1).

2.5 Forschungsziele und Forschungsfragen

Die vorliegende Arbeit basiert auf der Annahme, dass durch interprofessionelle Kooperation und Kommunikation das Wohlbefinden der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner, sowie auch der professionellen Akteurinnen und Akteure verbessert, und der sinkenden Attraktivität der Pflege- und Therapieberufe entgegen gewirkt werden kann. Der Forschungsstand zeigt, wie bedeutsam interprofessionelle Team- bzw. Zusammenarbeit für die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung von Patientinnen und Patienten, sowie für die Zufriedenheit der professionellen Akteurinnen und Akteure ist. Allerdings fokussieren die Studien oftmals auf die Zusammenarbeit von Pflegenden mit Ärztinnen und Ärzten sowie auf die Zusammenarbeit im Krankenhaus.

Im Kapitel 2.3. erfolgte eine Auseinandersetzung des aktuellen Forschungsstandes zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim sowie der bereits existierenden Konzeptualisierung der interprofessionellen Team- und Zusammenarbeit.

Dennoch fehlen Studien, welche die Fragen beantworten wie interprofessionelle Kommunikation und Kooperation zwischen den Akteurinnen und Akteuren im Pflegeheim stattfindet, welche Inhalte Bestandteil dieser Kommunikation und Kooperation sind und wie die Zusammenarbeit motiviert ist.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es ein tieferes Verständnis davon zu erlangen wie Zusammenarbeit im Pflegeheim stattfindet und warum professionelle Akteurinnen

und Akteure zusammenarbeiten. Denn nur wenn Zusammenhänge verstanden werden, kann auch eine Veränderung des Ist-Zustandes herbeigeführt, und damit eine gute interprofessionelle Kommunikation und Kooperation zwischen den Akteurinnen und Akteuren im Pflegeheim, zugunsten der Bewohnerinnen und Bewohner und der professionellen Akteurinnen und Akteure, etabliert werden.

Insbesondere in Hinblick auf die Entstehungskontexte und besonderen Merkmale der Kooperation und Kommunikation in deutschen Pflegeheimen ist eine handlungs- und prozessorientierte Analyse notwendig. Deshalb soll eine Grounded Theory entwickelt werden, die das Phänomen der interprofessionellen Kooperation und Kommunikation im Pflegeheim erklärt.

Entsprechend der Zielstellung werden im Sinne der Grounded Theory Methodologie folgende Haupt- und Teilfragestellungen formuliert:

„Wie findet interprofessionelle Kommunikation und Kooperation in deutschen Pflegeheimen aus Sicht der Akteurinnen und Akteure statt?“

- Welchen Inhalt weist interprofessionelles Handeln im Pflegeheim auf?
- Welche Anlässe und Beweggründe, die zur interprofessionellen Zusammenarbeit führen, werden von den Akteurinnen und Akteuren benannt?
- Wie deuten und bewerten die Akteurinnen und Akteure ihren Anteil zur interprofessionellen Zusammenarbeit in Bezug auf ihre professionelle Selbstwahrnehmung?

Der Hauptfokus der vorliegenden Arbeit liegt auf den Perspektiven der Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten, Pflegenden (Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger) und Hausärztinnen und Hausärzte.

Ausgehend von den Erkenntnissen dieser Arbeit werden in Kapitel 5.2 Implikationen für die Ausbildung und die Arbeitsgestaltung abgeleitet und in Kapitel 5.3 ein Ausblick für weitere Forschungen gegeben.

3 Methodologie und Methoden

Das Kapitel „Methodologie und Methoden“ umfasst drei Unterkapitel: die Überlegungen zur methodologischen und methodischen Vorgehensweise (Abbildung 5) und die Umsetzung der Methodik im Forschungsprozess. Das erste Unterkapitel fokussiert darauf, eine Verbindung zwischen der Forschungsfrage und der Vorgehensweise herzustellen. Um die Konzeption der Studie sowie die Begründung der qualitativen Herangehensweise darzustellen, wird zunächst die qualitative Sozialforschung als Grundlage der vorliegenden Studie behandelt. Die darauffolgenden Abschnitte erläutern kurz dieser Forschung zugrunde liegende methodologische Überlegungen. Das zweite Unterkapitel stellt die Überlegungen zur methodischen Vorgehensweise dar. Zunächst wird die Methode des episodischen Interviews kurz erläutert, bevor die Überlegungen zum Vorgehen des Samplings dargestellt werden. Das dritte Unterkapitel beschäftigt sich mit der konkreten Umsetzung der Datenerhebung und der Datenanalyse im Forschungsprozess.

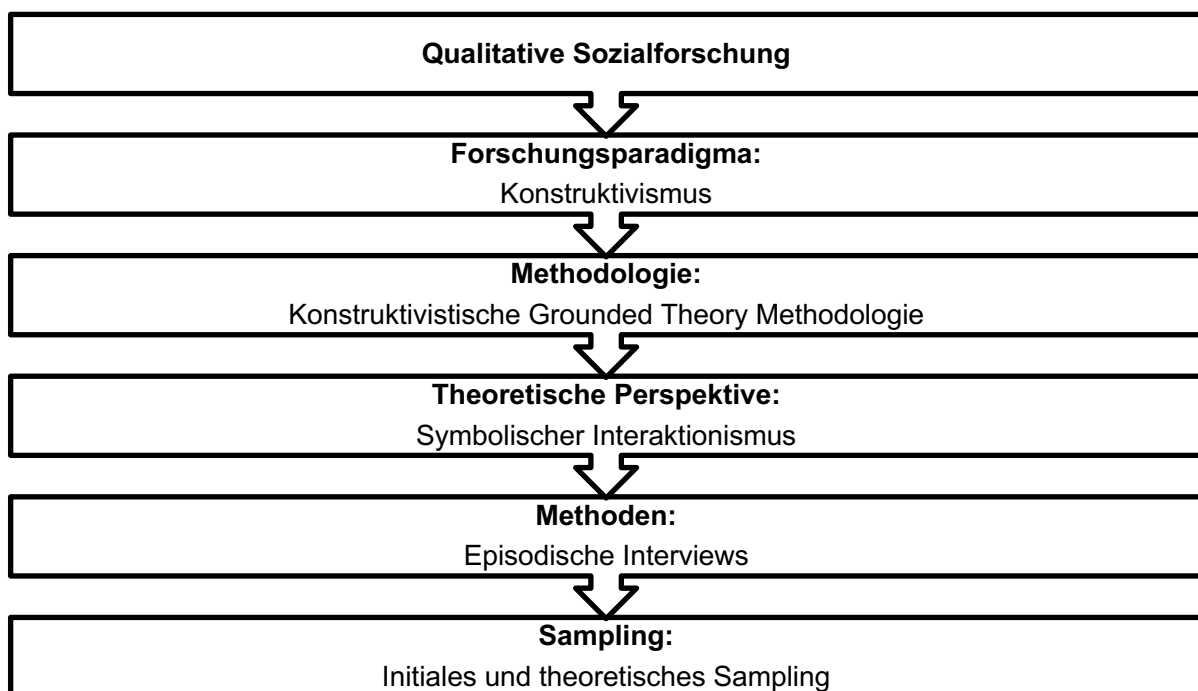


Abbildung 5: Überlegungen zur methodologischen und methodischen Vorgehensweise im Forschungsprozess

3.1 Methodologische Überlegungen

3.1.1 Qualitative Sozialforschung

Wie bereits in Kapitel 2.3.3 dargestellt, gibt es bereits einige Studien zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Medizin, der Pflege und den anderen Gesundheitsberufen. Um allerdings die beschriebene Forschungslücke zur interprofessionellen

Zusammenarbeit in Pflegeheimen, und die Erfahrungen, der professionellen Akteurinnen und Akteure in Pflegeheimen in Bezug auf Zusammenarbeit zu schließen, dient die vorliegende Studie.

Das Ziel ist ein tieferes Verständnis davon zu erlangen wie interprofessionelle Kommunikation und Kooperation im Pflegeheim aus Sicht der Akteurinnen und Akteure stattfindet.

Qualitative Forschung ist geeignet Antworten auf Fragestellungen, die nach bestimmten Erfahrungen die Menschen gemacht haben und welche Bedeutungen sie diesen Umständen zuweisen, zu finden (Carpenter and Suto, 2008, S. 21). Sie hat den Anspruch Lebenswelten aus der Sicht der handelnden Menschen von innen heraus zu beschreiben, und will damit dazu beitragen soziale Wirklichkeit(en) sowie Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale besser zu verstehen (Flick et al., 2007, S. 14). Vor allem ist sie geeignet für Themen, bei denen man wenig über die Perspektive der Akteurinnen und Akteure weiß (Carpenter and Suto, 2008).

In der vorliegenden Studie soll ein qualitativer Forschungsansatz dazu dienen, zu verstehen, wie interprofessionelle Zusammenarbeit entsteht, um eine Grundlage für eine bessere Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen sowie zufriedene professionelle Akteurinnen und Akteure zu schaffen.

Da die Bezeichnung „qualitative Forschung“ ein Oberbegriff für unterschiedliche Forschungsansätze ist, die sich sowohl in ihren theoretischen Annahmen, in ihrem Gegenstandsverständnis, als auch ihrem methodischen Fokus unterscheiden (Flick et al., 2007, S. 18), erfolgt im nächsten Kapitel 3.1.2 wie (Creswell, 2007, S. 1ff, Finlay, 2006, S. 9ff) es vorschlagen zunächst eine Festlegung auf eine Methodologie, also ein philosophisches Paradigma (Epistemologie und Theorie), um die Forschungsmethoden zur Datenerhebung und -analyse danach auszurichten.

3.1.2 Konstruktivismus

Die vorliegende Studie wurde durch ein konstruktivistisches Paradigma geprägt. Das Forschungsparadigma des Konstruktivismus geht laut Ponteretto von der Annahme aus, dass mehrere, verstehbare und ebenso valide Realitäten existieren. Konstruktivisten sehen die Realität als Konstrukt des Verstandes des einzelnen Individuums (Ponteretto, 2005, S. 129). Individuen entwickeln für ihre Erlebnisse subjektive Bedeutungen, die oftmals durch Interaktionen mit anderen gebildet werden und durch

historische und kulturelle Normen, die auf das Leben der Individuen einwirken (Creswell, 2007, S. 20f).

Ponteretto schreibt über den konstruktivistischen Ansatz, dass die subjektive Bedeutung verdeckt ist und durch eine tiefere Reflexion an die Oberfläche gebracht werden muss. Laut des Autors lässt sich eine konstruktivistische Position dementsprechend gut mit einem hermeneutischen Ansatz vereinen. Durch den interaktiven Dialog zwischen Forschenden und den an der Forschung Teilnehmenden kann die Reflexion stimuliert und die Realität durch die Handelnde oder den Handelnden konstruiert werden (Ponteretto, 2005, S. 129). Die Absicht des Forschenden besteht darin, die Bedeutungen, die andere über die Welt haben, zu verstehen oder zu interpretieren, Creswell (2007, S. 21).

Um sich dabei so nah wie möglich auf den Blickwinkel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu beziehen ist es auch wichtig im Forschungsparadigma des sozialen Konstruktivismus anzuerkennen, dass der eigene Hintergrund die Sicht auf die Dinge, also die Interpretation prägt (Creswell, 2007, S. 20f). Deshalb erfolgte in Kapitel 2.4 und Kapitel 3.3.1 eine kurze Darlegung des eigenen kulturellen und historischen Kontextes der Autorin, die ihre Interpretationen möglicherweise geprägt haben.

3.1.3 Konstruktivistische Grounded Theory Methodologie

Die Grounded Theory Methodologie² (GTM) ist ein Forschungsansatz der in verschiedenen Fachgebieten, wie beispielsweise der Soziologie, der Pflege, der Psychologie (Creswell, 2007, S. 63, Charmaz, 2011a), der Ergotherapie und Occupational Science (Nayar, 2011) sowie in der Versorgungsforschung (Meyer and Flick, 2017) seine Anwendung findet. Da die GTM, anders als in der deskriptiven qualitativen Forschung, in der es oftmals um die Beschreibung oder Anwendung von aktuellen Theorien geht, als Ziel hat eine Theorie über ein bestimmtes Phänomen zu entwickeln (Corbin and Strauss, 2015, S. 7f), passt dieser Ansatz zu der in der vorliegenden Arbeit formulierten Zielsetzung (vgl. Kapitel 2.5). Die traditionelle objektivistische GTM wurde 1967 von Glaser und Strauss als eine Methode zur systematischen Entdeckung einer Theorie aus den Daten sozialer Wissenschaft vorgeschlagen

²Der Begriff **Grounded Theory Methodologie** wird in der vorliegenden Arbeit für die Methodologie sowie in Anlehnung an Bryant und Charmaz (2011, S. 2f) für die angewandte Methode im Forschungsprozess benutzt. Der Begriff **Grounded Theory** hingegen bezeichnet die entwickelte Theorie, die aus der Anwendung der GTM resultiert.

(Kelle, 2010, S. 192). Sie grenzt sich klar von der empirischen Wissenschaft, deren Hauptziel das Testen von expliziten theoretischen Annahmen ist, ab. Die ursprüngliche GTM ist theoretisch in der Soziologie der Chicagoer Schule verankert, die aus der Philosophie des Pragmatismus und des Symbolischen Interaktionismus erwuchs und (post)positivistisch geprägt ist (Guba & Lincoln 1994; Clarke, Charmaz).

In den letzten Jahrzehnten bildeten sich aus der ursprünglichen GTM verschiedene Ansätze mit anderen epistemologischen (erkenntnistheoretischen) und methodologischen (wissenschaftstheoretischen) Hintergründen heraus (Bryant and Charmaz, 2011, S. 10f) (Denzin, 2007, S. 454f). Der für die vorliegende Arbeit gewählte Forschungsansatz ist der der konstruktivistischen GTM von Charmaz, der dem Forschungsparadigma des Konstruktivismus angehört (Strübing, 2014, S. 97), sowie der u.a. durch Charmaz geprägte, weiterentwickelte Ansatz der GTM von Corbin (Corbin and Strauss, 2015).

Während das Ziel der Untersuchung in einem postpositivistischen Paradigma das Beschreiben ist, ist es in einem konstruktivistischen das Verstehen oder die Rekonstruktion (Guba and Lincoln, 1994, S. 113). Anders also als in den klassischen Werken über die Grounded Theory Methodologie, in denen Glaser und Strauss davon sprachen, dass die Entdeckung der Theorie sich aus den Daten unabhängig von der wissenschaftlichen Beobachterin oder des Beobachters ergibt, konstruieren Forscherinnen und Forscher in einer konstruktivistischen GTM ihre Grounded Theory basierend auf den Erklärungen der Erfahrungen der Forschungsteilnehmerinnen und Forschungsteilnehmer selbst (Corbin and Strauss, 2015, S. 26).

Charmaz (2011a, S. 184) bezeichnet die konstruktivistische GTM als eine „zeitgenössische Revision der klassischen GTM von Glaser und Strauss“, die die methodologischen Strategien von Glaser und Strauss übernimmt, und Relativität und Reflexivität im ganzen Forschungsprozess integriert (Charmaz, 2011b, S. 364).

Eine konstruktivistische GTM erkennt an, dass die Betrachterin oder der Betrachter die Daten, und die darauffolgende Analyse, durch Interaktion mit dem Betrachteten erzeugt. Die Daten stellen somit kein Fenster zur Realität dar, sondern die „aufgedeckte“ Realität entsteht vielmehr durch den interaktiven Prozess und den zeitlichen, kulturellen und strukturellen Kontext. Forscherinnen und Forscher sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmer rahmen die Interaktion und geben ihr eine Bedeutung

(Charmaz, 2003, S. 273). Die Fragen, die in der konstruktivistischen GTM an die erhobenen Daten bzw. das Phänomen gestellt werden, sind deshalb weniger konkret als abstrakt formuliert. Sie zielen nicht darauf ab die Wahrheit, sondern eher die Bedeutung zu erforschen (Charmaz, 2003, S. 277).

Ein wichtiger Aspekt der Theoriebildung in der konstruktivistischen GTM besteht nach Corbin darin zu berücksichtigen, was die Forschenden selber in Bezug auf ihre Philosophien, Erfahrungen, beruflichen Hintergrund und Interessen in den Forschungsprozess einbringen. Diese Faktoren können die Wahl des Themas, des Analyse-Ansatzes und der Schwerpunktsetzung beeinflussen. Daher sei die endgültige Grounded Theory, also die in den Daten begründete Theorie, eine Repräsentation beider Seiten, sowohl der Teilnehmenden als auch der Forschenden. Eine andere Forscherin oder ein anderer Forscher könnte mit den gleichen Daten, aber durch eine andere Schwerpunktlegung auf den Daten, eine andere Theorie konstruieren (Corbin and Strauss, 2015, S. 29).

Neue Ansätze der GTM haben die Grundannahmen der Forschungsperspektive des Symbolischen Interaktionismus somit scheinbar noch stärker verinnerlicht als die ursprüngliche GTM.

3.1.3.1 Symbolischer Interaktionismus

Die Begründer des Symbolischen Interaktionismus (SI) sind der Sozialpsychologe und Sozialphilosoph George Herbert Mead und sein Schüler der Soziologe Herbert Blumer, der den Begriff „Symbolischer Interaktionismus“ Ende der 1930er Jahre geprägt, sowie den Ansatz weiterentwickelt und verbreitet hat Koob (2007). Der SI geht davon aus, dass die Gesellschaft, die Wirklichkeit und das Selbst durch Interaktionen konstruiert werden. Zudem können nach dem SI die Menschen über ihr Leben und ihre Handlungen nachdenken, statt mechanisch auf Reize zu reagieren (Charmaz, 2014, S. 9). Sprache und Symbole spielen im SI bei der Bildung und dem Teilen der Bedeutungen und Handlungen eine entscheidende Rolle. Er betrachtet Interpretationen und Handlungen als wechselseitige Prozesse, die sich gegenseitig beeinflussen. Da Menschen darauf reagieren, wie sie ihre Situation sehen, diese Situationen ihrerseits wiederum von den eigenen Handlungen und denen der anderen Menschen beeinflusst werden, seien die Interpretationen von dem, was ist, was war oder sein wird, veränderbar (Charmaz, 2014, S. 262).

Das Menschenbild und das Handlungsverständnis des SI wird durch drei Prämissen (Grundannahmen) charakterisiert (Koob, 2007):

1. *Menschen handeln Dingen gegenüber auf der Grundlage von Bedeutungen, die sie diesen Dingen beimessen.*
2. *Bedeutung entsteht in der sozialen Interaktion bzw. wird aus dieser abgeleitet.*
3. *Bedeutungen werden in einem interpretativen Prozess gehandhabt und abgeändert.*

Charmaz (2014, S. 270f) hat diese Prämissen durch drei weitere ergänzt:

1. *Meanings are interpreted through shared language and communication.*
2. *The mediation of meaning in social interaction is distinguished by a continually emerging processual nature.*
3. *The interpretive process becomes explicit when people's meaning and/or actions become problematic or their situations change.*

3.1.3.2 Prozess der Theoriegenerierung

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es ein tieferes Verständnis davon zu erlangen wie Zusammenarbeit im Pflegeheim stattfindet, und warum professionelle Akteurinnen und Akteure zusammenarbeiten. Deshalb soll eine Grounded Theory entwickelt werden, die das Phänomen der interprofessionellen Kooperation und Kommunikation im Pflegeheim erklärt (vgl. Kapitel 2.5).

Eine Theorie auf der Grundlage von Daten zu generieren ist ein Prozess (Glaser and Strauss, 2010). Um diesen Prozess der Theoriegenerierung zu verstehen ist es wichtig, wie Holton (2007, S. 272) schreibt, den Unterschied zwischen Konzeptualisierung und Beschreibung zu verstehen:

„To understand the nature of classic grounded theory, one must understand the distinction between conceptualization and description. Grounded theory is not about accuracy of descriptive units, nor is it an act of interpreting meaning as ascribed by the participants in a study; rather, it is an act of conceptual abstraction.“

Dementsprechend sollen folgende Fragen erörtert werden:

- Was ist eine Grounded Theory und wie wird sie generiert (Prozess der Theoriegenerierung)?
- Wie unterscheidet sich die Grounded Theory Methodologie von deskriptiver qualitativer Forschung?
- Welche Typen der Theorie unterscheidet die Grounded Theory Methodologie?

Der **Prozess der Theoriegenerierung** in der GTM unterteilt sich in die Prozesse der Datensammlung und Datenanalyse, die eng miteinander verknüpft sind. Bereits nach der Erhebung der ersten Daten werden diese in einem als komparative (vergleichende) Analyse bezeichneten Prozesses analysiert. Zu diesem Prozess der Theoriegenerierung gehören außerdem das Kodieren und der konstante Vergleich („constant comparison“). Die aus der Analyse abgeleiteten Konzepte bilden die Basis für die anschließende weitere Datenerhebung. Die Datenerhebung und -analyse wird so in einem andauernden Kreislauf während des Forschungsprozesses fortgesetzt, bis die Forscherin oder der Forscher eine gut integrierte und dichte Theorie konstruiert hat.

Der Analyseprozess stellt die zentrale Verbindung zwischen der Datenerhebung und der Entwicklung der entstehenden Theorie, welche die Daten erklärt, dar.

*„Grounded theory coding is the process of defining what data are about“.
(Charmaz 2014, S. 111).*

Zunächst werden die Daten in handhabbare Stücke (z.B. Worte, Zeilen oder Segmente) zerlegt und jedes Stück wird auf Ähnlichkeiten und Unterschiede verglichen. Daten, die in ihrem Wesen ähnlich sind (in Bezug auf eine konzeptuelle Ähnlichkeit, aber nicht notwendigerweise eine Wiederholung derselben Handlung oder einer Begebenheit), werden unter derselben konzeptionellen Überschrift als „basic-level concepts“ (Konzepte auf der Basisebene) zusammengefasst (Corbin and Strauss, 2015, S. 7f). Sie bilden die spätere Basis der Theorie. Durch eine weitere Analyse werden diese Konzepte dann von den Forscherinnen und Forschern zu „higher-level concepts“ (Konzepte auf höheren Analyse-Ebenen) zusammengefasst. „Higher-level concepts“ sind abstraktere Kategorien, welche die Struktur oder den Rahmen der späteren Theorie bilden (Corbin and Strauss, 2015, S. 77). Jede Kategorie wird in ihren Eigenschaften und Dimensionen entwickelt (Corbin and Strauss, 2015, S. 7f).

Nach Charmaz (2014, S. 113) besteht das Kodieren im Forschungsstil der GTM mindestens aus zwei Kodierphasen: der initialen Phase, die das Benennen jedes Wortes, Zeile oder Segmentes beinhaltet, gefolgt von der fokussierten, selektiven Phase, welche die bedeutenden oder häufigeren initialen Codes für die Sortierung, Synthese, Integration und Organisation der Datenmasse benutzt. Der Übergang vom **initialen** zum **fokussierten Kodieren** ist oft fließend und kein linearer Prozess (Charmaz, 2014, S. 141). Glaser and Strauss (2010) sowie Corbin and Strauss (2015) beschreiben als weiteren Schritt die **Integration** der verschiedenen Konzepte in ein abstrakteres Konzept, das über den anderen Konzepten steht. Die so entstehende Kernkategorie beschreibt in wenigen Worten das durch die Forschenden identifizierte Hauptthema (Corbin and Strauss, 2015, S. 62). Diese abschließende Phase wurde in früheren Publikationen als **selektives Kodieren** bezeichnet.

Eine **Theorie** in der GTM bezeichnet also eine Reihe von gut entwickelten Kategorien, die systematisch in ihren Eigenschaften und Dimensionen entwickelt und durch Beziehungszusammenhänge miteinander verknüpft sind (Corbin and Strauss, 2015, S. 62). Die so entstandene, übergreifende Struktur, die erklärt, warum etwas passiert, unterscheidet laut Corbin and Strauss (2015, S. 12) die Grounded Theory von der deskriptiven qualitativen Forschung. Die Integration von Konzepten um eine Kernkategorie herum ist dabei der wesentliche Schritt, um eine Beschreibung oder konzeptionelle Ordnung (im Sinne einer deskriptiven qualitativen Forschung) auf das Niveau einer Theorie anzuheben (Corbin and Strauss, 2015, S. 62). Wenn in der GTM von Theorie gesprochen wird, geht es um eine Theorie der mittleren Reichweite (middle range theories) (Glaser and Strauss, 2010, S. 50).

Glaser und Strauss betonen, dass der Wirklichkeit sozialen Handelns und dessen strukturellen Bedingungen nur ein prozessuales Verständnis von Theorie einigermaßen gerecht werden kann. Eine Theorie kann folglich zwar für eine Publikation als „ein fertiges Produkt“ behandelt werden, wenn man bedenkt, dass dieses sich aber noch weiter entwickeln wird Glaser and Strauss (2010, S. 49).

Mit der GTM können zwei verschiedene **Typen von Theorien** generiert werden. Zum einen substantive (gegenstandsbezogene) (Mey and Mruck, 2011, S. 29) bzw. materiale Theorien, die auf ein bestimmtes, umgrenztes Sachgebiet oder empirisches Feld der Sozialforschung, wie z.B. die Pflege von Patientinnen und Patienten, abzielen, und formale, die im konzeptuellen Bereich der Sozialforschung generiert werden,

wie z.B. zu Stigmata oder abweichendes Verhalten (Glaser and Strauss, 2010, S. 50). Dabei unterscheiden sich die Strategien zur Theoriegenerierung laut Glaser und Strauss je nachdem welcher Typ der Theorie generiert werden soll. Um den Schwerpunkt auf den materialen Bereichen zu legen, wie bei der vorliegenden Studie die interprofessionelle Zusammenarbeit im Pflegeheim, wird eine Theoriegenerierung erreicht, in dem eine komparative Analyse von mehreren Gruppen innerhalb desselben Feldes, also in verschiedenen Pflegeheimen erfolgt. Demgegenüber würde zur Generierung einer formalen Theorie, beispielsweise einer allgemeinen Theorie der Zusammenarbeit, ein Vergleich verschiedener Arten konkreter Fälle, die demselben formalen aber nicht demselben materialen Bereich angehören, durchgeführt (Glaser and Strauss, 2010, S. 51).

3.2 Überlegungen zur methodischen Vorgehensweise

3.2.1 Episodische Interviews

Die in dieser Arbeit zu entwickelnde Grounded Theor zielt darauf ab zu erklären wie die Akteurinnen und Akteure die interprofessionelle Kooperation und Kommunikation im Pflegeheim erleben. Deshalb sollten sich die Forschungsfragen laut Creswell (2007, S. 66) darauf konzentrieren zu verstehen, wie Individuen den Prozess erleben, sowie auf die Identifizierung der Prozessschritte. Sie werden laut des Autors typischerweise in Interviews gestellt, obwohl auch andere Formen von Daten wie Beobachtungen, Dokumente und audiovisuelles Material gesammelt werden können.

Episodischen Interviews stellen eine Erhebungsmethode dar, mit der man die jeweiligen Perspektiven und die Erfahrungen der Akteurinnen und Akteure im Pflegeheim mit interprofessioneller Zusammenarbeit analysieren kann.

Der methodische Ansatz episodischer Interviews geht laut Flick davon aus, dass Erfahrungen sowohl als narrativ-episodisches als auch als semantisches Wissen gespeichert und erinnert werden. Da narrativ-episodisches Wissen erfahrungsnah und auf konkrete Situationen bezogen ist, wird es über Erzählungen erhoben. Semantisches Wissen dagegen basiert auf Konzepten, Annahmen und Beziehungen, die abstrahiert und verallgemeinert werden; es wird deshalb über konkret-zielgerichtete Fragen und eine argumentativ-theoretische Darstellung erhoben. Zentrales Element der episodischer Interviews ist das Erzählen von Situationen (Flick, 2014a, S. 273ff).

In diesen Erzählungen sei die Präsentationsform kontextbezogener als bei anderen Formen der Präsentation, wie z.B. dem narrativen Interview (Flick, 1996, S. 155).

Episodische Interviews haben ihre Begrenzung allerdings auf der Erforschung des alltäglichen Wissens und der eigenen Geschichte der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer. Handlungen und Interaktionen können im Gegensatz zu Beobachtungen, die ebenfalls eine verbreitete Erhebungsmethode in der GTM sind, durch Interviews nicht untersucht werden (Flick, 2014b, S. 275).

3.2.2 Sampling

Entsprechend der konstruktivistischen GTM wird die Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für diese Studie durch das initiale und theoretische Sampling sowie durch das Prinzip der theoretischen Sättigung geleitet.

3.2.2.1 Initiales und theoretisches Sampling

Das Ziel des Sampling in der GTM ist die Theoriebildung (Charmaz, 2011b, S. 363). Das bedeutet, dass das Sampling sich nicht an einer bestimmten Auswahl von Personen oder Gruppen orientiert, sondern an der Entwicklung von Konzepten und Kategorien (Przyborski and Wohlrab-Sahr, 2014, S. 200). Lediglich der erste Zugang ins Feld wird von einem bestimmten Erkenntnisinteresse geleitet und orientiert sich an den „klassischen“ Untersuchungseinheiten wie z.B. bestimmte Personen, Organisationen oder Gruppen (ebd.). Charmaz (2014, S. 197) beschreibt das Vorgehen beim Sampling in der konstruktivistischen GTM wie folgt:

„Initial sampling in grounded theory gets you started; theoretical sampling guides where to go.“

Das bedeutet, dass in der GTM für das initiale Sampling zunächst überlegt werden muss, welche Samplingkriterien für die Erforschung der Forschungsfrage Sinn ergeben (vgl. Kapitel 3.2.2.4). Während das initiale Sampling darauf basiert Kriterien festzulegen und zu planen wie man zu den erwünschten Daten einen Zugang erhalten kann (Charmaz, 2014, S. 197), zielt das theoretische Sampling darauf ab, die Eigenschaften der sich entwickelnden Kategorien oder Theorie zu entwickeln (Charmaz, 2014, S. 345). Für das theoretische Sampling muss deshalb nach Charmaz bereits eine vorläufige theoretische, aus den Daten entwickelte Kategorie vorliegen, um dann weitere Menschen, Ereignisse oder Informationen um die Eigenschaften, Gren-

zen, und die Relevanz dieser Kategorie oder eine Reihe von Kategorien zu beleuchten und zu definieren.

Mit der Überlegung den Datenerhebungsprozess durch das initiale und theoretische Sampling leiten zu lassen, wird man nicht nur einer konstruktivistischen GTM sondern auch den Kriterien eines qualitativen Samplings nach Miles und Huberman gerecht (Miles and Huberman, 1994, Abrams, 2010):

- 1. die Stichprobenstrategie sollte für den konzeptionellen Rahmen und die Fragen, welche die Forschung adressiert, relevant sein;*
- 2. die Stichprobe sollte reichlich Informationen über die Art der Phänomene, die beforscht werden müssen, erzeugen;*
- 3. die Stichprobe sollte die „Verallgemeinerbarkeit“ der Ergebnisse (in Bezug auf die analytischen Grenzen der Studie, nicht in Bezug auf die Repräsentativität der Bevölkerung) verbessern;*
- 4. die Stichprobe sollte glaubwürdige Beschreibungen und Erklärungen liefern;*
- 5. die Stichprobe sollte ethisch sein;*
- 6. die Stichprobe sollte durchführbar sein.*

3.2.2.2 Stichprobengröße und theoretische Sättigung

Beim Prozess der Datenerhebung in der GTM werden die Daten parallel erhoben, kodiert und analysiert (vgl. Kapitel 3.1.3.2). Gleichzeitig wird auf der Grundlage der theoretischen Erkenntnis darüber entschieden, welche Daten als nächstes erhoben werden sollen, und wo diese zu finden sind (Glaser and Strauss, 1998, S. 53). Da man die Merkmale der nächsten Fälle, die man zur Theoriegenerierung heranziehen möchte, also im Vorfeld nicht planen kann, da der Datenerhebungsprozess durch die entstehende Theorie kontrolliert wird (ebd.), kann für die vorliegende Studie vorab keine Stichprobengröße festgelegt werden. Stattdessen gilt für die vorliegende Studie das Kriterium der theoretischen Sättigung, das bestimmt wann mit dem Sampling (je Kategorie) aufgehört werden kann (Glaser and Strauss, 2010, S. 77).

Eine theoretische Sättigung der Kategorien bedeutet nach Glaser und Strauss, dass keine weiteren Daten mehr gefunden werden können, mit denen weitere Eigenschaften der Kategorie entwickeln werden können. Die Datensättigung (theoretische Sätti-

gung) wird durch den gleichzeitig, in einem iterativen (sich wiederholenden) vorstehenden Prozess des Sammelns und Analysierens von Daten hervorgerufen (Glaser and Strauss, 2010, S. 77).

Da in der GTM exakte Belege für die Generierung von Theorie nicht entscheidend seien, komme es auch nicht auf die Art der Belege oder die Anzahl der Fälle an. Bereits ein einziger Fall könne eine allgemeine konzeptuelle Kategorie oder eine allgemeine konzeptuelle Eigenschaft anzeigen (Glaser and Strauss, 2010, S. 47).

Die Anzahl von Interviews, die in anderen qualitativen Studien zu einer Datensättigung führten. Guest et al. (2006) beschreiben, dass sich nach 6 bis 12 Interviews eine Datensättigung einstellen kann. McCracken (1988) geht davon aus, dass qualitative, explorative Studien 8 bis 12 Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer benötigen, um eine ausreichende Reichweite und Tiefe der Informationen zu erhalten. In der Dissertation von Stanley (2006, S. 66), die nach der Grounded Theory Methodology vorgegangen ist, wurden fünfzehn Interviews geführt. Creswell (2007, S. 126f) schreibt, dass eine Datensättigung zwischen zwanzig und dreißig Interviews erreicht werden kann. Die letztendliche Anzahl der Interviews ist laut Baker and Edwards (2012) abhängig von mehreren Faktoren, wie u.a. der Tiefe der Auswertung und um welche Art der Arbeit es sich handelt.

Um auch den Kriterien eines qualitativen Samplings nach Miles and Huberman (1994) gerecht zu werden, dass die Stichprobe sowohl ethisch vertretbar als auch durchführbar sein soll (vgl. Kapitel 3.2.2.1), wurde im Vorfeld der vorliegenden Studie davon ausgegangen, dass insgesamt nicht weniger als 12 und nicht mehr als zwanzig Interviews geführt und ausgewertet werden würden.

3.2.2.3 Triangulation verschiedener Datenquellen

Zur Planung einer qualitativen Studie gehört neben der Planung des Forschungsprozesses und des Samplings auch der Zugang ins Forschungsfeld. Nicht nur in der GTM können mit dem Ziel einer Verbesserung der Datenqualität mehrere qualitative Methoden miteinander kombiniert werden. Dieses Vorgehen stimmt sowohl mit einer konstruktivistischen GTM (Charmaz, 2014, Corbin and Strauss, 2015) als auch mit den Gütekriterien qualitativer Daten (Lincoln and Guba, 1985) überein.

Das Konzept der Triangulation bezieht sich auf die Kombination von verschiedenen Methoden, Studiengruppen, lokalen und zeitlichen Rahmen und verschiedenen theo-

retischen Perspektiven im Umgang mit einem Phänomen (Flick, 2014b, S. 183). Es werden nach Denzin (1989, S. 237ff) vier Typen der Triangulation unterschieden: 1. data triangulation, 2. investigator triangulation, 3. theory triangulation und 4. methodological triangulation.

Für die vorliegende Studie wurde eine **Daten-Triangulation** gewählt. Sie kombiniert laut Flick (2007, S. 310):

„Daten, die verschiedenen Quellen entstammen und zu verschiedenen Zeitpunkten, an unterschiedlichen Orten oder bei unterschiedlichen Personen erhoben werden“.

Zudem wurden für die Interviews drei verschiedene Akteursgruppen, die in Pflegeheimen tätig sind, in Betracht gezogen: 1. im Pflegeheim angestellte Pflegende, 2. Hausärztinnen und Hausärzte (Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Internistinnen und Internisten), 3. ambulant-tätige Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten.

Die Entscheidung drei verschiedene Datenquellen, also drei verschiedene Akteursgruppen in die Studie einzubeziehen, begründet sich durch die Versorgungssituation deutscher Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Neben den Pflegenden und den Hausärztinnen und Hausärzten sind die Heilmittelerbringer Physio- und Ergotherapeutinnen und Physio- und Ergotherapeuten, diejenigen, die gesundheitliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner hauptsächlich gestalten (vgl. Kapitel 2.2).

3.2.2.4 Ein- und Ausschlusskriterien

Als Ein- und Ausschlusskriterien für die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wurden ausreichende Deutschkenntnisse sowie eine unterschriebene Einverständniserklärung vorausgesetzt. Des Weiteren sollten die Ärztinnen und Ärzte hausärztlich tätig sein, über eine Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin oder Innere Medizin verfügen, sowie aktuell Patientinnen und Patienten im Pflegeheim betreuen. Die Volljährigkeit von Pflegekräften sowie eine mindestens ein- oder dreijährige Berufsausbildung in der Alten-, Gesundheits- oder Krankenpflege war Voraussetzung für eine Studienteilnahme der Pflegenden. Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten sollten ebenfalls über eine abgeschlossene Berufsausbildung und Berufserfahrung in der Versorgung von Klientinnen und Klienten im Pflegeheim verfügen.

3.3 Umsetzung der Methodik im Forschungsprozess

Wie bereits dargelegt (Kapitel 3.1.3.2) besteht eines der wesentlichen Merkmale der GTM darin, dass die Datenerhebung und die Datenanalyse in einem iterativen Prozess stattfinden und gleichzeitig beginnen. Die Logik hinter dieser Strategie liegt im Ziel einer Grounded Theory Studie aus den erhobenen Daten eine Theorie zu generieren.

Zur Verdeutlichung der in dieser Studie verwendeten Methodik werden die Datenerhebung und Datenanalyse nachfolgend getrennt dargestellt. Im folgenden Kapitel wird zunächst auf die Reflexivität im Forschungsprozess eingegangen, dann wird der iterative Prozess der Datenerhebung, und in den darauffolgenden Unterkapiteln der Prozess der Datenauswertung beschrieben.

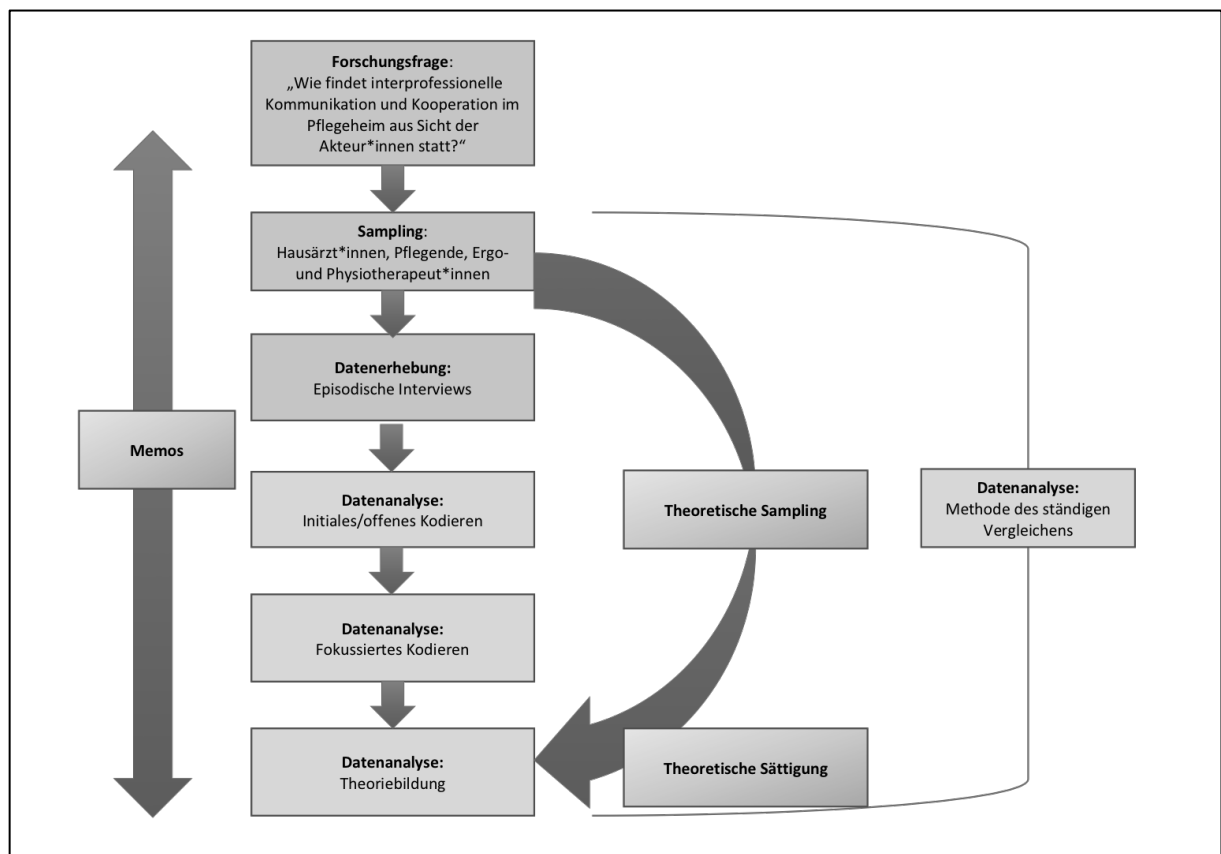


Abbildung 6: Flow-Chart der Umsetzung der Methodik im Forschungsprozess in Anlehnung an die Abbildung „A visual representation of a grounded theory“ von Charmaz (2014, S. 18)

3.3.1 Reflexivität

Reflexivität im Forschungsprozess der GTM erfordert eine genaue Prüfung der Interessen, Erfahrungen, Wertung, Haltung etc., welche die Untersuchung beeinflusst haben (Charmaz, 2014, S. 344).

Da vor allem in der qualitativen Forschung sowohl persönliches, biographisches als auch wissenschaftlich und disziplinäres Vorwissen in die Datenerhebung und -auswertung einfließen, sollte man sich als Forscherin oder Forscher im Sinne der Reflexivität dieser Präkonzepte bereits vor der Untersuchung im Feld bewusst werden (Breuer et al., 2018, S. 131). Deshalb wurden die Präkonzepte der Forscherin in Form von Memos im Forschungstagebuch niedergeschrieben (vgl. hierzu auch Kapitel 3.1.3 und Kapitel 3.3.3.4). Im Sinne der Reflexivität folgt eine kurze Darstellung unter welchen Rahmenbedingungen die vorliegende Arbeit geplant und durchgeführt wurde.

Die vorliegende Studie ist ein Promotionsprojekt, welches im Promotionsprogramm für Nichtmedizinerinnen und Nichtmediziner an der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg durchgeführt wurde. Des Weiteren war die Autorin drei Jahre Promotionstipendiatin der Studienstiftung des deutschen Volkes e.V.. Sie erhielt neben der ideellen auch eine finanzielle Förderung der Studienstiftung.

Vor Beginn der vorliegenden Studie war die Autorin dieser Arbeit als Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Studie „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim - eine qualitative Untersuchung von Problemen in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern und Entwicklung von Verbesserungsstrategien“ (interprof) tätig. Zu ihren Tätigkeiten gehörten neben der Planung und Ausführung der Multicenter-Studie für den Studienort Hamburg u.a. die Datenerhebung und –analyse der Interviews und Fokusgruppen mit Pflegenden, Hausärztinnen und Hausärzten, Bewohnerinnen und Bewohnern sowie deren Angehörigen.

Während des Promotionsprojektes stand der Autorin ein Arbeitsplatz im Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin (IPA) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zur Verfügung, welcher ihr den regelmäßigen Kontakt mit ihrem Erstbetreuer Herrn Prof. Dr. med. Martin Scherer sowie mit anderen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Institutes ermöglichte.

Neben den vom PhD-Programm vorgesehenen Seminaren, Workshops und Treffen mit den weiteren Mitgliedern des Thesis-Komitees: Prof. Dr. Ursula Walkenhorst und Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, nahm sie regelmäßig an dem Kolloquium für Doktorandinnen und Doktoranden des Instituts und Poliklinik für Allgemeinmedizin unter der Leitung von Herrn Dr. Thomas Zimmermann, an dem Kolloquium von Herrn Prof. Dr. Uwe Flick an der Freien Universität Berlin und an dem Kolloquium von Frau Prof. Ursula Walkenhorst an der Universität Osnabrück teil. Diese Kolloquien dienten dem Austausch zu inhaltlichen, methodischen und organisatorischen Fragen der Promotion. Zudem besuchte sie als aktive Teilnehmerin den Bundesweiten Methodenworkshop zur qualitativen Bildungs- und Sozialforschung in Magdeburg, das Interdisziplinäre Forschungskolloquium der Gesundheitsfachberufe (IFG) in Hildesheim und Osnabrück sowie das Netzwerk-Treffen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Netzwerks „Qualitative Gesundheitsforschung“ (NQG) an der Universität Frankfurt, bei denen sie jeweils Auszüge aus der vorliegenden Arbeit zur Diskussion stellte.

Zur weiteren Sicherung der Analysequalität interpretierte die Autorin außerdem etwa vierzehntägig mit Frau Dr. Marion Grafe Auszüge des Datenmaterials. Frau Dr. Grafe war zu diesem Zeitpunkt ebenfalls Promotionsstipendiatin der Studienstiftung des deutschen Volkes e.V..

Die Studienstiftung des deutschen Volkes e.V. ermöglichte der Autorin außerdem, neben der Planung und Durchführung eines zweitägigen Forschungskolloquiums „Qualitative Datenanalyse“, die Teilnahme an einer Occupational Science-Konferenz in den USA sowie in England und einer Konferenz der nationalen Verbände der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Irland. Dies bot der Autorin die Möglichkeit andere Forschungsprojekte der Ergotherapie und Occupational Science kennenzulernen und ihr eigenes Projekt mit Praktikern, Lehrenden und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Ergotherapie und Occupational Science zu diskutieren.

3.3.2 Datenerhebung

3.3.2.1 Episodische Interviews - Leitfadenkonstruktion

Der Aufbau des Leitfadens orientiert sich an dem von Flick (2011) beschriebenen Ablauf episodischer Interviews. Die Fragen wurden auf Basis der Erfahrungen aus der interprof-Studie entwickelt und aus dem Ziel der vorliegenden Studie abgeleitet.

Der Leitfaden enthält die Themenbereiche:

- Vorstellungen von Zusammenarbeit im Pflegeheim: Allgemeine und persönliche Definition von Zusammenarbeit, Bedeutung und Beeinflussbarkeit von Zusammenarbeit,
- Situationen, in denen es zur Zusammenarbeit im Pflegeheim kommt,
- Rolle von Zusammenarbeit für die eigene Arbeit und für die Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern,
- Zukunftsvorstellungen und Erwartungen in Bezug auf Zusammenarbeit im Pflegeheim.

Zu den thematischen Erzählbereichen des episodischen Leitfadeninterviews wurde in Anlehnung an Flick (2014a, S. 275) ein Leitfaden erstellt, der neben Erzählauforderungen auch Fragen nach subjektiven Definitionen und abstrakten Zusammenhängen beinhaltet.

Die Fragen in Bezug auf das episodische Wissen zielen auf Erzählungen bestimmter Situationen ab, wie beispielsweise die Frage:

„Wenn Sie an die Zusammenarbeit mit Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegenden, Hausärztinnen und Hausärzten denken, welche positiven/negativen Erfahrungen haben Sie da schon gemacht? Erzählen Sie doch mal...“

Fragen zum semantischen Wissen zielen nach Flick (2011, S. 274) „auf mehr oder minder klar umrissene Antworten“ ab, wie z.B. die Frage:

„Was ist das für Sie „interprofessionelle Zusammenarbeit“? Was verbinden Sie mit dem Wort „Zusammenarbeit“?“

Die Erzählaufforderungen und die Fragen an die Akteurinnen und Akteure, sowie das dahinterstehende Erkenntnisinteresse, sind beispielhaft in Tabelle 4 abgebildet. Die Interviewleitfäden für die verschiedenen Akteursgruppen waren ähnlich aufgebaut.

Zur Überprüfung des Interviewleitfadens auf Verständlichkeit der Fragen und Erzählaufforderungen wurde ein Pretest mit einem der Autorin schon vor dem Interview bekannten Ergotherapeuten durchgeführt. Dieser Therapeut arbeitete zu dem Zeitpunkt u.a. als freiberuflicher Ergotherapeut in Pflegeheimen. Dieses Interview wurde in die Datenanalyse miteingeschlossen.

Da in der GTM, im Gegensatz zu anderen Forschungsansätzen, eine Überprüfung des Leitfadens auf Vollständigkeit nicht erforderlich ist, wurde diese auch nicht durchgeführt.

Tabelle 4: Beispiel-Leitfaden für episodische Interviews zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit im Pflegeheim

Erzählaufforderungen und Fragen an den Arzt/die Ärztin	Erkenntnisinteresse
<p>Ich möchte etwas über die Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen den Berufen erfahren, die im Pflegeheim die BewohnerInnen/PatientInnen versorgen.</p> <p>Im Folgenden werde ich Sie immer wieder bitten, mir Situationen zu erzählen, die mit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einführende Erläuterung des Grundprinzips des episodischen Interviews durch den Interviewer ⇒ regelmäßige Aufforderung, Situationen zu erzählen

dem Thema „interprof. Kommunikation und Kooperation im Pflegeheim“ zu tun haben.	
1. Zunächst einmal würde ich Sie bitten, mir zu erzählen, wie ein Hausbesuch für Sie als Arzt/Ärztin im Pflegeheim aussieht?	<ul style="list-style-type: none"> • Erläuterung des Arbeitsalltages
2. Wo sind Situationen entstanden, in denen es zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (v.a. mit Ergo- und PhysiotherapeutInnen) kam – können Sie mir dazu eine Situation erzählen, die mir das deutlich macht?	<ul style="list-style-type: none"> • Beginn der Konfrontation mit dem Untersuchungsgegenstand <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Beschreibung und Reflexion der Zusammenarbeit ⇒ Anlässe und Beweggründe zur Zusammenarbeit
3. Was ist das für Sie, „interprofessionelle Zusammenarbeit“? Was verbinden Sie mit dem Wort „Zusammenarbeit“?	<ul style="list-style-type: none"> • Erläuterung des Verständnisses des Untersuchungsgegenstandes durch den Interviewten <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Konzepte in Form von Definitionen (semantisches Wissen)
4. Was war Ihre bedeutsamste Erfahrung mit „Zusammenarbeit“, können Sie mir diese Situation erzählen?	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung von subjektiven Merkmalen von „Zusammenarbeit“ <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Beschreibung und Reflexion der Zusammenarbeit ⇒ Anlässe und Beweggründe zur Zusammenarbeit
5. Wie wichtig ist es für Sie mit anderen zusammenzuarbeiten? Können Sie mir dazu eine Situation erzählen, die mir das verdeutlicht?	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung von Einstellungen • Erfassung der Deutung und Bewertung der professionellen Selbstwahrnehmung
6. Welche Rolle spielt „Zusammenarbeit“ in der Versorgung von Patienten im Pflegeheim für Sie? Erzählen Sie doch mal...	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung von Einstellungen • Erfassung der Deutung und Bewertung der professionellen Selbstwahrnehmung
7. Inwiefern haben Sie einen Einfluss darauf, ob Sie mit jemandem zusammenarbeiten oder nicht? Können Sie mir eine Situation erzählen, anhand derer mir das deutlich wird?	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung der Deutung und Bewertung der professionellen Selbstwahrnehmung
8. Wenn Sie an die Zusammenarbeit mit Therapeuten denken, welche positi-	<ul style="list-style-type: none"> • Episodisches Wissen, was sich im Laufe des Lebens aufgrund von berufli-

ven/negativen Erfahrungen haben Sie da schon gemacht? Erzählen Sie doch mal...	<p>chen, biografischen Erfahrungen modifiziert hat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfassung von Entstehungskontexten, Bestandteilen und Merkmalen
9. Wenn Sie an die Zusammenarbeit mit Pflegekräften denken, welche positiven/negativen Erfahrungen haben Sie da schon gemacht? Erzählen Sie doch mal...	<ul style="list-style-type: none"> • Episodisches Wissen, was sich im Laufe des Lebens aufgrund von beruflichen, biografischen Erfahrungen modifiziert hat • Erfassung von Entstehungskontexten, Bestandteilen und Merkmalen
10. Wenn Sie an die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten denken, welche positiven/negativen Erfahrungen haben Sie da schon gemacht? Erzählen Sie doch mal...	<ul style="list-style-type: none"> • Episodisches Wissen, was sich im Laufe des Lebens aufgrund von beruflichen, biografischen Erfahrungen modifiziert hat • Erfassung von Entstehungskontexten, Bestandteilen und Merkmalen
11. Wie stellen Sie sich die Zusammenarbeit im Pflegeheim vor? Können Sie mir dazu auch noch einmal eine Situation phantasieren?	<ul style="list-style-type: none"> • Phantasien erwarteter/erwünschter Veränderungen

3.3.2.2 Sampling

Entsprechend der GTM war das theoretische Sampling davon geleitet mit dem erhobenen Datenmaterial Codes und Kategorien zu bilden, um dann wieder ins Feld zu gehen und die gefundenen „Spuren“ weiterzuverfolgen (Breuer, 2010, S. 58). Prozessbegleitend wurden Entscheidungen zur Zusammensetzung des Samplings hinsichtlich der einbezogenen Personen und des Umfangs konsekutiv in Abhängigkeit vom jeweiligen Stand der eigenen Erkenntnis- und Theorieentwicklung getroffen (ebd.).

Nach dem Pretest mit einem Ergotherapeuten wurden initial Pflegekräfte mit unterschiedlicher Ausbildung und Funktionen aus verschiedenen Pflegeheimen, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sowie Hausärztinnen und Hausärzte, die eine unterschiedliche Anzahl von Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen betreuten, interviewt. Die einzelnen Interviews wurden im Abstand mehrerer Tage geführt.

Um dem Grundgedanken des iterativen Prozesses einer konstruktivistischen GTM bei der Erhebung und der Analyse der Daten gerecht zu werden, wurden die Interviews in verschiedenen Erhebungsphasen (Abbildung 7) erhoben. Zwischen den einzelnen Erhebungsphasen lagen mehrere Monate, um mit der Datenanalyse zwischen den einzelnen Interviews fortzufahren und die weiteren, folgenden Interviews zu planen.

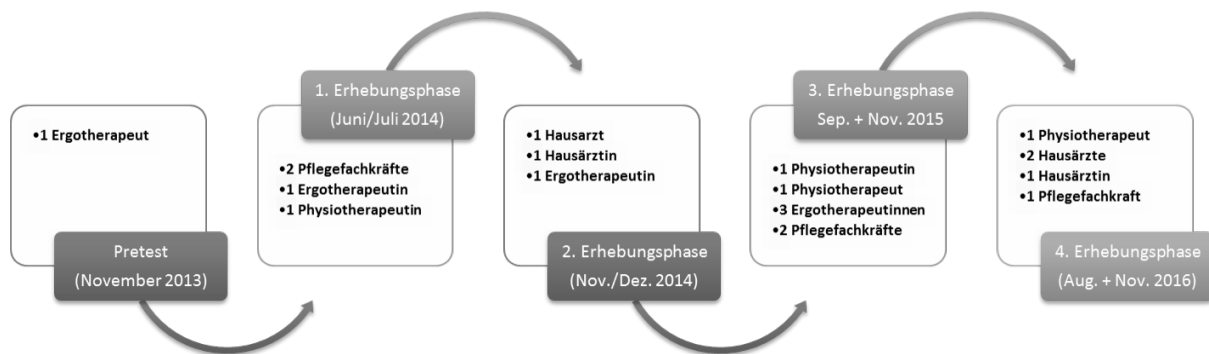


Abbildung 7: Erhebungsphasen

3.3.2.3 Feldzugang und Einverständniserklärung zur Studie

Die Rekrutierung der Interviewteilerinnen und Interviewteiler erfolgte zunächst über bestehende Kontakte, die der Autorin durch die interprof-Studie bekannt waren. Über die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, v.a. von Pflegenden aus den verschiedenen Pflegeheimen, wurden der Autorin weitere potentielle Interviewteilerinnen und Interviewteiler, auch aus den Berufsgruppen der Therapeutinnen und Therapeuten sowie Hausärztinnen und Hausärzte, vorgeschlagen oder vermittelt. Zudem wurden weitere Hausärztinnen und Hausärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten über Praxis- und Netzwerk-Webseiten recherchiert. Außerdem erfolgte eine Kontaktaufnahme zu Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten über den Mailverteiler eines Berufsverbandes.

Die Kontaktaufnahme zu potenziellen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern erfolgte zunächst schriftlich per Brief, Fax oder Mail. Interessierte Interviewteilerinnen und Interviewteiler wurden telefonisch kontaktiert, um sie über die Studie zu informieren, das Vorgehen weiter zu konkretisieren sowie einen Termin und den Ort für das Gespräch zu vereinbaren.

Das Einverständnis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde vor der Durchführung der Interviews im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs und einer ausführlichen Studieninformation durch eine schriftliche Einverständniserklärung (siehe Anhang) eingeholt.

3.3.2.4 Durchführung der Episodischen Interviews

Die Durchführung der Interviews mit den einzelnen Akteurinnen und Akteuren erfolgte an einem Ort ihrer Wahl. Dies waren Räumlichkeiten im Institut für Allgemeinmedizin, im Pflegeheim, in den jeweiligen Praxisräumen oder bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zuhause.

Zu Beginn des Interviews wurde den Teilnehmenden wie Flick (2014a, S. 275) es vorschlägt das Grundprinzip des episodischen Interviews erläutert und darauf hingewiesen, dass er oder sie wiederholt von der Interviewerin zum Erzählen von Situationen aufgefordert werden wird.

Die Interviewfragen wurden während der Studie offen und in keiner festen Reihenfolge, sowie zum Teil abgewandelt gestellt.

Im Gesprächsverlauf wurde auf die Antworten der Teilnehmenden durch Nachfragen seitens der Autorin eingegangen. Sie stellte immanente Fragen, die sich direkt auf das vorher Erzählte beziehen und exmanente Fragen, die sich auf Sachverhalte oder Probleme beziehen, die im vorangegangenen Gesprächsverlauf nicht angesprochen wurden, aber zur Beantwortung der Forschungsfrage wichtig erscheinen (Przyborski and Wohlrab-Sahr, 2014, S. 70). Im Laufe der Theoriegenerierung wurden die Fragen des Interviewleitfadens im Sinne des theoretischen Samplings angepasst, um entstandene Konzepte erweitern, anreichern, absichern und verdichten zu können.

Jedes Interview wurde mittels eines digitalen Aufnahmegeräts aufgezeichnet. Zusätzlich wurden wenige Angaben zur Demografie, beispielsweise zum Alter und zur Berufserfahrung in Jahren, (siehe Anhang) erfasst.

3.3.2.5 Transkription und Gesprächs-Memos

Alle Interviews wurden vollständig transkribiert, zunächst pseudonymisiert und später anonymisiert. Die Transkripte der verschiedenen Interviews wurden durch die Autorin selbst, sowie durch verschiedene in der Transkription von Interviews geschulte Personen, mit den Transkriptionsregeln (Tabelle 5) in Anlehnung an Rosenthal (1995, S.

239) durchgeführt. Sofern eine Transkription nicht durch die Autorin selbst angefertigt wurde, wurde das gesamte Transkript noch einmal mit der digitalen Audioaufnahme abgeglichen und ggf. für die in der Transkription von Interviews geschulten Person unverständliche Passagen ergänzt.

Tabelle 5: Transkriptionsregeln in Anlehnung an Rosenthal

,	kurzes Absetzen
.	deutlicheres Absetzen
(4)	Dauer der Pause in Sekunden
Ja:	Dehnung
((lachend))	Kommentar der Transkribierenden
/	Einsetzen des kommentierten Phänomens
//hm//	Gebrummel der Interviewerin
nein	betont
viel-	Abbruch
>nein<	leise
...	Auslassung im Transkript
()	Inhalt der Äußerung ist unverständlich; Länge der Klammer entspricht etwa der Dauer der Äußerung
(sagte er	unsichere Transkription
Ja=ja	schneller Anschluss

Laut Charmaz (2014, S. 111) gehören zum Interpretieren der Daten neben dem Transkript des jeweiligen Interviews, auch selbsterhobene Daten wie u.a. das „Setting“, in dem das Interview stattgefunden hat, beobachtete Interaktionen, non-verbales Verhalten des Interviewten und die Stimme. Außerdem können analytische Ideen inmitten des Interviews auftauchen, weshalb es wichtig sei, Memos zu verfassen. Während des Interviews wurden deshalb Notizen zu wichtigen Aspekten erstellt. Außerdem wurde direkt nach jedem Interview ein Gesprächs-Memo angefertigt.

Für das Datenmanagement der Transkripte, Demografie-Bögen und Memos wurde die Analyse-Software MAXQDA 10 und später die Version 11 (VERBI Software Consult Sozialforschung GmbH, 2015) genutzt.

3.3.3 Datenanalyse

Das Kodieren ist die zentrale Verbindung zwischen der Datenerhebung und der Entwicklung der entstehenden Theorie (Charmaz, 2014, S. 111).

Da die ersten Daten bereits eine Quelle für die weitere Datenerhebung und -analyse darstellen, wurde jedes einzelne Interview nach Möglichkeit vor der Durchführung des nächsten Interviews initial und fokussiert kodiert. So konnten weitere Konzepte entdeckt und die sich abzeichnenden Codes zu Kategorien bzw. „basic-level concepts“ zu „higher-level concepts“ weiterentwickelt werden.

3.3.3.1 Initiales Kodieren

In einem ersten Schritt der Datenanalyse wurde das Interview-Transkript einmal gänzlich gesichtet und von vorne bis hinten durchgelesen. Anschließend wurden die Daten in ihre (Teil-) Komponenten oder Eigenschaften zerlegt, Handlungen definiert, nach impliziten Annahmen gesucht, implizite Handlungen und Bedeutungen expliziert, Daten miteinander verglichen und Lücken in den Daten identifiziert.

In der vorliegenden Arbeit wurde das initiale Kodieren nicht als strenges „Line-by-line-Coding“ durchgeführt, vielmehr wurden natürliche Pausen zur Auswahl der Datenstücke zum Kodieren genutzt, die oftmals auch gleichzeitig einen Themenwechsel anzeigten. Neben der Auswahl der Datenstücke und der Bestimmung der jeweils relevanten Bedeutungen, wurden diese Datenstücke mit einem Begriff bezeichnet. In Anlehnung an Charmaz (2014, S. 116) wurde soweit wie möglich versucht mit substantivierten Verben (engl. Gerundium) zu kodieren, die Aktionen bzw. Handlungen widerspiegeln. Beim Kodieren wurde versucht nah an den Daten zu bleiben und die Codes kurz, einfach, aktiv und analytisch zu formulieren. Einige für die Codes verwandten Begrifflichkeiten wurden im Laufe des Analyseprozesses noch einmal überdacht und angepasst. Teilweise konnten beim Kodieren auch die Bezeichnungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für bestimmte Konzepte als sogenannte „in-vivo-codes“ übernommen werden.

Beim initialen und anschließenden fokussierten Kodieren des ersten Interviews ET01 wurden so beispielsweise verschiedene Themen wie das „gemeinsame Therapieren (des/der Bewohners/-in)“ oder das „Vorbereiten (des/der Bewohners/-in) für die Intervention einer anderen Berufsgruppe“, in den Daten sichtbar und als Konzepte auf der Basisebene („basic-level concepts“) kodiert. Außerdem konnten erste vorläufige Ka-

tegorien („higher-level concepts“) wie verschiedene Typen der Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen z.B. das „Hand-in-Hand Arbeiten“ (in-vivo-code) und das „Austauschen von Informationen“ (Tabelle 6) bestimmt werden.

Neben dem Benennen der Datenstücke wurden in jeder Analysephase Memos (vgl. Kapitel 3.3.3.4) verfasst, um durch das Schreiben in den Dialog mit den Daten zu treten. Das Verfassen der Memos diente u.a. der Auseinandersetzung mit möglichen Dimensionen (Variationen einer Eigenschaft auf einem Kontinuum) und den Eigenschaften (Charakteristika, die Konzepte beschreiben und definieren) einzelner Kodes. Zu diesem Zweck wurden Fragen an die Daten gestellt, die sich an der Struktur menschlichen Handelns orientieren (Böhm et al., 1992, S. 33): Wer? Was? Warum? Wo? Wie? Mit welchen Ergebnissen oder Folgen? Was ist das Grundproblem, mit dem die Akteurinnen und Akteure konfrontiert sind? Wie lässt sich das Grundproblem erklären? Übereinstimmend mit der GTM wurden die Fragen nach Charmaz (2014, S. 112) in Bezug auf die sich entwickelnden Kodes und Kategorien gestellt und nicht ausgehend von einer bereits bestehenden Struktur auf sie angewendet.

Tabelle 6: Beispiel für initiale Kodes aus dem Interview ET01

Auszüge aus dem Interview-Transkript	Initialer Kode
<p>„[...] Ist dann eher so, dass ich mit der, mit den Logopäden enger zusammenarbeite. Also wirklich in der Therapie am Bewohner eher mit anderen Therapeuten als mit der Pflegekraft, als mit Pflegekräften.“ (ET 01 – 59)</p>	<p>Gemeinsames Therapieren (des/der Bewohners/-in) („basic-level concept“)</p>
<p>„[...] Und ich habe gesagt: ‚Klar, super!‘ Das hat äh, total gut funktioniert. Ich habe die ganze Vorbereitung gemacht und die Person im Sitz gehalten und äh, sie hat dann mit den Schluckübungen angefangen. [...]“ (ET 01 – 69)</p>	<p>Vorbereiten (des/der Bewohners/-in) für die Intervention einer anderen Berufsgruppe („basic-level concept“)</p>
<p>„[...] ich würde sagen, das hat so zwei Seiten. Also einmal ist Zusammenarbeit ganz klar, das Hand-in-Hand-Arbeiten ... [...]“ (ET</p>	<p>„Hand-in-Hand-Arbeiten“ (in-vivo-code) („higher-level concept“)</p>

01 – 87)	
„[...] und ich würde Zusammenarbeit aber auch .. betiteln als ‚Ich tausche mich mit jemandem aus und habe aber am Bewohner mit dem gar nichts zu tun‘. [...]“ (ET 01 – 87)	Austauschen von Informationen („higher-level concept“)

3.3.3.2 Fokussiertes Kodieren

Der Übergang vom initialen Kodieren zum nächsten Analyseschritt dem fokussierten Kodieren ist laut Charmaz (2014, S. 141) oft fließend und kein linearer Prozess.

Ziel des fokussierten Kodierens ist die Eignung und konzeptuelle Stärke der initialen Codes zu überprüfen und zu entscheiden welche Pfade (vorläufig) analytisch am meisten Sinn ergeben und weiter verfolgt werden sollten (ebd.). Deshalb wurden bei diesem Analyseschritt neue Daten kodiert, bestimmte Daten wieder neu kodiert und teilweise neue Codes mit größerer Reichweite und Zentralität konstruiert. Zudem wurden, wie in allen Phasen des Kodierprozesses, neben der Analysemethode des ständigen Vergleichens (vgl. Kapitel 3.3.3.3), Fragen an die Daten gestellt (vgl. Kapitel 3.3.3.1) und weitere analytische Werkzeuge eingesetzt. Die Analysestrategien variierten mit dem jeweiligen Stadium der Forschung. Es wurden z.B. Vergleiche angestellt, über verschiedene Bedeutungen von einem Wort nachgedacht, nach ausgedrückten Emotionen und Wörtern, die für Zeit stehen, oder nach negativen Fällen Ausschau gehalten.

Die Codes und Kategorien konnten durch weitere Interviews mit verschiedenen, im Pflegeheim tätigen Akteurinnen und Akteuren (vgl. Kapitel 3.3.2.2) stetig verfeinert („dimensioniert“) werden. Beispielsweise wurden die bereits im ersten Interview entdeckten Typen der Zusammenarbeit, wie z.B. der „Austausch von Informationen“ und das „Hand-in-Hand Arbeiten“ weiter verfolgt. Die zunächst als vorläufig geltenden „higher-level-concepts“ konnten zu definitiven „higher-level-concepts“ angehoben werden, wobei sich die Begrifflichkeiten der einzelnen Kategorien im späteren Analyseprozess noch veränderten.

3.3.3.3 Methode des ständigen Vergleichens

Die Methode des ständigen Vergleichens („constant comparison method“; auch komparative Analyse) ist nach Charmaz eine Analysemethode, die sukzessiv abstraktere

Konzepte und Theorien durch induktive Prozesse des Vergleichs von Daten mit Daten, Daten mit Codes, Codes mit Codes, Codes mit Kategorien, Kategorien mit Kategorien und Kategorien mit Konzepten erzeugt. Damit können Forschende die Eigenschaften und das Spektrum der aufkommenden Kategorien aufdecken und den Abstraktionsgrad ihrer sich entwickelnden Analysen erhöhen (Charmaz, 2014, S. 342).

Daten, die konzeptuell ähnlich sind, werden durch die Methode des ständigen Vergleichens mit ihren Eigenschaften und Dimensionen unter einem „conceptual label“, also einem Code oder einer Kategorie zusammengefasst und können so von anderen Codes und Kategorien mit deren jeweiligen Eigenschaften und Dimensionen unterschieden werden (Corbin and Strauss, 2015, S. 94).

In der vorliegenden Studie wurden zunächst Vorkommnisse in den Daten kodiert, diese dann mit Codes und Kategorien innerhalb desselben Interviews, sowie mit den Codes und Kategorien anderer Interviews von Angehörigen derselben Berufsgruppe und mit Interviews aus anderen Berufsgruppen verglichen. Das bedeutet beispielsweise, dass Vorkommnisse, die als „Austauschen von Informationen“ kodiert wurden, mit anderen Vorkommnissen in derselben Kategorie verglichen wurden. Beispielsweise konnten durch den ständigen Vergleich, wie Pflegende und Therapeutinnen und Therapeuten Situationen (episodisch-narratives Wissen) und Vorstellungen von interprofessioneller Zusammenarbeit (semantisch-begriffliches Wissen) erzählten, die Bedingungen und Konsequenzen (vgl. Kapitel 3.3.3.1) der Kategorie „Austauschen von Informationen“ durch die Autorin erfasst werden. Exemplarisch zeigte sich, dass das „Austauschen von Informationen“ verschiedene Ziele verfolgt. Zum einen ging es bei den Erzählungen darum, als Grundlage für die eigene Arbeit, etwas über die Bewohnerin oder den Bewohner in Erfahrung zu bringen. Zum anderen diente dieser Austausch als Basis für eine weiterführende Zusammenarbeit mit Angehörigen der anderen Berufsgruppe. Das „Austauschen von Informationen“ erfolgte eher bei Patientinnen und Patienten, die nicht adäquat selbst über sich berichten konnten und zwischen Therapeutinnen und Therapeuten mit Pflegenden, die sich, obwohl sie nicht dieselbe Arbeitgeberin oder denselben Arbeitgeber hatten, als Team verstanden. Da verschiedene Akzente gesetzt werden konnten, wurden für die Bezeichnung der Codes und Konzepte mit der Zeit auch verschiedene „conceptual labels“ vergeben.

In der letzten Phase der Analyse wurden die Hauptkategorien mit dem „Cooperation-Continuum“ von Zorich et al. (2008), mit den Konzepten „Trajectory“ und „Arc of work“ von Strauss et al. (1997) und mit den Dimensionen und Indikatoren des „Model for understanding the structuration of collaboration“ von D'Amour et al. (2008) verglichen.

3.3.3.4 Memos und Diagramme

Das Verfassen von Memos dient in jeder Analysephase dazu, in den Dialog mit den Daten und sich selbst zu treten und stellt eine Verbindung zwischen der Datenerhebung und dem Schreiben von Entwürfen der wissenschaftlichen Arbeit dar (Charmaz, 2014, S. 162).

In der vorliegenden Studie wurden in Anlehnung an Corbin and Strauss (2015, S. 117) in den verschiedenen Phasen der Datenanalyse verschiedene Arten von Memos geschrieben:

- 1) zu Beginn der Exploration der Daten,
- 2) zur Identifizierung und Entwicklung der Eigenschaften und Dimensionen, Konzepte oder Kategorien,
- 3) um Vergleiche und Fragen zu stellen,
- 4) zur Erforschung von Beziehungen zwischen Bedingungen, Handlungen-Interaktionen und Konsequenzen und
- 5) zur Entwicklung der Handlung („story line“).

Für das Verfassen von Memos wurde in Abhängigkeit der Analysephase die Memo-Funktion sowie das Logbuch von MAXQDA 10 und 11, verschiedene Word-Dateien sowie ein handschriftlich geführtes Forschungstagebuch verwendet. Außerdem erwiesen sich Metaplan-Karten als sehr hilfreich, die zur Visualisierung der Datenanalyse auf (Metaplan-)Wände gepinnt und geklebt wurden. Dieses Vorgehen folgte der Idee der Erstellung von verschiedenen Diagrammen und Maps, u.a. von „Situations-Maps“ in Anlehnung an die Situationsanalyse von Adele Clarke (2012).

3.3.3.5 Kodierparadigma

Das Paradigma ist ein Analysewerkzeug mit dem Forschende das axiale Kodieren oder das Kodieren um eine Kategorie herum durchführen können (Corbin and Strauss, 2015, S. 156).

Das axiale Kodieren wird von Charmaz (2014, S. 147) wie folgend beschrieben:

„Axial coding relates categories to subcategories, specifies the properties and dimensions of a category, and reassembles the data you have fractured during initial coding to give coherence to the emerging analysis“.

In früheren Publikationen von Corbin und Strauss wurde das axiale Kodieren immer als ein Extra-Analyseschritt dargestellt. In der 4. Auflage ihres Buches „Basics of Qualitative Research“ wird das axiale Kodieren als Analyseschritt allerdings nicht mehr extra erwähnt, sondern nur die Verfahren des axialen Kodierens in Form des Kodierparadigma beschrieben.

Es besteht nach Corbin and Strauss (2015, S. 156ff) aus folgenden Hauptmerkmalen:

- **Bedingungen:** beantworten die Fragen, warum, wann und wie es zu etwas kommt. Sie beziehen sich auf die wahrgenommenen Gründe, die Personen angeben, warum Dinge geschehen, und auf die Erklärungen, die sie angeben, warum sie auf die Art und Weise reagieren, wie sie es durch Handlung-Interaktion tun.
- **Handlungen – Interaktion:** sind tatsächliche Reaktionen von Menschen oder Gruppen auf Ereignisse oder problematische Situationen in ihrem Leben. Die Beziehung zwischen einem Ereignis oder einer Reihe von Umständen und der folgenden Handlung-Interaktion ist keine direkte Ursache-Wirkungs-Beziehung. Menschen geben Ereignissen einen Sinn; haben Gefühle über sie; denken an sie; und nur dann nehmen sie sie als Probleme, als Herausforderungen oder als Ziele wahr und nur dann reagieren sie durch Handlung-Interaktion.
- **Konsequenzen:** werden antizipiert oder sind tatsächliche Ergebnisse von Handlungen und Interaktionen. Oft berücksichtigen Personen vor dem Ergreifen von Maßnahmen mögliche Ergebnisse. Auf der Grundlage dieser

Möglichkeiten treffen die Personen dann eine Auswahl, welche Handlungen - Interaktionen sie vornehmen möchten.

In der vorliegenden Studie wurde das Kodierparadigma vor allem in einer frühen Phase des Kodierprozesses als Struktur verwendet, um die Daten „aufzubrechen“. In einer späteren Analysephase diente es außerdem dafür einen Rahmen für die Präsentation der Daten zu überlegen (vgl. Kapitel 3.3.3.6). Grundsätzlich wurde hier allerdings eher dem Vorgehen der konstruktivistischen GTM nach Charmaz (2014, S. 148) gefolgt, offen den Hinweisen nachzugehen, die sich aus dem Datenmaterial ergeben haben, statt seinen Blick durch die vorgegebenen Struktur des Kodierparadigma einzuengen.

3.3.3.6 Theoriebildung durch Integration

Unter Integration wird der Prozess verstanden, die Kernkategorie zu bestimmen und die Konzepte systematisch zu der Kernkategorie in Beziehung zu setzen (Corbin and Strauss, 2015, S. 298). Dabei werden diese Beziehungen validiert und Kategorien, die einer weiteren Verfeinerung und Entwicklung bedürfen, aufgefüllt (Strauss and Corbin, 1996, S. 94).

Für diesen finalisierenden Analyseschritt im Prozess der Theoriebildung wurden die entstandenen Memos und Diagramme erneut gelesen, sortiert, verglichen und arrangiert. Hierbei wurden statt der „basic-level-concepts“ die „higher-level-concepts“ in den Vordergrund gestellt. In der Analyse der Interviews entstanden zunächst verschiedene Hauptkategorien, die verschiedene Typen der Zusammenarbeit beschrieben haben. Diese Hauptkategorien wurden beispielsweise mit den Begriffen **Kontaktarbeit**, **Biografiearbeit**, **Dokumentationsarbeit**, **Einschätzungsarbeit**, **Pflegeentlastungsarbeit** bezeichnet. Ob und wie diese verschiedenen Arbeitstypen stattgefunden haben, war u.a. mit dem **Level of Engagement** der einzelnen Akteurinnen und Akteure verbunden, was wiederum u.a. von der **Kultur des Pflegeheimes** und der **Stellung in der Institution** abhängig war. Auf diesem Weg wurde ein **Kooperations-Kontinuum** herausgearbeitet, das in verschiedenen Arbeitsgruppen vorgestellt wurde. In diesem Analyseprozess wurde beispielsweise eine erste Ergebnispräsentation der Grounded Theory als „Kontinuum interprofessioneller Zusammenarbeit im Pflegeheim“ u.a. aufgrund des nicht zu verifizierenden, sich steigernden **Level of Engagement** verworfen. Zudem fehlte zu diesem Zeitpunkt eine klar und deutlich

konzeptualisierte Kernkategorie. Die entstandene Idee wurde nachfolgend weiter entwickelt und ausdifferenziert.

Entsprechend den Empfehlungen von Corbin and Strauss (2015, S. 189)) wurde bei der Auswahl und Benennung der Kernkategorie darauf geachtet, dass die Kernkategorie ausreichend abstrakt ist, um sowohl als übergreifendes Erklärungskonzept für alle Kategorien, als auch für die Entwicklung einer allgemeinen Theorie verwendet werden zu können. Gleichzeitig sollte die Bezeichnung den Aspekt der Handlung bzw. des Prozesses in den Fokus setzen (Böhm et al., 1992, S. 62).

Bereits während der Analyse der ersten Interviews stellte sich die Autorin immer wieder die Frage, warum die Akteurinnen und Akteure (= Interaktantinnen und Interaktanten) überhaupt zusammenarbeiten, da sie ihre Arbeit oftmals fast ohne Überschneidungen mit anderen Berufsgruppen erledigen konnten. Wiederholt sprachen die Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer von „guten“ Pflegenden, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzten. Bei näherem Nachfragen zielte diese Formulierung, wie auch schon bereits im interprof-Projekt, darauf ab, dass die als „gut“ bezeichneten Akteurinnen und Akteure sowohl ein gewisses Engagement für die Bewohnerinnen und Bewohner zeigten, als auch der Interaktantin oder dem Interaktanten eine Bereitschaft zur Zusammenarbeit signalisierten. Das gewählte Substantiv „Beteiligungsbereitschaft“ und das dahinterliegende, damit benannte Konzept, bezeichnet ein Phänomen von verschiedenen Beteiligungsbereitschaften in spezifischen Zusammenhängen. Einhergehend mit dem Prozess des Auswählens der Kernkategorie, wurden die in der vorangegangenen Analyse entstandenen Kategorien systematisch mit der Kernkategorie verbunden. Das Konzept „Beteiligungsbereitschaft an Betätigungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit“ entstand so als Kernkategorie der Theorie und bildet damit das Kernstück dieser Arbeit.

Die Kernkategorie wurde zunächst in Bezug auf ihre Eigenschaften und Dimensionen definiert. Im nächsten Schritt wurde durch die Überprüfung der Entwicklung und Sättigung jeder weiteren Kategorie die Theorie auf interne Konsistenz und Logik überprüft. Da es in der Theoriegenerierung der GTM nach Corbin and Strauss (2015, S. 198) darum geht, alle hervortretenden Eigenschaften und Dimensionen einer Kategorie zu identifizieren und die Variationen innerhalb dieser Eigenschaften in Kategorien einzuordnen, wurden die bis dahin eher unzureichend entwickelten Kategorien ver-

vollständig. Dazu wurden die Memos und Rohdaten erneut überprüft, um nach Daten zu suchen, die bisher nicht berücksichtigt wurden.

Zur Validierung der Beziehungen zwischen den bereits gebildeten Kategorien, und zur weiteren Verfeinerung und Entwicklung der Theorie, wurden noch wenige weitere Interviews geführt. Das Vervollständigen der Kategorien wurde fortgesetzt, bis eine theoretische Sättigung erfolgt war (vgl. Kapitel 3.2.2.2). Der Eindruck, dass das entstandene Konzept der Beteiligungsbereitschaft in seinen verschiedenen Variationen, und unter den Bedingungen der vier Typen der Beteiligungsbereitschaft, hinreichend dargestellt werden konnte, stellte sich etwa bei der Analyse von 18 Interviews ein. Da die Eigenschaften und Dimensionen der zugrundeliegenden Kategorien mit diesen 18 Interviews hinreichend ausformuliert werden konnten, wurden die letzten zwei geführten Interviews, mit einer Hausärztin und einer Pflegenden, zur Validierung der Theorie herangezogen.

Konzepte, die zu der entstehenden **Theorie der Beteiligungsbereitschaft an Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim** nicht zu passen schienen, die sie nicht vervollständigten, oder die in den Daten nicht oft auftauchten und damit keine besondere Relevanz zu besitzen schienen, wurden in Anlehnung an Corbin and Strauss (2015, S. 198) vernachlässigt.

Als letzter Schritt der Integration erfolgte eine Validierung der Theorie. Für einer Validierung der Theorie musste geprüft werden wie gut die durch den Analyseprozess vollzogene Abstraktion der Rohdaten, mit den Rohdaten übereinstimmt und ob etwas Wichtiges aus dem theoretischen Schema weggelassen wurde. Eine Theorie muss laut Corbin and Strauss (2015, S. 198f) allgemein sein, weil sie eine Reduktion von Daten ist und durch eine Zusammenstellung von Fällen aufgebaut ist. Dabei müssen nicht alle Details jeder Teilnehmerin oder jedes Teilnehmers in das Schema passen. Trotzdem sollte das Schema aber in der Lage sein, die meisten Fälle zu erklären.

In der vorliegenden Arbeit konnte festgestellt werden, dass das Schema beim Abgleich mit den Rohdaten zu einem Großteil der Fälle passt. Die anfangs formulierten Arbeitstypen wie u.a. Kontaktarbeit, Biografiearbeit, Dokumentationsarbeit, Einschätzungsarbeit, Pflegeentlastungsarbeit ließen sich unter dem Kernkonzept Beteiligungsbereitschaft besser ausdifferenzieren in Beteiligungsbereitschaft an 1. **basis-schaffende Handlungen**, 2. **organisierende Handlungen**, 3. **unterstützende**

Handlungen und 4. **gemeinsam gestaltende Handlungen**. Auch die Rückmeldungen aus den Kolloquien und verschiedenen Arbeitsgruppen ließen darauf schließen, dass die Ergebnisse das untersuchte Problem zu erklären scheinen und nichts Wichtiges ausgelassen wurde.

Zur schriftlichen Ausarbeitung der **Theorie der Beteiligungsbereitschaft an Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim** wurde das „Paradigm for the study of awareness contexts“ (Glaser and Strauss, 1964, S. 671) (Glaser and Strauss, 1965, S. 11) als Orientierung herangezogen.

3.3.4 Qualitäts- und Bewertungskriterien qualitativer Forschung

Die Frage nach Gütekriterien gehört zu jeder Art von Forschung. Sie wird bereits in der Antragstellung und Förderung gestellt, stellt sich in der Forschungspraxis und -bewertung sowie letztlich bei der Publikation der Studien. Bisher gibt es, anders als in der quantitativen Forschung, in der sich die klassischen Qualitäts- bzw. Bewertungskriterien Objektivität, Reliabilität und Validität etabliert haben (Steinke, 2007, S. 176), unterschiedliche Vorschläge, wie Gütekriterien für qualitative Forschung formuliert werden könnten (Flick, 2010, S. 405).

Diese Vorschläge können laut Flick bisher aber nicht die gleiche Rolle erfüllen wie die klassischen Gütekriterien der standardisierten Forschung. Diese Gütekriterien seien bisher nur „begrenzt stimmig“ und „nicht unbedingt von dem Kontext, in dem sie entwickelt wurden, auf andere methodische Herangehensweisen oder Anwendungsfelder übertragbar“. Trotzdem bieten die formulierten methodenangemessenen Kriterien eine Möglichkeit, das Vorgehen und die Durchführung der qualitativen Forschung darzulegen, nachzuvollziehen und zu beurteilen (Flick, 2010, S. 405).

Auch wenn die in den 1980er Jahren von Lincoln und Guba vorgeschlagenen Kriterien Vertrauenswürdigkeit („trustworthiness“), Glaubwürdigkeit („credibility“), Übertragbarkeit („transferability“), Zuverlässigkeit („dependability“) und Nachvollziehbarkeit („confirmability“) für qualitative Forschung nach wie vor zur Beurteilung herangezogen werden, wurde sich in der vorliegenden Studie für die in deutschen Methodenlehrbüchern publizierten aktuelleren Kriterien nach Steinke (2007, S. 180f) entschieden. Sie wurden augenscheinlich auch von Guba und Lincoln beeinflusst.

Steinke (2007, S. 180f) formulierte Kriterien, die sowohl für qualitative als auch für quantitative Forschung gelten sollen:

1. Nutzen der Studie: Die Fragestellung sollte relevant sein. Die entwickelte Theorie und der Forschungsbericht sollten in Inhalt und Darstellung zur Problemlösung bzw. Wissensentwicklung beitragen (...).
2. Angemessenheit der Methodenwahl: Passend zum Untersuchungsgegenstand und zur Fragestellung sind geeignete Methoden und Samplingstrategien auszuwählen.
3. Dokumentation des methodischen Vorgehens (...). Dies ist eine Voraussetzung dafür, dass andere Forscher die Untersuchung nachvollziehen und bewerten können.
4. Kritische Prüfungen der im Forschungsprozess generierten Theorie mittels Falsifikation (...).
5. Absicherung der (externen) Validität, d.h. der Verallgemeinerbarkeit der untersuchten Sachverhalte (...).
6. Ethisches Vorgehen: Respekt gegenüber den Untersuchungspartnern (...)

Die Qualitäts- und Bewertungskriterien speziell für qualitative Forschung nach Steinke (2007) und ihre Umsetzung in der vorliegenden Studie sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Bewertungskriterien qualitativer Forschung nach Steinke (2017) und ihre Umsetzung in der vorliegenden Studie

1. Indikation der Methoden	
„Mit diesem Kriterium wird die Angemessenheit (Indikation) der Methodenwahl geprüft. (...) Es ist zu prüfen, ob die Methoden dem Untersuchungsgegenstand gerecht werden.“ S. 181	
Strategien	Vorgehen in der vorliegenden Studie
„Wurde mit den Methoden und deren Umsetzung den Äußerungen und Bedeutungssetzungen des Untersuchten hinsichtlich des Untersuchungsgegenstandes ausreichend Spielraum eingeräumt? Geprüft wird, inwiefern die subjektiven Perspektiven und Relevanzsetzungen sowie Handlungsweisen der Untersuchten nicht zu stark durch methodische Strukturen eingeschränkt werden“. S. 181	Der Interviewleitfaden wurde flexibel angewendet, d.h. die Fragereihenfolge wurde dem Gesprächsfluss angepasst. Wenn es für den Untersuchungsgegenstand interessant erschien, wurde vom Interviewleitfaden abgewichen und den zusätzlichen Themen durch Erzählen lassen oder Nachfragen Raum gegeben.
„Besteht ein Arbeitsbündnis zwischen Forscher und Informant? Es ist zu überprüfen,	In den geführten Interviews gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass eine Vertrauensbasis

<p>ob die Interaktion zwischen Forscher und Untersuchungspartner von einem geringen Machtgefälle zwischen beiden Parteien, Offenheit, Vertrauen und Arbeitsbereitschaft gekennzeichnet ist.“ S. 182</p>	<p>zwischen der Interviewerin und der befragten Person hergestellt werden konnte. Die Antworten schienen nicht sozial erwünscht zu sein. Bei den Interviews ist der Eindruck entstanden, dass die interviewten Personen in einer guten Atmosphäre mit Blickkontakt zur Interviewerin frei über die Themen sprechen konnten. Die Antworten waren zum Teil sehr persönlich und detailliert, was ebenfalls für eine stimmige Interviewsituation spricht.</p>
<p>„Wurden gegenstandsangemessene Methoden ausgewählt oder entwickelt?“ S. 182</p>	<p>Als Verfahren zur Datenerhebung wurden halbstandardisierte (episodische) Interviews gewählt, die sich zur Rekonstruktion subjektiver Theorien eignen. Als Analysemethode zur Theoriegenerierung eignet sich die gewählte Grounded Theory Methodology.</p>
<p>„Sind die Methoden co-indiziert? Neben der Angemessenheit von Erhebungs- und Auswertungsmethoden ist zu prüfen, inwiefern die in der Studie zur Anwendung kommenden Erhebungs- und Auswertungsmethoden zueinander passen.“</p> <p>„Darüber hinaus ist die Indikation von Samplingstrategien und Transkriptionsregeln zu prüfen (vgl. dazu Steinke 1999: 218 ff.).“ S. 183</p>	<p>Es wurden episodische Interviews mit der komparativen Analysemethode der Grounded Theory Methodology kombiniert.</p> <p>Sowohl die angewandten Samplingstrategien (initiales und theoretisches Sampling), als auch die gewählten Transkriptionsregeln passen zu der Erhebungs- und Auswertungsmethode der GTM.</p>
<p>2. Empirische Verankerung</p>	
<p>„Es ist abzusichern, dass die Ergebnisse der empirischen Studie kein Wildwuchs oder frei erfunden, sondern in den Daten begründet sind.“ S. 183</p>	
<p>Strategien</p>	<p>Vorgehen in der vorliegenden Studie</p>
<p>„Gibt es hinreichende Textbelege für die entwickelte Theorie?“ S. 183</p>	<p>Es wurden mehrere Belege für die entstandene Theorie in den Daten aufgezeigt.</p>
<p>„Wurde explizit nach negativen Fällen Gegenbeispielen und alternativen Lesarten bzw. Interpretationen gesucht? Wurde versucht, die Theorie zu widerlegen? Falsifikationen</p>	<p>Im Datenmaterial wurde sowohl nach Bestätigungen als auch nach Gegenbeispielen der entstehenden Theorie gesucht.</p>

<p>sollten als Teilelemente des Forschungsprozesses eingebaut werden. Zumeist ist es empfehlenswert, Falsifikationen im bereits fortgeschrittenen Stadium der Theorieentwicklung anzuwenden.“ S. 183</p>	
<p>„Wurde adäquat mit negativen, d. h. der Theorie widersprechenden, Fällen umgegangen?“ S. 184</p>	<p>Da es sich um eine Grounded Theory handelt, konnten negative Fälle als Eigenschaften und Dimensionen einer Kategorie oder eines Konzeptes mitaufgenommen werden.</p>
<p>„Wurden die Ergebnisse kommunikativ validiert? Kommunikative Validierung („member check“ im englischen Sprachraum, vgl. Lincoln/Guba 1985: 314) kann insofern für die Überprüfung des Theorie-Empirie-Verhältnisses eingesetzt werden, als hier eine Rückbindung der entwickelten Theorie über den Untersuchungsgegenstand an die untersuchten Personen, d.h. deren Sichtweisen, Deutungen und Relevanzsetzungen erfolgt. Dieses Verfahren ist dann sinnvoll, wenn es um die Beschreibung der Welt durch die Augen der Untersuchten und die Kopplung der Interpretationsprozesse an die Eigenperspektive der Untersuchten geht (Terhart 1981: 772) und wenn die theoretische Praxis eine mit den Interpretierten gemeinsame Praxis vorbereiten soll (vgl. Klüver 1979: 75).“ S. 184</p>	<p>Es hat keine kommunikative Validierung der generierten Grounded Theory durch die direkten Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer stattgefunden. Stattdessen wurde die GT durch andere im deutschen Gesundheitssystem praktisch und wissenschaftlich tätige Akteurinnen und Akteure validiert, um den Abstraktionsgrad der entwickelten Theorie zu überprüfen.</p>
<p>3. Verallgemeinerbarkeit</p>	
<p>„Mit diesem gemeinsamen Kriterium quantitativer und qualitativer Forschung wird thematisiert, inwiefern die Theorie, die im Forschungsprozess entwickelt wurde, auf andere Kontexte (Personen, Situationen, Bedingungen) transferierbar ist. Anders ausgedrückt, wird geprüft, wofür die Analyseergebnisse repräsentativ sind. Es geht um das Aufzeigen der Grenzen der Gültigkeit der generierten Theorie.“ S. 185</p>	
<p>Strategien</p>	<p>Vorgehen in der vorliegenden Studie</p>
<p>„Dichte Beschreibungen („thick description“), ein Konzept, das für die Ethnographie von</p>	<p>Durch die detaillierte Darstellung der Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer</p>

<p>Geertz (1983, 1988) entwickelt wurde, wird von Seale (1999, 108) sowie Lincoln/Guba (1985: 316) als eine Möglichkeit beschrieben, das Problem der Verallgemeinerbarkeit in der qualitativen Forschung zu lösen. Sehr detaillierte (dichte) Beschreibungen der Fallstudie(n) sollen dem Leser ermöglichen, seine eigenen Schlussfolgerungen darüber zu ziehen, inwiefern die Ergebnisse auf einen anderen Kontext übertragbar sind.“ S. 185</p> <p>„Die Technik der Triangulation (s. o.) als bewusster Mix von Methoden, Theorien, Forschern und Datenquellen lässt sich auch hier einordnen. (...)“ S. 186</p>	<p>wurde der Untersuchungskontext genau beschrieben.</p> <p>Zudem wurden viele Textbeispiele aus den Interviews aufgeführt, um die entstandenen Konzepte zu belegen und einer dichten Beschreibung der Theorie gerecht zu werden.</p> <p>Im Sinne der Daten-Triangulation wurden verschiedene Berufsgruppen (Pfleger, Therapeutinnen und Therapeuten, sowie Hausärztinnen und Hausärzte) interviewt.</p>
<p>„Die zwei folgenden Techniken haben zum Ziel, die Ereignisse und Bedingungen zu identifizieren, die das Phänomen hervorrufen bzw. es modifizieren. Dabei sollen die Kontexte (Personen, Situationen, Bedingungen), die nur zufällig in der Theorie enthalten waren, herausgefiltert und aus der Theorie ausgeschlossen werden. Ergebnis ist eine im Vergleich zur dichten Beschreibung „schlanke“ Theorie. Damit dürfte die Transferierbarkeit der Ergebnisse besser einschätzbar sein.</p> <p>a) Nachdem im Forschungsprozess eine (vorläufige) Theorie über den Untersuchungsgegenstand entwickelt wurde, wird ein Gedankenexperiment durchgeführt (in Anlehnung an Weber 1930 und Gerhardt 1986). Dabei werden die vorliegenden Fälle daraufhin analysiert, welche Elemente, Ursachen und Bedingungen letztlich essentiell sind, d.h. für das Hervorbringen der vorläufigen Theorie ausreichend sind.</p>	<p>Die Methode des ständigen Vergleiches ist eine Analysemethode der GTM, die in jeder Phase der Theoriegenerierung stattfindet.</p>

<p>b) Es werden Fälle gesucht, die maximal und minimal verschieden zur generierten Theorie sind (Fallkontrastierung). Das kontrastierende Vergleichen der Fälle ermöglicht eine Identifikation der Elemente, die gleichartige Fälle miteinander teilen und so eine Selektion der relevanten Elemente (Bedingungen, Interaktionen, Situationen, Ereignisse etc.).“ S. 185</p>	
<p>4. Intersubjektive Nachvollziehbarkeit</p>	
<p>„Mit der Herstellung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit der Studie wird die Voraussetzung für die Bewertung der Forschung durch Dritte geschaffen. Dazu dient in erster Linie die Dokumentation des Vorgehens (...).“S. 186</p>	
<p>Strategien</p>	<p>Vorgehen in der vorliegenden Studie</p>
<p>„Es sind die in der Studie realisierten Methoden für Erhebung und Auswertung, Samplingstrategien, Transkriptionsregeln, methodische Entscheidungen, zugrunde liegende Daten und Bewertungskriterien zu dokumentieren. Die Dokumentation der Theoriegenerierung aus den Daten wird erleichtert, wenn softwarebasierte Auswertungsmethoden wie z.B. ATLAS.ti oder MAXQDA verwendet werden. Zu dokumentieren ist auch das theoretische Vorverständnis. Dies kann z. B. dadurch erfolgen, dass der Forscher vor dem Start der empirischen Erhebung die vermuteten Ergebnisse formuliert.“ S. 186</p>	<p>Die Samplingstrategien, das Vorgehen der Datenerhebung und -analyse sowie Auszüge aus den Rohdaten als Zitate und die umgesetzten Bewertungskriterien wurden im Methodikteil dokumentiert. Zum Datenmanagement wurde die Software MAXQDA genutzt. Des Weiteren wurde ein Forschungstagebuch geführt sowie Memos verfasst, in denen sich auch mit den Präkonzepten, also dem theoretischen Vorverständnis auseinandergesetzt wurde.</p>

Neben den Qualitäts- bzw. Bewertungskriterien speziell für qualitative Forschung nach Steinke (2007) wurden bei der Planung, Durchführung und Evaluation der vorliegenden Studie auch die „Checkpoints that researchers and reviewers can use to evaluate the methodological consistency of a grounded theory study“ und die „Checkpoints that researchers and reviewers can use to evaluate the quality and applicability of a grounded theory study“ von Corbin and Strauss (2015, S.350ff) (vgl. Kapitel 5) berücksichtigt.

3.3.5 Forschungsethik

Die vorliegende Studie wurde als Substudie der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Studie „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim - eine qualitative Untersuchung von Problemen in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern und Entwicklung von Verbesserungsstrategien“ (interprof) (Mueller et al., 2015) bei der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburger mit der Ziffer MC241/12 geprüft. Das Vorgehen über die Information und Einverständniserklärungen der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer bis hin zur Archivierung der Daten wurde entsprechend mit der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg abgestimmt.

Alle Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer wurden ausführlich schriftlich und mündlich über die Studie aufgeklärt. Anschließend war das Unterschreiben der Einverständnisklärung durch die Teilnehmenden erforderlich. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten jederzeit und ohne Angabe von Gründen ihr Einverständnis zurückziehen und aus der Studie ausscheiden, ohne dass sich daraus Nachteile für sie ergeben hätten. Bei Widerruf der Zustimmung wären die Daten sofort und endgültig gelöscht worden. Ein Widerruf fand allerdings durch keine Teilnehmerin und keinen Teilnehmer statt. Bei der Datenerhebung wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer noch einmal auf die Freiwilligkeit und den vertraulichen Umgang mit den erhaltenen Informationen hingewiesen. Die Teilnehmenden konnten vor, während und nach der Datenerhebung, aufkommende Fragen besprechen. Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten wurden in pseudonymisierter Form auf Papier und elektronischen Datenträgern im Institut für Allgemeinmedizin gespeichert. Jegliche Nutzung der erhobenen Daten erfolgte ebenfalls nur in pseudonymisierter Form. Von den digitalen Audioaufnahmen der Interviews wurde eine Sicherheitskopie in einem gesicherten Datenschränk eingelagert. Die Zwischenspeicherungen auf der Festplatte des Aufnahmegerätes wurden nach Erstellung der Sicherheitskopie gelöscht. Nach Abschluss der Studie werden Transkriptionen und Audioaufnahmen für die Dauer von 10 Jahren nach Studienende in einem verschließbaren Stahlschränk archiviert. Danach werden sie unwiederbringlich vernichtet.

4 Ergebnisse

Um die in dieser Studie entstandene Grounded Theory in ihren Entstehungskontext, und damit in der Gültigkeit der Ergebnisse, einzuordnen, wird in diesem vierten Kapitel zunächst ein Überblick der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie, unterteilt in die einzelnen Berufsgruppen, gegeben. Die darauffolgende Präsentation der entstandenen „Theorie der Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit“ unterteilt sich in zwei Unterkapitel. Sie beginnt mit der Darlegung des Kernkonzeptes „Beteiligungsbereitschaft“. Im zweiten Unterkapitel werden die vier „Kontexttypen der Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit“ jeweils kurz am Anfang des Kapitel vorgestellt, die Bedingungen, die zur Existenz und Aufrechterhaltung der Beteiligungsbereitschaft an dem jeweiligen Handlungstypen führen, benannt, sowie die Interaktionen mit Strategien und daraus folgenden Reaktionen, welche die jeweilige Beteiligungsbereitschaft zeigen, abgebildet.

4.1 Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer

In der Zeit vom November 2013 bis November 2016 wurden insgesamt 20 episodische Interviews mit einer Gesamtdauer von 18 Stunden und 28 Minuten geführt. Die Soziodemographischen Daten der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer (9 Therapeutinnen und Therapeuten, 5 Pflegefachkräften und 6 Hausärztinnen und Hausärzte) aus Norddeutschland sind in der Tabelle 8, Tabelle 9 und Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 8: Charakteristika der teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten (n=9)

Beruf	Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten (n = 6) Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten (n = 3)
Geschlecht	männlich (n= 2) weiblich (n= 7)
Alter in Jahren	23 - 69
Berufsjahre	1 - 46
Anzahl besuchter Heime	1 - 7
Anzahl der im Heim betreuten Patientinnen und Patienten	1 - 32
Arbeitszeit (h) pro Woche im Heim	< 1 - 60

Besonderheiten	Praxisinhaberin/Praxisinhaber mit Angestellten (n= 2); selbständig ohne Angestellte (n= 3); angestellte Therapeutin; stellvertretende Leitung (n= 1); angestellte Therapeutin - Praxisräumlichkeiten im Heim (n= 1); angestellte Therapeutin mit Bachelor (n= 2).
Dauer der Interviews in Minuten	46 - 75

Tabelle 9: Charakteristika der teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte (n=6)

Beruf	Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin (n= 4) Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin (n= 2)
Geschlecht	männlich (n= 4) weiblich (n= 2)
Alter in Jahren	47 - 64
Berufsjahre	19 - 31
Anzahl besuchter Heime	1 - 6
Anzahl der im Heim betreuten Patientinnen und Patienten	3 - 100
Arbeitszeit (h) pro Woche im Heim	< 1 - 13
Besonderheiten	Einzelpraxis (n= 3) Gemeinschaftspraxis (n= 3)
Dauer der Interviews in Minuten	30 - 66

Tabelle 10: Charakteristika der teilnehmenden Pflegenden (n=5)

Beruf	Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheits- und Krankenpfleger (n= 2) Altenpflegerin/Altenpfleger (n= 3)
Geschlecht	männlich (n= 3) weiblich (n= 2)
Alter in Jahren	24 - 46
Berufsjahre	0,5 - 22
Arbeitszeit (h) pro Woche im Heim	7,5 - 40
Träger und Größe des Heimes	freigemeinnützige Einrichtung mit 100-150 Plätzen (n= 3)

	christliche Einrichtung mit < 100 Plätzen (n= 2)
Besonderheiten	Pflegedienstleitung (n= 1); stellvertretende Pflegedienstleitung und Wohnbereichsleitung (n= 1) Wohnbereichsleitung (n= 1) Praxisanleiterin/Praxisanleiter (n= 1) z.Zt. als (studentische) Aushilfe tätig (n= 1)
Dauer der Interviews in Minuten	43 - 65

Die Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer wurden durch Vergabe eines individualisierten Kürzels pseudonymisiert, um deren Identität zu schützen, und dennoch die Zuordnung der Interviewpassagen zu ermöglichen. Interviewzitate wurden beispielsweise für eine Hausärztin oder einen Hausarzt mit der laufenden Nummer 01 und die in MAXQDA bezifferten Absätze 30 bis 32 wie folgend gekennzeichnet: HA 01 – 30-32.

4.2 Theorie der Beteiligungsbereitschaft an Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim

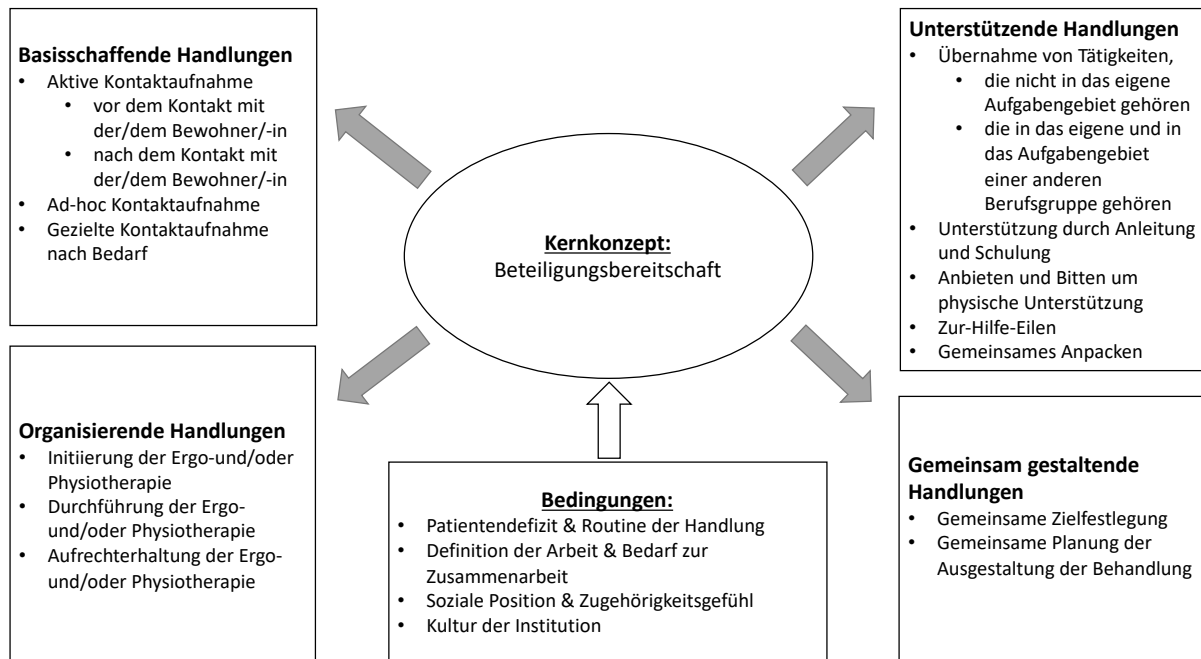


Abbildung 8: Theorie der Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit im Pflegeheim

Das Kernkonzept, der in dieser Studie entwickelten Grounded Theory, ist die „**Beteiligungsbereitschaft**“ (Abbildung 8). Die verschiedenen Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim, die Akteurinnen und Akteure bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern ausführen, können in vier Kontext- bzw. Handlungstypen beschrieben werden: die Beteiligungsbereitschaft an 1. **basisschaffenden Handlungen**, 2. **organisierenden Handlungen**, 3. **unterstützenden Handlungen** und 4. **gemeinsam gestaltenden Handlungen**.

Die Daten der vorliegenden Studie zeigen, dass die Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit im Pflegeheim über alle Kontexttypen hinweg von verschiedenen individuellen und organisationsbezogenen Bedingungen abhängig ist. Je nach Kontexttyp treten diese in verschiedenen Ausprägungen auf. Die individuellen Bedingungen konnten unter den Begriffen „**Patientendefizit**“ (in-vivo-code), **Routine der Handlung**, **Definition der eigenen Arbeit**, **Bedarf zur Zusammenarbeit**, **Zugehörigkeitsgefühl** und **soziale Position** konzeptualisiert werden. Sie treten häufig gepaart auf. Als ein organisationsbezogener Aspekt, der zur Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit führt, konnte die **Kultur der Institution** bestimmt werden.

4.2.1 Beteiligungsbereitschaft - das Kernkonzept

Die **Beteiligungsbereitschaft** umfasst als Kernkonzept verschiedene Aspekte. Immer beinhalten die Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit ein Interaktionsgeschehen zwischen den beteiligten Akteurinnen und Akteuren.

Zunächst einmal arbeitet jede Akteurin und jeder Akteur im Pflegeheim autonom. Dabei kann die Arbeit (mehr oder weniger) selbst gewählt oder zugeteilt werden, ist durch einen inhaltlichen oder zeitlichen Rahmen definiert, und mono- bzw. multiprofessionell angelegt. Die Handlungen in diesem Dienstleistungssektor sind in erster Linie Interaktionen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Wenn man aber davon ausgeht, dass es sich bei interprofessioneller Versorgung im Pflegeheim um die Bereitstellung umfassender Dienstleistungen für die Bewohnerinnen und Bewohner durch zwei oder mehr Angehörige der Berufe im Gesundheitsbereich handelt, finden zwangsläufig Aushandlungsprozesse zwischen den Interaktantinnen und Interaktanten statt.

Für die Kernkategorie wurde der Begriff „Beteiligung“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2019) durch den Begriff der „Bereitschaft“ ergänzt, da die „Beteiligungsbereitschaft“ somit sowohl das aktive Teilnehmen, das Sich Beteiligen und die Mitwirkung im Sinne der „Beteiligung“ als auch das eher passive Bereitsein und die Bereitwilligkeit des Begriffes der „Bereitschaft“ beinhaltet.

Die Kernkategorie beinhaltet also die Bereitschaft, sich selbst an Handlungen der Zusammenarbeit aktiv oder passiv zu beteiligen, sowie die Bereitschaft, andere (Angehörige anderer Berufsgruppen) in Entscheidungen und Handlungen einzubeziehen.

4.2.2 Kontexttypen der Beteiligungsbereitschaft an Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim

Die Herausforderung die Kontexttypen der Beteiligungsbereitschaft darzustellen, liegt darin, dass Interaktionen nicht statisch sind, sondern sich ständig weiterentwickeln. Um allerdings typische Muster bei der (Weiter-)Entwicklung der Interaktionen zu verfolgen, und sie mit dem jeweiligen Kontexttyp der Beteiligungsbereitschaft zu verknüpfen, sind die folgenden Kapitel so aufgebaut, dass diese zunächst den (1) Kontexttyp beschreiben, gefolgt von den (2) Bedingungen, unter welchen der Kontexttyp

existent ist, um dann (3) die daraus folgenden Handlungen - Interaktionen mit Strategien und Reaktionen darzustellen.

Obwohl das Vorhandensein einer bestimmten Kombination von Bedingungen zum Auftreten und Vorhandensein eines bestimmten Kontexttypen führt, kann eine Veränderung, auch von einzelnen Bedingungen, einen anderen Kontexttypen hervorrufen. Einige Bedingungen sind über die Kontexttypen hinweg gleich, auch wenn sie in verschiedenen Ausprägungen und Kombinationen mit anderen Bedingungen auftreten. Sie werden in den folgenden Kapiteln bei ihrem ersten Auftreten als aus den Daten entwickelte Konzepte zunächst kurz eingeführt. Ihre auf den jeweiligen Kontexttyp bezogenen Dimensionen und Eigenschaften sowie weitere Bedingungen, die zu einer Beteiligungsbereitschaft in dem jeweiligen Kontexttyp führen, werden in dann in den jeweiligen Unterkapiteln näher ausgeführt. Zur kurzen Übersicht der Bedingungen dient die Tabelle 11.

Tabelle 11: Bedingungen für die Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit im Pflegeheim

„Patientendefizit“
Schwere der Erkrankung, die damit verbundene Pflegebedürftigkeit, und die möglichen Einschränkungen in der Mobilität und Kommunikationsfähigkeit einer Bewohnerin/eines Bewohners.
Routine der Handlung
Routine in der Interaktion mit der Bewohnerin/dem Bewohner, grundsätzliche Vertrautheit mit der Umgebung Pflegeheim sowie mit einzelnen Therapiemaßnahmen.
Definition der eigenen Arbeit
ist abhängig von: <ul style="list-style-type: none"> • der ganzheitlichen Betrachtungsweise, • dem empfundenen Verantwortungsgefühl & der Sympathie für die Bewohnerinnen/Bewohner, und (potentiellen) Kolleginnen/Kollegen sowie • dem Verantwortungsgefühl gegenüber den eigenen Angestellten, der Krankenkassen, dem Gesundheitssystem und der Gesellschaft.
Bedarf zur Zusammenarbeit
basiert auf der Definition der eigenen Arbeit und unterteilt sich in: <ul style="list-style-type: none"> • Bedarf an Informationen • Bedarf an physischer Unterstützung • Bedarf an emotionaler/psychischer Unterstützung • Bedarf an Expertise einer anderen Profession

Zugehörigkeitsgefühl
eigene Perspektive der jeweiligen Akteurin/des Akteurs <ul style="list-style-type: none"> • eng miteinander verbundene Konzepte • beide Konzepte stehen in Relation mit der verbrachten Zeit in Bezug auf die Anzahl der Patientinnen/Patienten, die seitens externer Akteurinnen/Akteure in einem Pflegebereich bzw. in einem Heim betreut werden, und der Art und Zuverlässigkeit der Zusammenarbeitserfahrungen.
sozialen Position
Perspektive der Interaktantin/des Interaktanten auf die jeweils andere Person
Kultur der Institution
(Institution = Pflegeheim, Therapie- und Hausarztpraxis, jeweils mit allen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern) Wertesysteme, Traditionen und Glaubensrichtungen in Abhängigkeit der Organisation einer Institution

4.2.2.1 Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen

Im Pflegeheim kommt es regelmäßig sowohl Ad-hoc, nach Bedarf oder auch routinemäßig, am Anfang oder Ende eines Hausbesuches externer Hausärztinnen und Hausärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten, zu einer Kontaktaufnahme oder einem Informationsaustausch mit anderen an der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner beteiligten Akteurinnen und Akteure. Ziel dieser interprofessionellen Handlungen ist es, eine Grundlage für die eigene Arbeit zu schaffen und gleichzeitig, eine Basis für weitere Formen der Zusammenarbeit zu bilden. Diese Handlungen können deshalb als **basisschaffende Handlungen** bezeichnet werden.

Aus den Daten gehen verschiedene Bedingungen hervor, die zur Existenz und Aufrechterhaltung der Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim führen.

Eine erste Bedingung für die Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen ist das „**Patientendefizit**“ (ET 03 – 142). Mit dem Konzept **Patientendefizit** sind die Schwere der Erkrankung, die damit verbundene Pflegebedürftigkeit, und die möglichen Einschränkungen in der Mobilität und Kommunikationsfähigkeit einer Bewohnerin oder eines Bewohners gemeint.

I: Gibt es einen Unterschied, äh, bei der Bedeutung auch von Zusammenarbeit, äh, nach Diagnose? IP: .. Mhm, nein, nicht nach Diagnose, aber ich finde nach Krankheitsfortschritt. Also äh, wenn die Krankheit schon sehr schwerwiegend geworden ist oder aber, ne, also der Schlaganfall schon gleich zack sehr stark war, äh, und also - oder nach Einschränkung. Nicht vielleicht nach Krankheitsfortschritt, sondern nach Patientendefizit. Äh, da macht es einen totalen Unterschied. [...] (ET 03 - 141-142).

Der **Bedarf einer Bewohnerin oder eines Bewohners an ärztlicher und therapeutischer Betreuung** geht oft einher mit dem Einzug ins Pflegeheim, einer Entlassung aus dem Krankenhaus, sowie einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes.

Durch Einschränkungen in der Mobilität und Kommunikation können sich pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner oftmals nicht mehr selbständig um ihre Belange kümmern, sowie „valide Informationen“ (HA 01 - 127) über ihren Gesundheitsstatus geben.

IP: [...] Da wir Ärzte ja im Pflegeheim wirklich ähm, häufig von den Patienten nicht mehr valide Informationen kriegen, sind wir absolut angewiesen auf die Zusammenarbeit mit Pflegenden, auf die Zusammenarbeit mit allen, die an dem Patienten zu tun haben. Also insofern finde ich das wirklich die zentrale Rolle. Wenn die Zusammenarbeit nicht wäre, könnte ich da nicht arbeiten. Ja, das muss man ganz klar sagen: Viele der Patienten sind ja gar nicht mehr in der Lage noch wirklich vernünftig ihre Beschwerden zu äußern oder noch einem zusammenhängend Auskunft zu geben. Die wissen ja zum Teil gar nicht, was mit Ihnen passiert ist im Krankenhaus, warum sie da gewesen sind. [...] (HA 01 - 127)

Eine zweite Bedingung für die Beteiligungsbereitschaft ist die **Routine der Handlung**. Bei dem Konzept **Routine der Handlung** geht es nicht nur um die Routine in der Interaktion mit der einzelnen Bewohnerin oder dem einzelnen Bewohner, die eine Akteurin oder eine Akteur hat, sondern auch um eine grundsätzliche Vertrautheit mit der Umgebung Pflegeheim sowie einzelnen Therapiemaßnahmen.

Gerade bei der **Übernahme neuer Patientinnen und Patienten**, beispielsweise Bewohnerinnen und Bewohner, die aufgrund einer neurologischen Erkrankung, z.B. durch einen Schlaganfall oder ein dementielles Syndrom, in ihrer **Mobilität und Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt** sind, haben die behandelnden Thera-

apeutinnen und Therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzten noch **wenig Routine** in der Interaktion mit den Patientinnen und Patienten und es ist ihnen oftmals nicht möglich, adäquat mit ihnen zu kommunizieren.

IP: [...] Also ich finde, äh, wenn ein sehr schwer betroffener Patient ist, der vielleicht selber nicht mal mehr kommuni- also verbal kommunizieren kann, dann ist es noch viel wichtiger am Anfang. Dann lernt man den Patienten irgendwann kennen, dann lernt man ja auch das nonverbale ein bisschen besser zu deuten. Dann ist es nicht mehr, also ich finde es immer noch wichtig, aber es ist nicht mehr so essentiell vielleicht und deswegen finde ich schon, dass es nach, nach Defizit. (ET 03 - 142)

Auch wenn bei einer Fortsetzung der hausärztlichen bzw. therapeutischen Versorgung einer Pflegeheimbewohnerin oder eines Pflegeheimbewohners eine gewisse **Regelmäßigkeit der Hausbesuche** von den externen Akteurinnen und Akteuren eingehalten wird, wie z.B. feste Hausbesuchstage, liegen zwischen den Hausbesuchen oftmals mehrere Tage, bei Ärztinnen und Ärzten manchmal sogar Wochen.

IP: [...] Die wissen in der Regel auch wann wir da sind, wir haben feste Tage. [...] (PT 02 - 10)

I: Mhm. Haben Sie feste Tage dafür? IP: Ja. I: Ja. IP: Das geht nicht anders. I: Ja. Und dann feste Tage für ein festes Heim oder fahren Sie dann von - oder gehen Sie von Heim zu Heim? IP: Nein, also eigentlich feste Tage für ein festes Heim, äh, was sich häufig nicht machen lässt, weil ein anderes dann anruft und sagt: „Bewohner Meier geht es nicht gut, können Sie mal kommen?“ I: Ja. IP: So. Und dann heißt es eben an den Besuchstagen auch noch möglicherweise auch noch ein zweites Heim aufzusuchen. (HA 01 - 6-13)

Die externen Akteurinnen und Akteure sind somit nicht unbedingt über den aktuellen Gesundheitsstatus „ihrer“ Patientinnen und Patienten informiert. Die Pflegenden, welche die Bewohnerinnen und Bewohner, durch ihre **höhere Anwesenheitszeit** im Heim, mit einer anderen Regelmäßigkeit sehen, sind deshalb die **ersten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für alle Belange**.

IP: [...] und ähm die Pflege hat sicherlich einen größeren Anteil insofern, als das die zeitlich natürlich nochmal ganz anders am Patienten dran sind und noch viel stärker in Alltagssituationen, in Alltagsaktivitäten, ähm weil das ja auch wenn, wenn man in der Physio- und in der Ergotherapie schon viel am Patienten auch dran ist und auch

relativ viel Zeit mit denen am Stück verbringt ähm, ist das natürlich von aus Pflege-sicht nochmal was anderes. [...] (PT 03 – 124)

Das **Patientendefizit** und die **Routine der Handlung** sind oftmals miteinander verbundene Aspekte, die zu einer Beteiligungsbereitschaft führen. Vor allem bei stärker in der Kommunikation oder Mobilität eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern, und einer wenig ausgeprägten Routine der Akteurinnen und Akteure in der Interaktion mit diesen Bewohnerinnen und Bewohnern zeigt sich eine höhere Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit.

Ähnlich verhält es sich mit den Aspekten **Definition der eigenen Arbeit** und **Bedarf zur Zusammenarbeit**.

Bei dem aus den Daten abgeleiteten Konzept der **Definition der eigenen Arbeit** geht es um die Bestimmung und Abgrenzung der eigenen Arbeit an sich. Genauer gesagt ist damit der Anteil gemeint, den Handlungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit haben können oder aus der Perspektive der Akteurinnen und Akteure haben sollten, um die eigene Arbeit ausführen zu können.

Ob Tätigkeiten in den berufsspezifischen und auch individuellen Tätigkeitsbereich einer Akteurin oder eines Akteurs gehören, und ob Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit als ein Teil der eigenen Arbeit definiert werden, ist aus den Daten heraus von folgenden, Faktoren abhängig: (1) *der ganzheitlichen Betrachtungsweise auf die Bewohnerin oder den Bewohner*, (2) *dem empfundenen Verantwortungsgefühl und der Sympathie für die Bewohnerin oder den Bewohner, sowie für die (potentiellen) Kolleginnen und Kollegen*, und (3) *dem Verantwortungsgefühl gegenüber den eigenen Angestellten, der Krankenkassen, dem Gesundheitssystem und der Gesellschaft*.

(1) Ganzheitliche Betrachtungsweise auf die Bewohnerin oder den Bewohner

Akteurinnen und Akteure, welche die in der Medizin und den Gesundheitsberufen vorherrschende ganzheitliche Sichtweise von Gesundheit umsetzen, und sich in die ganzheitliche Versorgung der Bewohnerin oder des Bewohners aktiv einbringen oder einbezogen sein möchten, sind an Handlungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit, wie z.B. einem Informationsaustausch über die Bewohnerin oder den Bewohner interessiert.

IP: Oh! Also ich fange mal an; mir ist das total wichtig, ich finde, das ist das Schönste an unserem Beruf, dass man sich austauschen kann und ich finde auch, also so wie ich meinen Beruf verstehe als Ergotherapeutin, dieses Ganzheitliche, geht es auch gar nicht anders. Also man kriegt nicht so einen Blick auf den Th- auf den Patienten, wenn nur ich und der Patient sind und nicht auch noch Angehörige, andere Therapeuten, Ärzte, Pflege dazu geholt werden. Wenn ich mir da für mich irgendwie Informationen hole oder die mir die freiwillig bringen, sage ich mal, äh aber ein Beispiel fällt mir jetzt gerade gar nicht ein. (ET 03 – 138)

(2) Empfundenes Verantwortungsgefühl und Sympathie für die Bewohnerin oder den Bewohner, sowie für die (potentiellen) Kolleginnen und Kollegen

Eng verknüpft mit der ganzheitlichen Sichtweise ist auch das empfundene Verantwortungsgefühl für die Bewohnerin bzw. den Bewohner. Therapeutinnen und Therapeuten³, Ärztinnen und Ärzte⁴ sowie Pflegende fühlen sich gleichermaßen für das Wohl der Bewohnerin bzw. des Bewohners verantwortlich. Sie möchten, dass die Bewohnerinnen und Bewohner sowohl pflegerisch als auch therapeutisch gut versorgt werden, um ein *würdevolles Leben* (ET 04 – 116) führen zu können.

IP: Ja so ein bisschen habe ich das vorhin schon gesagt, angedeutet so mit äh (5) äh äh das wir uns gegenseitig unterstützen, dass wir uns gegen, also wir uns austauschen, ähm das von allen Seiten Interesse da ist, dem Menschen, dem Bewohnern da äh ein äh ein würdevolles Leben zu ermöglichen, [...] (ET 04 – 116)

Neben dem Verantwortungsgefühl für die Bewohnerinnen und Bewohner tragen auch Erfahrungen mit, und die Sympathie für, (potentielle) Kolleginnen und Kollegen dazu bei, eine **basisschaffende Handlung** als Teil der eigenen Arbeit zu definieren. Vor allem bei positiven Beziehungen zu den Interaktantinnen und Interaktanten werden basisschaffenden Handlungen als Teil der eigenen Arbeit angesehen.

IP: Ich weiß nicht, weil das eine ist auch schon eine ewig lange Beziehung, die so gewachsen ist, nicht und da weiß .. weiß jeder was der andere tut, so ungefähr, oder wie man sich kümmert oder die Resultate des Kümmerns und insofern ist es dann natürlich ganz einfach, nicht? (PT 01 – 202)

stimmt Kontexten stattfinden, kann für ein konkretes und beschränktes Handlungsfeld auch von Kontexttypen gesprochen werden.

(3) Verantwortungsgefühl gegenüber den eigenen Angestellten, der Krankenkassen, dem Gesundheitssystem und der Gesellschaft

Die **Definition der eigenen Arbeit** wird auch durch die Wirtschaftlichkeit bestimmt. Praxisinhaberinnen und Praxisinhaber empfinden eine Verantwortlichkeit gegenüber ihren Angestellten, den Krankenkassen, dem Gesundheitssystem und der Gesellschaft, mit der sie ihre Bereitschaft bestimmte Handlungen auszuführen begründen.

IP: [...] Also, weil ähm ja ich eben auch diese Verantwortung hier habe für alle sozusagen [...] (ET 06 – 70)

IP: [...] Also es ist immer eine Abwägung. Wir leben halt in einem, muss man ganz klar sagen, rationierten Gesundheitssystem und ich muss immer wieder mich selber auch ein bisschen auf den Boden zurückholen und sagen: „Hast du eigentlich das Recht das zu verordnen?“ Hast du eigentlich - als Arzt hätte ich das natürlich, aber ich bin hier nicht nur Arzt, sondern ich bin ja auch der lange Arm der Krankenkassen und muss mir natürlich auch immer Gedanken klar machen: ist das wirtschaftlich zu vertreten? Ich habe ein bestimmtes Budget für diese Dinge und wenn ich jetzt einem Neunzigjährigen Ergotherapie verordne und damit mein Budget überschreite, fehlt es mir an anderer Stelle, wo ein Fünfzigjähriger es vielleicht wirklich braucht. ja? Also ist das immer eine Abwägungssache. [...] (HA 01 - 95)

Der empfundene **Bedarf zur Zusammenarbeit** der Interaktantinnen und Interaktanten basiert auf der **Definition der eigenen Arbeit** und kann alle Handlungen im Pflegeheim betreffen.

IP: Also ich glaube, es gibt keine - also mir fällt jetzt keine Situation ein, wo ich sagen würde; da macht es keinen Sinn, weil ich glaube, gerade im sozialen Bereich, gerade mit Menschen, in der Pflege mit Menschen, in der Pflege mit alten Menschen, ist es wichtig sogar, ich halte es für sehr wichtig, mit anderen zusammenzuarbeiten, um einfach auch den Druck vom Einzelnen zu nehmen. [...] (PF 02 - 63)

Er entscheidet darüber wie ausgeprägt die Beteiligungsbereitschaft an Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit ist und unterteilt sich in (1) *den Bedarf an Informationen* (siehe Kapitel 4.2.2.1 Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen), (2) *den Bedarf an physischer Unterstützung* (siehe Kapitel 4.2.2.3 Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen), (3) *den Bedarf an emotiona-*

ler/psychischer Unterstützung (siehe Kapitel 4.2.2.3) und (4) den *Bedarf an Expertise einer anderen Profession* (siehe Kapitel 4.2.2.3).

Eine Bedingung für die **Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen** ist der **Bedarf an Informationen**. Externe Akteurinnen und Akteure benötigen für die Ausführung der eigenen Arbeit, neben den aktuellen Informationen zum Gesundheitsstatus, die u.a. zur Gewährleistung der eigenen und der Sicherheit der Bewohnerinnen und Bewohner dienen, auch Informationen, die über den aktuellen Gesundheitsstatus hinausreichen. Beispielsweise dienen **Informationen zu früher ausgeführten Betätigungen** als Grundlage für die therapeutische Behandlung der Bewohnerinnen und Bewohner.

IP: Also für mich ist das schon so ein äh, Überblick, der über die 45 Minuten hinausgeht. Also ich weiß gerne, welche Tagesform hat mein Patient gerade, was ist aktuell vielleicht in der Woche gewesen, äh, was Einfluss haben könnte auf die Therapie, äh, was machen andere Therapeuten und äh, auch vielleicht - also gerade auch pflegeheimgezogen: wie war das früher? Also hat der schon immer nicht mit Besteck gegessen und wurde schon immer, also wurde schon seit langem gefüttert oder ist das eigentlich nur, weil das Pflegepersonal, das viel weniger kleckernd findet und deswegen nicht die Bettwäsche dauernd wechseln muss. Oder, keine Ahnung, also so was finde ich wichtig. (ET 03 - 84)

Zudem werden zur Ausführung der Arbeit der externen Akteurinnen und Akteure z.T. Informationen und kleine Gefälligkeiten von den Pflegenden benötigt. Gerade wenn externe Akteurinnen und Akteure eine Bewohnerin oder einen Bewohner das erste Mal im Pflegeheim besuchen, wissen sie noch nicht, in welchem Zimmer er oder sie wohnt, und wo ggf. benötigte Materialien wie Handschuhe zu finden sind. Außerdem muss ihnen jemand, sofern die Bewohnerin oder der Bewohner dazu nicht selbstständig in der Lage ist, verschlossene Zimmertüren aufschließen.

Eine weitere Bedingung für die Beteiligungsbereitschaft ist das **Zugehörigkeitsgefühl** einer externen Akteurin bzw. eines externen Akteurs sowie ihre oder seine **soziale Position** aus der Perspektive der Interaktantin bzw. des Interaktanten.

Das **Zugehörigkeitsgefühl** sowie die **Soziale Position** in einem Team oder einer Institution sind ebenfalls zwei eng miteinander verbundene Konzepte der Theorie der Beteiligungsbereitschaft an interprofessionellen Handlungen. Während das **Zugehö-**

rigkeitsgefühl die eigene Perspektive der jeweiligen Akteurin oder des Akteurs abbildet, handelt es sich bei der **sozialen Position** um die Perspektive der Interaktantin oder des Interaktanten auf die jeweils andere Person.

Beide Konzepte stehen in Relation mit der verbrachten Zeit in Bezug auf die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die seitens der Therapeutinnen und Therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte auf einem Pflegebereich bzw. in einem Heim betreut werden, und der Art und Zuverlässigkeit der Zusammenarbeitserfahrungen.

Eine regelmäßige Anwesenheit im Heim, die Versorgung mehrerer Patientinnen und Patienten sowie eine gute Erreichbarkeit können zu einem **Zugehörigkeitsgefühl** und zu einer höheren **sozialen Position** im Team und der Institution führen, sowie auch aus diesen erwachsen. Ein Arzt beispielsweise, der mehrere Wohnbereiche eines Pflegeheimes an zwei Tagen die Woche als Hausarzt betreut, fühlt sich zum einen verantwortlich für die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner, wenn er zwischendurch gebraucht wird, wird auf der anderen Seite aber auch von den Pflegenden gefragt, weitere Bewohnerinnen und Bewohner zu betreuen.

IP: [...] ich bin da einer der hauptbetreuenden Ärzte, weil es eben ganz dicht dabei ist. I: Ja. IP: Also das ist auch schon so, dass ich das ähm jedem empfehlen würde, gezielt zu sagen ein Heim und dort dann so richtig viele, weil die Möglichkeiten der Kommunikation, der Prozessveränderung, der Einflussnahme nimmt ab, je weniger man hat. [...] (HA 04 – 2-6)

Hingegen zeigt sich in den Daten, dass durch eine geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten, und damit einer geringeren Anwesenheit im Pflegeheim, auch das Zugehörigkeitsgefühl sowie die soziale Position weniger stark ausfallen können. Es fehlt der regelmäßige Kontakt der externen Akteurinnen und Akteure zu den Pflegekräften.

IP: [...] Jetzt wo ich eben, wo wir sehr einzelne Patienten überall noch nur haben, ist eben dieser Kontakt zu diesen Pflegekräften, oder zu den Pflege, ja nicht so, nicht so intensiv, weil wir haben halt auch nur einzelne Patienten. Es gibt ja viele Praxen, die haben, die haben, weiß nicht fünf, sechs, sieben, acht, neun, zehn Patienten, dann ist natürlich der Kontakt zu den Pflegekräften auch anders, ja, mich erkennt ja fast keiner, weil es sind ja immer wechselnde Pflegekräfte, so. [...] (ET 06 – 12)

Ein geringes Zugehörigkeitsgefühl bzw. eine niedrigere soziale Position wird von den externen Akteurinnen und Akteuren mit den Worten beschrieben sich im Pflegeheim als „Einzelkämpfer“ (PT 01 - 78)⁵ zu fühlen, das Gefühl zu haben, im Heimalltag „nicht [...] vorgesehen“ (ET 02 - 114)⁶ zu sein oder selbst durch das Stellen einfacher Fragen zu stören.

IP: Ähm, also ich finde es letztlich sehr traurig und auch erschreckend, dass die meisten Leute hören nicht zu. Oder sie, es ist oft für mich das Gefühl, als würde ich stören. Als wäre ich unbequem, also auch wenn ich ganz einfache Fragen stelle: „Ist Frau Soundso im Krankenhaus“ oder „Hast du was von Frau Soundso gehört, die halt letzte Woche ins Krankenhaus gekommen ist?“ Das ist als würde ich sagen: „Kannst du mir mal drei Stunden deiner Zeit widmen oder sowas“, also ich finde das schon sehr heftig (2) ähm (6) ja, und also wenn ich das dann öfters erlebe, dann spreche ich die Leute natürlich nicht mehr an ((lacht)), die entsprechenden Personen, ja. (ET 04 – 54)

Vor allem wenn man als externe Therapeutin oder externer Therapeut nur selten in einem Heim anwesend sei, fühle man sich, anders als in Heimen in denen man bereits sehr intensiv Zeit verbracht habe, als „Zugvogel“ (PT 01 - 126).

IP: Na, hier bin ich natürlich fast wie zuhause, nicht, dass äh, in einem anderen bin ich mehr der Zugvogel. [...] (PT 01 - 126)

In den Aussagen wird sichtbar, dass der Wunsch nach Teamzugehörigkeit und einer guten sozialen Position unterschiedlich motiviert ist. Während es einigen um den Einfluss auf Prozesse (vgl. HA 04 – 2-6) geht, betonen andere den Wunsch nach Interesse an ihrer Arbeit, nach fachlicher Anerkennung sowie Wertschätzung der eigenen Person.

Vor allem Therapeutinnen und Therapeuten, die aufgrund einer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit der von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten, z.B. aufgrund einer fortgeschrittenen Demenz, wenig Rückmeldung von diesen erhal-

⁵ IP: Wenn man da mich in den äh, äh, wenn man dann da drin ist äh, dass man doch äh, merkt, äh, dass man auch zum Teil ganz schöner Einzelkämpfer ist. (PT 01 - 78)

⁶ IP: Ach so, inwiefern ich Einfluss haben auf die äh, so Zusammenarbeit? Ähm, auch wenig, würde ich sagen, wenig Einfluss, weil ich einfach nicht, eher nicht so vorhergesehen bin - vielleicht. Das klingt jetzt komisch, aber ähm, so im Heimalltag, also ich komme - aber das hat auch ganz doll, glaube ich, damit zu tun, dass ich irgendwie von außen komme, dass ich extern bin. [...] (ET 02 - 114)

ten, scheinen einen größeren Wunsch nach Austausch mit Angehörigen anderer Berufsgruppen, nach Interesse an ihrer Arbeit⁷ sowie nach Teamzugehörigkeit⁸ zu haben.

IP: [...] Ähm, würde ich mich einfach total freuen, wenn ich die einfach ähm, wenn wir uns mal zufällig treffen würden, so was wir auch hin und wieder mal machen und sie einfach mal, mal fragt so: „Ach ja, hast du den einfach auch so zum Beispiel, hast du den auch in Behandlung? Und so - Und den habe ich auch und irgendwie.“ Ähm, ja, dass man sich dann kurz austauscht und, und ähm, ja, auch netten Gespräch so, also ich finde das immer ähm - ja, so nett so, also so ein netter Kontakt einfach. [...] (ET 02 – 128)

Die **Beteiligungsbereitschaft an Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim** wächst mit dem Zugehörigkeitsgefühl zum Team. Gegenseitige Sympathie, regelmäßige Kontaktaufnahme von beiden Seiten, sowie ein **wertschätzender Umgang**⁹ miteinander sind genauso gute Voraussetzungen dafür, wie auch eine langjährige Erfahrung¹⁰ miteinander.

IP: Positiv, wie sie sagt, unsere, unsere Leute aus dem Haus, die wirklich auch - wo es eine Zusammenarbeit ist so. Wo ich einfach sage: „Ja, da stimmt die Chemie, da stimmt die Kommunikation.“ Man sieht sich auf dem Flur, sagt „Hallo“. Ähm, spricht ein paar Worte, ähm, man kann wie gesagt, man die sagen uns, was wir noch zusätzlich tun können, helfen uns, leiten uns ein bisschen an. [...] (PF 02 - 87)

⁷ IP: Mhm, mhm! ... Ähm, vielleicht mehr Interesse an dem, was ich so tue. Mhm! Ähm, ja, das ist vielleicht auch, das bringt so der Beruf der Ergotherapeutin vielleicht mit sich so, dass das auch von vornherein nicht so einfach ist, so Ergotherapie - was ist das denn? Irgendwie viele wissen das gar nicht so, was das ist richtig, was wir so machen so, dass ist irgendwie so dunkel, so viele Pflegekräfte wissen glaube ich gar nicht dieses Wort Ergo, was das bedeutet oder mein Beruf so, so das finde ich halt so sehr schwierig, [...] (ET 02 – 82)

⁸ IP: [...] Da kam ich zu einem Patienten und da gab es gerade Kaffee und Kuchen. [...] und dann äh, ähm hat mir die äh, Pflegekraft ja ähm, hat mir einen Kaffee so angeboten, so das ist vielleicht so, ((lacht)) so ein Beispiel für äh, ja Zusammenarbeit ist das ja nicht gerade, ne? Aber persönlich, so eine persönliche Wertschätzung irgendwie, das fand ich, hat mich dann doch sehr, sehr gefreut ((lacht)) - einfach irgendwie ja Kaffee von, angeboten zu bekommen von so einer, ja von, von der Kollegin, so, das war schön. [...] (ET 02 – 104)

⁹ IP: Also ich muss sagen, dass so dieser ähm, ich sage mal, Routineablauf, also immer dieses hinkommen, aufschließen, zur Patientin, äh kurzer Austausch darüber ob was Besonderes vorgefallen ist, gerade im Hinblick auf Stürze, ähm das klappt ganz gut, also so eine Wertschätzung da. (PT 03 - 96)

¹⁰ IP: [...] Und das ist eben das, was ich hier eigentlich erlebe, aber das liegt vielleicht auch an der langjährigen Zusammenarbeit. Die andere Zusammenarbeit ist noch nicht so lange, ich sage mal, die ist jetzt vielleicht zwei, eineinhalb Jahre. [...] (PT 01 - 150)

Zudem führt eine **regelmäßige Anwesenheit** der externen Akteurinnen und Akteure im Heim, sowie eine längere **Dauer der Zusammenarbeit**, zur Vertrautheit und einem selbstverständlicheren Umgang miteinander.

IP: [...] Also man äh ist hier äh, also man kennt sich schon zu lange, als das man hier noch so förmlich ist, sag ich mal ne, das ist einfach eine Lockerheit also untereinander. (PF 04 – 48)

Ganz wesentlich für die Beteiligungsbereitschaft ist außerdem der beobachtete **emphatische Umgang mit der Bewohnerin** oder dem Bewohner, der aus Sicht der Akteurinnen und Akteure auch ein Grad der Kompetenz ist.

IP: Ja, doch, da fällt mir auch noch was ein, das war ganz toll, das war auch eine, die keine echten Nachkommen hatte, eine Dame. Liegt gar nicht so lange zurück und die war ziemlich am Ableben und war furchtbar unruhig, und da ist mir nur aufgefallen, also ich bin da bei ihr gewesen und wie eine Schwester sagte: „Äh, die kann ich doch jetzt gar nicht mehr alleine lassen, ich muss doch bei ihr bleiben.“ Also es ist ganz, ganz positiv gewesen, wie viel Sensibilität auch von Einzelnen dann aufgebracht wird, die merken, da ist so eine Unruhe, da muss jemand hin, der ihr vielleicht mal die Hand hält oder sie mal streichelt. (PT 01 – 190)

Mit zuverlässigen¹¹, engagierten¹² und empathischen¹³ Interaktantinnen und Interaktanten wird gerne zusammengearbeitet.

*IP [...]: Also äh, manche dieser Kontakte habe ich so angebahnt, aber der größte Teil ist eben so, dass die Pflegenden wissen, die macht das und das und die ist da und dafür gut und dann vermitteln die einem das sozusagen. **I: Ähm, jetzt habe ich gerade gehört, Sie haben gesagt: „Jemand ist irgendwie gut.“ Also was,***

¹¹ IP: Ja. Sozusagen die Zusammenarbeit ist natürlich so, dass die ähm (..) die ist unterschiedlich, gibt Therapeuten oder Physiotherapeuten, mit denen ich sehr gerne zusammenarbeite, die auch eine gute Arbeit machen, die auch sehr zuverlässig sind. Und es gibt welche, die sind das nicht so, ja. Und dementsprechend freue ich mich, wenn die einen sozusagen zum Zuge kommen und die anderen eben nicht so zum Zuge kommen, ja. [...] (HA 04 - 162)

¹² I: Ähm (3) inwieweit haben Sie einen Einfluss darauf mit wem Sie zusammenarbeiten? IP: Gute Frage. Also, wenn die Therapeuten alle Zeit hätten, ist es mir irgendwo freigestellt, wen ich empfehle und wen ich als erstes anrufe, wenn ich es ganz übernehmen soll. (2) Also, denke ich schon, dass ich, wie gesagt, immer den ersten Therapeuten, das ist die Besagte, die so engagiert ist. (PF 03 - 256-257)

¹³ IP: [...] und äh wir verstehen uns eben gut ne, also ist, weil sie eben auch ein wirklich emphatischer Mensch ist für die Bewohner, also es ist unglaublich, wie die auch die Leute, also auf die Bewohner eingeht und das finde ich so schön, [...] (PF 04 – 138)

ähm, können Sie das irgendwie beschreiben, also was das so ausmacht? IP:
Ja, ja, also äh, das - wir reden ja hier von .. alten, häufig multimorbiden, manchmal dementen Patienten und ich finde, die Therapie, gerade die Physiotherapie setzt ein enormes Einfühlungsvermögen voraus, um mit diesen Menschen wirklich zufriedenstellend arbeiten zu können. Und äh, ich finde das also, dass ein Therapeut, eine Therapeutin wirklich eine besondere Gabe haben muss, auf diese alten Menschen so einzugehen, dass die sich auch öffnen können und wahrgenommen fühlen. Und es nützt nichts, wenn da jemand rumkommandiert und sagt: „Heben Sie mal den Arm! Oder heben Sie das Bein oder laufen Sie mal hinter mir her!“ äh, sondern, da gehört eben wirklich etwas dazu, dass diese alten Menschen Vertrauen schöpfen können und sich mit dieser Person und dem, was diese Person macht auch identifizieren können. [...] (HA 01 – 59-61)

Ein weiterer Aspekt der zur Beteiligungsbereitschaft führt ist die **Kultur der Institution**. Der Kulturbegriff in der vorliegenden Studie umschreibt, in Anlehnung der Kulturdefinition der Organisation der Vereinten Nationen für Bildung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO)¹⁴, welche Wertesysteme, Traditionen und Glaubensrichtungen in Abhängigkeit der Organisation in einer Institution vorliegen. Der Begriff der Institution in dieser Studie umfasst nicht nur das Pflegeheim, sondern auch die Therapie- und Hausarztpraxis, jeweils mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

In den Daten wird sichtbar, dass neben den einzelnen Personen auch die Abläufe in einem Haus einen Einfluss auf die Beteiligungsbereitschaft haben. Externe Akteurinnen und Akteure nehmen je nach Organisation der Einrichtung eine unterschiedliche Bereitschaft zur Zusammenarbeit beim Pflegepersonal im Pflegeheim war. In Pflegeheimen mit einer günstigen Kultur für die interprofessionelle Zusammenarbeit sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter motiviert und interessiert an Gesprächen mit Externen.

IP: [...] wir haben eins, was, was sehr professionell geführt wird und, und eine sehr hohe äh Mitarbeitermotivation hat, ähm darum kann man nicht so sagen, ich gehe darein und es sieht immer gleich aus. Es gibt Heime, da komme ich an ähm, da, da

14 „Die Kultur kann in ihrem weitesten Sinne als die Gesamtheit der einzigartigen geistigen, materiellen, intellektuellen und emotionalen Aspekte angesehen werden, die eine Gesellschaft oder eine soziale Gruppe kennzeichnen. Dies schliesst nicht nur Kunst und Literatur ein, sondern auch Lebensformen, die Grundrechte des Menschen, Wertesysteme, Traditionen und Glaubensrichtungen.“ Weltkonferenz über Kulturpolitik. Schlussbericht der von der UNESCO vom 26. Juli bis 6. August 1982 in Mexiko-Stadt veranstalteten internationalen Konferenz. Hrsg. von der Deutschen UNESCO-Kommission. München: K. G. Saur 1983. (UNESCO-Konferenzberichte, Nr. 5), S. 121.

merkt man denn, dass die die Pflege äh an einer Kommunikation interessiert ist, [...]
(PT 02 - 10)

In Heimen, in denen eine negative Kultur vorherrscht, haben die Pflegenden aus Sicht der externen Akteurinnen und Akteure gerade genug Kapazität für die Basistätigkeiten wie die Grundpflege und das Anreichen des Essens.

IP: Das ist klipp und klar, also die nichtmotivierten Heime mmh warum, was heißt warum sind sie nicht motiviert, also häufig ist es eine schlechte Führung und ein, ein schlechter Mitarbeiterschlüssel glaube ich äh und viele Leute sind krank. Das heißt, ich habe eine riesengroße Station mit irgendwie vierzig Bewohnern zur Zeit durchziehen, ähm die bräuchten es definitiv dass die im Handling besser werden. Aber die haben schlicht und ergreifend keine Zeit und kein Kopf dafür. Also für die geht es ums nackte Überleben, Essen servieren, äh Grundpflege machen und die, die kommen aus dem Stress nicht raus. Da kriegt man keinen Ansatzpunkt, und da kriegt man, da kriegen wir auch keinen Ansatzpunkt, [...] (PT 02 – 28)

Für eine Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufsgruppen haben sie aus der Perspektive der Interaktantinnen und Interaktanten wahrscheinlich keine Zeit und/oder kein Interesse.

IP: [...] ähm es gibt Heime, denen ist es scheißegal auf Deutsch gesagt, ob da jetzt jemand durchläuft oder nicht, also ich ähm, ob ich da bin oder nicht, ist der Pflege egal, weil die entweder so chronisch überlastet sind, dass sie gar keine Zeit haben sich um andere Sachen zu kümmern oder kein Interesse, das kann ich nicht beurteilen. [...] (PT 02 - 10)

Hohe Arbeitsbelastung, Zeitmangel, ständig wechselndes Personal, viele Zeitarbeitskräfte, hoher Krankenstand sowie der Führungsstil wirken sich negativ auf die Beteiligungsbereitschaft an Handlungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit auf beiden Seiten aus.

IP: ((holt hörbar Luft)) (4). Ja es wäre schön mit einer Pflegekraft, eine Bezugspflegekraft irgendwo auf einer Station zu haben, aber selbst wenn das äh in den Heimen mal auf einer Station für eins zwei Wochen so ist, ist danach ein großer Kranken-, Urlaub- oder sonstiger Stand und die Leute sind auf einer anderen Station weg, selber krank, selber im Urlaub, also ähm ich muss sagen, in vielen Heimen vermisse ich eine gewissen Konstanz der Leute, die ich da sehe. [...] aber es ist, eigentlich geht man

fast jede Woche einmal über eine Station und sieht ein neues Gesicht in der Pflege. Ähm und das macht es häufig sehr schwierig, weil dann die Erfahrung zeigt, ja ich habe mich eine Woche stundenlang mit einer Pflegekraft beschäftigt und gemacht und getan und danach habe ich sie nie wiedergesehen. Und das ist so ((knurrender laut)) ok, gut. Ähm dann, dann sind zum Teil halt, springen die von Station zu Station, ähm die Informationen gehen einfach verloren. [...] (PT 02 - 54)

Neben der mangelnden Beteiligungsbereitschaft und einer defizitären Ausführung der Pflege, wird auch ein nicht-wertschätzender Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern in Häusern mit negativer Kultur beobachtet.

IP: Ich hatte neulich in einem Haus eine Situation äh, der Herr sitzt im Rollstuhl, ((atmet hörbar ein)) es war Mittagszeit, die sind natürlich alle immer auch personell knapp bestückt, aber der musste zur Toilette, wollte nur die Flasche haben und dann kam der Pfleger rein und machte: ohhh, also der war so genervt, dass und dann denke ich, das darf einfach nicht sein. ((lacht kurz auf)) Der hat ein Bedürfnis, der muss zur Toilette, der sitzt im Rollstuhl, und dann kommt ein Pfleger und macht so ein Gesicht? ((atmet hörbar ein)) das geht nicht. (ET 05 - 34-36)

Zudem haben weitere organisationsbezogene sowie auf das Gesundheitssystem bezogene Bedingungen einen Einfluss auf die Beteiligungsbereitschaft.

Die freie Arzt- und Therapeutenwahl führt dazu, dass die **Anzahl der zu betreuenden Patientinnen und Patienten** in einem Heim und die Dauer der Anwesenheit der Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten, stark variiert. Zudem ist die hausärztliche Tätigkeit, sowie Ergo- und Physiotherapie, im Pflegeheim **aufsuchende Arbeit**. Das bedeutet, dass Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner aufgrund ihrer Einschränkungen die ambulanten Praxen nicht mehr aufsuchen können und in einem Hausbesuch behandelt werden müssen.

Das führt auf der einen Seite dazu, dass es Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten gibt, die einzelne bis wenige Patientinnen und Patienten in einem Pflegeheim betreuen. Auf der anderen Seite praktizieren Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten, die an einem oder an mehreren Tagen der Woche fast ausschließlich Patientinnen und Patienten in einem einzelnen Heim oder auf einem Pflegewohnbereich versorgen.

IP: Ja, ist unterschiedlich, also ich bin zum Beispiel ja in dem anderen äh Pflegeheim, oder überhaupt also ich bin ja tageweise dann, ich verteile mich ja sozusagen, oder meine Zeit, sie wissen was ich meine. Und bei den anderen ist das ähnlich, also da in dem anderen Pflegeheim ist eine Physiotherapeutin, die fünfmal die Woche da ist, ansonsten ist das ganz unterschiedlich, weil die ja halt verschiedene Heime und Einrichtungen zum Teil ja auch dann die anderen auch mit Kindern in Kindergärten arbeiten oder so, das ist einfach unterschiedlich, ich kann das gar nicht genau sagen. (ET 04 – 16)

Sofern von externen Akteurinnen und Akteuren nur einzelne oder wenige Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegeheim hausärztlich oder therapeutisch versorgt werden, wählen Hausärztinnen und Hausärzte¹⁵ sowie Therapeutinnen und Therapeuten z.T. die **Randzeiten** für einen Hausbesuch. Das bedeutet, dass sie die Betreuungszeiten für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner vor oder nach den Zeiten legen, in denen die Patientinnen und Patienten in der Praxis behandelt werden.

IP: [...] ähm meistens versuchen wir das immer so organisatorisch zu machen, dass es dann eben im Anschluss an den kompletten Praxisablauf ist sozusagen, also das wir zwischendurch nicht aus der Praxis rausgehen, weil dann so viel Zeit verloren geht. [...] (PT 03 – 6)

Einige Träger von Pflegeheimen vermieten Räumlichkeiten an Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten, jedoch finden sich **Arzt- und Therapiepraxen in Pflegeheimen** eher selten. Die Ergo- und Physiotherapiepraxen, die sich in den Räumen eines Pflegeheimes befinden, behandeln neben den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern auch ambulante Patientinnen und Patienten.

IP: Ja. Ja, ja, die haben, also die haben äh, unten die Praxis, also zumindest die bei uns sind, haben unten die Praxis und haben aber auch die Praxis offen für, für außerhalb, für Patienten von außerhalb. [...] (PF 02 – 137)

¹⁵ **I: Ja. Ähm, gibt es mit anderen Berufsgruppen äh, Kontakt dann im Pflegeheim? Also dass sie irgendwie - IP: Außer den Pflegekräften? I: Genau. IP: Relativ selten. Vielleicht liegt das an meinen Uhrzeiten. Also ich komme vor - im Allgemeinen vor oder nach der Sprechzeit, das heißt entweder um halb sieben, sieben oder nachmittags ähm, also ja, ab 16 Uhr. Manchmal komme ich nach der Sprechstunde, das ist dann nach 19 oder 20 Uhr. Nur mein Hausbesuchstag, dienstags, da bin ich den ganzen Tag unterwegs. Und natürlich irgendwann auch zu normalen Zeiten mal im Pflegeheim. Aber da treffe ich selten andere Berufsgruppen und es ist noch so, dass ich die Termine in den Pflegeheimen lieber ganz früh und ganz spät lege, weil die Patienten ja definitiv da sind und der Laden sowieso in Betrieb ist. [...] (HA 02 – 13-16)**

Trotz der räumlichen Nähe finden Behandlungen in den Praxisräumlichkeiten eher selten statt, da die Bewohnerinnen und Bewohner, die Praxisräumlichkeiten häufig nicht selbständig aufsuchen können. Stattdessen erhalten die Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner eine Heilmittelverordnung mit Hausbesuch. Die therapeutischen Behandlungen werden dann in den Zimmern der Bewohnerinnen und Bewohner oder auch in den Gemeinschaftsräumen, auf den Fluren oder in einem extra dafür eingerichteten Behandlungsraum im Pflegeheim durchgeführt. Dieses sind auch die Orte, an denen sich die externen Akteurinnen und Akteure zufällig oder verabredet treffen können.

*IP: Es ist unterschiedlich also zum Teil gehe ich ähm zu den Patienten ins Zimmer, zum Teil behandle ich sie dort, ähm (2) in den einem Pflegeheim haben wir auch ein Behandlungsraum. Wir nehmen sie auch zum Teil mit in den Behandlungsraum, wobei ich den relativ wenig benutze, weil wir dann oft zu mehreren sind und mir ist das dann zu unruhig, ähm zum Teil behandle ich sie ja auch auf den Gängen. Kommt drauf an was dran ist. und ähm jetzt hier ist wir äh unsere Praxisräume sind ja hier in dem Pflegeheim, das heißt zum Teil kommen die Leute dann auch hierher aus dem Pflegeheim in die Praxis oder ich nehme sie mit in die Praxis. So, genau. Also von daher ist es schon ein bisschen unterschiedlich, dann gibt es auch ähm insbesondere in dem anderen Pflegeheim ähm Patientinnen überwiegend, die äh fast die ganze Zeit nicht auf ihrem Zimmer sind, sondern in so einem - diesen Tagesräumen sind und da kann es auch, also das ich sie dort abhole und wieder hinbringe. Also das es nicht so in dem Sinne ihr Zimmer ist. **I: Mmh, also ich habe das so verstanden, dass es, das sind dann wahrscheinlich die mobileren Patienten, die kommen dann auch mal hier in die Räumlichkeiten, also in die Therapieräumlichkeiten selbständig zu bestimmten Zeiten.** IP: Entweder mobiler, also das wäre dann kein Hausbesuch, sondern die kommen dann in die Praxis, das ist aber seltener (ET 04 – 2-4)*

Ein weiterer Ort, der die Zusammenarbeit ermöglicht ist das Stations- bzw. „Pflegezimmer“ (ET 03 – 42), das sowohl externen Akteurinnen und Akteuren die Möglichkeit bietet Pflegende dort anzutreffen, als auch ein **Ort der Begegnung** ist, an dem Zu-

sammenarbeit mit anderen an der Versorgung beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten¹⁶ oder Ärztinnen und Ärzten initiiert werden kann.

IP: Mhm. Äh, ja ich war, weiß schon äh, schon wie die aussieht irgendwie die Ärztin, also ich wusste, dass das die Ärztin war auch die für viele Patienten dort irgendwie hat. Und ich ähm, .. wusste auch irgendwie, dass die an diesem Tag kommt, die ist ähm, glaube ich, alle zwei Monate kommt die dann immer und führt dann Visite dann durch in diesem Altenheim. Und dann äh, saßen die ähm, äh, im, im Büro, genau in dem Stationszimmer und äh, ich komme da auch öfter rein und und hole dann ähm, das Material da dann raus, was ich dann für meine Behandlungen dann brauche und habe dann gesehen, dass sie dann dort saß mit der einen Pflegekraft und ähm, habe mich dann auch äh, ja kurz vorgestellt und gesagt wer ich bin [...] (ET 02 – 54)

Die gleichzeitig vorliegende Verordnung von Ergo- und Physiotherapie stellt eine weitere, auf das Gesundheitssystem bezogene Bedingung dar, die zur Beteiligungsbereitschaft an interprofessionellen Handlungen im Pflegeheim zwischen Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten führen kann. Insbesondere die gleichzeitige Anwesenheit verschiedener Therapeutinnen bzw. Therapeuten unterschiedlicher Berufsgruppen in einem Heim, und ein mehr oder minder zufälliges Aufeinandertreffen auf dem Flur oder im Stationszimmer begünstigen die Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit.

Die Handlungen - Interaktionen und ihre Anlässe und Beweggründe, die eine Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen im Pflegeheim zeigen, finden zu verschiedenen Gelegenheiten statt (Tabelle 12).

¹⁶ *IP: Das war durch Zufall, wir waren in dem Pflegezimmer und äh .. ich habe da gerade in die Akte reingeschrieben und da sie mittlerweile alle Pflege kennt, also Pflegekräfte dort kannte - ich nicht, ich - da gingen die Leute ein und aus und die haben auch nicht immer einen Kittel oder einen Kasak oder sonst irgendwas angehabt, sondern waren teilweise auch in Zivil, so wie Sie auch. Und äh, dann weiß ich gar nicht mehr, ob sie mich angesprochen hat oder ich sie, auf jeden Fall war dann klar, sie ist die Physiotherapeutin von meinem Patienten und ich bin die Ergotherapeutin und dann haben wir halt gesagt: Ja, es wäre ja irgendwie gut, sich da mal auszutauschen, [...] (ET 03 – 42)*

Tabelle 12: Handlungen - Interaktionen, die eine Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen im Pflegeheim zeigen

<p>(1) Aktive Kontaktaufnahme vor dem Kontakt mit der Bewohnerin/ dem Bewohner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sich bei dem Pflegepersonal vorstellen bzw. anmelden • Bereitschaft zur Zusammenarbeit signalisieren • Austausch über Patientinnen/Patienten • Basis für die eigene Arbeit einholen*
<p>(2) Aktive Kontaktaufnahme nach dem Kontakt mit der Bewohnerin/ dem Bewohner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sich bei den Pflegenden abmelden (Verantwortungsübergabe) • Rückmeldung zu den Inhalten des Besuches geben (Erklären und Rechtfertigen der eigenen Arbeit) • Unterschriften einholen • „Delegation“ von Tätigkeiten
<p>(3) Ad-hoc Kontaktaufnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basis für die eigene Arbeit einholen* • Sinnhaftigkeit der Fortsetzung der Therapie besprechen
<p>(4) Gezielte Kontaktaufnahme nach Bedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basis für die eigene Arbeit einholen* • Meldung von Besonderheiten und akuten Ereignissen

* (Informationen, Orientierungshilfe, Zimmer aufschließen)

(1) Aktive Kontaktaufnahme mit den Pflegenden vor dem Kontakt mit der Bewohnerin oder dem Bewohner

Das aktive **Aufsuchen der Pflegenden**, wenn möglich **im Stationszimmer**, hat für externe Therapeutinnen und Therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte vor dem Kontakt mit der Bewohnerin oder dem Bewohner mehrere Funktionen. Manche stellen sich routinemäßig bei einem ersten Kontakt und /oder vor jedem Kontakt mit der Bewohnerin oder dem Bewohner beim Pflegepersonal vor, oder melden sich an, wenn sie die Bewohnerin oder den Bewohner neu übernommen haben.

IP: [...] Also der Pflegebereich ist schon so, dass man am äh, Pflegezimmer vorbeimuss und ich habe mich da immer angemeldet, damit die wissen, da laufe ich jetzt rum, weil ich ja von extern bin. [...] (ET 03 - 12)

Eine weitere Funktion des Aufsuchens der Pflegekräfte ist es, als Basis für die eigene Arbeit, etwas über das Befinden der Bewohnerin oder des Bewohners sowie über besondere Vorkommnisse seit dem letzten Besuch zu erfahren.

IP: [...] Da wenn ich einfach ähm, anfangen zu arbeiten, (...) dann ähm, frage ich dann auch immer wie es den ähm, Patienten denn ähm, geht. Ich würde jetzt, ähm, zu denen hingehen zu Herrn Sowieso und ob mit ihm alles in Ordnung ist. Finde ich einfach mal ganz gut so vorher zu fragen das Pflegepersonal, ob irgendwas passiert ist, oder so, man weiß ja nie, und so, oder so. [...] (ET 02 - 76)

Für Interaktantinnen und Interaktanten, die schon Vorerfahrungen mit der gemeinsamen Versorgung einer Bewohnerin oder eines Bewohners haben, dient das Aufsuchen auch als Möglichkeit des Austausches über „schwierige Patienten“.

IP: Ja ich kann das jetzt gar nicht konkretisieren, aber einfach so: man sieht sich, man begegnet sich, man äh, man macht ein Feedback. „Wie geht es ihm denn heute, ist er grauenvoll drauf oder heute ist er also wirklich der reinste Sonnenschein, was können wir?“ Also so, oder auch gerade bei psychisch sehr schwierigen Patienten, wo man sich dann schon mal sagt: meine Güte! Und da sagt, hat mir schon: „Die hat mich heute Morgen geschlagen.“ Ich sage: „Na ja gut, mal gucken was daraus wird.“ Und – Also so geht – tauscht man sich einfach aus. Ich weiß nicht ähm, man kann das vielleicht nicht immer Zusammenarbeit, aber man kann es Austausch nennen. Also es ist ein reger Austausch, so würde ich sagen. (PT 01 – 134)

Zudem werden Pflegende gebeten, externen Akteurinnen und Akteuren eine Orientierungshilfe zu geben, z.B. wo sich das Zimmer der Bewohnerin oder des Bewohners befindet, oder im Zusammenhang mit der Versorgung bzw. Therapie benötigte Hygieneartikel.

IP: [...] Ähm, und musste dann manchmal auch, also der hatte dann auch äh, mal ein ISO-Zimmer, dann musste ich fragen: „Wo sind die Handschuhe?“ Und so. Also – [...] (ET 03 – 12)

Auch die Bitte, die Zimmertür der Bewohnerin oder des Bewohners aufzuschließen oder den Schlüssel bereitzustellen, gehört zu der aktiven Kontaktaufnahme mit den Pflegenden vor dem Kontakt mit der Bewohnerin oder dem Bewohner.

IP: [...] Ähm dann ist es so, dass die Türen zu den einzelnen Zimmern nicht frei zugänglich sind, also ich würde da jetzt so einfach nicht reinkommen und ich habe auch

keinen Schlüssel, das heißt für mich ist es immer so der erste Gang dann zum Pflegestützpunkt, wo ich dann eben ähm kurz frage, ob mich eben jemand ins Zimmer lässt oder leihe mir kurz einen der Schlüssel aus, und ähm spaziere dann ins Zimmer. [...]
(PT 03 – 06)

In einigen Heimen präsentieren sich die Pflegenden als „aufgeschlossen“ (ET 03 - 22), empfangen die Externen wie erwartete Gäste, zeigen und erklären ihnen die Örtlichkeiten.

IP: [...] Also ich hatte sehr positive, das ist in dem Heim, wo ich jetzt bin, die sind sehr aufgeschlossen, die haben mich gleich begrüßt und ich war auch gleich angekündigt. Die wussten sofort, wer ich bin, äh, wussten auch, dass ich jetzt aufschlagen muss und das war total positiv. Haben mir gleich das Zimmer gezeigt und mir noch so ein bisschen was erklärt [...] (ET 03 - 22)

Eine Beteiligungsbereitschaft bei den Pflegenden an basisschaffenden Handlungen zeigt sich ebenfalls bei den Handlungen: **Informationen geben, interessiert zuhören, Zimmer aufschließen** bzw. den **Schlüssel bereitstellen** sowie durch **aktives Nachfragen**.

IP: Also ich muss sagen, dass so dieser ähm, ich sage mal, Routineablauf, also immer dieses hinkommen, aufschließen, zur Patientin, äh kurzer Austausch darüber, ob was Besonderes vorgefallen ist, gerade im Hinblick auf Stürze, ähm das klappt ganz gut, also so eine Wertschätzung da. (PT 03 - 96)

IP: Also (8), es gibt so ein paar Leute, wo ich weiß, wo es Sinn macht, die zu treffen ((lacht)), um es vorsichtig zu sagen. Also es gibt ein paar Leute, wo ich so das Gefühl habe, ähm die hören zu, äh die können nachvollziehen und ähm die kümmern sich dann auch, äh aber das sind wenige. [...] (ET 04 – 52)

In anderen Heimen haben externe Therapeutinnen und Therapeuten das Gefühl, nicht stören zu dürfen, da die Tür des Stationszimmers verschlossen ist.

[...] Und in einem anderen Pflegeheim ähm, war es wirklich so, dass ich da mich irgendwie gar nicht zurechtgefunden habe und weder Zimmer, noch Stock, noch Patient gefunden habe, wo es halt wirklich so: „Wir haben die Tür zu, das heißt, du darfst jetzt nicht stören.“ So, also - ((lacht)) Äh, sehr unterschiedlich war das, die erste Situation. (ET 03 - 22)

Keine Reaktion, wie das **Nichtaufblicken von der PC-Arbeit** oder nicht in einen Dialog über die Bewohnerin oder den Bewohner zu treten, wird von den Therapeutinnen und Therapeuten als Nicht-Verstehen und Desinteresse an der therapeutischen Arbeit sowie als ein **Abwenden potentieller Mehrarbeit** gewertet.

IP: [...] Oder wenn jemand drin war, saßen die immer am Computer. Und wenn man – also, wenn ich dann reingekommen bin, haben die sich nicht mal umgedreht, oder irgendwie äh, sonst wie reagiert und auch wenn ich sie dann angesprochen habe, haben sie noch nicht reagiert, sondern erst, wenn ich sie noch mal angesprochen habe, kam so ein kurzes: „Mhm!“[...] (ET 03 – 38)

Eine wiederholte Erfahrung mit **sich abgrenzenden Pflegenden** führt dazu, dass externe Akteurinnen und Akteure sich bei Bedarf nicht mehr an die „entsprechenden Personen“ (ET 04 – 54) wenden, sondern andere Pflegende ansprechen.

*IP: [...] Und es gibt halt so ein paar, zwei drei Leute, wo ich weiß, ähm wenn der heute nicht da ist, dann warte ich bis morgen und spreche ihn dann halt morgen an oder wenn er, wenn ich ihn halt das nächste Mal erreiche und es gibt halt auch genug Leute, wo ich weiß, ich spreche sie nicht an. **I: Woran machen sie das aus ob es Sinn macht oder ob sie die nicht ansprechen?** IP: Ähm, also ich finde es letztlich sehr traurig und auch erschreckend, dass die meisten Leute hören nicht zu. Oder sie, es ist oft für mich das Gefühl, als würde ich stören. Als wäre ich unbequem, also auch wenn ich ganz einfache Fragen stelle: „Ist Frau Soundso im Krankenhaus“ oder „Hast du was von Frau Soundso gehört, die halt letzte Woche ins Krankenhaus gekommen ist?“ Das ist als würde ich sagen: „Kannst du mir mal drei Stunden deiner Zeit widmen oder sowas“, also ich finde das schon sehr heftig (2) ähm (6) ja, und also wenn ich das dann öfters erlebe, dann spreche ich die Leute natürlich nicht mehr an ((lacht)), die entsprechenden Personen, ja. (ET 04 – 52-54)*

Einige Pflegende verbalisieren, dass ein Informationsaustausch gerade nicht in ihren (Zeit-)Plan passt. Dies wird von den Therapeutinnen und Therapeuten als positiv bewertet, da es die Option offenhält, auf die entsprechende Person zu einem späteren Zeitpunkt zuzugehen.

IP: Erst einmal Blickkontakt da, also derjenige wendet sich halt einfach mir zu, hört mir zu oder sagt „hör mal geht gerade im Moment gar nicht, hier siehste“ keine Ahnung was, so so. Dann kann ich halt wieder auf den oder diejenige zugehen, ähm

und reagiert, also auch das muss jetzt noch nicht einmal irgendwie jetzt, irgendwie das wir da einen fachmännischen Austausch haben. (ET 04 – 62)

Eine Strategie von Therapeutinnen und Therapeuten, um die Belastung der Pflegenden zu minimieren, ist eine **Bereitschaft zur Zusammenarbeit zu signalisieren** und sich sonst aber eher etwas zurückhaltender zu verhalten.

IP: Ähm die haben alle keine Zeit, ähm sind überfordert in ganz vielen Situationen, ähm und man darf sie nicht zutexten, nicht? ((lacht kurz auf)). Also das habe ich auch erlebt, dass äh die sagen: oh da war gerade schon wieder die und die da. So, die redet einfach dann so viel, und ähm ich mache das Angebot: ich bin da, wenn ihr wollt, meldet euch, so. Wenn ich was habe melde ich mich, dann versuche ich es kurz zu halten. I: Ok. IP: Und äh das man also ja versucht, das ist eben auch eine Gradwanderung nicht? I: Ein Gefühl dafür zu haben, wie viel und wie wenig ((lacht kurz auf)). IP: Ja genau. I: Ja. IP: Ich denke das ist ganz wichtig. Wenn jemand jede Woche dreimal dasteht und erklärt, was er gemacht hat, das macht keinen fröhlich.

(2) Aktive Kontaktaufnahme mit den Pflegenden nach dem Kontakt mit der Bewohnerin oder dem Bewohner

Ein **Aufsuchen der Pflegenden** durch externe Akteurinnen und Akteure findet ebenfalls zum Teil routinemäßig nach dem Kontakt mit der Bewohnerin oder dem Bewohner bzw. am Ende des Hausbesuches statt.

Die Funktion des Aufsuchens der Pflegenden ist eine **Rückmeldung zu den Inhalten** des Besuches zu geben oder sich bei den Pflegenden wieder abzumelden. Bei gesundheitlich instabilen Bewohnerinnen und Bewohnern oder bei denen, die eine sogenannte Weglauftendenz haben, geben externe Akteurinnen und Akteure bei diesem Aufsuchen die Verantwortung für die Bewohnerinnen und Bewohner wieder an die Pflegenden zurück (**Verantwortungsübergabe**).

IP: [...] ich glaube, es hat ein bisschen was damit zu tun, das ist oft, das ist ein Patient der, ähm der schon ein paar Mal weggelaufen ist sozusagen und wo ich, wenn ich gehe, weil er sehr unruhig ist, gehe ich und sage: ich, ich bin jetzt wieder weg, genau, so dadurch ist vielleicht die Beziehung enger sozusagen, das kann schon, also zumindest kennen die mich wahrscheinlich mehr so vom Gesicht her so. [...] (ET 06 - 20)

Zum Teil besprechen Ärztinnen und Ärzte das weitere Vorgehen nach dem Kontakt mit der Bewohnerin oder dem Bewohner mit den Pflegenden. Daraus können sich weitere Handlungen für die Arbeit der Pflegenden ergeben, wie beispielsweise eine veränderte Gabe von Medikamenten.

IP: [...] Und wird besprochen, geguckt, untersucht (.) und dann Rezepte fertig gemacht, besprochen, dann die Akte ein bisschen geändert, Medikamente eingetragen oder abgesetzt, umgesetzt. (.) Und dann geht man wieder weg, so ungefähr. ((lacht kurz auf)) (HA 03 – 02)

Therapeutinnen und Therapeuten suchen die Pflegenden teilweise nach dem Kontakt mit der Bewohnerin oder dem Bewohner auf, um sie zu bitten, stellvertretend für die Patientin oder den Patienten die Heilmittelverordnung zu unterschreiben.

IP: [...] habe die Therapie gemacht und habe am Ende nochmal kurze Rückmeldung gegeben. [...] Und musste mir natürlich eine Unterschrift holen für das Rezept. (ET 03 - 12)

In den Daten wird außerdem sichtbar, dass es bei der Rückmeldung zu den Inhalten des Hausbesuches bei der Bewohnerin oder dem Bewohner vor allem bei Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zum **Erklären und Rechtfertigen der eigenen Arbeit** kommt. Dieses sei darin begründet, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten oftmals das Gefühl haben, dass andere Berufsgruppen wenig Ahnung von den Inhalten ihrer Arbeit haben. Deshalb berichten sie den Pflegenden nach der Therapie mit der Bewohnerin oder dem Bewohner von den Inhalten und Zielen.

IP: [...] So, also ja, ich habe das Gefühl, viele wissen gar nicht genau, was, was ich mit denen, denen mache so. ((lacht)) Mit den ähm, Bewohnern, also ähm, .. das vielen auch eher egal ist so, machen irgendwie schnell ihre Arbeit, sind nicht so interessiert ähm, obwohl mir, ich ähm, ähm, wenn ich dann meine Behandlung fertig bin dann, dann auch ähm, dokumentiere ähm, dann erzähle ich dann auch, was ich mit dem gemacht habe, mit dem Patienten, so dem Pflegepersonal, weil ich äh ja, denke, dass es für sie dann auch interessant, wie er heute so reagiert hat, wie es ihm so geht, äh, ähm, und das ist halt total verschieden, wie das so aufgenommen wird, ob jemand das interessiert vom Pflegepersonal oder auch nicht. Aber ähm, ich habe schon das Gefühl, dass die meisten ähm, ja das nicht so interessant finden oder auch nicht so zuhören, im Stress sind sehr und dann so: „Ja, ja, ja.“ sagen, dann ähm, gleich weiter machen dann so mit ihre Arbeit. .. Ja. Punkt. ((lacht)) (ET 02 - 76)

Neben der Intention, eine Basis für die eigene und gemeinsame Arbeit zu schaffen, geht es bei der Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen auch darum, für die weitere Zusammenarbeit sowie den persönlichen Kontakt eine Grundlage herzustellen.

Die Strategien, eine **Rückmeldung zu den Inhalten und Zielen zu geben**, die **Verantwortungsübergabe** am Ende der Therapie und das **Erklären und Rechtfertigen der eigenen Arbeit** können zu einem Beziehungsaufbau zwischen den Interaktantinnen und Interaktanten, und damit zu einem verändertem Zugehörigkeitsgefühl und einer veränderten sozialen Position führen sowie zu anderen Typen der interprofessionellen Zusammenarbeit beitragen.

IP: [...] und ich glaube, da in diesem Gespräch haben wir auch darüber gesprochen, das ähm ich manchmal sehr niedrigschwellig arbeiten muss, weil ich manchmal gar nicht an ihn rankomme so richtig. Es kann sein, dass ich sozusagen meine Schwäche äh gesagt habe und dass sie dadurch irgendwie vielleicht, es war jedenfalls dieselbe Pflegekraft sozusagen mit der, die mich dann ähm, aber über Rasierapparat oder Vibrationsgerät oder so haben wir nicht gesprochen, also des weiß ich nicht, wie sie da draufgekommen ist. (ET 06 - 20)

Aus einem zunächst nur fachlichen Austausch entsteht mit der Zeit und wiederkehrenden Erfahrungen mit Zusammenarbeit eine Steigerung des Zugehörigkeitsgefühls und der sozialen Position. Damit einhergehend kommt es zu (fast) freundschaftlichen Beziehungen, in der die Interaktantinnen und Interaktanten sich gegenseitig beim Vornamen kennen und sich auch Dinge aus dem jeweiligen Privatleben erzählen. Interaktantinnen und Interaktanten, die sich gegenseitig sympathisch sind, arbeiten gerne und selbstverständlicher zusammen.

IP: [...] na das ist eben anders ne, man lernt sich eben halt kennen. Ich kann mich ähm, man war ja zurückhaltend auch noch ne, man kannte sich ja auch nicht so gut, ja es ist, kann ich mir, ich kann mir das jetzt nicht mehr so ganz vorstellen, muss ich ihnen sagen, aber ich kann eben mir, ich kann mir vorstellen, dass das eben so gewesen ist, dass man eben nicht äh auf die KGs vielleicht zugegangen ist, kann ich mir echt vorstellen, weil man sich nicht kannte ne, jetzt sagst, jetzt geht man einfach hin und sagt: Mensch ((nennt Vornamen der Therapeutin)) hör zu, wie ist das hier oder so ne, oder ähm wir haben Frau ((nennt einen Namen einer Therapeutin)), also wir haben wirklich viele also äh ((nennt den Vornamen einer anderen Therapeutin)) also

wirklich, mit denen kommt man so jetzt so, kannst du jetzt hingehen ne, also das konnte ich bestimmt nicht, also **I: Gibt es darüber hinaus, also über den rein fachlichen Austausch auch einen privaten** IP: ((reinsprechend)) Ja. **I: Austausch. Ja?** IP: Ja. **I: Also sie wissen auch was über** IP: Ja. Ja, also zum Beispiel über ((nennt Vornamen der Therapeutin)) weil ich immer ((wiederholt den Vornamen)) sage, aber ((wiederholt den Vornamen)) ist eben auch sehr präsent hier. **I: Ja.** IP: Also das ist so ähm die anderen auch ne, also man bra, natürlich ja, ich war auch schon mal bei ihr zuhause und äh wir verstehen uns eben gut ne, also ist, weil sie eben auch ein wirklich emphatischer Mensch ist für die Bewohner, [...] (PF04 - 130-138)

(3) Ad-hoc-Kontaktaufnahme

Neben dem gezielten Aufsuchen der Pflegenden ist das **Ansprechen im Vorbeigehen** eine weitere Strategie externer Akteurinnen und Akteure, Kontakt mit den Interaktantinnen und Interaktanten (Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegenden) aufzunehmen. Diese Ad-hoc-Kontaktaufnahme erfolgt entweder auf dem Flur, dem Stationszimmer oder dem Zimmer einer Bewohnerin oder eines Bewohners. Der Erfolg dieser Kontaktaufnahme ist einerseits abhängig von dem Ziel der Kontaktaufnahme und andererseits von dem Zugehörigkeitsgefühl und der sozialen Position der Interaktantinnen und Interaktanten.

Eine Therapeutin, die beispielsweise in einem Pflegeheim eine Bewohnerin neu versorgt und einer Pflegekraft „zufällig“ (ET 02 – 86) auf dem Flur begegnet, nutzt das **Ansprechen im Vorbeigehen** „um noch ein bisschen was in Erfahrung zu bringen“ (ET 02 – 86) über ihre Patientin. Diese zufälligen Begegnungen werden allerdings nicht als besonders fruchtbar angesehen.

IP: [...] wenn ich zu neuen Patienten gehe, den ich eben noch gar nicht gesehen habe und die den intensiv auch kennen ähm, das ist jetzt auch neulich mal passiert, da habe ich dann auch ähm, bevor ich anfrage dann auch ähm, eine Pflegekraft, die ich dann getroffen habe zufällig auf dem Flur dann gefragt bisschen, um noch ein bisschen was in Erfahrung zu bringen, gesagt, ich fahre zu irgendwie einer Patientin, fange dort noch an und ähm, ähm, was, was tut der Mensch denn so gerne zum Beispiel, ähm und dann jetzt hat die Person sich dann schon kurz Zeit genommen aber ähm, .. die wusste komischerweise auch nicht so viel, viel zu sagen darüber jetzt, ähm, und äh, irgendwie verfranz ich mich, glaube ich, gerade so ein bisschen. Ja, das

ist mir gerade noch aufgefallen, eingefallen das Beispiel, aber es ist eher ähm, ähm, ja, ich bin, bin nicht so zufrieden so mit der Zusammenarbeit. (ET 02 – 86)

Bei Interaktantinnen und Interaktanten, bei denen bereits ein Zugehörigkeitsgefühl und eine soziale Position stattgefunden hat, wird das **Ansprechen im Vorbeigehen** gezielt genutzt, um „auf einem kurzen Weg“ (PF 02 – 27) Absprachen, z.B. über die Sinnhaftigkeit der Fortsetzung einer Therapie zu treffen und Dinge zu besprechen. Der Übergang zur Beteiligungsbereitschaft an organisierenden Handlungen (Kapitel 4.2.2.2) ist hier fließend.

IP: Ja, ist ganz unterschiedlich, also manchmal ist das wirklich ganz auf einem kurzen Weg, dass man sich auf dem Flur trifft und sagt: „Hier, ich habe jetzt sechs Mal oder wie auch immer versucht, es macht keinen Sinn, wie seht ihr das?“ [...] (PF 02 – 27)

Diese kurzen Wege – sowohl räumlicher als auch zwischenmenschlicher Natur – führen zu einer erfolgreichen Kommunikation, und damit zu einem höheren Zugehörigkeitsgefühl und einer höheren sozialen Position sowie zu einer höheren Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit.

IP: [...] Äh, wir nehmen natürlich vorzugsweise schon die bei uns im Haus, weil sie einfach näher dran sind, weil die Kommunikation deutlich besser funktioniert äh, weil wir auch einfach äh, einen kürzeren Draht haben. Man geht einfach mal runter oder man ruft mal unten an. Geht deutlich schneller oder man sieht mal jemanden auf dem Flur. Ähm, infolge dessen nehmen wir die überwiegend. Kommunikation findet ja teilweise entweder wirklich auf dem Flur statt, wenn irgendwas so mal kurz abgesprochen werden soll. [...] (PF 02 – 12)

Ähnlich wie die Ad-hoc-Kontaktaufnahme (**Ansprechen im Vorbeigehen**) zwischen Therapeutinnen und Therapeuten mit Pflegenden wird auch die Kontaktaufnahme zwischen Therapeutinnen und Therapeuten mit Ärztinnen und Ärzten bewertet. Eine sich eher zufällig ergebende Kontaktaufnahme mit einer Interaktantin oder einem Interaktanten, bei wenig **gemeinsamen (Vor)Erfahrungen mit Zusammenarbeit** oder scheinbar geringerer Beteiligungsbereitschaft an interprofessioneller Zusammenarbeit, wird als weniger effektiv wahrgenommen.

IP: [...] Und dann äh, saßen die ähm, äh, im, im Büro, genau in dem Stationszimmer und äh, [...] hatte jetzt schon auch das Gefühl, dass das irgendwie .. ja, vielleicht auch nicht so gut war irgendwie. Die wirkte irgendwie, war gerade in äh, woanders halt, als mit der ähm, mit

der ähm, Altenpflegerin hat sie sich gerade unterhalten irgendwie, über irgendwelche Dinge so und dann, ja, war es, glaube ich, nicht so gut, dass ich da so reingeplatzt bin ((lacht)). [...] (ET 02 – 54)

Gespräche, die sich aus einer Ad-hoc-Kontaktaufnahme (**Ansprechen im Vorbeigehen**) ergeben, und bei denen beide Interaktantinnen/Interaktanten eine Beteiligungsbereitschaft zu basisschaffenden Handlungen mitbringen, z.B. weil sie sich bereits kennen und eine Art Zugehörigkeit zum Team empfunden wird, werden hingegen als gute Kommunikation und Zusammenarbeit von den Akteurinnen und Akteuren erachtet.

IP: Genau. Oder wenn ich die auf dem Flur sehe, dann spreche ich die an. I: Ja. IP: Ne, also das sind eben gottseidank nicht so viele verschiedene Therapeuten, dass man da eben denn kurze, und ich bin ja sehr oft da. (HA 04 – 96-98)

Eine Interaktion zwischen Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten, welche die Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen zeigt, ist der regelmäßige Austausch zu gemeinsamen Patientinnen und Patienten. Therapeutinnen und Therapeuten, die angestellt in der gleichen Praxis mit Räumlichkeiten im Heim sind, geben sich untereinander Tipps oder beraten sich bezüglich der Therapieinhalte in gemeinsamen Gesprächen. Auch diese Gespräche finden als Ad-hoc Kontaktaufnahme statt.

IP: Puh, ganz viel, also erst einmal jetzt wir untereinander, wir unterstützen uns einfach ganz viel, wir sprechen, also ich spreche äh Leute regelmäßig an, um vielleicht noch Tipps zu bekommen, um eine andere Meinung zu hören [...] (ET 04 – 26).

(4) Gezielte Kontaktaufnahme nach Bedarf

Eine weitere Strategie der Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen ist die **telefonische Kontaktaufnahme** mit der behandelnden Hausärztin oder dem Hausarzt, aufgrund von **therapierelevanten Nachfragen**, wie z.B. zur Klärung der Frage ob ein Medikament möglicherweise eine therapiehemmende Wirkung haben könnte.

IP: Äh, äh, also ich habe so eine Patientin, bei der hätte ich es mal gewollt, habe es dann aber verworfen, weil also die kriegt einfach wahnsinnig viele Medikamente und äh, eins war so ein bisschen therapiehemmend äh, aber da die hat so viele Ärzte ge-

habt und jeder Arzt hat zwei Medikamente verschrieben, dass gar nicht klar gewesen wäre, welchen spreche ich denn da an? Also weil das eine äh, Medikament nahm sie wegen der Leber und das andere wegen Diabetes und für jedes hatte sie einen anderen Arzt und der Hausarzt sagte ganz klar: „Ich habe keine Ahnung, ob die alle nötig sind, aber die anderen Ärzte sagen es, deswegen gibt es dafür Rezepte.“ Also ich habe da mal mit dem Hausarzt kurz gesprochen, aber der konnte mir dann in dem Fall auch nicht weiterhelfen. [...] (ET 03 – 78)

Auch bei (nicht-)weitergeleiteten „Handlungsempfehlungen“ (PT 02 – 46) der behandelnden Ärztin oder des Arztes und bei Entlassungsberichten aus dem Krankenhaus kann eine **telefonische Kontaktaufnahme** durch die Therapeutin oder den Therapeuten erfolgen.

IP: Also wenn, wenn es wirklich so ist, dass wir, sagen wir, kriegen Leute und wir kriegen keinerlei Information zu denen, also die haben eine diffuse Krankenakte, waren gerade im Krankenhaus, aber keinen Entlassungsbericht, haben sich irgendetwas gebrochen, sind operiert worden, aber es steht kein, keine Handlungsempfehlung, dann nerven wir den Arzt. Also dann gehen wir wirklich, dass wir, wir müssen ja uns absichern halt, ne. Und wenn der jetzt irgendwie Schenkelhalsbruch hatte und eine Prothese kriegt und die darf nicht belastet, und keiner sagt uns das, wir zergeln den aus dem Bett, haben wir ein Problem. Ähm dann besorgen wir uns die Informationen, aber das ist dann auch eher, ja, wir faxen ihnen mal den Therapiebericht oder den Entlassungsbericht oder sonst irgendwie was. Viel mehr kommt da eigentlich nicht zu. (PT 02 – 46)

Eine weitere Strategie der Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen ist die **Meldung von Besonderheiten und akuten Ereignissen**.

Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten, die nicht routinemäßig nach dem Kontakt mit der Bewohnerin oder dem Bewohner Kontakt mit den Pflegenden aufnehmen, tun das nur bei „Besonderheiten“ (HA 01 – 23), also bei festgestellten Veränderungen des Gesundheitsstandes oder nach Stürzen der Bewohnerin oder des Bewohners.

IP: [...] Und dann ähm nur wenn mir beim Patienten was auffällt, gehe ich nochmal zurück, gebe ein Feedback, trage mich ein und dann ist irgendwann, verlasse ich das Heim wieder, wenn ich fertig bin. Das ist so. Gut. (PT 02 – 10)

IP: Und das selbst eben auch nicht der Pflege äh gemeldet hat. Ähm und das bis dato dann auch keinem aufgefallen war. Und dann, ähm bin ich dann ähm daraufhin dann direkt zur Pflege gegangen in den Pflegestützpunkt und habe dann mit einer der Anwesenden, es waren glaube ich zu dem Zeitpunkt zwei Pflegekräfte da in dem Stützpunkt, ähm habe dann eben angesprochen, dass mir aufgefallen ist, dass die Patientin eben diese Platzwunde hat und äh ob das schon registriert wurde, ähm das wussten die eben wirklich nicht zu dem Zeitpunkt [...] (PT 03 – 64)

IP: [...] Oder ich sehe, dass ein Bewohner es nicht gut geht, dann melde ich das eigentlich auch oder sage immer sofort bei der äh, bei den Schwestern Bescheid oder beim Pflegepersonal Bescheid. Ähm, und damit jedenfalls äh, niemand so durch die Drallen fällt. Manchmal sind das ja nur ganz kurze Zeitabschnitte, wo einer mal kreislaufmäßig absackt, jetzt gerade bei der Hitze ist das ja gar kein Wunder. Oder, ja, manchmal ist es auch nur schlicht die Tagesform, dass jemand, ja gar nicht gut drauf ist, oder zu wenig getrunken hat, was ja leider ab und zu doch passiert, [...] (PT 01 – 02)

In Pflegeheimen mit einer Kultur, die keine Offenheit und Zeit für Zusammenarbeit zulässt, und in denen der Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern als wenig emphatisch angesehen wird, wird der Kontakt zu den Pflegenden aktiv vermieden¹⁷. Probleme werden der Einrichtungsleitung mitgeteilt¹⁸ oder die externen Akteurinnen und Akteure versuchen möglichst, ihre Patientinnen und Patienten nur so lange wie notwendig zu behandeln, keine neuen Patientinnen und Patienten mehr dort anzunehmen und diese Häuser möglichst wieder zu verlassen.

*IP: Es gibt immer Heime, wo ich mmh ungern hingehe, die ich dann auch versuche nach Versterben des Bewohners äh wieder abzugeben. **I: Können sie sagen, was an den Heimen anders ist?** IP: Äh der Ton untereinander, die Pflege untereinander. Es ist manchmal so unerträglich, wie die miteinander umgehen, dass ich äh da dann kapituliere, das habe ich auch schon gehabt. Die unfreundlich sind, die äh rumraunzen, die ja, das ganze Programm, unzufrieden mit sich und der Welt. (ET 05 - 34-36)*

¹⁷ IP: Ja, also es gab in einem Haus eine Pflegerin, äh die in meinen Augen total ungeeignet war und äh wo eben der Ton nicht stimmte, wo eben eine Ruppigkeit da war, keine Empathie in meinen Augen, keine Sensibilität ((atmet hörbar ein und aus)) ähm und dann vermeide ich den Kontakt. (ET 05 – 158)

¹⁸ IP: [...] ich habe mich damals sogar hier beschwert hier im Hause, habe gesagt, ich glaube, das habe ich damals der Pflegedienstleitung gesagt, dass ich mich gemobbt fühlte. (PT 01 – 184)

4.2.2.2 Beteiligungsbereitschaft an organisierenden Handlungen

Im Pflegeheim gibt es Handlungen, für die ein gemeinsamer Rahmen erforderlich wird oder durch gesetzliche Vorgaben (z.B. Heilmittelrichtlinie) vorhanden ist, um die Dienstleistungen für die Bewohnerinnen und Bewohner zu koordinieren. Der Fokus liegt bei diesen Handlungen eher auf der formalen als auf der inhaltlichen Zusammenarbeit.

Um diesen Rahmen zu unterstützen, oder die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten, entstehen im Kontext des Pflegeheimes u.a. Absprachen, die Verordnung von Heilmitteln, eine gemeinsame Dokumentation in der Pflegeakte der Bewohnerin oder des Bewohners sowie (schriftliche) Berichte zu Art und Inhalt der Ergo- und Physiotherapie. Die Bereitschaft, sich an diesen Handlungen zu beteiligen, wird als **Beteiligungsbereitschaft an organisierenden Handlungen** bezeichnet.

Eine Bedingung, die zur Existenz und Aufrechterhaltung der Beteiligungsbereitschaft an organisierenden Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim führt ist das **Patientendefizit**. Der Grund für einen Einzug ins Pflegeheim, eine Unterbringung im Sinne der Kurzzeitpflege und/oder für die Verordnung von Ergo- oder Physiotherapie ist meistens ein akutes Ereignis, wie eine Entlassung aus dem Krankenhaus und eine damit verbundene Verschlechterung bzw. Einschränkung der Aktivitäten und Teilhabe der Bewohnerin oder des Bewohners, im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) bzw. der Betätigungsbzw. Handlungsperformanz¹⁹ (occupational performance).

Eine weitere Bedingung für die Beteiligungsbereitschaft an organisierende Handlungen ist der Umstand, dass im deutschen Gesundheitssystem ambulant durchgeführte Ergo- und Physiotherapie als Heilmittel durch eine Ärztin oder einen Arzt verordnet werden müssen, und Therapeutinnen und Therapeuten die Patientinnen und Patienten nur auf Basis dieser Verordnung behandeln dürfen (**keine Ergo- und Physiotherapie ohne Heilmittelverordnung**).

¹⁹ „**Handlungsperformanz** ist die Fähigkeit, Rollen, Handlungsabläufe, Handlungsschritte und Handlungsteilschritte wahrzunehmen, zu wollen, ins Gedächtnis zu rufen, zu planen und durchzuführen; zum Zweck der Selbsterhaltung, Produktivität, Freizeit und Erholung als Reaktion auf Anforderungen der internen und/oder externen Umwelt.“ Arbeitskreis Modelle und Theorien Wien (Hrsg.) OPM – Occupational Performance Model (Australia). Schulz-Kircher Verlag GmbH, Idstein, 2004, Seite 17

Der Verordnung der Heilmittel liegt von Seiten der Ärztinnen und Ärzte ein **wirtschaftliches Ordnungsverhalten** zu Grunde. Sie ist aus ihrer Perspektive immer eine „Abwägungssache“ (HA 01 – 95)²⁰ zwischen dem potentiellen Erfolg für die einzelne Patientin oder den Patienten und der wirtschaftlichen Vertretbarkeit der Verordnung gegenüber dem eigenen Budget, der Krankenkasse und damit gegenüber dem Gesundheitssystem und der Gesellschaft (vgl. **Definition der eigenen Arbeit**, Kapitel 4.2.2.1 Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen).

IP: [...] Aber ich weiß, also wir haben darüber auch schon Heime und Patienten verloren. Wenn nämlich viele andere einfach, wenn sie mal angefangen haben, das einfach immer weiter unterschreiben, bis sie dann irgendwie einen Regress kriegen. Dann machen sie es auch nicht mehr. Wir machen das nicht, weil wir Angst vor dem Regress haben, da sind wir, glaube ich, toi, toi, toi, weit entfernt von. Aber ähm, aus inhaltlichen Gründen. Also eine Therapie, die keinen Erfolg hat oder eben wirklich nur .. Fußwackeln im Bett, >das brauchen wir dann auch nicht.< Das .. mache ich nicht. ((lacht)) (HA 02 – 26)

Zudem wollen Ärztinnen und Ärzte gerne inhaltlich in die therapeutische Behandlung einbezogen werden (**Einbezogen-sein-wollen in die Therapie**), statt sich als „ausführendes Organ“ (HA 01 – 99) zu fühlen, das lediglich die Heilmittelverordnungen ausstellt.

IP: [...] Denn ich kann ja nicht, mhm, ich kann ja nicht nur zum ausführenden Organ einer, einer Verordnung werden, also ich muss die ja verantworten, und ich muss mir ja auch irgendwo mir was dabei denken. Ja? Wenn die zu mir gekommen wäre und gesagt hätte: "Ich denke mir das und das und ich habe den Patienten schon mal gesehen, und bevor Sie jetzt dahin gehen, würde ich schon mal vorschlagen, was halten Sie davon?" Das finde ich Zusammenarbeit, aber das andere ist kontraproduktiv, nur. (HA 01 – 99)

²⁰ IP: [...] Also es ist immer eine Abwägung. Wir leben halt in einem, muss man ganz klar sagen, rationierten Gesundheitssystem und ich muss immer wieder mich selber auch ein bisschen auf den Boden zurückholen und sagen: „Hast du eigentlich das Recht das zu verordnen?“ Hast du eigentlich – als Arzt hätte ich das natürlich, aber ich bin hier nicht nur Arzt, sondern ich bin ja auch der lange Arm der Krankenkassen und muss mir natürlich auch immer Gedanken klar machen: ist das wirtschaftlich zu vertreten? Ich habe ein bestimmtes Budget für diese Dinge und wenn ich jetzt einem Neunzigjährigen Ergotherapie verordne und damit mein Budget überschreite, fehlt es mir an anderer Stelle, wo ein Fünfzigjähriger es vielleicht wirklich braucht. ja? Also ist das immer eine Abwägungssache. Und das ist der Grund, das sehe ich auch bei meinen Kollegen in den Heimen, die da Patienten betreuen, dass die Ergotherapie wirklich eher hinten dran ist. [...] (HA 01 – 95)

Einzelne Hausbesuche im Heim gelten bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, wie auch bei Therapeutinnen und Therapeuten, als nicht besonders attraktiv (**Unattraktivität einzelner Hausbesuche im Heim**), da sie aus ihrer Sicht Zeit kosten²¹, nicht gut vergütet werden²², mehr Stress bedeuten und für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten auch „körperlich anstrengend“ (PT 02 – 30)²³ sind.

IP: Ich glaube so grob desillusioniert ist das äh häufig ((lacht kurz auf)) also es ist Hausbesuche sind äh bei den ähm glaube ich jetzt mal global bei den Heilmittelerbringern wenig gern gesehene Tätigkeiten, also man macht sie und man macht sie irgendwie so halbwegs ordentlich, ähm aber es ist bei wenigen so dass sie so viel Herzblut da reinlegen das man wirklich sagen kann ähm es geht über das ich geh da mal hin, ich bewege ihn durch und ich gehe wieder zurück hinausgeht. [...] (PT 02 – 86)

Lohnenswert wird es für externe Akteurinnen und Akteure erst, wenn sie mehrere Patientinnen und Patienten in einer Einrichtung betreuen. Zum einen haben sie dann mehr „Power“ (HA 04 – 162), also Einfluss auf die Strukturen, und zum anderen kann neben diesem Einfluss und der Routine mit den Abläufen, durch die Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten auch eine gewisse Wirtschaftlichkeit der Tätigkeit im Pflegeheim hergestellt werden.

IP: Also das ist auch schon so, dass ich das ähm jedem empfehlen würde, gezielt zu sagen, ein Heim und dort dann so richtig viele, weil die Möglichkeiten der Kommunikation, der Prozessveränderung, der Einflussnahme nimmt ab, je weniger man hat. Und das ist auch sozusagen die Kommunikation mit Physiothera und Ergotherapeuten, also mit den Leuten, die da hinkommen, je weniger Patienten die da haben, desto schwieriger ist das. Ja? Wenn Physiotherapeuten da sind, die zwanzig, dreißig Pa-

²¹ IP: [...] ähm meistens versuchen wir das immer so organisatorisch zu machen, dass es dann eben im Anschluss an den kompletten Praxisablauf ist sozusagen, also dass wir zwischendurch nicht aus der Praxis rausgehen, weil dann so viel Zeit verloren geht. [...] (ET 03 – 06)

IP: Also ich fahre mit dem Auto zu den Pflegeheimen, ähm komme aus dem starken Verkehr sozusagen, ähm bin eigentlich immer unter Zeitdruck, weil wir eine bestimmte Anzahl an Therapien schaffen müssen, [...] (ET 06 – 02)

²² IP: [...] Im Zuge des äh Zeitdruckes und dem, äh das eben Therapien schlecht bezahlt werden und Therapien deswegen mehr gemacht werden müssen, ähm fallen diese ganzen Randsachen mehr und mehr zunehmend weg sozusagen. [...] (ET 06 – 12)

²³ IP: Also Physiothera, also Zusammenarbeit mit anderen Physiotherapeuten passiert so gut wie nicht, weil Hausbesuche sind für Physiotherapeuten eh ein äh Geschäft, was viele nicht gerne machen, ähm weil es ist einfach, es ist körperlich anstrengend, ähm alle Physiotherapeuten wollen mit Sportlern arbeiten, dummerweise haben wir nicht achtzig Millionen Sportler in Deutschland. Ähm es ist so ein bisschen schwierig, einen Therapeuten schon an den Patienten zu kriegen, [...] (PT 02 – 30)

tienten haben, ist es überhaupt kein Problem, ähm die Kommunikation, ja? Also es läuft viel einfacher, als wenn jemand mal für einen Patienten da kommt. Praktisch, sie bekommen von dem gar nichts mit, ne. Der meldet sich nicht bei uns, oder bei mir und ich weiß. Ich kriege dann gar nicht mit, von wem der Patient betreut wird, ne. Also deswegen also die machen, die Masse macht es, das ist ganz wichtig. Und für mich jetzt, also, das ist ein ganz wesentlicher Teil meiner Arbeit, ich bin eben, also dann so ein bisschen geriatrisch interessiert, das interessiert mich auch und es ist eben momentan auch, muss man schon sagen, sehr gut finanziert, das lohnt sich, im Heim zu arbeiten, wenn man so viele Patienten da betreut. (HA 04 – 06)

Eine weitere Bedingung für die **Beteiligungsbereitschaft an organisierenden Handlungen** ist, dass die Pflegenden die **ersten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für alle Belange** im Pflegeheim sind. Selbst wenn die nötige Kommunikationsfähigkeit sowie Angehörige bzw. Betreuerinnen und Betreuer bei den Bewohnerinnen und Bewohnern vorhanden sind, übernehmen die Pflegenden überwiegend die Koordination der medizinischen Belange (**Definition der eigenen Arbeit**).

Die Pflegenden bekommen den Entlassungsbrief aus dem Krankenhaus, der therapeutische Empfehlungen enthält, welche sie an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt übermitteln.

IP: Also äh die Zusammenarbeit mit den Ergotherapeuten und äh Krankengymnasten das läuft hier mmh äh so ab, im Prinzip so ab, das äh die Bewohner, die hier einziehen, kommen ja meistens aus dem oder viele kommen aus dem Krankenhaus, die bringen also einen ähm Krankenhausbrief mit, wo drinne auch steht, einzelne Maßnahmen was hier gemacht werden muss, das heißt äh von KG angefangen, Ergotherapie auch und was der Arzt noch für Medikamentenumstellungen äh äh äh hat und so weiter. Und ähm nachdem halten wir uns auch und meistens haben wir auch schon einen Hausarzt, wo wir das dann praktisch erstmal hinfaxen, diesen Arztbrief und ähm dann machen wir auch gleich entscheid, also der Arzt entscheidet ja letztendlich dann auch, ob die KG bekommen sollen oder Ergotherapie. Das macht, läuft ja eigentlich alles mit dem Hausarzt hier. Und wenn wir das okay haben, dann haben wir Telefonnummern und äh, ja, und ((kurz unverständlich)) und wir haben hier Krankengymnasten, die fest fürs Haus sind, sag ich mal, die hier auch äh tagtäglich eigentlich ähm reinschauen und ähm ja wir haben relativ viele, also viele, ich weiß jetzt nicht, wie, äh wie das aussieht, mit viele in Anführungsstrichen also, wir haben

hier vier bis fünf Krankengymnasten, Ergotherapeuten da müssen wir uns unser Telefonbuch zu äh genüge ziehen und müssten denn nachgucken ne, weil das sind eben nur Kranken, viele Krankengymnasten sind hier vor Ort. [...] (PF 04 – 08)

Außerdem werden ihnen oftmals die Heilmittelverordnungen von der Ärztin oder dem Arzt übergeben, weshalb sie sich in der Pflicht fühlen, eine geeignete Therapeutin oder einen Therapeuten für die Bewohnerin oder den Bewohner zu finden.

IP: [...] Oder Physio, die, die, ähm die Pflege, äh die Pfleger sind und Pflegerinnen sind eher auch noch anders gebunden an die Patienten. Und äh die machen natürlich manchmal den Vorschlag, ne, Physio sonst was und das wird dann irgendwann nachgedacht oder ich ((kurz unverständlich)) unv.), dann wird's verschrieben oder, ne, ich guck mir dann den Patienten an und dann kriegen sie 'n Physiorezept dann. (HA 05 – 121)

IP: [...] Also zurzeit haben wir viele Probleme, Therapeuten zu finden. Krankengymnastik, Ergo und ähnliches, die sind alle ausgebucht, was viel Zeit in Anspruch nimmt. (PF 03 – 15-16)

Damit haben die Pflegenden einen wesentlichen Einfluss darauf, wer als externe Akteurin oder externer Akteur die Bewohnerinnen und Bewohner medizinisch und therapeutisch betreut.

IP: [...] Aber das ist, wie gesagt, die Versorgung der Patienten in Stadt A in den Heimen (.), ähm das läuft halt irgendwie. Ich hab den Eindruck, durch die Heimleitung, dass sie da sozusagen das Ganze selbst steuern, das medizinische auch. Das haben sie so im Griff. Die haben ihre Ärzte, die dann gestört werden von denen und äh also ihre Interessen setzen sie durch/ also wir werden überhaupt nicht gefragt, so. (HA 03 – 153)

Eine weitere auf das Gesundheitssystem bezogene Bedingung für die Beteiligungsbereitschaft an Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim ist, dass Ergo- und Physiotherapie unabhängig voneinander verordnet werden. Dieser Umstand begründet, dass die unterschiedlichen Therapeutinnen und Therapeuten, sofern sie nicht von den Patientinnen und Patienten selbst oder über die Pflegenden bzw. die Pflegeakte darüber informiert werden, sowohl von der zeitlichen Planung der Therapien als auch von der inhaltlichen Schwerpunktsetzung, möglicherweise nichts voneinander wissen.

Die Festlegung der Therapiezeit und somit auch die zeitliche Koordination der verschiedenen Therapien wird in der Regel nicht von den Bewohnerinnen und Bewohnern selbst oder den Pflegenden übernommen, sondern erfolgt durch die behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten.

Der Arbeitsrhythmus im Heim ist für die einzelnen Therapeutinnen und Therapeuten unterschiedlich. Manche sind an mehreren Tagen im Heim und behandeln dort Bewohnerinnen und Bewohner, andere haben nur einen oder wenige Patientinnen und Patienten, die sie in Form eines Hausbesuches im Heim behandeln.

Die Daten zeigen, dass einige der Akteurinnen und Akteure ihren eigenen Zeitplan haben und sich unter einem gefühlten „Zeitdruck“ befinden (ET 06 – 02)²⁴.

IP: [...] dass immer auch verschiedene Leute, also Physiotherapeuten, kamen oder so. (...) Und dass man auch kaum mit denen geredet hat, weil die auch kaum Zeit hatten, länger zu bleiben, weil die haben ja immer ihre Termine und haben ja Fahrwege und die Fahrzeiten und da mussten sie immer schnell weg. (PF 05 – 102)

Bei den externen Akteurinnen und Akteuren sind neben den Behandlungen von Patientinnen und Patienten als Hausbesuch im Heim meist auch noch Behandlungen von Patientinnen und Patienten in der Praxis vorgesehen.

IP: Ja, also im Prinzip ist es ähm so, dass es von der Praxis relativ dicht um die Ecke ist, das heißt ich schwinde mich dann schnell auf das Fahrrad und fahre dann rüber, ähm meistens versuchen wir das immer so organisatorisch zu machen, dass es dann eben im Anschluss an den kompletten Praxisablauf ist sozusagen, also dass wir zwischendurch nicht aus der Praxis rausgehen, weil dann so viel Zeit verloren geht. [...] (PT 03 – 06)

Im Zeitplan der Therapeutinnen und Therapeuten wie auch der Pflegenden ist **keine explizit vorgehaltene Zeit** für den Kontakt mit Interaktantinnen und Interaktanten vorgesehen.

IP: [...] Ähm, es müsste halt dann wirklich einfach dann in dieser Dreiviertelstunde dann sein. So. Aber ich denke, das würde ich dann von der Behandlung auch dann auch ab – diese Zeit dann auch auf jeden Fall äh, .. jetzt fällt mir das Wort nicht ein –

²⁴ IP: [...] Also ich fahre mit dem Auto zu den Pflegeheimen, ähm komme aus dem starken Verkehr sozusagen, ähm bin eigentlich immer unter Zeitdruck, weil wir eine bestimmte Anzahl an Therapien schaffen müssen, [...] (ET 06 – 02)

abkappen wollen dann. Und das wäre auch in Ordnung so irgendwie, das dann auch zu machen so. [...] (ET 02 – 120)

IP: Also, wirklich. Also, wenn ich jetzt so ne Schicht durchgehe, ja viel Zeit hab ich dazwischen nicht, dass ich immer mal mit jemandem sprechen kann. Ich bin ja froh, wenn ich Angehörigengespräche noch irgendwie dazwischen kriege und dann nicht auf der Strecke hänge, weil ich hinter arbeite. Das ist schlimm die Situation im Pflegeheim. (PF 05 – 154)

Eine weitere Bedingung für organisierende Handlungen besteht darin, dass die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt oftmals auf Informationen von Pflegenden und der Therapeutin oder dem Therapeuten zu Inhalt, Fortschritt und Erwartungen, hinsichtlich Verbesserungen durch eine Fortführung der Therapie angewiesen ist, um einschätzen zu können, ob eine weitere Therapieverordnung sinnvoll ist.

IP: Ja, also ist für mich eine Kommunikation, das heißt, ((räuspert sich)), ist für mich äh, auch die Rückmeldung. Ähm, nicht einfach nur ausführen der, der Dinge, die ich möchte, sondern äh, wirklich die Rückmeldung wie läuft es, wie arbeitet der Patient da mit, äh, .. kommt er voran? Macht es überhaupt Sinn, was wir da tun. Ähm, es ist ja so, ich sehe das ja nicht, weil ich den Patienten vielleicht alle drei, vier Wochen oder zwei Wochen besuche, je nachdem und wie weit er jetzt krankengymnastisch oder physiotherapeutisch überhaupt vorankommt, das nehme ich ja nur am Rande wahr, weil ich ihn ja jetzt nicht bitte, mir mal vorzumachen, was er mit der Krankengymnastin gemacht hat. Deshalb bin ich auf die Rückmeldung der Krankengymnasten angewiesen. Und vernünftige Zusammenarbeit für mich ist äh, wenn man halt sagt: Ich rufe Sie mal an oder wir treffen uns mal am Patienten, wir sprechen mal miteinander oder wir reden mal auf dem Flur miteinander und äh, .. Null Zusammenarbeit ist es für mich, wenn die Leute halt dahingehen, ihre Arbeit machen und man hört nie, was eigentlich passiert. [...] (HA 01 - 69)

Auch die Handlungen - Interaktionen, die eine Beteiligungsbereitschaft an organisierende Handlungen im Pflegeheim zeigen, können in verschiedene Zeitabschnitte unterteilt werden (Tabelle 13).

Tabelle 13: Handlungen – Interaktionen, die eine Beteiligungsbereitschaft an organisierende Handlungen im Pflegeheim zeigen

<p>(1) Initiierung von Ergo- und/oder Physiotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorschlagen von Therapien • Einschätzung des Therapiebedarfes
<p>(2) Durchführung der Ergo- und/oder Physiotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anpassen an die gegebenen Strukturen • Zeitliches aufeinander Abstimmen • Mündliche oder schriftliche Mitteilung der Vorstellungen über Ziele und Inhalte der Therapie (über Patientinnen/Patienten, Pflegende, die HMV, Therapiebericht) • Aufsuchen der beteiligten Akteurinnen/Akteure oder Arrangieren eines Treffens
<p>(3) Aufrechthaltung der Ergo- und/oder Physiotherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Bestellung von Rezepten“ • „Abholservice“/Hinterlegen von Porto • „Abliefern von Therapieberichten“ • (Er)Klärungsgespräch

(1) Initiierung von Ergo- und/oder Physiotherapie

Für eine Heimbewohnerin oder einen Heimbewohner werden Heilmittelverordnungen bei Bedarf entweder durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt, einen Angehörigen, die Pflegenden oder durch eine Therapeutin oder einen Therapeuten initiiert. Das **Vorschlagen von Therapien** erfolgt im Pflegeheim oftmals durch die Pflegenden. Die Grundlage für diesen Vorschlag bildet häufig der Entlassungsbrief aus dem Krankenhaus, bei Neueinzug einer Bewohnerin oder eines Bewohners ins Heim zum Teil auch die Einschätzung einer in die Entscheidung einbezogenen Therapeutin oder eines Therapeuten.

Hier verfolgen die Pflegenden folgende Strategien: liegt ein Entlassungsbrief aus dem Krankenhaus vor, wird dieser an die behandelnde Ärztin oder den Arzt weitergeleitet und um eine Verordnung für Ergo- und/oder Physiotherapie gebeten. Dieses Vorgehen hat meistens eine Neu- bzw. Weiterverordnung als Ergebnis.

I: Ist es denn dann so, ähm also es ist einmal natürlich diese Empfehlung (2) Entlassungsbrief IP: ((reinsprechend)) Ja. I: Aus dem Krankenhaus. IP: Wenn, wenn es damit äh äh läuft, ist es, ist es schneller, dann kriegst du das auch

meistens ne, das ist schon ganz gut, wenn dann so eine Empfehlung drinne steht, weil, wenn (2) machen die Ärzte da nicht viel gegen. (PF 04 – 79-82)

Liegt keine Empfehlung für eine bestimmte Therapie vor, die Pflegenden Ergo- oder Physiotherapie aber als sinnvoll erachten, schlagen sie diese der Ärztin oder dem Arzt vor. Ob die behandelnde Ärztin oder der Arzt eine Heilmittelverordnung ausstellt, ist abhängig von der eigenen **Einschätzung des Therapiebedarfes**, einer eigenen **Wirtschaftlichkeitsprüfung der Verordnung** und von den Vorerfahrungen mit den Einschätzungen der Pflegenden zum Therapiebedarf von Bewohnerinnen bzw. Bewohnern.

IP: Genau, also dann ähm, in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Also wir haben, stehen in sehr engem Kontakt auch aufgrund der jahrelangen Zusammenarbeit mit den Hausärzten, ähm .., ja da weiß man im Prinzip ja schon, ne, so, was man will, oder was man, wo die Reise hin führt und der Arzt ähm, guckt natürlich auch noch drauf, aber in erster Linie ist er, ich sage mal zu 80% ist er unserer Meinung. So. Und vertraut auch dem, ähm, was wir denn so vorschlagen. [...] (PF 01 – 54)

IP: Ja, also ich frag, klar. Natürlich frag ich. Oder Physio die die ähm die Pflege äh die Pfleger sind und Pflegerinnen sind eher auch noch anders gebunden an die Patienten. Und äh die machen natürlich manchmal den Vorschlag, ne, Physio sonst was und das wird dann irgendwann nachgedacht oder ich ((kurz unverständlich)) unv.) dann wird's verschrieben oder, ne, ich guck mir dann den Patienten an und dann kriegen sie 'n Physiorezept dann. (HA 05 – 121)

Wirtschaftlichkeitsprüfung meint in diesem Fall nicht die tatsächliche „Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen“ nach § 106b SGB V bei einer Überschreitung des für die Praxis ermittelten Richtgrößenvolumen von Heilmitteln, sondern die Einschätzung der Ärztin oder des Arztes ob eine Verordnung gegenüber dem eigenen Budget, den Krankenkassen und der Gesellschaft vertretbar ist.

IP: Manchmal auch nicht, ne, also das kläre ich dann. (.) Na ja, wir sind natürlich in/ wir haben ja/ unterliegen einem Budget, ne. Wir haben irgendwie vier Euro pro Patient, da müssen wir natürlich irgendwie sorgsam mit umgehen. Aber manche haben ja auch äh Langzeitverordnung, ne, das läuft dann irgendwie sowieso dann so, ne. Tut den gut und die sind/ haben 'ne gute Lebensqualität gerade bei Patienten, die hier draußen noch sind. (HA 05 – 123)

Die Entscheidung, ob eine Ärztin bzw. ein Arzt eine Heilmittelverordnung für eine Patientin oder einen Patienten ausstellt, geschieht auch in Abhängigkeit der diagnostischen und prognostischen Einschätzung sowie der Lebenserwartung der Bewohnerin oder des Bewohners.

IP: [...] Also ähm, natürlich kommt es vor, es gibt ja auch in diesen Pflegeheimen Patienten ähm, sagen wir mal in der äh, ... Hilfsbedürftigkeit von ganz wenig bis ganz stark hilfsbedürftig und wenn natürlich jemand noch sich sehr gut selbst versorgt hat in so einem Pflegeheim und erleidet jetzt einen Schlaganfall und kommt zurück, dann wird natürlich dort auch Ergotherapie noch verordnet, das ist auch, auch sinnvoll, aber da gilt wieder für mich so diese Geschichte; wenn jetzt ein sagen wir mal, 90jähriger Patient einen Schlaganfall erleidet und kommt zurück und kommt dann mit einer Halbseitenlähmung zurück, dann finde ich die Ergotherapie nicht mehr unbedingt sinnvoll, dann steigt sein Hilfsbedarf gegenüber dem, den er vorher hatte noch mal um eine Pflegestufe an ((hustet)) und ich kann vielleicht mit 90 dann nicht mehr unbedingt erwarten, dass eine Ergotherapie ihn wirklich noch weiter bringt. Also es ist immer eine Abwägung. Wir leben halt in einem, muss man ganz klar sagen, rationierten Gesundheitssystem und ich muss immer wieder, mich selber auch ein bisschen auf den Boden zurückholen und sagen: "Hast du eigentlich das Recht, das zu verordnen?" Hast du eigentlich – als Arzt hätte ich das natürlich, aber ich bin hier nicht nur Arzt, sondern ich bin ja auch der lange Arm der Krankenkassen und muss mir natürlich auch immer Gedanken klar machen: ist das wirtschaftlich zu vertreten? Ich habe ein bestimmtes Budget für diese Dinge und wenn ich jetzt einem neunzigjährigen Ergotherapie verordne und damit mein Budget überschreite, fehlt es mir an anderer Stelle, wo ein Fünfzigjähriger es vielleicht wirklich braucht. ja? Also ist das immer eine Abwägungssache. [...] (HA 01 – 95)

Sind die Pflegenden sich selbst nicht sicher, ob eine bestimmte Therapie erfolgen soll, bitten sie ihnen bekannte, im Haus tätige Therapeutinnen und Therapeuten um eine **Einschätzung des Therapiebedarfes**.

IP: Die positivsten waren wirklich so was wie, äh, dass die dann mich gleich noch mal angesprochen haben und mich auch noch über einen anderen Patienten gefragt haben. Äh, ich hatte da einen ziemlich netten, der einfach auch immer mit angepackt hat und immer froh über Austausch war. Und der sagt dann irgendwann: „Ja, wir haben noch so eine Patientin neu gekriegt, kannst du mal gucken, ob die mhm, ob die Ergotherapie bräuchte oder Physio oder überhaupt gar nichts.“ [...] (ET 03 – 114)

Dieses Vorgehen wird als Wertschätzung der eigenen Person und Arbeit angesehen, schafft Vertrauen sowie positive Zusammenarbeitserlebnisse und ist somit auch eine Grundlage für die **Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden** (Kapitel 4.2.2.3) und **gemeinsam gestaltenden Handlungen** (Kapitel 4.2.2.4).

Ist auf der anderen Seite einer Therapeutin oder einem Therapeuten ein Therapiebedarf einer Bewohnerin oder eines Bewohners aufgefallen, z.B. wurde ein auffälliges Gangbild einer Person auf dem Flur wahrgenommen, bittet er oder sie die Pflegenden darum, diesen an die Hausärztin oder den Hausarzt zu übermitteln.

IP: [...] eben halt wenn wir selber was sehen, oder naja es kommt auch drauf an, manchmal ähm ist es auch ganz witzig, wenn äh Krankengymnasten sehen ja auch manchmal wie die Leute gehen oder so ne, sag ich mal, andere wo noch gar nichts ist ne, dann sagen sie auch schon mal: „Mensch ((nennt ihren eigenen Vornamen)) hör mal hier äh und so, die geht aber so eigenartig ne“, also das hat jetzt nichts äh mit äh einfach wenn sie vielleicht Luft hat, wenn sie sehen, ja das könnte irgendwie eine gewisse Krankheit sein oder so ne, also das machen die auch mit, das finde ich auch gut. Das könnte man denn [...] (PF 04 – 230)

IP: [...] Heute zum Beispiel ähm habe ich einen angesprochen und habe gesagt ähm, zu da hatte ich, hat zu drei Personen, irgendwie vor Wochen schon, also jetzt schon dreimal glaube ich, hatte ich gefragt mmh oder hatte gesagt, dass ich es sinnvoll sehe, wenn die auch halt Physiotherapie kriegen würden und äh derjenige sah das auch so und hat gesagt "ok, ich schreibe das für Herrn Dr. Soundso auf. Und also die haben dann da das Büchlein und habe dann gesehen, da wird dann nur aufgeschrieben „Herr Soundso so, so soundso Krankengymnastik“, scheint irgendwie zu reichen. [...] (ET 04 – 62)

Die Pflegenden sprechen den Vorschlag der Therapeutin oder des Therapeuten dann bei dem nächsten Hausbesuch der Ärztin oder des Arztes an.

IP: [...] Zum Teil ähm mach ich das schon auch über die Pflege, dass ich ähm, also die haben so ein Büchlein für die Ärzte, das ich, wenn ich jetzt zum Beispiel ähm meine, dass derjenige auch Krankengymnastik bekommen sollte, also das ich das empfehlen würde oder vielleicht Logopädie das ich das dann auch oft über die Pflege dann laufen lasse. (ET 04 – 26)

Ein Vorschlag für Ergo- oder Physiotherapie kann auch durch die Angehörigen einer Pflegeheimbewohnerin oder eines Pflegeheimbewohners erfolgen.

IP: [...] Oder auch, dass der Angehörige dann ein Rezept dann für, ähm, für ähm, die Mutter oder den Vater dann organisiert. Und dann, ich dann dadurch an das Rezept dann auch komme. (ET 02 – 88)

Ein solcher Vorschlag von Angehörigen kann bei der behandelnden Ärztin oder dem Arzt zur **Rücksprache mit den Pflegenden** oder direkt mit **Therapeutinnen und Therapeuten** führen, um über die Sinnhaftigkeit der gewünschten Therapie zu entscheiden.

IP: Also einfach mal so 'ne/ ich kann ja mal 'ne Situation schildern, es geht ja dann wahrscheinlich irgendwie um Angehörige und sowas dann auch, ne. Angehörige ganz fordern, wollen, dass einfach die Mutter immer Krankengymnastik bekommt. Und im Grunde/ die Krankengymnastik da soll sein, dass diese Patientin ähm eigentlich äh nur ähm mit der Physiotherapeutin im Rollator kreuz und quer über den Flur fährt. Beobachtet. Ne, und das ist nicht Sinn und Zweck einer Krankengymnastik. Also dafür sind meine Ressourcen einfach auch zu schwach, heißt, dass ich jemanden einfach an der Seite als Bewegung, das kann die Tochter verdammt nochmal selber machen, jeden Tag mit ihr kreuz und quer über den/ die hat von mir, weil sie neue Patientin war, und ich weiß, dass man erstmal schauen musste, wie das dann läuft. Ähm einfach gesehen/ auch Pflege gefragt „Wie ist sie denn?“, keine Sturzgefährdung, sehr sicher am Rollator, läuft umher, geht zum/ ne. Also, ne, und als ich da der Pflege war, brauchten die gar kein KG, KG nochmal gefragt, KG hat gesagt „Nö, braucht eigentlich keine.“. Ist das was? (HA 05 – 45)

Wenn eine Absprache von Ärztinnen und Ärzten mit Therapeutinnen und Therapeuten erfolgt ist, bevor die Entscheidung den Angehörigen mitgeteilt wird, können solche Zusammenarbeitsergebnisse als Voraussetzung für weitere Zusammenarbeit dienen.

IP: [...] Und ich meine ähm, wenn es nach vielen Angehörigen von Bewohnern oder von Patienten geht, dann würden die natürlich alle gerne für, für ihre äh, Mutter oder Großmutter oder Vater oder Großvater Krankengymnastik haben wollen äh, man wird dann manchmal angesprochen bei – von Angehörigen von über Neunzigjährigen, die sagen: „Also unsere Mutter ist ja so alleine und es wäre doch nett, wenn zweimal in

der Woche eine Krankengymnastik käme." Dann kann ich nur sagen: „Hier! Äh. Wer soll das denn bezahlen?“ [...] (HA 01 – 73)

Ein empfundenes **Nichteinhalten der Ordnung** behindert allerdings eine mögliche weitere Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten mit Therapeutinnen und Therapeuten. Als negativ empfindet beispielsweise ein Arzt, dass Therapeuten eine Art **Patientenakquise** betrieben haben, in dem sie sich ohne bestehende Heilmittelverordnung an potentielle Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen gewendet haben, um diese zu beraten was therapeutisch möglich wäre. Der behandelnde Arzt hatte durch dieses Vorgehen das Gefühl, nicht mehr selbst über einen Therapiebedarf zu entscheiden, da sowohl Patientinnen und Patienten als auch Angehörige bereits durch die Therapeutinnen bzw. Therapeuten dahingegen beeinflusst worden sind, dass eine Heilmittelverordnung angemessen sei.

IP: Also ich ... ja, ähm, was ich manchmal negativ erlebe und was ich auch für unqualifiziert halte, dass ist, dass Therapeuten, äh, erlebe ich leider immer mal wieder, dass äh, Therapeuten sich, bevor Sie mit uns in Kontakt treten, schon mal mit den Angehörigen unterhalten haben und denen gesagt haben, was man alles machen kann. So, dass sind dann die, die ich für mich für die Zukunft einfach aussortiere und sage: „So geht es nicht!“ [...] Und die eine habe ich mir gegriffen und habe gesagt: „Ich finde das ziemlich dumm, was Sie hier machen!“ „Ja, wieso?“ Ich sage: „Sie können doch nicht an mir vorbei mit den Angehörigen Kontakt aufnehmen und die beraten, was man alles machen kann.“ „Ja, aber Beratung gehört auch zu meiner Tätigkeit!“ Ich sage: „Aber .. ich bin doch Verordnende. (HA 01 - 99)

Dementgegen ist es durchaus erwünscht, Ärztinnen und Ärzten direkt Vorschläge zu möglichen Therapien für Patientinnen und Patienten mitzuteilen wie die Daten zeigen.

[...] Wenn die zu mir gekommen wäre und gesagt hätte: „Ich denke mir das und das und ich habe den Patienten schon mal gesehen, und bevor Sie jetzt dahin gehen, würde ich schon mal vorschlagen, was halten Sie davon?“ Das finde ich Zusammenarbeit aber das andere ist kontraproduktiv, nur. (HA 01 - 99)

Neben (zusätzlichen) Therapien für behandlungsbedürftige Bewohnerinnen und Bewohner schlagen Therapeutinnen und Therapeuten bei Bedarf auch eine Verordnung von Hilfsmitteln vor wie beispielsweise von Rollstühlen, Lagerungsmaterial oder Kommunikationshilfen für aphasische Patientinnen und Patienten.

Eine **Bitte um Einschätzung des Therapiebedarfes oder der Therapiemöglichkeiten** erfolgt auch von Therapeutinnen und Therapeuten verschiedener Berufsgruppen untereinander. Kolleginnen und Kollegen einer anderen Berufsgruppe werden beispielsweise gefragt, ob eine bestimmte Therapie aufgrund eines akuten Rheumaschubs bei einem Patienten, der sich bereits in Behandlung befindet, sinnvoll wäre, oder was man diesem Patienten in der eigenen Therapie anbieten könnte. Voraussetzung hierfür ist, dass beide Therapeutinnen bzw. Therapeuten bereits im selben Haus Patientinnen oder Patienten behandeln und zumindest ein Vorkontakt stattgefunden hat.

Die **Vermittlung von neuen Therapeutinnen und Therapeuten** bzw. das **Finden von Therapeutinnen und Therapeuten** für eine Bewohnerin oder einen Bewohner mit neuem Therapiebedarf erfolgt weitgehend durch die Pflegenden. Vor allem Therapeutinnen und Therapeuten aus Praxen, die ihre Räumlichkeiten im Heim haben, werden wegen ihrer guten Erreichbarkeit und der Vorerfahrungen miteinander von den Pflegenden als erstes angesprochen.

IP: [...] wir haben eine eigene äh, Krankengymnastikpraxis im, im Haus. Gleichzeitig kommen von extern auch noch äh, Anbieter. Da ist ja jeder Bewohner frei in seiner Entscheidung, wen er denn da nehmen möchte. Äh, wir nehmen natürlich vorzugsweise schon die bei uns im Haus, weil sie einfach näher dran sind, weil die Kommunikation deutlich besser funktioniert äh, weil wir auch einfach äh, einen kürzeren Draht haben. [...] (PF 02 – 12)

Ziehen Praxen nachträglich in Pflegeheime ein, deren Bewohnerinnen und Bewohner bereits vorher von anderen Therapeutinnen und Therapeuten betreut worden sind, wird das als Abwerben der Patientinnen und Patienten wahrgenommen.

IP: [...] Ähm oder was in letzter Zeit auch ein paar Mal passiert ist, dass plötzlich Praxen in diese äh Pflegeheime eingezogen sind, in große Pflegeheime zum Beispiel, da sind unten inzwischen jetzt manchmal Praxen drin so und die haben mir versucht alle meine Patienten abzuwerben, dann habe ich auch keine Patienten mehr gekriegt so. (ET 06 - 34)

In Heimen, bei denen keine Praxis ansässig ist, werden vor allem die „engagierten“ Therapeutinnen und Therapeuten, die bereits einen oder mehrere andere Bewohnerinnen oder Bewohner im Haus betreuen, darauf angesprochen ob sie weitere Pati-

entinnen und Patienten übernehmen können. Für den Fall, dass keine bereits bekannte Therapeutin oder kein bekannter Therapeut Kapazitäten für neue Patientinnen und Patienten frei hat, pflegen einige Wohnbereiche ein System mit Telefonnummern von Therapeutinnen und Therapeuten, die sie im Bedarf anrufen können.

(2) Durchführung der Ergo- und/oder Physiotherapie

Bei Hausbesuchen in Pflegeheimen müssen sich Therapeutinnen und Therapeuten grundsätzlich erst einmal „den Tagesstrukturen der Bewohner anpassen“ (PF 01 – 78). Sie müssen eine gewisse Flexibilität mitbringen, sich auf die gegebenen Bedingungen im Heim einstellen und ggf. auch spontan umstellen können. Neben eines oftmals durchstrukturierten Tagesablaufes, in denen Pflegetätigkeiten, wie beispielsweise die Grundpflege und die Mahlzeiten, in festen Zeiträumen stattfinden, müssen sich die Therapeutinnen und Therapeuten auch auf die individuellen Bedürfnisse, wie z.B. an die Aufstehzeiten der Bewohnerinnen und Bewohner anpassen (**Anpassen an die Strukturen des Heimes**).

IP: [...] Es ist, glaube ich, auch alles ein Zeitfaktor. Das darf man nicht vergessen, denn das Zeitfenster in einem Seniorenheim ist relativ klein, was man hat, wenn man – also ich spreche jetzt für mich. Ich bin nur vormittags hier und äh, ich bin immer froh, wenn ich eine Morgenlerche dabei habe, dass ich früh beginnen kann. Die meisten trödeln ja auch, völlig legitim, vor sich hin und viele sind erst ab halb zehn ansprechbar. Und dann wollen eigentlich alle behandelt werden. Und das – so zwischen halb zehn und halb zwölf soll man bitte alle haben. Und das ist immer dieses äh, ((lacht)) was einem ein bisschen Stress verschafft, aber deswegen bin ich jeder Morgenlerche dankbar, wenn ich da früh anfangen kann und dann kann ich das andere so hintereinander fädeln. Und äh, je nach äh, Situation, bei einem gucke ich rein, sehe ach, der sitzt noch beim Frühstück, ich sage: „Dann komme ich dann und dann.“ Jetzt habe ich gerade jemanden, der ist ein absoluter Langschläfer. Der schläft am liebsten bis zwölf. (PT 01 – 60)

IP: [...] weil sonst ist es ja auch häufig so, dass die äh, Physiotherapeuten sich den, den Tagesstrukturen der Bewohner anpassen müssen. Das ist ja auch nicht immer leicht, dass alle Termine so zu koordinieren und - bei dem, bei der Anzahl, ne? [...] (PF 01 – 78)

Trotzdem findet oftmals bei Ankunft der Therapeutinnen und Therapeuten im Heim, und vor der eigentlichen Ergo- oder Physiotherapie mit der Patientin oder dem Pati-

enten, **ein zeitliches und inhaltliches Abstimmen** zwischen Therapeutinnen bzw. Therapeuten und Pflegenden statt, um möglichst optimale Abläufe für alle Beteiligten zu gewährleisten.

Gerade Therapeutinnen und Therapeuten, die mehrere Patientinnen und Patienten in einem Heim versorgen, können bei einer zeitlichen Abstimmung mit den Pflegenden manche Patientinnen und Patienten zeitlich anderen vorziehen, damit sich die Therapie zeitlich nicht mit den Tätigkeiten der Pflege überschneidet. Dies ermöglicht ihnen auch bei einem kleinen Zeitfenster und einem straffen Arbeitsplan im Heim effektiv und effizient zu arbeiten.

IP: [...] Ähm, dann fragen die mich ungefähr, zu wem, wann ungefähr gehen würde, wenn der Zeitplan passt. Dann stimmen wir uns ab, ob die Leute grundpflegerisch versorgt sind oder nicht. Wenn es morgens ist zum Beispiel. Ähm, genau. Und anhand dessen würden die ungefähr sagen – also, wenn die Pflegekraft mir zum Beispiel sagt: „O.k., der ist noch nicht fertig mit der Grundpflege.“ Dann sage ich: „O.k., macht den erst mal fertig, ich gehe erst mal zu jemand anderes.“ [...] (ET 01 – 28)

Davon, dass die Pflegehandlungen wie das Waschen und Anziehen der Bewohnerin oder des Bewohners vor der Therapie erfolgen kann, profitieren alle Beteiligten. Die Bewohnerin oder der Bewohner fühlt sich frisch gewaschen und angezogen vermutlich wohler bei der Therapie, Therapeutinnen und Therapeuten therapieren, sofern das in ihren Zeit- und Arbeitsplan passt, lieber einen „frisch gemachten Patienten“ (PT 01 - 52) und die Pflegenden können ihren Zeit- und Arbeitsplan einhalten.

IP: Ja, ich habe ganz viel Zusammenarbeit mit Pflegenden. Also zum Beispiel bei so chronisch Kranken, die auch mit dem Lifter aus dem Bett geholt werden müssen, da gehe ich jedes Mal, erst mal höre ich, ob der Abführtag ist, ob .. dann fällt der Tag aus, äh, wann die Betreffende oder der Betreffende fertig ist, dass ich – also da stimme ich mich eigentlich immer ab, weil ich sage: „Wann sind Sie fertig, dann komme ich anschließend.“ Ich möchte ja auch nicht einen ungewaschenen und noch nicht frisch gemachten Patienten – also der Patient möchte es nicht, oder der Bewohner möchte es nicht und ich möchte es eigentlich auch nicht so gerne. So stimme ich mich natürlich immer ab [...] (PT 01 - 52)

In Phasen, in denen eine intensivere Zusammenarbeit notwendig ist und mehrfach die Woche Therapie stattfindet, wie z.B. bei der Anpassung und Gewöhnung an den

Umgang mit einer Beinprothese, finden Terminabsprachen zwischen Pflegenden und behandelnden Therapeutinnen bzw. Therapeuten statt. Die Pflegenden versuchen dann den Tagesablauf der Bewohnerin oder des Bewohners an den „Zeiten der Physiotherapie“ (PF 01 – 78) auszurichten.

IP: [...] terminliche Sachen und so hat sie mit uns abgesprochen. Ne, wann – weil wir dann den Tages-, ähm, den Tagesablauf also ein bisschen dann ähm, nach den Zeiten der Physiotherapie ähm, ausgerichtet haben, weil wir haben gesagt, wenn schon, dann ne? Ist klar, die hat ja nicht nur denn die eine Patientin denn da, sondern auch, dass dann auch die Bewohnerin und wir halt den Tagesrhythmus ähm, für den Zeitraum der Physiotherapie dann anpassen. Mal umgekehrt, weil sonst ist es ja auch häufig so, dass die äh, Physiotherapeuten sich den, den Tagesstrukturen der Bewohner anpassen müssen. Das ist ja auch nicht immer leicht, dass alle Termine so zu koordinieren und - bei dem, bei der Anzahl, ne? Ja, aber da war das mal umgekehrt, ja. [...] (PF 01 – 78)

Beispielsweise wurde ein Bewohner, der nach einem Apoplex „keinen Eigenantrieb“ (PT 01 - 104) mehr hatte, von den Pflegenden vor der Therapie grundpflegerisch versorgt, damit die Therapie zur geplanten Zeit stattfinden konnte.

IP: [...] Da hatte ich so einen ganz schwierigen Patienten. Intelligent, Apoplex und keinen Eigenantrieb mehr und der lag wie ein Maikäfer auf dem Rücken im Bett. Immerhin drei Jahre auf einer Tempur-Matratze ohne wund gelegen zu sein. Und ich habe den jeden Tag behandelt, also außer am Wochenende. .. Und da brauchte ich immer Abstimmung, also, also alleine machte er gar nichts, also er kam jeden Tag letztlich aus dem Bett raus und, und konnte auch laufen dann, aber alleine machte er eben gar nichts und da war eben auch eine ganz intensive Zusammenarbeit. Die wussten, ich komme dann und dann, dann war er dann gewaschen [...] (PT 01 - 104)

Oftmals ist der Prozess des zeitlichen und inhaltlichen Abstimmens ein **Geben und Nehmen** zwischen Pflegenden und Therapeutinnen und Therapeuten. Die Pflegenden bereiten die Bewohnerin oder den Bewohner „grundpflegerisch“ (ET 01 - 28) für die Therapie vor (**vorbereitende Maßnahmen für eine andere Berufsgruppe**) und im Gegenzug findet eine Mobilisation der Bewohnerin oder des Bewohners statt, oder die Therapeutin oder der Therapeut unterstützt die Pflegenden, in dem sie oder er eine anstehende Lagerung der Bewohnerin oder des Bewohners abnimmt (**Übernahme einer Tätigkeit**).

IP: [...] Ähm, dann fragen die mich ungefähr, zu wem wann ungefähr gehen würde, wenn der Zeitplan passt. Dann stimmen wir uns ab, ob die Leute grundpflegerisch versorgt sind oder nicht. Wenn es morgens ist zum Beispiel. Ähm, genau. Und anhand dessen würden die ungefähr sagen – also, wenn die Pflegekraft mir zum Beispiel sagt: „O.k., der ist noch nicht fertig mit der Grundpflege.“ Dann sage ich: „O.k., macht den erst mal fertig, ich gehe erst mal zu jemand anderes.“ Mhm-mhm-mhm. Und wenn ich da dann irgendwie eine Lagerung abnehmen kann, dann – ja. [...] (ET 01 - 28)

Hier ist der Übergang von einer **Beteiligungsbereitschaft an organisierenden Handlungen** zu einer **Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen** (Kapitel 4.2.2.3) fließend.

Bei der Organisation der im gleichen Zeitraum verordneten und stattfindenden Ergo- und Physiotherapie variiert das zeitliche Abstimmen von **keiner zeitlichen und/oder inhaltlichen Abstimmung** der unterschiedlichen Therapieformen über eine **indirekte** bis hin zu einer **direkten zeitlichen und/oder inhaltlichen Abstimmung**.

Obwohl einige Bewohnerinnen und Bewohner z.T. zwei bis drei unterschiedliche Therapieformen verordnet bekommen und diese oftmals eine gewisse Anstrengung für die Patientin oder den Patienten darstellen, findet nicht immer eine zeitliche Abstimmung der Therapien und damit auch keine Form der Zusammenarbeit statt.

IP: [...] Ähm was häufiger vorkommt, ist das ähm die zwei Therapien kriegen, also wirklich dann Physiotherapie und Ergotherapie, oder Physiotherapie und Logopädie, oder sogar alle drei Sachen dann halt bekommen. Da ist es dann halt für uns eher schwierig, das zeitlich so zu koordinieren, ähm dass wir uns nicht im Weg stehen. Also äh wenn dann alle drei Professionen an einem Tag kommen, ist der Patient auch durch. Äh ((lacht)) der macht dann gar nichts mehr und ob das dann sinnvoll ist, ist die andere Frage. Ähm da muss ich sagen zu neunundneunzig Prozent läuft das auch nebeneinander her, also die Ergotherapeuten machen dann ähm ihren Job, wir Physiotherapeuten machen unseren Job. Wobei man dann häufig, wenn man den Patienten und er antwortet, sind es relativ ähnliche Sachen dann offensichtlich, die man macht. Also ähm es vermischt sich Ergo- und Physiotherapie im, im Heim vermischen sich offensichtlich sehr ähm doll. [...] (PT 02 – 30)

Keine zeitliche Abstimmung wird mit der grundsätzlich wenig zur Verfügung stehenden Zeit für die Organisation und Durchführung der therapeutischen Behandlung im Pflegeheim begründet.

IP: [...] Ähm ich muss sagen, aus Zeitgründen ist es häufig auch so, ähm wir rennen den Rezepten hinterher, wir rennen der Pflege hinterher, wir äh rennen dann nicht noch der anderen Profession hinterher, weil es einfach zeitlich nicht möglich ist. [...] (PT 02 – 34)

Beim **indirekten zeitlichen Abstimmen** wissen die Therapeutinnen und Therapeuten zumindest an welchem Tag die andere Therapieform erfolgen soll und versuchen deshalb darauf zu achten, dass ihre eigene angebotene Therapie nicht an denselben Tagen stattfindet.

IP: Ja, und ich weiß nicht, wann die Ergotherapeutin kommt äh, und ich weiß auch nicht, wann die Logopädin kommt. Oder bei manchen habe ich es gewusst, aber ehrlich gesagt, äh, wo Sie das jetzt so kernig ansprechen – mhm, habe ich immer versucht, meine Zeit drum rum, also wenn ich wusste, die kommt Dienstag, war ich Montag da, und, und umgekehrt, [...] (PT 01 - 66)

Im Gegensatz dazu kommt es beim **direkten zeitlichen Abstimmen** zur aktiven Kontaktaufnahme durch einen der beiden Interaktantinnen oder Interaktanten. Die Therapeutinnen und Therapeuten besprechen dabei gemeinsam auf Grundlage ihrer Beobachtungen, ob die Patientin oder der Patient von den Therapieformen am selben Tag profitiert oder nicht, und ob sie ansonsten eine zeitliche oder inhaltliche Anpassung vornehmen müssen.

IP: [...] Und äh, dann weiß ich gar nicht mehr, ob sie mich angesprochen hat oder ich sie, auf jeden Fall war dann klar, sie ist die Physiotherapeutin von meinem Patienten und ich bin die Ergotherapeutin und dann haben wir halt gesagt: Ja, es wäre ja irgendwie gut, sich da mal auszutauschen, weil wir dann auch irgendwann, also ich bin dann zweimal die Woche später hin und dann hatte Sie einen Termin, hatte ich immer einen Termin direkt nach ihr, dann war ja wichtig: schafft er das, oder schafft er das nicht, ist das zu viel? Ähm, da haben wir uns dann auch, also viel abgesprochen. Also wir haben uns nicht direkt gesehen, es war immer eine halbe Stunde dazwischen, aber wir haben uns dann halt irgendwo später gesehen. [...] (ET 03 – 42)

Eine direkte zeitliche Abstimmung von Therapeutinnen und Therapeuten unterschiedlicher Berufsgruppen geht also oftmals mit einer **direkten inhaltlichen Abstimmung** der Therapie einher. Der Übergang von einer **Beteiligungsbereitschaft an organisierenden** zu einer **Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen** (vgl. Kapitel 4.2.2.3) sowie zu einer **Beteiligungsbereitschaft an gemeinsam gestaltenden Handlungen** (vgl. Kapitel 4.2.2.4) ist dabei fließend. Sofern lediglich ein Abgleich oder eine Anpassung der Inhalte mit den eigenen Inhalten der Therapie stattfindet, ist es eine **organisierende Handlung**. Werden Handlungen ausgeführt, um Angehörige einer anderen Berufsgruppe zu unterstützen, handelt es sich um **unterstützende Handlungen** (vgl. Kapitel 4.2.2.3). Erst wenn es beispielsweise zum tatsächlichen Festlegen gemeinsamer Ziele über die Berufsgruppen hinweg kommt, und damit ein neues gemeinsames Verständnis von der optimalen (inhaltlichen) Behandlung bzw. Versorgung geschaffen wird, kann von einer **Beteiligungsbereitschaft an gemeinsam gestaltenden Handlungen** (vgl. Kapitel 4.2.2.4) gesprochen werden.

Für im gleichen Zeitraum verordnete und stattfindende Ergo- und Physiotherapie kann es zu **keiner Abstimmung der Inhalte**, einer **indirekten Abstimmung** bis hin zu einer **direkten inhaltlichen Abstimmung** (der Therapeutinnen und Therapeuten) untereinander kommen.

Keine inhaltliche Abstimmung findet bei Therapeutinnen und Therapeuten statt, denen das Interesse, aufgrund ihrer **Definition der eigenen Arbeit und ihres Bedarfes zur Zusammenarbeit** oder denen „*der Raum*“ (PT 03 – 83)²⁵ für eine Zusammenarbeit fehlt.

IP: [...] Mit dem Physiotherapeuten zum Beispiel, der hat das pauschal abgelehnt. Also wir haben oft gefragt, ob er nicht Lust hätte, mal was zusammen zu machen und hat er, äh hat ganz klar gesagt: „Nein, sehe die Indikation nicht, warum.“ Ich sage: „Na ja, vielleicht mal jemanden in den Stand bringen oder so zu zweit. Zu zweit schafft man mehr.“ „Ja, nein, mhm, Kontraktur-Prophylaxe.“ Also war da ganz klar

²⁵ IP: [...] Ähm und das man dann vielleicht einfach auch mehr noch fossiert zu wissen wer da noch mit behandelt und auch dann diesen Ansprechpartner hat, weil es oft schwierig ist so im Praxisalltag dann ähm da jetzt irgendwie Kontakt aufzubauen und das müsste man irgendwie alles außerhalb der Zeit machen und müsste man irgendwie anders organisieren, also da fehlt mir im Moment so ein bisschen der Raum dafür würde ich sagen, also das würde ich schön finden wenn man da vielleicht so den Austausch mehr hätte und fossieren würde vielleicht. (PT 03 – 83)

und hat da ganz klar gesagt: „Nein, ich will jetzt hier meine Therapie machen und dann ist gut.“ Genau, ja. (ET01 – 69)

Eine **indirekte Abstimmung** der Therapieinhalte der jeweils anderen Berufsgruppe erfolgt im Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten oder über die Pflegedokumentation.

IP: [...] Ähm da muss ich sagen, zu neunundneunzig Prozent läuft das auch nebeneinander her, also die Ergotherapeuten machen dann ähm ihren Job, wir Physiotherapeuten machen unseren Job. Wobei man dann häufig, wenn man den Patienten und er antwortet, sind es relativ ähnliche Sachen. dann offensichtlich die man macht. Also ähm es vermischt sich Ergo- und Physiotherapie im im Heim, vermischen sich offensichtlich sehr ähm doll. [...] (PT 02 – 30)

IP: Wir sehen es häufig in den Dokumentationssystemen ähm der der Heime, ne wenn dann, häufig ist es so, dass sich denn äh auch wir externen eintragen müssen, dürfen, und dann sieht man, ok, der Ergotherapeut war da, hat heute das und das gemacht, ähm ok, dann muss ich den Arm dann heute nicht noch mal behandeln, dann kann ich mir was anderes überlegen, also das ist halt so wo die Kommunikationssystem. (PT 02 – 40)

Einige Therapeutinnen und Therapeuten dokumentieren ihre durchgeführte Therapie zusätzlich zum Dokumentationssystem in der Pflegeakte (**doppelte Dokumentation**) als Teil ihrer Arbeit (**Definition der eigenen Arbeit**), um den Informationsfluss zwischen ihnen und anderen externen Akteurinnen und Akteuren und den Angestellten des Heimes organisieren zu können.

IP: [...] Ähm grundsätzlich ist es so, dass wir versuchen halt, unseren Standard irgendwie äh in in die ins Pflegeheim reinzukriegen, dass wir sagen, wir sind da, wir versuchen eine Kommunikation mit der Pflege, weil uns das das Leben erleichtert, wenn es klappt. Ähm wir dokumentieren, ähm nach den Vorgaben des, des Trägers, als entweder in deren EDV, ähm in deren Mappen, in den Pflegeberichten oder, oder, oder. Damit wir eine gewisse Kommunikation haben. Wir versuchen, so gut es geht ähm Informationen dazulassen und weiterzu, weitergeben zu lassen, das funktioniert mal besser, mal schlechter, ähm manchmal funktioniert es auch gar nicht. [...] (PT 02 – 10)

In den Daten wird sichtbar, dass eine **direkte inhaltliche Abstimmung** bei einigen Interaktantinnen und Interaktanten lediglich bei vermuteten oder festgestellten Überschneidungen der Tätigkeiten oder bei Behandlungen, die sich nicht gut miteinander vereinbaren lassen, stattfindet.

IP: [...] Ähm häufig ist es dann halt wirklich, wenn man merkt, dass irgendwas so ok, wir machen beide das gleiche, das macht keinen Sinn. So das einer von beiden, entweder ruft dann der Ergotherapeut bei uns an oder wir beim Ergotherapeuten, je nachdem, wer dann schneller ist, das man sagt: hey wir haben denselben Patienten, was machst du, was machen wir, können wir uns da irgendwie absprechen, und ähm also einer von beiden sucht dann den Kontakt. [...] (PT 02 - 34)

Eine **regelmäßige Kontaktaufnahme** zur **inhaltlichen Abstimmung** von Therapeutinnen und Therapeuten untereinander, die dieselben Patientinnen und Patienten versorgen, ergibt sich vor allem bei einem Interesse an einer ganzheitlicheren Behandlung (**Definition der eigenen Arbeit**). Diese Gespräche können als Flurgespräche, Telefonate oder in einem Treffen bei einer Bewohnerin oder einem Bewohner stattfinden.

IP: [...] ähm wobei das ist eben auch eine spezielle Art der Zusammenarbeit, wenn ich einen Patienten neu habe, dann gucke ich, welche Therapeuten oder welche Therapie hat er zusätzlich und dann wende ich mich an die Therapeuten, rufe an und sage: also ich bin jetzt mit im Team, und ich möchte wissen, ähm was macht ihr und ich sage auch gerne, was ich mache und oftmals klappt es dann, dass wir uns auch mal beim Patienten oder beim Bewohner treffen und austauschen, weil ich nicht gut finde, wenn jeder vor sich hinarbeitet, ohne zu wissen, was der andere macht. (ET 05 - 44)

Zwischen den verschiedenen Heilmittelerbringern kann es in Abhängigkeit der **Definition der eigenen Arbeit** und unter Einbezug der zur Verfügung stehenden Ressourcen auch zu einer **Aufteilung der Behandlung** in verschiedene Schwerpunkte kommen.

IP: Jein, also das war keine Stunde, wo wir beide zusammen am Patienten sind, sondern einfach nur äh, äh, dass ich während meiner Therapie dachte: „O.k., da müsste am Fuß noch mehr gemacht werden. Und ich habe einfach die Zeit nicht.“ Also wenn ich da einmal 45 Minuten hingehere und die Patientin wünscht sich was für Hand und Arm, kann ich nicht auch, nicht in diesen eine Woche 45 Minuten noch an den Fuß

und äh, würde dann eventuell eine Verschlechterung der Hand äh, in Kauf nehmen, um an den Fuß zu gehen. Und da habe ich sie direkt nach der Therapie angesprochen, die Physiotherapeutin und habe ihr das erzählt und daraufhin hat sie halt, ist sie sehr an den Fuß gegangen. [...] (ET 03 – 124)

In den Daten der Studie wird eine **Einteilung der Therapieschwerpunkte** aus der Perspektive der Therapeutinnen und Therapeuten sichtbar: die Ergotherapie ist, sofern die Patientin, der Patient zusätzlich Physiotherapie erhält und die Therapeutin, der Therapeut bekannt ist, eher zuständig für die oberen Extremitäten, also die Hand- und Armmotorik, sowie die kognitiven Fähigkeiten und das Alltagstraining.

IP: [...] Ähm die Zusammenarbeit jetzt mit den Physiotherapeuten da ist es so, dass ähm wir uns absprechen, wer welchen Schwerpunkt in der Therapie hat, ähm die Mobilisation machen die Physios dann und ich kümmer, ich kümmere mich um Feinmotorik, Handmotorik, kognitive Fähigkeiten, äh wobei das manchmal eben versuchen wir uns zu überschneiden, dass wir ähm einen gewissen Teil zusammenarbeiten, dann geht die Physio und ich mache weiter. [...] (ET 05 – 44)

In das Aufgabengebiet der Physiotherapie hingegen gehört die Behandlung der unteren Extremitäten, die Mobilisation und Mobilitätsverbesserung.

IP: [...] Mit den Ergotherapeuten wenn wir eine Kooperation oder eine Kommunikation mit denen haben, in manchen Heimen kennen wir die und arbeiten gut zusammen, ähm dann ist es eher, dass wir uns Gebieten sozusagen aufteilen, also das wir dann sagen, ähm vor allem bei den neurologischen, die halt neurologische Patienten, die häufig ähm zwei Professionen bekommen, ähm das ich dann meinetwegen, ähm der Ergotherapeut häufig auf den Arm stürzt und die Feinmotorik und Motorik da zu verbessern und wir Physiotherapeuten quasi uns auf die Grobmotorik äh stürzen, das heißt Bettkante, Stand, Bein ähm gangspezifischere Sachen äh machen, [...] (PT 02 – 30)

Manche Akteurinnen und Akteure stoßen eine Aufteilung der Therapie zwar nicht aktiv von sich aus an, würden sich diese aber von einer gelungenen Zusammenarbeit wünschen.

IP: Ich würde sagen, die ist eigentlich immer erforderlich, also zumindest in der Hinsicht als das ich oft merke ähm bei, grundsätzlich bei Patienten jetzt nicht nur auf äh Pflegeheime äh beschränkt, die andere Therapien haben, also im Sinne von Logopä-

die, Ergotherapie, ähm das ich mir da manchmal wünschen würde, oder eigentlich immer wünschen würde, dass man sich zumindest zu Therapiebeginn mit denen Berufsgruppen zusammensetzt und ähm oder sei es auch eine Telefonkonferenz, meinetwegen auch das, ähm das man sich einmal, das man einmal die Möglichkeit hat auszutauschen, was die jeweilige Berufsgruppe sozusagen vor hat und vielleicht als Hauptproblem sieht und ähm worauf man da eventuell den Fokus setzt, weil es schon auch mal aufgetreten ist, dass man so, dass ich das Gefühl hatte, dass man eventuell zu sehr zum Beispiel, das gleiche Ziel verfolgt hat, bzw. mit der gleichen Intervention behandelt hat, ähm wo man vielleicht sagen könnte: ok, da könnte man vielleicht eher absprechen, ähm wenn es mehrere in Führungsstrichen Baustellen gibt, ähm dass man das so ein bisschen aufgliedert oder aber das, dass ich oft das Gefühl hatte dass es zu weit auseinander geht und man irgendwie komplett verschiedene Ziele verfolgt, wo man eventuell versuchen könnte, das Ganze ein bisschen noch stärker zu konzentrieren auf das, was der Patient auch als Hauptproblem sieht und vielleicht als Ziel hat. Und ähm da fehlt mir oft der Austausch, also diese, diese Austauschmöglichkeit, dass man sagen könnte, ok man bespricht einfach ähm erst Mal zu Therapiebeginn, wer so in welche Richtung behandelt, was wer vor hat und so weiter und das man das dann eventuell ein bisschen mehr abstimmen könnte, das fänd ich schon schön. [...] (PT 03 – 82)

Eine **aktive Kontaktaufnahme seitens der Ärztinnen und Ärzte mit Therapeutinnen und Therapeuten** erfolgt, um ihre eigenen Vorstellungen über Ziele und Inhalte der Therapie mitteilen zu können. Hierfür suchen Ärztinnen und Ärzte die Therapeutinnen und Therapeuten in ihren Praxis-Räumlichkeiten auf, sofern diese sich im Pflegeheim befinden.

IP: Ähm, ähm, also Situationen mit Schlaganfall, ich kann mich da an 'ne Schlaganfallpatientin hatten, wo es darum geht äh, was ist noch zu erreichen, was nicht? Ist das sinnhaft, was getan werden muss. Muss eigentlich noch Krankengymnastik gemacht werden oder nicht? Das wird dann einfach dann mit äh den Physiotherapeuten dann letztendlich dann nochmal abgesprochen, Ergotherapeuten, ne? Oder Logotherapeuten dann, zum Beispiel Schlucktraining zu machen, an dass ich das dann auch möchte, dass das gemacht wird oder ich bestimmte Vorstellungen habe, wie 'ne Physiotherapie zu laufen hat, ne? Was die Ziele sind. Ja. **I: Und im konkreten Fall ist das so, dass Sie die da antreffen oder dass Sie telefonisch Kontakt aufnehmen?** IP: ((holt hörbar Luft)) Ähm also in dem einen Heim, wo wir, wo ich die meisten Patienten sowieso versorge, gibt es auch 'ne Praxis, die unten im ähm dort

auch vorhanden ist äh und so kenn ich letztendlich dann auch die Physiotherapeuten, ne also. Es gibt auch Situationen, wo ich dann einfach runtergehe und dann nochmal mit der Physiotherapie dann nochmal spreche, genau. (HA 05 – 06-08)

Als weitere Strategie zur **aktiven Kontaktaufnahme** arrangieren Ärztinnen und Ärzten ein Treffen mit den Therapeutinnen und Therapeuten im Pflegeheim oder direkt bei der Bewohnerin oder dem Bewohner.

IP: Also Thema war eine äh, Patientin, die mit einer transitorisch-ischämischen Attacke im Krankenhaus war äh, dann vom Krankenhaus nach Hause entlassen worden ist und ähm, für die Krankengymnastik verordnet wurde und äh, wo ich dann bevor die Krankengymnastik losging mit der Therapeutin, die diese Patientin vorher auch schon hatte, früher schon mal gehabt hatte, gerne reden wollte, um mir zu sagen, was ich mir vorstelle unter der Krankengymnastik, also was ich möchte, was die Krankengymnastik bringen soll und wie weit sie mit der Patientin gehen kann. Das Problem bei dieser Patientin ist, dass die äh, unabhängig von ihrer äh, transitorisch-ischämischen Attacke eben eine Depression hat und sehr abwehrend ist und nicht möchte und eigentlich in Ruhe gelassen werden möchte. Und mir war es halt wichtig, mit dieser Krankengymnastin zu sprechen, dass sie sich nicht darauf einlassen soll, sie mit Samthandschuhen anzufassen, sondern, dass sie wirklich von ihr auch was fordern soll. Und deshalb habe ich mich mit ihr in dem Heim getroffen. Auch am Bett der Patientin. (HA 01 – 37)

Neben der persönlichen Kontaktaufnahme nutzen Ärztinnen und Ärzte auch die Heilmittelverordnungen, um den Therapeutinnen und Therapeuten beispielsweise ihre Vorstellungen zu den Therapiezielen und der Häufigkeit der auszuführenden Therapie mitzuteilen.

IP: Ähm, dann habe ich eben, also ich, ich gucke mir ja die Patientin an und bilde mir ein, einfach durch meine Erfahrung, ich war selber in der Reha und so was, denke ich, dass muss doch zu schaffen sein, wenn man eben – ja, meinetwegen fünfmal die Woche dahin geht. Und dann stelle ich eben dieses Rezept aus und wundere mich auch dann, dass ich nach Wochen meinetwegen Folge- die Anforderung eines Folge-rezeptes bekomme und denke: Komisch! Hast du doch jetzt sechsmal aufgeschrieben, fünfmal die Woche soll das stattfinden. Warum kriege ich denn nach Wochen die Nachfrage? Da kann ich mir ja, so doof bin ich ja nicht, ausrechnen; das kann nicht fünfmal die Woche stattgefunden haben. Und ich würde eben unter Zusammenarbeit

verstehen, dass mich die Therapeutin anruft und sagt: „Da haben Sie sich was ausgedacht, das geht gar nicht. Entweder ich bin in Urlaub oder die Patientin ist völlig überfordert oder die kann aus dem und dem Grund, können wir die gar nicht aus dem Bett nehmen.“ Das ist eine falsche – Ich bin ja keine Therapeutin, ich habe zwar so meine Vorstellung, aber das kann ja völlig falsch liegen. Aber so eine Ansage habe ich noch nie gehabt. Ich merke nur nach Wochen, dass das, was ich aufgeschrieben habe, nicht stattgefunden hat. Ich frage dann die Pflegekräfte. „Ähm, ist eine Therapeutin da, ist die Frau schon aus dem Bett gekommen?“ „Nein, die ist nicht aus dem Bett gekommen, Therapeutin ist aber da.“ Aber dass die dann anruft und mir irgendwie nahelegt, warum dass jetzt nicht so klappt, wie ich das verordnet habe, das habe ich noch nie gehabt. (HA 02 – 75)

Teilweise lassen Therapeutinnen und Therapeuten durch die Patientinnen und Patienten ausrichten, was sie sich als Ziel und Inhalt der Therapie vorstellen.

*IP: Ähm ja doch, also es gab vor, das war vor zwei Wochen eine Situation, da ähm da hatte die Patientin dann gerade wieder äh einen äh Kontrolltermin beziehungsweise hat regelmäßige Termine für eine Botox-Behandlung ähm und da war es so, dass sie dann eben irgendwie gerade ein paar Tage vor meiner, vor meinem Kommen dann ähm einen Neurologen-Termin hatte und da war es dann so, dass ähm der Arzt dann ähm nochmal gesagt hat, dass der Therapiefokus noch konzentrierter auf den Hals ausgerichtet werden soll, weil es eben eine starke Kontraktur auch der Halswirbelsäule ist äh bei der Patientin und, [...] Da hat dann der Arzt ausrichten lassen, er hätte doch dann tatsächlich gerne jetzt einen stärkeren Fokus auf den Hals. **I: Und ausrichten lassen über die Pflege oder über die IP: Über die Patientin.** (PT 03 – 48-50)*

Ob den Vorstellungen dann seitens der Therapeutinnen und Therapeuten Folge geleistet wird, ist von verschiedenen Faktoren abhängig.

Einige Therapeutinnen und Therapeuten sehen sich in dem Gefüge verordnende Ärztin bzw. verordnender Arzt und Heilmittelbringerin bzw. Heilmittelerbringer als „*Be- fehlsempfänger*“ (PT 01 – 154)²⁶, der passiv darauf warten muss, bis die Ärztin oder der Arzt eine Verordnung ausstellt.

²⁶ IP: Nein, das ist eigentlich immer die Initiative sozusagen mehr vom Therapeuten, also gut, der Hausarzt schreibt eine Verordnung oder auch nicht oder wird vielleicht auch von, vom Pflegepersonal oder von, von mir drauf gestoßen, dass es vielleicht doch für X oder Y sehr wichtig wäre, dass Sie vielleicht mal was bekäme, hin- Krankengymnastik oder .. oder Lymphdrainage oder nehmen wir mal

IP: Das, das ist es eigentlich der Aufhänger, dass ich eigentlich so lange pa- also ich sage mal zu 90 oder 99% passiv sein muss, bis ich eine Verordnung kriege, weil ich ja gar nicht weiß, ob das nach diesen neuen strikten Bedingungen überhaupt möglich ist. (PT 01 – 164)

Bei diesen Therapeutinnen und Therapeuten erfolgt auch die **Therapie nach Vorgabe der Heilmittelverordnung** in einem eingeschränkten Handlungsspielraum. Das bedeutet, dass sie die Therapie „entsprechend der ärztlichen Verordnung“ (PT 01 – 02) ausrichten.

IP: [...] also entsprechend der ärztlichen Verordnung mache ich meine Therapie. Das heißt also entweder Bewegungsübungen, Lymphdrainage, Koordinationsübungen, schlichtes Lauftraining, was häufig der Fall ist, Treppen steigen, ähm – tja, was haben wir denn noch. Dann gibt es noch die Möglichkeit auf ein Ergobike zu gehen, das auch häufig für die Koordination sehr gut ist und eben auch ((räuspert sich)) ein gewisses Ausdauertraining darstellt. (PT 01 – 02)

In Bezug auf die Heilmittelverordnung sehen sie sich lediglich in der Position, einen **Vorschlag zur Veränderung der Therapiefrequenz** machen zu können.

IP: [...] Und eben die Zusammenarbeit mit den Ärzten, dass man sagt: „Könnten Sie die Verordnung nicht vielleicht anders oder noch mal äh, mit einer höheren Frequenz?“ Also das sehe ich auch alles unter Zusammenarbeit, dass man einen Vorschlag macht, dass man vielleicht eine andere ähm, Verordnungsfrequenz kriegt und äh, intensiver mit dem Menschen arbeiten kann, wenn es möglich ist. [...] (PT 01 – 74)

Andere Therapeutinnen und Therapeuten sehen die Heilmittelverordnung eher als Legitimation und groben Rahmen der Behandlung. Sie **priorisieren die Inhalte der Therapie selbständig** bzw. in Absprache mit den Patientinnen und Patienten und Pflegenden.

IP: Also es standen mehrere Sachen drauf. Ähm stand mit drauf, aber wie gesagt die Wochen zuvor, das waren, also da ist die Patientin fast täglich gefallen und das war dann schon so ein bisschen grenzwertig, wo wir dann auch, wo ich dann auch mit der, mit der Pflege dann auch besprochen habe, dass das jetzt erst Mal irgendwie das

so was einfach, aber eigentlich bin ich mehr Befehlsempfänger. So muss ich das mal einfach sehen, ich, ich kann ja nicht großartig an die Ärzte ran treten. [...] (PT 01 – 154)

ist, was am meisten einschränkt im Moment, ähm sowohl für die Patientin als auch für die Pflegekräfte, die natürlich eben einfach in diesem Konzept nicht dauerhaft bei der Patientin sein können, und nicht dauerhaft bei jeder Alltagsaktivität betreuen können und nicht aufpassen können, dass diese Patientin nicht fällt. (PT 03 – 58)

Aus der Perspektive der Ärztinnen und Ärzte ist die Umsetzung ihrer Vorstellungen zur Ergo- und Physiotherapie auch eine Frage der Kultur innerhalb der einzelnen Therapiepraxen. Bei der Versorgung von Heimpatientinnen und -patienten gelten scheinbar andere Maßstäbe als bei der Versorgung einzelner Patientinnen und Patienten, die in der häuslichen Umgebung behandelt würden. Therapeutinnen und Therapeuten seien „in den Heimen weniger engagiert als bei denen, wo sie einzeln hinfahren“ (HA 02 - 26). Therapiepraxen, die Heime versorgen würden, schicken „mal den einen mal den anderen Therapeuten“ (HA 02 - 26).

IP: Ich habe das Gefühl, die sind in den Heimen weniger engagiert als bei denen, wo sie einzeln hinfahren. Da muss ich ja denn mal jemand aufrufen, da regelmäßig hinzufahren. Zu den einzelnen Leuten. In den Heimen sind das häufig größere Praxen, die dem Heim sagen: „Wir versorgen also sie liebes Heim mit.“ Und dann da ganz regelmäßig irgendjemanden – mal den einen, mal den anderen schicken. [...] (HA 02 - 26)

Zudem seien diese Therapeutinnen und Therapeuten auch weniger engagiert in der Berichterstattung und schicken, wenn sie mal eine Rückmeldung zur Therapie geben würden, einen Ankreuzbogen.

IP: [...] Und in den Heimen, kriegt man höchstens mal irgendwie so Kreuzbogen, so Multiple Choice: Therapie weiter erforderlich. Äh, Patient macht nicht mit, Therapie weiter erforderlich. Ja, das ist, finde ich, mau. (HA 02 - 30)

(3) Aufrechterhaltung der Ergo- und/oder Physiotherapie

Da ohne eine ärztliche Verordnung, in Form einer Heilmittelverordnung bei gesetzlich-versicherten Patientinnen und Patienten, keine Therapie möglich ist und die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer physischen und psychischen Einschränkungen oftmals nicht in der Lage sind, sich selbständig (rechtzeitig) darum zu kümmern, erfolgt zur Aufrechterhaltung der Therapie eine „Bestellung von Rezepten“ (ET 06 - 108). Diese **Bestellung von Rezepten** bei der Ärztin oder dem Arzt wird meistens durch die Therapeutinnen und Therapeuten, seltener durch die Pflegenden, ausgeführt.

IP: [...] Ähm also es entstehen vor allen Kontakte mit den Hausärzten über die Bestellung von Rezepten und äh das Abliefern von Therapieberichten sozusagen, wobei es da ja kein Kontakt in dem Sinne gibt, also keinen persönlichen Kontakt, es gibt nur das Weiterreichen an irgendwelchen, an Rezepten und so, also ich habe keinen persönlichen Kontakt mit denen. [...] (ET 06 - 108)

Selbständige Patientinnen und Patienten hingegen nehmen auch eigenständig Kontakt zur Ärztin oder zum Arzt auf, um eine weitere Verordnung für Ergo- oder Physiotherapie zu erhalten.

IP: Ja. Äääähm, also die anderen beiden Beispiele, da auf keinen, also da hatte ich mit gar keinem Arzt Kontakt, da haben immer die Frauen dann die Rezepte bestellt und ich äh, ich habe die Ärzte auch nie dort vor Ort gesehen oder so. Äh, nein, auch bei denen vorher, bei den anderen Patienten nicht. (ET 03 - 74)

In den Daten wird sichtbar, dass Heilmittelverordnungen ohne einen direkten persönlichen oder telefonischen Kontakt zur Hausärztin oder zum Hausarzt telefonisch im „Vorzimmer“ (ET 03 - 58) oder per Fax von den Therapeutinnen und Therapeuten „angefordert“ werden.

IP: [...] Bei uns ist es halt so, ähm dadurch das wir so viele Hausbesuche haben, haben wir das System relativ automatisiert. Also wir haben ein eigenes Computerprogramm, ähm wo wir die Hausbesuche erfassen, wann sie behandelt wurden, das meldet dann rechtzeitig, wenn ein Rezept zu Ende geht, äh es wird ein Fax ausgespuckt und das geht zum Arzt und wir fordern ein neues Rezept an. [...] (PT 02 - 42)

Die ausgestellten Heilmittelverordnungen werden nach ihrer Bestellung von der Ärztin oder dem Arzt selbst, über den Postweg oder den Lieferdienst der Apotheke ins Heim gebracht, und von da aus dann über die Pflegenden an die jeweiligen Therapeutinnen und Therapeuten übermittelt.

IP: [...] Und ähm ja so läuft das dann ab, dass wir dann die äh das Rezept bekommen, das KG-Rezept oder das Ergotherapie-Rezept vom Arzt, der schickt das über unsere Alt, über unsere Apotheke hierher, also das kriegen wir praktisch, ähm wir sind vernetzt ja auch mit den Apotheken, also da kommen Medikamente hin und auch die Rezepte, dann kommt das bei uns hier an, ja und dann kümmern wir uns darum, dass äh die Bewohner Krankengymnasten, Krankengymnastik kriegen oder Ergotherapie, [...] (PF 04 - 08)

Um einen reibungslosen Ablauf bei der Weiterverordnung und eine korrekt ausgefüllte Heilmittelverordnung, ohne die Therapeutinnen und Therapeuten nicht therapieren dürfen und ihre Leistung auch nicht von der Krankenkasse vergütet bekommen, zu erreichen, bieten manche Therapeutinnen und Therapeuten als „Service“ (PT 01 – 44-46) an, das Rezept direkt persönlich in der Hausarzt-Praxis abzuholen oder Porto für die postalische Zustellung der Heilmittelverordnung zu hinterlegen.

IP: Das klappt dann. Also da rufe ich an: „Ich sage, ich hole auch das Rezept ab.“ Ich biete ja immer noch einen Service an, dass wo die ja auch zum Teil sehr pingelig sind, dass sie nicht mal mehr Rezepte raus schicken wollen, wegen des Portos. ... I: O.k. IP: Dass man da Porto hinterlegen muss und so weiter. (PT 01 – 44-46)

Das „**Abliefern von Therapieberichten**“ (ET 06 - 108) ist eine weitere Strategie von Therapeutinnen und Therapeuten zur Aufrechterhaltung der Therapie. Der Therapiebericht ist neben der Heilmittelverordnung oftmals das einzige Kontaktmedium zwischen Therapeutinnen und Therapeuten mit Hausärztinnen und Hausärzten bzw. der hausärztlichen Praxis.

IP: [...] Ähm also es entstehen vor allen Kontakte mit den Hausärzten über die Bestellung von Rezepten und äh das Abliefern von Therapieberichten sozusagen, wobei es da ja kein Kontakt in dem Sinne gibt, also keinen persönlichen Kontakt, es gibt nur das Weiterreichen an irgendwelchen an Rezepten und so, also ich habe keinen persönlichen Kontakt mit denen. Es gibt glaube ich, in einem Jahr rufen vielleicht dreimal Ärzte hier an und sagen, ich habe ihren Therapiebericht gelesen, was ja schon ganz großartig ist, ähm und ich finde, es macht trotzdem keinen Sinn, weiter Therapie durchzuführen oder ich wollte mit ihnen noch einmal persönlich sprechen. Das gibt es schon mal, so. [...] (ET 06 - 108)

In den Daten wird sichtbar, dass Hausärztinnen und Hausärzte von den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten eine **Berichterstattung** über den Erfolg der bisherigen Therapie und eine Einschätzung dazu, was die Patientin oder der Patient bei Weiterführung der Therapie noch erreichen kann, erwarten (**Einhalten der Ordnung**). Diese Berichterstattung ist oftmals entscheidend für die Bereitschaft der Hausärztinnen und Hausärzte, eine neue Heilmittelverordnung für eine Patientin oder einen Patienten auszustellen. Sie kann auch mündlich erfolgen.

IP: [...] Ich habe jetzt in eine Heim, eine, bei der ist es wirklich nur so, die kommt angelaufen: „So, ich brauche jetzt mal wieder eine Folgeverordnung, Herr Doktor 1.“ Und das, die kam mir neulich mal auf dem Flur entgegen und da habe ich gesagt: „Was haben Sie denn jetzt mit dem Patienten jetzt eigentlich erreicht?“ „Ja, der braucht noch mindestens vier Folgerezepte.“ „Na gut“, sage ich, „dann erzählen Sie mir mal, was machen Sie denn?“ „Ja, also ich habe jetzt grade keine Zeit.“ So. Vielen Dank, dann gibt es auch kein Folgerezept. Dann macht es jemand anders weiter. Ja? So geht es nicht. (HA 01 - 69)

Aus der Perspektive der Ärztinnen und Ärzte gilt die Berichterstattung vor allem von Therapeutinnen und Therapeuten, mit denen sie bisher keinen persönlichen Kontakt hatten, als eine Art Qualitätsmerkmal ihrer Arbeit. Praxen oder Therapeutinnen und Therapeuten, die nicht unaufgefordert einen Therapiebericht abgeben, oder diesen als Ankreuzbogen verfassen, werden als nicht genügend engagiert angesehen.

IP: [...] Und in den Heimen, kriegt man höchstens mal irgendwie so Kreuzbogen, so Multiple Choice: Therapie weiter erforderlich. Äh, Patient macht nicht mit, Therapie weiter erforderlich. Ja, das ist, finde ich, mau. (HA 02 - 30)

Eine regelmäßige Berichterstattung von Therapeutinnen und Therapeuten, mit denen „vertrauensvoll“ (HA 01 – 109) zusammengearbeitet wird, wird nicht als notwendig angesehen.

IP: [...] Nur, ich sage Ihnen ganz ehrlich, bei den meisten meiner wirklich vertrauensvoll mit mir zusammenarbeitenden Therapeuten brauche ich den gar nicht. Ja? [...] (HA 01 – 109)

Einige Therapeutinnen und Therapeuten verfassen nach jeder vollständig ausgeführten Heilmittelverordnung einen Therapiebericht an die Ärztin oder den Arzt, sofern das entsprechend auf der Heilmittelverordnung vermerkt wurde.

IP: [...] also wir schreiben ja immer Berichte an, an die Ärzte, immer wenn ein Rezept voll ist, ähm, sollte ein Bericht ähm, ge-, geschrieben werden. Also von daher geben wir ja schon ähm, Feedback so von den Patienten ähm, [...] (ET 02-124)

Das **Verfassen von Therapieberichten** ist bei Therapeutinnen und Therapeuten keine gerne ausgeführte Tätigkeit, da diese nur gering vergütet wird und meistens in der Freizeit geschehen muss. Zudem werden die Therapieberichte aus der Perspektive der Therapeutinnen und Therapeuten vermutlich von Ärztinnen und Ärzten kaum

gelesen und dienen diesen eher als Rückversicherung bei möglichen Regressen und weniger als Kommunikationsmedium zwischen den Interaktantinnen und Interaktanten.

IP: [...] Es ist ja eigentlich eher so, dass wir dann irgendwie was machen müssen, einen Bericht schreiben müssen und der dann dahin kommt, ähm, und man gibt sich dann auch echt viel Mühe dann immer, dann ähm, ist ja dann auch immer eine Seite lang dann irgendwie, aber man hat da irgendwie, aber man hat da irgendwie auch gar nicht oft so richtig Lust dann irgendwie, den dann auch zu schreiben und macht das dann auch manchmal nicht. Das ist übrigens dann auch egal, auch oft, ähm schaffe ich es dann ja, sage ich jetzt, so ehrlich dann das nicht denen dann zu schreiben, obwohl auf dem Rezept steht ja immer, immer Therapiebericht, ja oder nein ist dann angekreuzt. Ähm. Meistens ist echt immer ja angekreuzt. Und ähm, es ist so, ich schaffe das nicht nach jedem, ähm jeder Behandlung dann denen, denen zu schreiben, das schaffe ich nicht. Also einfach, weil ich das in meiner Freizeit dann machen würde, weil ich kriege ja nur ähm, die Behandlung ähm, bezahlt so. Und ähm, ja, nein, dann kriege, nein, ich kriege dann auch noch zehn Minuten dann bezahlt für ähm, für die Dokumentation, aber ich schaffe es nicht, diesen Bericht dann dort ähm, in dieser Zeit noch unterzubringen und das ist ähm, einfach alles, das würde ich alles in meiner Freizeit machen und ähm, hin und wieder schreibe ich dann auch ähm, einen, aber ich schreibe ihn auch nicht nach, nach jeder ähm, Behandlung einfach, weil sich auch oft wenig tut dann. [...] (ET 02 – 124)

Da ein Nichtverfassen eines Therapieberichtes bei einigen Ärztinnen und Ärzten zu keiner spürbaren Konsequenz führt, werden teilweise auch keine Berichte geschrieben.

IP: [...] Ich schreibe dann ja den Bericht, aber ich schreibe den ja auch oft nicht und ähm, obwohl jedes Mal auf dem Rezept steht, ähm, angekreuzt ist ja und ich ihn auch oft nicht schreibe, ähm, kriege ich ähm, immer trotzdem meistens trotzdem Bericht, ähm, trotzdem Rezepte, so. Also es steht – ist immer ja angekreuzt und oft schreibe ich auch keinen Bericht ähm, aber es scheint egal zu sein, so ((lacht)). Auf der äh, dann auch einer ko- ein Bericht kommt oder auch nicht kommt. Und deshalb schiebe ich auch oft einfach jetzt keinen Bericht mehr, weil ich auch denke, es ist egal. So. Vielleicht ähm, hätte ich dann auch gerne mal eine Ermahnung so: „So, eigentlich hätte Sie ja eigentlich einen Bericht da jetzt abgeben müssen, haben Sie gar nicht gemacht.“ So. Gut, da ähm., hätte ich mich vielleicht auch geärgert: „Oh Gott, wann

mache ich den jetzt noch?" Irgendwie so. Aber ähm., ja, es ist äh, es ist egal irgendwie so oft vielen, so. Merkt man dann irgendwie draus wieder so. Ja. Mhm. (ET 02 – 124)

Oftmals stellt die behandelnde Ärztin oder der Arzt ohne eine als angemessen empfundene Berichterstattung **keine weitere Heilmittelverordnung** aus im Sinne einer **Sanktionierung des Nicht-Einhaltens der Ordnung**.

IP: [...] Denn ich, wir hier in unserer Praxis, wir sind unglaublich streng. Wir prüfen jedes Rezept. Ich gucke immer: „Ist ein Therapiebericht da?“ Wenn nicht, gibt es auch kein Folgerezept. [...] (HA 02 - 26)

IP: Also so einen Bericht ja. Dann schreibe ich: „Wenn er nicht mitmacht und es gibt keinen besseren Bericht, dann machen wir jetzt eine Therapiepause und ich gucke, ob es sich verschlechtert.“ (HA 02 - 32)

Eine weitere Strategie einiger Ärztinnen und Ärzte ist eine **aktive (telefonische) Kontaktaufnahme** mit den Therapeutinnen und Therapeuten, wenn kein Therapiebericht vorliegt, aber eine neue Heilmittelverordnung angefordert wurde.

*IP: [...] Ja, aber sehr selten. Also es gibt Kontakt, also ich rufe manchmal an, wenn ich eine Rezeptanforderung habe und keinen äh, Therapiebericht. Dann weiß ich ja gar nicht, ob das jetzt noch sinnvoll ist und was da überhaupt gelaufen ist. Dann rufe ich die an und dann besprechen wir das und andersrum gibt es – also es geht ja jetzt immer nur um Heime, nicht? Mit privaten, einzeln lebenden Menschen ist es nämlich anders, aber in den Heimen ist es so. Ähm, und dann gibt es häufig den Kontakt eher schriftlich von den Therapeuten, dass die irgendwie mit meinem Rezept nicht zufrieden sind. Ja, dass sie was anderes – also da kriege ich nur so eine Information, ich soll jetzt irgendwas umschreiben und abstempeln. **I: Mhm, o.k.** IP: Inhaltliche Gespräche fast gar nicht. **I: Fast gar nicht.** IP: Fast gar nicht. Nein. Sogar, wenn ich manchmal – ich war ja auch eine ganze Zeit lang in der Reha, manchmal mir so meine Gedanken mache und auch mal um Rückruf bitte, kommt eigentlich von den Therapeuten, die die Heime besorgen dann auch keine Rückmeldung. Wirklich anders bei denen, die bei Einzelpersonen zuhause sind. Da habe ich viel mehr Kontakt. (HA 02 - 18-22)*

Wird eine Weiterverordnung des Heilmittels von der Ärztin oder dem Arzt mit oder ohne vorliegenden Therapiebericht abgelehnt, die aus der Perspektive der Therapie-

tin oder des Therapeuten aber erforderlich ist, erfolgt seitens der Therapeutin oder des Therapeuten der Versuch eines **(Er)Klärungsgesprächs**.

Sofern die Ärztin oder der Arzt nicht von sich aus Kontakt aufnimmt, um über die Sinnhaftigkeit der Weiterführung der Therapie zu sprechen, ruft die Therapeutin oder der Therapeut in der Arztpraxis an. Wird die Therapeutin oder der Therapeut direkt zur Ärztin oder dem Arzt durchgestellt legt die Therapeutin oder der Therapeut in einem **(Er)Klärungsgespräch** ihre Sicht der Notwendigkeit einer Weiterverordnung dar. Teilweise wird der Therapeutin oder dem Therapeuten aber auch durch die Medizinische Fachangestellte oder den Medizinisch Fachangestellten ausgerichtet, dass eine Weiterverordnung nicht als sinnvoll erachtet wird.

*IP: Ja, also äh, mit vielen telefoniere ich, wenn, also ich bitte da meistens die, die Helferin, ob ich äh, ein Gespräch haben kann und die meisten rufen eigentlich zurück und – oder es rufen die Helferinnen zurück und sagen, da ist eben nichts mehr möglich. **I: O.k., also entweder Sie telefonieren mit dem Hausarzt direkt** - IP: Direkt, oder, oder es geht – oder ich kriege es dann so über die kalte Küche, über die Helferinnen da ausgerichtet, aber es, es funktioniert. (PT 01 – 26-28)*

Inhaltliche Gespräche ohne die anstehende Frage einer Weiterverordnung, so zeigen es die vorliegenden Daten, finden sowohl aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten als auch aus der hausärztlichen Perspektive nicht statt.

IP: [...] also kriegen ähm, keine jetzt Rückmeldung auch zum Beispiel von den Ärzten ähm, ja, es kann ja sein, dass sich auch mal was verbessert hat, so so was einfach so. Das ähm, also es wäre natürlich ähm, schön dann mal als Ergotherapeut dann mal, vielleicht mal einen Anruf irgendwie sogar mal zu kriegen. Das wäre echt ein Traum, von einer Ärztin dann zu hören vielleicht mal: „Oh, ähm, Herr sowieso war jetzt bei mir, der ähm, .. ja, kann ja jetzt viel äh, ähm, besser sich konzentrieren, habe ich irgendwie das Gefühl.“ So was zum Beispiel. Ähm, so was, ((lacht)) mal auch mal was Positives so irgendwie zu hören, so was, das wäre toll, mal so einen Anruf zu bekommen ähm, ja, dass die mal auch den Austausch auch suchen. [...] (ET 02 – 124)

IP: [...] Und ich habe auch das Gefühl, dass von denen wenig .. Wunsch an ein Gespräch an mich ist. Also dass jemand mal anruft und sagt: „Wir möchten uns mal über die Patientin unterhalten, was man da jetzt noch tun kann, wie der Fortschritt ist“, das habe ich nicht. Und ich kriege ja, wenn ich nun mal so streng bin, ähm, krie-

ge ja den Therapiebericht. Und wenn ich dazu Fragen habe, dann melde ich mich eben bei denen. Aber eine richtig .. Zu- also das würde ich nicht Zusammenarbeit nennen. Das würde ich sagen: Jeder arbeitet. (HA 02 - 50)

Neben Therapieberichten und (Er)Klärungsgesprächen der Therapeutinnen und Therapeuten bietet ein **Gespräch mit den Pflegenden** Hausärztinnen und Hausärzten Anhaltspunkte zur Einschätzung der Sinnhaftigkeit für die Weiterführung einer Therapie sowie die Kontrolle der Therapie hinsichtlich der Ausführung der eigenen Vorstellungen.

In den Daten wird sichtbar, dass Ärztinnen und Ärzte Therapeutinnen und Therapeuten weniger vertrauen, wenn sie ihnen nicht persönlich bekannt sind. Sie äußern eher Bedenken, dass diese die Therapie nicht nach ihren Vorstellungen bzw. nicht im Sinn der Patientin oder des Patienten durchführen im Vergleich zu denen, die ihnen persönlich bekannt sind.

IP: (4) und da ist es ähm einfacher, das zu kontrollieren und auch die Abläufe zu zu zu sehen, die müssen dir dann ja auch im Rahmen der Verordnungen Berichte erstellen über die Patienten, wo die dann eben sagen, bringt Fortschritte oder das eben weitere Therapie erforderlich ist, um Rückschritte zu verhindern und so weiter. (HA 04 – 32)

IP: [...] Und ich würde eben unter Zusammenarbeit verstehen, dass mich die Therapeutin anruft und sagt: „Da haben Sie sich was ausgedacht, das geht gar nicht. Entweder ich bin in Urlaub oder die Patientin ist völlig überfordert oder die kann aus dem und dem Grund, können wir die gar nicht aus dem Bett nehmen.“ Das ist eine falsche – Ich bin ja keine Therapeutin, ich habe zwar so meine Vorstellung, aber das kann ja völlig falsch liegen. Aber so eine Ansage habe ich noch nie gehabt. Ich merke nur nach Wochen, dass das, was ich aufgeschrieben habe, nicht stattgefunden hat. Ich frage dann die Pflegekräfte. „Ähm, ist eine Therapeutin da, ist die Frau schon aus dem Bett gekommen?“ „Nein, die ist nicht aus dem Bett gekommen, Therapeutin ist aber da.“ Aber dass die dann anruft und mir irgendwie nahelegt, warum dass jetzt nicht so klappt, wie ich das verordnet habe, das habe ich noch nie gehabt. (HA 02 – 76)

Eine weitere **Strategie** von Therapeutinnen und Therapeuten **zur Aufrechterhaltung der Therapie** ist die **doppelte Dokumentation**. Eine Dokumentation in der Pflegeakte erfolgt bei einigen Therapeutinnen und Therapeuten selbst motiviert, um

ihre Leistung zu dokumentieren und die Inhalte ihrer Therapien mit den Interaktantinnen und Interaktanten zu teilen.

IP: [...] Ähm grundsätzlich ist es so, dass wir versuchen halt unseren Standard irgendwie äh in in die ins Pflegeheim reinzukriegen, dass wir sagen, wir sind da, wir versuchen eine Kommunikation mit der Pflege, weil uns das, das Leben erleichtert, wenn es klappt. Ähm wir dokumentieren, ähm nach den Vorgaben des, des Trägers als entweder in deren EDV, ähm in deren Mappen, in den Pflegeberichten oder, oder, oder. Damit wir eine gewisse Kommunikation haben. Wir versuchen so gut es geht, ähm Informationen dazulassen und weiterzu, weitergeben zu lassen, das funktioniert mal besser mal schlechter, ähm manchmal funktioniert es auch gar nicht. [...] (PT 02 – 10)

Andere Therapeutinnen und Therapeuten dokumentieren lediglich auf Wunsch der Pflegenden bzw. der Einrichtung und halten so in Abhängigkeit des empfundenen sozialen und wirtschaftlichen Druckes die vorgegebene Ordnung des Pflegeheimes ein (**Einhalten der formalen Ordnung**). Dieser empfundene Druck generiert sich daraus, dass Therapeutinnen und Therapeuten (neue) Patientinnen und Patienten über die Pflegenden vermittelt bekommen. Darüber hinaus sind die Pflegenden diejenigen, die für erfolgte Therapien auf den Vordrucken der Heilmittelverordnungen unterschreiben, und die verordnenden Ärztinnen und Ärzte oftmals beraten, ob eine Weiterführung einer Therapie sinnvoll erscheint.

Ein **Nichteinhalten der formalen Ordnung**, also der Bitte um Dokumentation in der Pflegeakte nicht nachzukommen, kann zum **Ausschluss aus dem Pflegeheim** führen. Therapeutinnen und Therapeuten, die nicht bereit sind, in der Pflegeakte zu dokumentieren, weil das in ihren Augen nicht der besseren Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner dient, sondern lediglich eine Weitergabe des Drucks, den die Pflegenden durch die Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) verspüren, werden keine weiteren Patientinnen und Patienten über die Pflegenden in dem entsprechenden Heim mehr vermittelt.

*IP: Dokumentation zum Beispiel habe ich gehabt, dass eine äh Qualitätsbeauftragte vom Heim mir äh mich angerufen hat, Frau ((nennt ihren eigenen Namen)) sie müssen hier dokumentieren, im öh **I: Frau X ((beide lachen))** IP: Ähm sie sind dazu verpflichtet. Äh dann habe ich gesagt: wie dokumentieren, ich habe ja, führe meine Patientenakten na klar, ganz klar und ich mache ja Therapieberichte auch und so, ich*

dokumentiere. So: nein, hier im Heim, so. Ähm und dann habe ich gesagt: das mache ich nicht, ähm wir können uns gerne austauschen mündlich, ähm ich mache das nicht mehr [...] also die Dame in dem Heim, die mich angerufen hat, hat mir dann gedroht und hat gesagt, sie ruft im in der Krankenkasse an, ähm das habe ich gesagt: können sie gerne machen, ich bin dazu nicht verpflichtet, ähm da ist nichts draus geworden weiter, aber ich habe in diesem Heim auch nie wieder einen, einen Patienten bekommen, so ne das ist dann sozusagen der Umkehrschluss, weswegen eben auch denke ich, häufig meine Kollegen das tun sozusagen ne, weil wenn ich unter Druck komme, keine Patienten habe, muss ich irgendwo Pa, irgendwo Patienten rekrutieren und dann mache ich oft auch Dinge, die ich vielleicht sonst nicht machen würde so ne. Das ist jetzt zum Beispiel Dokumentation. [...] (ET 06 - 14-16)

4.2.2.3 Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen

Eine Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen ist vorhanden, wenn sich Angehörige verschiedener Berufsgruppen in ihren Handlungen durch Anleitung und Schulung, Übernahme von Handlungen oder durch das gemeinsame Handeln unterstützen. Im Kontext Pflegeheim kann dies z.B. die physische Unterstützung bei der Lagerung und dem Transfer (Positionswechsel) sein, die Anleitung, zur bestmöglichen Ausführung desselbigen für alle Beteiligten, die Übernahme von Handlungen, wie beispielsweise einen Toilettengang mit der Bewohnerin oder dem Bewohner oder ein Zur-Hilfe-Eilen in Notsituationen.

Eine Bedingung für die Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen ist die jeweilige individuelle **Definition der eigenen Arbeit** der Akteurinnen und Akteure, die Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegeheim versorgen. In den Daten werden für die im Pflegeheim durchgeführten Tätigkeiten drei Varianten sichtbar:

Die Tätigkeit gehört aus der Perspektive der Akteurinnen und Akteure

1. **in das eigene (berufsspezifische) Aufgabengebiet,**
2. in das eigene Aufgabengebiet **und** in das Aufgabengebiet mindestens einer anderen Berufsgruppe,
3. **nicht in das eigene** (berufsspezifische) Aufgabengebiet.

Bei **Tätigkeiten, die aus der Perspektive der professionellen Akteurinnen und Akteure in das eigene (berufsspezifische) Aufgabengebiet gehören** (*Definition der eigenen Arbeit, Variante 1*), fühlen sich Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

zuständig für die Rollstuhlversorgung, die Hilfsmittelversorgung, die Therapie kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten.

IP: [...] ich mache ganz viel Rollstuhlversorgung und Hilfsmittelversorgung. Ähm dann ist es so, dass das Pflegepersonal feststellt, dass da doch noch kognitive Fähigkeiten sind, die man ähm ein bisschen vorkitzeln kann, oder es geht um Kommunikation, was eben auch bei mir ein großes Thema in der Behandlung ist, dass ich eben äh Kommunikationshilfen auch ausprobieren und einsetze. (ET 05 – 08)

Der Einsatz von Alltagsaktivitäten, wie z.B. das Rasieren und Tanzen, wird als sinnvolle therapeutische Maßnahme angesehen, genauso wie Alltagsgegenstände als geeignete therapeutische Mittel betrachtet werden.

IP: [...] Ähm Rasierapparate hatte ich, wir machen ja mit Demenzkranken, machen wir sehr viel mit Körperwahrnehmung, arbeiten wir und äh zum Beispiel auch viel mit Vibrationsgeräten sozusagen, und ich habe einen großen Hang dazu natürlich, Alltagsaktivitäten miteinzubauen in die, ähm in die Therapie so. [...] dann hat sich die Situation so ergeben, dass wir eh am Waschbecken waren und er eh dieses, diesen Rasierapparat gesehen hatte und anscheinend irgendwie noch, oder weil wie auch immer, hatte jedenfalls Bart und wollte das irgendwie abhaben. Und dann habe ich das in dem Moment miteingebaut, das war super sozusagen, weil diese Vibration, ähm ich kannte das schon aus dem, mit dem Vibrationsgeräten hat der oft sich auch selber stimuliert und mit dem, mit dem Rasierapparat jetzt machte das ja richtig Sinn und er hat die gleiche Vibration gekriegt sozusagen. [...] (ET 06 – 16)

I: Wie kann ich mir ähm, eine Behandlung von, Sie haben gesagt demenziellen Patienten im Pflegeheim vorstellen? Also können Sie mal eine Situation von so einer Behandlung vielleicht beschreiben? *IP: Mhm, mhm, ja, also ist ganz, völlig unterschiedlich. Ähm, je nachdem was der Patient für Fähigkeiten oder auch für Defizite hat, ähm, zum Beispiel ähm, jetzt heute war ich gerade bei ähm einer Patientin ähm, die ähm ist schon relativ dement und die ähm, ja liebt, liebt Musik, liebt Schlager und ähm, dann stecke ich mir immer eine CDs zum Beispiel jetzt ein, habe ich heute Morgen gemacht, mit Schlagern und ähm, habe mir dann ähm, so, so einen kleinen Tanz überlegt, den ich dann mit der dann durchgeführt habe zu dem jeweiligen Schlager und ähm, sie hat viel Spaß gemacht, äh, hat gehabt, ich habe auch viel Spaß gehabt und ähm, ja, ähm, dadurch, durch die Aktivität zum Beispiel versuche ich dann ähm, ihr Gedächtnis, auch ihre Gedächtnisleistung dann so zu akti-*

vieren, also dann haben wir uns dann über Musik dann unterhalten. Was hat man denn früher oft gehört in ihren, in ihrer ähm, Jugend zum Beispiel, ähm, ja, um dadurch einfach noch möglichst viel Gedächtnisleistung bei ihr dann abzurufen, ja. (ET 02 – 27-28)

Aus Sicht der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten gehören u.a. Bewegungsübungen, Lymphdrainage, Koordinationsübungen, Gehtraining und Treppensteigen zu den Tätigkeiten, die Therapeutinnen und Therapeuten je nach Krankheitsbild und Heilmittelverordnung mit den Bewohnerinnen und Bewohnern durchführen.

IP: [...] Also ich gehe in die Zimmer, begrüße die oder denjenigen, äh, sehe eigentlich dann auch selber, wie es, wie der Zustand ist und äh, nach Verordnung, nach ärztlicher Verordnung, äh, beginne ich dann das Programm. Das ist – und natürlich hängt, hängt natürlich sehr von dem Krankheitsbild ab, äh, Parkinson oder, oder einfach Demenz oder .. anderweitige ähm, Probleme, also entsprechend der ärztlichen Verordnung mache ich meine Therapie. Das heißt, also entweder Bewegungsübungen, Lymphdrainage, Koordinationsübungen, schlichtes Lauftraining, was häufig der Fall ist, Treppen steigen, ähm – tja, was haben wir denn noch. Dann gibt es noch die Möglichkeit auf ein Ergobike zu gehen, das auch häufig für die Koordination sehr gut ist und eben auch ((räuspert sich)) ein gewisses Ausdauertraining darstellt. ... [...] (PT 01 – 02)

Zu den Tätigkeiten der Pflegenden gehören u.a. das Verteilen und Anreichen der Mahlzeiten, die Grundpflege, Toilettengänge sowie die Inkontinenzversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner. Zudem sehen sie das Vorbereiten und Verteilen der Medikamente, die Dokumentation und Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen, externen Akteurinnen und Akteure sowie Angehörigen als ihre Aufgaben.

IP: [...] Medikamente vorzubereiten, Betäubungsmittel rauszuholen, [...] Übergabe mit der Nachtwache zu machen, zu jedem einzelnen Bewohner und dann muss ich ne Aufteilung für die anderen schreiben, die dann zum Dienst kommen. Joa, dann (..), ja wenn ich das alles gemacht habe, dann fange ich eigentlich an mit der Pflege direkt. Und hab immer so sieben bis acht Leuten auf'm Zettel und da ich auf der Demenzstation bin, erfordert halt bei jedem Bewohner das genau mit der Grundpflege. Also, bei einigen muss ich 'n bisschen weniger machen, bei anderen mehr, aber ich muss überall reingehen und bestimmt zwanzig Minuten bei jedem Bewohner bleiben. Und

(.) ja, dann verteile ich Medikamente zwischendurch noch nä zum Frühstück. Joa, dann ist es ungefähr zehn – halb elf, dann mach ich kurz Pause, dann stell ich wieder die Medikamente für Mittagessen vor, dann das Mittagessen, reichen wir ganz viel Essen an. Weil wie gesagt, auf der Demenzstation, viele können, können das nicht mehr selber. Also, können einfach nicht mehr mit Besteck umgehen oder haben den Anreiz auch nicht mehr zu essen oder verstehen einfach die Handlung nicht mehr. Und dann fangen wir an, Toilettengänge zu machen mit den Bewohnern, legen die ins Bett für die Mittagsruhe. Dann gehe ich ins Dienstzimmer, kann mich fünf Minuten setzen, mach die Übergabe mit der Spätschicht und dann mach ich meine Eingabe und dann ist mein Tag eigentlich gelaufen. (PF 05 – 04)

IP: [...] Ähm dann ist eine kurze Pause, dann ziehe ich mich oft raus und fang dann an, mit Kommunikation Ärzten, Therapeuten, ähnlichem, Angehörigen. (PF 03 – 04)

Des Weiteren übernehmen Pflegende die Wundversorgung sowie die Begleitung der Ärztinnen und Ärzte bei der „Visite“ im Pflegeheim.

IP: [...] Dann nach der Übergabe mache ich ein äh, Arztanrufe äh., Getränke verteilen, Wäsche, Geschirr, äh, Verbände, ja, Arztanrufe habe ich schon gesagt. Äh, teilweise Arztvisiten, so wie heute, äh, dann wird um mhm, halb zwölf gibt es Mittagessen. [...] (PF 02 – 06)

Als ärztliche Tätigkeiten werden u.a. die körperliche Untersuchung der Patientinnen und Patienten, Blutentnahmen, das Verordnen von Medikamenten und Heilmitteln sowie die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und/oder Pflegenden, benannt.

IP: Also wir rufen vorher an, dass ich komme, ja, und dann gehe da und stelle mich in dem Zimmer vor „Hallo, ich bin hier“, und da berichten die Schwestern irgendwas vielleicht und dann geh ich zu Patienten und (.) ja. Manchmal ist vielleicht Personal dabei, manchmal nicht, je nach dem, wenn demente ist, dann brauchen wir nicht dabei zu sein. Da ist dann mehr so'n bisschen Unterhaltung. Und wenn dann irgendwie, jemand ist sehr krank, also körperliche Erkrankungen sind, dann sind wir manchmal dabei. Und wird besprochen, geguckt, untersucht (.) und dann Rezepte fertig gemacht, besprochen, dann die Akte ein bisschen geändert, Medikamente eingetragen oder abgesetzt, umgesetzt. (.) Und dann geht man wieder weg, so ungefähr. ((lacht kurz auf)) (HA 03 – 02)

IP: [...] Dann fahr ich meistens zu ner festen Zeit hin, aufgrund meiner Arbeitszeit sogar oft schon vormittags, dann kann ich auch Blutentnahmen machen, das ist sehr praktisch. Ähm und sprech mich dann dort vor Ort mit dem Pflegepersonal ab. Also such die auf und frag sie, was ansteht. [...] (HA 06 – 06)

Therapeutinnen und Therapeuten sowie Hausärztinnen und Hausärzte sehen auch Schulungen, die sie mit dem Pflegepersonal zu bestimmten Themen wie Lagerung, Basale Stimulation durchführen und Anleitungen, wie man beispielsweise einen bestmöglichen Transfer für alle Beteiligten durchführen kann als einen Teil ihrer Arbeit an.

IP: [...] Ansonsten bieten wir, von unserer Praxis in den Heimen mit denen wir Kooperationen halt, Schulungen an. Wir sagen, wir kommen gerne mal vorbei, äh stellen uns da ein anderthalb Stunden hin und erzählen was zu Lagerung, zu heben, Tragen und so weiter. [...] (PT 02 – 14)

Einige Tätigkeiten im Pflegeheim werden von verschiedenen Berufsgruppen als Teil ihrer eigenen Arbeit angesehen und gehören damit **in das eigene Aufgabengebiet sowie in das Aufgabengebiet einer oder eines Angehörigen mindestens einer anderen Berufsgruppe** (Definition der eigenen Arbeit, Variante 2). Insbesondere Lagerungen und die Durchführung eines Transfers (Positionswechsel) definieren sowohl Pflegende als auch Therapeutinnen und Therapeuten als Teil ihrer eigenen berufsspezifischen Arbeit. Damit kommt es zu **inhaltlichen Überschneidungen der Kompetenzbereiche der verschiedenen Berufsgruppen**. Vor allem Pflegende und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sehen die Ausführung von Alltagstätigkeiten wie z.B. die Unterstützung bei der Einnahme von Mahlzeiten, Hilfestellungen beim Waschen, Anziehen und sonstige Körperpflegetätigkeiten, wie Rasieren und Kämmen zu leisten, in ihrem Kompetenzbereich. Allerdings verfolgen die Berufsgruppen dabei zum Teil verschiedene Ansätze und Ziele.

IP: [...] Ähm Rasierapparate hatte ich, wir machen ja mit Demenzkranken machen wir sehr viel mit Körperwahrnehmung, arbeiten wir und äh zum Beispiel auch viel mit Vibrationsgeräten sozusagen, und ich habe einen großen Hang dazu natürlich, Alltagstätigkeiten miteinzubauen in die ähm, in die Therapie so. Für Pflegekräfte ist es oft schwer durchschaubar, was für mich therapeutisch noch sinnvoll ist und was jetzt, was sich jetzt, das ist so wie früher die Diskussion war, ob man Schlaganfallpatienten auch untenrum wäscht oder nicht, so gab es ja immer, ja, wo dann die Ergos gesagt

haben: nein, das brauchen wir nicht, es geht eigentlich wirklich nur um obenrum noch Mal zu gucken, wie kriege ich die Bürste da hin und so, ja. Also es ist wirklich, finde ich auch, schwer durchschaubar, ich, so. (ET 06 - 16)

Sofern keine andere Berufsgruppe anwesend ist, werden im Pflegeheim viele Tätigkeiten von den Pflegenden ausgeführt. Dennoch gibt es einige Tätigkeiten, die Angehörige einer Berufsgruppe den Angehörigen einer anderen Berufsgruppe aufgrund deren größerer Expertise und/oder zeitlichen Ressourcen zuweisen. Die **Tätigkeit wird somit als nicht in das eigene (berufsspezifische) Aufgabengebiet gehörend definiert.** (Definition der eigenen Arbeit, Variante 3).

Zum Beispiel fallen die „Mobilisierung“ (PF 03 - 177) und die Prothesenversorgung aus der Perspektive der Pflegenden eher in das Aufgabengebiet von Therapeutinnen und Therapeuten.

IP: So eine Mobilisierung ist doch zeitaufwendiger und ich denke, dass eine Therapeutin sich speziell mehr Zeit nehmen kann für den Einzelnen. Also sie kommt ja wirklich nur eine halbe Stunde deswegen. Wenn ich anfangen zu mobilisieren, ist da meistens ein grundpflegerischer Akt dahinter. Sprich, Toilettengang und ich hätte sie sowieso Transfer machen müssen und dann tut es mir nicht weh, wenn ich nochmal eine halbe Minute versuche zu stehen und mal gucken, ob sie in die Knie gehen kann und wieder hinstellen kann. Aber die Therapeutin kommt rein und sagt „Okay, heute machen wir nur Stehen“. [...] Stellt sie vier-, fünfmal hintereinander hin und bewegt die Gelenke nochmal durch. Das kann ich nicht leisten. (PF 03 - 177-179)

IP: Der Prothesen oder der Prothese äh, weil sie – das war so unterhalb der Kniegelenks. Und ähm, sie konnte dann ähm, ja die anatomischen, physiologischen Gegebenheiten, die ja ein bisschen verfeinert sind, oder ähm, oder konnte sie besser beurteilen als wir, ne, worauf es dann wirklich darauf ankam. (PF 01 - 70)

Aus der Perspektive der externen Akteurinnen und Akteure gehört in das Aufgabengebiet der Pflegenden u.a. das Auskunfterteilen über die Bewohnerinnen und Bewohner sowie alle Tätigkeiten, die der Grundpflege zuzuordnen sind, wie beispielsweise Toilettengänge.

IP: [...] und ich suche den Kontakt, wenn so für mich klar pflegerische Arbeiten ähm, zum Beispiel, wenn jemand auf Toilette muss, suche ich den Kontakt [...] (ET 06 - 12)

Neben der Definition der eigenen Arbeit stellt der **Bedarf an physischer Unterstützung** der professionellen Akteurinnen und Akteure bei diagnostischen, prognostischen oder therapeutischen Tätigkeiten eine weitere Bedingung für die Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen dar, der vom Gesundheitsstatus von Bewohnerinnen und Bewohner (vgl. **Patientendefizit**) abhängig ist.

Bestimmte Handlungen, wie die Hilfestellung beim Positionswechsel vom Bett in einen (Roll-)Stuhl, erfordern einen Kraftaufwand der professionellen Akteurin oder des professionellen Akteurs und können ggf. nur mit einem Risiko für die Sicherheit der Bewohnerin oder des Bewohners durchgeführt werden. Beispielsweise soll ein „bettlägeriger“, „kräftiger Mann“ (ET 02 - 66), der von einer Therapeutin alleine nicht aufgesetzt werden kann, da diese es sich alleine nicht zutraut, zu therapeutischen Zwecken an die Bettkante mobilisiert werden.

IP: Mhm. Mhm, mhm, ja, also jetzt neulich ist mir das auch passiert in der Einrichtung, dass ein bettlägeriger, bettlägeriger Patient ähm, den hätte ich einfach gerne an die Bettkante gesetzt, so. Aber das ist ein, ja, kräftiger Mann. Alleine hätte ich mir das denn auch nicht zugetraut, ähm, äh, aber ich wollte ihn einfach auch gerne ähm, an die Bettkante einfach mobilisieren, [...] (ET 02 - 66)

Zudem kommen Bewohnerinnen und Bewohner z.T. mit Hilfsmitteln und medizinischen Besonderheiten ins Heim, mit denen die Professionellen noch keine Erfahrung haben (**Routine der Handlung**). Patientinnen und Patienten ziehen z.B. mit einer Beinprothese oder einer Parkinson-Medizinpumpe aus dem Krankenhaus oder häuslichen Umgebung ins Pflegeheim ein. Die professionellen Akteurinnen und Akteure haben dann einen **Bedarf an der Expertise einer oder eines Angehörigen einer anderen Profession**. Dieser zeigt sich sowohl in dem Wunsch nach theoretischem als auch nach praktischem Wissen.

IP: Der Prothesen oder der Prothese äh, weil sie – das war so unterhalb der Kniegelenks. Und ähm, sie konnte dann ähm, ja die anatomischen, physiologischen Gegebenheiten, die ja ein bisschen verfeinert sind, oder ähm, oder konnte sie besser beurteilen als wir, ne, worauf es dann wirklich darauf ankam. [...] (PF 01 – 70)

Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegeheim haben aufgrund ihrer Einschränkungen einen längerfristigen Therapiebedarf. Zum Teil sind bereits Vorkontakte zwischen Bewohnerinnen und Bewohner und externe Akteurinnen und Akteure erfolgt,

was dazu führen kann, dass externe Akteurinnen und Akteure die Bewohnerinnen und Bewohner besser kennen als die Pflegenden.

IP: [...] Ähm wie komme ich zu den Patienten? Ich komme ganz oft zu den Patienten, also ich habe die ganz oft im häuslichen Umfeld und die gehen dann ins Heim, deswegen sind die auch so vereinzelt oft einzeln. [...] (ET 06 – 34)

Eine weitere Situation in der es eher wenig Routine zu geben scheint, sind „Sterbesituationen“ (PF 02 – 55). Hier gibt es einen Bedarf an der Expertise einer oder eines Angehörigen einer anderen Profession, sowie damit einhergehend auch einen Bedarf an emotionaler bzw. psychischer Unterstützung.

IP: Ähm..., ja, in so Sterbesituationen, wo es halt, wo es halt darum geht, sie haben kein Rezept, sie sind aber im Haus und sie helfen uns einfach in der Situation jemanden ähm, atemerleichternd zu lagern, sodass es für denjenigen wirklich eine Erleichterung ist, wo wir manchmal äh, überfordert sind, weil der vielleicht irgendwelche Erkrankungen hat oder irgendwelche Einschränkungen äh, die wir nicht so genau einschätzen können. Also da wird es dann bedeutsam. [...] (PF 02 – 55)

Eine weitere Bedingung für die Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen ist, dass sowohl Therapeutinnen und Therapeuten als auch Pflegende die Anforderungen und Belastungen der jeweils anderen Berufsgruppe wahrnehmen. Vor allem bei einem höheren Zugehörigkeitsgefühl und einer höheren sozialen Position führt das zu einer Bereitschaft, die Angehörigen der anderen Berufsgruppe in ihren Tätigkeiten zu unterstützen, sofern diese Tätigkeiten auch inhaltlich zu ihren eigenen berufsspezifischen Tätigkeiten passen.

Die Interaktionen, die eine Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen im Pflegeheim zeigen, können in sechs Strategien unterteilt werden (Tabelle 14).

Tabelle 14: Handlungen – Interaktionen, die eine Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen im Pflegeheim zeigen

<p>(1) Übernahme von Tätigkeiten, die <u>nicht</u> in das eigene (berufsspezifische) Aufgabengebiet gehören</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begleitung beim Toilettengang
<p>(2) Übernahme von Tätigkeiten, die sowohl in das eigene als auch in das Aufgabengebiet einer anderen Berufsgruppe gehören</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisieren einer Bewohnerin/eines Bewohners • Lagerung einer Bewohnerin/eines Bewohners • Körperpflegetätigkeiten mit einer Bewohnerin/einem Bewohner als Teil der Therapie ausführen
<p>(3) Unterstützung durch Anleitung und Schulung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erklären des Einsatzes von Lagerungsmaterial • Zeigen von therapeutischen Handgriffen
<p>(4) Anbieten von und Bitten um physische Unterstützung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rollstuhl hinterherschieben • Unterstützung bei Transfers
<p>(5) Zur-Hilfe-Eilen</p>
<p>(6) gemeinsames Anpacken</p>

(1) Übernahme von Tätigkeiten, die nicht in das eigene (berufsspezifische) Aufgabengebiet gehören

Tätigkeiten, die nicht in das eigene Aufgabengebiet gehören, werden situationsbedingt ad hoc ausgeführt und oft ohne, dass die Interaktantin oder der Interaktant dieses überhaupt mitbekommt.

Eine Therapeutin, die nur eine einzelne Patientin im Heim betreut, übernimmt beispielsweise, zum einen, weil es die Situation erfordert, und zum anderen, damit sie ihren Terminplan einhalten kann, die Begleitung der Bewohnerin beim Toilettengang, obwohl sie diese Tätigkeit nicht primär als ihre Aufgabe ansieht.

IP: [...] Genau, und dann lege ich los mit meiner Therapie bzw. oft ist es auch so, oder es gibt viele Situationen, gerade bei der Patientin, ähm wo das dann so ein bisschen mit Alltagssituationen und auch Pflegenden Situationen kollidiert sozusagen zeitlich, weil die Patientin zum Beispiel gerade im Badezimmer ist oder noch ähm gerade weil ich oft zur Mittagszeit auch da bin, ähm auch noch isst. [...] und ähm ich dann

immer so ein bisschen gucken muss, was jetzt so außerhalb der eigentlichen physiotherapeutischen Therapie sozusagen ähm dann in dem Moment noch so auf mich zukommt, also wenn die Patientin eben dann sagt: „ich muss jetzt aber noch Mal auf die Toilette“ oder was weiß ich: „ich möchte jetzt diesen Möhrensalat noch aufessen“, dann ist sie da auch sehr bestimmend ((lacht)) und dann ähm muss das auch noch passieren, ähm so dass ich dann ja zum Teil dann irgendwie mit einspringe oder es ist eben zum Beispiel noch eine Pflegekraft da ((kurz unverständlich)). [...] (PT 03 – 06)

Keine Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen zeigt sich hingegen, wenn diese nicht als Teil der eigenen Arbeit angesehen werden, beispielsweise wenn Therapeutinnen und Therapeuten den Kontakt zu einer Pflegekraft suchen, damit sie die anstehende Tätigkeit, z.B. einen Toilettengang übernimmt.

IP: [...] und ich suche den Kontakt, wenn so für mich klar pflegerische Arbeiten ähm, zum Beispiel wenn jemand auf Toilette muss, suche ich den Kontakt [...] (ET 06 - 12)

Einer (2) **Übernahme von Tätigkeiten, die sowohl in das eigene als auch in das Aufgabengebiet einer anderen Berufsgruppe gehören**, geht zumeist eine vorherige Absprache zwischen den Interaktantinnen und Interaktanten voraus.

Im Rahmen der Therapie im Pflegeheim übernehmen vor allem Therapeutinnen und Therapeuten Tätigkeiten und integrieren diese in ihre Therapie, die nach der Definition ihrer eigenen Arbeit nicht als primär pflegerische, sondern als (potentiell) therapeutische Tätigkeiten angesehen werden (**Integration von Tätigkeiten in die Therapie**). Beispielsweise verändern Therapeutinnen und Therapeuten den Ort der Therapie beim „Mobilisieren“ (PT 02 – 14) der Patientinnen und Patienten, indem sie in Absprache mit den Pflegenden die Therapie nicht im Flur oder Zimmer durchführen, sondern stattdessen die Patientinnen und Patienten von ihnen „dann gleich in den Speisesaal mobilisiert“ (PT 02 – 14) werden.

IP: [...] Ähm auf der anderen Seite wo wir dann zusammenarbeiten, wenn wir die Leute kurz vor dem Mittagessen mobilisieren, wo wir sagen: „ok wir mobilisieren sie dann gleich in den Speisesaal, dann, dann braucht ihr ihn nicht nochmal ähm quer durch den Flur schieben“, das entlastet dann die Pflegekraft ähm und für uns ist es die gleiche Arbeit dann. Also wir, wir gucken ähm, was können wir tun für die, was in unsere Therapie gehört, ähm und auf der, auf der, im Gegenzug kriegen wir relativ

saubere, satte und zufriedene äh Kundschaft, ähm das funktioniert in den meisten Fällen eigentlich auch ganz gut. [...] (PT 02 – 14)

Ein anderer Therapeut fragt, bevor er mit der Therapie beginnt, nach Lagerungswünschen der Pflegenden, die er dann im Rahmen seiner Therapie umsetzt. Je nach gewünschter Tätigkeit werden bestimmte therapeutische Handlungen in der einzelnen Therapieeinheit in einer bestimmten Art und Weise ausgeführt oder weggelassen.

IP: [...] Und auch Wünsche. Ob ich den umlagern soll irgendwie so [...] (ET 03 – 12)

Die Übernahme von Tätigkeiten durch die **Anpassung der Therapie an den Pflegekontext** hat sowohl den Benefit für die Bewohnerin oder den Bewohner, als auch eine **Entlastung der Pflegenden** sowie eine Kontakt- und Beziehungspflege zwischen den Interaktantinnen und Interaktanten als Basis für weitere Zusammenarbeit zum Ziel.

IP: Das sind Erfahrungen, ähm (3) mit dem Herrn mit dem, mit dem äh Rasierapparat habe ich Moment ja einen guten Stand ((lacht)), weil eben das Rasieren stattgefunden hat. [...] (ET 06 – 56)

Neben dem **Angebot** der Therapeutinnen und Therapeuten, **eine Tätigkeit zu übernehmen** kommt es durch die Pflegenden auch zu einer **Bitte um Übernahme einer Tätigkeit**. Eine Therapeutin wurde beispielsweise von einer Pflegekraft gebeten, die Rasur eines Bewohners mit einem elektrischen Rasierapparat in die Ergotherapie einzubauen. Nach einer Prüfung, ob diese Tätigkeit aus ihrer Sicht eine sinnvolle Therapie für den Bewohner darstellt, hat die Therapeutin das Rasieren mit in ihre Therapie aufgenommen.

IP: [...] Und danach kann ich mit ihm andere Dinge besser arbeiten so und in diesem speziellen Fall zum Beispiel mache ich das inzwischen einmal die Woche, für mich ist das OK, das zu machen, die Pflegekräfte sind total glücklich, klar, logisch, so, ich habe aber für mich entschieden, dass das therapeutisch sinnvoll ist so, ja. Aber ich nehme mir die Freiheit, das wirklich selbst zu entscheiden und es gibt oft ein Problem, wenn dann im nächsten Fall wieder was von der Pflege erwartet wird, was eben meiner Meinung eigentlich erst mal was pflegerisches ist sozusagen oder wo es einen fließenden Übergang gibt, und wenn ich dann nein sage, dann, dann gibt es ein Problem. Aber das sind, das ist halt eine Situation, wo ich sozusagen, wo sie an mich ran

getreten sind und wo ich ähm das erfüllt habe oder mache, so, genau. [...] (ET 06 – 16)

Eine solche **Integration von Tätigkeiten in die eigene Arbeit** ist eine weitere Strategie der Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen. Ihr steht das **Abgrenzen der berufsspezifischen Tätigkeiten** gegenüber. Externe Akteurinnen und Akteure, welche die von den Interaktantinnen und Interaktanten angefragten Tätigkeiten nicht als therapeutisch sinnvoll ansehen und sich durch die Anfrage in ihrer Rolle und Kompetenz nicht wertgeschätzt fühlen, lehnen die Durchführung bestimmter Tätigkeiten, wie z.B. Medikamente geben, Türen verschließen, jemanden zur Toilette bringen, Botengänge und die Dokumentation in der Pflegeakte ab.

IP: Ja, Medikamente mache ich nicht, ähm ich schließe nicht einen Raum wieder ab, wenn der abgeschlossen ist, wenn ich wieder rausgehe, mache ich nicht. Ähm hatte ich ähm viele, viele Anfragen an pflegerische Tätigkeiten, Essen geben so, Essen geben mache ich nicht, jemanden auf Toilette bringen, mache ich nicht, ähm jemanden irgendwo hinbringen, mache ich nicht. Also klar, wenn ich den auf dem Aufenthaltsraum hole, bringe ich ihn auch wieder zum Aufenthaltsraum, aber ich nehme ihn nicht mal eben drei Stockwerke mit hoch, weil da irgendwie, also als ich, ich fungiere nicht als Bote sozusagen, ja. Und ich ähm, ich staple nicht tief mit meiner Arbeit. Also ähm ich, ich mache mich gerade und ich bin gleichwertig dem der Pflegekraft sozusagen in Ausbildung und Können. Ja? (ET 06 – 44)

Eine weitere Strategie der Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen ist die **(3) Unterstützung durch Anleitung und Schulung**.

Externe Therapeutinnen und Therapeuten versuchen Pflegenden in bestimmten Bereichen eine Kompetenz beispielsweise durch das **Erklären des Einsatzes von Lagerungsmaterial** oder **Zeigen von therapeutischen Handgriffen** zu vermitteln.

IP: [...] Und äh, die haben sich teilweise auch von mir die Griffe zeigen lassen, also die ich gerne hätte. [...] (ET 03 – 118).

Die Akzeptanz der angebotenen Unterstützung ist, so zeigen es die Daten, unter anderem davon abhängig, ob die Tätigkeiten dem Kompetenzbereich der Therapeutinnen und Therapeuten oder dem eigenen berufsspezifischen Kompetenzbereich zugeordnet werden, sowie von der Art und Weise in der die **Unterstützung durch Anleitung** angeboten wird.

IP: Ja, auch wo man überlegt, wie man aus dem Bett meinetwegen in, in Stuhl kommt sozusagen ja ähm, das gibt es zum Beispiel schon manchmal, dass wenn ich sage: „oh nicht den ganzen Tag im Pflgest, Pflge im, im Rollstuhl, bitte auf einen Stuhl setzen so“, so kleine Sachen passieren schon, wo ganz klar ist, das ist mein Kompetenzbereich sozusagen ja. Und da hab ich dann mal einen kleinen netten Hinweis gegeben so und das das wird dann manchmal auch umgesetzt so. [...] Ich glaube, es ist schwieriger, wenn ich mich einmische so, also essen ist ein schwieriges Thema so, aber auch wenn ich zum Beispiel sage: „naja Inkontinenz, regelmäßige Toilettengänge vielleicht so.“ Ja, das, das ist ganz schwierig. [...] (ET 06 – 90)

IP: [...] Also von daher, das sind dann so Negativerfahrungen, dass ich dann halt auch ähm immer wieder gucken muss und mich drehen und wenden muss und überlegen muss, wie spreche ich die jetzt an, dass sie halt nicht irgendwie beleidigt ist oder so ((atmet hörbar ein und aus)). Die fühlen sich halt so schnell dann angegriffen auch. (ET 04 – 122)

Die Bereitschaft, eine Unterstützung durch Anleitung von Therapeutinnen und Therapeuten anzunehmen, ist außerdem abhängig vom Zugehörigkeitsgefühl sowie der sozialen Position der Therapeutinnen und Therapeuten. Beispielsweise schätzt eine Pflegekraft die Expertise der externen Therapeutinnen und Therapeuten in Bezug auf Transfertechniken und Lagerungen so sehr, dass die Auszubildenden die Therapeutinnen und Therapeuten bei der Therapie mit der Bewohnerin oder dem Bewohner begleiten und von ihnen darin geschult werden.

*IP: Wir haben auch Therapeuten, die relativ gut sind, die ähm unseren Azubis zum Beispiel helfen, bei Lagerungen, Transfers. Gerade Therapeuten sind ja doch ein bisschen weiter auf dem Stand was Transfers angeht. Bin ich zumindest der Meinung. **I: Ja, inwiefern? Also..** IP: Ja, zum Beispiel, ja Mobilisierung. Auf die Bettkante, die neuesten Transfertechniken, die es so auf dem Markt gibt. Weil sie sich doch gerade in dem Bereich weiter fortbilden als wir uns. Also meine Transfertechniken sind wahrscheinlich zehn Jahre alt. Ab und an lern ich mal von Azubis. Und die lernen es dann von den Therapeuten. **I: Okay. Das heißt also, die haben, sind einfach, ja, auf dem neuesten Stand der...** IP: Genau, was so Bewegung, Bewegungsabläufe oder speziell auf Krankheitsbilder abgestimmte Bewegungsabläufe geschult sind. **I: Und die Azubis, die gehen dann mit den Therapeuten mit oder?** IP: Genau. **I: Okay.** IP: Bei dem bestimmten Bewohner gehen sie dann mit rein. **I: Das ist dann quasi so, als..** IP: Wie Anleiterzeit dann. (PF 03 – 90-100),*

Die **Bitte um Unterstützung durch Anleitung** ist eine weitere Form der Interaktion, die eine Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen zeigt. Pflegende bitten Therapeutinnen und Therapeuten bei Bedarf um die Vermittlung von konkreten Handgriffen bei einem Transfer oder dem richtigen Anlegen von Gilchristverbänden.

IP: [...] oder äh, es ist auch oft so, dass wir, wenn wir einen Bewohner haben – ich habe gerade ein Beispiel im Kopf: das ist eine ältere Dame, Apoplex, Hemiplegie .. äh, Hemiparese links, ähm, da .., dass wir uns da zusammensetzen und sagen: wie machen wir eigentlich einen vernünftigen Transfer vom Bett in den Rollstuhl und umgekehrt mit derjenigen? Dass wir uns da dann wirklich direkt beim Bewohner treffen und sagen: „So, jetzt zeig mal, oder jetzt probieren wir mal aus.“ (PF 02 – 35)

IP: Mmh, das ist dieselbe Therapeutin, ja. Beim Anlegen von Gilchristverbänden da gibt es mittlerweile so viele verschiedene. Also, die den Arm so fixieren am Körper. Da sind wir auf sie zu, weil wieder ein neues Produkt gekommen ist und die wir, die nicht angelegt bekommen haben. (PF 03 - 74)

Beispielsweise wurde in einem Heim ein Physiotherapeut von den Pflegenden gebeten, ihnen einen Transfer direkt beim Bewohner zu zeigen. Der Transfer sollte sowohl die Schmerzen, die der Bewohner bei einem Transfer hat minimieren, als auch für die Pflegenden besser durchführbar sein.

IP: Ja, Bewohner X ist noch sehr jung, 69 Jahre alt. Ist ja wirklich/ ist richtig an Alzheimer erkrankt, also der spricht auch gar nicht mehr. Und ja reagieren tut er sehr wenig, also eher mit Schmerzauffassung, also wir beobachten halt immer Gestik und Mimik und das Gesicht ist immer schmerzverzogen bei Bewegung, beim Transfer oder bei Lagerung einfach im Bett. Und der kriegt auch viermal täglich Morphin, zehn Milligramm. Und ja, dann kommt halt immer 'n Physiotherapeut zu ihm und mit dem haben wir halt auch darüber gesprochen, dass beim Transfer/ wir haben's ne Zeit lang mit'm Lifter gemacht, dass wir meinten, ja da verzieht er sein Gesicht auch, weil natürlich hat der auch Angst, weil auf einmal schwebt er in der Luft und dann sitzt er im Rollstuhl, ist halt auch nicht schön. Und dann meinten wir halt/ zu zweit haben wir's dann ne Zeit lang gemacht. Aber sein Gesicht ist halt immer noch sehr schmerzverzogen und dann hat er uns halt/ haben wir das mit ihm einmal durchgespielt, weil er meinte, er macht das halt immer viel langsamer und gibt jeden Schritt an, aber er meinte, die Schmerzen kann er nicht/ also, kann er auch nicht komplett ausschalten. Er meinte, er halt einfach auch 'n bisschen mehr Zeit den Bewohner drauf vorzuberei-

ten, dass er jetzt vom Bett in den Rollstuhl kommt. Und ja, und da stoßen wir wieder aneinander, weil wir setzen ihn auf und dann direkt in Rollstuhl eigentlich, weil die Zeit haben wir leider überhaupt nicht, dass wir da noch richtig lange diesen Transfer machen, aber 'n paar Tipps gibt er uns natürlich trotzdem, nää? Wo wir am besten anfassen sollen, wo nicht so/ wo die Bewohner es nicht so gerne mögen und (PF 05 – 20).

Der Übergang zwischen einer **Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen**, bei der Therapeutinnen und Therapeuten Pflegende beispielsweise darin anleiten, einen guten Transfer für eine Bewohnerin oder einen Bewohner wie für die Pflegenden selbst durchzuführen und einer **Beteiligungsbereitschaft an gemeinsam gestaltenden Handlungen** kann fließend sein.

Aus einer als Anleitung initiierten Handlung kann sich eine gemeinsame Erarbeitung eines Transfers beider Interaktantinnen bzw. Interaktanten direkt mit der Bewohnerin oder dem Bewohner ergeben. Ein Therapeut berichtet beispielsweise davon häufiger durch Pflegende angesprochen zu werden, damit diese eine Unterstützung bei bestimmten Handhabungen mit Patienten und Patientinnen von ihm bekommen. Bei der eigenen Erarbeitung einer bestmöglichen Handhabung bei einem Transfer ergibt sich dabei ein gemeinsames Erarbeiten des Handlings, das die Pflegenden in ihren Alltag mit dem Bewohner integrieren.

IP: Also häufig werden wir angesprochen und so: „wir haben hier den und den Patienten, äh wir kommen nicht so gut klar mit dem oder äh, wir kriegen ihn jetzt immer nur zu zweit und zu dritt an die Bettkante, gibt es da Möglichkeiten?“ Und dann gehen wir halt im Prinzip, wenn die gerade Zeit haben und wenn ich gerade Zeit habe, gehen wir halt zu dem Patienten, ähm ich guck mir den dann mal an, und dann versuche ich halt meine Techniken und Griffe da dran, das ist ja auch ein Üben, also ich gehe ja nicht sofort an den Patienten und alles klappt super, man muss sich erst mal das angucken. In der Regel passiert das bei Patienten sowieso, die wir dann in die Krankengymnastik übernehmen, also das ist, die kriegen dann auch ein Rezept oder sonst irgendwie was, und dann stehen wir mit der Pflege da und dann probieren wir das quasi zusammen aus, wie geht das am besten zu händeln. Ähm und die übernehmen das dann halt und integrieren das dann halt häufig in ihren Alltag. Und ähm das sind dann aber eher so, glaube ich, auf der pflegerischen Ebene, also wie kriege ich den besser ähm von der einen Seite auf die andere Seite, um ihn dann waschen

zu können. Und da sind weniger so therapeutische Indikationen, die dann da glaube ich hinter stecken. (PT 02 – 20)

In manchen Heimen bieten die externen Akteurinnen und Akteure neben den individuellen Anleitungen für einzelne Pflegekräfte auch Schulungen für alle interessierten Pflegekräfte einzelner Wohnbereiche an. Diese Schulungen, u.a. zu den Themen Transfer, Lagerung, Basale Stimulation und Nahrungsaufnahme, dienen aus der Perspektive der externen Therapeutinnen und Therapeuten, neben dem Benefit für die Pflegenden und Bewohnerinnen und Bewohner, auch einer besseren Ausgangslage und Basis für die darauf ansetzende Therapie und damit für ihr eigene Arbeit.

*IP: [...] Ansonsten bieten wir, von unserer Praxis in den Heimen mit denen wir Kooperationen halt, Schulungen an. Wir sagen: „wir kommen gerne mal vorbei, äh stellen uns da ein anderthalb Stunden hin und erzählen was zu Lagerung, zu heben, Tragen und so weiter.“ [...] **I: Die Schulung ähm, was ist so der Hintergrund für sie, warum sie die anbieten?** IP: Die Erfahrung zeigt äh, je besser die Pflege natürlich schon äh mobilisierend arbeitet, desto leichter ist mein Job, weil ähm, wenn die Leute von der Pflege soweit mobilisiert sind, dass sie auch an der Bettkante mal sitzen, sich da waschen, [...]. Die Patienten sitzen schon mal an der Bettkante, ich muss mich nicht mehr mit dem ganzen Kram äh äh Thromboseprophylaxe, Pneumonie-Prophylaxe und so weiter und so fort kümmern, sondern kann höher einsteigen beim Patienten und kann dann in diesem höheren Einstieg im Prinzip ähm den Patienten in die nächste Stufe bringen, also wenn die Pflege ihn schon an der Bettkante hat, muss ich das nicht mehr machen, und da habe ich meine zwanzig Minuten, ihn von der Bettkante meinetwegen in den Stand zu kriegen, um ihn dann irgendwann in den Rollstuhl zu kriegen oder was auch immer die höchstmögliche Position ist dann für diesen Patienten und ähm, je mehr die Pflege macht und schafft, desto leichter und desto, ja ich sag mal, befriedigender ist dann auch unser Job. [...] (PT 02 – 14-16)*

Die Annahme des Angebots einer Schulung, die durch eine externe Therapeutin oder einen externen Therapeuten durchgeführt wird, ist aus der Perspektive der Therapeutinnen und Therapeuten u.a. abhängig von der **Kultur der Institution**. Heime, die weniger gut organisiert sind, sehen keinen Bedarf und haben eher kein Interesse an Schulungen durch externe Akteurinnen und Akteure.

IP: [...] wird aber eher weniger wahrgenommen. Ich weiß nicht warum, äh manche Heime haben ihr eigenes Ausbildungsprogramm, das ist auch in Ordnung, aber entweder kriegen sie die Leute nicht zusammen oder es wird dann im Heim nicht ordentlich organisiert. Und mehr als Anbieten kann ich es ja nicht. [...] (PT 02 – 14)

Heime mit einer günstigen Kultur für eine Beteiligungsbereitschaft an interprofessionelle Zusammenarbeit sprechen externe Therapeutinnen und Therapeuten von sich aus an, ob diese eine Fortbildung für das Personal anbieten können.

*IP: [...] und ich mache auch ab und zu Fortbildungen und äh dann versuche ich eben auch den Pflegekräften zu vermitteln ((atmet hörbar aus)), dass sie nicht jemanden bis oben hin abdecken, die Hände sind hier und dann wird gefüttert wie im Zoo, nicht? So. Ähm die die Rückenschulung und Training, das ist etwas, was äh Standard ist in den Häusern ähm, wenn es auf um Nahrungsaufnahme geht zum Beispiel, dann sieht das schon anders aus. [...] **I: Und Fortbildungen heißt das, wirklich sie bieten.** IP: Fürs Personal. **I: Genau, sie bieten das wirklich an, dass mehrere sich daran dann ähm anmelden können oder das sie das so eins zu ein?** IP: Also ich bin von verschiedenen Häusern angesprochen worden, im also die, es wird bei der Übergabe weitergegeben und das ist dann wie stille Post ((lacht kurz auf)), ne. (ET 05 - 180-188)*

Neben der **Unterstützung durch Anleitung und Schulung**, bei der es vor allem um die Expertise einer oder eines Angehörigen einer anderen Berufsgruppe geht, wird in den Daten außerdem das (4) **Anbieten von physischer Unterstützung** und **Bitten um physische Unterstützung** sichtbar.

Insbesondere Pflegende sowie Therapeutinnen und Therapeuten, die sich bereits gut kennen (Zugehörigkeitsgefühl und soziale Position), bieten sich gegenseitig physische Unterstützung bei Transfers an. Transfers werden dabei von den Interaktantinnen und Interaktanten als Tätigkeit, die in das Aufgabengebiet beider Berufsgruppen gehören, definiert.

IP: [...] So stimme ich mich natürlich immer ab oder wir helfen uns dann auch gegenseitig, also es gibt ja immer Situationen, dann kommt jemand in den Lifter und dann fehlt zwei Hände, da fasse ich genauso an oder im Rollstuhl, oder man, man hilft sich einfach untereinander. [...] (PT 01 – 52)

Auch eine **Bitte um physische Unterstützung** ist davon abhängig, ob die Akteurinnen und Akteure die auszuführende Tätigkeit als dem eigenen Aufgabengebiet bzw. dem einer anderen Berufsgruppe zugehörig definieren.

Therapeutinnen und Therapeuten, die eine Mobilisation einer Patientin oder eines Patienten genauso als Teil ihrer eigenen Arbeit ansehen, wie dafür um Hilfe zu bitten, bitten eine Pflegekraft selbstverständlich um physische Unterstützung, auch wenn der Prozess der Zugehörigkeit und sozialen Position noch nicht weit fortgeschritten ist. Sie gehen davon aus, dass eine Unterstützung bei Transfers und ersten Steh- und Gehversuchen ebenso Teil der Arbeit von Pflegenden ist.

IP: [...] Zusammenarbeit, also sehe ich, also wirklich unter dem Aspekt sich äh, gegenseitig also abzustimmen, gegenseitig zu helfen, es gibt ja immer Menschen, die man vielleicht alleine nicht aufrichten kann ähm, hinstellen kann, also dass man da doch immer sich abstimmt hier mit dem Pflegepersonal: „Können Sie dann mir helfen oder kannst du mir dann zur Seite stehen?“ [...] (PT 01 – 74)

Therapeutinnen und Therapeuten, die unsicher sind, ob eine physische Unterstützung bei der Therapie Teil der pflegerischen Arbeit ist und ob von einer Beteiligungsbereitschaft ausgegangen werden kann, da ein Prozess der Zugehörigkeit und der sozialen Position noch nicht weit fortgeschritten ist, formulieren ihren Hilfebedarf vorsichtiger. Sie fragen Pflegende, ob sie „einmal“ (ET 03 – 118) helfen könnten oder „ob das prinzipiell möglich“ (ET 02 - 122) sei.

IP: Zum Beispiel, genau. Also äh, also dieses war jetzt bei dem Patienten, als ich das erste Mal im Pflegeheim. Der war vorher zwischen dem Zuhause und dem Pflegeheim eine Weile im Krankenhaus. Ich wusste ja gar nicht in welcher Situation kommt der und der wirkte wirklich schwach. Und äh, ich habe das erste Stehen versucht und der ist mir fast zusammengeklappt dabei. Und dann habe ich halt die Pflege gefragt, ob die mir nur helfen einmal, damit ich einmal sehen kann, kann der die Schritte machen oder nicht und das haben die sofort gemacht. Und das war wirklich gut. [...] (ET 03 – 118)

IP: Ähm, also ich war dann bei dem Patienten und der lag wieder im Bett und meine Vorgängerin, die hat das auch immer gemacht, dass sie den an die Bettkante gesetzt hatte, auch die hat das wohl auch wirklich alleine gemacht, aber das traue ich mich, mir nicht zu, weil ich dann einfach Angst habe, dass der mir dann runter rutscht dann die Bettkante, weil ich bin ja auch nicht so kräftig, nicht so groß und dann äh, dann

äh, bin ich dorthin gegangen zu der ähm, Pflegekraft und habe, glaube ich, mal gefragt, ob das prinzipiell möglich ist so, weil ich den irgendwie auch neu hatte und sie meinte: „Ja, ja!“ Und das kam dann auch aus ihrer, ähm, ich glaube sie hat das dann sogar gesagt: „Ja, dann machen wir das doch mal!“ [...] (ET 02 - 122)

Die Reaktion von Pflegenden auf die **Bitte um physische Unterstützung** von Therapeutinnen und Therapeuten fällt abhängig von ihrer eigenen Definition der eigenen Arbeit, ihrem Bedarf an Zusammenarbeit, dem Zugehörigkeitsgefühl und der sozialen Position, sowie der Kultur der Institution unterschiedlich aus. Beispielsweise werden Therapeutinnen und Therapeuten, die in ihrer Therapie mit Patientinnen und Patienten erste Gehversuche anstellen, in dem sie den „Rollstuhl hinterherschieben“ (PF 03 – 167) und ihnen damit die notwendige „Sicherheit geben“ (PF 03 – 163), dabei von Pflegenden unterstützt

I: Vielleicht ist das für die andere Berufsgruppe noch wichtiger. Also, wenn ein Therapeut jemanden hinstellen möchte, dass man dann vielleicht die Pflege fragt. IP: Gehen, gehen auf dem Flur. **I: Genau.** IP: Jemanden anfängt zu mobilisieren, mal gucken, zu zweit, zu dritt vielleicht sogar. **I: Ja.** IP: „Lass uns mal fünf Meter lau/ oder fünf Schritte machen. Gucken, wie das geht und beim nächsten Mal schaff ich es vielleicht mit Zweien oder alleine.“ **I: ((reinsprechend)) Ist das IP: Das ist Sicherheit geben, ne. So gegenseitig. I: Ist das eher was, was initiiert wird von der Pflege oder von den Therapeuten?** IP: Das ist mehr Therapeuten. **I: Ja.** IP: Dass sie dann kommen „Ich möchte mal ganz kurz, ich fühle mich da nicht so sicher. Kannst du mir den Rollstuhl hinterherschieben?“ oder so. (PF 03 – 157f)

Während externe Therapeutinnen und Therapeuten mit einem fortgeschrittenen Zugehörigkeitsgefühl und einer sozialen Position bzw. in einer guten Kultur des Pflegebereiches auch positive Reaktionen der Pflege auf die **Bitte um physische Unterstützung** erfahren, wird ihnen in manchen „Teams“ (PT 01 – 182) allerdings auch die erfragte Hilfe verweigert (**Verweigerung erfragter Hilfe**).

IP: [...] Also es gibt ja Teams, die, also die haben mich richtig gemobbt, sage ich jetzt mal so und äh, dieser eine ganz schwierige Patient, von dem ich vorhin erzählt habe, war vorher in dem Haus gewesen und der ist genauso gemobbt worden. Also immer, wenn ich Hilfe brauchte, wurde es mir verweigert oder es wurde geschimpft, dass ich sie nun wieder da, das müsste ich doch alleine und es geht natürlich manchmal nicht. Und genauso wie, wie dieser ... Bewohner da gemobbt wurde und der – dann hat die

Tochter dafür gesorgt, dass er in ein anderes Haus kam .. und dann ging es. [...] (PT 01 – 182)

Das (5) **Zur-Hilfe-Eilen** stellt eine uneingeschränkte Beteiligungsbereitschaft an einer unterstützenden Handlung auf beiden Seiten dar, beispielweise beim Bedarf einer physischen Unterstützung in Notsituationen, wenn eine Patientin oder ein Patient droht zu fallen. In kritischen Situationen wird seitens der Pflegenden entweder um Hilfe gerufen oder seitens der Therapeutinnen und Therapeuten „die Klingel gedrückt und gebrüllt“ (PT 01 – 56)²⁷ und unverzüglich von einer Interaktantin oder einem Interaktanten darauf reagiert.

IP: [...] Und wenn es kritisch wird und irgendwas ist, jemand droht hinzufallen, dann wird einmal geschrien und alles läuft, nicht? Also, also da sind wir eigentlich untereinander sehr kameradschaftlich, würde ich sagen. (PT 01 – 52)

Beim (6) **gemeinsamen Anpacken** verabreden sich Therapeutinnen und Therapeuten unterschiedlicher Berufsgruppen miteinander, um gemeinsam mit einer Patientin oder einem Patienten zu arbeiten. Die Strategie des *gemeinsamen Anpackens* (ET 03 – 120) kommt eher im Krankenhaus, in Rehabilitationseinrichtungen, oder in speziellen Einrichtungen wie Wohngruppen für Patientinnen und Patienten mit apallischem Syndrom zur Anwendung als in Pflegeheimen.

IP: Ja, also generell immer wenn die Therapie zusammen sein kann, finde ich das, also bei den Patienten, wo es sinnvoll ist, finde ich das total gut, also zu zweit an einem Patienten zu arbeiten oder aber diesen Austausch, also ich habe dann auch die Physiotherapeutin, die da in dem Haus unterwegs ist, wo ich auch jetzt gerade bin, die ist halt auch wirklich so, die spricht mich dann auch mal an [...] Äh, das ist dann halt nicht ein gemeinsames Anpacken, aber einfach dieses .. miteinander arbeiten. Finde ich schon. In der Klinik ist es natürlich ganz anders, da ist es viel mehr miteinander anpacken. Also da ist es viel schneller so, dass wir uns verabreden zu einer gemeinsamen Therapie [...] (ET 03 – 120).

Beispielsweise werden über mehrere Therapieeinheiten hinweg die Ergo- und Physiotherapie gemeinsam durchgeführt.

²⁷ IP: Oder ich habe es auch selber gehabt schon. Jemand, der mir also kollabiert beim Transfer, da habe ich auch nur noch die Klingel gedrückt und gebrüllt und das – dann kommt sofort jemand gelaufen, also das ist, dann weiß man irgendwie, es ist was los. [...] (PT 01 – 56)

Oftmals geht eine unterstützende Handlung in eine gemeinsam gestaltende über. Sofern Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten mit einer Bewohnerin oder einem Bewohner im Pflegeheim beispielsweise einen Transfer aus dem Bett gemeinsam erarbeiten, bei dem es darum geht, von der jeweils anderen Berufsgruppe zu lernen und/oder eine physische Unterstützung zu erhalten, ist es eine unterstützende Handlung.

IP: Ja, also ähm das ist jetzt schon eine Weile her, da haben wir in einem Heim gearbeitet, in dem die Pflege auch sehr reduziert war, sage ich mal und die Patientin immer im Bett gelegen hat und ähm ich nicht mehr wusste, wie ich die Patientin aus dem Bett rausbekomme sozusagen, und ich ähm eigentlich nur noch im Bett gearbeitet habe und wo ich mit der Physiotherapeutin über eine längere Zeit erarbeitet habe, wie ich sie eigentlich rauskriegen kann sozusagen, wobei ich meinen Teil dabei zu beitragen konnte, dass sie nicht so viel Angst hat zum Beispiel, wenn sie raus kommt ja, dass es nicht zu schnell geht, dass sie Bodenhaftung wirklich hat und so ja, dass wir nochmal geguckt haben, wie stellen wir das Bett ein sozusagen, wie geht das jetzt genau ja, ähm müssen wir jetzt alle Vorgaben äh erfüllen, wie man das macht oder machen wir es halt einfach so, was wir denken so ja, was, was haben, was sind unsere Erfahrungen gewesen ja sozusagen, also wie viel Angst hat sie, wenn man das Kopfteil hochholt oder nicht ja, wann ja, wie holt man sie genau raus. Und da haben wir im Detail darüber gesprochen sozusagen auch wirklich ja, nehmen wir erst das linke oder das rechte Fußbein, wie auch immer, also wie, wie machen wir es jetzt, von welcher Seite, schieben wir das Bett nochmal anders hin, keine Ahnung, also so, genau, ganz viele solche Kleinigkeiten so, und es war zu, war zumindest so, dass ich dann selber auch ohne Angst die Patientin aus dem Bett holen konnte, weil ich habe es mir einfach nicht zugetraut so. (ET 06 – 118)

Erst wenn es durch die unterstützende Handlung auch zu einer Formulierung gemeinsamer Ziele sowie zu einer Planung oder tatsächlichen Ausgestaltung der Therapie kommt, kann von einer gemeinsam gestaltenden Handlung gesprochen werden.

IP: [...] In der Klinik ist es natürlich ganz anders, da ist es viel mehr miteinander anpacken. Also da ist es viel schneller so, dass wir uns verabreden zu einer gemeinsamen Therapie und dann immer Wechsel ist, dann eigentlich – also ich frage dann manchmal so: „Ja, was willst du heute machen?“ Und dann fragt meine Kollegin, was will ich heute machen und dann fangen wir das so ein bisschen an. Mal ist sie halt

nur die Stütze, mal bin ich nur die Stütze. Oder irgendwie, es entwickelt sich in der Therapie eine neue Therapieidee, so dass wir, keine Ahnung, jetzt können wir mal eben noch das Greifen einbauen, weil er gerade so schön sitzt oder irgendwie so was. (ET 03 – 120).

4.2.2.4 Beteiligungsbereitschaft an gemeinsam gestaltenden Handlungen

Eine Beteiligungsbereitschaft an gemeinsam gestaltenden Handlungen ist vorhanden, wenn die Interaktantinnen und Interaktanten ein neues gemeinsames Verständnis von der optimalen inhaltlichen Versorgung der Bewohnerin oder des Bewohners herstellen. Außerdem wird durch die Handlungen der Akteurinnen und Akteure ein Prozess der gemeinsamen Gestaltung der Versorgung in Gang gesetzt.

Im Kontext Pflegeheim sind das Handlungen wie z.B. das gemeinsame Festlegen von Zielen für die Bewohnerin oder den Bewohner, die Planung der Ausgestaltung der Therapie und die tatsächlich durchgeführte Therapie von mindestens zwei Interaktantinnen und Interaktanten verschiedener Berufsgruppen.

Eine Bedingung für die **Beteiligungsbereitschaft an gemeinsam gestaltenden Handlungen** im Pflegeheim ist, dass die Bewohnerin oder der Bewohner aufgrund ihrer oder seiner Erkrankungen Einschränkungen haben (**Patientendefizit**), die eine Verordnung von Ergo- und/oder Physiotherapie erforderlich machen.

Eine zweite Bedingung für die Beteiligungsbereitschaft an gemeinsam gestaltenden Handlungen ist, dass eine Angehörige oder ein Angehöriger einer Berufsgruppe in etwa wissen muss, was die berufsspezifischen Tätigkeiten der anderen Berufsgruppe sind und was der Vorteil einer Zusammenarbeit sein könnte. Während beispielsweise eine Therapeutin außer einer physischen Unterstützung bei der eigenen Therapie, sowohl in der Theorie nicht weiß, als auch praktisch noch nicht die Erfahrung gemacht hat, was der Benefit der Zusammenarbeit für die Patientinnen und Patienten als auch für die eigene Person sein könnte²⁸, berichtet eine andere Therapeutin,

²⁸ IP: [...] Äh, Zusammenarbeit, ja, also Sie sprechen das an, aber es ist wirklich schwierig, weil jeder so seine Runden zieht und auch seine Taktung hat. Ich weiß nicht, wie man das so wirklich hinkriegen will. Ich denke, die Ergotherapeutin hat genauso ihre Anlaufstellen. Also Sie legen Finger in eine Wunde, also wo Sie das jetzt so klar ansprechen. I: **Das wollte ich nicht. ((lacht))** IP: Nein, nein, nein, aber wenn ich darüber so nachdenke. Andererseits, ja bringt das wirklich jetzt so viel, wenn wir das gemeinsam machen? .. Das weiß ich auch noch nicht mal. ... Und das .. also ich meine, nicht, dass ich irgendwas abblocken will, und ich denke, es ist auch so, dass die Patienten ja auch nur immer gewisse Zeit belastbar sind und deshalb denke ich, ist die, diese Trennung doch vielleicht nicht ganz verkehrt, denn A ist es die Alter, ist es das Alter, B ist es die Erkrankung und ja, auch die Kon-

dass neben der Potenzierung der Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten Zusammenarbeit auch eine Inspiration für die eigene Arbeit sein kann.

*IP: [...] ich habe nie eine Therapie zusammen in einem Heim gemacht, leider. I: **Leider. Warum leider?** IP: Weil es – ich finde es immer schön, ich finde es immer bereichernd. I: **Und jetzt frage ich natürlich: „Was bedeutet bereichernd?“ ((beide lachen))** IP: Also ich finde, dass es sich häufig schneller ergibt, also da wo ich selber, ähm, also man kann ein bisschen mehr Abstand nehmen. Da äh, ich kann dann manchmal auch mich wirklich zurückziehen vom Patienten, kann mir dann nochmal, weil er jetzt sicher steht, den Stand angucken. Wie sind die Positionen im Körper, äh, kann dann aber auch irgendwie mal kurz durchatmen in der Situation und denken: „O.k., was will ich jetzt als nächstes tun?“ Das habe ich manchmal, wenn ich alleine bin, nicht die Freiheit. Also da muss ich einfach funktionieren und agieren. Und äh, wenn man zu zweit Therapien macht, dann – manchmal ist es dann auch so, dass die Energien einfach so kommen, so: „Ja, meinst, findest du nicht, wir müssen noch da und da dran?“ Und dann hat der andere wieder ein Idee. Also das baut sich ganz anders auf, das ist wie ein Brainstorming manchmal, also dass man einfach, wenn dann das nächste Schlagwort kommt, dann gleich wieder die nächste Idee dazu hat. Oder auch sowas wie, keine Ahnung, also – ist jetzt leider ein Klinikbeispiel, aber ich hatte noch nie zum Beispiel gesehen, dass die an die Lungenbögen und sowas gehen, das ist dann für mich ganz neu, das kannte ich aus meinem Beruf nicht. Und dann hat man was ganz neues, also ich mache da dann auch nicht, aber es ist gut zu wissen, dass die Physiotherapeuten das tun, um zu sagen: „Ja, o.k., bei dem Patienten wäre es super, wenn du es mal machen könntest.“ (ET03 – 124-128)*

Eine weitere Bedingung ist der, in der **ganzheitlichen Betrachtungsweise der Bewohnerin oder des Bewohners (Definition der eigenen Arbeit)** (vgl. Kapitel 4.2.2.1 *Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen*), begründete Wunsch nach einer gemeinsamen Richtung bei der Versorgung einer Bewohnerin oder eines Bewohners.

IP: [...] ähm das man sich einmal, dass man einmal die Möglichkeit hat, auszutauschen, was die jeweilige Berufsgruppe sozusagen vorhat und vielleicht als Hauptproblem sieht. Und ähm worauf man da eventuell den Fokus setzt, weil es schon auch mal aufgetreten ist, dass man so, dass ich das Gefühl hatte, dass man eventuell zu sehr

zentrationstfähigkeit der Einzelnen. Deshalb glaube ich äh, dass es Sinn macht, dass man es doch auseinander .. hält.

zum Beispiel das gleiche Ziel verfolgt hat bzw. mit der gleichen Intervention behandelt hat, ähm wo man vielleicht sagen könnte: „ok, da könnte man vielleicht eher abprechen ähm“, wenn es mehrere in Anführungsstrichen Baustellen gibt, ähm dass man das so ein bisschen aufgliedert oder aber, dass, dass ich oft das Gefühl hatte, dass es zu weit auseinander geht und man irgendwie komplett verschiedene Ziele verfolgt, wo man eventuell versuchen könnte, das Ganze ein bisschen noch stärker zu konzentrieren auf das, was der Patient auch als Hauptproblem sieht und vielleicht als Ziel hat. [...] (PT03 – 82)

Auch der Bedarf an Zusammenarbeit (Bedarf an psychischen/ emotionalen Unterstützung oder Unterstützung durch die Expertise eines/-r Angehörigen einer anderen Berufsgruppe) (vgl. Kapitel 4.2.2.1 *Beteiligungsbereitschaft an basisschaffenden Handlungen*) bei schwerwiegenden Entscheidungen ist eine Bedingung für Beteiligungsbereitschaft. Diese Entscheidungen werden in sogenannten Fallkonferenzen oder einberufenden Ethikkommissionen getroffen. Eine solche Entscheidung ist beispielsweise, ob eine Bewohnerin mit einer Schluckstörung aufgrund einer dementiellen Erkrankung eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) gelegt werden soll oder nicht.

IP: [...] Oder auch bei, bei äh, Übungen, was den Schluckreflex angeht, dass irgendwie bei einer Demenz einfach ein Grad erreicht, wo es nicht mehr geht. So, und dann, dann äh, kann man auch soweit gehen und kann sagen: „O.k., wenn der Schluckreflex so nicht mehr zu, zu regulieren ist. Was machen wir als nächstes? Magensonde ja oder nein?“ Ähm, da kann man natürlich auch soweit gehen und kann sagen, man macht jetzt eine Ethikkommission und entscheidet in der Ethikkommission zusammen mit dem Therapeuten, mit uns, mit der Einrichtungsleitung, der Pflegedienstleitung, der Seelsorge, den Angehörigen, dem Hausarzt und äh, eventuell Betreuer oder was es da gibt. „Wollen wir noch eine Magensonde oder wollen wir keine?“ Weil oft kommt es dazu, wenn wir keine Patientenverfügung haben oder den mutmaßlichen Willen nicht mehr klar einschätzen können, dann machen wir solche Ethikkommissionen. Und da kann man rein theoretisch in solchen Fragen dann auch äh, Logotherapie, Logopädie oder so mit hinzuziehen. (PF02 - 22)

Eine weitere Bedingung für die Beteiligungsbereitschaft an gemeinsam gestaltenden Handlungen liegt in dem **Zugehörigkeitsgefühl und der sozialen Position** begründet. Bei Interaktantinnen und Interaktanten, die bereits im Vorfeld oder im Moment der Ausführung als engagiert und kompetent wahrgenommen werden, entstehen e-

her gemeinsam gestaltende Handlungen, als bei denen, wo das nicht der Fall ist. Die vorliegenden Daten zeigen, dass vor allem bei festangestellten Therapeutinnen und Therapeuten in Pflegeheimen mit spezialisierten Wohnbereichen, wie z.B. für Bewohnerinnen und Bewohner mit einer dementiellen Erkrankung oder einem apallischen Syndrom die Beteiligungsbereitschaft an gemeinsam gestaltende Handlungen hoch ist.

IP: [...] Richtig positive Erlebnisse (4) habe ich glaube ich eher im Heim dann erlebt, als ich gearbeitet habe, wenn ich richtig sozusagen mit drin war im Team,[...]. Aber wenn es dann um einen Patienten ging und dann um Fallbeispiele ging, und dann wirklich richtig nach ge, Zeit sich genommen wurde und nachgedacht wurde, wie da Dinge verändert werden können so, das, das konnte richtig fruchtbar sein, das konnte richtig gut sein. [...] und wenn wir dann Strukturen vorgegeben haben und dann vor all äh äh, auf einmal pflegerische Handlungen auch leichter wurden wieder, weil das Ganze eine Struktur hatte sozusagen, das ist mir sogar gespiegelt worden, aber das habe ich nur erlebt, als im Heim gearbeitet habe sozusagen, [...] (ET 06 – 90)

Eine letzte Bedingung für die Beteiligungsbereitschaft an gemeinsam gestaltenden Handlungen ist, dass die **Kultur der Institution** Strukturen ermöglicht, in denen die Interaktantinnen und Interaktanten für gemeinsam gestaltende Handlungen Offenheit und Zeit finden, beispielsweise in wöchentlich stattfindenden Fallkonferenzen im Pflegeheim.

IP: [...] Also bei uns ist das so, dass die ähm, sämtliche Therapeuten oder an der Pflege beteiligten oder für den Bewohner betroffenen Gruppen, dass wir uns Minimum einmal die Woche zusammensetzen und ähm, so Art Fallbesprechungen über jegliche Dinge, die dann so vorgefallen sind, tätigen. [...] (PF02 – 102)

Die Interaktionen, die eine Beteiligungsbereitschaft an gemeinsam gestaltenden Handlungen im Pflegeheim zeigen, lassen sich unterteilen in (1) eine *gemeinsame Zielfestlegung*, (2) eine *gemeinsame Planung der Ausgestaltung der Versorgung* sowie (3) eine *gemeinsame Ausgestaltung der Versorgung*.

Eine gleichberechtigte (1) **gemeinsame Zielfestlegung** im Pflegeheim, so zeigen es die Daten dieser Studie, ist selten. Sie findet entweder auf spezialisierten Wohnbereichen oder zwischen Angestellten eines Pflegeheimes untereinander statt. An den vom Pflegeheim durchgeführten Fallbesprechungen, die pro Bewohnerin bzw. Be-

wohner zweimal jährlich stattfinden, nehmen die betreuenden Hausärztinnen und Hausärzte oftmals „aus zeitlichen Gründen“ (PF01 – 108) nicht teil. Darüber hinaus konnten auch keine gleichberechtigten gemeinsamen Zielfestlegungen für Bewohnerinnen und Bewohner zwischen externen Akteurinnen und Akteuren untereinander, sowie mit Pflegenden ermittelt werden. Sie erfolgt, so zeigen es die Daten, im Pflegeheim außerhalb von einberufenen Ethikkommissionen lediglich zwischen Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten. Gemeinsame Ziele werden entweder bei zufälligen Begegnungen im Stationszimmer oder auf dem Flur, in einem Telefongespräch, oder in einem verabredeten persönlichen Gespräch im Pflegeheim formuliert.

IP: Ähm, ja also in dem, wo ich jetzt auch noch bin, da habe ich äh, also den Patienten auf der Pflegestation äh, zusammen quasi mit einer Physiotherapeutin behandelt, die auch schon da wohl seit Jahren ein und aus geht und ganz viele Patienten im Haus behandelt und die war aber so, dass wir – wir haben uns richtig mal zusammengesetzt, wir haben zusammen Ziele ausgearbeitet und so. Wir haben nie eine gemeinsame Therapie gemacht, weil wir das zeitlich nicht hingekriegt haben, aber wir haben uns immer ein bisschen abgesprochen. Also äh, ich habe sie immer irgendwo auf dem Flur irgendwann entdeckt und habe sie dann angesprochen und dann haben wir halt so den Ist-Stand und natürlich auch was erwartet die Frau, was sehen wir realistisch und so miteinander besprochen. Ja. (ET 03 – 40)

Eine (2) **gemeinsame Planung der Ausgestaltung der Therapie** von Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten, so wird es in den Daten dieser Studie sichtbar, erfolgt ebenfalls über eine Kontaktaufnahme zu der Therapeutin oder dem Therapeuten der jeweilig anderen Berufsgruppe. Es wird sich gegenseitig in einem Gespräch mitgeteilt, was in der Therapie gemacht wird und potenziell möglich wäre. Beispielsweise nehmen Therapeutinnen und Therapeuten Kontakt miteinander auf, wenn es darum geht, ob eine bestimmte Lagerung erfolgen sollte oder ob die durchgeführte Therapie ausreichend ist, um Kontraktionen der Muskeln und Gelenke zu verhindern. Des Weiteren werden Anpassungen der durchgeführten Therapie und das Vorgehen miteinander besprochen.

IP: [...] Äh wenn es jetzt zum Beispiel um eine Lagerung geht, dann ähm weiß ich, was ich mir vorstelle, dann nehme ich Kontakt zur Physiotherapeutin auf und sage: „hör mal, wie siehst du das, die ich habe das Gefühl, wir müssen da irgendwie mal tä-

tig werden, hast du eine Idee, siehst du das auch so?" Und äh dann ist es manchmal so: „ach wir bewegen jeden Tag durch, wir brauchen nis, ist gut, keine Kontraktionen, können wir so lassen.“ Oder ich sage: „ich möchte doch, ja wenn du unbedingt willst, dann machst du das" und dann überlege ich mir noch mal, ob ich es wirklich will. Also es beeinflusst schon so das Vorgehen. Oder eben ähm, wenn ich mit jemanden übe, das mit der paretischen Hand das Glas Wasser zum Mund zu nehmen, ähm dann sage ich eben auch: „wenn ihr sie behandelt, achtet doch mal drauf, dass sie nicht mit links trinkt, sondern das Glas mit rechts nimmt, sie kann es, sie tut es nur nicht." Nicht? Das man so einfach Tipps gibt, was möglich ist und da wird man ja auch manchmal ausgetrickst. (ET 05 – 144)

Wie bereits im Kapitel 4.2.2.3 *Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen* erwähnt wurde, sind gemeinsam gestaltende Handlungen im Pflegeheim selten. Eine (3) **gemeinsame Ausgestaltung der Therapie bzw. Versorgung** entwickelt sich eher spontan als geplant aus einer unterstützenden Handlung heraus. Beispielsweise bringen bei der Erarbeitung von Transferen mit einer Bewohnerin sowohl die Physiotherapeutin als auch die Ergotherapeutin ihr berufsspezifisches Wissen ein, um gemeinsam einen bestmöglichen Transfer für alle Beteiligten zu erarbeiten.

IP: [...] und wo ich mit der Physiotherapeutin über eine längere Zeit erarbeitet habe, wie ich sie eigentlich rauskriegen kann sozusagen, wobei ich meinen Teil dabei zu beitragen konnte, dass sie nicht so viel Angst hat zum Beispiel, wenn sie raus kommt ja, dass es nicht zu schnell geht, dass sie Bodenhaftung wirklich hat und so ja, das wir nochmal geguckt haben, wie stellen wir das Bett ein sozusagen, wie geht das jetzt genau ja, ähm müssen wir jetzt alle Vorgaben äh erfüllen, wie man das macht oder machen wir es halt einfach so, was wir denken so ja, was, was haben, was sind unsere Erfahrungen gewesen ja sozusagen, also wie viel Angst hat sie, wenn man das Kopfteil hochholt oder nicht ja, wann ja, wie holt man sie genau raus. Und da haben wir im Detail darüber gesprochen sozusagen auch wirklich ja, nehmen wir erst das linke oder das rechte Fußbein wie auch immer, also wie, wie machen wir es jetzt, von welcher Seite, schieben wir das Bett nochmal anders hin, keine Ahnung, also so, genau, ganz viele solche Kleinigkeiten so, [...]

5 Diskussion

Die in der vorliegenden Arbeit entstandene/entwickelte Grounded Theory zeigt, dass interprofessionelle Zusammenarbeit im Pflegeheim von verschiedenen Interaktionen abhängig ist, für die sich vier verschiedene Kontexttypen der Beteiligungsbereitschaft an interprofessionellen Handlungen der Zusammenarbeit beschreiben lassen: die Beteiligungsbereitschaft (1) an basisschaffenden Handlungen, (2) an organisierenden Handlungen, (3) an unterstützenden Handlungen und (4) an gemeinsam gestaltenden Handlungen. Darüber hinaus bestimmen diverse Bedingungen die interprofessionelle Zusammenarbeit wie das „**Patientendefizit**“ und die **Routine der Handlung**, die **Definition der eigenen Arbeit**, der **Bedarf zur Zusammenarbeit**, das **Zugehörigkeitsgefühl** und die **soziale Position** sowie die **Kultur der Institutionen**.

5.1 Stärken und Limitationen der Studie

Die Studie ist die bisher einzige konstruktivistische Grounded Theory Studie, die sich mit der interprofessionellen Zusammenarbeit von Pflegenden, Hausärztinnen und Hausärzten und ambulant tätigen Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten in Pflegeheimen befasst. Sie ist demnach eine handlungs- und prozessorientierte Analyse der Perspektive und der Erfahrungen der Akteurinnen und Akteure mit interprofessioneller Kommunikation und Kooperation.

Da es sich um eine materiale und nicht um eine formale Theorie handelt, hat die im Rahmen dieser Arbeit entstandene Grounded Theory nur eine begrenzte Gültigkeit. Sie gilt für die interprofessionelle Zusammenarbeit von ambulant tätigen Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten mit Pflegenden und Hausärztinnen und Hausärzten in deutschen Pflegeheimen.

Die vorliegende Studie ist die bisher einzige konstruktivistische Grounded Theory Studie, die eine handlungs- und prozessorientierte Analyse der Perspektive und der Erfahrungen der Akteurinnen und Akteure mit interprofessioneller Kommunikation und Kooperation in Pflegeheimen untersucht. Hinsichtlich der Gültigkeit der entwickelten Theorie gilt es zu bedenken, dass diese für die interprofessionelle Zusammenarbeit von ambulant tätigen Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten mit Pflegenden und Hausärztinnen und Hausärzten in deutschen

Pflegeheimen gilt, da es sich um eine materiale und nicht um eine formale Theorie handelt.

Stärken und Limitationen in Bezug auf den Forschungsprozess

Die vorliegende Studie entspricht den Qualitätskriterien einer GTM-Studie (siehe Kapitel 3.3.4). Bei der Studienplanung und –durchführung wurden u.a. die Kriterien zur Bewertung der methodischen Konsistenz einer GTM-Studie („checkpoints that researchers and reviewers can use to evaluate the methodological consistency of a grounded theory study“) von Corbin and Strauss (2015, S. 350f) befolgt. Sowohl in der Datenerhebung als auch in der Analyse wurden ethische Prinzipien berücksichtigt. Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig. Vor den Interviews wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über die Studie aufgeklärt. Die Analyse der Daten erfolgte in pseudonymisierter und anonymisierter Form.

Die Datenerhebung erfolgte in der Methodik der GTM durch initiales und theoretisches Sampling. Aus der in der GTM üblichen, sich abwechselnden Datenerhebung und –analyse resultierte eine schiefe Verteilung hinsichtlich der Anzahl der befragten Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten. Der größere Anteil der Befragten entfällt auf die Gruppe der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, da das theoretische Sampling hier Bedarfe aufzeigte und es keinen Anlass dazu gab, noch weitere Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in die Studie einzubeziehen. Ebenso wurden aufgrund des theoretischen Samplings in der vorliegenden Studie mehr männliche als weibliche Pflegende interviewt, obwohl der Anteil der Frauen, die im Gesundheits- und Pflegesektor tätig sind, deutlich höher ist als der Anteil der Männer. In deutschen Pflegeheimen sind im Durchschnitt acht von zehn Angestellten des Personals weiblich (83,7%) (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2018, S. 38).

Als Stärke der Studie besonders hervorzuheben ist die interprofessionelle Zusammensetzung der Studienpopulation aus Akteurinnen und Akteuren, die im Pflegeheim Bewohnerinnen und Bewohner medizinisch, therapeutisch oder pflegerisch betreuen und deren Befragung eigens für die vorliegende Studie. In die vorliegende Studie einbezogen wurden ausschließlich Pflegende, Hausärztinnen und Hausärzte sowie Ergo- und Physiotherapeutinnen und Ergo- und Physiotherapeuten, die Bewohnerinnen und Bewohner im Rahmen einer Heilmittelverordnung versorgen. Nicht berück-

sichtigt wurden Logopädinnen und Logopäden, andere Fachärztinnen und Fachärzte sowie im Pflegeheim angestellte Therapeutinnen und Therapeuten, die ebenfalls Patientinnen und Patienten im Pflegeheim versorgen, da nicht davon auszugehen ist, dass sich grundlegende andere Muster zeigen würden.

Die interviewten Pflegekräfte sind allesamt angestellt in Pflegeheimen, die sich in Bezug auf ihre Größe und die Anzahl der betreuten Bewohnerinnen und Bewohner kaum unterscheiden. Auch hier gab es in den Interviews keinen Hinweis darauf, dass es zur Sättigung der Kategorien erforderlich wäre, Pflegende aus Heimen mit anderen Merkmalen beispielsweise in Bezug auf die Größe, den Standort oder Trägerschaft einzubeziehen.

Weiterhin ist hervorzuheben, dass in der vorliegenden Arbeit mit der Beteiligungsbereitschaft eine Kernkategorie formuliert werden konnte, obwohl diese in der konstruktivistischen GTM nach Charmaz nicht unbedingt gefordert wird. Diese Kernkategorie umspannt auf der einen Seite die Hauptkategorien und ist auf der anderen Seite weit genug gefasst, um eine gewisse Übertragbarkeit auf andere Studienpopulationen und ähnliche Situationen zu ermöglichen.

Wie Corbin und Strauss in den „Checkpoints that researchers and reviewers can use to evaluate the quality and applicability of a grounded theory study“ fordern, wurde auch der Kontext mit seinen Bedingungen und Konsequenzen identifiziert und in die entstandene Grounded Theory integriert. Durch diese Beschreibung des Kontexts können potenzielle Nutzerinnen und Nutzer der entwickelten Theorie die Situationen, in denen die Theorie entwickelt wurde, mit Situationen vergleichen, in denen sie diese anwenden könnten (Corbin and Strauss, 2015, S.351f).

Stärken und Limitationen in Bezug auf andere Forschungsergebnisse

Der Fokus der vorliegenden Studie auf die ambulante Versorgung verschiedener Gesundheitsprofessionen ergänzt die Erkenntnisse bisher existierender Studien über interprofessionelle Zusammenarbeit, die entweder den Fokus auf die Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten legten, in andere Settings stattfanden oder andere Forschungsfragen und Studiendesigns bedienten. Zudem ermöglicht die Konzentration auf die Perspektiven und Erfahrungen der Akteurinnen und Akteure mit interprofessioneller Zusammenarbeit im Pflegeheim eine detailliertere Sicht auf dieses Setting.

Anders als die vorliegende Arbeit, die neben den bestimmenden Faktoren interprofessioneller Kooperation und Kommunikation, auch das Prozesshafte der interprofessionellen Arbeit im Blick hat, zielen zahlreiche andere Publikationen zur Team – und Zusammenarbeit eher auf die Hauptcharakteristika von interprofessioneller Zusammenarbeit ab. Zudem bezieht sich die große Mehrheit laut San Martin-Rodriguez et al. (2005) auf konzeptuelle Ansätze statt auf empirische Daten. Die vorliegende Arbeit ist eine konzeptuelle Theorie, die auf empirischen Daten basiert. Sie beschreibt sowohl Konzepte als auch Strategien und Konsequenzen, also Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit.

In der vorliegenden Studie wurde die **Beteiligungsbereitschaft** als Kernkonzept identifiziert. Auch San Martin-Rodriguez et al. (2005, S. 141) haben die Bereitschaft zur Zusammenarbeit („willingness to collaborate“) als eine interaktionale Bedingung von interprofessioneller Zusammenarbeit beschrieben. In ihrem Review verschiedener Studien über die Determinanten erfolgreicher Zusammenarbeit steht die Beteiligungsbereitschaft allerdings nicht, wie bei der vorliegenden Grounded Theory im Fokus, sondern ist lediglich einer von mehreren bestimmenden Faktoren. Ähnlich verhält es sich bei Reeves et al. (2010, S. 65): „Individual willingness“ ist ein Element des relationalen Faktors „Teamprozesse“. Reeves et al. zitieren in ihrer Arbeit u.a. die Grounded Theory Studie von Skjørshammer, die auf 29 Interviews mit Angehörigen der Gesundheitsberufe, die in einem norwegischen Krankenhaus tätig sind, basiert. Wie Skjørshammer (2001) feststellte, hing die Zusammenarbeit von einer Reihe von Elementen ab, darunter von der Art der Betreuungsaufgabe, ihrer wahrgenommenen Dringlichkeit und der Notwendigkeit der gegenseitigen Abhängigkeit zwischen den Berufen. Wenn ein einzelner Kliniker der Ansicht ist, dass eine Versorgungsaufgabe sowohl eine geringe Dringlichkeit als auch eine geringe gegenseitige Abhängigkeit aufweist, kann er daher auf eine interprofessionelle Arbeit verzichten. Die Ergebnisse der Arbeit von Skjørshammer decken sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit insofern, dass die Beteiligungsbereitschaft in der vorliegenden Grounded Theory u.a. vom Bedarf zur Zusammenarbeit abhängig ist, also von der erforderlichen Information, physischen und/oder emotionalen Unterstützung, und/oder Expertise einer anderen Person.

In Bezug auf die **Beteiligungsbereitschaft an basisschaffende** und **organisierende Handlungen** kommen Tsakitzidis et al. (2017, S. 6) zu ähnlichen Schlussfolge-

rungen. Sie beschreiben, dass Zusammenarbeit im Pflegeheim hauptsächlich darauf reduziert ist, Informationen über verschiedene Kanäle auszutauschen.

Die Analyse der **basisschaffenden Handlungen** in der vorliegenden Studie zeigt, dass sich jede Akteurin und jeder Akteur auf ihre oder seine Aufgaben konzentriert, auf die sie oder er spezialisiert ist. Das Austauschen von Informationen, während unabhängig voneinander gearbeitet wird, ist also nach Jakobsen (2011) und Thylefors et al. (2005) nicht als interprofessionell, sondern viel mehr als multiprofessionell zu bezeichnen.

Die vorliegende Studie zeigt, dass das Ausstellen von Heilmittelverordnungen, Verfassen von Therapieberichten sowie eine gemeinsame Dokumentation in der Pflegeakte als **organisierende Handlungen** Inhalt interprofessionellen Handelns im Pflegeheim sind. Das Formalisieren von Regeln und Prozeduren spielt laut verschiedener Autorinnen und Autoren, u.a. Sicotte et al. 2002, eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung von Zusammenarbeit (San Martin-Rodriguez et al., 2005, S. 140). Sogenannte „Koordinierungs- und Kommunikationsmechanismen“ (San Martin-Rodriguez et al., 2005) begünstigen die Zusammenarbeit. Im Sinne von organisierenden Handlungen im Pflegeheim sind sie zunächst einmal zwar eher formaler als inhaltlicher Natur, können aber einen Ausgangspunkt für andere Typen der Beteiligungsbereitschaft sein.

Organisierende Handlungen ereignen sich als Initiierung, während der Durchführung und zur Aufrechterhaltung der Ergo- und/oder Physiotherapie. Sie dienen überwiegend zur Sicherstellung einer weiteren Verordnung von Heilmitteln. Jede Akteurin und jeder Akteur konzentriert sich bei den organisierenden Handlungen auf seine selbst oder von außen definierten Aufgaben, die dann in einer bestimmten Reihenfolge stattfinden. Beispielsweise erfolgt zur Aufrechterhaltung der Therapie eine Berichterstattung an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt, die oder der auf Basis der berichteten Fortschritte und Ziele eine weitere Heilmittelverordnung (HMV) ausstellt. Deshalb kann hier eher von multiprofessioneller als von interprofessioneller Arbeit (Thylefors et al., 2005) bzw. von Koordination anstatt von Kooperation (Reeves et al., 2010) gesprochen werden.

Die Erforderlichkeit die HMV nach jeder durchgeführten Therapieeinheit unterschreiben zu lassen, sowie Therapieberichte an die verordnende Ärztin bzw. den Arzt zu

senden, fördert den Kontakt zwischen den Akteurinnen und Akteuren im Pflegeheim. Sie kann damit als Anknüpfungspunkt für andere Typen der Beteiligungsbereitschaft gelten. Die HMV stellt aber auch ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis der Therapeutinnen und Therapeuten dar. So ist für die Abrechnung die Unterschrift des Bewohners oder der Bewohnerin erforderlich, die oftmals stellvertretend von den Pflegenden geleistet wird. Von den verordnenden Ärztinnen und Ärzten besteht zum einen die Abhängigkeit in Bezug auf die Ausstellung der HMV, da Therapeutinnen und Therapeuten in Deutschland nicht ohne eine ärztliche Verordnung des jeweiligen Heilmittels behandeln dürfen. Hinzu kommt, dass die Therapeutinnen und Therapeuten für die Abrechnung der erbrachten Leistung auf eine korrekt ausgefüllte HMV angewiesen sind, die sie jedoch nicht immer von den ausstellenden Ärztinnen und Ärzten erhalten. Ärztinnen und Ärzte nutzen die HMV nicht nur als Kommunikationsmedium, um Therapeutinnen und Therapeuten ihre Vorstellung der verordneten Therapie mitzuteilen, sondern stellen zum Teil auch ohne einen erhaltenen Therapiebericht keine neue aus. Dabei gilt es zu bedenken, dass für Therapieberufe der Zeitaufwand zum Erstellen von Berichten und zum Austausch mit anderen Berufsgruppen, z.B. durch Telefonate, bisher strukturell nicht vorgesehen, d.h. nicht vergütet wird und damit lediglich eine Frage des individuellen Engagements ist.

Die Abhängigkeit der Therapeutinnen und Therapeuten von einer HMV, um eine Therapie ausführen zu können, ist ein Beispiel für die in der deutschen Gesundheitsversorgung vorherrschende Arztzentriertheit. Nach Reeves et al. sind Faktoren, die für das Funktionieren eines Teams bedacht werden sollten, auch die „berufliche Macht“ und die vorherrschende „Hierarchie“ in Arbeitszusammenhängen. Reeves et al. betonen die historisch entstandene ungleiche Verteilung der „Macht“ und den möglichen hemmenden Effekt, den „Hierarchie“ auf interprofessionelle Teamarbeit haben kann (Reeves et al., 2010, S. 60). Um die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) benannten Defizite: einer nicht immer effiziente Arztzentriertheit, und der nicht an die demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen angemessenen Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen, entgegenzuwirken, könnte, aus der Perspektive der Autorin, die Abschaffung der HMV dienlich sein. Statt sich um korrekt ausgefüllte HMV zu kümmern, könnte die zur Verfügung stehende Zeit für inhaltliche Gespräche über gemeinsame Ziele genutzt werden.

Gegen eine Abschaffung der HMV steht allerdings, die in der Heilmittelrichtlinie gesetzlich verankerte Kooperation zwischen den Ärztinnen und Ärzten, die die Heilmittel verordnen und den Heilmittelerbringern. Bisher ist diese HMR die einzige gesetzliche Maßgabe zur Kooperation. Zudem ist für die Pflegenden nicht nur ein wahrgenommener Therapiebedarf, sondern auch das Vorliegen einer HMV Anlass und Beweggrund für interprofessionelles Handeln wie beispielsweise **Bitte um eine Einschätzung des Therapiebedarfes, Vorschlagen von Therapien und Vermittlung** oder **Finden von geeigneten Therapeutinnen und Therapeuten**. Dass Pflegende Ärztinnen und Ärzten vorschlagen bestimmte Therapien zu verordnen, oder Therapeutinnen und Therapeuten bitten einen Therapiebedarf einer Bewohnerin oder eines Bewohners einzuschätzen, passt auch zu den Ergebnissen von Block et al.. Die Autorinnen und Autoren berichten, dass Pflegende dafür sorgen, dass Ärztinnen und Ärzte das verschreiben, was die Bewohnerinnen und Bewohner ihrer Meinung nach brauchen. Zusammenarbeit zeige sich in Aufgaben, die Fachleute ausführen, um die Bewohnerinnen und Bewohner bestmöglich zu betreuen und die vorgeschriebenen Leistungen zu erbringen (Block et al., 2012, S. 7).

Den größten Anteil an interprofessioneller Zusammenarbeit im Pflegeheim hat die **Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen**. Sie zeigt sich in der Übernahme von Tätigkeiten, die nicht in das eigene (berufsspezifische) Aufgabengebiet gehören, die Übernahme von Tätigkeiten, die sowohl in das eigene als auch in das Aufgabengebiet einer anderen Berufsgruppe gehören, die Unterstützung durch Anleitung und Schulung, das Anbieten von und Bitten um physische Unterstützung, das gemeinsame Anpacken und das Zur-Hilfe-Eilen.

Das Besondere an der vorliegenden Studie ist, dass durch die handlungs- und prozessorientierte Analyse konkrete Handlungen und Interaktionen beschrieben werden konnten, die einen Übergang von einer multiprofessionellen zu einer interprofessionellen Zusammenarbeit zeigen. Durch die Beschreibung der Entstehungskontexte konnten Zusammenhänge zwischen den Inhalten der Zusammenarbeit und den dafür erforderlichen individuellen Bedingungen abgebildet werden. Beispielsweise die Lagerung und Mobilisation einer Bewohnerin oder eines Bewohners, sowie die Ausführung von Körperpflegetätigkeiten als Inhalt der Therapie, erfolgt vor allem durch Therapeutinnen und Therapeuten, die diese

Tätigkeiten aufgrund ihrer Definition der eigenen Arbeit auch als Tätigkeit ihres Aufgabengebietes ansehen, und diese zu dem so gestalten, dass sie den Pflegenden, so fern sich eine gewisse Zugehörigkeit zum Team ausgebildet hat, auch gerne zuarbeiten oder etwas abnehmen.

Das **Anbieten und Bitten um physische Unterstützung** zeigt sich oft bei erforderlichen Transferen, da aus der Perspektive und den Erfahrungen der Akteurinnen und Akteure ein Bedarf nach Sicherheit aufgrund eines stark ausgeprägten Patientendefizites und/oder einer geringen Routine der Handlung besteht. Dieser Bedarf nach Sicherheit entsteht (nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit) offenbar nur, wenn Akteurinnen und Akteuren beispielweise das Mobilisieren einer Bewohnerin oder eines Bewohners auch als ihre Arbeit (**Definition der eigenen Arbeit**) ansehen (vgl. Kapitel 4.2.2.3). Fleischmann et al. zeigen in ihrer Studie hingegen, dass nicht nur ein Bedarf nach Sicherheit zu der Bitte oder dem Anbieten einer physischer Unterstützung führen kann. Bei der Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Pflegenden bitten Ärztinnen und Ärzte um die Begleitung einer Pflegekraft, um Verzögerungen, die entstehen könnten wenn Informationen oder eine physische Unterstützung gebraucht wird, zu verhindern (Fleischmann et al., 2016, S. 8). Pflegende bieten ihre Unterstützung beim Hausbesuch der Ärztin oder des Arztes an, um in den Hausbesuch und die Entscheidungen der medizinischen Versorgung einbezogen zu sein (Fleischmann et al., 2017, S. 122).

Ein weiteres Ergebnis der vorliegenden Grounded Theory ist, dass eine **Beteiligungsbereitschaft an gemeinsam gestaltenden Handlungen** im Pflegeheim selten vorzufinden ist. Handlungen wie eine gemeinsame Zielfestlegung, eine gemeinsame Planung und eine tatsächlich durchgeführte Ausgestaltung der Versorgung erfordern es, die Aufgaben, auf die man spezialisiert ist, zu koordinieren und an die Interaktantin oder den Interaktanten anzupassen. Dadurch potenziert sich das spezialisierte Wissen der Interaktantinnen und Interaktanten zugunsten der Klientin oder des Klienten und man kann im Sinne von Jakobsen (2011) und Thylefors et al. (2005) von interprofessioneller Zusammenarbeit sprechen.

Die Identifizierung und das Teilen von Zielen haben auch D'Amour et al. (2008, S. 5) als einen wesentlichen Ausgangspunkt für ein kollaboratives Vorhaben benannt.

Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen können **gemeinsam gestaltende Handlungen** nur in der direkten Interaktion zwischen den Akteurinnen und Akteuren vollzogen werden. Vor allem die Ausgestaltung der gemeinsamen Therapie ist nicht nur direkt auf die Bedürfnisse der Klientin oder des Klienten abgestimmt, sondern auch abhängig von der jeweiligen behandelnden Therapeutin bzw. dem Therapeuten. Diese Abhängigkeit beschrieben Ballinger et al. (1999) für Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall, bei denen die Ergo- und Physiotherapie u.a. je nach der behandelnden Therapeutin bzw. dem behandelnden Therapeuten variierte.

Der in dieser Studie identifizierte geringe Anteil **gemeinsam gestaltenden Handlungen** zwischen den Akteurinnen und Akteuren im Pflegeheim könnte durch das Fehlen einer administrativen Unterstützung für die Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit begründet sein. Denn San Martin-Rodriguez et al. zufolge wird die Entwicklung der Zusammenarbeit zwischen den Teammitgliedern dadurch erleichtert, dass die Führungskräfte wissen, wie sie die Vision von Zusammenarbeit vermitteln können. Sie müssen in der Lage sein, ein organisatorisches Umfeld zu schaffen, das die Zusammenarbeit fördert (San Martin-Rodriguez et al., 2005, S. 139).

Die Beteiligungsbereitschaft an Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit in den verschiedenen Kontexttypen ist vor allem von individuellen Bedingungen abhängig, die sich in den Konzepten **Patientendefizit und Routine der Handlungen, Definition der eigenen Arbeit und Bedarf zur Zusammenarbeit** sowie **Zugehörigkeitsgefühl und soziale Position** ausformulieren lassen.

In der vorliegenden Grounded Theory zeigt das Konzept **Patientendefizit und Routine der Handlungen** beispielsweise, dass die Zusammenarbeit in Pflegeheimen abhängig davon ist, wie eingeschränkt die zu betreuenden Patientinnen und Patienten sind, und welche Erfahrungen die Akteurinnen und Akteure bereits mit ihnen haben. Auch Mulvale et al. (2016, S. 3) betonen, dass Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen, psychischen Problemen oder in der Rehabilitation möglicherweise eher eine Zusammenarbeit von mehreren Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe erfordern, als Patientinnen und Patienten mit weniger komplexen Bedürfnissen.

In der vorliegenden Studie konnten in Bezug auf das **Patientendefizit und die Routine der Handlung** verschiedene Zeitpunkte und Phasen im Versorgungsprozess, in denen es zu Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit kommt, identifiziert werden: die Übernahme neuer Patientinnen und Patienten, eine Entlassung aus dem Krankenhaus, auch bereits bekannter Patientinnen und Patienten, die Verordnung von Heilmitteln und andere akute Ereignisse, die eine zeitliche Begrenzung oder eine klare Problemstellung und Zieldefinition voraussetzen. Diese Ergebnisse decken sich mit denen von Atzeni et al., die Gesundheitsfachleute in verschiedenen Versorgungskontexten in der Schweiz zu interprofessioneller Zusammenarbeit befragten. Darin beschreiben sie, sogenannte „Verdichtungen interprofessioneller Zusammenarbeit [...] zunächst vor allem um aktualisierte Krisen von Patienten“ herum (Atzeni et al., 2017, S. 7) , ohne allerdings diese „aktualisierten Krisen“ näher zu erläutern.

Als **Definition der eigenen Arbeit** wurde das Konzept der vorliegenden Grounded Theory benannt, bei dem es um die Bestimmung und Abgrenzung der Tätigkeiten geht, die aus der Perspektive der Akteurin oder des Akteurs zu den eigenen Aufgaben gehören oder nicht gehören, und die demzufolge als Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit ausgeführt werden. Diesen Tätigkeiten liegt oftmals ein **Bedarf zur Zusammenarbeit** zugrunde, etwa der Bedarf einer physischen, emotionalen Unterstützung oder Unterstützung durch die Expertise einer oder eines Angehörigen einer anderen Berufsgruppe. Die detaillierten Beschreibungen der Bedarfe in der vorliegenden Studie dürfen in dieser Form als bisher einzigartig angesehen werden, wengleich Reeves et al. (2010S. 68f) bereits auf die „Unvorhersehbarkeit“, „Dringlichkeit“ und „Komplexität“ als prozessuale Faktoren interprofessioneller Teamarbeit hinwiesen.

In Abhängigkeit von der wahrgenommenen Dringlichkeit einer Aufgabe in der Patientenversorgung wendet das Personal, wie Skjørshammer in einem norwegischen Krankenhaus feststellte, unterschiedliche Ansätze interprofessioneller Zusammenarbeit an. Eine als hoch eingeschätzte Dringlichkeit bedingte in der Regel eine enge Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen, um die Versorgung im Team durchzuführen. Hingegen verzichteten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei einer als gering empfundenen die Dringlichkeit häufig auf eine teambasierte Betreuung (Skjørshammer, 2001).

Die vorliegende Studie zeigt, dass die Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit mit dem **Zugehörigkeitsgefühl** zum Team bzw. der **sozialen Position**, die jemand innehat, wächst. Beides ist wiederum abhängig von der gegenseitigen Sympathie, regelmäßiger Kontaktaufnahme, dem wertschätzenden Umgang miteinander sowie dem empathischen Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Die Beteiligungsbereitschaft wächst mit der Zeit und den Zusammenarbeitserfahrungen. Langfristige Teamstrukturen sind daher unabdingbar. Laut Drinka (1994, S. 89) brauchen Teams im Gesundheitssektor ca. 6 Monate um sich zu organisieren.

Auch die Ergebnisse von Block et al., die auf 25 Interviews mit 14 Pflegenden und 11 Ärztinnen und Ärzten basieren, verweisen darauf, dass eine Voraussetzung für eine gelungene Zusammenarbeit in der ambulanten und heimstationären Versorgung von Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmedizinern und Pflegenden eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung ist. Zudem seien aus der ärztlichen Perspektive die fachliche Kompetenz, das Engagement sowie allgemeine „nette“ Eigenschaften der Pflegenden, sowie aus der Perspektive der Pflegenden die Anerkennung und Wertschätzung pflegerischer Kompetenz Voraussetzungen für eine gute Zusammenarbeit (Block et al., 2012, S. 53ff).

Dass sich durch gemeinsame Erfahrungen, vor allem bei Begebenheiten, in denen man seine technische Fähigkeiten und seine berufliche Kompetenz zeigen könne, „Vertrauen und Respekt“ entwickelt, betonen auch Reeves et al. (2010). Neben diesem relationalem Faktor, den sie mit anderen Faktoren unter dem Element „Teamprozesse“ zusammenfassen, führen auch prozessuale Faktoren wie „Zeit und Raum“ zu einer Unterstützung der interprofessionellen Kooperation und Kommunikation; je mehr Zeit zusammen verbracht wird, desto besser können ein gegenseitiges Verständnis, Respekt und Vertrauen aufgebaut werden (Reeves et al., 2010, S. 66f).

In den Konzepten **Zugehörigkeit** und **soziale Position** der vorliegenden Arbeit geht es aber auch um sich aus den Arbeitsbeziehungen entwickelnde Freundschaften. Das Zusammenarbeiten ein menschlicher Prozess ist, den Interaktantinnen und Interaktanten nicht ausführen würden, wenn es nur der Klientin oder dem Klienten dienen würde, schrieb auch D'Amour et al. (2005, S. 128).

Vor dem Hintergrund der Definition von Occupational Science, dass Handlungen neben einer Form und einer Funktion bestimmte individuelle Bedeutungen für den Handelnden haben (Wilcock, 1999), lassen sich die Ergebnisse der vorliegenden Grounded Theory Studie dahingehend interpretieren, dass eine höhere Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit vorhanden ist, je bedeutungsvoller die Handlungen für die einzelne Akteurin bzw. den einzelnen Akteur ist.

Da Handlungen in ihrer Bedeutung ganz individuell und einzigartig sind, lässt sich dies allerdings nur schwer abbilden. Festhalten lässt sich auf Basis der Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass bei einer ausgeprägten Schwere der Erkrankung, einer hohen Pflegebedürftigkeit, starken Einschränkungen in der Mobilität sowie starken Einschränkungen in der Kommunikationsfähigkeit der zu versorgenden Bewohnerin oder des Bewohners die Beteiligungsbereitschaft höher ist. Verstärkt wird die Beteiligungsbereitschaft zusätzlich, wenn gleichzeitig eher wenig Routine in der Ausführung der Handlung besteht, wie z.B. bei der Übernahme einer neuen Klientin oder eines neuen Klienten.

Neben den individuellen Aspekten, die auf die Beziehung und Interaktionen zwischen den Individuen abzielen, spielt nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit die besondere Form der **hausärztlichen und therapeutischen Versorgung** von Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern und die **Kultur der Institutionen** in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit ebenfalls eine Rolle ein.

In Bezug auf die hausärztliche Versorgung beschreiben auch Tsakitzidis et al. (2017, S. 5), dass der Wechsel einer Hausärztin oder eines Hausarztes bzw. die Weiterbehandlung im Pflegeheim in Verbindung mit der Erreichbarkeit des Pflegeheimes und der Beziehung steht, die die Ärztin oder der Arzt und die Patientin bzw. der Patientin zueinander haben. Liegt das Pflegeheim in der Nähe der Praxis oder gibt es eine besondere Beziehung zu den Patientinnen und Patienten, werden auch einzelne Patientinnen und Patienten bei einem Umzug ins Heim weiter versorgt. Basis ihrer Studie waren drei monoprofessionelle Fokusgruppen und neun halbstrukturierte Interviews.

Die Interviews der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass ein Wechsel der hausärztlichen Versorgung auch durch die Pflegenden initiiert wird. Ein Hausarztwechsel ist abhängig von der Beziehung zwischen Ärztinnen und Ärzten und

Pflegenden, der Anzahl der von einer Ärztin oder einem Arzt betreuten Bewohnerinnen und Bewohner sowie der daraus resultierenden Anwesenheit im Heim.

Dass die tatsächliche Anwesenheit und die damit verbundene Ansprechbarkeit der externen Akteurinnen und Akteure einen wesentlichen Einfluss auf interprofessionelle Zusammenarbeit im Pflegeheim hat, zeigt auch die Studie von Jill L. O'Brien et al. (2009). In ihrer phänomenologischen Analyse von 13 Interviews mit Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden in verschiedenen Pflegeheimen der USA ist die Ansprechbarkeit („approachability“) ein Hauptthema. Beide befragten Berufsgruppen glauben laut Jill L. O'Brien et al. (2009, S. 448), dass die Leichtigkeit („ease“) beim Geben und Empfangen von Informationen grundlegend für die Zusammenarbeit ist.

Ressourcen wie Zeit-und-Raum-haben, sich zu treffen, werden auch von San Martin-Rodriguez et al. (2005, S. 139) und Reeves et al. (2010, S. 66) als ein wesentliches Element für erfolgreiche Zusammenarbeit benannt.

Hinsichtlich der **Kultur der Institutionen** zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass die Abläufe in den Institutionen einen Einfluss auf die Beteiligungsbereitschaft interprofessioneller Zusammenarbeit haben. Dies betrifft in der vorliegenden Arbeit die Institutionen Pflegeheim und die Praxen der Hausärztinnen und Hausärzte und Therapeutinnen und Therapeuten. Institutionen mit einer positiven **Kultur**, und damit einer höheren Beteiligungsbereitschaft für die Zusammenarbeit, zeigen sich u.a. in einer guten Erreichbarkeit, Auskunftsbereitschaft und Lernbereitschaft, Zeit für Zusammenarbeit und in Bezug auf die Pflegeheime in einer gewissen Kontinuität des Personals, inklusive weniger Zeitarbeitskräfte durch einen niedrigeren Krankenstand.

Dass die Philosophie der Organisation und ihre enthaltenden Werte einen Einfluss auf den Grad der Zusammenarbeit haben, beschreiben auch San Martin-Rodriguez et al.. Die Philosophie der Organisation sollte so gestaltet sein, dass sie die kollaborative Praxis zwischen den Professionellen unterstützt (San Martin-Rodriguez et al., 2005, S. 139). Auch Reeves et al. benennen „Kultur“ als einen kontextuellen Faktor interprofessioneller Teamarbeit. Anders als in vorliegenden Grounded Theory, in der sich der Begriff „Kultur“ nur auf die organisatorische Ebene bezieht, kann er bei Reeves et al. zusätzlich auf der gesellschaftlichen oder auf der Ebene des Teams angewendet werden (Reeves et al., 2010, S. 72).

5.2 Implikationen für Ausbildung, Praxis und Gesundheitspolitik

Basierend auf dem konzeptuellen Verständnis der vorliegenden Grounded Theory können Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Praktikerinnen und Praktiker weitere Interventionen zur Verbesserung interprofessioneller Zusammenarbeit im Pflegeheim entwickeln und etablieren.

Um die Beteiligungsbereitschaft an Handlungen der interprofessionellen Zusammenarbeit im Pflegeheim zu steigern sind verschiedene Ansätze auf der Mikro-, Meso- und Makro-Ebene denkbar.

Die prozess- und handlungsorientierte Analyse der Interaktionen der vorliegenden Grounded Theory zeigt, dass auf der individuellen Ebene jede einzelne Akteurin und jeder einzelne Akteur zu einer gelingenden Zusammenarbeit im Pflegeheim beitragen kann. Therapeutinnen und Therapeuten, schaffen beispielsweise durch eine regelmäßige und aktive Kontaktaufnahme mit den Pflegenden vor oder nach dem Kontakt mit der Bewohnerin oder dem Bewohner nicht nur eine Basis für die eigene Arbeit, sondern bei entsprechender Reaktion durch die Pflegenden - freundliche Beantwortung der Fragen und interessiertes Zuhören - auch eine Basis für andere Typen der Zusammenarbeit. Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten können durch die Wahl ihrer Hausbesuchszeiten, möglichst die Zeiten in denen auch andere Externe im Pflegeheim anwesend sind, die Möglichkeit der Ad-hoc Kontaktaufnahme für den Informationsaustausch oder andere basisschaffende und organisierende Handlungen erhöhen.

Im Pflegeheim haben vor allem die Pflegenden einen wesentlichen Einfluss darauf, wer im Pflegeheim die Bewohnerinnen und Bewohner ärztlich und therapeutisch betreuen. Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten, die mehrere Bewohnerinnen und Bewohner in einem Heim betreuen und damit höhere Anwesenheitszeiten haben, verfügen gleichzeitig auch über einen größeren Einfluss auf die Strukturen der medizinischen und therapeutischen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner. Langfristige Beziehungen zwischen Pflegeheimen, Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten aufzubauen sind deshalb wohl im Sinne aller Beteiligten. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass gerade bei der Übernahme neuer Bewohnerinnen und Bewohner durch externe Akteurinnen und Akteure, oder bei akuten Ereignissen und Entlassungen aus dem Krankenhaus, Zusammenarbeit im Heim ermöglicht werden sollte, da hier ein höherer Bedarf zur Zusammenarbeit

besteht. Weitere Anlässe und Beweggründe zur Zusammenarbeit im Pflegeheim sind beispielsweise Lagerungen, Transfere, der Umgang mit einer Pumpe zur Parkinsontherapie, Medikationsfragen und das Einschätzen eines Therapiebedarfes, bei denen andere Berufsprofession in den Behandlungsprozess einbezogen werden. Zudem ist die Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit im Pflegeheim größer in den Heimen, in denen Pflegende auch ihre Basistätigkeiten zufriedenstellend ausführen können.

Die entwickelte Grounded Theory bietet eine Basis dafür die ablaufenden Prozesse der Zusammenarbeit im Pflegeheim zu explizieren und somit Angehörige verschiedener Berufsgruppen auf ihren Teil bei der Zusammenarbeit vorzubereiten. Beispielsweise können durch die Konzeptualisierungen der verschiedenen Handlungen und Interaktionen in den verschiedenen Kontexttypen Koordinierungs- und Kommunikationsmechanismen, wie Standards und Richtlinien, für die interprofessionelle Zusammenarbeit und Ausbildung entwickelt, implementiert und evaluiert werden.

5.3 Ansätze für weitere Forschung

Wie bereits erwähnt, ist die vorliegende Grounded Theory eine substantive (gegenstandsbezogene) Theorie, die auf ein bestimmtes, umgrenztes Sachgebiet bzw. empirisches Feld der Sozialforschung, also die Zusammenarbeit zwischen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten untereinander sowie mit Pflegenden und Hausärztinnen und Hausärzten in Pflegeheimen abzielt. Es gilt zu prüfen, ob die Theorie auch auf andere Kontexte und Berufsgruppen (z.B. Logopädinnen und Logopäden, Alltagsbetreuerinnen und Alltagsbetreuer) anwendbar ist und sie zu einer formalen Theorie, für den konzeptuellen Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit zu erweitern.

Ob die Einführung von interprofessionelle Lerneinheiten und Qualitätsstandards zu einer Verbesserung der Teamwork-Fähigkeiten und -Strukturen in Pflegeheimen und damit zur besseren Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner, sowie zu einer erhöhten Zufriedenheit und Attraktivität der Arbeit im Pflegeheim auf der Seite der Professionellen, beitragen kann, müsste in einer Interventionsstudie evaluiert werden.

Für die Stärkung und die Ermöglichung **basisschaffender Handlungen** ist eine Einführung und Evaluation der Maßnahmen, die in der Studie interprof – „Interprofessio-

nelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim - eine qualitative Untersuchung von Problemen in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern und Entwicklung von Verbesserungsstrategien“ (Mueller et al., 2018) für die Zusammenarbeit von Pflegenden mit Ärztinnen und Ärzten entstanden und auch erprobt worden sind, denkbar. Die Maßnahme „Strukturierte Abläufe des Heimbisuches“ des Maßnahmenpakets der Folgestudie interprofACT – „Effekte von Strategien zur Verbesserung ärztlich - pflegerischer Zusammenarbeit auf Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohnern“ sieht vor, feste Hausbesuchszeiten einzuführen, oder wenigstens zwei Tage vorher anzukündigen, sowie vor und nach dem Kontakt mit der Bewohnerin oder dem Bewohner, Kontakt mit einer Pflegekraft aufzunehmen und den Besuch in der Pflegeakte zu dokumentieren. Weitere Maßnahmen von interprofACT, die auf die Zusammenarbeit zwischen allen externen Akteurinnen und Akteuren untereinander, wie auch mit den Pflegenden übertragen werden könnten, sind das Tragen von Namensschildern sowie eine Installation einer Hauptansprechpartnerin oder eines Hauptansprechpartners im Heim bzw. in den versorgenden Praxen. Das Tragen von Namensschildern würde möglicherweise die Ad-hoc Kontaktaufnahme zwischen den Akteurinnen und Akteuren erleichtern. Alle Beteiligten wüssten, mit wem sie sowohl namentlich, als auch in der Funktion zu tun haben. Gut informierte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sowie gut kommunizierte Hausbesuchszeiten für alle Parteien könnten nicht nur basisschaffende sondern auch **organisierende Handlungen**, wie das zeitliche und inhaltliche Aufeinanderabstimmen der Versorgung der verschiedene Akteurinnen und Akteure, erleichtern.

Ob eine Vergütung verschiedener Handlungen zur Zusammenarbeit im Pflegeheim zu einer verbesserten Versorgung und damit zu zufriedeneren Akteurinnen und Akteuren führt, könnte ein weiterer Ansatzpunkt für weitere Forschung sein. Denkbar wäre hier die Einführung einer Vergütung von **unterstützenden Handlungen**, die beispielsweise bei einem Einzug einer Bewohnerin oder eines Bewohners, oder nach einem Krankenhausaufenthalt auftreten, eine Vergütung von **organisatorischen Handlungen**, wie beispielsweise eine Abrechnungsziffer für Telefonate zwischen externen Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten, oder eine Vergütung für **gemeinsam gestaltende Handlungen**, wie eine gleichzeitig stattfindende Behandlung von Therapeutinnen und Therapeuten unterschiedlicher Berufsgruppen, zu untersuchen.

Institutionen (Pflegeheime sowie Praxen) könnten durch festgelegte Prozesse, die die Zeit und den Raum für Zusammenarbeit vorhalten, sowie durch feste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner einen Beitrag zur Erhöhung der Beteiligungsbereitschaft an **unterstützenden Handlungen** leisten. Beispielweise könnte untersucht werden, ob sich die Zusammenarbeit in Pflegeheimen mit einem Bezugspflegesystem im Gegensatz zur Zusammenarbeit in Pflegeheimen ohne ein solches System in Bezug auf die Ergebnisse für die Bewohnerinnen und Bewohner sowie auf die Zufriedenheit der professionellen Akteurinnen und Akteure, unterscheiden. Maßgeblich wäre, dass den externen Akteurinnen und Akteuren die Bezugspflegekraft in einem Pflegeheim mit Bezugspflegesystem bekannt wäre und diese sich für die Weitergabe von Informationen sowie für die Unterstützung der externen Akteurinnen und Akteuren z.B. bei ersten Belastungserprobungen und anderen prognostischen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zuständig fühlt.

Zur Erhöhung der **Beteiligungsbereitschaft an gemeinsam gestaltenden Handlungen** wäre eine Einführung von Qualitätsstandards, ähnlich wie für komplexgeriatrische Behandlungen, denkbar. Für die Planung und Durchführung der Therapien im Pflegeheim könnte untersucht werden, ob standardisierte Assessments, ein schriftlicher, in regelmäßigen Abständen aktualisierter Behandlungsplan, Teambesprechungen, an denen alle Teammitglieder teilnehmen und optimalerweise eine regelmäßige Teamvisite, zu einer verbesserten Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner wie auch zur Zufriedenheit des versorgenden Teams beitragen.

6 Zusammenfassung

HINTERGRUND UND STUDIENZIEL: Die zunehmende alternde Bevölkerung in westlichen Ländern stellt die Gesundheitsversorgung in Pflegeheimen vor besondere Herausforderungen. Immer mehr Bewohnerinnen und Bewohner sind chronisch krank und pflegebedürftig. Darüber hinaus fehlt es an Spezialisten in Gesundheitsberufen („Fachkräftemangel“). Verschiedene Richtlinien erkennen die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung bereits an. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass durch praxisorientierte Interventionen Gesundheitsprozesse und -ergebnisse verbessert werden können und ein Zusammenhang zwischen wahrgenommener Teamarbeit und Arbeitszufriedenheit besteht. Bisher ist allerdings wenig über die interprofessionelle Zusammenarbeit in Pflegeheimen bekannt. Ziel der Studie ist es deshalb die interprofessionelle Zusammenarbeit in Pflegeheimen zu analysieren und zu konzeptualisieren.

METHODEN: Es wurde ein qualitatives Forschungsdesign verwendet, das auf der Methodologie der "konstruktivistischen Grounded Theory" basiert. In episodischen Interviews wurden Pflegendе, Hausärztinnen und Hausärzte, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zu ihren Erfahrungen und Perspektiven auf interprofessionelle Zusammenarbeit in Pflegeheimen befragt.

ERGEBNISSE: Die verschiedenen Interaktionen von interprofessionellen Zusammenarbeit in Pflegeheimen können in vier Kontexttypen beschrieben werden: Beteiligungsbereitschaft 1) an basisschaffenden Handlungen, 2) an organisierenden Handlungen, 3) an unterstützenden Handlungen und 4) an gemeinsam gestaltenden Handlungen. Darüber hinaus wird interprofessionellen Zusammenarbeit durch eine Vielzahl individueller und gesundheitsbezogener Aspekte bestimmt: Patientendefizit und Routine der Handlung, Definition der eigenen Arbeit und Bedürfnis nach Zusammenarbeit, Zugehörigkeitsgefühl und soziale Position sowie die Kultur der Institution.

DISKUSSION: Fokussierend auf das Kernkonzept „Beteiligungsbereitschaft an Handlungen interprofessioneller Zusammenarbeit“ zeigt die entstandene Grounded Theory die Komplexität der interprofessionellen Zusammenarbeit in Pflegeheimen. Dieses konzeptionelle Verständnis ist eine potenzielle Basis für die Verbesserung der inter-

professionellen Zusammenarbeit und damit der Gesundheit und des Wohlbefindens aller Beteiligten in Pflegeheimen. Beispielsweise könnte das Wissen darum, dass die Beteiligungsbereitschaft an unterstützenden Handlungen von der Definition der eigenen Arbeit abhängt, als Teil der Ausbildung für Gesundheitsberufe zu einer erhöhten Sensibilität und Durchführung von unterstützenden Maßnahmen, und folglich zu einer verbesserten klientenzentrierten Versorgung führen.

Abstract

BACKGROUND AND AIMS: An increasing aging population in western countries establishes challenges regarding the health care in nursing homes. More and more residents are chronically ill and in need of care. Furthermore there is a lack of specialists in health care professions. Competency frameworks acknowledge the importance of interprofessional collaboration to positively impact health care, practice-based interprofessional collaboration interventions can improve healthcare processes and outcomes, and there is a relation between perceived teamwork and job satisfaction. Nevertheless relatively little is known about interprofessional collaboration in nursing homes. The aim of the study is to analyse and to conceptualize interprofessional collaboration in nursing homes.

METHODS: A qualitative research design based on 'constructivist grounded theory methodology' was used. In episodic interviews nurses, general practitioners, occupational and physical therapists were asked about their experiences and perspectives on interprofessional collaboration in nursing homes.

RESULTS: The various interactions of interprofessional collaboration in nursing homes can be described in four types of context: willingness to participate in the act of 1) creating a basis, 2) organizing, 3) supporting other health care professions and 4) common goal-setting and executing the health care. Furthermore interprofessional collaboration is determined by a variety of individual and organizational aspects: deficit of the patient and routine with the action, professional's own definition of work and need for collaboration, sense of belonging and social position as well as the culture of the institution.

DISCUSSION: Focusing on the core concept of 'willingness to participate in acts of interprofessional collaboration' the emerging grounded theory illustrates the complex nature of interprofessional collaboration in nursing homes. This conceptual understanding is a potential base for improving interprofessional collaboration, health and well-being in nursing homes of all stakeholders. For example, the knowledge of a supportive act being dependent on one's own definition of work could lead, as a part of the educational training for health professions, to an increased sensitivity and execution of supporting actions and as a consequence to a better client-centered care.

7 Abkürzungsverzeichnis

CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DVE	Deutscher Verband für Ergotherapie e.V.
ebd.	ebenda
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ET	Ergotherapie/Ergotherapeutin/Ergotherapeut
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMA	Gesellschaft für medizinische Ausbildung
GTM	Grounded Theory Methodologie
HA	Hausärztin/Hausarzt
HeilM-RL	Heilmittelrichtlinie
I	Interviewerin/Interviewer
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
i.d.R.	in der Regel
IFG	Interdisziplinäre Forschungskolloquium der Gesundheitsfachberufe
interprof	Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim - eine qualitative Untersuchung von Problemen in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern und Entwicklung von Verbesserungsstrategien
IP	Interviewte Person
MFA	Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter
MUG IV	Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV)
NQG	Netzwerk „Qualitative Gesundheitsforschung“

PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
PF	Pflegende
PT	Physiotherapie/Physiotherapeutin/Physiotherapeut
SÄVIP	Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen
SGB	Sozialgesetzbuch
SI	Symbolischen Interaktionismus
SVR	Sachverständigenrat
u.a.	unter anderem
u.ä.	und ähnliche
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WCPT	World Confederation for Physical Therapy (Weltverband der Physiotherapie)
WOFT	World Federation of Occupational Therapy (Weltverband der Ergotherapie)
z.B.	zum Beispiel
ZVK	Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.
v.a.	vor allem

8 Literaturverzeichnis

- ABRAMS, L. S. 2010. Sampling 'Hard to Reach' Populations in Qualitative Research. The Case of Incarcerated Youth. *Qualitative Social Work*, 9, 536–550.
- ATZENI, G., SCHMITZ, C. & BERCHTOLD, P. 2017. *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Studie im Auftrag der SAMW* [Online]. Swiss Academies Reports. Available: https://www.samw.ch/dam/jcr:45678758-579e-4d42-9511-a4d224fd48a9/studie_samw_interprofessionalitaet_2016.pdf [Accessed 08.08.2019].
- BAKER, S. E. & EDWARDS, R. 2012. How many qualitative interviews is enough? Expert voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research. In: NATIONAL CENTRE FOR RESEARCH METHODS REVIEW PAPER (ed.).
- BAKKER, A. B., SCHAUFELI, W. B., LEITER, M. P. & TARIS, T. W. 2008. Work engagement: An emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22, 187-200.
- BALLINGER, C., ASHBURN, A., LOW, J. & RODERIK, P. 1999. Unpacking the black box of therapy – a pilot study to describe occupational therapy and physiotherapy interventions for people with stroke. *Clinical Rehabilitation*, 13, 301-309.
- BALZER, K., BUTZ, S., BOULKHEMAIR, D., BENTZEL, J. & LÜHMANN, D. 2013. *Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland*, Köln, Schriftenreihe Health Technology Assessment.
- BARMER. 2018. *BARMER Heil- und Hilfsmittelreport* [Online]. Available: <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/heil-und-hilfsmittelreport/heil-hilfsmittel-report-70716> [Accessed 29.08.2018].
- BIBLIOGRAPHISCHES INSTITUT GMBH. 2019. *Duden* [Online]. Berlin: Bibliographisches Institut GmbH. Available: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Beteiligung> [Accessed 24.04. 2019].
- BIERHOFF, H.-W. 2018. *Kommunikation* [Online]. Hogrefe. Available: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/kommunikation/> [Accessed 24.04.2018].
- BLOCK, K., FOTH, T., STAMER, M. & SCHMACKE, N. 2012. *Allgemeinmedizin und Pflege in der ambulanten und heimstationären Versorgung*, Weinheim, Basel, Beltz Juventa Verlag.

- BÖHM, A. 2004. Theoretical Coding: Text Analysis in Grounded Theory. In: FLICK U, VON KARDOFF E & STEINKE I (eds.) *A Companion to Qualitative Research*. London: SAGE Publications.
- BÖHM, A., MUHR, T. & LEGEWIE, H. 1992. *Kursus Textinterpretation: Grounded Theory*. (TU Berlin, Bericht aus dem Interdisziplinären Forschungsprojekt ATLAS, Nr. 92-3) [Online]. Berlin Institut für Qualitative Forschung. Internationale Akademie Berlin gGmbH. Available: http://www.qualitative-forschung.de/information/publikation/modelle/kurs_ti.pdf [Accessed 04.06.2018].
- BONVIE, H. 2011. Delegation und Substitution: Berufsrechtliche Sicht. In: JORZIG, A. & UPHOFF, R. (eds.) *Delegation und Substitution – wenn der Pfleger den Doktor ersetzt*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- BORRILL, C., CARLETTA, J., CARTER, A., DAWSON, J., GARROD, S., REES, A., RICHARDS, A., SHAPIRO, D. & WEST, M. 2001. *The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service*, Birmingham, Aston University.
- BREUER, F. 2010. *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BREUER, F., MUCKEL, P. & DIERIS, B. 2018. *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis*, Wiesbaden, Springer.
- BRUCE, N. 1980. *Teamwork for Prevention*, Chichester, John Wiley.
- BRYANT, A. & CHARMAZ, K. 2011. Introduction: Grounded Theory Research: Methods and Practices. In: BRYANT, A. & CHARMAZ, K. (eds.) *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. London: Sage.
- BUNDESÄRZTEKAMMER. 2018. *Entschließungsantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer „Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung“* [Online]. Berlin: Pressestelle der deutschen Ärzteschaft. Available: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/BAeK_Ground_Hausarzt.pdf [Accessed 25.06.2018].
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ. 2018. *Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) Inhaltsübersicht* [Online]. Available: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/inhalts_bersicht.html [Accessed 19.01.2018].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. 2018a. *Eckpunktepapier - Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege* [Online]. Available:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Download/s/P/Pflege/Sofortprogramm_Pflege_Eckpunkte.pdf [Accessed 25.06.2018].

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. 2018b. *Konzertierte Aktion Pflege - für mehr Wertschätzung, bessere Arbeitsbedingungen und gerechte Bezahlung* [Online]. Available:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/konzertierte-aktion-pflege.html> [Accessed 12.09. 2019].

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. 2019. *Heimarzt* [Online]. Available:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/h/heimarzt.html> [Accessed 20.07. 2019].

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS 1997. *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*, Ottawa ON, Kanada, CAOT Publications ACE.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. 2010. *A National Interprofessional Competency Framework* [Online]. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative. Available:

http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf [Accessed 27.10.2014].

CANADIAN SOCIETY OF OCCUPATIONAL SCIENTISTS. 2018. *What is Occupational Science?* [Online]. Montreal QC, Kanada: Canadian Society of Occupational Scientists. Available:

<https://sites.google.com/site/occupationalsciencecanada//occupational-science/what-is-occupational-science> [Accessed 24.04.2018].

CARDOGAN, M. P., FRANZI, C., OSTERWEIL, D. & HILL, T. 1999. Barriers to effective communication in skilled nursing facilities: differences in perception between nurses and physicians. *J Am Geriatr Soc*, 47, 71-75.

CARPENTER, C. & SUTO, M. 2008. Why choose qualitative research in rehabilitation? In: CARPENTER, C. & SUTO, M. (eds.) *Qualitative research for occupational and physical therapists: A practical guide*. Oxford: Blackwell Publishing.

CAVAZZINI, C., MÜLLER, C., FLEISCHMANN, N., GEISTER, C., HOELL, A., SCHERER, M., TETZLAFF, B., WERLE, J., WEYERER, S. & HUMMERS-PRADIER, E. 2014. „Was soll ich mit einem Arzt?“ Medizinische Versorgung in Pflegeheimen aus der Perspektive der Bewohner – Eine qualitative Untersuchung. Hamburg: Poster beim 48. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).

- CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION. 2017. *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* [Online]. Available: <https://www.caipe.org/resources> [Accessed 25.06.2018].
- CHARMAZ, K. 2003. Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. In: DENZIN N & LINCOLN Y (eds.) *Strategies of qualitative research 2ed.* Thousand Oaks: Sage.
- CHARMAZ, K. 2011a. Den Standpunkt verändern: Methoden der konstruktivistischen Grounded Theory. In: MEY, G. & MRUCK, K. (eds.) *Grounded Theory Reader.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- CHARMAZ, K. 2011b. Grounded Theory Methods in Social Justice Research. In: DENZIN, N. & LINCOLN, Y. (eds.) *The SAGE Handbook of Qualitative Research 4ed.* Thousand Oaks, CA: Sage.
- CHARMAZ, K. 2014. *Constructing grounded theory*, London, Thousand Oaks, CA, Sage.
- CLARKE, A. 2012. *Situationsanalyse: Grounded Theory nach dem Postmodern Turn*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- CORBIN, J. & STRAUSS, A. 2015. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, Thousand Oaks, Sage.
- CRESWELL, J. W. 2007. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions*, Thousand Oaks, Sage.
- D'AMOUR, D., FERRADA-VIDELA, M., SAN MARTIN RODRIGUEZ, L. & BEAULIEU, M. D. 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*, 19 Suppl 1, 116-31.
- D'AMOUR, D., GOULET, L., LABADIE, J. F., MARTIN-RODRIGUEZ, L. S. & PINEAULT, R. 2008. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*, 8, 188.
- DENZIN, N. K. 1989. *The Research Act*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- DENZIN, N. K. 2007. Grounded Theory and the Politics of Interpretation. In: BRYANT, A. & CHARMAZ, K. (eds.) *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. London: Sage.
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND FAMILIENMEDIZIN E.V. 2012. *DEGAM-Zukunftspositionen Allgemeinmedizin — spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis* [Online]. Frankfurt am Main: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM). Available:

- www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/.../DEGAM_Zukunftspositionen.pdf
[Accessed 02.05.2018].
- DEUTSCHER VERBAND DER ERGOTHERAPEUTEN (DVE) E.V. 2005. *Ethikkodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie* [Online]. Available: <https://dve.info/resources/pdf/infothek/193-ethik-1/file> [Accessed 06.06.2018].
- DEUTSCHER VERBAND DER ERGOTHERAPEUTEN (DVE) E.V. 2017. *Definition Ergotherapie* [Online]. Available: <https://dve.info/ergotherapie/definition> [Accessed 25.06.2018].
- DEUTSCHER VERBAND FÜR PHYSIOTHERAPIE (ZVK) E.V. 2017. *Definition Physiotherapie* [Online]. Available: <https://www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/physiotherapie/definition.html> [Accessed 25.06.2018].
- DEUTSCHES ÄRZTEBLATT 2013. Bekanntgaben der Herausgeber. Kassenärztliche Bundesvereinigung - Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V. *Deutsches Ärzteblatt*, 110.
- DEUTSCHES ÄRZTEBLATT. 2018. *Für Pflege ist die ganze Regierung verantwortlich* [Online]. Berlin: Deutscher Ärzteverlag GmbH. Available: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/96524/Fuer-Pflege-ist-die-ganze-Regierung-verantwortlich> [Accessed 12.05. 2019].
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION. 2005. *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* [Online]. Available: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/icf/stand2005/> [Accessed 25.06.2018].
- DRINKA, T. 1994. Interdisciplinary geriatric teams: approaches to conflict as indicators of potential to model teamwork. *Educational Gerontology*, 20, 87-103.
- DRINKA, T. & CLARK, P. 2000. *Health Care Teamwork: Interdisciplinary Practice and Teaching*, Westport, CT, Auburn House.
- FINLAY, L. 2006. Mapping Methodology. In: FINLAY, L. & BALLINGER, C. (eds.) *Qualitative Research for Allied Health Professionals. Challenging Choices*. West Sussex: John Wiley and Sons.
- FLEISCHMANN, N., GEISTER, C., HOELL, A., HUMMERS-PRADIER, E. & MUELLER, C. A. 2017. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): A grounded theory study of nurse experiences of general practitioner visits. *Applied Nursing Research*, 35, 118-125.

- FLEISCHMANN, N., TETZLAFF, B., WERLE, J., GEISTER, C., SCHERER, M., WEYERER, S., HUMMERS-PRADIER, E. & MUELLER, C. A. 2016. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. *BMC Fam Pract*, 17, 123.
- FLICK, U. 1996. *Psychologie des technisierten Alltags. Soziale Konstruktion und Repräsentation technischen Wandels in verschiedenen kulturellen Kontexten*, Opladen, Westdeutscher Verlag.
- FLICK, U. 2007. Triangulation in der qualitativen Forschung. In: FLICK, U., KARDOFF, E. V. & STEINKE, I. (eds.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- FLICK, U. 2010. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: MEY, G. N. & MRUCK, K. (eds.) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- FLICK, U. 2011. Das Episodische Interview. In: OELERICH G, O. H.-U. (ed.) *Empirische Forschung und Soziale Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- FLICK, U. 2014a. The Episodic Interview. In: FLICK, U. (ed.) *An Introduction to Qualitative Research*. 5 ed. London: Sage.
- FLICK, U. 2014b. *An introduction to qualitative research*, London, Sage.
- FLICK, U., KARDOFF, E. V. & STEINKE, I. 2007. Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: FLICK, U., KARDOFF, E. V. & STEINKE, I. (eds.) *Qualitative Forschung*. 5 ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- FRENK, J., CHEN, L., BHUTTA, Z. A., COHEN, J., CRISP, N., EVANS, T., FINEBERG, H., GARCIA, P., KE, Y., KELLY, P., KISTNASAMY, B., MELEIS, A., NAYLOR, D., PABLOS-MENDEZ, A., REDDY, S., SCRIMSHAW, S., SEPULVEDA, J., SERWADDA, D. & ZURAYK, H. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 376, 1923-1958.
- GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS. 2011. *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V (Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V)* [Online]. Available: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf [Accessed 25.06.2018].

- GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS. 2018. *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung* [Online]. Available: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1484/HeilM-RL_2017-09-21_iK-2018-01-01.pdf [Accessed 25.06.2018].
- GKV-SPITZENVERBAND. 2006. *Gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln* [Online]. Available: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_rahmenempfehlungen/Empf_125_204.pdf [Accessed 04.06. 2018].
- GKV-SPITZENVERBAND. 2018. *GKV-Heilmittel-Informationportal. Das HIS-Projekt - Kurzportrait zum Projekt* [Online]. Available: https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_vertragsaerzte/das_his_projekt/das_his_projekt.jsp [Accessed 28.09.2018].
- GLASER, B. & STRAUSS, A. 1964. Awareness Context and Social Interaction. *American Sociological Review*, 29, 669-679.
- GLASER, B. & STRAUSS, A. 1965. *Awareness of dying*, Chicago, Aldine Publishing Company.
- GLASER, B. & STRAUSS, A. 1998. *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*, Bern, Verlag Hans Huber.
- GLASER, B. & STRAUSS, A. 2010. *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung.*, Bern, Verlag Hans Huber.
- GLÄSER, J. & LAUDEL, G. 2010. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*, Wiesbaden, VS Verlag.
- GÖTSCH, K. 2007. Occupational Science. In: SCHEEPERS, C., STEDING-ALBRECHT, U. & JEHN, P. (eds.) *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- GUBA, E. & LINCOLN, Y. 1994. Competing paradigms in qualitative research. In: DENZIN, N. & LINCOLN, Y. (eds.) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- GUEST, G., BUNCE, A. & JOHNSON, L. 2006. How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18, 59-82.
- HABERMANN, C. & WITTMERSHAUS, C. 2005. *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie*, Stuttgart, Thieme Verlag.

- HALLAUER, J., BIENSTEIN, C., LEHR, U. & RÖNSCH, H. 2005. *SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen*, Hannover, Vincentz Network Marketing Services.
- HAUBITZ, M. 2010. Chronizität und Multimorbidität. In: SCHRAPPE, M., PFAFF, H., NEUGEBAUER, E. A. M. & GLAESKE, G. (eds.) *Lehrbuch Versorgungsforschung*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- HAWARD, AMIR, BORRILL, DAWSON, SCULLY, WEST & SAINSBURY 2003. Breast cancer teams: the impact of constitution, new cancer workload, and methods of operation on their effectiveness. *Br J Cancer*, 89, 15-22.
- HOCHSCHULE FRESENIUS. 2017. *Unfaire Bezahlung, kaum Aufstiegschancen: Viele Therapeuten flüchten einer Studie zufolge aus ihrem Beruf* [Online]. Available: https://www.hs-fresenius.de/fileadmin/Pressemitteilungen/170930_PM_Symposium_Therapiewissenschaft_Ergebnis_FINAL.pdf [Accessed 12.05.2019 2019].
- HÖHMANN, U., LAUTENSCHLÄGER, M. & SCHWARZ, L. 2016. Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: JACOBS K, KUHLMAY A, GRES S, SCHWINGER A & J, K. (eds.) *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*. Stuttgart: Schattauer
- HOLTON, J. A. 2007. The Coding Process and Its Challenges. In: BRYANT, A. & CHARMAZ, K. (eds.) *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. London: SAGE Publications.
- JAKOBSEN, F. 2011. *Learning with, from and about each other: Outcomes from an interprofessional training unit* [Online]. Aarhus: Aarhus University. Available: <https://pdfs.semanticscholar.org/d157/fbf558da622b9e47f835879f6ccbb874119d.pdf> [Accessed 25.06.2018].
- JILL L. O'BRIEN, DONALD R. MARTIN, JUDITH A. HEYWORTH & NANCY R. MEYER 2009. A phenomenological perspective on advanced practice nurse–physician collaboration within an interdisciplinary healthcare team. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 444–453.
- KÄLBLE, K. 2004. Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit - Terminologische Klärung. In: KABA-SCHÖNSTEIN, L. & KÄLBLE, K. (eds.) *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen: Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege; (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP)*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- KATZENBACH, J. & SMITH, D. 1993. *The Wisdom of Teams: Creating the High Performance Organization*, Boston, Harvard Business School Press.

- KELLE, U. 2010. The Development of Categories: Different Approaches in Grounded Theory. In: BRYANT, A. & CHARMAZ, K. (eds.) *The Sage Handbook of Grounded Theory: Paperback Edition*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- KOOB, D. 2007. *Loriot als Symbolischer Interaktionist. Oder: Warum man selbst in der Badewanne gelegentlich soziale Ordnung aushandeln muss [49 Absätze]*. [Online]. Available: <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0701279>. [Accessed 26.06.2018].
- KÖRNER, M., BÜTOF, S., MÜLLER, C., ZIMMERMANN, L., BECKER, S. & BENDEL, J. 2016. Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *J Interprof Care*, 30, 15-28.
- KÖRNER, M., WIRTZ, M. A., BENDEL, J. R. & GÖRITZ, A. S. 2015. Relationship of organizational culture, teamwork and job satisfaction in interprofessional teams. *BMC Health Services Research* 15.
- KUHLMEY, A. & SCHAEFFER, D. 2010. Pflege- und Altenheime, ambulante pflegerische Versorgung. In: SCHRAPPE, M., PFAFF, H., NEUGEBAUER, E. A. M. & GLAESKE, G. (eds.) *Lehrbuch Versorgungsforschung*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- LANGEN, J. 2016. *Die medizinische Betreuung von Pflegeheimbewohnern. Perspektiven und Bedürfnisse von Angehörigen*. Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität zu Göttingen.
- LEMIEUX-CHARLES, L. & MCGUIRE, W. 2006. What do we know about health care team effectiveness: a review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63, 263–270.
- LINCOLN, Y. S. & GUBA, E. G. 1985. *Naturalistic inquiry*, London, Sage.
- MAHLER, C., GUTMANN, T., KARSTENS, S. & JOOS, S. 2014. Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen-Definition und gängige Praxis. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 31.
- MCCRACKEN 1988. *The long interview*, Newbury Park, CA, Sage.
- MEY, G. & MRUCK, K. 2011. *Grounded Theory Reader*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- MEYER, KARBACH, HOLMBERG, GÜTHLIN, PATZELT & STAMER 2012. Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. *Das Gesundheitswesen*, 74, 510–515
- MEYER, T. & FLICK, U. 2017. Methoden der qualitativen Forschung. In: PFAFF, H., NEUGEBAUER, E. A. M., GLAESKE, G., SCHRAPPE, M. & ROTHMUND, M.

(eds.) *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik - Methodik - Anwendung*. Stuttgart: Schattauer.

MEYER-KÜHLING, I., FRANKENBERG, C. & SCHRÖDER, J. 2015.

Erwartungshaltungen, Kommunikation und Kooperation von Pflegenden und Ärzten in der stationären Altenpflege. *HeilberufeSCIENCE*, 6, 70-75.

MICKAN, S. M. 2005. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 29, 211-217.

MILES, M. B. & HUBERMAN, A. M. 1994. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*, Thousand Oaks, CA, Sage.

MUELLER, C. A., FLEISCHMANN, N., CAVAZZINI, C., HEIM, S., SEIDE, S., GEISTER, C., TETZLAFF, B., HOELL, A., WERLE, J., WEYERER, S., SCHERER, M. & HUMMERS, E. 2018. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): development and piloting of measures to improve interprofessional collaboration and communication: a qualitative multicentre study. *BMC Family Practice*, 19.

MUELLER, C. A., TETZLAFF, B., THEILE, G., FLEISCHMANN, N., CAVAZZINI, C., GEISTER, C., SCHERER, M., WEYERER, S., VAN DEN BUSSCHE, H. & HUMMERS-PRADIER, E. 2015. Interprofessional collaboration and communication in nursing homes: a qualitative exploration of problems in medical care for nursing home residents - study protocol. *J Adv Nurs*, 71, 451-7.

MULVALE, EMBRETT & RAZAVI 2016. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Fam Pract*, 17.

NAYAR, S. 2011. Grounded Theory: A Research Methodology for Occupational Science. *Journal of Occupational Science*, 19, 76-82.

POLATAJKO, H., DAVIS, J., STEWART, D., CANTIN, N., AMOROSO, B., PURDOE, L. & ZIMMERMAN, D. 2007a. Specifying the domains of concern: Occupation as core. In: TOWNSEND, E. & POLATAJKO, H. (eds.) *Enabling occupation II: Advancing an occupational vision for health, well-being and justice through occupation*. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

POLATAJKO, H. J., BACKMAN, C., BAPTISTE, S., DAVIS, J., EFTEKHAR, P., HARVEY, A., JARMAN, J., KRUPA, T., LIN, N., PENTLAND, W., RUDMAN, D. L., SHAW, L., AMOROSO, B. & CONNOR-SCHISLER, A. 2007b. Human occupation in context. In: CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (ed.) *Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa ON, Kanada: CAOT Publications ACE.

- POLATAJKO, H. J., MOLKE, D., BAPTISTE, S., DOBLE, S., SANTHA, J. C., KIRSH, B., BEAGAN, B., KUMAS-TAN, Z., IWAMA, M., RUDMAN, D. L., THIBEAULT, R. & STADNYK, R. 2007c. Occupational science: Imperatives for occupational therapy. In: CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (ed.) *Enabling II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa ON, Kanada: Canadian Association of Occupational Therapists.
- PONTERETTO, J. G. 2005. Qualitative Research in Counseling Psychology: A Primer on Research Paradigms and Philosophy of Science. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 126-136.
- PRZYBORSKI, A. & WOHLRAB-SAHR, M. 2014. *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*, München, Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- RAMIREZ, GRAHAM, RICHARDS, CULL & GREGORY 1996. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 16, 724-728.
- REEVES, S., LEWIN, S., ESPIN, S. & ZWARENSTEIN, M. 2010. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, Oxford, UK, Blackwell Publishing.
- RICHTER, K., GREIFF, C. & WEIDEMANN-WENDT, N. 2016. *Der ältere Mensch in der Physiotherapie*, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag.
- ROBERT BOSCH STIFTUNG 2011. *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*, Stuttgart, Robert Bosch Stiftung.
- ROBERT BOSCH STIFTUNG. 2017. *Operation Team - Interprofessionelle Fortbildungen in den Gesundheitsberufen* [Online]. Robert Bosch Stiftung. Available: <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/operation-team-interprofessionelle-fortbildungen/im-detail> [Accessed 25.06.2018].
- ROSENTHAL, G. 1995. *Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen*, Frankfurt/Main, Campus Verlag.
- ROTHGANG, H., BORCHERT, L., MÜLLER, R. & UNGER, R. 2008. GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Asgard- Verlag.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN 2007. *Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007*.

SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN 2009. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens.

SAN MARTIN-RODRIGUEZ, L., BEAULIEU, M. D., D'AMOUR, D. & FERRADA-VIDELA, M. 2005. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*, 19 Suppl 1, 132-47.

SCHMIDT, I., CLAESSION, C. B., WESTERHOLM, B., NILSSON, L. G. & SVARSTAD, B. L. 1998. The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 77–82.

SCHNEEKLOTH, U. & VON TÖRNE, I. 2007. Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: SCHNEEKLOTH U, W. H. (ed.) *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Integrierter Abschlussbericht*. Berlin.

SCHNEEKLOTH, U. & VON TÖRNE, I. 2009. Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: SCHNEEKLOTH U, W. H. (ed.) *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz. Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für „Good Practice“*. Stuttgart: Kohlhammer.

SCHRAPPE, M. & PFAFF, H. 2017. Einführung in Konzept und Grundlagen der Versorgungsforschung. In: PFAFF, H., NEUGEBAUER, E. A. M., GLAESKE, G. & SCHRAPPE, M. (eds.) *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung*. 2 ed. Stuttgart: Schattauer Verlag.

SCHRAPPE, M., PFAFF, H., NEUGEBAUER, E. A. M. & GLAESKE, G. 2010. *Lehrbuch Versorgungsforschung* Stuttgart, Schattauer Verlag.

SKJØRSHAMMER, M. 2001. Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *J Interprof Care*, 15, 7-18.

SPIES, E. 2018. *Kooperation* [Online]. Hogrefe. Available: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/kooperation/> [Accessed 24.04.2018].

STANLEY, M. 2006. A Grounded Theory of the Wellbeing of Older people. In: FINLAY, L. & BALLINGER, C. (eds.) *Qualitative Research for Allied Health Professionals: Challenging Choices*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

- STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS) 2017. Pflegestatistik 2015. *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (DESTATIS) 2018. Pflegestatistik 2017. *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STEINKE, I. 2007. Qualitätssicherung in der qualitativen Forschung. In: KUCKARTZ, U., GRUNENBERG, H. & DRESING, T. (eds.) *Qualitative Datenanalyse: computergestützt Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- STRAUSS, A. & CORBIN, J. 1996. *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*, Weinheim, Beltz Psychologie Verlags Union.
- STRAUSS, A., FAGERHAUGH, S., SUCZEK, B. & WIENER, C. 1985. *Social organization of medical work*, Chicago, IL, US, University of Chicago Press.
- STRAUSS, A., FAGERHAUGH, S., SUCZEK, B. & WIENER, C. 1997. *Social Organization of Medical Work*, New York NY, USA, Transaction Publishers.
- STRÜBING, J. 2014. *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- SUTER, E., ARNDT, J., ARTHUR, N., PARBOOSINGH, J., TAYLOR, E. & DEUTSCHLANDER, S. 2009. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 41–51.
- SUTER, E., DEUTSCHLANDER, S., MICKELSON, G., NURANI, Z., LAIT, J., HARRISON, L., JARVIS-SELINGER, S., BAINBRIDGE, L., ACHILLES, S., ATEAH, C., HO, K. & GRYMONPRE, R. 2012. Can interprofessional collaboration provide health human resources solutions? A knowledge synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 26, 261–268.
- THEILE, G., KRUSCHINSKI, C., BUCK, M., MULLER, C. A. & HUMMERS-PRADIER, E. 2011. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Fam Pract*, 12, 24.
- THYLEFORS, I., PERSSON, O. & HELLSTRÖM, D. 2005. Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 102-114.

- TIJA, J., MAZOR, K. M., FIELD, T., METERKO, V., SPENARD, A. & GURWITZ, J. H. 2009. Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. *J Patient Saf.*, 5, 145-152.
- TSAKITZIDIS, G., ANTHIERENS, S., TIMMERMANS, O., TRUIJEN, S., MEULEMANS, H. & ROYEN, P. V. 2017. Do Not Confuse Multidisciplinary Task Management in Nursing Homes With Interprofessional Care! *Prim Health Care Res Dev*, 19, 1-12.
- UNIVERSITY OF SOUTHERN CALIFORNIA. 2018. *What is Occupational Science? How daily activities affect our health and well-being* [Online]. Available: <http://chan.usc.edu/about-us/os-and-ot/what-is-os> [Accessed 16.04.2018].
- VAN BOGAERT, P., PEREMANS, L., VAN HEUSDEN, D., VERSPUY, M., KURECKOVA, V., VAN DE CRUYS, Z. & FRANCK, E. 2017. Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study. *BMC Nursing*, 16, 5.
- VAN DEN BUSSCHE, H., HEINEN, H., KOLLER, D., WIESE, B., HANSEN, H., SCHÄFER, I., SCHERER, M., GLAESKE, G. & SCHÖN, G. 2014. Die Epidemiologie von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit. Eine Untersuchung auf der Basis von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung. *Z Gerontol Geriat*, 47, 403-409.
- VAN DEN BUSSCHE, H., WEYERER, S., SCHÄUFELE, M. & AL, E. 2009. Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. *Z Allg Med* 85, 240-246.
- VER.DI - VEREINTE DIENSTLEISTUNGSGEWERKSCHAFT. 2019. *Fachkräftemangel: Ungenutztes Fachkräftepotenzial* [Online]. Available: <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/fachkraeftemangel/++co++7bdb0e82-f6eb-11e8-a739-52540066e5a9> [Accessed 12.05.2019 2019].
- VERBI SOFTWARE CONSULT SOZIALFORSCHUNG GMBH. 2015. MAXQDA. Software für qualitative Datenanalyse. Version 11.2.5. .
- VEREIN FÜR SOZIALES LEBEN E.V. 2018. *Berufsbild Altenpfleger* [Online]. Available: <http://www.pflegeberufe-gesetz.de/altenpfleger/berufsbild.html> [Accessed 25.06.2018].
- WALKENHORST, U. 2008. *Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung. Eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse*, Idstein, Schulz-Kirchner Verlag.
- WILCOCK, A. 1999. Reflections on doing, being and becoming. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46, 1-11.

- WILCOCK, A. A. 2007. Occupation and Health: Are They One and the Same? *Journal of Occupational Science*, 14, 3-8.
- WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER AOK. 2018. *AOK-Heilmittel-Informationssystem (AOK-HIS)* [Online]. Available: <https://www.wido.de/aokheilmittel-info.html> [Accessed 28.09.2018].
- WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY. 2013. *Policy Statement. Definition of physical therapy* [Online]. Available: http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS_Description_PT_Sept2011_FORMATTED_edit2013.pdf [Accessed 25.06.2018].
- WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPY. 2012. *Definition of Occupational Therapy* [Online]. Available: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx> [Accessed 08.10.2018].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health* [Online]. Genf. Available: <http://www.who.int/classifications/icf/en/> [Accessed 16.4.2018].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2005. Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions. *In: WORLD HEALTH ORGANIZATION* (ed.). Genf.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2010. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. *In: WORLD HEALTH ORGANIZATION* (ed.). Genf.
- YERXA, E. 1990. An Introduction to Occupational Science, A Foundation for Occupational Therapy in the 21st Century, *Occupational Therapy. Health Care*, 6, 1-17.
- ZORICH, D. M., WAIBEL, G. & ERWAY, R. 2008. *Beyond the Silos of the LAMs: Collaboration among libraries, archives and museums* [Online]. Dublin, Ohio: OCLC Online. Available: <https://www.oclc.org/content/dam/research/publications/library/2008/2008-05.pdf> [Accessed 08.08.2019].
- ZWARENSTEIN, M., GOLDMAN, J. & REEVES, S. 2009. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, 8.

9 Danksagung

Die Arbeit an dieser Dissertation wurde durch eine finanzielle und ideelle Förderung der Studienstiftung des deutschen Volkes e.V. unterstützt. Dafür möchte ich mich herzlich bedanken. Viele Menschen haben mich darüber hinaus in unterschiedlicher Weise unterstützt, bei denen ich mich ebenfalls sehr herzlich bedanken möchte:

Prof. Dr. med. Martin Scherer, meinem Erstbetreuer, für den Anstoß zur Promotion, für sein Vertrauen in meine Fähigkeiten und seine Unterstützung im gesamten Prozess.

Prof. Dr. Ursula Walkenhorst und Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck, den Mitgliedern meines Thesiskomitees, für die Betreuung meiner Doktorarbeit sowie ihre konstruktive Kritik.

Prof. Dr. Uwe Flick, Prof. Dr. Ursula Walkenhorst, Dr. Thomas Zimmermann, Prof. Dr. Ulrike Marotzki, Prof. Dr. Hilke Hansen und Prof. Dr. Annette Probst sowie allen Teilnehmenden ihrer Kolloquien und Methodenworkshops, für die verschiedenen Lesarten der Interviews sowie die Ideen, Anregungen und emotionalen Unterstützungen während der Bearbeitungszeit.

Prof. Dr. med. Anne Barzel, die mich in den letzten zehn Jahren als Kollegin und Freundin in allen Phasen des Prozesses unterstützt hat.

Prof. Dr. med. Hendrik van den Bussche, Dr. Thomas Kloppe, Prof. Dr. Katharina Maria Röse, Sabine Plaehn und Anne Stark für ihre Zeit und die intensive Auseinandersetzung mit mir und meinem Dissertationsthema.

Dr. Marion Grafe für die vielen Skype-Stunden und die Schreib-Retreats in Bielefeld sowie Dr. Katharina Schmidt, mit der ich immer wieder die nächsten Schritte meines Projektes geplant habe.

Meinem interprof- und meinem interprof ACT-Team sowie allen meinen Kolleginnen und Kollegen des Instituts und Poliklinik für Allgemeinmedizin für die vielen Gelegenheiten des Austausches.

Allen Pflegenden, Therapeutinnen und Therapeuten, Ärztinnen und Ärzten, die ihre Erfahrungen mit und Perspektiven auf interprofessionelle Zusammenarbeit mit mir geteilt haben.

Lars, Leve, meiner Familie, meinen Freundinnen und Freunden danke ich von Herzen für ihren Glauben an meine Fähigkeiten, ihre aufmunternden und entlastenden Worte und Taten!

10 Lebenslauf

Lebenslauf aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht enthalten

Anhang

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim

Promovendin: Britta Tetzlaff, MSc OT
Doktorvater: Prof. Dr. med. Martin Scherer
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 – 7410 52400
Fax: 040 – 7410 53681



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Information für Hausärzte zur Teilnahme am Promotionsvorhaben „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim – eine qualitative Untersuchung von Problemen in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern und Entwicklung von Verbesserungsstrategien“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern wird von verschiedenen Berufsgruppen geleistet. Deshalb ist das Ziel der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim“ mehr über die Sichtweisen und Bedürfnisse aller Beteiligten zu erfahren sowie zu untersuchen, wie sich die Zusammenarbeit und Kommunikation gestalten kann. Letztlich soll ein Beitrag dazu geleistet werden, die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu stärken.

Für diese Studie werden u.a. persönliche Gespräche (**Interviews**) mit Bewohnern, Bezugspersonen, Ärzten und Pflegekräften geführt. In diesen geht es um die jeweilige Perspektive und persönlichen Erfahrungen zur Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Pflegeheim.

In meinem Promotionsvorhaben möchte ich diese Studie um die Berufe Ergo- und Physiotherapie, die oftmals neben Hausärzten und Pflegekräften an der Versorgung chronisch erkrankter Bewohnern beteiligt sind, erweitern. Dazu möchte ich die Interviews mit Ärzten und Pflegekräften um Fragen zur Kooperation und Kommunikation mit Therapeuten erweitern, und zusätzliche Interviews mit Ärzten, Pflegekräften sowie Ergo- und Physiotherapeuten führen.

Während des Interviews können Sie jederzeit eigene Themen ansprechen sowie auch das Gespräch jederzeit unterbrechen oder abbrechen. Das Interview findet an einem Ort und zu einer Zeit Ihrer Wahl statt und dauert bis zu einer Stunde.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig, eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren. Jedoch helfen sie damit, die

Versorgung von Bewohnern im Pflegeheim nachhaltig zu verbessern. Für Ihren Aufwand erhalten Sie keine finanzielle Entschädigung.

Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet, um es im Anschluss wissenschaftlich auswerten zu können. Nach Beendigung der Studie wird es zwar archiviert, aber nicht für weitere Studien oder im Unterricht für die Studierenden verwendet. Die Auswertung des Interviews sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert, d.h. ohne Verwendung Ihres Namens oder Ihrer persönlichen Daten; Rückschlüsse auf Ihre Person werden daher nicht möglich sein.

Datenschutz

Die im Rahmen der Studie nach Ihrer Einverständniserklärung erhobenen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen. Sie werden in Papierform und auf Datenträgern (inklusive der Audioaufnahmen) im Institut für Allgemeinmedizin aufgezeichnet und pseudonymisiert¹ für die Dauer von 10 Jahren gespeichert. Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Die Auswertung und Nutzung der Daten durch den Studienleiter und seine Mitarbeiter erfolgt in pseudonymisierter Form. Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie erfolgt nur in anonymisierter² Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse.

Diese Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden.

Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel gelöscht und die erhobenen Daten damit anonymisiert. Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten ebenfalls gelöscht oder anonymisiert und in dieser Form weiter genutzt. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

Sofern Sie noch Fragen haben, beantworte ich diese gerne.

Britta Tetzlaff, MSc OT (Tel.: 040 / 7410-57158)

¹ **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§3Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz).

² **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§3 Abs.6 Bundesdatenschutzgesetz).

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim

Promovendin: Britta Tetzlaff, MSc OT
Doktorvater: Prof. Dr. med. Martin Scherer
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 – 7410 52400
Fax: 040 – 7410 53681



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Information für Pflegekräfte zur Teilnahme am Promotionsvorhaben „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim – eine qualitative Untersuchung von Problemen in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern und Entwicklung von Verbesserungsstrategien“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern wird von verschiedenen Berufsgruppen geleistet. Deshalb ist das Ziel der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim“ mehr über die Sichtweisen und Bedürfnisse aller Beteiligten zu erfahren sowie zu untersuchen, wie sich die Zusammenarbeit und Kommunikation gestalten kann. Letztlich soll ein Beitrag dazu geleistet werden, die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu stärken.

Für diese Studie werden u.a. persönliche Gespräche (**Interviews**) mit Bewohnern, Bezugspersonen, Ärzten und Pflegekräften geführt. In diesen geht es um die jeweilige Perspektive und persönlichen Erfahrungen zur Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Pflegeheim.

In meinem Promotionsvorhaben möchte ich diese Studie um die Berufe Ergo- und Physiotherapie, die oftmals neben Hausärzten und Pflegekräften an der Versorgung chronisch erkrankter Bewohnern beteiligt sind, erweitern. Dazu möchte ich die Interviews mit Ärzten und Pflegekräften um Fragen zur Kooperation und Kommunikation mit Therapeuten erweitern, und zusätzliche Interviews mit Ärzten, Pflegekräften sowie Ergo- und Physiotherapeuten führen.

Während des Interviews können Sie jederzeit eigene Themen ansprechen sowie auch das Gespräch jederzeit unterbrechen oder abbrechen. Das Interview findet an einem Ort und zu einer Zeit Ihrer Wahl statt und dauert bis zu einer Stunde.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig, eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren. Jedoch helfen sie damit, die Versorgung von Bewohnern im Pflegeheim nachhaltig zu verbessern. Für Ihren Aufwand erhalten Sie keine finanzielle Entschädigung.

Version 1.2 (26.03.13)

Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet, um es im Anschluss wissenschaftlich auswerten zu können. Nach Beendigung der Studie wird es zwar archiviert, aber nicht für weitere Studien oder im Unterricht für die Studierenden verwendet. Die Auswertung des Interviews sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert, d.h. ohne Verwendung Ihres Namens oder Ihrer persönlichen Daten; Rückschlüsse auf Ihre Person werden daher nicht möglich sein.

Datenschutz

Die im Rahmen der Studie nach Ihrer Einverständniserklärung erhobenen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen. Sie werden in Papierform und auf Datenträgern (inklusive der Audioaufnahmen) im Institut für Allgemeinmedizin aufgezeichnet und pseudonymisiert¹ für die Dauer von 10 Jahren gespeichert. Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Die Auswertung und Nutzung der Daten durch den Studienleiter und seine Mitarbeiter erfolgt in pseudonymisierter Form. Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie erfolgt nur in anonymisierter² Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse.

Diese Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden.

Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel gelöscht und die erhobenen Daten damit anonymisiert.

Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten ebenfalls gelöscht oder anonymisiert und in dieser Form weiter genutzt.

Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

Sofern Sie noch Fragen haben, beantworte ich diese gerne.

Britta Tetzlaff, MSc OT (Tel.: 040 / 7410-57158)

¹ **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§3 Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz).

² **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§3 Abs.6 Bundesdatenschutzgesetz).

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim

Promovendin: Britta Tetzlaff, MSc OT
Doktorvater: Prof. Dr. med. Martin Scherer
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 – 7410 52400
Fax: 040 – 7410 53681



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Information für Therapeuten zur Teilnahme am Promotionsvorhaben „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim – eine qualitative Untersuchung von Problemen in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern und Entwicklung von Verbesserungsstrategien“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern wird von verschiedenen Berufsgruppen geleistet. Deshalb ist das Ziel der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie „Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim“ mehr über die Sichtweisen und Bedürfnisse aller Beteiligten zu erfahren sowie zu untersuchen, wie sich die Zusammenarbeit und Kommunikation gestalten kann. Letztlich soll ein Beitrag dazu geleistet werden, die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu stärken.

Für diese Studie werden u.a. persönliche Gespräche (**Interviews**) mit Bewohnern, Bezugspersonen, Ärzten und Pflegekräften geführt. In diesen geht es um die jeweilige Perspektive und persönlichen Erfahrungen zur Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Pflegeheim.

In meinem Promotionsvorhaben möchte ich diese Studie um die Berufe Ergo- und Physiotherapie, die oftmals neben Hausärzten und Pflegekräften an der Versorgung chronisch erkrankter Bewohnern beteiligt sind, erweitern. Dazu möchte ich die Interviews mit Ärzten und Pflegekräften um Fragen zur Kooperation und Kommunikation mit Therapeuten erweitern, und zusätzliche Interviews mit Ärzten, Pflegekräften sowie Ergo- und Physiotherapeuten führen.

Während des Interviews können Sie jederzeit eigene Themen ansprechen sowie auch das Gespräch jederzeit unterbrechen oder abbrechen. Das Interview findet an einem Ort und zu einer Zeit Ihrer Wahl statt und dauert bis zu einer Stunde.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig, eine Nichtteilnahme bringt keinerlei Nachteile mit sich. Da es sich um ein wissenschaftliches Forschungsprojekt handelt, werden Sie voraussichtlich keinen unmittelbaren Nutzen erfahren. Jedoch helfen sie damit, die Versorgung von Bewohnern im Pflegeheim nachhaltig zu verbessern. Für Ihren Aufwand erhalten Sie keine finanzielle Entschädigung.

Version 1.2 (26.03.13)

Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet, um es im Anschluss wissenschaftlich auswerten zu können. Nach Beendigung der Studie wird es zwar archiviert, aber nicht für weitere Studien oder im Unterricht für die Studierenden verwendet. Die Auswertung des Interviews sowie des Kurzfragebogens erfolgt pseudonymisiert, d.h. ohne Verwendung Ihres Namens oder Ihrer persönlichen Daten; Rückschlüsse auf Ihre Person werden daher nicht möglich sein.

Datenschutz

Die im Rahmen der Studie nach Ihrer Einverständniserklärung erhobenen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen. Sie werden in Papierform und auf Datenträgern (inklusive der Audioaufnahmen) im Institut für Allgemeinmedizin aufgezeichnet und pseudonymisiert¹ für die Dauer von 10 Jahren gespeichert. Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Die Auswertung und Nutzung der Daten durch den Studienleiter und seine Mitarbeiter erfolgt in pseudonymisierter Form. Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie erfolgt nur in anonymisierter² Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse.

Diese Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden.

Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel gelöscht und die erhobenen Daten damit anonymisiert.

Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten ebenfalls gelöscht oder anonymisiert und in dieser Form weiter genutzt.

Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

Sofern Sie noch Fragen haben, beantworte ich diese gerne.

Britta Tetzlaff, MSc OT (Tel.: 040 / 7410-57158)

¹ **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§3 Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz).

² **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können (§3 Abs.6 Bundesdatenschutzgesetz).

Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim

Promovendin: Britta Tetzlaff, MSc OT
Doktorvater: Prof. Dr. med. Martin Scherer
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 – 7410 52400
Fax: 040 – 7410 53681



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie

„Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation im Pflegeheim – eine qualitative Untersuchung von Problemen in der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern und Entwicklung von Verbesserungsstrategien“

(Interview)

Ich wurde über die o. g. Studie vollständig aufgeklärt und habe den Informationstext gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen dazu zu stellen. Die Antworten habe ich verstanden und akzeptiert.

Ich hatte genügend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden. Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig und mit keinem unmittelbaren persönlichen Nutzen oder Nachteilen für mich verbunden ist. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass das Interview auf Tonband aufgezeichnet wird.

Ich wurde über die hier aufgeführten Regeln des Datenschutzes ausreichend informiert und erkläre mich mit diesen einverstanden.

Datenschutz

Die im Rahmen der Studie nach Ihrer Einverständniserklärung erhobenen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen. Sie werden in Papierform und auf Datenträgern (inklusive der Audioaufnahmen) im Institut für Allgemeinmedizin aufgezeichnet und pseudonymisiert¹ für die Dauer von 10 Jahren gespeichert. Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

¹ **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§3Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz).

Die Auswertung und Nutzung der Daten durch den Studienleiter und seine Mitarbeiter erfolgt in pseudonymisierter Form. Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie erfolgt nur in anonymisierter² Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse.

Diese Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden.

Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel gelöscht und die erhobenen Daten damit anonymisiert.

Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten ebenfalls gelöscht oder anonymisiert und in dieser Form weiter genutzt.

Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit vorstehend geschilderter Vorgehensweise einverstanden bin, dass ich die Studieninformation sowie diese Einwilligungserklärung erhalten habe und dass ich zustimme, an dieser Studie teilzunehmen. Meine Teilnahme ist freiwillig. Ich weiß, dass ich diese Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass für mich Nachteile entstehen.

Vor- und Nachname TeilnehmerIn

Ort, Datum, Unterschrift TeilnehmerIn

Ort, Datum Unterschrift Promovendin

² **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§3 Abs.6 Bundesdatenschutzgesetz).

Demografische Angaben Ärztin/Arzt

interprof



--	--	--	--	--

- Methode
- Interview
 - Teilnehmende Beobachtung
 - Fokusgruppe
 - Expertenworkshop

Datum: _____

1. Alter: _____ Jahre
2. Geschlecht:
 - männlich
 - weiblich
3. Haben Sie außer Medizin noch ein weiteres Fach studiert?
 - nein
 - ja, und zwar _____
4. Verfügen Sie über eine zusätzliche Berufsausbildung?
 - nein
 - ja, und zwar _____
5. Jahre ärztlicher Tätigkeit (ohne Studium) _____
Facharzt _____
6. Üben Sie zurzeit eine weitere als die praktische Arztstätigkeit aus?
 - nein
 - ja, und zwar _____
7. Niederlassung
 - Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis
8. Führen Sie aktuell Hausbesuche im Heim durch?
 - ja nein
9. Jahre Tätigkeit Heim insgesamt _____
10. Anzahl besuchter Heime zurzeit _____
11. Anzahl Patienten im Heim (gesamt) _____
12. Stunden pro Woche im Heim (gesamt) _____
13. *Nur bei Beobachtungen:* Was ist der Grund der heutigen Konsultation?

Demografische Angaben Pflege

interprof



--	--	--	--	--

- Methode
- Interview
 - Teilnehmende Beobachtung
 - Fokusgruppe
 - Expertenworkshop

Datum: _____

1. Alter: _____ Jahre

2. Geschlecht:

- männlich weiblich

3. Welche Berufsausbildung haben Sie?

- Gesundheits- und Krankenpflege Altenpflege
 Gesundheits- und Krankenpflegehelfer Altenpflegehelfer
 sonstige, und zwar _____

4. Jahre pflegerischer Tätigkeit gesamt

5. Jahre in der stationären Altenpflege

6. Jahre in der derzeitigen Einrichtung

7. Arbeiten Sie derzeit in Vollzeit?

- ja
 nein, in Teilzeit mit _____ %/Stunden

8. *Nur bei Beobachtungen:* Was ist der Grund der heutigen Konsultation?

Demografische Angaben Therapeut

interprof



--	--	--	--	--

Datum: _____

1. Alter: _____ Jahre
2. Geschlecht:
 männlich weiblich
3. Welche Berufsausbildung haben Sie?
 ErgotherapeutIn PhysiotherapeutIn
 sonstige, und zwar _____
4. Verfügen Sie über eine zusätzliche Berufsausbildung?
 nein
 ja, und zwar _____
5. Jahre therapeutischer Tätigkeit (ohne Ausbildung) _____
6. Haben Sie eine eigene Praxis?
 nein
 ja
7. Führen Sie aktuell Hausbesuche im Heim durch?
 nein
 ja
8. Jahre Tätigkeit Heim insgesamt _____
9. Anzahl besuchter Heime zurzeit _____
10. Anzahl Patienten im Heim (gesamt) _____
11. Stunden pro Woche im Heim (gesamt) _____

interprof



Gesprächsmemo

1) Memo-Kopf

VerfasserIn:	Ort des Gespraches:
Datum des Gespraches:	Dauer des Gespraches:

2) Feldzugang und Kontaktaufnahme

3) Interviewsituation

4)

11 Eidesstattliche Versicherung

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

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

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

Unterschrift: