

**Das Erleben der interprofessionellen Zusammenarbeit von  
Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen bei der Versorgung von  
Rückenschmerzpatient\*innen im ambulanten Setting - eine qualitative Studie auf  
Basis der Qualitativen Inhaltsanalyse teilstrukturierter Interviews**

Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizinischen Wissenschaften (Dr. rer. medic)

für das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegewissenschaft

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Maria Elisabeth Schmidt

Betreuer: Prof. Dr. Patrick Jahn

Gutachter:

Prof. Dr. Frank Peters-Klimm, Heidelberg

PD Dr. Amand-Gabriel Führer, Halle (Saale)

Verteidigung: 03.09.2024

## Referat

**Hintergrund:** Rückenschmerzen sind in Deutschland weit verbreitet, mit steigender Prävalenz. Ein großer Teil der Versorgung von Rückenschmerzpatient\*innen, die maßgeblich von Physiotherapeut\*innen (PT) und Hausarzt\*innen (HÄ) geleistet wird, findet im ambulanten Setting statt. Für eine optimale Therapie ist interprofessionelle Zusammenarbeit (IPC) eine Voraussetzung.

**Zielsetzung:** Ziel dieser Studie ist die Darstellung von Erleben und Erfahrungen, Einflussfaktoren und Verbesserungsvorschlägen bezüglich der IPC im ambulanten Setting von Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen bei der Versorgung von Rückenschmerzpatient\*innen. Hiermit soll ein Beitrag zu Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung geleistet werden.

**Methode:** Es wurde ein qualitatives Studiendesign mit semistrukturierten Telefoninterviews gewählt (n=22). Die Interviews wurden wörtlich transkribiert und inhaltsanalytisch nach Kuckartz ausgewertet.

**Ergebnisse:** Befragt wurden PT (n<sub>pt</sub>=11) und HÄ (n<sub>hä</sub>=11), welche im ambulanten Setting arbeiten und Rückenschmerzpatient\*innen versorgen. Die IPC wurde von den Befragten unterschiedlich erlebt, wobei beide Berufsgruppen positive und negative Aspekte beschreiben. Das Verständnis von IPC ist heterogen und reicht von „IPC als Ausstellen von Rezepten“ bis zu „Teamarbeit auf Augenhöhe mit regelmäßigem Austausch“. Der Nutzen der IPC wird in optimierter und individueller Therapie gesehen. Als maßgebliche Barrieren für IPC wurden fehlende Vergütung und mangelnde Zeit, als förderlich gute Netzwerke, gegenseitige Bekanntheit und positive Einstellung zu IPC berichtet. Die persönliche Einstellung zu IPC kann sowohl hinderlich als auch förderlich sein. Es werden verschiedene Vorschläge zur Verbesserung der IPC gemacht.

**Schlussfolgerungen:** Bisheriges Erleben und Erfahrung mit IPC hängen von unterschiedlichen Faktoren ab. Diese können sich gegenseitig beeinflussen und sich auf die zukünftige IPC auswirken. Es ist wichtig, Rahmenbedingungen für positives Erleben von IPC zu schaffen. Möglichkeiten bieten sich auf struktureller, individueller und fachlich-inhaltlicher Ebene an. Die Einführung der Vergütung von Zeiten für IPC auf der strukturellen Ebene würde eine der maßgeblichen Barrieren mindern.

Schmidt, Maria Elisabeth: Das Erleben der interprofessionellen Zusammenarbeit von Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen bei der Versorgung von Rückenschmerzpatient\*innen im ambulanten Setting - eine qualitative Studie auf Basis der Qualitativen Inhaltsanalyse teilstrukturierter Interviews, Halle (Saale), Univ., Med.Fak., Diss., 80 Seiten, 2024.

## Abkürzungsverzeichnis

AB	Ankerbeispiel
AU	Arbeitsunfähigkeit
BÄK	Bundesärztekammer
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CanMEDS	Canadian Medical Competency Framework
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
ePA	elektronische Patientenakte
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HÄ	Hausarzt*in
Heilm-RL	Heilmittel-Richtlinie, Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses
I	Interviewerin
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IPC	Interprofessional Collaboration/ Interprofessionelle Zusammenarbeit
IPE	Interprofessional Education
IPL	Interprofessionelle Lehre
Kap.	Kapitel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KG	Krankengymnastik
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MFA	Medizinische Fachangestellte
Mio	Millionen
MPhG	Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur – und Physiotherapeutengesetz)
MT	Manuelle Therapie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MW	Mittelwert
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
NRS	Numerische Rating-Skala
NSAR	Nichtsteroide Antirheumatika
o.ä.	oder ähnlichem/n/s
o.g.	oben genannte*n
PLE	Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie
PT	Physiotherapeut*in
RKI	Robert-Koch-Institut
s.o.	siehe oben
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
TK	Techniker Krankenkasse
UWG	Gesetz Unlauterer Wettbewerb
VAS	Visuelle Analogskala
vdek	Verband der Ersatzkassen
Vgl.	Vergleiche
VJ	Versicherungsjahre

vs.                   Versus  
WHO                 Weltgesundheitsorganisation

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
1.1	Rückenschmerzen in Deutschland .....	1
1.1.1	Auswirkungen von Rückenschmerzen .....	1
1.1.2	Charakterisierung von Rückenschmerzen.....	2
1.1.3	Therapieansätze von Rückenschmerzen.....	3
1.1.4	Verordnungen von Heilmitteln bei Rückenschmerzen .....	4
1.2	Die Bedeutung der ambulanten Versorgung bei Rückenschmerz .....	5
1.2.1	Inanspruchnahme und Zugang zu Heilmitteln bei Rückenschmerzen .....	7
1.2.2	Heilmittelverordnung bei Rückenschmerzen.....	8
1.3	Die Rollen von Hausärzt*innen und Physiotherapeut*innen bei der Versorgung von Rückenschmerzpatient*innen im ambulanten Setting.....	9
1.4	Nutzen und Rahmenbedingungen interprofessioneller Zusammenarbeit .....	11
1.4.1	Nutzen von interprofessioneller Zusammenarbeit .....	11
1.4.2	Rahmenbedingungen und benötigte Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit .....	13
1.4.3	Aktuelle Regelungen der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland zwischen Physiotherapeut*innen und Hausärzt*innen.....	14
1.4.4	Herausforderungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitssystem .....	15
1.5	Stand der Forschung .....	16
1.5.1	Einbezogene Reviews.....	16
1.5.2	Studien, welche die Sicht beider Berufsgruppen aktiv einbeziehen.....	17
1.5.3	Die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der Physiotherapeut*innen.....	18
1.5.4	Die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der Hausärzt*innen.....	19
2	Zielstellung und Fragestellung .....	21
3	Material und Methoden.....	22
3.1	Studiendesign.....	22
3.1.1	Datenschutz.....	22
3.1.2	Leitfadenerstellung und Kurzfragebogen.....	22
3.1.3	Studienpopulation, Sampling und Rekrutierung.....	23
3.1.4	Interviewdurchführung, Transkription und Datenauswertung.....	24
3.2	Darstellung des Bezugs der Forschenden zum Forschungsgegenstand .....	25
3.3	Qualitätssicherung des Forschungsprozesses.....	26
4	Ergebnisse .....	27
4.1	Kontaktarten und Wege der interprofessionellen Zusammenarbeit .....	28
4.2	Erfahrungen und Erleben der interprofessionellen Zusammenarbeit.....	31

4.3	Persönliche Einstellungen sind divers und abhängig von den Vorerfahrungen .....	36
4.4	Identifizierte Einflussfaktoren auf die interprofessionelle Zusammenarbeit .....	39
4.5	Vorstellungen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit.....	45
4.6	Zusammenhänge der Ergebniskategorien .....	49
5	Diskussion.....	51
5.1	Diskussion der Ergebnisse anhand der Hauptkategorien .....	51
5.1.1	Diskussion von Erleben und Erfahrungen der IPC.....	51
5.1.2	Diskussion der Kontaktarten der interprofessionellen Zusammenarbeit.....	55
5.1.3	Diskussion der Barrieren und Förderfaktoren der interprofessionellen Zusammenarbeit .....	56
5.1.4	Diskussion der Wünsche und Verbesserungsvorschläge für zukünftige interprofessionelle Zusammenarbeit.....	58
5.1.5	Diskussion der Zusammenhänge von Erleben und Erfahrungen der interprofessionellen Zusammenarbeit.....	58
5.2	Limitationen und Stärken.....	61
5.3	Implikationen für die zukünftige interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeut*innen und Hausärzt*innen .....	62
6	Zusammenfassung .....	67
7	Literaturverzeichnis.....	69
8	Thesen .....	79
	Anhang .....	vii
	Erklärungen .....	xxxii

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Übersicht über den Nutzen von Interprofessioneller Zusammenarbeit (WHO 2010, S.18ff)</i> .....	12
<i>Tabelle 2: Überblick über das Sample</i> .....	27
<i>Tabelle 3: Übersicht über die Kontaktarten</i> .....	29
<i>Tabelle 4: Übersicht über strukturelle Förderfaktoren</i> .....	43
<i>Tabelle 5: Übersicht über konkrete Verbesserungsvorschläge</i> .....	47
<i>Tabelle 6: Verbesserungsvorschläge und antizipierte Ziele</i> .....	49

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Übersicht über die Kategorien und deren Subkategorien</i> .....	28
<i>Abbildung 2: Zusammenhänge der Ergebniskategorien</i> .....	51
<i>Abbildung 3: Auswirkungen der erlebten IPC auf die zukünftige IPC und die Therapie</i> .....	59

## 1 Einleitung

Rückenschmerzen kommen in Deutschland häufig vor (s. Kap. 1.1). Ein großer Teil der Gesundheitsversorgung zur Therapie von Rückenschmerzen findet im ambulanten Setting statt (s. Kap. 1.2), die maßgeblich von Physiotherapeut\*innen (PT) und Hausärzt\*innen (HÄ) geleistet wird (s. Kap. 1.3). Für eine gute und wirtschaftliche Therapie ist interprofessionelle Zusammenarbeit (IPC) eine Voraussetzung (s. Kap. 1.4)

### 1.1 Rückenschmerzen in Deutschland

Rückenschmerzen sind in Deutschland weit verbreitet (Lippe et al.). Bis zu 85% der deutschen Bevölkerung haben einmal im Leben Rückenschmerzen (Ossendorf 2020). Jede dritte Frau und jeder sechste Mann hatte im vergangenen Jahr Rückenschmerzen über eine Dauer von mehr als drei Monaten. Die Prävalenz ist in den vergangenen Jahren steigend (BÄK 2017). Laut ICD-10-GM (BfArM 2023) gehören Rückenschmerzen zu den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99) und sind mit M40-M54, Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, klassifiziert. Als Rückenschmerzen, oder auch umgangssprachlich Kreuzschmerzen, werden Schmerzen des menschlichen Rückens bezeichnet (Raspe 2012). Dabei wird der anatomische Rücken von Hinterhaupt bis zur Gesäßfalte beschrieben (Raspe 2012). Das Erleben von Rückenschmerzen ist immer subjektiv, eine Erfassung des Schmerzgrades ist mittels numerischer Rating-Skala (NRS) oder der visuellen Analogskala (VAS) möglich (BÄK 2017).

#### 1.1.1 Auswirkungen von Rückenschmerzen

Gemessen an der Zahl von 100 Versicherungsjahren liegt die ICD-10 Diagnose Rückenschmerzen (M54) nach akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06) und Gastroenteritis und Kolitis (A09) mit 5,78 Arbeitsunfähigkeitsfällen und 76,61 Arbeitsunfähigkeits (AU)-Tagen für das Jahr 2022 bei Versicherten der Techniker Krankenkasse (TK) jeweils an dritter Stelle (TK 2023). Vorsichtige Schätzungen der TK für das Jahr 2022 (2023, S.49) ergeben, dass auf alle Erwerbspersonen in Deutschland gerechnet 43 Millionen AU-Tage durch Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M54) aufgetreten sind. Auch wenn Fehlzeiten durch kürzere AU-Zeiten in den vergangenen Jahren leicht sinken (ebd. S.49), sind Wirbelsäulenerkrankungen eine „enorme wirtschaftliche Belastung für die Gesellschaft“ (Damm et al. 2016). Dabei fallen die indirekten Kosten mit 54% deutlich höher aus als die 46 % der direkten Kosten der gesamten Kosten von Rückenschmerzen (ebd., S. 621). Bei chronischen Rückenschmerzen verschiebt sich das Verhältnis zu etwa 66% indirekter und zu 34 % direkter Kosten (Ossendorf 2020). Die direkten Kosten entstehen durch die „unmittelbare Leistungsanspruchnahme“ (Damm et al. 2016). Durch Arbeits- und Erwerbsunfähigkeiten einer Erkrankung entstehende Produktionsausfallkosten ergeben die indirekten Kosten (ebd., S. 618).

Auf individueller Ebene kann die Lebensqualität bei Rücken- oder Nackenschmerzen stark eingeschränkt sein (Lippe et al.). Es können für eine betroffene Person neben ggf. finanziellen Einbußen durch Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit durch die Schmerzen auch eine reduzierte



Lebensqualität und eine reduzierte Teilhabe an der Gesellschaft entstehen. Dies unter anderem weil Hobbies ggf. nicht mehr durchgeführt werden können oder durch finanzielle Einbußen der Lebensstil angepasst werden muss und die Teilhabe am Erwerbsleben reduziert ist oder entfallen kann (Manchikanti et al. 2014).

Auf Grund sowohl der gesellschaftlichen als auch der individuellen großen Last der Betroffenen ist eine zeitnahe und zielführende optimale Therapie von großer Bedeutung, um die Teilhabe der Betroffenen am Erwerbsleben und im privaten Alltag zu erhalten oder wiederherzustellen (Lippe et al.), aber auch um die gesellschaftlichen Kosten zu verringern (Damm et al. 2016).

### 1.1.2 Charakterisierung von Rückenschmerzen

Die **Einteilung** erfolgt in Rückenschmerzen mit spezifischen und nicht-spezifischen Ursachen. Spezifische Rückenschmerzen haben eine somatische Ursache, z.B. Osteoporose, Fraktur, Tumor, Spondylolisthesis. Bei Therapie dieser Ursachen werden die Schmerzen gelindert. Unspezifische Rückenschmerzen zeigen in der Diagnostik keine eindeutigen Hinweise auf eine zu behandelnde ursächliche Erkrankung an (BÄK 2017). Unspezifische Rückenschmerzen treten dabei etwa viermal häufiger auf als spezifische Rückenschmerzen (Raspe 2012).

Eine weitere Einteilung von Rückenschmerzen besteht nach dem zeitlichen Verlauf in akute, subakute und chronische Rückenschmerzen. Akute Rückenschmerzen sind neu aufgetretene Schmerzen mit einer Dauer von weniger als sechs Wochen, subakute halten sechs bis zwölf Wochen und chronische Rückenschmerzen länger als 12 Wochen an (Raspe 2012). Als rezidivierende Kreuzschmerzen werden Schmerzen beschrieben, „die nach einer symptomfreien Phase von mindestens sechs Monaten wieder akut auftreten“ (BÄK 2017).

Chronische Rückenschmerzen werden auch nach dem Schweregrad eingeteilt: „nach dem Ausmaß der Schmerzintensität und der schmerzbedingten Beeinträchtigung der täglichen Aktivitäten. Anhand eines Patientenfragebogens (sieben Fragen) werden die Kreuzschmerzen in fünf Schweregrade (...) eingeteilt“ (BÄK 2017). Nach von Korff et al. (1992) werden die Grade 0 – IV unterschieden: Grad 0 bedeutet, dass aktuell und in den vergangenen sechs Monaten kein Schmerzgeschehen vorlag/vorliegt; Grad IV heißt, dass eine hohe schmerzbedingte Funktionseinschränkung vorliegt, die unabhängig von der eigentlichen Schmerzintensität sein kann (BÄK 2017).

Besonders unspezifische Rückenschmerzen sind dabei häufig multifaktorielle Geschehen (Bertelsmann Stiftung 2007; BMG 2022; BÄK 2017). Die **Ursache(n)** sind komplex, eine einzelne Ursache lässt sich häufig diagnostisch nicht identifizieren. Ein Zusammenspiel von physischen, psychischen und sozialen Faktoren ist häufig gegeben. Ein Zusammenhang zwischen den wahrgenommenen Beschwerden und den ggf. diagnostizierten körperlichen Befunden ist nicht immer nachvollziehbar (Bertelsmann Stiftung 2007; BÄK 2017). Mögliche physische Ursachen unspezifischer Rückenschmerzen sind Bewegungsmangel, Muskeldysbalancen und/oder Fehlhaltungen, häufig in Kombination mit weiteren psychischen oder sozialen Faktoren wie Depression, Burn-out, Stress, geringer sozio-ökonomischer Status (BÄK 2017).

Die **Diagnostik** von akuten und subakuten Rückenschmerzen erfolgt über die Anamnese und die körperliche Untersuchung (Chenot et al. 2016). Weiterführender Bildgebung o.ä. ohne klinische Hinweise, z.B. auf Frakturen, wird kein diagnostischer Mehrwert zugeschrieben und sollte bei akuten/subakuten Rückenschmerzen unterbleiben (BÄK 2017; Chenot et al. 2016). Nur bei auffälligen Befunden muss eine weiterführende Diagnostik durchgeführt werden. Wenn bei leitliniengerechter Behandlung Schmerzen länger als vier bis sechs Wochen bestehen, kann bildgebende Diagnostik in Betracht gezogen werden (BÄK 2017). Ergibt sich ein Verdacht auf extravertebrale Kreuzschmerzen muss diesbezüglich weitere Diagnostik, welche sich aus den Symptomen ergibt, erfolgen. Extravertebrale Kreuzschmerzen sind Rückenschmerzen, welche durch andere Erkrankungen als der Wirbelsäule und deren diskoligamentären Strukturen verursacht werden, und machen geschätzte zwei Prozent der Rückenschmerzen aus, sind also eher selten (Chenot et al. 2016). Anzumerken ist, dass der größte Teil der Rückenschmerzen muskuloskelettal bedingt ist und ätiologische Ursachen häufig nicht geklärt werden können (Chenot et al. 2016; BÄK 2017). Die Diagnostik chronischer Rückenschmerzen basiert auf den gleichen Grundzügen. Anstatt jedoch weitere apparative Diagnostik durchzuführen, welche häufig keine neuen Erkenntnisse bringt, sollen schmerzerhaltende Faktoren identifiziert werden, welche häufig mit psychosozialen Konflikten verbunden sind (Becker et al. 2016).

Bei 75%-90% der Betroffenen mit akuten Rückenschmerzen sind die **Heilungstendenzen** gut und innerhalb weniger Wochen verbessert sich die Symptomatik und eine Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Arbeitsunfähigkeit gelingt häufig innerhalb von vier Wochen (Raspe 2012). Allerdings kommt es bei rund 62% der Betroffenen innerhalb eines Jahres zu wiederholten Schmerzen. Es besteht die Gefahr von Chronifizierung und damit Verringerung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und steigender Krankheitskosten (Raspe 2012, S. 12).

### 1.1.3 Therapieansätze von Rückenschmerzen

Bei spezifischen Rückenschmerzen wird die auslösende Ursache therapiert, damit sich die Rückenschmerzen bessern (BÄK 2017). Bei unspezifischen Rückenschmerzen können medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapien Anwendung finden (BÄK 2017, 29f). Dabei ist grundsätzlich festzuhalten, dass eine Aktivierung von Patient\*innen sinnvoll und nützlich ist und zu einer Linderung beiträgt und jegliche Therapien die Aktivierung unterstützen. Patientenedukation zu gesundheitsbewusstem Verhalten und zu einem biopsychosozialen Krankheitsmodell soll erfolgen. Des Weiteren sollen „multi- und interdisziplinäre Behandlungspläne“ frühzeitig entwickelt werden (BÄK 2017, S. 29).

Zur **medikamentösen Therapie** werden im akuten und subakutem Stadium Nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) kurzfristig und individuell empfohlen (DEGAM 2016; BÄK 2017). Opiode werden nur bei der Langzeitbehandlung innerhalb eines „therapeutischen Gesamtkonzeptes“ empfohlen und sollen abgesetzt werden, „wenn das vereinbarte Therapieziel nicht erreicht wird“ (BÄK 2017, S. 56).

Als **nichtmedikamentöse Therapie** wird im akuten Stadium Bewegung bzw. das Beibehalten des aktuellen Bewegungslevels empfohlen. Ab dem subakuten Stadium wird Krankengymnastik, Mobilisation/Manipulation, Entspannungsverfahren wie postisometrische Relaxation empfohlen (DEGAM 2016). Bei chronischen Rückenschmerzen wird zusätzlich Verhaltenstherapie sowie Akupunktur empfohlen (DEGAM 2016). Ein weiterer wichtiger Baustein bei der Behandlung ist Patient\*innenedukation, um zum Beispiel Entstehungsursachen, therapeutische Vorgehensweisen und die Notwendigkeit von körperlicher Aktivität bei bestehenden Rückenschmerzen aufzuzeigen, aber auch um über nicht zielführende bildgebende Diagnostik aufzuklären (BÄK 2017). Klare Empfehlungen für nicht-medikamentöse Therapie bei unspezifischen Rückenschmerzen werden ausgesprochen für Bewegungstherapie, besonders in Kombination mit Patient\*innenedukation, Rehabilitationssport, Entspannungsverfahren und Verhaltenstherapie, vor allem bei subakuten und chronischen Rückenschmerzen. Manipulation/Mobilisation kann durchgeführt werden, besonders in Kombination mit aktivierenden Maßnahmen wie Bewegungstherapie. Von passiven sowie inaktivierenden Maßnahmen wie Massage oder Bettruhe wird teilweise sehr klar abgeraten (BÄK 2017). Bei der Patient\*innenedukation steht die Aufklärung über die Symptome und deren Gutartigkeit aber auch das Beibehalten eines aktiven Lebensstils und ggf. Lebensstiländerungen im Mittelpunkt (BÄK 2017). Bewegungstherapie inkl. Krankengymnastik und Mobilisation im Sinne Manueller Therapie oder Traktion sind Tätigkeitsfelder von Physiotherapeut\*innen (G-BA 2023b). Daher hat die Physiotherapie in der nichtmedikamentösen Therapie von Rückenschmerzen einen großen Stellenwert.

Als **Ziele** der Therapie bei Rückenschmerzen stehen Schmerzinderung, Erhalt oder Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit sowie einer verbesserten Teilhabe, Erhalt und Verbesserung der Beweglichkeit und körperlicher Aktivität im Mittelpunkt der Behandlungen. Eine Chronifizierung soll unbedingt vermieden werden, Folgeschäden sollen minimiert werden (BÄK 2017). Das Erlernen von Copingstrategien sowie die Patient\*innenedukation sind weitere Schwerpunkte (Wolf 2016). Ziele sollen gemeinsam mit der betroffenen Person ausgehandelt und dementsprechend individuell abgestimmt sein, ggf. im Sinne eines Shared Decision Makings (BÄK 2017, S. 29). Neben verbesserter oder erhaltener Lebensqualität und Teilhabe der Betroffenen, auch im Sinne des SGB IX § 1, werden durch eine zielgerichtete Therapie auch direkte und indirekte Krankheitskosten reduziert (Damm et al. 2016).

#### 1.1.4 Verordnungen von Heilmitteln bei Rückenschmerzen

Laut Sozialgesetzbuch IX §42 werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht um

*„1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern.“*

Diesbezügliche Leistungen beinhalten unter anderem Behandlungen durch Ärzt\*innen, Zahnärzt\*innen sowie durch Angehörige anderer Heilberufe aber auch Heilmittel, inkl. physikalischer Therapie (§ 42 Abs. 2 SGB IX). Die Ausgaben für Heilmittel stiegen in den vergangenen Jahren stetig. Im Jahr 2021 wurden ca. 10,43 Milliarden Euro für Heilmittel von den GKV ausgegeben (BMG 2022). Dabei wurden rund 32,3 Mio Verordnungen für Physiotherapie ausgestellt, für Logopädie, Ergotherapie und Podologie zusammen etwa 6 Mio Verordnungen (GKV-Spitzenverband 2022a). Physiotherapie ist somit mit weitem Abstand das am häufigsten verordnete Heilmittel.

Rückenschmerzen sind die häufigste Diagnose für die Verordnung von Heilmitteln, insbesondere von Physiotherapie/physikalische Therapie. Laut Statista (Radtke 2022) fielen vom gesamten Verordnungsvolumen im Jahr 2021 für Physiotherapie 43,1 % auf Wirbelsäulenerkrankungen. Die Gruppe von Fachärzt\*innen, welche die meisten Heilmittel verordnet, sind Hausarzt\*innen und hausärztlich tätige Internist\*innen mit rund 17 Mio Heilmittelverordnungen im Jahr 2021. Die Orthopäd\*innen als zweitgrößte Gruppe verordneten etwa 10 Mio Heilmittel im Jahr 2021 (GKV-Spitzenverband 2022b). Die Gruppe der allgemeinärztlich tätigen Mediziner\*innen verordnet dabei etwa ein Drittel, knapp 33,4%, der Heilmittel, dies entspricht rechnerisch durchschnittlich 396 Leistungen je Ärzt\*in im Jahr 2019 (Waltersbach 2020).

Der größte Teil der Therapie von Rückenschmerzen, wie Besuche bei Hausarzt\*innen und Orthopäd\*innen sowie Heilmittelbehandlungen, findet im ambulanten Setting statt. Im folgenden Kapitel wird daher das ambulante Setting näher erläutert.

Da es für die weitere Arbeit unerheblich ist, um welche Art von Rückenschmerzen es sich handelt bzgl. Dauer, Entstehungsmechanismus oder der exakten Lokalisation, wird im folgenden Text nur noch von Rückenschmerzen gesprochen. Alle Arten von Rückenschmerzen sollen und können mit einbezogen werden in die folgenden Betrachtungen, solange sie im ambulanten Setting behandelt bzw. therapiert werden. Wenn notwendig, wird im Text spezifiziert.

## 1.2 Die Bedeutung der ambulanten Versorgung bei Rückenschmerz

Der ambulante Sektor stellt einen großen Teil der Gesundheitsversorgung in Deutschland dar (RKI 2015). Darunter wird der Teil der Gesundheitsversorgung verstanden, der nicht in stationären Kliniken, also Krankenhäuser oder Rehakliniken, erfolgt (vdek 2014). Es erfolgt keine Übernachtung oder Verpflegung am Ort der Behandlung und Patient\*innen verlassen diesen direkt nach der Behandlung wieder (Gerlinger 2017). Zur ambulanten Gesundheitsversorgung zählen neben ärztlicher und zahnärztlicher Versorgung auch die Heilmittelversorgung, z.B. mit Physiotherapie und Ergotherapie (ebd.), Apotheken und Einrichtungen der ambulanten Pflege (GBE 2023a). Dazu zählen sowohl Einzelpraxen wie auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), wobei in letztgenannten mehrere Berufsgruppen unter ärztlicher Leitung zusammenarbeiten (§ 95 Abs 1 SGB V).

Aus Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE 2023b) geht hervor, dass von den gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 2021 in Höhe von 474.134 Mio Euro knapp 50% (230

Mio Euro) auf Ausgaben des ambulanten Sektors fallen. Die Ausgaben für ärztliche Leistungen betragen mit knapp 72 Mio. Euro im ambulanten Setting etwa 58,5 % der gesamten ärztlichen Leistungen. Die Ausgaben für therapeutische Leistungen im ambulanten Bereich entsprechen mit 23,282 Mio. € rund 74 % der Gesamtausgaben für therapeutische Leistungen (GBE 2023b). Ausgaben für Physiotherapie sind dabei die mit Abstand größte Gruppe (KBV 2023b). Werden die Zahlen der Beschäftigten im Gesundheitswesen betrachtet, bietet sich für die Gruppe der Ärzt\*innen und nichtärztliche Therapie und Heilkunde folgendes Bild: 40% der Humanmediziner\*innen (164.000) und 58 % (299.000) der nichtärztlichen Therapie- und Heilberufe arbeiten im ambulanten Bereich. Physiotherapeut\*innen stellen bei den nichtärztlichen Therapie- und Heilberufen mit einem Anteil von 58 % die mit Abstand größte Berufsgruppe (GBE 2023b). Von den insgesamt 244.000 in Deutschland tätigen Physiotherapeut\*innen arbeiten 74 % (180.000) in der ambulanten Gesundheitsversorgung (Destatis 2023).

Innerhalb der Ärzt\*innen in der ambulanten Gesundheitsversorgung stellen die Allgemeinmediziner\*innen und hausärztlich tätige Internist\*innen die mit Abstand größte Gruppe der Fachärzt\*innen mit 54 905 Personen (KBV 2022). Dies entspricht etwa einem Drittel aller Ärzt\*innen in der vertragsärztlichen Versorgung. Davon nahmen im Jahr 2022 etwa 52.000 Ärzt\*innen an der hausärztlichen Versorgung teil – etwa 34.500 Allgemeinmediziner\*innen und 17.500 Internist\*innen mit hausärztlicher Tätigkeit (KBV 2022).

Die Aufteilung von hausärztlichen sowie physiotherapeutischen Praxen und MVZ gliedert sich wie folgt: 2021 gab es in Deutschland rund 27.000 hausärztliche Einzelpraxen und ca. 9.000 hausärztliche Gemeinschaftspraxen (KBV 2021a). Dem gegenüber stehen 40.000 Physiotherapiepraxen<sup>1</sup> (Waltersbach 2020; physio deutschland 2019). Die Anzahl der MVZ in Deutschland betrug im Jahr 2021 laut Angaben der KBV 4.179 (KBV 2021b). Hausärzt\*innen, Chirurg\*innen und Orthopäd\*innen sowie fachärztliche Internist\*innen sind dabei die am häufigsten beteiligten Berufsgruppen (KBV 2021a). Es konnte keine verlässliche Quelle gefunden werden, wie viele MVZ Praxen Physiotherapeut\*innen oder Heilmittelerbringende generell beinhalten. Bei der Anzahl der hausärztlichen Einzelpraxen ist die Tendenz fallend, was mit dem Zuwachs von MVZ begründet wird (KBV 2021a). Daraus wird abgeleitet, dass MVZ für die ambulante Versorgung im ärztlichen Bereich eine immer größere, bei den Heilmittelerbringenden zum aktuellen Zeitpunkt jedoch kaum eine Rolle einnehmen. Es lässt sich festhalten, dass der weitaus größte Teil sowohl der hausärztlichen als auch der physiotherapeutischen Praxen Einzelpraxen ohne Anbindung an ein MVZ oder ähnliche Strukturen sind und somit räumlich unabhängig.

---

<sup>1</sup> Die Zahlen dazu divergieren, die AOK spricht von 42.328 Physiotherapiepraxen, welche 2019 ambulante Leistungen mit der AOK abgerechnet haben, allerdings beinhaltet diese Zahl auch 917 Krankenhäuser, welche ambulante Leistungen abgerechnet haben (Waltersbach 2020). Physio Deutschland berichtet im gleichen Jahr von 38.785 Physiotherapiepraxen, welche bei der Barmer entsprechende Leistungen abgerechnet haben (physio deutschland 2021).

Es wird deutlich, dass die Versorgung von Rückenschmerzpatient\*innen einen bedeutenden Sektor innerhalb des Gesundheitswesens darstellt. Zudem wird dargestellt, dass Hausärzt\*innen und Physiotherapeut\*innen einen großen Anteil der ambulanten Gesundheitsversorgung von Rückenschmerzpatient\*innen übernehmen.

### 1.2.1 Inanspruchnahme und Zugang zu Heilmitteln bei Rückenschmerzen

Etwa 90 Prozent der erwachsenen, in Deutschland lebenden Personen beanspruchen jährlich ambulante Gesundheitsleistungen (RKI 2015). Die Behandlung von chronischen muskuloskelettalen Erkrankungen des Halte- und Stützapparates stellt dabei einen der größten Behandlungsbedarfe dar (ebd). Zu den häufigsten Diagnosen diesbezüglich gehören Wirbelsäulenerkrankungen (Grobe et al. 2022). Ein Baustein in der komplexen Therapie sind Heilmittel (vgl. Kap.1.1.3).

In der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA 2023b) (HeilM-RL)<sup>2</sup> sind die wesentlichen Punkte zur Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung geregelt. Unter Heilmitteln werden „persönlich zu erbringende medizinische Leistungen“ (G-BA 2023b) verstanden, darunter die einzelnen Maßnahmen der Physiotherapie, der podologischen Therapie, der Stimm-, Sprach- und Schlucktherapie, der Ergotherapie und der Ernährungstherapie (§2). Die Versorgung von ambulanten Heilmitteln erfolgt nach § 3 auf Anweisung von Vertragsärzt\*innen. Diese stellen eine Heilmittelverordnung aus, nachdem diese sich vom „Zustand des Versicherten“ (§ 3 Abs. 3) überzeugt hat und eine Eingangsdiagnostik erfolgte (§6a Abs.1). Eine Überprüfung vor erneuten Verordnungen und ggf. Anpassung des Therapieplans, inklusive Abbruch der Therapie, ist in §6a Abs. 2 und 3 geregelt. Heilmittel werden von der gesetzlichen Krankenkasse nur übernommen, wenn sie notwendig sind, um

*„eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, - einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, oder - Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.“ (G-BA 2023b)*

Dabei soll auch das Prinzip der Wirtschaftlichkeit beachtet werden (G-BA 2023b). Die Verordnung, umgangssprachlich auch Rezept genannt, muss neben persönlichen Daten des/der Patient\*in, den ICD-10 Diagnoseschlüssel und ggf. Nebendiagnosen, die verordnete(n) Therapie(n) bzw. Heilmittel, die Therapiedauer und Frequenz sowie weitere Angaben für die Heilmittelerbringenden beinhalten. Ebenso kann die Zusendung eines Therapieberichts nach Abschluss der Verordnung durch die Heilmittelerbringenden an die verordnende Ärzt\*in festgelegt werden (G-BA 2023b). Die Therapie- und Ordnungsparameter pro Diagnose sind im Heilmittelkatalog enthalten, welcher Bestandteil der Heilmittelrichtlinie, zweiter Teil, ist (G-

---

<sup>2</sup> Im folgenden Fließtext wegen besserer Lesbarkeit „Heilmittel-Richtlinie“ genannt.

BA 2023a). Dabei wird festgehalten, dass die Verordnungen der Heilmittel immer individuell auf die Bedürfnisse des/der Patient\*in abgestimmt sein sollen (ebd.).

Die Ausgaben für Heilmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt stiegen zwischen 2009 und 2021 massiv (um bis zu 98,1 %). Dies wird einmal mit Preissteigerungen begründet, aber auch mit der gestiegenen Anzahl an verordneten Heilmitteln (KBV 2023b). Auf Physiotherapie bzw. Maßnahmen der Physikalischen Therapie entfallen die meisten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich rund 72 %, neben Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Ergotherapie, Podologie und Ernährungstherapie (KBV 2023a).

### 1.2.2 Heilmittelverordnung bei Rückenschmerzen

Bei Wirbelsäulenerkrankungen sind als vorrangige Heilmittel maßgeblich verschiedene Arten der Krankengymnastik (KG; einzeln, in der Gruppe, im Bewegungsbad einzeln und in der Gruppe), Manuelle Therapie (MT), Übungsbehandlungen (Gruppe, Bewegungsbad) sowie verschiedene Massagearten (u.a. Klassisch, Unterwasser, Segment) vorgesehen. Ergänzend dazu können Wärme- oder Kältetherapie, Traktion, Elektrotherapie oder Hydroelektrische Bäder verordnet werden. Pro Verordnung können maximal sechs Einheiten und in Summe 18 Einheiten verordnet werden. Als Frequenzempfehlung wird ein bis drei Mal wöchentlich angegeben. Dabei muss die Höchstverordnungsmenge nicht ausgeschöpft werden. Ausnahmeregelungen sind durch die standardisierten Heilmittelkombinationen oder den langfristigen Heilmittelbedarf gesondert geregelt. (G-BA 2023b, S. 60)

Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Chirogymnastik sowie Manuelle Therapie werden der Bewegungstherapie zugeordnet. Die Therapie baut auf der Bewegungslehre, Übungs- und Trainingsprinzipien sowie den Kenntnissen der „normalen und krankhaft veränderten Funktionen der Bewegungsorgane“ (G-BA 2023b§ 19, Abs.1) auf. Der „gezielte, dosierte, methodisch planmäßige Einsatz dieser Maßnahmen, der Erhalt, Förderung und Wiederherstellung der Funktionen der Stütz- und Bewegungsorgane, des Nervensystems und der dabei beteiligten Funktionen des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmung und des Stoffwechsels“ (G-BA 2023b) dient dabei der Zielerreichung. Des Weiteren sollen Eigenübungsprogramme erlernt werden (ebd., § 19, Abs. 2). Übergeordnetes Therapieziel ist „das Erreichen der größtmöglichen Funktionsfähigkeit (im Sinne der ICF)“ (G-BA 2023b). Die Heilmittel müssen in für die jeweiligen Heilmittel zugelassenen Praxen erbracht werden oder im häuslichen Setting („Hausbesuch“) durch den/die Therapeut\*in (§11 Abs.1). Die Angaben auf den Verordnungen sind für die Heilmittelerbringenden bindend (§16) (G-BA 2023b). Die Heilmittelerbringenden dürfen somit nur auf Verordnung arbeiten, sind weisungsgebunden und müssen sich an die ärztlichen Vorgaben auf der Verordnung halten.

Im ambulanten Setting gilt, wie generell in der Gesundheitsversorgung in Deutschland, die freie Wahl der Versorgungseinrichtung (§ 76 SGB V). In diesem Zusammenhang kann der\*die Patient\*in sowohl die hausärztliche Einrichtung als auch die heilmittelerbringende Einrichtung des Fachbereiches frei wählen. Bekommt ein\*e Patient\*in eine Heilmittelverordnung für

Physiotherapie, kann die Person sich die (hier relevant) Physiotherapiepraxis frei wählen, in der sie die Verordnung einlösen möchte, sofern diese Praxis für das verordnete Heilmittel zugelassen ist. Dies stellt die verordnende Einrichtung vor die Herausforderung, dass sie keinen Einfluss hat bzw. auch nicht weiß, welche Einrichtung und welche\*r Therapeut\*in, aus der Vielzahl der o.g. Einrichtungen und Therapeut\*innen, letzten Endes die Therapie erbringt.

Hausärzt\*innen und Physiotherapeut\*innen sind zahlenmäßig die größten Berufsgruppen im jeweiligen Bereich und verordnen bzw. erbringen am meisten Heilmittel. Deshalb wird sich in der folgenden Arbeit auf diese beiden Berufsgruppen bezogen und deren Rollen bei der Versorgung von Rückenschmerzpatient\*innen im ambulanten Setting näher erläutert.

### 1.3 Die Rollen von Hausärzt\*innen und Physiotherapeut\*innen bei der Versorgung von Rückenschmerzpatient\*innen im ambulanten Setting

Gesundheitsversorgung zur Therapie von Rückenschmerzen wird maßgeblich von Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen erbracht. In Deutschland müssen Verordnungen für Heilmittel generell, also auch speziell für Patient\*innen mit Rückenschmerzen, von einem/einer Ärzt\*in verordnet werden. Physiotherapeut\*innen dürfen also nur tätig werden auf eine gültige Verordnung hin. Laut Nationaler Versorgungsleitlinie (BÄK 2017, S. 29) soll ein\*e Ärzt\*in eine „Lotsenfunktion“ übernehmen und als Ansprechpartner\*in und koordinierende Person für alle Behandlungselemente fungieren. Dies könne sowohl ein\*e hausärztlich tätige\*r Person sein oder aus der Orthopädie, Unfallchirurgie oder rehabilitativen Medizin. Auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat in ihrer Fachdefinition als einen Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin die „Filter- und Steuerfunktion“ der Allgemeinmedizin festgehalten, welche vor allem die „angemessene und gegenüber Patient und Gesellschaft verantwortliche Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialisten“ (DEGAM 2002) betrifft.

Zu den koordinativen Aufgaben gehören laut BÄK (2017) Überweisungen und Kontaktaufnahmen zu Fachärzt\*innen, Therapeut\*innen, Rentenversicherungsträgern als auch die Überleitung in multimodale Therapieprogramme. Durch diese Ärzt\*innen findet die nötige Diagnostik statt oder wird durch sie veranlasst. Als Ausstellende von Heilmittelverordnungen legen diese Ärzt\*innen die genauen Parameter für die physiotherapeutische Behandlung fest, im Sinne von u.a. Therapieziel, Therapieart, Anzahl der Behandlungen, Frequenz, Therapiebeginn. Für Physiotherapeut\*innen sind diese Angaben bindend (G-BA 2023b), sie sind daher in einer erbringenden Rolle. Jegliche Änderungen auf der Heilmittelverordnung (u.a. Frequenz, Heilmittel), wenn therapeutisch oder organisatorisch nötig, müssen von dem/der verordnende\*n Ärzt\*in unterschrieben und abgestempelt werden (Abs 2-3 § 16 G-BA 2023b). Das heißt, die verordnende ärztliche Person hat die Entscheidungshoheit und Verantwortung über die Verordnung und Durchführung von Heilmitteln, Physiotherapeut\*innen führen aus. Im Sinne der oben genannten Lotsenfunktion hat die verordnende ärztliche Person den Überblick über alle verordneten Heilmittel. Die Leistungen erbringen darf nur ein\*e für das jeweilige



Heilmittel zugelassene\*r Leistungserbringende\*r (hier zugelassene\*r Physiotherapeut\*in ggf. mit speziellen Weiterbildungen, z.B. MT).

Im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin 2.0 (NKLM) (MFT 2023) sind die ärztlichen Kompetenzrollen aufgeführt. Diese leiten sich von den Canadian Medical Competency Framework, kurz CanMEDS, (MFT 2023; Meyer et al. 2009; Frank et al. 2015) ab, welche international anerkannt und auch auf andere medizinische Berufe übertragen wurden (RCPSC 2023). Eine dieser Rollen ist die ärztliche Rolle als Verantwortungsträger\*in und Manager\*in (MFT 2023). Im Rahmen dieser Rolle übernehmen Ärzt\*innen als „Manager\*innen Verantwortung in der Medizinischen Versorgung von Patient\*innen (...) treffen Entscheidungen, die die Allokation von Ressourcen zur Folge haben“ (MFT 2023). Eine weitere Rolle ist die des „Mitglieds eines Teams“ (ebd., IV.2.4). Innerhalb dieser Rolle sollen Ärzt\*innen unter anderem „therapeutische Tätigkeiten (Maßnahmen) ... koordinieren“ (ebd.).

Die CanMEDS wurden weltweit für Gesundheitsberufe und damit auch für Therapieberufe übernommen (Becker 2019, S. 142), somit auch innerhalb Europas (kngf 2021) und auch für den deutschsprachigen Raum (ZHAW; Becker 2019; Ledergerber et al. 2009; physioaustria 2017). In Deutschland ist die Ausbildung für Physiotherapie nach wie vor stark praxis- und fächerorientiert und nicht kompetenzorientiert aufgebaut (Becker 2019, S. 36). Im Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur – und Physiotherapeutengesetz – MPhG) sind keine zu erwerbenden Kompetenzen genannt. In Rahmenlehrplänen der Länder, z.B. für Sachsen-Anhalt, sind Lerngebiete genannt, wobei handlungsorientierter Unterricht im Mittelpunkt steht (Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt 2003). Das heißt, die weltweit etablierten CanMEDS-Rollen sind zum aktuellen Zeitpunkt nicht in der physiotherapeutischen Ausbildung in Deutschland verankert.

Auch im Deutschen Qualifikationsrahmen (BmBF o.J.) ist die Physiotherapie als Ausbildungsberuf in die Stufe vier von acht eingeordnet, das Studium der Medizin mit Abschluss Staatsexamen als Niveau sieben. Auf Stufe vier steht die Handlungskompetenz im Vordergrund, mit der Maßgabe, fachliche Aufgaben selbstständig planen und durchführen zu können. Auf Stufe sieben sind Problemlösefähigkeiten, Verantwortungsübernahme und das Treffen von fundierten Entscheidungen und der Austausch auf wissenschaftlichem Niveau festgehalten. (BmBF o.J.) Diese Situation der aktuellen oder fehlenden Festschreibung von Kompetenzen sowie die aktuell zugeordneten Niveaus im DQR stützen die Rolle der ärztlichen Kolleg\*innen als Manager\*innen in der „Lotsenfunktion“ und die Rolle der Physiotherapeut\*innen als Ausführende bzw. Handelnde.

Hausärzt\*innen sollen in ihrer lotsenden/managenden Rolle Über- und Unterversorgung vermeiden (DEGAM 2023, 2002). Beide Berufsgruppen sollen Prinzipien der Wirtschaftlichkeit bei der Betreuung bzw. der Therapie von Patient\*innen beachten (§15 Rahmenvereinbarung 2021; DEGAM 2023). Es ist weiterhin festgelegt, dass leistungserbringende Physiotherapeut\*innen sofort die verantwortliche ärztliche Person informieren müssen, wenn

abzusehen ist, dass ein Therapieziel nicht oder mit dem verordneten Heilmittel nicht erreicht werden kann, um den Therapieplan abzustimmen und die Verordnung eventuell zu ändern (Abs 1 § 3 Rahmenvereinbarung 2021). Eine Kontaktaufnahme von Seiten der Ärzt\*innen ist nicht vorgesehen.

#### 1.4 Nutzen und Rahmenbedingungen interprofessioneller Zusammenarbeit

Im deutschen Sprachgebrauch werden die Begriffe interprofessionell, multiprofessionell, inter- und multidisziplinär, coordination, collaboration und teamwork nicht trennscharf und teilweise synonym benutzt (Mahler et al. 2014). In den vergangenen Jahren hat sich im deutschsprachigen Kontext „interprofessionelle Zusammenarbeit“ als Übersetzung für „interprofessional collaboration“ (JIPC o.J.; Reeves et al. 2010) etabliert (Mitzkat et al. 2016). Daneben werden Begriffe wie multi- oder interdisziplinär oder multiprofessionell sowie Teamwork, Kooperation und Kollaboration genutzt.

Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen ist, wenn „multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings“ (WHO 2010; CIHC 2010) d.h. mindestens zwei Menschen aus verschiedenen Gesundheitsfachberufen arbeiten umfassend gemeinsam indem sie mit Patient\*innen, deren Familien, Betreuenden und Gemeinden zusammenarbeiten, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten (ebd.). Laut Reeves et al. (2010) müssen die unterschiedlichen Parteien dazu regelmäßig zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit bezieht sich dabei sowohl auf klinische und nicht -klinische Arbeiten, wie Diagnostik, Behandlung, Überwachung, Gesundheitskommunikation, -management und Sanitäts- und Medizintechnik (WHO 2010, S. 11). Relevant ist dabei für die Zusammenarbeit, dass es nicht nur Abstimmungen und Kommunikation zwischen den Agierenden gibt, sondern dass die jeweiligen Fähigkeiten und Fertigkeiten gemeinsam genutzt werden und etwas Neues kreiert wird und Synergien entstehen (WHO 2010, S. 36). Der Fokus der Definition der WHO (2010) liegt dabei auf der gemeinsamen Interaktion und dem gemeinsamen Ziel der qualitativ besten Gesundheitsversorgung. Die optimale Gesundheitsversorgung als Ziel ist in anderen Definition ebenso enthalten, z.B. in der Definition der Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (CIHC 2010).

##### 1.4.1 Nutzen von interprofessioneller Zusammenarbeit

Die WHO beschreibt den Nutzen von interprofessioneller Zusammenarbeit mit optimaler Gesundheitsversorgung (WHO 2010, S. 11). Der Nutzen von interprofessioneller Zusammenarbeit wird von der WHO weiterhin beschrieben als vielfältig und auf mehreren Ebenen (WHO 2010, 18ff) (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht über den Nutzen von Interprofessioneller Zusammenarbeit (WHO 2010, S.18ff)

Verbesserung der	Reduzierung von
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient*innenversorgung</li> <li>- Behandlungsergebnisse</li> <li>- Zugang und Koordination zu medizinischer Versorgung</li> <li>- angemessenen Verwendung spezieller klinischer Ressourcen</li> <li>- Zufriedenheit von Patient*innen und Versorgenden</li> <li>- Akzeptanz von Behandlungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komplikationen und Fehlern bei Patient*innen</li> <li>- Krankenhausaufenthalten und deren Dauer</li> <li>- Spannungen und Konflikten der Versorgenden</li> <li>- Personalfuktuation</li> <li>- Mortalitätsrate</li> <li>- Behandlungen und Behandlungskosten</li> </ul>

Gesundheitssysteme profitieren von guter interprofessioneller Zusammenarbeit durch die Reduzierung von Kosten, durch Vermeidung von Doppeldiagnostik und damit verbundene Kosten und durch die Ressourcenreduzierung von komplexen, chronischen Behandlungsfällen (WHO 2010, S. 19). Weitere Nutzen von interprofessioneller Zusammenarbeit werden beschrieben. Z.B. findet im Setting der Rehabilitation eine bessere Kontinuität der Behandlungen auf institutioneller Ebene statt (Hustoft et al. 2018) sowie weitreichende Patient\*innenedukation über Krankheitsverlauf und Therapieoptionen (Howard und Potts 2019) und bessere Einhaltung der empfohlenen Therapie von Patient\*innen (Reeves et al. 2017). Es kommt zu Verbesserungen in der Organisation und in Folge dessen zu verbesserter Gesundheitsversorgung (Gilles et al. 2020). Weiterhin können Ressourcen geschont werden und sich der funktionelle Status von Patient\*innen verbessern (Reeves et al. 2017). Die Ergebnisse sind immer auch abhängig von den Professionen der Mitglieder des Teams und somit deren professionellem Blickwinkel (Carron et al. 2021). So werden Medikamente eher angepasst, wenn ein\*e Pharmazeut\*in im Team ist, und entsprechende Outcomes erreicht, z.B. Reduzierung der Medikamente.

In interprofessionellen Teams profitieren die einzelnen Mitglieder auch persönlich. Es gibt Hinweise darauf, dass gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit das persönliche Stresslevel und somit auch Burn-out reduzieren kann durch z.B. gemeinsame Teamdiskussionen oder auch Trauertreffen (Bromberg et al. 2011). Ebenso kann sich die Zufriedenheit der Teammitglieder verbessern und auch die positive Wahrnehmung von IPC steigen (Carron et al. 2021). Diese Benefits für die einzelne Person wirken sich wiederum positiv auf das gesamte Team und auf die Gesundheitsversorgung aus.

Carron et al. (2021) stellen in ihrem Review zur Primärversorgung und IPC fest, dass, trotz gemischter Ergebnisse innerhalb der Studien, bei dem größten Teil der eingeschlossenen Studien, sich die Patient\*innenversorgung bezüglich verschiedener Parameter verbesserte durch IPC, vor allem die patient\*innenbezogenen Ergebnisse. Eine Verschlechterung wird nicht festgestellt, ggf. tritt kein Effekt auf. Auf den Ebenen der Professionen, der Organisation und der Kosten zeigen die Ergebnisse eine Verbesserung durch IPC in der Primärversorgung. Carron et al. (2021) merken aber auch an, dass die Evidenz diesbezüglich aktuell limitiert ist.

Die IPC ist eine Möglichkeit, die Patient\*innenversorgung zu verbessern und mögliche Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung zu reduzieren.

#### 1.4.2 Rahmenbedingungen und benötigte Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit

Damit IPC entstehen kann, bzw. begünstigt wird, braucht es unterschiedliche **Rahmenbedingungen**, welche die IPC begünstigen (WHO 2010; Wei et al. 2022). Laut WHO (2010) beziehen sich diese auf unterschiedliche Ebenen: auf Institutsebene, Ebene der Arbeitskultur und die Räumlichkeiten/gebauter Umgebung betreffend. Auf **Institutsebene** (Institutional supports) braucht es IPC fördernde Führungsstrukturen, festgelegte und den Beteiligten bekannte Arbeitsabläufe und eine strukturierte Berichtsführung. Von Seiten des Managements muss klar kommuniziert und vorgelebt werden, dass IPC erwünscht ist sowie gefördert wird, es muss eine entsprechende Firmenphilosophie bestehen und adäquate Räumlichkeiten und auch Zeit für IPC zur Verfügung stehen sowie eine angemessene Vergütung (WHO 2010). Besteht auf **Ebene der Arbeitskultur** die Möglichkeit zum Shared-Decision-Making sowie zu regelmäßig terminierten Teamtreffen, können Beteiligte die Versorgungsziele und ggf. auch die anstehenden Aufgaben gemeinsam aushandeln und verteilen. Strukturierte Informationssysteme, festgelegte Kommunikationsprozesse und Konfliktlösestrategien fördern die vertrauensvolle und effektive Zusammenarbeit (WHO 2010). Auch die **räumlichen Gegebenheiten** können die Zusammenarbeit beeinflussen, im positiven wie im negativen Sinne. Positiv unterstützend wirken zum Beispiel Räumlichkeiten, welche flache oder keine Hierarchien der Beteiligten symbolisieren, ebenso wie gemeinsame Räume und Platz, um sich austauschen zu können (WHO 2010; Szafran et al. 2018; Wei et al. 2022).

Neben den genannten Rahmenbedingungen für die IPC brauchen Beteiligte, neben den jeweiligen fachlichen, auch interprofessionelle **Kompetenzen**, um erfolgreich interprofessionell zusammenarbeiten zu können (IPEC 2016; CIHC 2010; Vaseghi et al. 2022; Mink et al. 2021). Es wird sich in der vorliegenden Arbeit auf den Kompetenzbegriff des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) bezogen:

*„Kompetenz bezeichnet im DQR die Fähigkeit und Bereitschaft des Einzelnen, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten zu nutzen und sich durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. Kompetenz wird in diesem Sinne als umfassende Handlungskompetenz verstanden.“ (BmBF o.J.)*

Verschiedene Frameworks mit für die IPC notwendigen Kompetenzen wurden entwickelt, z.B. IPEC (2016) und CIHC (2010). Im IPEC (2016) Framework sind als vier Kernkompetenzen „Werte und Ethik“, „Rollen und Verantwortlichkeiten“, „Interprofessionelle Kommunikation“ und „Team und Teamwork“ beschrieben und mit entsprechenden Subkompetenzen unterlegt. Der Kompetenzrahmen des Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC 2010) hat sechs Kompetenzdomänen definiert. Neben den übergeordneten Kompetenzen der interprofessionellen Kommunikation und der Patienten/Klienten/Familien/Gemeinschafts-

zentrierten Versorgung werden die Kompetenzdomänen Rollenverständnis, Teamzusammenarbeit, kollaborative Führung, und interprofessionelle Konfliktlösung (CIHC 2010) beschrieben. Die Kompetenzen Rollenverständnis, interprofessionelle Kommunikation und Teamzusammenarbeit decken sich dabei mit den IPEC-Kompetenzen.

In Deutschland sind im NKLM die Vermittlung von interprofessionellen Kompetenzen, angelehnt an die IPEC-Kompetenzen, mit der neuen Approbationsordnung (MFT 2023) festgelegt. Für die Ausbildung der Physiotherapie in Deutschland sind interprofessionelle Kompetenzen aktuell nicht formuliert (BMJ 1994).

#### 1.4.3 Aktuelle Regelungen der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland zwischen Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen

In Deutschland ist die interprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Setting wenig geregelt. Die rechtlich festgelegten und vergüteten Kommunikationswege sind einmal die hausärztliche Heilmittelverordnung für die Therapie, bevor die Therapie beginnen darf, und der Therapiebericht zum Ende (Rahmenvereinbarung 2021; G-BA 2023b). Alle für den\*die behandelnde\*n Physiotherapeut\*in relevanten Informationen sollten auf dem Formular der Verordnung enthalten sein. Hat die verordnende ärztliche Person einen Therapiebericht angefordert, so muss der\*die Physiotherapeut\*in diesen schreiben und an den\*die verordnende Ärzt\*in senden. Ob dieser von ärztlicher Seite gelesen werden muss, bleibt offen und ist nicht festgelegt. Damit erfolgt die Informationsweitergabe zu unterschiedlichen Zeitpunkten, zu Beginn und am Ende einer Verordnung, und ist in diesen Fällen dann einseitig. Von einem wirklichen Austausch im Sinne einer Bilateralität kann nicht gesprochen werden. Physiotherapeut\*innen haben eine Informationspflicht der verordnenden Person gegenüber, sobald ein Therapieziel mit dem verordneten Heilmittel nicht erreicht werden kann. In diesen Fällen soll der Therapieplan abgestimmt werden und ggf. die Verordnung angepasst werden (G-BA 2023b). Die Initiative diesbezüglich muss von Seiten des\*der Physiotherapeut\*in ausgehen. Inwieweit es zu einem wirklichen bilateralen Aushandlungsprozess kommt, ist zum aktuellen Zeitpunkt unklar. Eine Kontaktaufnahme von der ärztlichen Seite, um z.B. vor Beginn die bestmögliche individuelle Therapie oder mögliche Therapieziele abzusprechen, ist nicht vorgesehen. Weitere Kontaktmöglichkeiten zwischen den Berufen, im Sinne von gemeinsamen Fallbesprechungen, Absprachen von Therapieplänen oder Shared Decision Making, sind nicht determiniert.

Finanziert sind aktuell das Ausstellen der Verordnung von ärztlicher Seite und das Schreiben eines Therapieberichtes (G-BA 2023b; Rahmenvereinbarung 2021). Für eine, wie oben beschriebene, verpflichtende Kontaktaufnahme von Seiten der Physiotherapie oder freiwillige Kontaktaufnahme der Ärzt\*innen sind keine Zeiten vorgesehen und werden zum aktuellen Zeitpunkt auch nicht finanziert (G-BA 2023a). Im Rahmenvertrag (Rahmenvereinbarung 2021) ist im Sinne der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit (ebd., § 14 und § 15) die Zusammenarbeit angeordnet: Der Inhalt und der Umfang der Zusammenarbeit werden zu den

Kriterien der wirtschaftlichen Leistungserbringung gezählt (ebd., §15). Im Sinne der Qualitätssicherung sollen sich Physiotherapeut\*innen „um Kooperation und enge fachliche Zusammenarbeit zwischen dem zugelassenen Leistungserbringer und der Ärztin oder dem Arzt nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinien“ (ebd., §14) bemühen. Es ist festgelegt, dass die Zusammenarbeit erfolgen soll, aber nicht die Rahmenbedingungen dafür, wie Zeit, Ort, Art und Weise, Vergütung, Häufigkeit oder Inhalte.

Es gibt keinen institutionellen Rahmen für die interprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Setting. Wesentliche Punkte für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit laut WHO (2010), wie die Finanzierung dieser, räumliche Nähe und interprofessionelle Kompetenzen (vgl. Kap. 1.4.2), sind in der deutschen Gesundheitsversorgung nicht vorgesehen oder aktuell nur sehr wenig umgesetzt. Dies erschwert somit die interprofessionelle Zusammenarbeit. Die aktuell festgelegten Kontakte der Berufsgruppen können nicht im Sinne der oben genannten Definition der WHO (2010) oder nach Reeves et al. (2010) als interprofessionelle Zusammenarbeit gewertet werden, da wesentliche Punkte der Definition nicht erfüllt werden: es gibt keine festgelegte oder regelmäßige gemeinsame Interaktion oder bilaterale Kommunikation, Fähigkeiten und Fertigkeiten werden nicht gemeinsam genutzt, somit entstehen keine Synergien oder etwas Neues (vgl. Kap. 1.4).

#### 1.4.4 Herausforderungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitssystem

Herausforderungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit von Agierenden in der ambulanten Gesundheitsversorgung gibt es vielfältige. Wie im vorigen Kapitel beschrieben, sind die rechtlichen Rahmenbedingungen herausfordernd für interprofessionelle Zusammenarbeit allgemein, und somit auch gültig im ambulanten Setting: rechtlich verankerte unilaterale schriftliche Kommunikation zu unterschiedlichen Zeitpunkten (G-BA 2023b), fehlende Finanzierung für interprofessionellen Austausch jenseits der genannten schriftlichen Kontakte (G-BA 2023a) sowie fehlende Strukturen für interprofessionellen Austausch oder Kontakte im Sinne von Fallbesprechungen, IP-Teamtreffen, strukturierte Kommunikationsmodelle o.ä. (Rahmenvereinbarung 2021; G-BA 2023b). Durch die aktuell kaum vorhandene oder nicht curricular verankerte interprofessionelle Lehre sind die Absolvent\*innen beider Berufe wenig bis gar nicht auf die interprofessionelle Zusammenarbeit vorbereitet (KaaP-Fröhlich et al. 2022; Mink et al. 2021; Berger et al. 2017). Ebenso kann die unterschiedliche Ausbildung, wie Studium der Humanmedizin und Ausbildung der Physiotherapie, und etablierte Hierarchien die IPC erschweren (Berger et al. 2017). Speziell für die Gesundheitsversorgung im ambulanten Setting kommt eine weitere Herausforderung dazu: die üblicherweise getrennten Räumlichkeiten erschweren den Austausch (WHO 2010). Da, wie im Kap. 1.4.4 dargestellt, die meisten Praxen von Physiotherapie und Allgemeinmedizin in unterschiedlichen Gebäuden sind und nicht in MVZ oder ähnlichen Strukturen organisiert, gibt es keine gemeinsamen Räumlichkeiten für schnellen oder informellen Austausch. Erschwerend für die IPC kommt außerdem hinzu, dass es eine

Vielzahl an physiotherapeutischen Praxen gibt, sowie die Wahlfreiheit für die Behandlung unter den zugelassenen Einrichtungen (§ 76 SGB V). Hat eine ärztliche Person eine Heilmittelverordnung ausgestellt, weiß der\*die Ärzt\*in nicht, in welcher physiotherapeutischen Praxis sich der\*die Patient\*in behandeln lassen wird. So ist eine Kontaktaufnahme vor der Behandlung bei Erstaussstellungen von Verordnungen nicht möglich bzw. wird deutlich erschwert. Auf Grund des Gesetzes gegen unlauteren Wettbewerb (UWG §3; §5) dürfen Verordnende und Behandelnde nur in besonderen Fällen, z.B. einer Spezialisierung der Praxis auf das Krankheitsbild, eine Empfehlung für eine bestimmte andere Praxis aussprechen (Bährle 2018). Dies kann unter Umständen zusätzlich die Zusammenarbeit erschweren.

### 1.5 Stand der Forschung

Zur interprofessionellen Zusammenarbeit wurde zu unterschiedlichen Zeitpunkten eine strukturierte Recherche (s.Anhang) durchgeführt. Dadurch wird die für das Thema relevante Literatur identifiziert, aufgearbeitet und die Forschungslücke(n) identifiziert sowie die eigene Arbeit im Forschungsfeld eingeordnet. Durchsucht wurden die Datenbanken PubMed, PEDro, CINAHL und Cochrane sowie die Literaturverweise der gefundenen Artikel. Die Suche erfolgte erstmalig im Oktober 2020 und wurde im Juli 2023 aktualisiert.

Die Mehrheit der internationalen Studien zu Auswirkungen von interprofessioneller Zusammenarbeit beziehen sich auf das stationäre Setting mit Ärzt\*innen und Pflegepersonal als Beteiligten. Studien, welche die Sichtweisen und Erfahrungen zu IPC im ambulanten Setting fokussieren, sind selten, welche, die Therapieberufe bzw. die Physiotherapie einbeziehen, rar. Es konnte keine Studie gefunden werden, welche sich mit der IPC im ambulanten Setting bei Rückenschmerzpatient\*innen beschäftigt und die Perspektiven der Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen erhebt.

#### 1.5.1 Einbezogene Reviews

In einem systematischen Review befassen sich Sangaletti et al. (2017) mit den Erfahrungen und der Bedeutung von Teamwork und IPC zwischen Gesundheitsberufen der Primärversorgung. Eingeschlossen wurden alle in diesem Setting tätigen versorgenden Berufsgruppen, inklusive Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen. 21 qualitative Studien aus unterschiedlichen Ländern wurden in das Review eingeschlossen. Bei einer der Studien wurden sowohl Hausärzt\*innen und Physiotherapeut\*innen befragt, bei zehn Studien unter anderem Hausärzt\*innen, bei zwei Studien auch Physiotherapeut\*innen und bei fünf Studien wurden die Befragten nicht näher definiert. Durch die IPC wurden persönliche Bedürfnisse wie Respekt, Vertrauen und Zusammengehörigkeitsgefühl erfüllt. Konfliktpotential wird erlebt bei schlechter Kommunikation und Machtkämpfen zwischen den Professionen. Als Benefit von IPC werden unter anderem Zeitersparnis, mehr Informationen und Unterstützung durch andere Berufsgruppen angegeben. Barrieren werden auf struktureller, ideologischer, organisatorischer und persönlicher Ebene beschrieben, so zum Beispiel fehlende gemeinsame Ziele und fehlender Austausch. Auch die Rahmenbedingungen beeinflussen die IPC, wie z.B. das System der

Überweisungen, die interprofessionelle Ausbildung, Arbeitsbedingungen und das biomedizinische Paradigma (Sangaletti et al. 2017).

Die wahrgenommenen Barrieren und Förderfaktoren von IPC in der Primärversorgung bei Gesundheitsberufen jenseits der Pflege mit Ärzt\*innen erheben Supper et al. (2015). Von den 44 eingeschlossenen behandeln zwei Artikel explizit die Zusammenarbeit von Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen, zwei weitere inkludieren Physiotherapeut\*innen und 21 weitere Hausärzt\*innen. Die Ergebnisse der Physiotherapeut\*innen sind sehr knapp in einer Tabelle dargestellt. Als Förderfaktoren werden der wahrgenommene Nutzen für Patient\*innen und die eigene Berufsgruppe genannt. Als Barrieren werden defizitäre Erfahrungen sowie Ausbildung mit/in IPC genannt, sowie fehlende öffentliche Wahrnehmung, mangelnde Ressourcen hinsichtlich Zeit, Finanzierung und administrativer Unterstützung genannt. Die Sicht der Hausärzt\*innen wird in der Studie nicht aufgeführt (Supper et al. 2015).

#### 1.5.2 Studien, welche die Sicht beider Berufsgruppen aktiv einbeziehen

Die Sicht von Hausärzt\*innen auf die IPC kommunal Versorgender beschreiben Steilhaug et al. (2017). Es wurden zwölf Personen interviewt, vier Hausärzt\*innen, zwei Physiotherapeut\*innen und sechs im ambulanten Bereich tätige Pflegekräfte. Zentrales Thema der Arbeit von Steilhaug et al. (2017), welches für diese Arbeit von Interesse ist, ist dabei die individuelle Priorisierung und Auswahl der Hausärzt\*innen bezüglich der Zusammenarbeit. Die koordinierende Rolle der Hausärzt\*innen, die Arbeitsdichte und die Vielzahl möglicher Kooperationspartner\*innen führen zu einer Priorisierung, mit wem die Hausärzt\*innen kollaborieren. Die wahrgenommene Dringlichkeit und bestehende persönliche Beziehungen erleichtern die Zusammenarbeit. Hinderlich sind wechselnde persönliche Ansprechpartner\*innen. Aus Sicht der Gesundheitsberufe wird die Zusammenarbeit unterschiedlich und abhängig von dem jeweiligen ärztlichem Gegenüber beschrieben: bei Interesse der Ärzt\*in wird die IPC als gelingend und sehr gut beschrieben, hat der\*die Ärzt\*in kein Interesse daran, werden Treffen nicht eingehalten und auf Anfragen bezüglich gemeinsamer Patient\*innen nicht reagiert (Steilhaug et al. 2017).

In einer Interventionsstudie beschreiben Chan et al. (2010) die Veränderungen der Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmediziner\*innen, Praxisteams und Gesundheitsberufen, z.B. Psycholog\*innen, Physiotherapeut\*innen Podolog\*innen, im ambulanten Setting hinsichtlich des Verordnungsverhaltens der Mediziner\*innen (n=74). Die Intervention bestand aus einem einmaligen Workshop, strukturierter Anleitung sowie informeller telefonischer Unterstützung über sechs Monate. Vor der Intervention bestanden die Kontakte aus Überweisung und Therapieberichten. Ärzt\*innen mangelt es an Vertrauen, dass die Gesundheitsberufe auch wirklich die verordnete Therapie durchführen, so dass Aufgaben lieber selbst erledigt werden. Unklare Kenntnisse über die jeweiligen Aufgaben und Möglichkeiten der Gesundheitsberufe förderten diese Haltung. Die Gesundheitsberufe sind sich wiederum ihrer



Abhängigkeit von den Ärzt\*innen bewußt sowie der Relevanz der Therapieberichte. Nach der Intervention besteht besserer Kontakt quantitativ wie qualitativ zwischen den Berufsgruppen, Versorgungspläne und Zielsetzungen werden gemeinsam entwickelt. Ärzt\*innen geben Aufgaben vermehrt an andere Berufsgruppen ab und Praxisabläufe wurden besser strukturiert. Als Förderfaktoren nennen Chan et al. (2010) die Entwicklung persönlicher Beziehungen sowie das Kennen der jeweiligen beruflichen Rollen der beteiligten Professionen (Chan et al. 2010).

Die Mixed-Method-Studie von Lundell et al. (2017) bezieht alle Gesundheitsberufe schwedischer Gesundheitszentren ein ( $n_{\text{qualitativ}}=14$ ;  $n_{\text{quantitativ}}=61$ ). IPC wird von den Teilnehmenden als sinnvoll erachtet, da es mit einem besseren Wissenstand und Überblick über Patient\*innen und über andere kollaborierende Berufsgruppen einhergeht. Hemmend wird erlebt, wenn Berufsgruppen nicht ganztägig vor Ort sind, Unklarheiten von Rollen und Verantwortlichkeiten, ausgeprägte Hierarchien und erlebte Dominanz einer Berufsgruppe, hier der Ärzt\*innen, und Skepsis gegenüber den Arbeitsmethoden anderen Berufsgruppen (Lundell et al. 2017).

Im Ordnungsverhalten für Physiotherapie für muskuloskeletale Erkrankungen wurde von Clemence und Seamark (2003) in einer Befragung von HÄ (n=18) herausgearbeitet, dass durch entsprechende interprofessionelle Kommunikation die Angemessenheit der Verordnungen verbessert wurde, was wiederum unnötige Verordnungen reduziert. Von Seiten der Hausärzt\*innen wird sich mehr Kommunikation gewünscht, vor allem Rückmeldung zu unnötigen oder unangemessenen Verordnungen. Hausärzt\*innen beschreiben ihre eigenen Erfahrungen mit Physiotherapie als ausschlaggebend für weitere Verordnungen. Hausärzt\*innen sind sich allerdings auch unsicher, was Physiotherapie eigentlich ist und kann. Diese Unsicherheit spiegelt sich im Ordnungsverhalten wider, z.B. in der Anzahl und der Qualität der Verordnungen. Beide Berufsgruppen sind sich einig darüber, dass eine bessere Kommunikation die eigene Arbeit erleichtern und die Behandlungserfolge verbessern würde (Clemence und Seamark 2003).

### 1.5.3 Die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der Physiotherapeut\*innen

Die Einstellungen der Therapieberufe Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie (PLE) werden in einer Schweizer Studie (Schmid et al. 2021) herausgearbeitet bei Patient\*innen mit Multiple Sklerose (MS). IPC wird definiert als „gemeinsam an einem Strang ziehen“ („pulling together on the same rope“, S.7) sowie patient\*innenzentrierter Versorgung. IPC gibt PLEs ein ganzheitlicheres Bild, von dem sowohl Patient\*innen wie auch PLEs profitieren. Letztere, da sie dann optimal arbeiten können, sie besser das große Ziel im Auge behalten können, statt sich in professionellen Zielen zu verlieren. Als Einflussfaktoren auf die IPC werden soziale Kompetenzen und die Persönlichkeit der jeweiligen PLEs genannt sowie das Interesse an anderen Berufen. Als Barrieren werden getrennte Räumlichkeiten, mangelnde (finanzielle) Honorierung und fehlende Kommunikation gesehen. Rivalitäten werden erwähnt, aber nicht näher ausgeführt. Als

Limitation geben die Autor\*innen an, dass nur eine Person aus dem rein ambulanten Setting befragt werden konnte, da diese Personen sich sonst nicht für die Teilnahme zur Verfügung stellten (Schmid et al. 2021).

Seaton et al. (2023) stellen die Sichtweisen von Physiotherapeut\*innen (n=28) zur IPC im ambulanten Sektor dar. Die (wahrgenommene) Qualität der Versorgung verbessere sich, da alle relevanten Aspekte der Patient\*innenversorgung mit einbezogen werden können, was vor allem bei komplexen und/oder chronischen Krankheitsbildern relevant ist. Weitere Benefits von IPC sind eine positive Arbeitskultur und die Entstehung von gewinnbringenden Netzwerken, das Erleben als wertgeschätztes Teammitglied, eine hohe Arbeitszufriedenheit sowie eine wahrgenommene bessere berufliche Weiterentwicklung als Kolleg\*innen ohne Möglichkeit zu IPC. Die IPC kann sogenannte berufliche Isolation („professional isolation“ S.9) ausgleichen und einer stabilen Basis für Verordnungen von Ärzt\*innen dienen. Zu wenig IPC wird mit Qualitäts- und Vertrauensverlust in der Behandlung bzw. mit dem\*der Patient\*in beschrieben. Da IPC als ressourcenaufwändig wahrgenommen wird, braucht es nur für die oben genannten Patient\*innengruppen IPC und dafür jeweils individuelle und passgenaue (IPC-) Lösungen. Dabei fördert effektive Kommunikation optimale Ergebnisse sowie eine organisatorische Optimierung der Behandlung und gibt Physiotherapeut\*innen das Gefühl, besser ihre Aufgaben erledigen zu können. Eine Voraussetzung für funktionierende IPC wird daher den kommunikativen Fähigkeiten zugeordnet (Seaton et al. 2023).

#### 1.5.4 Die interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der Hausärzt\*innen

Die Beziehungen von Hausärzt\*innen zu anderen Berufsgruppen werden bei Perrault et al. (2017) diskutiert. Hausärzt\*innen arbeiten enger mit ärztlichen Spezialist\*innen als mit anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen zusammen (Perreault et al. 2017). Wird das Ausstellen von Überweisungen oder Verordnungen mit einbezogen, arbeiten 46,5 % der befragten Ärzt\*innen in Quebec, Kanada (n= 376) „etwas“ („somewhat“) mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen zusammen und 47,1% arbeiten „ziemlich viel“ („quite a bit“) mit anderen ärztlichen Kolleg\*innen oder Spezialist\*innen zusammen. Die Zusammenarbeit erhöhte sich je mehr versorgte Patient\*innen mindestens eine chronische Krankheit hatten (Perreault et al. 2017). Förderfaktoren und Barrieren für die IPC von Hausärzt\*innen und Osteopath\*innen werden von Morin et al. (2018) in einer Mixed-Method-Studie diskutiert. Von den 274 befragten Ärzt\*innen und 297 befragten Osteopath\*innen geben 36 % der Ärzt\*innen und 41% der Osteopath\*innen an, professionelle Beziehungen und Kontakte zu pflegen, wobei Rezepte ausstellen als Teil dessen gesehen wird. Im qualitativen Teil (n=21) werden als Förderfaktoren das Respektieren und Einhalten beruflicher Grenzen durch die kooperierenden Berufe aus Sicht der Ärzt\*innen beschrieben. Die wahrgenommene Sicherheit der verordneten Therapie ist ebenso ein Förderfaktor und wenn Patient\*innen oder deren Eltern z.B. die Informationsübermittlung einfordern. Als Barrieren werden vor allem von Seiten der Osteopath\*innen eine mangelnde gemeinsame Sprache beschrieben. Ärzt\*innen geben Rollenunsicherheiten und mangelndes

Wissen über die Möglichkeiten der Osteopathie und deren wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit sowie mangelnde Gelegenheiten zur IPC als Barrieren an (Morin et al. 2018).

Besseren Kontakt und mehr Kommunikation wünschen sich Hausarzt\*innen (n=8) bei der Versorgung von Arthrosepatient\*innen (Okwera und May 2019). Die Kontakte beschränken sich meist auf die Überweisung und knappe Rückmeldungen, entsprechend dt. Therapieberichte. Ärzt\*innen wünschen sich etwas ausführlichere Therapieberichte, um besser informiert zu sein, aber auch, um selber über Physiotherapie und deren Möglichkeiten dazuzulernen. Da es aktuell kaum Kommunikation gibt, wünschen sich Ärzt\*innen mehr Kommunikation, um relevante Details zu Überweisung und Therapiebericht oder Entlassung aus der Physiotherapie zu erfahren. Als Verbesserungen für die Patient\*innenversorgung bei Arthrose schlagen die Hausarzt\*innen unter anderem vor, dass die Kommunikation zu Physiotherapeut\*innen verbessert wird sowie hausinterne Physiotherapeut\*innen wieder eingeführt werden, was es am Ort der Datenerhebung bis vor ein paar Jahren teilweise gab (Okwera und May 2019).

Szafran et al. (2018) arbeiten in ihrer qualitativen Studie die Perspektiven der Hausarzt\*innen im ambulanten Setting heraus. Die Hausarzt\*innen sehen sich als „Leader“ sowie in der hauptsächlichen Verantwortung für die Patient\*innenversorgung. Sie sehen sich in einer delegierenden Rolle an Personen mit entsprechender Expertise. Kommunikation wird als sehr wichtig eingeschätzt und sollte regelmäßig formell wie auch informell stattfinden. Dies ist für einen Vertrauensaufbau sowie das Kennenlernen gegenseitiger Perspektiven relevant. Ein Verständnis der gegenseitigen Rollen und Verantwortlichkeiten führt zu Sicherheit und Vertrauen den Kolleg\*innen und deren Aufgaben gegenüber. Räumliche Nähe wird als förderlich für die Kommunikation eingeschätzt. Generell ermöglicht IPC den Hausarzt\*innen, Aufgaben abzugeben an entsprechende Expert\*innen und die eigene Arbeitslast so zu reduzieren. Etablierte Hierarchien könnten dieses Vorgehen aber behindern (Szafran et al. 2018).

Im therapeutischen Zusammenwirken bei Rückenschmerz ist eine gute IPC und eine wechselseitige Kenntnis der Kompetenzen zwischen Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen für eine gute Behandlungsqualität essenziell. Es konnte keine Studie gefunden werden, welche die IPC zwischen Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen im ambulanten Setting erforscht, weder international noch national, wo das Erleben und der IST – Stand der IPC im Mittelpunkt steht. Des Weiteren geht aus der aktuellen Studienlage nicht hervor, ob und wenn ja welche Maßnahmen der IPC sich die direkt Beteiligten, nämlich Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen, im deutschen Gesundheitssystem und ambulanten Setting wünschen und als sinnvoll erachten, um die Gesundheitsversorgung bei Rückenschmerzpatient\*innen zu verbessern. Daher bietet es sich an, die Wahrnehmung der IPC zwischen Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen bezüglich der Versorgung von Rückenschmerzpatient\*innen im ambulanten Setting zu analysieren und dabei auf Barrieren und Förderfaktoren einzugehen.

## 2 Zielstellung und Fragestellung

Ziel dieser Studie ist eine Erhebung der Wahrnehmung und des Verständnisses der IPC von Hausärzt\*innen und Physiotherapeut\*innen im ambulanten Sektor. Hierbei wird zwischen Erfahrungen und Erleben unterschieden. Erfahrungen sind dabei die Gesamtheit des „im Laufe eines Lebens gewonnene, erprobte und bewährte Wissen“ (Wirtz 2021). Erleben wird beschrieben als „rezeptive Seite des Seins“, dass sich darauf bezieht, „wie eine Person ganz konkret Ereignisse, Situationen, oder andere Personen für sich selbst wahrnimmt und diese intern repräsentiert“ (Wirtz 2021). Es wird davon ausgegangen, dass Erleben mit Erfahrungen abgeglichen und mit Emotionen belegt wird und so zu Verhaltensmodifikationen führen kann (Wirtz 2021). Zusätzlich zu Erleben und Erfahrungen sollen mögliche Förderfaktoren und Barrieren der IPC untersucht werden. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Studie sollen Handlungsempfehlungen formuliert werden, um die IPC und somit die Patientenversorgung von Rückenschmerzpatient\*innen nachhaltig zu verbessern.

Das **Hauptziel** der Studie ist es, Erleben, Einstellungen und Haltungen zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Setting zwischen Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen abzubilden.

### **Hauptfragestellung:**

Wie erleben Physiotherapeut\*innen und verordnende Hausärzt\*innen die interprofessionelle Zusammenarbeit am Beispiel bei der Versorgung von Rückenschmerzpatient\*innen im ambulanten Setting?

Das **Nebenziel** ist, Hindernisse und Barrieren für die Implementierung zu erheben sowie Verbesserungsvorschläge der beteiligten Berufsgruppen herauszuarbeiten. Somit sollen Anregungen für die Implementierung von interprofessioneller Zusammenarbeit gegeben werden können, um langfristig die Patient\*innenversorgung zu verbessern.

### **Nebenfragestellungen:**

- Welche Erfahrungen haben Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen im ambulanten Sektor mit der interprofessionellen Zusammenarbeit gemacht?
- Welche Förderfaktoren und Barrieren für die Interprofessionelle Zusammenarbeit in ambulanten Praxen identifizieren verordnende Hausärzt\*innen und weisungsgebundene Physiotherapeut\*innen?
- Wie kann aus Sicht von Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen im ambulanten Sektor die interprofessionelle Zusammenarbeit verbessert werden?

## 3 Material und Methoden

### 3.1 Studiendesign

Aufgrund des explorativen Forschungsinteresses wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt (Flick et al. 2015, 13ff; Ullrich und Poß-Doering 2023, S. 85). Da die Perspektive von Hausärzt\*innen und Physiotherapeut\*innen im Fokus des Erkenntnisinteresses liegt, wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt, die mit einer Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2018) ausgewertet wurden.

Für das Forschungsvorhaben liegen positive Ethikvoten der Ethikkommissionen der medizinischen Fakultäten der Martin-Luther-Universität zu Halle-Wittenberg vom 24.02.2022 (Bearbeitungsnummer 2021-197) und der Universität Heidelberg vom 25.11.2020 (Bearbeitungsnummer S-844/2020) vor. Die Forschungsarbeit entstand im Rahmen eines Promotionsprojektes und wurde nicht gefördert. Ergebnisse werden nach der „Consolidated criteria for Reporting qualitative research (COREQ)“ (Tong et al. 2007) berichtet.

#### 3.1.1 Datenschutz

Die Daten werden gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) behandelt. Eine Aufklärung für die Teilnehmenden erfolgt schriftlich und mündlich vor der Teilnahme. Die Audiodateien werden auf einem sicheren Datenlaufwerk (passwortgeschützt, keine Verbindung mit dem Internet) pseudonymisiert gespeichert. Die Kurzfragebögen liegen ausschließlich papierbasiert vor und werden sofort und ausschließlich mit einem Pseudonym versehen. Der Pseudonymisierungsschlüssel für Audiodateien und Fragebögen liegt ausschließlich in papierbasierter Form vor und wird in einem abgeschlossenen Schrank aufbewahrt, zu welchem nur die Autorin Zugang hat. Die Interviews werden bei dem Transkribieren anonymisiert, so dass kein Rückschluss mehr auf die jeweiligen Personen oder Orte möglich ist, z.B. „München“ → „dt. Großstadt“ (siehe Transkriptionsregeln, Anhang).

#### 3.1.2 Leitfadenerstellung und Kurzfragebogen

Für die Interviews wurde ein semistrukturierter **Leitfaden** erstellt. Der Leitfaden dient als Struktur innerhalb der Interviews, um alle relevanten Themen abzufragen, offene Gesprächsstimuli zu setzen, vertiefende Fragen stellen zu können und ggf. bei Abweichungen immer wieder auf das Thema des Interviews zurückzukommen. Er dient auch dazu, die geführten Interviews miteinander vergleichen zu können (Kruse et al. 2015, 209ff; Helfferich 2011).

Der Leitfaden wurde nach der SPSS – Methoden nach Helfferich (2011) erstellt: Zunächst wurden Fragen deduktiv von der Autorin anhand der Literatur zum Thema abgeleitet und gesammelt. Diese wurden dann inhaltlich geprüft, sortiert und subsumiert (Helfferich 2011). Der Leitfaden wurde im Sinne eines Pretest mit Thinkaloud (Hofmann 2017) mit einer interdisziplinären Forscher\*innengruppe diskutiert, wie Kruse (2015, 227ff) vorschlägt. Daraufhin wurde der Leitfaden noch einmal überarbeitet. Es entstand ein gemeinsamer Leitfaden für beide Gruppen.

Für die Physiotherapeut\*innen war der Leitfaden feiner ausgearbeitet und beinhaltete mehr und konkretere Nachfragen. Für die Hausarzt\*innen wurden weniger Nachfragen benutzt, um die Interviews kürzer zu gestalten, aber trotzdem die relevanten Themengebiete abzudecken. Hintergrund war der vermutete hohe Zeitdruck der Hausarzt\*innen und um damit die Rekrutierung einfacher zu gestalten. Es wurde ein Probeinterview mit einer Physiotherapeutin aus dem Kollegium geführt und der Leitfaden für passend befunden.

Der Interviewleitfaden enthielt folgende Hauptthemen zur IPC: Beschreibung im Praxisalltag, persönliches Verständnis, Relevanz, Beispiele, Einflussfaktoren, Veränderungen durch die Covid-19 Pandemie, Veränderungen durch die neue Heilmittel-Richtlinie 2021, Wünsche und sonstige Ergänzungen (s. Anhang).

Vor dem eigentlichen Interview wurden mit einem von der Autorin entwickelten **Kurzfragebogen** sozio-demographische Daten sowie Berufsgruppe, Berufserfahrung und Daten zur aktuellen Arbeitsstelle abgefragt (s. Anhang). Diese Daten werden zur Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich potentieller Einflussgrößen auf die IPC erhoben.

### 3.1.3 Studienpopulation, Sampling und Rekrutierung

Um **eingeschlossen** zu werden, müssen alle Befragten volljährig und einwilligungsfähig sein, über ausreichend Deutschkenntnisse verfügen sowie über mindestens sechs Monate physiotherapeutische bzw. hausärztliche Berufserfahrung verfügen und aktuell in diesem Beruf tätig sein. Die Physiotherapeut\*innen müssen dabei staatlich examiniert sein, die Humanmediziner\*innen approbiert. Eingeschlossen werden neben Facharzt\*innen für Allgemeinmedizin auch Facharzt\*innen für Innere Medizin oder Diabetologie oder andere Facharzt\*innen sowie Humanmediziner\*innen in Ausbildung zu einem der genannten Facharzt\*innen. Voraussetzung ist, dass sie hausärztlich tätig sind. Alle Beteiligten müssen mit Rückenschmerzpatient\*innen im ambulanten Setting arbeiten. Der Einfachheit halber wird in dieser Arbeit von Hausarzt\*innen gesprochen und die oben genannten Facharzt\*innen /Humanmediziner\*innen sind eingeschlossen.

**Ausgeschlossen** werden Menschen, welche die Einwilligungserklärung nicht ausgefüllt oder zurückgezogen haben, mit unzureichenden Deutschkenntnissen oder wenn sie nicht einwilligungsfähig sind. Weitere Ausschlusskriterien sind: weniger als sechs Monate Arbeitserfahrung im Beruf als Physiotherapeut\*in bzw. als Hausarzt\*in, keine Erfahrung mit Patient\*innen mit Rückenschmerzen, kein\*e Physiotherapeut\*in oder nicht hausärztlich tätig. Die Teilnehmenden wurden anhand eines purposive **Samplings** (Patton 2002; Palinkas et al. 2015; Ullrich und Poß-Doering 2023) ausgewählt, um eine möglichst weite Bandbreite von Erfahrungen und Ansichten zu erheben (Kruse et al. 2015, S. 249). Es besteht die Überlegung, dass eventuelle Einflussfaktoren auf die IPC durch ein heterogenes Sample identifiziert werden können. Auswahlkriterien sind Berufserfahrung, Arbeitsort hinsichtlich der Einwohnerzahl im Sinnen einer Stadt-Land Kontrastierung, Praxisgröße, Status innerhalb einer Praxis.

Die **Rekrutierung** der Teilnehmenden erfolgte über berufliche Netzwerke (Kruse et al. 2015, S. 251) (s. Anhang). Nachrekrutiert wurde über private Netzwerke. Bei einem Berufsverband erfolgte ein Aufruf in einem wöchentlichen Newsletter mit Verlinkung auf der Homepage. Eine Emailadresse war angegeben, bei der sich Interessierte melden konnten. Ebenso wurde die Studie auf ausgewählten Onlineveranstaltung des Berufsverbandes vorgestellt und um Teilnahme gebeten. Des Weiteren wurden physiotherapeutische Praxen aus dem Internet herausgesucht und direkt angeschrieben, mit der Bitte um Teilnahme und um Weiterleitung des Aufrufes. Über eine Physiotherapeutische Schule wurde über den Absolvent\*innenverteiler auf die Studie aufmerksam gemacht. Darüber hinaus wurden alle Studienteilnehmenden gebeten, eigene Kontakte auf die Studie aufmerksam zu machen (Schneeballprinzip). Rekrutiert wurde deutschlandweit mit Schwerpunkt auf Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt.

Die Rekrutierung der Hausarzt\*innen erfolgte über die Forschungsnetzwerke der Erhebungszentren, über den Landesberufsverband Baden-Württemberg, hier mit einem Aufruf auf der Homepage, Rekrutierung auf einer Weiterbildung und das direkte Anschreiben ausgewählter Praxen sowie über das Schneeballprinzip. Zur Nachrekrutierung wurde auf private Netzwerke zum Verteilen des Aufrufes der Autorin zugegriffen, um gezielt potentielle Interessent\*innen zu gewinnen.

Bei Interessensbekundung bekamen die potentiellen Teilnehmenden die Informationsschreiben zur Studie und zum Datenschutz sowie die Einwilligungserklärung per Email zugeschickt (s. Anhang). Die Teilnehmenden wurden gebeten, die Einwilligungserklärung ausgefüllt und unterschrieben an die Autorin zurückzuschicken. Bei Fragen konnten sie die Autorin per Email oder Telefon kontaktieren. Bei Einwilligung wurde ein Termin für das Telefoninterview ausgemacht. Es wurde rekrutiert bis mindestens alle Variablen des purposive Samplings abgedeckt waren und bis zur inhaltlichen Datensättigung (Merkens 2015, S. 294; Ullrich und Poß-Doering 2023, S. 88). Diese wurde erreicht, als inhaltlich keine neuen Punkte mehr genannt wurden von den Teilnehmenden der jeweiligen Berufsgruppe.

#### 3.1.4 Interviewdurchführung, Transkription und Datenauswertung

Die **Durchführung** der Interviews erfolgte als Telefoninterviews. Alle Interviews wurden von der Autorin geführt. Vor allen Interviews lag die ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung der Teilnehmenden vor. Zu Beginn des Telefonats wurde den Teilnehmenden der Ablauf erklärt, es wurden ggf. offene Fragen geklärt. Die Teilnehmenden wurden darauf hingewiesen, dass sie jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Interview abbrechen konnten. Keine\*r von den Teilnehmenden nahm dies in Anspruch. Vor dem eigentlichen Interview wurden sozio-demographische Daten mittels Kurzfragebogen erhoben. Im Anschluss erfolgte das leitfadengestützte Interview. Nach dem Interview wurden die Teilnehmenden gefragt, ob Teile des Interviews gelöscht werden sollten, ebenso wurde die Möglichkeit zu einem Nachgespräch gegeben, was unterschiedlich intensiv genutzt wurde. Die Interviews wurden mittels digitalem Aufnahmegerät aufgenommen und anschließend

abgespeichert. Während der Interviews wurden aufkommende Fragen und Anmerkungen schriftlich festgehalten, nach den Interviews hielt die Autorin die ihr durch den Kopf gehenden Gedanken im Sinne von Feldnotizen (Thomas 2019) ebenso fest. Diese beinhalteten zum Beispiel einprägsame Aussagen und Gedanken der Autorin zum gerade geführten Gespräch. Diese Notizen wurden transkribiert und als Memo bei den jeweiligen Transkripten mit hinterlegt.

Die **Transkription** erfolgte softwaregestützt (F4, Version 7) in Anlehnung an die Transkriptionsregeln der erweiterten inhaltlich-semanticen Transkription nach Dresing und Pehl (2018) durch die Autorin (s. Anhang). Dabei wurden die Regeln im Sinne der Studie leicht modifiziert: „hm“ wurde mittranskribiert und, wenn relevant, in Klammern die Art beschrieben. Besonders betonte Silben oder Worte wurden in GROSSBUCHSTABEN, auch innerhalb eines Wortes, transkribiert. Die Interpunktion am Ende einer Aussage oder eines Satzes wurde je nach Intonation gewählt. Keines der Transkripte wurde den Teilnehmenden ausgehändigt zum Gegenlesen. Des Weiteren wurde keines der Interviews wiederholt.

Die **Datenanalyse** erfolgt nach der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz 2018, 97ff) (s. Anhang). Mit einer inhaltlich strukturierenden Analyse können die relevanten Aspekte aus dem Datenmaterial herausgearbeitet werden, um dem Ziel der Arbeit, der Darstellung eines IST-Standes und Formulierung von Handlungsanleitungen, gerecht zu werden. Die Auswertung der Transkripte erfolgte mit Hilfe der Auswertungssoftware MAXQDA 18.1.

In einem ersten Schritt wurden die Transkripte gelesen, relevante Stellen hervorgehoben und erste Gedanken als Memos niedergeschrieben. Als Codiereinheit wurde eine Sinneinheit, bestehend aus minimal einem Wort bis zu mehreren Sätzen, festgelegt (Kuckartz 2018, S. 90). Das Kategoriensystem wurde anhand von sechs Interviews, je drei pro Berufsgruppe, entwickelt. Kategorien wurden sowohl deduktiv als auch induktiv (Kuckartz 2018, 63ff) gebildet: erste Hauptkategorien wurden aus der Literatur abgeleitet, z.B. Förderfaktoren und Barrieren, und waren auch Themenkomplexe des Leitfadens. Weitere Hauptkategorien wurden in einem iterativen Prozess induktiv aus dem Material entwickelt. An einem weiteren Interview wurde das Kategoriensystem überprüft. Da dabei keine neuen Hauptkategorien dazukamen, wurde anschließend das gesamte Datenmaterial anhand dieses Kategoriensystems codiert in einem ersten Materialdurchgang. Anschließend wurden mit gleichen Kategorien codierten Textstellen zusammengestellt und Subkategorien und ggf. Subsubkategorien induktiv am Material ausdifferenziert. Im Anschluss wurde das gesamte Textmaterial anhand der (Sub)Subcodes codiert. Eine Abbildung des Kategoriensystems befindet sich im Anhang.

### 3.2 Darstellung des Bezugs der Forschenden zum Forschungsgegenstand

Die Autorin und Forscherin arbeitet seit mehreren Jahren als wissenschaftliche Mitarbeiterin an medizinischen Fakultäten mit einem Schwerpunkt in interprofessioneller Lehre. Während dieser Tätigkeiten und während des Studiums (Master of Science) wurde sie in qualitativen Methoden geschult und sammelte entsprechende Forschungserfahrungen in qualitativen oder Mixed-



Method Forschungsprojekten. Die Autorin führte und transkribierte alle Interviews. Die befragten Personen waren der Autorin bis zu den Interviews unbekannt mit Ausnahme einer Physiotherapeutin (ehemalige Studentin) und eines Hausarztes (entfernter Sportskollege). Zu beiden bestand vor den jeweiligen Interviews seit mindestens 18 Monaten kein Kontakt. Alle Befragten hatten zum Zeitpunkt der Interviews nur die Informationen aus dem Einwilligungsschreiben und dem Informationsschreiben. Die Physiotherapeut\*innen wussten, dass eine ehemalige Physiotherapeutin das Projekt durchführt. Nach den Interviews räumte die Autorin allen Proband\*innen Zeit ein für weiteren Gesprächsbedarf, z.B. zu weiteren (berufspolitischen) Themen oder der persönlichen Motivation der Autorin für die Beforschung des Themas. Letztere leitet sich aus der eigenen Berufserfahrung als Physiotherapeutin sowie den aktuellen Arbeitsschwerpunkten ab.

### 3.3 Qualitätssicherung des Forschungsprozesses

Zur Qualitätssicherung innerhalb des Forschungsprozesses wurden verschiedene Möglichkeiten genutzt. Zu verschiedenen Zeitpunkten wurde das geplante Verfahren oder Ergebnisse in Forschungsgruppen und/oder mit erfahrenen Forschenden diskutiert, z.B. der Leitfaden sowie das Kategoriensystems während der Entwicklung. Mit einer in der Methode erfahrenen Forscherin wurde das Kategoriensystem mehrfach diskutiert und angepasst sowie in der Forschungsgruppe zweifach Teile von Interviews gemeinsam codiert und diskutiert.

Um die Güte der Codierungen zu prüfen (Kuckartz 2018) wurde im Sinne eines konsensuellen Codierens (Rieker 1993, 61ff) mit einer Forscherin je zwei Interviews jeder Berufsgruppe in zufällig ausgewählten Teilen parallel codiert, insgesamt vier Seiten Manuskript. Die Forscherinnen codierten erst selbständig und unabhängig voneinander anhand des Kategoriensystems die ausgewählten Textstellen. Im Anschluss wurden die Zuordnungen verglichen. Wenn die beiden Forscherinnen uneins über eine Zuordnung einer Textstelle zu einer Kategorie waren, wurde versucht ein Konsens mittels Diskussion zu erreichen. Konnte kein Konsens erreicht werden, wurden diese betreffenden Textstellen in die Forschungsgruppe mitgenommen und da diskutiert und zugeordnet.

Zum Errechnen der Übereinstimmung der Codierenden mittels Cohen Kappa (Kuckartz 2018, S. 209) wurde als Codiersegment der jeweilige Transkriptauszug genutzt und die Häufigkeiten der vergebenen Kategorien als Basis genommen. Es wurde ein Cohens Kappa von 0,89 berechnet. Laut Kuckartz (2018, S. 210) ist ein Cohens Kappa von über 0,80 als sehr gut einzuschätzen, was auf ein Kategoriensystem hoher Güte hinweist. Auf Grund der guten Interrater-Übereinstimmung für die Textauszüge wurde entschieden, anhand dieses Kategoriensystems das komplette Material zu kodieren und von weiterem konsensuellem Kodieren abzusehen.

## 4 Ergebnisse

Im Zeitraum von Mai 2021 bis Juli 2022 wurden insgesamt 22 Einzelinterviews geführt. Dabei wurden elf Physiotherapeut\*innen ( $n_{pt}=11$ ) und elf Hausarzt\*innen ( $n_{hä}=11$ ;  $n_{ges}=22$ ) per Telefoninterview befragt, keines wurde wiederholt. Alle Teilnehmenden erfüllten die Einschlusskriterien. Die Teilnehmenden führten das Interview an einem selbst gewählten Ort. Soweit die Autorin beurteilen kann, waren die Teilnehmenden in einer vertraulichen Umgebung und allein im Raum. Die Interviews hatten eine Länge von 16:49 Minuten bis 61:57 Minuten. Insgesamt lagen 862,87 Minuten Datenmaterial zur Auswertung vor. Im Sinne eines purposive Samplings wurden Teilnehmende mit unterschiedlichen Merkmalen eingeschlossen (Tabelle 2). Die Befragten arbeiteten in verschiedenen Bundesländern, in Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Die Physiotherapeut\*innen schätzen den Anteil der von ihnen behandelten Patient\*innen mit Rückenschmerzpatient\*innen im Mittel auf (MW $\pm$ SD) 48  $\pm$ 21% und die Hausarzt\*innen mit 29 $\pm$ 17% der jeweiligen Gesamtzahl ihrer Patient\*innen. Die große Standardabweichung ergibt sich aus den jeweiligen fachlichen Ausrichtungen. So behandelt eine Physiotherapeutin vorrangig Kinder oder hausärztliche Praxen sind internistisch oder diabetologisch ausgerichtet, so dass diese entsprechend geringere Zahlen an Rückenschmerzpatient\*innen angegeben haben.

Tabelle 2: Überblick über das Sample

Variable		Gesamt	PTs <sup>1</sup>	HÄs <sup>2</sup>
Geschlecht	weiblich	14	8	6
	männlich	8	3	5
Alter in Jahren	MW ( $\pm$ SD)	44 ( $\pm$ 14)	42( $\pm$ 14)	49( $\pm$ 13)
Berufserfahrung in Jahren	MW ( $\pm$ SD)	17 ( $\pm$ 14)	18 ( $\pm$ 15)	18 ( $\pm$ 14)
Berufliche Position (eine Doppelnennung)	Angestellt	11	7	4
	Selbstständig	11	5	6
	Freie Mitarbeit	1	1	0
Land-Stadt-Kontrastierung	Landgemeinde	4	1	3
	Klein/Mittelstadt	7	5	2
	Großstadt	11	5	6
Höchster Bildungsabschluss	Mittlere Reife	1	1	0
	Abitur	4	4	0
	B.Sc.	3	3	0
	M.Sc.	3	3	0
	Staatsexamen	3	0	3
	Promotion	8	0	8
Dauer/Interviews (in Minuten)	MW ( $\pm$ SD)	39 ( $\pm$ 15)	52 ( $\pm$ 6)	27 ( $\pm$ 10)
Räumliche Eigenständigkeit	Eigenständig	15	9	6
	In MVZ o.ä.	7	2	5

<sup>1</sup> Physiotherapeut\*innen

<sup>2</sup> Hausarzt\*innen

Es wird geschätzt, dass mit den Aufrufen zur Teilnahme etwa 5000 Physiotherapeut\*innen und 4300 Ärzt\*innen adressiert wurden. Die Aufrufe über die Berufsverbände stellten dabei den größten Anteil, der Landesverband Baden-Württemberg (2024) mit 4700 Physiotherapeut\*innen und der Hausärzteverband Baden-Württemberg (2024) mit 4.200

Hausärzt\*innen. Zusätzlich wurde anhand der oben beschriebenen Strategie rekrutiert. Aufgrund der Offenheit der Rekrutierungsstrategien und der Nutzung des Schneeballsystems kann jedoch keine genaue Rücklaufquote angegeben werden.

Die Analyse der Daten erfolgte anhand einer kategorienbasierten Auswertung entlang der Hauptkategorien (Kuckartz 2018, S. 118ff). Im Folgenden werden die Ergebnisse entlang des entwickelten Kategoriensystems der Haupt- und Subkategorien einzeln dargestellt und folgen somit der Logik der Analyse. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der beiden Berufe werden dabei herausgearbeitet und einander gegenübergestellt. Die Ergebnisse werden mit entsprechenden Ankerbeispielen (AB) aus den Transkripten belegt. Zitate aus den Interviews werden durch die Berufskennung, die Nummerierung der Transkripte und dem Absatz kenntlich gemacht, so zum Beispiel PT\_03\_104. Die Zitate wurden für bessere Lesbarkeit sprachlich etwas geglättet. Die Abkürzung PT steht für Physiotherapie, HÄ für Hausärzt\*in und I für Interviewerin. Wie in Abb.1 zu sehen, gliedern sich die Hauptkategorien in Subkategorien wie folgt (s.Abb.1):

- „Erfahrungen und Erleben sind heterogen“
- „diverse persönliche Einstellungen“
- „identifizierte Kontaktarten und –wege“
- „Einflussfaktoren verschiedener Ebenen werden beschrieben“
- „Unterschiedliche Verbesserungen werden gewünscht und formuliert“

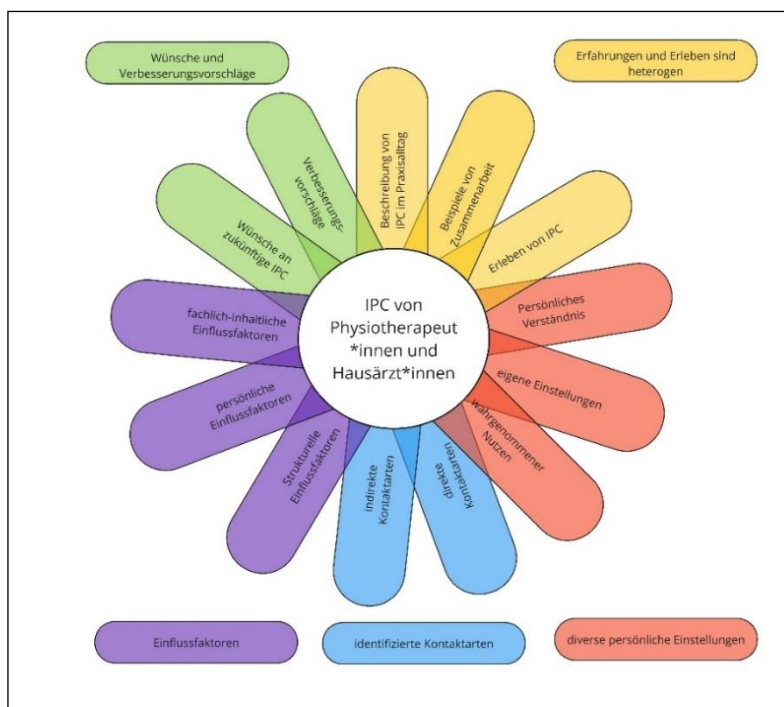


Abbildung 1: Übersicht über die Kategorien und deren Subkategorien

#### 4.1 Kontaktarten und Wege der interprofessionellen Zusammenarbeit

identifizierte Kontaktarten

Für das Verständnis der folgenden Kategorien sind die Kontaktarten und –wege relevant, da für jede IPC eine

Kontaktaufnahme erfolgen muss. Von den Befragten wurden verschiedene Arten des Kontaktes zwischen Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen beschrieben. Diese gliedern sich in **indirekte** und **direkte Kontaktarten**. Von indirekten Kontakten wird gesprochen, wenn Informationen über eine andere Person jenseits des direkten Adressaten oder nicht personengebundene Informationen weitergegeben werden, z.B. Visitenkarten. Direkte Kontaktarten sind jene, welche sich direkt an die andere Berufsgruppe wenden, ohne eine dritte Person. Für die Kontakte können verschiedene Medien genutzt werden. Inhalte von Kontakten seitens der Physiotherapeut\*innen sind hauptsächlich Veränderungen auf der Verordnung oder erwünschte zusätzliche Diagnostik, weitere Ideen zur Therapie, Informationen über Medikamente. Die Hausarzt\*innen holen sich Rückmeldung zum Erfolg oder zu Inhalten der Physiotherapie oder auch zu Anpassungen der Therapie. Eine Übersicht über beide Kontaktarten gibt Tabelle 3.

Tabelle 3: Übersicht über die Kontaktarten

Indirekte Kontaktarten	Direkte Kontaktarten
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient*innen als Bote von Informationen</li> <li>• via Chef oder Kolleg*innen</li> <li>• via MFAs/Rezeptionskräfte</li> <li>• Werbematerialien, Infobroschüren, Visitenkarten o.ä.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telefonate</li> <li>• Rezept/Therapiebericht</li> <li>• Persönliches Gespräch</li> <li>• Vorbeigehen in andere Praxis</li> <li>• Email/Fax</li> <li>• Fortbildungen</li> <li>• Fallbesprechungen</li> <li>• nicht näher bezeichnete persönliche Kontakte</li> </ul>

**Indirekte Kontakte**, vor allem Informationen über Patient\*innen zu vermitteln, ist laut beider Berufsgruppen der meistgenutzte und meistens auch der einzige Kontaktweg, abgesehen von Verordnung und Therapiebericht.

*AB: „...aber es gibt keine guten funktionierenden Kommunikationswege außer den Patienten in meiner Erfahrung.“ PT\_07\_62*

Allerdings wird die Kommunikation via Patient\*innen auch kritisch gesehen, da nie ganz klar ist, was wirklich weitergegeben wird.

*AB: „Der Patient kommt irgendwann wieder zu mir und sagt, ja, ist besser oder nicht oder was auch immer, aber natürlich (lacht) ist das relativ [...] laienhaft dann die Rückmeldung, ja?“ HÄ\_11\_24*

Eine weitere Möglichkeit besteht für Physiotherapeut\*innen darin, Kolleg\*innen oder den \*die Vorgesetzte\*n zu bitten, Kontakt mit dem\*der Ärzt\*in aufzunehmen. Diese physiotherapeutischen Kolleg\*innen haben häufig private Kontakte zu den entsprechenden Ärzt\*innen, auf welche zurückgegriffen wird.

*AB: „...oder über den Chef dann tatsächlich. Also dass ich dann meinen Chef frage, ob er denn Doc mal schreiben kann (lacht), privat eher.“ PT\_04\_24*

Besonders Änderungen der Verordnung werden über die physiotherapeutischen Rezeptionskräfte und/oder medizinischen Fachangestellten bearbeitet. Selten werden Medien wie z.B. Visitenkarten oder Flyer genutzt, um Informationen zu einer physiotherapeutischen Praxis oder zu bestimmten Therapien bei einem Krankheitsbild weiterzugeben.

**Direkter Kontakt** wird von beiden Berufsgruppen bevorzugt über das Telefon hergestellt, da so Dinge schnell und einfach abgesprochen werden können. Zusätzlich zu den o.g. Inhalten werden Physiotherapeut\*innen kontaktiert, wenn Ärzt\*innen eine\*n dringende\*n Patient\*innenfall haben und schnell Termine für diese Person brauchen. Generell gilt, dass eine telefonische Kontaktaufnahme nur in Ausnahmefällen gemacht wird. Kommt ein telefonischer Kontakt zustande, wird dieser meist positiv und gewinnbringend eingeschätzt.

*AB:„(...) Mhm, also Telefon finde ich eigentlich am besten? Weil man dann halt den persönlichen Kontakt hat?“ PT\_10\_69*

*AB:„Oder kann ich mal durchstellen? Dann reden wir halt auch mal zwei Sätze. Das kommt schon vor, ja.“ HÄ\_05\_30*

Gesetzlich festgelegt als Informationsweitergabe sind die Verordnungen und Therapieberichte (siehe Kap.1.2.2 ). Eine selten genannte Form des direkten Kontakts für zusätzliche Informationen ist die Verordnung. Hausärzt\*innen nutzen dies gelegentlich, z.B. für die Information, dass eine Anleitung für Eigenübungen erfolgen soll.

Physiotherapeut\*innen haben bezüglich der Therapieberichte unterschiedliche Meinungen. Ein Teil schreibt grundsätzlich keine Therapieberichte, auch wenn dies angefordert sei, da diese ihrer Meinung nach nicht gelesen und vor allem auch kaum vergütet werden. Therapieberichte werden nur in Einzelfällen geschrieben, insbesondere wenn es relevant aus therapeutischer Sicht erscheint, oder wenn es sonst keine Folgeverordnung gibt. Laut Aussagen der Physiotherapeut\*innen wüssten sie dann, bei welchen Ärzt\*innen sie unbedingt einen Bericht schreiben müssten.

*AB:„Wir schreiben grundsätzlich keine? Also auch wenn es angekreuzt ist, weil es (..) ja. (..) Also wenn ein Arzt einen Therapiebericht will dann wissen wir das.“ PT\_09\_124*

Eine Physiotherapeutin gibt an, dass sie gelegentlich ohne Aufforderung einen Bericht schreibt, um so in einen besseren Austausch zu kommen. Sie hätte diesbezüglich schon positive Rückmeldung von ärztlicher Seite erhalten. So wurde eine Folgeverordnung erst abgelehnt und nach Erhalt eines Therapieberichtes doch noch ausgestellt. Auch bei den Hausärzt\*innen divergieren die Meinungen zu den Therapieberichten: sie sehen diese teilweise gewinnbringend an und fordern sie bewusst an. Andere verzichten generell darauf, hier vor allem aus Zeitgründen für beide Seiten. Es wird auch kommuniziert, dass Ärzt\*innen diese Berichte für die Akten haben wollen, diese würden dann „abgehakt und eingescannt“ (HÄ\_09\_92).

*AB:„Ja, das kreuze ich nie an. Weil ich ähm denen nicht zusätzliche Arbeit machen will.“ HÄ\_07\_46*

Sowohl Hausärzt\*innen als auch Physiotherapeut\*innen geben an, dass sie das direkte Gespräch suchen, von Angesicht zu Angesicht. Dies betrifft vor allem die Kolleg\*innen mit räumlicher Nähe

der Praxen zueinander, z.B. in einem MVZ. Physiotherapeut\*innen nutzen diesen Kontaktweg selten und bewerten ihn unterschiedlich, von gewinnbringend bis sehr ernüchternd, z.B. wenn trotz mündlicher Zusage für eine Folgeverordnung noch ein Bericht geschrieben werden muss. Diese Art der Kontaktaufnahme erfolgt in Ausnahmesituationen.

*AB: „Oder wenn es jetzt mal ganz dringend ist, kann man auch gegenüber laufen, weil da sind fünf Orthopäden und da kann man mit denen direkt sprechen.“ PT\_10\_23*

Reine Änderungswünsche werden häufig via Fax oder Email gestellt.

Ein\*e Physiotherapeut\*in und ein\*e Hausärzt\*in berichten, dass Fallbesprechungen zur Therapieanpassung stattfinden. In die physiotherapeutische Praxis kommt regelmäßig ein\*e Orthopäd\*in, um gemeinsame Patient\*innen zu besprechen. Die Hausärztin gibt an, dass sie sich einmal im Monat zu einem festen Termin mit dem Chef der Physiotherapiepraxis im Haus zusammensetzt, um Patient\*innen zu besprechen. Diese Hausärzt\*in ist der Meinung, dass solche Besprechungen generell „Chefsache“ seien, also von ärztlicher Chefin zu physiotherapeutischem Chef sein soll. Angaben zu einem Dokumentationssystem erfolgen nicht.

*AB: „Weil er der Chef ist. Das ist Chefsache. ... das hat sich so ergeben und dann ist es so geblieben.“ HÄ\_04\_171-178*

Generell sind Besprechungen dieser Art die Ausnahme, auch andere direkte Kontakte sind eher selten. Finden sie doch statt, werden sie als gewinnbringend für die Therapie und für die Patient\*innen gesehen.

Diese Äußerungen zu den Kontaktarten und –wegen zeigen, dass es insgesamt wenig Kontakt gibt und noch weniger direkten Kontakt und Absprachen. Häufig werden Informationen über Patient\*innen weitergegeben.

## 4.2 Erfahrungen und Erleben der interprofessionellen Zusammenarbeit

Erfahrungen und Erleben sind heterogen

„Erfahrungen und Erleben der IPC sind heterogen“: In den Interviews finden sich hierzu Aussagen zu „Beschreibung der IPC im eigenen Praxisalltag“, „Beispiele von Zusammenarbeit“ und „das Erleben von IPC von Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen“. Die ersten beiden Hauptkategorien beinhalten dabei die Erfahrungen, die dritte Hauptkategorie das Erleben der Befragten mit IPC.

Die **Erfahrungen der Befragten mit IPC** im Praxisalltag werden von beiden Berufsgruppen als kaum oder nicht existent oder als unzulänglich **beschrieben**, hier vor allem von Physiotherapeut\*innen (neun von elf). Die Unzulänglichkeit wird darin gesehen, dass es kaum Kontakte gibt und wenn ja, sind diese extrem kurz.

*AB: „(...) (seufzer) gar nicht, kaum bis gar nicht?“ PT\_01\_16*

Ärzt\*innen bezeichnen das Ausstellen von Rezepten als IPC.

*AB: „(..) Ja. Zu dem äh wenn Patienten mit Rückenschmerzen kommen? Ähm je nachdem wie die Schmerzen sind? Bekommen sie in der Regel ein Physiorezept. Und ähm, das ist es eigentlich auch schon fast. (.)“ HÄ\_09\_11*

Eine Physiotherapeutin erklärt, dass die Zusammenarbeit gut ist, relativiert dies aber sofort, dass es ein Ausnahmefall und kein Normalzustand sei, da sie diesen einen Hausarzt persönlich kenne. Von ärztlicher Seite wird die IPC als „reibungslös“ beschrieben, da es keine IPC gäbe und diese daher ohne Probleme sei.

*AB: „Da ich aktuell relativ wenig Kontakt zu Physiotherapeuten habe würde ich das mal als äh relativ reibungslos, sag ich mal, einschätzen.“ HÄ\_02\_10*

Beide Seiten **beschreiben als gute Zusammenarbeit**, wenn gegenseitige Absprachen erfolgen, z.B. zu Therapieart und –frequenz, Fortschritten oder Alternativen. Wichtig ist, dass diese Absprachen eingehalten werden. Als gute IPC wird eine generelle Informationsweitergabe sowie die Einhaltung gängigen Höflichkeitsregeln wie freundlich, offen, kompetent, gesehen. Das Anerkennen der Expertise des Gegenübers ist ein weiterer Punkt in dieser Kategorie.

*AB: „Und könnte man eventuell anstatt sechs mal KG drei mal KG und drei mal Manuelle Therapie aufschreiben? ... Und dass der Arzt dann einfach sagt, ja! wir können das versuchen. Und dass er in uns nicht immer denjenigen sieht, ja wir wollen ja nur Geld.“ PT\_06\_12*

*AB: „Dass das eine gute Zusammenarbeit ist, Hand in Hand, jeder in seinem Fachgebiet und dass man da auch etwas erreichen kann. Und eben auch direkt darüber sprechen kann, ja? Das (...) hat mir gut gefallen, ja.“ HÄ\_10\_68*

Die **positiven Beispiele** dieser Kategorie beziehen sich dabei von physiotherapeutischer Seite auf Berufsgruppen einer ähnlichen Hierarchieebene wie Orthopädiemechaniker oder Medizinische Fachangestellte, selten auf hausärztliche Kolleg\*innen. Hausarzt\*innen beschreiben Situationen im stationären Setting, z.B. Akutkrankenhaus oder Pflegeheim, bezüglich IPC mit Physiotherapeut\*innen oder auch Pflegefachkräften.

*AB: „Ähm das war mit dem Orthopädietechniker zu einem Hausbesuch von mir? ... Und das war über Email, das war persönlich, wir waren gemeinsam bei der Patientin? Äh und auch telefonisch dann mehrmals. Dass habe ich als sehr angenehm empfunden.“ PT\_04\_34*

*AB: „Ich betreue ja auch Pflegeheime? da habe ich ja auch des Öfteren die positiven Begegnungen mit Physiotherapeuten? Dass die (...) ... Vom Pflegeheim aus zu mir in die Praxis kommen um ein Rezept zu holen und wir dann den einzelnen Patienten besprechen. Im Bezug auf die Erfolge? Auf die Misserfolge? Auf die Compliance? Und das ist dann eigentlich ein sehr schönes Zusammenarbeiten. Also (...) aufeinander zukommen ist IMMER eigentlich die schöne Sache von beiden Seiten.“ HÄ\_08\_56*

Unterstützend für eine gute ICP ist dabei die zeitliche Dimension, insbesondere wenn zügig der Kontakt zu den Hausarzt\*innen hergestellt wird bzw. wenn die Patient\*innen zeitnah Termine für die Physiotherapie bekommen oder Rückmeldung zu z.B. Rezeptänderungen.

*AB: „Der Kontaktweg ist sehr schnell. Also. Ja. Das ist positiv.“ PT\_09\_70*

Generell wird direkter persönlicher Kontakt als positiv empfunden. Dabei ist Kontakt zur anderen Berufsgruppe nur notwendig in komplizierten Patient\*innenfällen. Wenn eine Behandlung unkompliziert ist, braucht es keinen Kontakt:

*AB: „Wenn es läuft, dann brauche ich keinen Kontakt.“ HÄ\_06\_24*

Drei Befragte, zwei Hausärzt\*innen und ein\*e Physiotherapeut\*in konnten keine positiven Beispiele nennen, merkten aber an, dass es diese bestimmt gäbe. Im Gegenzug konnten vier Befragte, drei Hausärzt\*innen und ein Physiotherapeut, kein Beispiel für **schlechte Zusammenarbeit** beschreiben. Physiotherapeut\*innen geben an, dass schlechte Zusammenarbeit für sie sei, wenn generell der Austausch fehlt und/oder wenn die fachliche Expertise nicht anerkannt wird, was sich z.B. darin zeigt, dass Hinweise für aktuelle und zukünftige Verordnungen, ggf. weitere Diagnostik oder Hausbesuche begründungslos abgelehnt werden. Dies trifft Physiotherapeut\*innen besonders, wenn Patient\*innen länger als nötig an Schmerzen leiden müssen, weil z.B. eine falsche Diagnose gestellt wurde. Die Therapeut\*innen reflektieren, dass es um wichtige und relevante Therapien gehen muss bei Änderungswünschen und nicht darum, Verordnungen zu verlängern, um Klientel zu behalten.

*AB: „... ich hatte eine Patientin, die immer wieder mit der Diagnose Spinalkanalstenose kam, die konnte keinen Schritt machen und ähm als ich die Hüfte untersucht habe, war völlig klar, also ... so eine heftige Coxarthrose habe ich glaube ich noch nie gesehen, (lacht) und der Arzt sich wirklich geweigert hat, ich habe immer wieder ...einen Bericht geschrieben und habe die Patientin...immer wieder darauf angesetzt ... die hat wirklich lange leiden müssen bis der Arzt wirklich mal diese Hüfte untersucht hat und die endlich eine neue Hüfte gekriegt hat und ähm sie kam dann ein Jahr später und hat gesagt, Mensch Sie haben damals immer schon gesagt das ist die Hüfte aber mein Arzt wollte es nicht wahrhaben' (lacht)“ PT\_01\_26*

Darüber hinaus wird von Physiotherapeut\*innen IPC als schlecht benannt, wenn für sie Entscheidungen, z.B. hinsichtlich der Therapie oder angeforderter Therapieberichte, nicht nachvollziehbar sind, besonders im persönlichen Gespräch, oder wenn eine starke Hierarchie erlebt wird. Dies zeigt sich z.B. darin, dass Ärzt\*innen Therapeut\*innen nicht zu Wort kommen lassen, dass prinzipiell Verordnungen nicht geändert werden oder in der Weigerung aktuelle Verordnungen zu ändern. In diese Kategorie fällt auch, wenn bei Kontakt die Höflichkeitsregeln nicht eingehalten werden, z.B. durch unangemessenen Tonfall und Wortlaut oder durch sich am Telefon nicht mit Namen melden.

Maßgeblich Hausärzt\*innen beschreiben schlechte Zusammenarbeit als Kompetenzüberschreitung, wenn Physiotherapeut\*innen sich Dinge anmaßen, die nicht zu deren Aufgaben gehören, z.B. Beratung zu Impfungen, Diagnosen stellen sowie das Einfordern von unwahren Diagnoseschlüsseln, zu denen deutlich mehr Therapieeinheiten verordnet werden kann als zum aktuellen, hausärztlich angewandten Diagnoseschlüssel.

*AB: „Aber wenn dann quasi, ja, das klingt jetzt so ein bisschen arrogant, aber wenn die Fachkompetenz vielleicht dann ein bisschen verlassen oder überschritten wird. Ja? Ähm, das ist dann für mich Negativerfahrung.“ HÄ\_07\_35*

Seitens Hausärzt\*innen wird als Beispiel für schlechte Zusammenarbeit genannt, wenn Physiotherapeut\*innen etwas Anderes in der Behandlung machen, als auf der Verordnung



angeben ist. Dies ist unter anderem der Fall, wenn statt aktiver Maßnahmen passive Maßnahmen durchgeführt werden oder wenn von physiotherapeutischer Seite kein Kontakt bezüglich einer Therapieänderung oder -anpassung zu Ärzt\*innen gesucht wird. Ein weiterer Punkt ist, wenn Patient\*innen wiederholt mitteilen, dass es qualitative Mängel in einer Physiotherapiepraxis gibt, z.B. dass bei jeder Einheit ein\*e andere\*r Therapeut\*in behandelt.

*AB: „Wenn die Physiotherapie anderer Meinung ist, und sagt, der Patient sollte KEINE Krankengymnastik bekommen? Er sollte mit Massagen behandelt werden, dann müsste er das ja theoretisch mit mir absprechen. Denn auf dem Rezept steht MEINE Unterschrift. Und ist eigentlich ein großes Konfliktthema und das bezieht sich nicht nur auf Hausärzte.“  
HÄ\_08\_42*

Aus den Ergebnissen zeigt sich, dass für Physiotherapeut\*innen die Missachtung der beruflichen Expertise ein deutliches Zeichen schlechter Zusammenarbeit ist, während für Hausärzt\*innen die Missachtung der beruflichen Grenzen und Rollen von Seiten der Physiotherapie Konfliktpotential birgt. Im Umkehrschluss wünschen sich Physiotherapeut\*innen, in ihrer fachlichen Expertise anerkannt zu werden, müssen sich dafür aber nach Sicht der Hausärzt\*innen an ihre berufliche Rolle und deren Grenzen halten, also machen, was auf dem Rezept steht, bzw. mit den ärztlichen Kolleg\*innen Kontakt suchen.

Das **Erleben von IPC** wird unterschiedlich wahrgenommen und formuliert, so kann die IPC neutral erlebt werden, da die fachliche Ebene im Vordergrund steht oder jede\*r ihre\*seine Arbeit macht, weil der Austausch vermisst oder mehr gewünscht wird oder beim Austausch Höflichkeitsregeln eingehalten werden. Neutrales Erleben wird auch bei Abwesenheit von negativem Erleben oder Erlebnissen angeführt. Wie IPC erlebt wird, wird als stark personenabhängig vom jeweiligen Gegenüber und den Vorerfahrungen beschrieben.

*AB: „Aber das ist ganz schwer, das kann ich nicht pauschalisieren. Also ich würde sagen es gibt wirklich auf beiden Seiten alle Vertreter (lacht).“ PT\_04\_50*

Motivierend wird IPC sowohl von Physiotherapeut\*innen als auch von Hausärzt\*innen erlebt, wenn die Zusammenarbeit „funktioniert“, d. h. wenn es gegenseitige Kontakte gibt und miteinander geredet wird, wenn Patient\*innen schnell Termine bekommen sowohl bei Ärzt\*innen als auch bei Therapeut\*innen. Positiv erlebte Beispiele machen Spaß und können dabei auch zu weiteren Kontakten führen:

*AB: „(4) ähm dass es etwas gebracht hat. Weil wenn ich fünf mal eine Absage bekommen habe dann denkt man sich schon irgendwann, naja, pff, so, was mache ich hier eigentlich? Und wenn dann ein positiver Fall ist, dann weiß man wieder warum man das macht sozusagen.“ (PT\_10\_171)*

Ausschließlich Physiotherapeut\*innen erleben durch IPC Wertschätzung, welche sich dadurch auszeichnet, dass Ärzt\*innen auf die Physiotherapeut\*innen zukommen oder grundsätzlich (zu)hören bzw. Physiotherapeut\*innen ernstnehmen, wenn Gespräche in angenehmer Atmosphäre und auf Augenhöhe und ohne Hierarchie stattfinden. Dies zeigt sich auch darin, dass Physiotherapeut\*innen überhaupt Rückmeldung von Ärzt\*innen bekommen oder durch

Anerkennung der fachlichen Expertise. Folgen Hausärzt\*innen den Empfehlungen von Physiotherapeut\*innen fühlen sich diese dadurch sichtbar, ernstgenommen und sie erleben ein Vertrauensverhältnis.

*AB: „Also er kommt auch von sich aus auf mich zu und FRAGT mich! Dass ist dann auch diese Wertschätzung, die ich gesagt habe.“ PT\_03\_57*

Emotionen, die von Physiotherapeut\*innen in diesem Zusammenhang genannt werden, sind hier maßgeblich Freude und Stolz. Hausärzt\*innen benennen es als angenehm, wenn überhaupt miteinander gesprochen wird, wenn Gesprächspartner\*innen nicht fordernd sind und Gespräche in lockerer Atmosphäre stattfinden.

*AB: „...und dann wird das eigentlich so im Gespräch locker abgesteckt. Würde ich mal sagen.“ HÄ\_11\_14*

**Zusammenarbeit** wird auch als **herausfordernd** beschrieben und kann demotivierend sein. Nach Aussagen der Befragten hemmen sowohl negatives Erleben und Erfahrungen mit IPC ganz allgemein als auch mit spezifischen Personen die weitere Kontaktaufnahme. Dies kann dazu führen, dass generell kein Kontakt zu anderen Berufsgruppen oder zu relevanten Personen mehr aufgenommen wird bzw. nur im äußersten Notfall der Kontakt gesucht wird. Beide Berufsgruppen erleben mangelnde Wertschätzung. Für Physiotherapeut\*innen äußert sich mangelnde Wertschätzung darin, dass Therapieberichte nicht gelesen werden, wenn die Kommunikation „nicht gleichwertig“ erfolgt und extrem kurzgehalten wird und sie ihre inhaltlichen Punkte nicht anbringen können. Besonders die ungelesenen Therapieberichte verärgern Therapeut\*innen, da sie diese kaum vergütet bekommen. Ebenso finden es Therapeut\*innen generell nicht wertschätzend, wenn Hausärzt\*innen eine geringe Meinung über Physiotherapie haben und dies dann Patient\*innen kommunizieren.

*AB: „Und das war dann schon so ein bisschen ein Dämpfer, wo wir gedacht haben, na toll. (.) dann nehmen wir uns dann die Zeit für die 80 Cent Bericht und es wird nicht gelesen.“ PT\_01\_108*

Ein Hausarzt gibt, an, dass er es nicht wertschätzend findet, wenn sehr häufig die von ihm ausgestellten Verordnungen von physiotherapeutischer Seite geändert werden sollen.

*AB: „Ja. (lacht). Es gibt Physiotherapiepraxen, ... äh da kommt jeder zweite Patient mit einem Änderungswunsch für das Rezept, nicht das sondern jenes, nicht das sondern etwas ganz anderes? Äh, das macht mich dann ein bisschen stutzig und da ärgere ich mich auch drüber, äh, (.) weil das finde ich dann auch nicht wertschätzend mir gegenüber“ HÄ\_03\_80*

Die Ergebnisse zeigen des Weiteren, dass ausschließlich die Physiotherapeut\*innen, sieben von elf, sehr starke Hierarchien erleben. Eine der Physiotherapeut\*innen, welche keine Hierarchie erlebt, ist in einer Führungsposition. Eine der selbstständigen Therapeutinnen berichtete sehr viel, stark emotional und anschaulich von den erlebten Hierarchien. Die andere der selbstständigen Therapeutinnen erwähnt die Hierarchien zwar, sie nehmen im Interview aber nur wenig Raum ein, andere Dinge überwiegen ihre Sichtweisen. Durch die erlebten Hierarchien fühlen sich Physiotherapeut\*innen klein, nicht gesehen, unterwürfig oder wie Schüler\*innen.

Austausch wird als nicht gleichwertig angesehen. Fachliche Expertise wird nicht anerkannt, so dass Therapie so gemacht werden muss, wie ärztliche Kolleg\*innen es verschreiben, obwohl diese teilweise die Möglichkeiten der Physiotherapie nicht genau kennen würden.

*AB: „wenn man als Partner nicht wahrgenommen wird, sondern nur als ähm (.) wie ein Medikament (lacht) oder so verordnet wird, das (..) ja. dann erübrigt sich dann auch die Notwendigkeit von Kommunikation.“ PT\_07\_84*

Als erlebte Emotionen nennen Ärzt\*innen im Zusammenhang mit dieser Kategorie Ärger, einmal auch Wut. Physiotherapeut\*innen schildern zusätzlich Missachtung, Trauer, Ratlosigkeit, Resignation und Hilflosigkeit. Dies resultiert bei Physiotherapeut\*innen dann wieder in Frustration. Aus ihrer Sicht wurde Arbeit, Zeit und Kraft in die Kontaktaufnahme gesteckt, mit der Intention, das Beste für den\* die Patient\*in zu erreichen.

*AB: „Das war schon sehr negativ und frustrierend! Dass es, dass es so ein Kampf benö[tigt] also dass man da so, ja sich emotional auch damit beschäftigen musste (.) für das Patientenwohl einzustehen. (..) ähm ja.“ PT\_04\_54*

Es fällt auf, dass Physiotherapeut\*innen deutlicher Emotionen mit IPC verbinden, sei es in Worten wie auch in längeren Pausen oder in veränderter Intonation. Im Gegensatz dazu äußern Hausärzt\*innen insgesamt wesentlich weniger Emotionen und handeln die genannten Themen sehr sachlich ab.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Erleben und die Erfahrungen von IPC heterogen sind und mit unterschiedlichen Emotionen belegt sind. Physiotherapeut\*innen möchten bei der Behandlung von Rückenschmerzpatient\*innen professionell wahrgenommen werden, die Basis hierfür sehen Hausärzt\*innen im professionellen Verhalten.

### 4.3 Persönliche Einstellungen sind divers und abhängig von den Vorerfahrungen

diverse persönliche Einstellungen

Die persönlichen Einstellungen zu IPC sind divers und abhängig von den Erfahrungen. Sie unterteilen sich in die Subkategorien „Persönliches Verständnis“, „Eigene Einstellungen zu IPC“ und „Wahrgenommener Nutzen von IPC“.

Das **persönliche Verständnis von IPC** enthält auch die persönlichen Definitionen der Befragten von IPC. So ist IPC für beide Gruppen der gegenseitige direkte Austausch zur Weitergabe therapierelevanter Informationen, von Feedback sowie direkte Kommunikation miteinander. Wichtig ist dabei die Zugänglichkeit von Informationen sowie die Bilateralität des Austauschs. IPC wird zudem von beiden Seiten als offener und einfacher Umgang miteinander sowie mit schnellen Kontaktmöglichkeiten beschrieben. Physiotherapeut\*innen verstehen unter IPC zudem Kontakt auf besagter Augenhöhe und mit Wertschätzung sowie das Klären der gegenseitigen Erwartungen hinsichtlich einer Zusammenarbeit.

*AB: „...aber eben auch Anregungen, Probleme oder so etwas angesprochen werden können und die dann auch ernst genommen (.) werden. (...)" PT\_10\_45*

*AB: „Zusammenarbeit wäre wahrscheinlich, wenn ich mich vielleicht melde und das Problem schildere oder ich vielleicht eine RÜCKmeldung kriege und die sagen, das ist so und so und empfehlen vielleicht das oder könnte das sein, dass man miteinander kommuniziert. Das wäre für mich Zusammenarbeit.“ HÄ\_07\_19*

IPC sei auch, gemeinsame Werte zu haben, sich zu ergänzen, ein gemeinsames Problembewusstsein und ein gemeinsames Ziel – das Patient\*innenwohl – zu haben.

Ein Teil der befragten Hausarzt\*innen sehen IPC darin, eine Verordnung für Physiotherapie auszustellen, wenn schnell physiotherapeutische Termine verfügbar sind oder wenn die physiotherapeutischen Kolleg\*innen genau das ausführen, was verordnet wurde, und sich nicht über die Verordnung hinwegsetzen. Es wird ebenso angemerkt, dass keine direkte Zusammenarbeit stattfindet, da nicht gemeinsam an Patient\*innen gearbeitet wird.

*AB: „... dass der Therapeut sich nicht über diese Dinge hinwegsetzt? Wenn man wirklich konform geht mit dem Arzt, profitiert ja letztlich der Patient davon.“ HÄ\_08\_68*

Je ein Physiotherapeut und ein Hausarzt haben die **Einstellung**, dass sie weder Zusammenarbeit noch Kontakt brauchen, da sie keinen Nutzen darin sehen. Für diese beiden Personen ist das ein wichtiger Punkt, was sich in mehreren Aussagen und somit Codierungen zu diesem Punkt widerspiegelt. Andere Physiotherapeut\*innen heben hervor, dass ICP eine gewisse persönliche Relevanz haben muss, auch in Verbindung mit dem\*der jeweilige\*n Patient\*in damit im Praxisalltag auch bei widrigen Umständen Kontakt zum\*zur Ärzt\*in aufgenommen wird.

*AB: „Es [IPC] muss halt eine bestimmte Wichtigkeit haben und dass es die Wichtigkeit manchmal hinter diesem ganzen Alltagsgedöns wieder so ein bisschen nach unten sinkt. und dann vielleicht wieder an Wichtigkeit gewinnt, wenn man wieder jemanden hat, wo es vielleicht besonders Wichtig WÄre zu kommunizieren“ PT\_01\_106*

Hausärztliche Kolleg\*innen sind wiederum der Meinung, dass gegenseitiges Abstimmen sinnvoll bzw. nicht schlecht ist. Zwei Ärzt\*innen merken an, dass sie gerne von Physiotherapeut\*innen dazu lernen bzw. dass sie konstruktive Rückmeldung der Physiotherapeut\*innen für gute Behandlungsergebnisse benötigen.

*AB: „Also bin ich natürlich auch gerne (.) äh bereit und überhaupt auch drauf angewiesen? auf diese Art und Weise auch äh Korrekturvorschlag, Kritik, Hinweise oder wie man es nennen will zu bekommen. Also konstruktive Rückmeldung.“ HÄ\_03\_80*

Der **wahrgenommene Nutzen** der IPC ist ein großes und wichtiges Thema für die Befragten, der professionsübergreifend gesehen und beschrieben wird. Durch IPC bei der Behandlung von Rückenschmerzpatient\*innen wird eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse bei Patient\*innen gesehen, insbesondere hinsichtlich der Reduzierung der Beschwerden, der Verbesserung der Lebensqualität und der Patient\*innenzufriedenheit. Mit IPC bekommen Patient\*innen mit Rückenschmerzen schnell(er) und zielgerichtet eine individuellere Therapie, was Therapieart, Dauer und Frequenz betrifft, ggf. noch weitere Diagnostik oder angepasste Medikation.

*AB: „Äh, eine Verbesserung der (.) am ENDE eine Verbesserung der Lebensqualität, der Beschwerden, ähm des Outcomes.“ HÄ\_07\_25*

Physiotherapeut\*innen formulieren zusätzlich sehr klar, dass mit IPC gemeinsam am gleichen Behandlungsziel gearbeitet werden kann, da dieses den Physiotherapeut\*innen überhaupt erst damit bekannt sei. In diesem Sinne kann IPC auch für weitere Therapieentscheidungen beider Professionen relevant sein. Kennen Physiotherapeut\*innen die Intentionen bzw. Ziele der Hausärzt\*innen können sie ihre Therapieplanung und -inhalte anhand der gemeinsamen, dann bekannten Ziele entsprechend anpassen. Sie können den Fokus z.B. mehr auf Krafttraining oder Patient\*innenedukation setzen. Von großer Wichtigkeit für Physiotherapeut\*innen sind Informationen über Kontraindikationen, um bestimmte Behandlungsformen ausschließen zu können bzw. auch hier Anpassungen treffen zu können. Das gibt Therapeut\*innen wiederum Sicherheit bei der Behandlung. Hausärzt\*innen könnten/können mit physiotherapeutischem Feedback ihrerseits die Weiterführung der Therapie anpassen im Sinne einer evtl. veränderten Fortführung, anderer Optionen oder eines Abbruches bei Erfolglosigkeit.

*AB: „Also ich bin ja auch in der Pflicht. Und wenn der Arzt wiederum seiner Pflicht nicht nachkommt, dann hat es ja auch Auswirkung auf meine Therapie und dann stehe ich dumm da was ich jetzt machen kann oder halt NICHT machen kann!“ PT\_10\_49*

*AB: „Also es würde das schon für mich äh plausibler machen, zu sagen, ok, ich sehe das so und so? Oder ich sehe das was die geschrieben hat? Äh, also das ist nicht so richtig geworden? Oder wir könnten mal das machen? Das finde ich schon schöner, wenn man dann das direkt von dem Leistungserbringer zu Leistungserbringer kommuniziert und nicht über den Patienten.“ HÄ\_05\_12*

Ein weiterer Punkt ist, dass mit IPC die Therapie für die Rückenschmerzpatient\*innen optimiert werden kann, und schneller die optimale Therapie eingeleitet werden kann. Beide Parteien betonen, dass durch IPC Ressourcen geschont würden, durch zielgerichtete Therapie ggf. weniger Verordnungen/Behandlungen notwendig wären. Beide Parteien sehen einen bedeutenden Nutzen von IPC darin, dass Folgeschäden und Chronifizierung reduziert oder vermieden werden können, was letzten Endes Ressourcen schont und die Lebensqualität der Patient\*innen verbessert.

*AB: „(4) man würde halt (..) fachlich am selben Stra[n]g man würde halt ja richtig am selben Strang ziehen weil die (5) die Qualität der Gesamtbehandlung würde halt extrem steigen.“ PT\_04\_106*

*AB: „Ich hoffe, dass dann eine zielgerichtetere Behandlung oder gleich die richtige Behandlung kommt? Und dass damit eventuell ähm ja, die Verbesserung eher eintritt oder weniger weniger! Physiotherapiebedarf besteht. Wenn es gleich richtig gemacht wird.“ HÄ\_02\_82*

Vor allem Physiotherapeut\*innen hilft IPC, Patient\*innen besser und ganzheitlich fachlich einzuschätzen, da sie umfassendere Informationen zur Verfügung haben, was wiederum, wie oben dargestellt, die Therapieentscheidungen beeinflussen kann. Sie beschreiben auch, dass sie

durch IPC Verständnis für andere Berufsgruppen, hier der Hausärzt\*innen, entwickeln und deren Entscheidungen besser nachvollziehen könnten. Zusätzlich könnten Vorurteile von Seiten der Physiotherapeut\*innen abgebaut werden. Ein weiterer Benefit wird darin gesehen, dass das Vertrauen der Patient\*innen in die medizinische Versorgung verbessert wird.

*AB: „Mhm, dass ich ein umfassenderes Bild habe und ja so diese Zahnräder quasi mehr ineinander gehen.“ PT\_10\_85*

Eine\*e Hausärzt\*in sowie mehrere Physiotherapeut\*innen schildern die Konsequenzen von fehlender IPC. Von hausärztlicher Seite könne es dazu führen, dass keine weiteren Verordnungen mehr ausgestellt werden. Unter Umständen legen beide Parteien Patient\*innen nahe, sich eine andere physiotherapeutische bzw. ärztliche Praxis zu suchen, bevorzugt eine, mit der bessere Erfahrungen bezüglich der IPC oder Behandlungsqualität gemacht wurden. Seitens der Physiotherapeut\*innen sind mangelnde Motivation für die Arbeit und vor allem für eine Kontaktaufnahme zu Ärzt\*innen und somit mangelnde Effizienz der Therapie weitere Konsequenzen fehlender IPC. Aus deren Sicht müssen Patient\*innen mehr leiden als nötig, da es z.B. bezüglich der Ursachen der Beschwerden unterschiedliche Ansichten und dann keine weiteren Verordnungen mehr gibt. Physiotherapeut\*innen geben außerdem auch mehr Unsicherheiten in der Behandlung an, da ihnen wichtige Informationen, z.B. zu Kontraindikationen und Nebendiagnosen, fehlen bzw. dass sie so nicht richtig arbeiten können.

*AB: „...das äh (...) macht dann schon auch, dass ich dann ... zurückstecke mit meinem Elan. was die Zusammenarbeit angeht. Also da bin ich dann nicht mehr so motiviert. I: „Wie zeigt sich das dann?“ (...) ja? dass ich dann mit so jemanden unter Umständen lieber nicht (...) in Verbindung trete. Und irgendwie gucke, dass es das es so geht.“ PT\_02\_66-70*

Die beiden Befragten, die keine IPC brauchen, sehen auch keinen Nutzen darin.

Die Aussagen zu den persönlichen Einstellungen zeigen auf, dass diese divers und geprägt von den Vorerfahrungen sind und den eingeschätzten Nutzen der IPC beeinflussen. Nach Einschätzung der Befragten liegt der Nutzen von IPC in einem verbesserten Informationsaustausch, der geeignet ist, die Therapie von Rückenschmerzpatient\*innen zu optimieren und eine Chronifizierung der Schmerzen zu verhindern.

#### 4.4 Identifizierte Einflussfaktoren auf die interprofessionelle Zusammenarbeit

##### Einflussfaktoren

Von den Teilnehmenden wurden verschiedene Einflussfaktoren auf die IPC beschrieben. Diese sind im Sinne von Barrieren hemmend oder im Sinne von Förderfaktoren unterstützend und können in drei Ebenen, die strukturelle, die persönliche und die fachlich-inhaltliche unterteilt werden. Die strukturelle Ebene bezieht sich auf vorgegebene Rahmenbedingungen gesetzlicher aber auch praktischer oder organisatorischer Art, wie z.B. Arbeitsabläufe. Die persönliche Ebene umfasst individuelle Einstellungen und Erwartungen sowie die persönlichen Beziehungen. Die inhaltliche Ebene betrifft alle Aussagen zu fachlich-inhaltlichen Themen.

Die Ebene, welche die IPC am meisten hemmt, ist laut der Aussage der Teilnehmenden die strukturelle Ebene, die mehr als doppelt so oft erwähnt wurde wie die hemmenden persönlichen Faktoren und etwa fünfmal so häufig wie die fachlich-inhaltliche Ebene. Innerhalb der **strukturellen Barrieren** ist für beide Berufsgruppen die fehlende Zeit für Austausch, durch Arbeitsdichte, Praxisalltag und jeweilige Taktung, maßgeblich, aber auch, dass von gesetzlicher Seite keine gesonderten Zeiten für IPC eingeplant bzw. vergütet werden.

*AB: „Da haben wir keine Zeit für. Und der Arzt auch nicht, denke ich.“ PT\_11\_32*

*AB: „Zeit! (.) schlicht und ergreifend.“ HÄ\_02\_72*

Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die schlechte Erreichbarkeit der Gesprächspartner\*innen, vor allem für Telefonate. Durch den Praxisalltag und die Vielzahl an Patient\*innen ist es für beide Berufsgruppen schwierig bis fast unmöglich, sich gegenseitig zu erreichen. Erschwerend kommt hinzu, dass u.U. keine richtigen und festen Ansprechpartner\*innen bekannt sind oder wahrgenommen werden. Die Zeitspanne bis zum Erreichen des\*der richtigen Ansprechpartner\*in ist zu lang, so dass eine Kontaktaufnahme erst gar nicht versucht wird oder außerhalb der Praxis- oder auch Arbeitszeiten stattfinden müsste.

*AB: „...weil man eigentlich auch niemanden (.) mhm, die Ärzte schlecht erreicht.“ PT\_07\_4*

*AB: „...(.) Nein, eigentlich so diese Kontaktaufnahme, ...bis man halt quasi am richtigen Ansprechpartner ist. Das ist eigentlich so das Hauptproblem.“ HÄ\_02\_74*

Besonders für städtische Gebiete, wo Patient\*innen auf eine Vielzahl von Praxen beider Professionen zugreifen können, wird beschrieben, dass eben diese Vielzahl eine Barriere für die IPC sei. Die Vielzahl von Praxen der jeweils anderen Berufsgruppe im Umfeld stellen beide vor Herausforderungen. Physiotherapeut\*innen sehen darin ein Hindernis für ein generelles Kennenlernen und Netzwerkaufbau. Zusätzlich zu der genannten Vielzahl der Praxen ist die Wahlfreiheit der Patient\*innen für Hausarzt\*innen eine Barriere für eine Kontaktaufnahme, da sie nicht wissen, in welcher physiotherapeutischen Praxis die Patient\*innen sich letztendlich behandeln lassen.

*AB: „Der Patient geht IRGENDWOHIN? Holt sich irgendwo einen Termin und dann (.) weiß man davon nicht mehr viel.“ HÄ\_10\_48*

Weitere benannte aber weniger relevante Themen im Feld der strukturellen Barrieren sind mangelnde freie Termine für Physiotherapie, dass konservative Therapien vom Budget des Arztes abgehen im Gegensatz zu operativen Therapien, die räumliche Trennung, unnötige Bürokratie und mangelnde technische Infrastruktur.

Als **persönliche Barriere** wird mangelndes oder unterschiedliches Interesse am Kontakt mit der anderen Berufsgruppe genannt. Hauptsächlich Physiotherapeut\*innen haben das Gefühl, dass Hausarzt\*innen kein Interesse an einem Kontakt haben. Dies speist sich häufig aus den Erfahrungen der Physiotherapeut\*innen. Ein Hausarzt sagte dazu ganz klar, dass er keine Zusammenarbeit brauche, die anderen Hausarzt\*innen zeigten sich in den Interviews eher offen für eine IPC.

*AB: „Also die haben oft dieses die WOLLEN nicht oder so. Also ich glaube, dass das ähm eine grundlegende Barriere ist, die die Zusammenarbeit erschwert...“ PT\_07\_62*

Sich gegenseitig nicht zu kennen wird von beiden Seiten als Hemmnis für eine Kontaktaufnahme beschrieben. Dabei ist relevant, dass die Reaktion des Gegenübers auf die Kontaktaufnahme nicht eingeschätzt werden kann, ob die Person offen für IPC ist oder nicht.

*AB: „Puh! (seufzt) die (.) die kennen einen dann nicht? Und ich die auch nicht? Und dann ist irgendwie so, wird das erst einmal zurückgeschoben.“ PT\_10\_59*

*AB: „Ansonsten kenne ich die Physios ja auch gar nicht.“ HÄ\_06\_18*

Keine festgelegten Kommunikationswege und diesbezügliche Unsicherheiten erschweren zusätzlich beiden Berufsgruppen die Kontaktaufnahmen. Wie bereits in vorhergehenden Abschnitten dargestellt, bremsen eigene, erwartete oder berichtete negative Erfahrungen mit IPC, wie wahrgenommene Hierarchien oder unbekannte Einstellungen des Gegenübers zur Kontaktaufnahme, die Motivation vor allem die der Physiotherapeut\*innen.

*AB: „ähm das drosselt total den ähm (.) die Motivation und das ist ganz schrecklich eben, wenn ich da so darüber spreche, ähm wie das dann wirklich also das ähm (..) das baut halt schon (...) ja so ein inneres Hindernis auf, dass man schon erst DANN den Arzt kontaktiert wenn gar nichts mehr geht. wenn nix mehr greift. Obwohl es eigentlich oft der erste Schritt sein sollte (8)“ PT\_01\_36*

Zwei Hausarzt\*innen nennen noch die Differenz des erwarteten zum tatsächlichen bzw. berichteten Handelns in der physiotherapeutischen Behandlung als Negativgrund. Erwähnt werden als persönliche Barrieren weiterhin, dass keine\*r anfängt Kontakt aufzunehmen, gegenseitige Antipathie, sich gegenseitig nicht in die Karten schauen lassen und wenn gewinnorientiertes Verhalten angenommen wird.

Die **inhaltliche Ebene** wird als Barriere am wenigsten genannt. Folgende Punkte werden hier angeführt: unterschiedliche Behandlungsphilosophie, z.B. schulmedizinisch vs. biopsychosozial; geringer Wissenstand von Ärzt\*innen über physiotherapeutische Behandlungsmethoden und -inhalte, eingeschränktes Angebot von Therapieverfahren in physiotherapeutischen Praxen, chaotische Praxisorganisation auf physiotherapeutischer Seite, sowie wenig aussagekräftige Informationen auf den Verordnungen für Physiotherapeut\*innen. Barrieren sind, so ein\*e Physiotherapeut\*in:

*AB: „...ein unterschiedlicher Blick auf das Gesundheitsproblem des Patienten, unterschiedliche Sprache...unterschiedliche Erwartungen...im Umgang [miteinander].“ PT\_11\_70*

**Förderfaktoren** wurden ebenso auf struktureller, persönlicher und inhaltlicher Ebene identifiziert. Die persönliche Ebene wird in etwa doppelt so häufig genannt wie strukturelle und inhaltliche Faktoren. Als einflussreichster Förderfaktor der **persönlichen Ebene** wird „sich gegenseitig kennen“ genannt. Beide Berufsgruppen geben an, dass es ihnen jeweils leichter fällt, Kontakt zu einer bereits bekannten Person aufzunehmen, da diese besser eingeschätzt werden kann, sowohl was die Kontaktaufnahme generell betrifft als auch für ein spezielles Anliegen. Es



wird ebenso beschrieben, dass bei bestehender Bekanntheit die angefragte Person schneller erreicht wird („durchgestellt werden“). Aus den Daten geht zudem hervor, dass es einfacher ist, die betreffenden Angehörigen der anderen Profession zu kennen, je weniger diesbezügliche Praxen im Umfeld sind und je länger die Person(en) beruflich im räumlichen Umfeld verbleiben, also in der gleiche Praxis oder in einer Praxis in der Nähe. Eine dörfliche Umgebung mit weniger Praxen und einem längeren Verbleib der Menschen in der Region kann das gegenseitige Kennen unterstützen.

*AB: „(...) hm (nachdenkend) (..) also das hm (überlegend) ein Punkt also das würde [es] mir persönlich glaube ich leichter machen, wenn ich (..) wenn ich die Ärzte teilweise kennen würde? also wenn ich einfach schon einmal vielleicht ein persönliches Gespräch gehabt hätte? ... ähm oder zumindest einfach schon einmal ein persönlicher KonTAKT Richtung kennenlernen?“ PT\_01\_56*

*AB: „Also eben auch hier eine andere Situation als in der Stadt vielleicht. Denke ich, ja?“  
I: „Wieso?“ „Ja, weil wir uns kennen alle also. Die [Physiotherapeutin] ist ja bei uns auch in Behandlung, von Kleinkind auf, die die Physiotherapie HIER hat.“ HÄ\_05\_30 - 32*

Als weiterer starker Einflussfaktor der persönlichen Ebene wird der persönliche Wille zur Zusammenarbeit von beiden Seiten genannt. Dieses wird als Voraussetzung gesehen für die IPC, d.h. es muss für die jeweilige(n) Personen(gruppen) eine gewisse Relevanz haben, zusammen zu arbeiten und Kontakt aufzunehmen. Wichtig ist, dass der Wille zum Kontakt und zur Zusammenarbeit von beiden Seiten besteht und gelebt wird.

*AB: „Na so eine so eine so ein Engagement von jeder Seite, ... ein ähm in den Kontakt gehen wollen.“ PT\_02\_170*

Ein weiterer, hauptsächlich von Physiotherapeut\*innen genannter wichtiger persönlicher Faktor ist das Nutzen persönlicher und bestehender Netzwerke. Häufig wird hier auf ursprünglich private Kontakte zugegriffen, über die dienstliche Dinge geregelt werden. Auch rein berufliche Netzwerke werden genutzt, um überhaupt erst einmal bzw. schnell in Kontakt zu kommen. Von Physiotherapeut\*innen wird ebenso beschrieben, dass mit privat bekannten Ärzt\*innen der Umgang anders empfunden wird als mit unbekanntem, so dass dieser einfachere Informationsaustausch als besonders und nicht als Normalität benannt wird.

*AB: „Ich kenne ja auch privat Ärzte. Mit denen spreche ich natürlich dann anders, kann mich auch austauschen. Wir haben dann auch gemeinsame Patienten aber das ist ja nicht die Normalität.“ PT\_03\_39*

Ein von beiden Gruppen genannter weiterer relevanter persönlicher Faktoren ist, menschlich auf einer Ebene zu sein. Seitens der Physiotherapeut\*innen wird dies durch ein (besseres) eigenes berufliches Selbstverständnis, positive Erfahrungen mit einer konkreten Person, Verständnis und Respekt gegenüber der anderen Berufsgruppe sowie Konsensfähigkeit beschrieben. Hausärzt\*innen nennen als diesbezügliche weitere Förderfaktoren die Neugier auf und das Vertrauen in die andere Berufsgruppe, also hier die Physiotherapeut\*innen, zu haben. Es werden unterschiedliche **strukturelle Förderfaktoren** genannt (Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht über strukturelle Förderfaktoren

Genannt von...	Förderfaktoren
... beiden Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- räumliche Nähe</li> <li>- (abrechenbare) Zeiten für Kommunikation</li> <li>- schnelle Erreichbarkeit des Gegenübers</li> <li>- langer Verbleib einer Person oder Praxis am Ort</li> </ul>
...Physiotherapeut*innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- regelmäßige Kontakte zueinander</li> <li>- bekannte Kontaktzeiten</li> <li>- Wissen im Umgang mit den Therapieberichten</li> </ul>
...Hausärzt*innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geringe(re) Anzahl von Physiotherapiepraxen im Umfeld</li> <li>- Vorgaben der KV zur IPC</li> </ul>

An erster Stelle und mit deutlichem Abstand werden die räumliche Nähe von beiden Berufsgruppen genannt. Besonders, wenn sich Praxen im gleichen Gebäude oder in direkter Nachbarschaft, also gegenüber, nebenan, befinden, ist die Kontaktaufnahme einfacher. Als Vergleich wird hier von den Befragten häufig die Erfahrungen in der Zusammenarbeit im stationären Setting herangezogen. Es wird auch im ambulanten Setting als erleichternd angesehen, schnell in die andere Etage gehen zu können oder nach gegenüber, um Dinge schnell und einfach zu klären.

*AB: „bei uns macht es einfach, dass die im selben Haus sind und einfach eine Treppe runtergehen und dann sind wir zusammen.“ PT\_05\_60*

Die räumliche Nähe scheint dabei weniger den Zeitfaktor zu betreffen, sondern vor allem den gegenseitigen Bekanntheitsgrad und ein sich eventuell dadurch entwickeltes Vertrauensverhältnis. Auch wenn aktuell keine räumliche Nähe zu einer anderen entsprechenden Praxis besteht, wird diese als Vorteil beschrieben, weil das Gefühl besteht, bei Problemen schnell hingehen zu können.

Beide Berufsgruppen geben den Förderfaktor Zeit an, d.h. Zeit und Raum zu haben für Kommunikation und Austausch, ebenso wie die leichte und schnelle Erreichbarkeit des Gegenübers. Physiotherapeut\*innen beschreiben als Vorteil, dass die Vernetzung und damit die IPC intensiver wird, je länger sie an einem Ort arbeiten, also je länger eine Praxis besteht, aber auch je länger die gleichen Personen dort arbeiten. Es braucht Zeit, bis sich ein entsprechendes tragfähiges Netzwerk entwickelt. Weiterhin beschreiben Physiotherapeut\*innen, dass es regelmäßige Kontakte braucht, damit IPC funktioniert und als normaler Bestandteil im Praxisalltag angesehen wird. Damit wird einmal das eigene Kontaktaufnehmen beschrieben, was einfacher wird, je näher die Örtlichkeiten liegen bzw. je länger man sich kennt, aber auch, dass IPC eine gewisse Selbstverständlichkeit im Praxisalltag bekommt. Es wird von physiotherapeutischer Seite als fördernd angesehen, wenn bekannt ist, zu welchen Zeiten die hausärztliche Seite erreichbar ist und wie der Umgang mit Therapieberichten von Seiten der Ärzt\*innen ist, werden diese gelesen oder lediglich in den Akten abgeheftet.

*AB: „und dann merkt man wieder, Mensch! das wäre viel einfacher wenn ich das viel öfters machen würde! dann würde ich mich jetzt nicht vor diesem einen Telefonat vielleicht*

*sträuben oder würde nicht überlegen, oh, Mist, wann mache ich das jetzt. (..) ja. (5)“  
PT\_01\_106*

Aus ärztlicher Sicht fördert eine geringe Anzahl an Physiotherapiepraxen im räumlichen Umfeld die IPC, da besser bekannt ist, wo sich Patient\*innen behandeln lassen und dann gezielt Kontakt aufgenommen werden kann bzw. dahin eher persönliche Kontakte bestehen könnten. Auch Vorgaben der KV zur IPC könnten diese befördern.

Auf **inhaltlicher Ebene** berichten vor allem Hausarzt\*innen, dass die erlebte und wahrgenommene fachliche Kompetenz des Gegenübers die IPC fördern kann. Physiotherapeut\*innen wiederum begründen gute Zusammenarbeit mit gewissen Hausarzt\*innen damit, dass sie von diesen Ärzt\*innen als fachlich kompetent wahrgenommen werden, sowie dass ihnen von diesen Ärzt\*innen Vertrauen entgegengebracht werde. In dieser Codierung ist auch enthalten, dass die fachliche Expertise anerkannt wird. Hausarzt\*innen stützen die erlebte fachliche Kompetenz auf für sie sinnhafte Begründungen von Änderungswünschen der Therapie durch Physiotherapeut\*innen, durch Patient\*innen berichtete Qualität oder Fortschritte der Behandlungen, besondere Zusatzausbildungen der Physiotherapeut\*innen oder auf wahrgenommene aber nicht näher beschriebene Professionalität. Es wird beschrieben, dass lieber mit Physiotherapeut\*innen zusammengearbeitet werde, welche als kompetent wahrgenommen werden.

*AB:„... dass uns vertraut wird, dass wir eine hochwertige Behandlung gewährleisten können, dass wenn WIR sagen, dass es wirklich nötig ist, dass es dann dementsprechend auch vielleicht dazu kommt, dass Rezepte ausgestellt werden oder ja?“ PT\_04\_98*

*AB:„Und dann einfach auf Grund dieser äh (..) sagen wir mal dieser fachlichen Inhalte und Bemühungen, die mir dann halt gleich aufgefallen sind.“ HÄ\_03\_32*

Mehrheitlich Physiotherapeut\*innen beschreiben dagegen die erlebte fachliche Übereinstimmung bzw. eine ähnliche Behandlungsphilosophie als Förderfaktor, wenn ärztliche Kolleg\*innen Perspektiven der naturkundlichen Heilmittel und konservativen Therapien jenseits von Medikamenten wertschätzen. Ebenso wird eine Klarheit der eigenen Rolle sowie der des Gegenübers als hilfreich eingeschätzt für die IPC. In diesem Zusammenhang wird auch das Wissen um die Erwartungen des Gegenübers genannt, welches förderlich für die IPC ist.

*AB:„Und dann gibt es natürlich auch die Fälle, wo man merkt, es ist Wertschätzung da, es ist eine gemeinsame Basis da, es ist ein gemeinsames Interesse da, dem Patienten weiter zu helfen und ähm das ist glaube ich immer positiv wenn (..) das so unter dem Strich rauskommt. (4)“ PT\_07\_40*

Weiterhin hilfreich für die IPC werden sogenannte kooperierende Praxen sowie die Weitergabe von Informationen anhand von festen Strukturen eingestuft, ebenso wie die Durchführung gemeinsamer Projekte sowie das ärztliche Wissen um Therapieeffekte.

Insgesamt zeigen sich in den Interviews, dass vor allem mangelnde Zeit und Vergütung für IPC sowie Desinteresse an IPC als Barriere gesehen wird. Als maßgebliche Förderfaktoren werden der positive persönliche Wille zur IPC, sich gegenseitig kennen sowie räumliche Nähe genannt.

## 4.5 Vorstellungen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit

**Wünsche und Verbesserungsvorschläge** In der Kategorie „Verbesserungen werden gewünscht und formuliert“ werden die Wünsche an die Zukunft allgemein formuliert und als Verbesserungsvorschläge dann konkrete Maßnahmen genannt. Die Subkategorie „Wünsche an die Zukunft für die IPC“ ist wieder in die bereits bekannten strukturellen, persönlichen und inhaltlichen Ebenen eingeteilt. Zusätzlich wurde noch die Subkategorie der „Wünsche an die zukünftigen Kontakte“ eingeführt – diese hat für alle Beteiligten eine hohe Relevanz, die inhaltliche Ebene dafür eine deutlich geringere (51 Codierungen vs. fünf). Bei den **Wünschen für zukünftige Kontakte** steht von beiden Seiten der allgemeine Wunsch nach generell mehr Kontakt im Mittelpunkt, ebenso wie der Wunsch nach verbessertem Informationsaustausch aber auch Rückmeldung, bevorzugt telefonisch oder persönlich von Angesicht zu Angesicht. Ein Austausch im ganzen Team wäre für Physiotherapeut\*innen auch denkbar.

*AB: „(5) Naja, um in Kontakt zu kommen, dass man sich (.) miteinander trifft? Und dass man sich auch miteinander unterhält?“ HÄ\_09\_64*

Wünsche auf der **strukturellen Ebene** wurden mehrheitlich von Physiotherapeut\*innen angesprochen. Diese wünschen sich mehr Selbstbestimmung für die Physiotherapie, z.B. über die Therapieart und Frequenz. Diesen Wunsch äußern auch zwei Hausarzt\*innen, die darin eine Optimierung der Physiotherapie sehen, d.h. Physiotherapeut\*innen werden in ihrer Expertise anerkannt, bestärkt und dadurch als eine Erleichterung für die eigene ärztliche Tätigkeit gesehen. Die Bedeutung eines mit den Hausarzt\*innen gemeinsamen Ziels, nämlich Patient\*innen zu helfen, formulieren Physiotherapeut\*innen. Dies kann durch Aufheben einer „Blockadehaltung“ (PT\_07\_80) im Zusammenhang mit Budget, Hierarchien u.ä. entstehen oder auch durch ein einheitliches Verständnis der Therapie von Rückenschmerzpatient\*innen, im Sinne von „aktivitätsorientierte(m) Vorgehen“ (PT\_11\_116). Weitere Wünsche auf struktureller Ebene sind die Integration von interprofessioneller Lehre in die Ausbildung, standardisierte Einbindung der Physiotherapeut\*innen in die Behandlungsprozesse, gemeinsam zugängliche Patient\*innenakten, räumliche Nähe und eine generelle stärkere Einbindung der anderen Berufsgruppe.

*AB: „Ich wünsche mir grundsätzlich ein aktivitätsorientierteres Vorgehen? ... Im Umgang mit Rückenschmerzpatienten. Ähm und das können diese beiden Professionen könnten das sehr gut realisieren. Ähm wenn man ein besseres ein einheitliches Verständnis darüber hat, wie was man für diese Menschen tun kann...“ PT\_11\_116*

Wünsche auf der **persönlichen Ebene** haben ausschließlich Physiotherapeut\*innen geäußert. Diese beziehen sich dabei hauptsächlich auf die Anerkennung ihrer fachlichen Kompetenzen und der damit verbundenen Wertschätzung. Diese äußert sich z.B. darin, dass sich Hausarzt\*innen mit den betreffenden Physiotherapeut\*innen „auseinandersetzen“ (PT\_03\_109), Therapieberichte gelesen werden, der Berufsstand besser anerkannt wird und

Physiotherapeut\*innen ernst genommen werden. Ein\*e Physiotherapeut\*in merkt an, dass die Anerkennung der fachlichen Kompetenz und Wertschätzung auf Gegenseitigkeit beruhen muss, d.h. dass Physiotherapeut\*innen auch Hausärzt\*innen wertschätzen. Weiterhin werden von beiden Seiten Wünsche zum gegenseitigen Kennenlernen und Aufeinander-Zugehen genannt.

*AB: „Und dass wir dann ernst genommen werden als Physiotherapeuten, dass es nicht heißt, wir sind nur die Physiotherapeuten, die Dienstleister? sondern wir haben auch fachliche Kompetenz.“ PT\_06\_6*

Wünsche an die **inhaltliche Ebene** werden wenig geäußert. Beide Berufsgruppen wünschen sich gemeinsame Fort- und Weiterbildungen bzw. die Hausärzt\*innen Fort/Weiterbildungen zu Themen der Physiotherapie, Therapiemethoden und ähnlichem, damit sie besser und einfacher Physiotherapie verordnen können. Aus hausärztlicher Sicht wird sich gewünscht, die Sicht der anderen Berufsgruppe zu erfahren, damit z.B. Änderungswünsche auf Rezepten besser nachvollzogen werden können, dazu gelernt werden kann und nicht immer sofort Profitmaximierung vermutet wird.

*AB: „Und ähm dann kann ich mir halt jetzt auch die Sicht des Physiotherapeuten auch noch einmal anhören, warum der jetzt lieber KG als eine manuelle Therapie machen möchte? Ist ja für mich auch zum Teil mal ganz interessant und vielleicht auch lehrreich? Ähm mit welcher Begründung der das machen möchte?“ HÄ\_01\_62*

Von den Befragten wurden **konkrete Verbesserungsvorschläge** formuliert. Wichtig ist, dass diese pragmatisch sind und so wenig Arbeitsaufwand wie möglich bedeuten. Ebenso sollte eine Abrechnungsposition für IPC eingeführt werden, damit diese als Arbeitszeit vergütet werden kann. Eine Übersicht über die Verbesserungsvorschläge zeigt Tabelle 5 auf.

Als wichtigster Punkt innerhalb dieser Kategorie nennen beide Berufsgruppen auch hier gemeinsame Fort- und Weiterbildungen. Dabei sollen für beide relevante Themen gemeinsam gelehrt werden, aber auch, dass Hausärzt\*innen sich monoprofessionell über Physiotherapie weiterbilden können, z.B. über Therapieverfahren, da diese Aspekte in Ausbildung oder Studium fehlen. Die Berufsgruppen waren sich einig, dass gemeinsame Fort- und Weiterbildungen ein gegenseitiges Kennenlernen ermöglichen und den Horizont bezüglich der anderen Berufsgruppe und des jeweiligen beruflichen Selbstverständnisses erweitern. Physiotherapeut\*innen können sich vorstellen, dass sich gegenseitig geschult wird, d.h. dass die jeweilige Expertise weitergegeben wird, sowohl als interne als auch als externe Möglichkeit. Der darin gesehene Mehrwert ist, dass man „sich halt auf den selben Nenner [bringt]“ (PT\_04\_104). Weitere Möglichkeiten sehen die Hausärzt\*innen z.B. in Vorträgen von Physiotherapeut\*innen auf Kongressen oder anderen hausärztlichen Weiterbildungsformaten. Interprofessionelle Lehr- und Lerneinheiten sollten auch in Ausbildung und Studium bereits verankert werden, um frühzeitig, noch vor dem Berufsleben, eine Sensibilisierung für die jeweils andere Berufsgruppe zu erlangen. Dieser Wunsch wird für weitere Gesundheitsberufe mitgedacht.

*AB: „Weiterbildungen GEMEINSAM mit Physiotherapeuten gibt es ja faktisch gar nicht? [...] in manchen Schmerzkongressen gab es ja auch manchmal Vorträge auch von Physiotherapien, so etwas in der Art auch?“ HÄ\_08\_133*

Tabelle 5: Übersicht über konkrete Verbesserungsvorschläge

Genannt von...	Verbesserungsvorschläge
...beiden Berufsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrechnungsposition für IPC</li> <li>- gemeinsame und/oder gegenseitige Fort- und Weiterbildungen</li> <li>- feste (und kommunizierte) Zeitfenster für Informationsaustausch</li> <li>- Kontinuität der Kontakte und regelmäßige Termine</li> <li>- Nutzung digitaler Medien zum Informationsaustausch, z.B. Videosequenz auf Cloud, USB-Stick oder Handy von Patient*in (diese*r übermittelt)</li> <li>- schriftlicher Austausch: Briefe, Mails</li> <li>- gemeinsame Hausbesuche</li> </ul>
...Physiotherapeut*innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interne/externe gegenseitige Schulungen</li> <li>- informelle Treffen</li> <li>- gemeinsame Fallbesprechungen</li> <li>- spezielle Telefonnummer oder Diensthandy</li> <li>- standardisierte Fragebögen für/von anderen Berufsgruppen</li> </ul>
...Hausarzt*innen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorträge von Physiotherapeut*innen auf Tagungen/Kongressen/hausärztlichen Weiterbildungsformaten</li> <li>- Interprofessionelle Lehrinhalte in Ausbildung/Studium, auch für weitere Berufsgruppen</li> <li>- (selbst formulierte) Therapieberichte</li> <li>- (moderne) Informationsblätter mit Eigenübungen oder zur Edukation von Patient*innen</li> <li>- kooperierende Praxen</li> </ul>

Maßgeblich Physiotherapeut\*innen schlagen informelle Treffen vor. Hierbei stehen das Kennenlernen und die Vertrauensbildung im Mittelpunkt, es ist Raum für gemeinsame Ideen. Auch fachliche Themen, im Sinne einer kleinen Weiterbildung, könnten in solche Treffen einfließen. Bei mehrfachen Treffen könnten gemeinsame Patient\*innen thematisiert werden. Die Treffen könnten in den jeweiligen Praxen stattfinden, um z.B. ein Kennenlernen der Therapieräume und den damit verbundenen Möglichkeiten aufzuzeigen.

*AB: „Dass wir da einen Weg finden könnten, wo man uns vielleicht auf irgendeiner Plattform dann mal äh zusammenfinden (.) ähm wo man dann einfach mal auch an einem Tisch sitzt und vielleicht über GANZ globale Dinge einfach mal reden kann und dann kommen erst beim Gespräch beim Miteinander kommen ja vielleicht auch die Ideen mit der Umsetzung.“ PT\_03\_89*

Damit solche Treffen im Praxisalltag eingeplant werden können, braucht es feste und kommunizierte Zeitfenster, welche vereinbart und eingehalten werden. Vorschläge dazu waren ein bestimmter Wochentag, an dem ein Zeitfenster für Absprachen zur Verfügung steht, ob telefonisch, persönlich oder via Videokonferenz. Weiterhin sollten regelmäßige Termine eingerichtet werden, ob einmal im Monat oder im Quartal, wo Patient\*innen besprochen werden und Informationen ausgetauscht werden können. Durch die Kontinuität könnte sich besser kennengelernt und leichter ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Es wird angemerkt, dass es besonders für Telefonate jenseits der regelmäßigen Treffen hilfreich sein

könnte, vorher einen Telefontermin zu vereinbaren, um in Ruhe miteinander sprechen zu können. Im Zusammenhang mit den Telefongesprächen werden auch eine spezielle Telefonnummer oder ein Diensthandy vorgeschlagen, bei der\*die jeweilige Kolleg\*in wisse, wenn es hier klingelt, ist es wichtig. Damit wird eine schnelle Erreichbarkeit verbunden. Dies braucht aber auch Vertrauen, dass weder Nummer noch Telefon missbraucht werden.

*AB: „also ich überlege gerade ... ob man sich einen regelmäßigen Termin ausmacht, was weiß ich, einmal im Monat, wo man miteinander spricht.“ HÄ\_01\_60*

Überlegungen zum verbesserten Informationsaustausch werden vielfältig formuliert. Kurze Videosequenzen z.B. von Übungen können durch den\*die Patient\*in beim nächsten ärztlichen Besuch über verschiedene digitale Medien wie Clouds oder USB-Sticks zur Informationsübermittlung genutzt werden. So sieht der\*die Ärzt\*in den aktuellen Stand der Therapie ohne lange schriftliche Berichte für beide Seiten. Briefe oder Mails mit dem Verlauf und relevanten Informationen stellen eine weitere Möglichkeit des Austausches dar. Dabei könnten auch in Briefen der Hausärzt\*innen an die Physiotherapeut\*innen Verläufe kurz geschildert werden. Hier besteht der Wunsch der Physiotherapeut\*innen, dass sie mehr Informationen erhalten als auf der Verordnung ersichtlich. Aus ärztlicher Sicht sollten Therapieberichte weiterhin genutzt werden und vor allem selbst formuliert sein und nicht eine Aneinanderreihung von Textbausteinen eines Computerprogramms. Auch standardisierte Fragebögen zum Informationsaustausch werden in den Raum gestellt, wobei verschiedene Berufsgruppen darauf Zugriff haben sollten.

Gemeinsame Hausbesuche oder Behandlungen an Patient\*innen stellen weitere Kontaktpunkte dar und werden als effektiv aber schwierig in der Koordination eingeschätzt. Ein weiteres Versorgungsmodell stellen kooperierende Praxen dar, so dass zu diesen Praxen gegenseitig schnell Kontakt aufgenommen und Anliegen geklärt werden können, z.B. welche Therapieoptionen in einem speziellen Fall sinnvoll sind. Hausärzt\*innen könnten sich auch Informationsblätter von Physiotherapeut\*innen mit Eigenübungen sowie Inhalten der Patientenedukation speziell für Rückenschmerzpatient\*innen vorstellen. Teilweise haben ärztliche Kolleg\*innen diese bereits, wünschen sich aber bessere und moderne Aufklärungsblätter. Die Verbesserungsvorschläge und deren antizipierte Ziele werden in Tabelle Tabelle 6 dargestellt.

Die Aussagen der Befragten zeigen, dass beide Berufsgruppen konkrete Ideen und Vorschläge haben, wie die IPC im ambulanten Setting verbessert werden kann. Dabei ist es unerheblich, an welchen Diagnosen die jeweiligen Patient\*innen leiden, da das Optimierungspotential der Therapie durch IPC auch jenseits der Rückenschmerzpatient\*innen gesehen und als gleiches Vorgehen beschrieben wird.

Tabelle 6: Verbesserungsvorschläge und antizipierte Ziele

Verbesserungsvorschläge	Antizipierte Ziele
gemeinsame Fort- und Weiterbildungen <ul style="list-style-type: none"> <li>- PTs: Schulungen von PTs für HÄs</li> <li>- HÄs: Vorträge auf Kongressen, fachl. Weiterbildungen von PTs</li> </ul> interprofessionelle Lehreinheiten in Ausbildung/Studium	Kontakt, Austausch, Kennenlernen, fachliche Inhalte, Therapiemöglichkeiten und -optionen  frühzeitige Sensibilisierung für andere Berufsgruppe, fachliche Inhalte
PTs: informelle Treffen	Kennenlernen, Austausch, Vertrauensbildung fachliche Inhalte, Fallbesprechungen
feste und kommunizierte Zeitfenster für Austausch  Terminabsprachen vor Telefonaten  spezielle Telefonnummer oder Diensthandy	schnelle Erreichbarkeit im Zeitfenster Planbarkeit, Kontinuität des Austauschs  Erreichbarkeit, Ruhe und Zeit für Austausch Erreichbarkeit; setzt Vertrauen voraus
Informationsübermittlung via Digitale Medien, z.B. Videosequenzen in Cloud, USB-Stick, Handy des*der Patient*in	pragmatische Lösung, um Informationen weiterzugeben, z.B. wie gut kann Patient*in eine Übung

PTs: Physiotherapeut\*innen, HÄs: Hausärzt\*innen

#### 4.6 Zusammenhänge der Ergebniskategorien

Mit Kontaktarten, Erleben und Erfahrungen, Einflussfaktoren sowie Wünschen und Verbesserungsvorschlägen wurden fünf Aspekte herausgearbeitet, welche für die Einschätzung der IPC aus Sicht von Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen relevant sind. In den Interviews wurde darüber hinaus deutlich, dass und wie diese Aspekte zusammenhängen: Das Erleben der IPC ist dabei zentral und beeinflusst die Erfahrungen. Einerseits beeinflusst das Erleben, welche Beispiele von IPC wie beschrieben werden und ggf. mit welchem Fokus, ob sehr emotional oder eher rational. Andererseits wird das Erleben bedingt durch die Beschreibungen und den Beispielen von IPC, die gegeben werden, sowie mit IPC verknüpften Emotionen wie z.B. Angst, Wut, Frust, Freude, Wertschätzung. Wurde die IPC sehr emotional erlebt, rücken diese Darstellungen in den Fokus der Beschreibungen, positiv wie negativ. Das Erleben wiederum kann auch den wahrgenommenen Nutzen beeinflussen. Bei negativem Erleben mit IPC, d.h. nicht gehört werden oder wenn z.B. Therapieveränderungen nicht nachgekommen wird, wird der Nutzen von IPC unter Umständen niedriger eingeschätzt als wenn Kontaktaufnahmen auf positive Resonanz stoßen und Therapiehinweise umgesetzt werden. Dann wird der Nutzen ggf. von IPC höher eingeschätzt und erhält unter Umständen mehr persönliche Relevanz bzw. die persönliche Einstellung zum Thema kann beeinflusst werden.

Die Kontaktarten beeinflussen sowohl die Erfahrungen als auch die Beschreibung der IPC im Alltag. Besteht Kontakt maßgeblich indirekt oder über die rechtlich vorgesehenen Wege also Therapiebericht und Verordnung, wird eine IPC evtl. eher als „kaum vorhanden“ beschrieben, als wenn Absprachen persönlich, z.B. telefonisch, erfolgen. Dies wird u.U. stärker als IPC wahrgenommen und beschrieben. Die Art und Weise der Kommunikation, z.B. Einhaltung der



Höflichkeitsregeln, Anerkennen der Expertise des Gegenübers, gemeinsame Entscheidungsfindung oder eher ausgeprägte und kommunizierte Hierarchien, beeinflusst dann wiederum das Erleben.

Diese beschriebenen Zusammenhänge werden von den Einflussfaktoren auf persönlicher, struktureller und fachlich-inhaltlicher Ebene im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren beeinflusst. Als Barrieren sind die strukturellen und die persönlichen Faktoren, als Förderfaktoren die persönlichen und fachlich-inhaltlichen Faktoren maßgeblich beeinflussend. Bei den Barrieren bedeutet dieses, dass es u.U. an Zeit mangelt, es unbekannte und/oder schlecht zu erreichende Ansprechpartner\*innen gibt und evtl. negative Vorerfahrungen bestehen, so dass u.U. nicht versucht wird, Kontakt aufzunehmen. Auf der anderen Seite führen Förderfaktoren, vor allem auf persönlicher Ebene, z.B. gegenseitige Bekanntschaft, persönlicher Wille zur IPC und bestehende Netzwerke dazu, dass trotz bestehender struktureller Barrieren wie z.B. mangelnde Zeit gegenseitiger Kontakt gesucht und gefunden wird und es zu IPC jenseits der rechtlichen Vorgaben kommt. Durch bestehende persönliche Netzwerke kann überhaupt bzw. schneller direkter Kontakt, telefonisch oder von Angesicht zu Angesicht, hergestellt werden, statt nur auf die rechtlich vorgegebenen Kontaktwege zu bauen. Gute Netzwerke – berufliche wie private – sind ein wesentlicher positiver Einflussfaktor. Generell kommt das Motto zum Tragen: „Wo ein Wille ist, da auch ein Weg.“

Die Wünsche und Verbesserungsvorschläge leiten sich aus diesem wahrgenommenen Konstrukt mit den Erfahrungen im Mittelpunkt und den Querverbindungen ab. Relevant hier sind auch die persönlichen Einstellungen zu sowie die Erfahrungen mit IPC. Wird wenig oder kein Nutzen gesehen, werden weniger und vage Wünsche für IPC formuliert. Wird IPC ein hoher Nutzen beigemessen, sind die Wünsche und Vorschläge konkreter. Ähnlich verhält es sich mit den Erfahrungen, bei negativen Erfahrungen werden u.U. sehr konkrete Wünsche geäußert, z.B. Kontakt auf Augenhöhe. Bei positiven Erfahrungen werden andere und tw. weniger Wünsche geäußert – d.h., wird die Kommunikation auf Augenhöhe erlebt, wird dieses nicht noch einmal als Wunsch geäußert. Wird die IPC zum aktuellen Zeitpunkt als unproblematisch oder funktionierend wahrgenommen und entsprechend beschrieben, werden weniger Wünsche oder Vorschläge an die IPC verbalisiert. Im Gegenzug dazu speisen sich andere und mehr Wünsche und auch konkrete Vorschläge aus defizitär und/oder sehr emotional wahrgenommener IPC. Dies gilt auch für positive Beispiele, wo IPC als arbeitserleichternd und gewinnbringend erlebt wird, dass diese Positiverlebnisse genutzt werden, um Verbesserungsvorschläge zu konkretisieren und nach Möglichkeit für den Praxisalltag umsetzbar zu machen. Dieses System (siehe Abb.2) ist offen und beeinflussbar. Darauf wird in der Diskussion eingegangen.

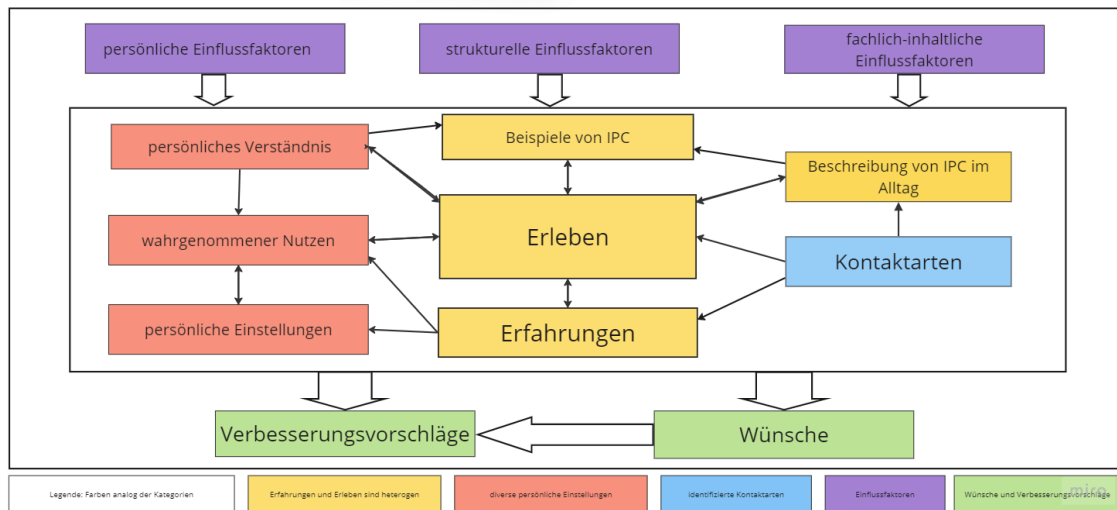


Abbildung 2: Zusammenhänge der Ergebniskategorien

## 5 Diskussion

Die Ergebnisse zeigen erstmalig Erleben und Erfahrungen von Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen mit der IPC im ambulanten Setting bei der Versorgung von Rückenschmerzpatient\*innen im deutschen Gesundheitssystem. Dabei wird besonders deutlich, dass die persönlichen Einstellungen von Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen sowie der wahrgenommene Nutzen der IPC wichtige förderliche Voraussetzungen liefern für eine erfolgreiche IPC. Dadurch können hinderliche strukturelle Bedingungen ausgeglichen werden, so dass in Folge der IPC die Therapie für den\*die entsprechende\*n Patient\*in angepasst und optimiert wird.

### 5.1 Diskussion der Ergebnisse anhand der Hauptkategorien

Die Zusammenarbeit im ambulanten Setting sowie zwischen Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen ist in der Literatur aktuell kaum beschrieben. Die vorliegende Studie zeigt auf, dass sowohl physiotherapeutische als auch hausärztliche Kolleg\*innen offen für die IPC sind und sich mehr IPC wünschen. Die IPC in diesem Setting wird aktuell als kaum oder gar nicht präsent beschrieben. Die Ansichten, was IPC ist, und die damit einhergehenden Erfahrungen variieren zwischen den und innerhalb der Berufsgruppen. Das Erleben und die Erfahrungen mit der IPC bedingen sich gegenseitig, wie diese Studie auch aufzeigt.

#### 5.1.1 Diskussion von Erleben und Erfahrungen der IPC

Die Beschreibung der IPC erfolgt in dieser Arbeit von den Befragten als nicht oder kaum existent oder bezieht sich auf die rechtlichen Kontaktwege Verordnung und Therapiebericht. Dies deckt sich mit Angaben von Supper et al. (2015), Chan et al. (2010), Perreault et al. (2017), Morin et al. (2018) und Okwera und May (2019). In den Erläuterungen der Befragten zu Beispielen der

IPC wird allerdings deutlich, dass vereinzelt IPC stattfindet, z.B. durch Absprachen oder Therapieberichte. Dieses wird teilweise nicht als IPC wahrgenommen. Eine mögliche Erklärung dafür könnte sein, dass nicht gemeinsam gleichzeitig, also synchron, an und mit Patient\*innen gearbeitet wird.

U.a. in den beschriebenen Beispielen zeigt sich, dass das Erleben von IPC zentral ist. Deshalb steht das Erleben im Mittelpunkt dieser Erhebung und somit auch die damit verbundenen Emotionen, z.B. Angst, Wut, Freude, Selbstbestätigung und Wertschätzung. Positiv erlebte IPC wird in Verbindung gebracht mit gegenseitigem Respekt und Wertschätzung, Vertrauen und gegenseitigen Absprachen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Sangaleti (2017). Stark erlebte Hierarchien als negativ erlebte Zusammenarbeit, hier erlebt durch die Physiotherapeut\*innen, welche auch eine Barriere für zukünftige IPC darstellen, beschreiben auch Lundell (2017) sowie Moecker et al. (2022) für Pharmazeut\*innen in Deutschland.

In dieser Arbeit kristallisieren sich die persönlichen Einstellungen zu IPC und der wahrgenommene Nutzen als wesentlich heraus für die Zusammenarbeit. Dass es keine vertiefende Literatur gibt zum Thema, bestätigen auch weitere Veröffentlichungen (Okwera und May 2019; Seaton et al. 2023). Besonders die Erlebens- und Erfahrungsdimension wurde bislang für diesen Kontext noch nicht erhoben, insbesondere die damit verbundenen Emotionen. Somit erweitert diese Arbeit das aktuelle Wissen zum Thema. Das Erleben der IPC ist jedoch eine zentrale Komponente, um die Motivation für weitere IPC zu beeinflussen, positiv wie negativ.

Diese Studie zeigt erstmalig auch die Einflüsse und Zusammenhänge des Erlebens und der Erfahrungen der IPC auf die zukünftige IPC auf. Da sich Erleben, persönliche Einstellungen und Verständnis von IPC, wahrgenommener Nutzen und das Erleben gegenseitig beeinflussen, das Erleben aber wiederum die Erfahrungen ausmacht, ist es relevant, das Erleben positiv zu bestärken. Positives Erleben wird in Zusammenhang gebracht mit Anerkennen der fachlichen Expertise, Respekt, Vertrauen und Zusammengehörigkeitsgefühl sowie schneller gegenseitiger Erreichbarkeit und schneller Terminvergabe für Patient\*innen. Erstere drei Punkte decken sich mit den Ergebnissen von Sangaleti et al. (2017). Negative erlebte Zusammenarbeit entsteht dieser Arbeit nach u.a. bei Kompetenzüberschreitungen, durch starke Hierarchien und Missachten gängiger Höflichkeitsregeln. Dies deckt sich mit den Ergebnissen internationaler Forschung (Lundell et al. 2017; Wei et al. 2022; Moecker et al. 2022). Diese Studie erweitert den Wissensstand dahingehend, dass negative Zusammenarbeit auch erlebt wird, wenn Entscheidungen der anderen Berufsgruppe, z.B. hinsichtlich der Verordnungen oder Therapieinhalte, nicht nachvollzogen werden können. Sie deckt ebenso auf, was die Berufsgruppen unter dem Anerkennen oder Missachten der fachlichen Expertise verstehen. Das Anerkennen der fachlichen Expertise zeigt sich z.B. durch Umsetzen von Therapieänderungen oder erbetener Diagnostik, das Missachten z.B., wenn Therapieänderungen begründungslos nicht umgesetzt werden oder ständig Änderungswünsche der Verordnungen erbeten werden.

In den Ergebnissen fällt auf, dass das Verständnis darüber, was IPC ist, recht unterschiedlich ist. Wesentlich sind direkter Austausch von Informationen und bilaterale Kommunikation und ein gemeinsames Ziel. Als gemeinsames Ziel wird aktuell eher vage formuliert, dass das Beste für den\*die Patient\*in erreicht werden soll. Dies entspricht auch der Definition der WHO (2010). Abweichend zur Definition nennen besonders Physiotherapeut\*innen auch den persönlichen Kontakt auf Augenhöhe, während bei einigen ärztlichen Kolleg\*innen „Verordnungen ausstellen“ als IPC gesehen wird. Aus den unterschiedlichen Ansichten, was IPC ist, und damit verbundenen Erwartungshaltungen bzgl. der Zusammenarbeit könnten wiederum Konflikte und Enttäuschungen entstehen, meist von Seiten der Physiotherapeut\*innen, oder ärztliche Kolleg\*innen der Physiotherapeut\*innen überdrüssig sein. Um diesbezügliche Enttäuschungen zu vermeiden, ist es wichtig, ein gemeinsames Verständnis über IPC zu erlangen, z.B. über interprofessionelle Lehre (IPL) (Behrend et al. 2022).

Übertragen in die Diskussion zu den CanMEDs-Rollen (RCPSC 2023) sehen sich die Physiotherapeut\*innen in dieser Untersuchung stark in einer Rolle des „Health Advocates“ (RCPSC 2023) bzw. „Gesundheitsfürsprechers“ (Meyer et al. 2009), um die Belange von Patient\*innen zu vertreten, zum Beispiel, um weitere Diagnostik oder Therapieanpassungen zum Wohle von Patient\*innen zu erreichen. Zusätzlich treten sie in ihrer Rolle als Medical Expert (RCPSC 2023) auf. Treten Ärzt\*innen sehr stark in ihrer Rolle als „Manager“ (ebd.) auf und haben das Wirtschaftlichkeitsgebot sehr präsent, sehen sie daher die Physiotherapeut\*innen unter Umständen weder in ihrer Rolle als „Expert\*innen“ oder „Fürsprecher\*innen“, sondern, dass sie an der Therapie wirtschaftlich verdienen wollen. Wird nicht auf die Empfehlung des\*der Physiotherapeut\*in eingegangen, kann diese\*r es ggf. als fehlende Wahrnehmung der fachlichen Expertise erleben, sieht aber auch, dass Patient\*innen u.U. länger und mehr leiden müssen als nötig, wie die Interviewergebnisse eindrücklich aufzeigen. Weiterhin scheint es, dass die CanMEDs-Rolle des „Collaborators“, im NKLM 2.0 (MFT 2023) „Mitglied eines Teams“, unterschiedlich stark wahrgenommen wird. Eine mögliche Erklärung ist, dass nicht gemeinsam gleichzeitig mit dem\*der Patient\*in gearbeitet wird. Eine weitere Erklärung ist, dass sich Hausärzt\*innen stärker in der Rolle des „Leaders“ oder „Managers“ (RCPSC 2023; Meyer et al. 2009) sehen, da sie die Verantwortung tragen (BÄK 2017) und sie ggf. auch Regresszahlungen leisten müssen (BMG 2024). Weiterhin ist es möglich, dass durch das ambulante Setting eine Teamzusammengehörigkeit und daher auch die Rolle des „Collaborators“ weniger wahrgenommen wird. Mögliche Erklärungen wären, dass nicht synchron mit Patient\*innen gearbeitet wird, vor allem das Verordnungssystem und durch die räumliche Trennung. Dadurch beeinflusst wird auch die „Rolle der Leadership“ (Meyer et al. 2009) für den jeweiligen Versorgungsvorgang. Es ist eindeutig festgelegt, dass Hausärzt\*innen diese Rolle bei der Versorgung von Rückenschmerzpatient\*innen inne haben (BÄK 2017). Ärzt\*innen fühlen sich teilweise unsicher, was die Verordnungen betrifft (Clemence und Seamark 2003), und die vorliegende Arbeit bestätigt das. Es sollte aber die Person die Führungsrolle übernehmen,

welche am besten für die entsprechende Aufgabe qualifiziert ist (RCPSG 2023). Das würde bedeuten, dass für die Physiotherapie die Therapeut\*innen diese Rolle übernehmen sollten – für Therapieoptionen und -parameter, Inhalte und auch für die Wirtschaftlichkeit. Dies würde erheblich mehr Verantwortung für die Physiotherapeut\*innen bedeuten, wie es zum Beispiel im Rahmen der Blankoverordnung (physio deutschland 2022) angedacht ist oder auch international, z.B. in den Niederlanden, Australien oder Neuseeland mit dem „first contact“, umgesetzt wird (Brasch und Rübiger 2011). Durch solch ein Vorgehen würden Ärzt\*innen entlastet (ebd.). In Ausbildung bzw. Studium müsste auf solche veränderten Verantwortlichkeiten entsprechend eingegangen werden.

Es treffen also unterschiedliche Rollen und Ziele sowie Erwartungen aufeinander, was zu Konflikten und Unzufriedenheit führen kann. Hier ist es wichtig, ein gemeinsames und einheitliches Verständnis von IPC und den jeweiligen Rollen und Verantwortlichkeiten zu schaffen, um mögliche Konflikte bewusst zu machen und vorzubeugen. Gemeinsame Fort- und Weiterbildungen und IPL in Ausbildung bzw. Studium könnten eine Lösung sein, Rollen bewusst zu erarbeiten, aber auch die nötigen Kompetenzen zu vermitteln, um die IPC zielführend und zufriedenstellend für alle Beteiligten umzusetzen (Rübiger und Beck 2017). Gängige Frameworks bilden hierfür die Grundlage (CIHC 2010; WHO 2010; IPEC 2016). Im NKLM 2.0 (MFT 2023) sind die Kompetenzen und Rollen für angehende Humanmediziner\*innen festgehalten. Für die Physiotherapie könnten zusätzlich auf Grundlage der schweizerischen und österreichischen Frameworks (ZHAW 2017; physioaustria 2017) sowie anhand des Kompetenz-Kompass (Becker 2019) entsprechende Kompetenzprofile erarbeitet werden.

Weiterhin wollen die befragten Physiotherapeut\*innen professionell wahrgenommen werden. Aus Sicht der Hausärzt\*innen müssen sie sich dafür aber auch entsprechend professionell verhalten, was aus deren Sicht aktuell nicht immer gegeben ist. Professionalität für die Ärzt\*innen zeigt sich aus den Daten dieser Arbeit zum Beispiel durch professionell-fachliche Therapieberichte, professionelles und evidenzbasiertes Arbeiten und Begründen und auch in der Umsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Das heißt, damit Physiotherapeut\*innen professionell handeln können und z.B. für evidenzbasiertes Arbeiten befähigt werden, müssen diese in der Ausbildung gelehrt werden. Dies ist aktuell nicht gesetzlich verankert (BMJ 1994). Daher stellt die Akademisierung der Physiotherapie mit der entsprechenden Verankerung der Kompetenzen und Inhalte eine Möglichkeit dar.

Dass IPC mit Emotionen verbunden ist, wurde in den Ergebnissen aufgezeigt. Diese Emotionen können die Motivation für zukünftige IPC verstärken, im Sinne einer positiven Verstärkung, das Selbstwertgefühl der Betroffenen stärken oder zukünftige Bemühungen behindern. Die Emotionen sind teilweise mit konkreten Personen verbunden, mit denen dann schneller Kontakt aufgenommen wird oder dieser umgangen wird. Besonders negatives Erleben und negativ assoziierte Emotionen, wie Angst und Ablehnung, können langfristig die Arbeitsmotivation generell hemmen bis hin zum Burnout und Berufsausstieg (Wei et al. 2022). Diese Gefahr

besteht vor allem bei Physiotherapeut\*innen, da sie in einem Abhängigkeitsverhältnis von den Hausärzt\*innen stehen (Chan et al. 2010). Das Erleben ist komplex und vielfältig und individuell. Es kann auf verschiedenen Ebenen beeinflusst werden und im Sinne eines Kontinuums sollten die Möglichkeiten zum Positiven hin genutzt werden.

Diese Studie zeigt, dass das Erleben und die Erfahrungen mit IPC personenabhängig sind. Besteht gegenseitige Sympathie, ähnliche Wertvorstellungen, z.B. bezüglich der Behandlungen, und wird eine bestimmte Person mit guten Erfahrungen, eigenen oder durch Dritte, belegt, ist dies für die weitere IPC oder eine erste Kontaktaufnahme förderlich. Negative Erfahrungen behindern dann eine mögliche Kontaktaufnahme.

Deshalb ist es relevant, neben den positiven Erfahrungen gemeinsame Wertvorstellungen, entsprechende Rollenverständnisse und Kommunikationsnormen zu schaffen. Eine Möglichkeit diesbezüglich bietet IPL um möglichst frühzeitig in Ausbildung und Studium interprofessionelle Kompetenzen zu lehren (WHO 2010, CIHC 2010, IPEC 2023, (Räbiger und Beck 2017).

Weiterhin beschreiben in dieser Arbeit besonders Physiotherapeut\*innen eher negativ konnotiertes Erleben von IPC, im Sinne von Ignoranz, unangemessener Kommunikation und damit verbundener Emotionen, wie Angst und wahrgenommene Missachtung. Ebenso erklären Physiotherapeut\*innen, dass sie auf die Informationsweitergabe der Hausärzt\*innen angewiesen sind, um optimal arbeiten zu können. Es besteht eine Abhängigkeit der Physiotherapeut\*innen von den Hausärzt\*innen und auch von deren Willen zur IPC bzw. zur Informationsweitergabe (Lundell et al. 2017). Den befragten Hausärzt\*innen scheint nicht immer bewusst zu sein, dass die Physiotherapeut\*innen für eine optimale Behandlung auf die Informationen von diesen angewiesen sind. Erlebte Hierarchien sowie die Tatsache, dass Hausärzt\*innen eine koordinierende Rolle für die Versorgung haben (BÄK 2017) sowie die Verordnungen ausstellen (G-BA 2023b), bestärken dann das Gefühl von Abhängigkeit auf Seiten der Physiotherapeut\*innen. Eine weitere Rolle diesbezüglich könnte auch im aktuellen Ausbildungssystem liegen, Ausbildung auf physiotherapeutischer Seite, Studium der Humanmedizin.

Generell ist zum Erleben zusammenzufassen: Entspricht bei einem Individuum die wahrgenommene IPC den eigenen Erwartungen von IPC, entsteht bei diesem Individuum auch kein Konflikt(erleben) und die IPC wird als neutral oder positiv wahrgenommen. Erst wenn die Erwartungen an die IPC abweichen von der wahrgenommenen und erlebten IPC, kann es zu einem (inneren) Konflikt oder negativ erlebten IPC kommen.

### 5.1.2 Diskussion der Kontaktarten der interprofessionellen Zusammenarbeit

Die aktuellen Kontaktarten und Wege zwischen Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen im ambulanten Setting wurden mit dieser Studie erstmals für den deutschsprachigen Raum erhoben. Die aktuellen Kontakte zwischen den Berufsgruppen finden meist, in dieser Arbeit im Sinne der deutschen rechtlichen Rahmenbedingungen, über Verordnungen und Therapieberichte statt. Dies deckt sich mit den Studien von Perreault et al. (2017), Okwera und

May (2019) und Morin et al. (2018). Indirekte Kommunikation via Patient\*innen oder entsprechenden Angehörigen wird ebenso von Morin et al. (2018) beschrieben. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Kontakte zwischen den Befragten jenseits der rechtlich vorgesehenen Wege hauptsächlich über dritte Personen, insbesondere über die Patient\*innen erfolgt. Dies wird von den Befragten als kritisch eingeschätzt, da nicht sicher ist, ob die meist medizinischen Laien die Informationen überhaupt und, wenn ja, richtig und/oder vollständig übermitteln. Weiterhin wird aufgezeigt, dass auch Kontakte innerhalb der eigenen Berufsgruppe genutzt werden, um von der anderen Berufsgruppe Informationen einzuholen. Besteht Kontakt maßgeblich indirekt oder über die rechtlich vorgesehenen Wege, wird eine IPC evtl. eher als „kaum vorhanden“ beschrieben, als wenn Absprachen persönlich, z.B. telefonisch, erfolgen. Dies wird u.U. stärker als IPC wahrgenommen und beschrieben (Morin et al. 2018). Die vorliegende Studie zeigt zudem auf, dass die Teilnehmenden die rechtlich vorgesehenen Kontaktwege teilweise nicht als Möglichkeiten zur IPC erkennen.

### 5.1.3 Diskussion der Barrieren und Förderfaktoren der interprofessionellen Zusammenarbeit

Die Einflussfaktoren werden sowohl als Barrieren als auch als Förderfaktoren beschrieben, diese lassen sich nach struktureller, persönlicher und fachlich-inhaltlicher Ebene aufgliedern. Entsprechend in der Literatur beschrieben sind auch Barrieren wie mangelnde Zeit bzw. hohe Arbeitsdichte (Sangaleti et al. 2017; Supper et al. 2015; Steihaug et al. 2017) bzw. unzureichende Vergütung (Supper et al. 2015), die Vielzahl der möglichen Kooperationspartner\*innen (Steihaug et al. 2017) sowie unklare Kenntnisse über Möglichkeiten der Gesundheitsberufe (Chan et al. 2010) bzw. über Rollen und Verantwortlichkeiten (Lundell et al. 2017) erlebt. Von Gesundheitsfachberufen, hier Physiotherapeut\*innen werden wahrgenommene Hierarchien (Lundell et al. 2017) als Barriere aufgeführt. Diese Faktoren scheinen somit verschiedene Gesundheitsberufe und Länder zu betreffen. Die räumliche Entfernung wird in der Literatur als maßgebliche Barriere für IPC genannt (Schmid et al. 2021; Wei et al. 2022). In der vorliegenden Arbeit wird sie weniger als Barriere beschrieben, wohl aber räumliche Nähe als Förderfaktor. Dies speist sich aus den positiven Erfahrungen der Befragten. Die Studie zeigt hingegen auf, dass die persönlichen Faktoren wie „sich kennen“ oder der „persönliche Wille zur Zusammenarbeit“ relevanter zu sein scheinen als räumliche Nähe. Es stellt sich die Frage, ob den Befragten die räumliche Nähe als Einflussfaktor in dem Moment nicht oder kaum bewusst war oder andere Faktoren gewichtiger sind. Als Barrieren könnten das zum Beispiel Zeitdruck und sich nicht kennen sein, als Förderfaktoren, dass sich gekannt wird oder bereits ein Vertrauensverhältnis besteht. Bestehen diese Förderfaktoren, wird die räumliche Trennung überwunden und Wege gefunden, miteinander in Kontakt zu kommen, z.B. über eine spezielle Telefonnummer oder privaten Austausch, wie die Ergebnisse dieser Studie zeigen.

Wesentliche Förderfaktoren, die in dieser Arbeit herausgearbeitet worden sind und welche zu IPC motivieren, Hindernisse überkommen können und in der Literatur beschrieben sind, sind

der wahrgenommene Nutzen (Supper et al. 2015; Clemence und Seamark 2003), hilfreiche therapierelevante Informationen (Sangaleti et al. 2017; Lundell et al. 2017; Clemence und Seamark 2003; Schmid et al. 2021; Seaton et al. 2023), persönliche Beziehungen (Steihaug et al. 2017; Chan et al. 2010), Rollenklarheit bzw. Respektieren der jeweiligen fachlichen Grenzen (Morin et al. 2018). Dabei zeigt die vorliegende Arbeit zusätzlich die Relevanz der persönlichen Beziehungen, Netzwerke und des gegenseitigen Kennens auf, da bei Vorhandensein Barrieren überwunden werden können und bei Fehlen die gefühlten Barrieren größer werden.

In einem settingübergreifendem Umbrella-Review zu Barrieren und Förderfaktoren von IPC identifizieren Wei et al. (2022)<sup>3</sup> zusätzlich zu den hier genannten Ebenen die „organizational factors“, also Einflussfaktoren auf Organisationsebene, hier meist der Kliniken bzw. Krankenhäuser. Dies können zum Beispiel Ziele, Strukturen, Werte und die (Arbeits-)Kultur der jeweiligen Einrichtung sein. In der vorliegenden Befragung gibt es wenig Aussagen, dass der Einfluss der Organisationskultur auf die IPC wahrgenommen und formuliert wird, weder als Barriere noch als Förderfaktor. Dies könnte daran liegen, dass im ambulanten Setting die Einrichtung, hier physiotherapeutische und hausärztliche Praxen, deutlich kleiner sind als Krankenhäuser und weniger als „Organisation“ wahrgenommen werden mit den o.g. Einflussfaktoren. Durch die deutlich geringere Größe werden Faktoren wie Organisationsstrukturen oder Werte innerhalb einer Praxis u.U. weniger klar formuliert im Sinne eines Leitbildes, Organigramms o.ä. Indirekt gibt es Hinweise, dass auch hier die Kultur der jeweiligen Praxis als Organisation einen Einfluss auf die IPC hat: erinnert sei an die hausärztliche Praxis, wo es einmal monatlich eine Besprechung mit dem Leiter der benachbarten Physiotherapiepraxis gibt, oder die Physiotherapiepraxis, wo regelmäßig Ärzt\*innen (hier Orthopäd\*innen) zur Besprechung kommen: d.h. auf Organisationsebene wird IPC umgesetzt und gelebt. Auf der anderen Seite berichtete eine Hausärztin, dass sie in der jetzigen Praxis von Seiten der Vorgesetzten angehalten ist, möglichst wenig Physiotherapie zu verschreiben. Dies hat sie in einer anderen Praxis ganz anders wahrgenommen, da hat sie mehr Physiotherapie verordnen können und es bestand auch geringfügig mehr Kontakt zu den Physiotherapeut\*innen. Die „organizational factors“ scheinen auch im beschriebenen ambulanten Setting zu bestehen, werden von den Befragten aber kaum beschrieben. Eine Erklärung diesbezüglich könnte sein, dass Einflüsse der anderen Ebenen als deutlich relevanter wahrgenommen werden. Die organisationale Ebene könnte auch im ambulanten Setting wichtige Einflussfaktoren für die IPC bieten, dies könnte in einer weiterführenden Arbeit angeschaut werden.

---

<sup>3</sup> Von den 36 eingeschlossenen Reviews behandelte ein Großteil entweder die IPC im stationären Setting und/oder andere Berufsgruppen jenseits von Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen, häufig Pflegekräfte.



#### 5.1.4 Diskussion der Wünsche und Verbesserungsvorschläge für zukünftige interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Befragten der vorliegenden Studie äußerten klar allgemeine Wünsche, u.a. mehr IPC, mehr Kontakt, und auch konkrete Verbesserungsvorschläge, wie z.B. gemeinsame Weiterbildungen für die IPC generell, losgelöst von Rückenschmerzpatient\*innen. Der Wunsch nach generell mehr Kontakt und/oder Kommunikation beschreiben auch die internationalen Teams um Clemence und Seamark (2003), Morin et al. (2018), Okwera und May (2019) und Seaton et al. (2023) sowie Karstens et al. (2018) für das deutsche Gesundheitssystem. Okwera und May (2019) beschreiben den Wunsch nach hausinternen Physiotherapeut\*innen. Es wurde kaum Literatur gefunden, wo die betreffenden Personen nach ihren eigenen Wünschen und Vorschlägen für die IPC befragt wurden. In der vorliegenden Studie wurden Wünsche und Vorschläge der direkt Beteiligten erhoben und fließen in das Kapitel „Implikationen für die zukünftige interprofessionelle Zusammenarbeit“ entsprechend ein.

Generell fällt auf, dass beide Berufsgruppen klare Wünsche und Vorstellungen auf allen drei Ebenen kommunizieren. Deckungsgleich wünschen sich alle Berufsgruppen die Vergütung der Zeiten für IPC. Ebenso wünschen sich beide Berufsgruppen mehr Möglichkeiten für Kontakte um sich kennen zu lernen. Für die hier befragten Hausarzt\*innen ist die Verknüpfung von fachlichen Inhalten wie z.B. kleine Weiterbildung oder Fallbesprechungen relevant, Physiotherapeut\*innen könnten sich auch informelle Treffen jenseits fachlicher Themen vorstellen. D.h., hier gehen die Vorstellungen der Inhalte potentieller Treffen auseinander. Um gegenseitige Enttäuschung zu vermeiden, sollten hier Bedürfnisse und Zielsetzungen der Treffen offen kommuniziert werden. Potentielle Treffen sollten so organisiert werden, dass die Bedürfnisse beider Berufsgruppen wenigstens in Teilen erfüllt werden, z.B. könnte erst eine kurze inhaltliche Weiterbildung zu einem Thema erfolgen und im Anschluss noch ein informeller Austausch dazu.

Eine weitere Möglichkeit des Informationsaustausches wird in elektronischen Medien verschiedener Art gesehen. Hier bietet die elektronische Patientenakte (ePA) eine Möglichkeit, welche seit 2021 auf freiwilliger Basis eingeführt wurde und ab 2025 flächendeckend genutzt werden soll (BMG 2023). Als Vorteile werden die schnelle und einfache Informationsübermittlung und Vernetzung für die Beteiligten und Berechtigten der Gesundheitsversorgung gesehen, aber auch Vermeidung von Doppeldiagnostik. Patient\*innen entscheiden selber darüber, welche Informationen wem wie freigegeben werden (ebd.). Mit der ePA kann den Wünschen der Befragten nach schnellem und einfachem Informationsaustausch entsprochen werden. Allerdings bleibt abzuwarten, wie sich die ePA in der Praxis bewährt und inwieweit Patient\*innen die relevanten Gesundheitsdaten für die Versorgenden freischalten.

#### 5.1.5 Diskussion der Zusammenhänge von Erleben und Erfahrungen der interprofessionellen Zusammenarbeit

In den Ergebnissen wurden die Beziehungen der Kategorien aufgezeigt. Persönliche Einstellungen sowie Erfahrungen können durch verschiedene Einflüsse, besonders durch das Schaffen positiver Selbstwirksamkeit verändert werden (Bandura 1997, 21ff). Dies trifft auch für

die IPC zu. In diesem Kontext könnten dies verändernde Einflussfaktoren oder neue Erlebensdimensionen der IPC sein, z.B. Positivbeispiele nach negativem Erleben oder auch ein extremes Negativbeispiel. Die Erfahrungen mit IPC beeinflussen wiederum die zukünftige IPC, d.h., ob schnell Kontakt zur anderen Berufsgruppe aufgenommen wird, um therapierelevante Informationen auszutauschen. Bei eher positiven Erfahrungen mit IPC wird eher weiterer Kontakt zur anderen Berufsgruppe gesucht, um therapierelevante Informationen auszutauschen, so dass damit die Therapie optimal gestaltet werden kann. Andererseits steigen bei eher negativ behafteten Erfahrungen mit IPC die inneren Hürden für die Kontaktaufnahme, so dass eine Kontaktaufnahme verzögert oder vermieden wird. Dies führt zu weniger therapierelevanten Informationen, was, wie beschrieben, zu suboptimaler Therapie führen kann. Dies entspricht der Motivationstheorie nach Heckhausen (2006). Die Motivation wird als Produkt von Person und Situation verstanden und beinhaltet die Bedürfnisse, Motive und Ziele der Person sowie aus der Situation die Gelegenheiten und mögliche Anreize (ebd., S.3). Entsprechend erfolgt eine Handlung oder auch nicht (S.Abb.3). Im Sinne der IPC wäre das eine Kontaktaufnahme des Gegenübers. Wer mit IPC Wertschätzung verbindet, wird schneller zum Telefon greifen und Kontakt aufnehmen als eine Person, die Angst erlebt hat. Das persönliche Verständnis und die persönlichen Einstellungen beeinflussen den wahrgenommenen Nutzen. Dieser und das persönliche Verständnis beeinflussen das Erleben. Ist dem persönlichen Verständnis nach IPC „das Ausstellen von Verordnungen“, werden bei Nicht-Kontakt vermutlich wenig Enttäuschungen erlebt, da eigenes Verständnis und Erleben kongruent sind. Beide Prozesse können sich in Schleifen immer wieder selbst verstärken, im Sinne einer Abwärts – oder Aufwärtsspirale. Die erlebte Selbstwirksamkeit (Bandura 1997, 21ff), bei Heckhausen (2006, S.3ff) Wirksamkeit, ist dabei ein wesentlicher Antrieb für Handlungen.



Abbildung 3: Auswirkungen der erlebten IPC auf die zukünftige IPC und die Therapie

Da die Erfahrungen nach Heckhausen (2006) auch immer situationsabhängig sind, kann eine Person IPC unterschiedlich wahrnehmen, was die Situation und somit auch das potentielle Gegenüber betrifft. So kann es sein, dass ein\*e Physiotherapeut\*in mit einer\*einem Hausärzt\*in negative Emotionen verbindet und mit anderen Ärzt\*innen eher positive Gefühle assoziiert. Wie bereits beschrieben, wird eher zu positiv belegter Personengruppe Kontakt gesucht werden. Dies zeigen auch die Daten dieser Studie, dass beide Berufsgruppen Wege suchen, Patient\*innen zu den bevorzugten Therapeut\*innen oder Hausärzt\*innen vermitteln, auch wenn diese nicht die regional nächstgelegenen Versorgenden sind. Ähnliche Schlüsse ziehen auch Wei et al. (2022) und Steilhaug (2017).

Die beschriebenen Wirkprinzipien treffen für beide Berufsgruppen, also Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen, gleichermaßen zu. Es ist anzumerken, dass es weitere

Einflussmechanismen (Wei et al. 2022) gibt, z.B. allgemeine Charaktereigenschaften, Praxisphilosophie o.ä., welche hier im Konstrukt nicht mit eingeflossen sind, da sie in dieser Arbeit nicht explizit erhoben wurden. Dies wären Anknüpfungspunkte für weitere Forschung. Generell fällt auf, dass die Physiotherapeut\*innen in den Interviews wesentlich emotionaler reagieren als die Hausärzt\*innen, welche das Thema der Zusammenarbeit eher rational mit Situationen bezüglich der IPC umgehen. Dies könnte daran liegen, dass Physiotherapeut\*innen häufiger schlechte Erfahrungen gemacht haben und in einem nicht symmetrischen Abhängigkeitsverhältnis zu den Hausärzt\*innen stehen (Chan et al. 2010) oder, weil ihnen ohne IPC u.U. wichtige Informationen für die Therapie fehlen, sie nur suboptimal und nach dem Nicht-Schadensprinzip behandeln können und ggf. erleben, dass die Patient\*innen mehr leiden als sie müssten. In der Realität kann es heißen, dass Hausärzt\*innen keine Erst- oder Folgeverordnungen mehr ausstellen oder Patient\*innen zu anderen Praxen schicken, was mittelfristig einen wirtschaftlichen Schaden für die Physiotherapeut\*innen bedeutet. Es könnte sein, dass Physiotherapeut\*innen dadurch zusätzlich eine gewisse Hilf- und Machtlosigkeit erleben. Die Hausärzt\*innen in der Rolle der koordinierenden Person stehen im stark hierarchisch geprägten deutschen Gesundheitssystem über den Physiotherapeut\*innen. Sie sammeln und verwalten die Informationen und treffen letzten Endes die Entscheidungen für die Therapie und tragen auch die Verantwortung (MFT 2023). Den Hausärzt\*innen ist teilweise nicht bewusst, welche Informationen Physiotherapeut\*innen noch bräuchten, um optimal behandeln zu können, bzw., dass diese abhängig von ihren Informationen sind, z.B. auf der Verordnung einerseits und andererseits, welche therapieinteressanten Informationen diese wiederum für die Hausärzt\*innen haben. Physiotherapeut\*innen erleben die Patient\*innen pro Termin für ca. 15-25 Minuten über im Minimum meist sechs bis 18 oder 24 Therapieeinheiten (G-BA 2023b), bzw. bei chronischen Erkrankungen auch über Jahre immer wieder, so erfahren Physiotherapeut\*innen unter Umständen in dieser Zeit zusätzliche Informationen.

In der Literatur wird das Erleben von Macht und Hierarchien von Mitgliedern der Gesundheitsberufe u.a. auch beschrieben von Chan et al. (2010), Lundell et al. (2017) und Clemence und Seamark (2003).

Grundsätzlich sind die Befragten beider Berufsgruppen für die IPC offen und erkennen den Mehrwert dieser, unabhängig der Diagnosen der Patient\*innen. Dies schließt sich an die Ergebnisse von Chan (2010) und Sangaleti (2003) an. Da aktuell kaum IPC stattfindet, wird sich mehr IPC gewünscht. Einzelne Befragte erkennen bei den aktuellen Bedingungen keinen Nutzen von IPC und lehnen sie deshalb ab. Das Verständnis bezüglich IPC ist recht divergent. Hausärzt\*innen nennen teilweise das Ausstellen von Verordnungen bereits als IPC oder, wenn Patient\*innen schnell Termine bei der Physiotherapie bekommen. Hier ist zu hinterfragen, inwieweit dieses im Sinne der Definition der WHO (2010) gemeinsam, mit einem gemeinsamen Ziel und bestmöglicher Patient\*innenversorgung (ebd.) überhaupt IPC ist. Möglicherweise wird mit dem Verhalten einfach den gesetzlichen Regelungen des deutschen Gesundheitssystems

nachgekommen. Hierbei müsste erörtert werden, ob diese rechtlichen Regelungen zur IPC den Kriterien der Definition der IPC (WHO 2010), gemeinsame, umfassende und bestmögliche Versorgung mit Nutzung der Synergien, genügen. Eine vertiefende Auseinandersetzung und Abgleich der Ergebnisse mit der WHO-Definition (2010) ist nicht das primäre Ziel dieser Arbeit und würde deren Rahmen sprengen. Aus Sicht der Autorin wäre ein interprofessioneller Austausch über die professionsspezifischen Sichtweisen zu IPC sowie des damit einhergehenden Verständnisses der jeweiligen Berufsgruppen ein erster möglicher Schritt zur gegenseitigen Annäherung. IPE würde hier eine Möglichkeit bieten (WHO, 2010; (Räbiger und Beck 2017).

## 5.2 Limitationen und Stärken

Diese Arbeit bietet einen explorativen Einblick in die IPC zwischen Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen bei Rückenschmerzpatient\*innen im ambulanten Setting bezogen auf das deutsche Gesundheitssystem. Es wurden erstmalig die IPC zwischen den beiden Berufsgruppen im ambulanten Setting bei Rückenschmerzpatient\*innen in Deutschland untersucht.

### **Limitationen liegen bei folgenden Punkten:**

Als Limitationen dieser Studie wird gesehen, dass die Sicht der Patient\*innen auf die IPC der Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen nicht erhoben wurde. Dies hätte dieser Arbeit einen weiteren Aspekt hinzugefügt, aber auch deren Rahmen gesprengt.

Die regionale Verteilung der Befragten konzentrierte sich auf Sachsen-Anhalt und Baden-Württemberg. Eine breitere Verteilung wäre wünschenswert gewesen.

Sechs der elf befragten Physiotherapeut\*innen haben einen akademischen Abschluss, dies entspricht 55%. Prozentual haben in Deutschland allerdings nur weniger als 3% aller Physiotherapeut\*innen einen akademischen Abschluss (physio deutschland 2021). Diese Verzerrung könnte damit erklärt werden, dass die Teilnahme freiwillig war und vor allem akademisierte Physiotherapeut\*innen den Nutzen von Forschung erkannt und Interesse daran haben und dadurch eher bereit für ein Interview waren. Die genutzten Kanäle für die Rekrutierung zielten genauso und mehrheitlich auf nicht akademisierte Physiotherapeut\*innen. Die Ergebnisse der Physiotherapeut\*innen sind vor diesem Hintergrund zu interpretieren.

Generell ist zu überlegen, inwieweit die Teilnehmenden eventuell sozial erwünschte Antworten gegeben haben. Insbesondere bei den Hausarzt\*innen hatte die Forscherin das Gefühl, neben offenen und intuitiven Antworten auch sozial erwünschte erhalten zu haben.

Für die Darstellung der Ergebnisse musste eine Auswahl getroffen werden, um dem Rahmen der Arbeit gerecht zu werden. In die Analyse sind teilweise auch nicht dargestellte Ergebnisse eingeflossen.

### **Stärken liegen bei folgenden Punkten:**

Die Aufbereitung der Daten und des Berichts erfolgte anhand der COREQ Checkliste (s.Anhang) für qualitative Forschung (Tong et al. 2007), da diese auch der Qualitätssicherung (Kap. 3) zu Grunde gelegt wurde.

Die Erfahrungen der Forscherin aus ihrem aktuellen beruflichen Hintergrund, der interprofessionellen Lehre, werden als Stärke für diese Studie angesehen. Dadurch lernte die Forscherin die ärztlichen Themen und Perspektiven besser kennen und verstehen und arbeitet aktuell an einer Verbesserung und Verbreitung der interprofessionellen Lehre.

Auf Grund des bislang kaum beachteten Forschungsfeldes erwies sich der qualitative Zugang mittels Interviews sowie die Wahl der Inhaltsanalyse zur Datenstrukturierung und –auswertung als zielführend. Durch den semistrukturierten Interviewleitfaden bestand genügend Flexibilität um individuell auf die Befragten einzugehen.

Eine Stärke der Studie ist das purposive sampling der Teilnehmenden. Dadurch wurde eine Spannweite von Charakteristika sowie verschiedene Aspekte aufgezeigt, wie z.B. eine Stadt-Land-Kontrastierung. Durch diese geographische Verteilung sind die Ergebnisse unabhängig von einer spezifischen Region. Der Einstieg in das bislang noch wenig beachtete Forschungsfeld erfolgte somit mit einer für dieses Forschungsdesign großen Bandbreite.

Durch die Nutzung verschiedener Rekrutierungskanäle sowie durch ein Schneeballsystem und private Netzwerke konnten auch Teilnehmende gewonnen werden, die diese spezifische Forschungsarbeit unterstützen wollten, aber wenig Interesse am Thema haben, so dass dadurch evtl. auch unerwartete Perspektiven inkludiert werden konnten

Es wurden bis zur Datensättigung (Ullrich und Poß-Doering 2023, S. 88) Interviews durchgeführt. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass alle wesentlichen Aspekte zum Thema aufgedeckt wurden.

Der hohe Wert von Cohens Kappa und das damit einhergehende klare und trennscharfe Kategoriensystem sind eine Stärke der Studie. Mit Hilfe der Software MAXQDA wurden die Daten strukturiert und ausgewertet. Die Auswertungsmethode der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) wird als passend angesehen, um die Daten zu strukturieren. Die wesentlichen Themen für die Beantwortung der Fragestellungen konnten mit der Analysemethode herausgearbeitet werden. Die aufgeführten Ergebnisse wurden mit entsprechenden Zitaten belegt. Es wurde darauf geachtet, dass Zitate beider Berufsgruppen sowie von jeweils verschiedenen Personen aufgeführt sind.

### 5.3 Implikationen für die zukünftige interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit, maßgeblich aus den Kategorien „Wünsche an die Zukunft für IPC“ und „konkrete Verbesserungsvorschläge“, den „Einflussfaktoren“ sowie dem „Erleben“, hier vor allem der „Förderfaktoren“, werden erste Implikationen für die zukünftige IPC im ambulanten Setting abgeleitet. Hierbei wird die Sicht der Befragten direkt aufgegriffen und Umsetzungsmöglichkeiten werden aufgezeigt. Es sollte möglichst positives Erleben der IPC gestaltet werden, um auf dem beschriebenen Kontinuum in die positive Schleife zu gelangen bzw. diese zu verstärken.

Auf **struktureller Ebene** sollte eine eigene Abrechnungsposition für IPC bei den Kostenträgern eingeführt werden, um damit sowohl die Zeit für den Austausch als auch Berichte angemessen zu vergüten. IPC würde dann als Arbeitszeit vergütet und muss nicht mehr in der Freizeit erfolgen. Es ist davon auszugehen, dass dies die Motivation für IPC erhöht, so dass dem Wunsch nach generell mehr Kontakt und Austausch entsprochen werden kann.

Des Weiteren besteht die Notwendigkeit, bereits in Ausbildung und Studium interprofessionelle Lehre curricular zu implementieren, um Kompetenzen der Kommunikation, Zusammenarbeit und ein Verständnis für die jeweiligen Rollen und Verantwortlichkeiten zu erwerben (WHO 2010). Besonders die Klarheit über die eigene Rolle als auch die des Gegenübers und damit verbundene Verantwortlichkeiten kann intra- und interpersonelle Konflikte reduzieren (ebd.). Ebenso wäre es sinnvoll, jeweils ein Unterrichtsfach über die Möglichkeiten und Aufgaben der jeweiligen anderen Berufsgruppe einzuführen, damit z.B. angehende Ärzt\*innen die Möglichkeiten der Physiotherapie aufgezeigt bekommen, und so treffsichere Verordnungen ausstellen zu können. Im NKLM 2.0 (2023) ist sowohl interprofessionelle Lehre generell wie auch Lehre über andere Berufsgruppen, z.B. über Physiotherapie bereits verankert und sollte mit Inkrafttreten des NKLM umgesetzt werden. Verbunden damit ist eine Vermittlung entsprechender interprofessioneller Kompetenzen (ebd.). In die Ausbildungsordnung für Physiotherapie müsste dies aufgenommen werden. Entsprechende Rollen und Kompetenzen müssten für die Physiotherapie formuliert und umgesetzt werden (KaaP-Fröhlich et al. 2022). Im deutschsprachigen Raum wurden sowohl in der Schweiz als auch in Österreich mit der Akademisierung der Gesundheitsberufe auch entsprechende Kompetenzprofile entwickelt, welche die interprofessionellen Kompetenzen beinhalten. Die Studiengänge, vor allem in der Schweiz, sind entsprechend auf die Kompetenzen ausgerichtet (ZHAW 2017; KaaP-Fröhlich et al. 2022; physioaustria 2017). Diese Kompetenzprofile könnten Vorbild für die IPE in Deutschland sein (KaaP-Fröhlich et al. 2022). Es ist dabei sinnvoll, die Kompetenzen und Anforderungen an die Rollen in Ausbildung/Studium von Physiotherapie und Humanmedizin zu synchronisieren (ebd.). Erste IPE Projekte mit angehenden Physiotherapeut\*innen und Humanmediziner\*innen in Deutschland wurden erfolgreich umgesetzt (Mette et al. 2016; Bibrack et al. 2022; González Blum et al. 2020; Retznik et al. 2023) und teilweise curricular implementiert (Mette et al. 2016; Retznik et al. 2023).

Wird die seit langem in Deutschland diskutierte Akademisierung der Physiotherapie (Höppner 2020, S. 11; KaaP-Fröhlich et al. 2022) umgesetzt, vereinfacht dies die Etablierung von IPE langfristig erheblich. Außerdem kann das Hierarchiegefälle minimiert und der Beruf der Physiotherapie aufgewertet werden (Höppner 2020, S. 11). In den Augen der Autorin könnte damit auch die Diskrepanz reduziert werden, dass die Physiotherapeut\*innen professionell wahrgenommen werden möchten, sie sich aber auch professionell verhalten müssen, damit sie von den Hausarzt\*innen entsprechen wahrgenommen werden. Deutschland würde sich mit der

Akademisierung der Physiotherapie den internationalen Ausbildungsstandards (physio deutschland 2023) anschließen.

Dem Wunsch nach einfacherer und digitaler Informationsübermittlung bzw. Teilen von Informationen könnte mittels elektronischer Patient\*innenakte (ePA) nachgekommen werden, welche in Deutschland 2025 flächendeckend eingeführt werden soll (BMG 2023). Da eine genannte Barriere für Hausarzt\*innen die Vielzahl der potentiellen Physiotherapiepraxen ist, wäre hier eine Möglichkeit, sogenannte „kooperierende Praxen“ einzuführen, d.h., dass evtl. vertraglich festgelegt wird, welche hausärztlichen und physiotherapeutischen Praxen sich gegenseitig Patient\*innen „schicken“, womit auch gemeinsame Kommunikationswege festgelegt werden. Wichtig ist hier, dass die Wahlfreiheit der Patient\*innen gewahrt wird. Nach kanadischem Beispiel (Deslauriers et al. 2018) wären auch direkt in ärztlichen Praxen angestellte Physiotherapeut\*innen denkbar oder kooperierende Praxen. Eine Möglichkeit der Patient\*innensteuerung wäre z.B., dass Klient\*innen in den jeweils kooperierenden Praxen schneller Termine bekommen, um die Motivation für diese Praxis zu erhöhen. Befinden sich beide Praxen in einem Gebäude, optimalerweise in einem MVZ, wird die Barriere der räumlichen Entfernung abgebaut, so dass ein gegenseitiges Kennen und die gemeinsame Kommunikation zwischen den Berufsgruppen verbessert werden kann (Wei et al. 2022) und dem gelegentlich geäußerten Wunsch nach räumlicher Nähe nachgekommen wird. Patient\*innen werden zusätzlich dahingehend gelenkt, innerhalb eines MVZs entsprechende Praxen aufzusuchen. Ein neuer Ansatz wird mit den hausärztlichen Primärversorgungszentren (HÄPPI) ab 2024 erprobt (haev 2023). Interprofessionelle Praxisstrukturen werden dabei geschaffen mit Einbezug verschiedener Professionen, so auch der Therapieberufe. Ziele sind u.a. die Förderung der interprofessionellen Versorgung und die Patient\*innenzentrierung. Im Sinne der Interprofessionalität wäre bei der Konzeptionierung der Einbezug der entsprechenden Berufsverbände jenseits des Hausarzt\*innenverbandes wünschenswert gewesen.

Weiterhin wäre es sinnvoll, Strukturen zu schaffen, um die Einbindung beider sowie auch weiterer Berufsgruppen hier in die Behandlung von Rückenschmerzpatient\*innen standardisiert im Sinne einer multimodalen Therapie zu gewährleisten. Dies entspräche einem leitliniengerechten Vorgehen (BÄK 2017). Eine gemeinsame Zielfindung von Behandelnden und Patient\*in mit einer abgestimmten Therapie sowie Informationsweitergabe wäre dann einfacher zu gewährleisten. Durch entsprechende IPC-Interventionen wurde gezeigt, dass sowohl Verordnungsverhalten wie auch die Behandlungsqualität verbessert wurde (Chan et al. 2010; Clemence und Seamark 2003; Seaton et al. 2023).

Auf **fachlich-inhaltlicher Ebene** besteht der Wunsch nach gemeinsamen Weiterbildungen – ob durch eine Berufsgruppe für die andere oder auch als gemeinsame interprofessionelle Weiterbildung. Hierbei könnten, passend zum Thema Rückenschmerzen, verschiedene Aspekte aufgegriffen werden. So wäre es für beide Berufsgruppen hilfreich wie auch informativ, wie Rückenschmerzen jeweils ärztlich diagnostiziert bzw. physiotherapeutisch befundet und

behandelt werden. Ähnlich wie die Veranstaltungen im Rahmen der Ausbildung, können bei diesen Fortbildungen auch die therapeutischen Möglichkeiten beider Berufe, insbesondere aber der PT, aufgezeigt werden. Wenn Ärzt\*innen die Möglichkeiten der Physiotherapie kennen, können sie zielgerichtet die passende Therapie verordnen, was bürokratischen Aufwand für beide Seiten spart und vor allem den entsprechenden Patient\*innen hilft, schneller wieder eine höhere Lebensqualität, Teilhabe am Arbeitsleben oder der Gemeinschaft zu erreichen und schnellere Selbstständigkeit gibt. Dies verringert dann auch wiederum die indirekten Kosten von Rückenbeschwerden. Bei Weiterbildungen dieser Art kann die Sicht der anderen Berufsgruppe auf ein Gesundheitsproblem und deren Umgang damit vermittelt werden, gemeinsame Ziele formuliert und/oder Kompetenzen im kommunikativen Bereich erlernt werden. Einen ersten erfolgversprechenden Ansatz für die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Deutschland liefern Dippell et al. (2021). Eine Fallvignette, welche gemeinsam bearbeitet wird, inklusive gemeinsamer Zielsetzung, Behandlungsplan und Evaluation, stellt eine didaktische Möglichkeit dar, um fachliche Inhalte zu vermitteln und gemeinsames Arbeiten zu ermöglichen und in ein gemeinsames Tun im Sinne des „von-, mit- und übereinander lernens“ (WHO 2010, S. 13) zu kommen.

Besonderes Augenmerk in dieser Arbeit wird auf die **persönliche Ebene** gelegt. Hier kann das Miteinander verbessert werden, pragmatisch und in Eigeninitiative, ohne dass es politischer Änderungen bedarf. Im Kleinen und auf individueller Ebene sind zum aktuellen Zeitpunkt Änderungen vermutlich schneller umsetzbar. Da Netzwerke für die IPC Voraussetzung sind, braucht es grundsätzlich Möglichkeiten zum Netzwerkaufbau. O.g. Weiterbildungen sind eine Möglichkeit dazu. Weitere Möglichkeiten, die dann auch stärker in einer Region bzw. Nachbarschaft verankert sind, bieten z.B. informelle Treffen im Sinne von Stammtischen. Eine andere Möglichkeit wäre das Angebot einer Praxis für einen „Tag der offenen Tür“ für Fachpersonen. Da den ärztlichen Kolleg\*innen die fachliche Weiterbildung wichtig ist und die Vermutung nahe liegt, dass sie zu einem rein informellen Treffen, wie von den Physiotherapeut\*innen gewünscht, kaum erscheinen, bietet es sich an, fachliche Weiterbildung und informelle Treffen zu kombinieren. Ein Stammtisch könnte z.B. erst einen Austausch oder Minifortbildung zu einem fachlichen Thema beinhalten, z.B. aktive Übungen bei Beschwerden des Iliosakralgelenkes, um dann einen informellen Teil anzuschließen. Zur Vereinfachung der Teilnahme und um Wegezeiten zu vermeiden, könnte so eine Veranstaltung u.U. auch online via Videokonferenz stattfinden. Solche Treffen können zusätzlich eine Klärung der gegenseitigen Kompetenzen und Grenzen im Sinne der Rollen und Verantwortlichkeiten (CIHC 2010), Erwartungen sowie Ziele beinhalten bzw. erleichtern und einen gegenseitigen Vertrauensaufbau unterstützen.

Für den Austausch bezüglich komplexer Fälle sowie das gemeinsame Formulieren von Zielen könnten gemeinsame Fallbesprechungen als Präsenzaustausch, Videokonferenz oder telefonisch, zielführend sein. Damit diese für beide Seiten als zielführend wahrgenommen



werden, ist es notwendig, diese klar zu terminieren und eine klare Struktur vorzugeben. Eine moderierende Person hat dabei die Aufgabe, auf die Patient\*innenzentrierung zu achten (van Dongen et al. 2017). Außerdem ist wichtig, dass allgemein gültige Kommunikations- und Feedbackregeln wie z.B. sachlich, höflich, angemessener Tonfall, ausreden lassen, eingehalten und die gegenseitigen fachlichen Expertisen anerkannt werden sowie das ergebnisorientiert gehandelt wird. Dadurch können diese Treffen für alle Teilnehmenden positiv wahrgenommen werden und somit zu einer positiv(er)en Einstellung bezüglich IPC beitragen. Solche Fallbesprechungen könnten entweder nach Bedarf organisiert oder regelmäßig terminiert werden. Wichtig ist, dass diese Termine für alle Parteien bindend sind und pünktlich wahrgenommen werden, um Frust und Unmut zu vermeiden und gegenseitige Wertschätzung zu demonstrieren (Steihaug et al. 2017).

Ein konkreter Lösungsansatz aus den Ergebnissen dieser Untersuchung ist es, eine einfachere Erreichbarkeit im Praxisalltag zu ermöglichen. Ein Vorschlag besteht darin, dass es festgelegte Zeitfenster gibt, die klar umrissen und kommuniziert sind, wo eine telefonische Erreichbarkeit gegeben ist und keine Sprechstunde/Behandlungszeit ist. Als Beispiel hat eine hausärztliche Praxis die Zeit mittwochs zwischen 13.00-14.00 Uhr als Bürozeit für die hausärztliche Kolleg\*in reserviert und kommuniziert. So wissen die umliegenden Physiotherapeut\*innen, in dieser Zeit ist diese Person gut und einfach telefonisch für Absprachen zu erreichen. Im Gegenzug kommunizieren Physiotherapiepraxen ihre Kommunikationsfenster. Hier wird aktuell erschwert, dass im aktuellen Vergütungssystem für Physiotherapeut\*innen keine Bürozeiten für Therapieberichte, Dokumentation o.ä. vorgesehen sind, da diese nach der Rahmenrichtlinie (Rahmenvereinbarung 2021) in die Behandlungszeit fallen. Die bezahlten Behandlungszeiten von 15-20 Minuten für eine übliche Krankengymnastik lassen allerdings keinen zeitlichen Spielraum für die notwendige Kommunikation zu. Derzeit wird diese Leistung in der Freizeit der Physiotherapeut\*innen erbracht. Eine weitere Möglichkeit für einfachere Erreichbarkeit besteht in einer Sondertelefonnummer oder speziellem Handy, welche für besonders dringende Fälle genutzt werden. Ein gewisses Vertrauensverhältnis der beteiligten Parteien ist hier nötig.

Damit Absprachen nicht nebenbei getroffen werden, sondern mit einer gewissen Ruhe, ist eine weitere Möglichkeit, vorab einen Telefontermin mit einer Agenda des zu besprechenden Falles zu vereinbaren, ggf. auch außerhalb bestehender Kommunikationsfenster. Zum genannten Termin sind die beteiligten Parteien schnell erreichbar, inhaltlich vorbereitet und in Ruhe können die Anliegen direkt telefonisch innerhalb weniger Minuten geklärt werden. Nachteilig dabei ist die fehlende Dokumentation über diese Absprachen.

Auf Praxisebene könnten z.B. Physiotherapiepraxen Weiterbildungen zu für Hausärzt\*innen relevanten Themen anbieten und die umliegenden Hausärzt\*innen einladen, analog der weiter oben bereits aufgeführten Weiterbildungen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass mit entsprechender Eigeninitiative und gutem Willen auch unter den aktuellen Rahmenbedingungen eine gute Zusammenarbeit möglich ist. Es gibt

Beispiele, wo regelmäßige Fallbesprechungen in den Praxisablauf integriert sind oder die Physiotherapeutin die direkte Durchwahl zum\*zur ärztlichen Kolleg\*in hat, und somit die Barriere des „nicht erreichen können“ umgangen wird. Auch hier zeigt sich, IPC ist abhängig von den beteiligten Individuen und deren persönlichen Einstellungen.

Die beispielhaft genannten Maßnahmen dienen in den meisten Fällen neben dem fachlichen Austausch oder pragmatischer Vorgehensweise auch dem Abbau der Barrieren, wie sich nicht kennen, schlechte Erreichbarkeit, und vor allem dem Bestärken der Förderfaktoren, z.B. sich gegenseitig kennen, Netzwerkaufbau, Verständnis für andere Berufsgruppe, gute Erreichbarkeit, erleben der fachlichen Kompetenz, gegenseitiges Rollenverständnis. Es sollen möglichst positive Erlebnisse mit IPC verbunden werden, um die Beteiligten für weitere IPC zu bestärken und diese selbstverständlich werden zu lassen.

Generell können und sollten auch positive Erfahrungen mit der IPC aus dem stationären Setting auf ihre Übertragbarkeit auf das ambulante Setting überprüft und erprobt werden.

## 6 Zusammenfassung

Rückenschmerzen sind eines der häufigsten Krankheitsbilder in Deutschland mit steigender Prävalenz. Dies ist für die einzelnen Personen mit einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität verbunden. Für die Gesellschaft entstehen hohe direkte und indirekte Kosten. Die Therapie dieser Krankheitsbilder findet hauptsächlich im ambulanten Setting statt, mit Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen als wichtige Versorgende. Um die Behandlungsqualität zu steigern und Ressourcen zu schonen, u.a. finanzielle, zeitliche und menschliche Ressourcen, bietet sich eine gute IPC als Mittel der Wahl an. Die Benefits von IPC sind durch die Literatur für das stationäre Setting sowie für Ärzt\*innen und Pflegekräfte gut belegt. Die IPC im ambulanten Setting generell und spezifisch zwischen Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen sowie für die Versorgung von Rückenschmerzpatient\*innen wurde bislang kaum beforscht. Die Daten dieser Arbeit stellen erstmalig die IPC zwischen den genannten Berufsgruppen im ambulanten Setting bei Rückenschmerzpatient\*innen in Deutschland dar.

Jenseits der rechtlich festgelegten Kontakte, Verordnung und Therapiebericht, gibt es zwischen den genannten Professionen kaum Kontakte. Informationen werden hauptsächlich über Patient\*innen übermittelt. Beide Berufsgruppen wünschen sich mehr persönliche Kontakte, da sie diese mit besserem Informationsaustausch zugunsten einer optimierten und individuellen Therapie verbinden.

Das Erleben von IPC und die daraus entstehenden Erfahrungen sind individuell und heterogen. In beiden Berufsgruppen gibt es ein Spektrum von positiv bis negativ konnotierten Erfahrungen, letztere hauptsächlich von Physiotherapeut\*innen. Die Auffassungen über IPC divergieren, so wird diese teilweise als „Rezept ausstellen“ beschrieben, aber auch als Kontakt auf Augenhöhe mit regelmäßigem persönlichem Austausch. Vor allem Physiotherapeut\*innen wünschen sich mehr Wertschätzung und Wahrnehmung ihrer Expertise. Das Erleben bzw. die Erfahrungen sind immer personenbezogen auf ein bestimmtes Gegenüber. Mit IPC verbundene Emotionen sind

unter anderem Angst und Wut, aber auch Freude und Wertschätzung. Einflussfaktoren für die IPC werden auf struktureller, fachlich-inhaltlicher und persönlicher Ebene formuliert. Zeitmangel, fehlende Vergütung und sich nicht kennen werden als maßgebliche Barrieren formuliert. Förderlich wirken sich besonders positive Vorerfahrungen, eine positive Grundeinstellung zu IPC, gute Netzwerke und sich gegenseitig zu kennen, auf die IPC aus.

Als Wünsche werden allgemein mehr Austausch und gegenseitige Wertschätzung formuliert. Es werden konkrete Verbesserungsvorschläge genannt. Wichtig ist, dass diese pragmatisch umzusetzen sind. Am wichtigsten ist die Einführung der Vergütung von IPC. Möglichkeiten, um sich gegenseitig kennenzulernen und gegenseitig voneinander zu lernen, werden formuliert, wie gemeinsame Fort- und Weiterbildungen, aber auch die Interprofessionelle Lehre im Rahmen von Studium bzw. Ausbildung. Besonders letztere kann ein wichtiger Baustein für die IPC sein, besonders in Verbindung mit der Akademisierung der Physiotherapie. Weitere Vorschläge dienen der besseren Erreichbarkeit und dem besseren Austausch von Informationen.

Erleben, Erfahrungen und Einflussfaktoren bedingen sich gegenseitig. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, positives Erleben von IPC zu schaffen, um weitere und nutzbringende IPC anzubahnen. So müssen die Rahmenbedingungen auf den genannten Ebenen, der strukturellen, der inhaltlich-fachlichen und der persönlichen, angepasst werden. Wichtige Schritte diesbezüglich sind die Einführung der Vergütung von Zeiten für IPC, interprofessionelle Lehre in Studium und Ausbildung sowie gemeinsame Fort- und Weiterbildungen. Die Akademisierung der Physiotherapie könnte ein weiterer wichtiger Schritt sein, um eine professionelle Wahrnehmung der Physiotherapeut\*innen durch die Hausarzt\*innen zu fördern und erlebte Hierarchien zu reduzieren.

Aus dieser Arbeit leiten sich weitere Fragestellungen ab. Die beschriebenen Zusammenhänge zwischen Erleben und Erfahrungen mit IPC könnten confirmatorisch in randomisierten kontrollierten Designs untersucht werden. Die bereits angesprochenen organizational factors (Wei et al. 2022) könnten auf ihre Passung für das beschriebene Setting untersucht werden. Besonders interessant könnte dabei der Stellenwert der räumlichen Nähe im Verhältnis zu anderen Einflussfaktoren, wie gute Netzwerke und persönliches Kennen, sein. Angesprochene Maßnahmen könnten pilotiert und evaluiert werden hinsichtlich unterschiedlicher Outcomes, z.B. des Einflusses auf das Erleben der IPC, Veränderungen von Therapieparametern oder Arbeitszufriedenheit der Behandelnden. Da die Versorgung von Rückenschmerzpatient\*innen komplex ist und multimodal erfolgen soll, könnten in weitere Überlegungen zur IPC bei Rückenschmerzpatient\*innen auch ergänzende Berufsgruppen mit einbezogen werden, wie Psycholog\*innen, Ergotherapeut\*innen und Pharmazeut\*innen. Eine weitere Perspektive könnte die Befragung von betroffenen Patient\*innen auf die IPC beider Berufsgruppen hinzufügen.

## 7 Literaturverzeichnis

Bährle, Jürgen (2018): Kooperationspartner. Kooperation mit Ärzten: Das ist rechtlich erlaubt. In: *PP Praxisführung professionell* (4), S. 17–19.

BÄK (2017): Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, 2. Auflage. Version 1. 2. Auflage. Version 1. Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Online verfügbar unter [www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de](http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de), zuletzt geprüft am 21.05.2023.

Bandura, Albert (1997): *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Becker, Annette (2019): *Physio 2030. Der Kompetenz-Kompass für die Ausbildung in der Physiotherapie*. München: Pflaum.

Becker, Annette; Chenot, Jean-Francois; Casser, Hans-Raimund; Baron, Ralf; Hasenbring, Monika (2016): Chronischer Rückenschmerz. In: Hans-Raimund Casser, Monika Hasenbring, Annette Becker und Ralf Baron (Hg.): *Rückenschmerzen und Nackenschmerzen. Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, Versorgungspfade, Patientenedukation, Begutachtung, Langzeitbetreuung*. Berlin: Springer, S. 89–103.

Behrend, Ronja; Herinek, Doreen; Kienle, Rolf; Arnold, Franziska Louisa; Peters, Harm (2022): Entwicklung interprofessioneller Ausbildungsziele für die Gesundheitsberufe an der Charité – Universitätsmedizin Berlin – Eine Delphi-Studie. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 84 (6), S. 532–538. DOI: 10.1055/a-1341-1368.

Berger, Sarah; Goetz, Katja; Leowardi-Bauer, Christina; Schultz, Jobst-Hendrik; Szecsenyi, Joachim; Mahler, Cornelia (2017): Anchoring interprofessional education in undergraduate curricula: The Heidelberg story. In: *Journal of interprofessional care* 31 (2), S. 175–179. DOI: 10.1080/13561820.2016.1240156.

Bertelsmann Stiftung (2007): *Gesundheitspfad Rücken. Innovative Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen. Leitfaden für Entscheider und Gestaltung*. Unter Mitarbeit von Experten-Panel "Rückenschmerz". Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.

BfArM (2023): ICD-10-GM. Version 2023. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification. Mit Aktualisierung vom 06.12.2022. Hg. v. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlg2023/>, zuletzt geprüft am 21.05.2023.

Bibrack, Eva; Horneff, Henrike; Krumm, Katja; Hinrichs, Jutta; Mette, Mira (2022): Transferring interprofessional education concepts across sites - experiences and recommendations for practice. In: *GMS journal for medical education* 39 (1), Doc8. DOI: 10.3205/zma001529.

BmBF (o.J.): DQR-Niveaus. In: BmBF – Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Online verfügbar unter [https://www.dqr.de/dqr/de/der-dqr/dqr-niveaus/dqr-niveaus\\_node.html](https://www.dqr.de/dqr/de/der-dqr/dqr-niveaus/dqr-niveaus_node.html), zuletzt geprüft am 10.12.2023.

BMG (2022): Ausgaben für Heilmittel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Jahren 2004 bis 2021. (in Milliarden Euro). Online verfügbar unter

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155714/umfrage/gkv-ausgaben-fuer-heilmittel-seit-2004/>, zuletzt geprüft am 23.06.2023.

BMG (2023): Die elektronische Patientenakte (ePA). Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Bonn und Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte>, zuletzt aktualisiert am 14.12.2023, zuletzt geprüft am 02.01.2024.

BMG (2024): Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfung. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Bonn, Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/r/richtgroessen-und-wirtschaftlichkeitspruefung>, zuletzt geprüft am 10.01.2024.

BMJ (1994): Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz - MPhG). Online verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/mphg/BJNR108400994.html>, zuletzt geprüft am 10.12.2023.

Brasch, Maria; Rübiger, Jutta (2011): Wie Patienten vom Direktzugang zur Physiotherapie profitieren (könnten). In: *Public Health Forum* 19 (1), S. 23–24. DOI: 10.1016/j.phf.2010.12.018.

Bromberg, Mark B.; Schenkenberg, Thomas; Brownell, Alexander A. (2011): A survey of stress among amyotrophic lateral sclerosis care providers. In: *Amyotrophic lateral sclerosis : official publication of the World Federation of Neurology Research Group on Motor Neuron Diseases* 12 (3), S. 162–167. DOI: 10.3109/17482968.2011.562512.

Carron, Tania; Rawlinson, Cloe; Arditi, Chantal; Cohidon, Christine; Hong, Quan Nha; Pluye, Pierre et al. (2021): An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness. In: *International journal of integrated care* 21 (2), S. 31. DOI: 10.5334/ijic.5588.

Chan, Bibiana C.; Perkins, David; Wan, Qing; Zwar, Nick; Daniel, Chris; Crookes, Patrick; Harris, Mark F. (2010): Finding common ground? Evaluating an intervention to improve teamwork among primary health-care professionals. In: *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care* 22 (6), S. 519–524. DOI: 10.1093/intqhc/mzq057.

Chenot, Jean-Francois; Becker, Annette; Baron, Ralf; Casser, Hans-Raimund; Hasenbring, Monika (2016): Akuter/subakuter lumbaler Rückenschmerz.. In: Hans-Raimund Casser, Monika Hasenbring, Annette Becker und Ralf Baron (Hg.): Rückenschmerzen und Nackenschmerzen. Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, Versorgungspfade, Patientenedukation, Begutachtung, Langzeitbetreuung. Berlin: Springer.

CIHC (2010): A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver.

Clemence, Mark L.; Seamark, David A. (2003): GP referral for physiotherapy to musculoskeletal conditions--a qualitative study. In: *Family practice* 20 (5), S. 578–582. DOI: 10.1093/fampra/cm515.

Damm, O.; Bowles, D.; Greiner, W. (2016): Gesundheitsökonomische Aspekte von Rückenschmerzen. In: Hans-Raimund Casser, Monika Hasenbring, Annette Becker und Ralf Baron (Hg.): Rückenschmerzen und Nackenschmerzen. Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, Versorgungspfade, Patientenedukation, Begutachtung, Langzeitbetreuung. Berlin: Springer, S. 617–629.

DEGAM (2002): Fachdefinition. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM). Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und

Familienmedizin e.V. (DEGAM). Berlin. Online verfügbar unter <https://www.degam.de/fachdefinition#:~:text=Der%20Arbeitsbereich%20der%20Allgemeinmedizin%20beinhaltet,Bereiche%20der%20Pr%C3%A4vention%20und%20Rehabilitation.,zuletzt%20gepr%C3%BCft%20am%2015.07.2023.>

DEGAM (2016): Nackenschmerzen. DEGAM S1 Handlungsempfehlung. AWMF-Register-Nr. 053-007; DEGAM-Leitlinie Nr. 13. Unter Mitarbeit von Martin Scherer und Jean-Francois Chenot. o.O.

DEGAM (2023): Schutz vor Über- und Unterversorgung - gemeinsam entscheiden. S2e-Leitlinie Living Guideline. AWMF-Register-Nr. 053-045LG DEGAM-Leitlinie NR. 21. Unter Mitarbeit von Martin Scherer, Dagmar Lühmann, Günther Egidi, Thomas Kühlein, Dorit Abiry, Anne Barzel und Cathleen Muche-Borowski. Berlin. Online verfügbar unter 24.05.2023.

Deslauriers, Simon; Toutant, Marie-Eve; Laberge, Caroline; St-Pierre, Annie; Desmeules, François; Perreault, Kadija (2018): A physician-physiotherapist collaborative model in a family medicine teaching clinic. In: *Canadian medical education journal* 9 (4), e120-e122.

Destatis (2023): Gesundheitspersonalrechnung. Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Einrichtung, Geschlecht, Berufe im Gesundheitswesen. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1688294307821&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=23621-0002&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>, zuletzt geprüft am 02.07.2023.

Dippell, Katharina; Brueckle, Maria-Sophie; Sennekamp, Monika; Wunder, Armin; Pauscher, Lia; Reißner, Pamela et al. (2021): "A real eye opener" - development, implementation and evaluation of a seminar on interprofessional teamwork in GP specialty training. In: *GMS journal for medical education* 38 (5), Doc92. DOI: 10.3205/zma001488.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg: Eigenverlag.

Flick, Uwe; Kardoff, Ernst v.; Steinke, Ines (2015): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Uwe Flick (Hg.): *Qualitative Forschung: ein Handbuch*. 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch.

Frank, Jason R.; Snell, Linda; Sherbino Jonathan (Hg.) (2015): Can Meds 2015 Physician Competency Framework. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Ottawa. Online verfügbar unter <https://www.royalcollege.ca/en/canmeds/canmeds-framework.html>, zuletzt geprüft am 10.12.2023.

G-BA (2023a): Anlage 2: Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach §125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung. Hg. v. Gemeinsamer Bundesausschuss, zuletzt geprüft am 05.05.2023.

G-BA (2023b): Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. (Heilmittel-Richtlinie/Heilm-RL). Hg. v. Gemeinsamer Bundesausschuss.

GBE (2023a): Ambulante Einrichtungen. Hg. v. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bonn. Online verfügbar unter [https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=9900](https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9900), zuletzt geprüft am 10.08.2023.

GBE (Hg.) (2023b): Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Online verfügbar unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de), zuletzt geprüft am 15.04.2023.

Gerlinger, Thomas (2017): Gesundheitspolitik: Ambulante ärztliche Versorgung. Strukturen und Versorgungsformen. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung. Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/themen/gesundheit/gesundheitspolitik/251980/strukturen-und-versorgungsformen/>, zuletzt geprüft am 15.04.2023.

Gilles, Ingrid; Filliettaz, Séverine Schussel ; Berchtold, Peter; Peytremann-Bridevaux, Isabelle (2020): Financial Barriers Decrease Benefits of Interprofessional Collaboration within Integrated Care Programs: Results of a Nationwide Survey. In: *International journal of integrated care* 20 (1), S. 10. DOI: 10.5334/ijic.4649.

GKV-Spitzenverband (2022a): Anzahl der Heilmittelverordnungen der GKV nach Therapiebereich und Kassenärztlicher Vereinigung im Jahr 2021 (in 1.000). Statista. Hg. v. Statista GmbH. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/247471/umfrage/anzahl-der-heilmittelverordnungen-der-gkv-nach-therapiebereich-und-kv/>, zuletzt geprüft am 23.06.2023.

GKV-Spitzenverband (2022b): Anzahl der Heilmittelverordnungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach Facharztgruppe im Jahr 2021 nach Facharztgruppe 2021. Hg. v. Statista. Statista GmbH. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1189720/umfrage/heilmittelverordnungen-der-gkv-nach-facharztgruppe/>, zuletzt geprüft am 23.06.2023.

Gonz lez Blum, Carlos; Richter, Robert; Fuchs, Reinhard; Sandeck, Florian; Heermann, Stephan (2020): An interprofessional teaching approach for medical and physical therapy students to learn functional anatomy and clinical examination of the lower spine and hip. In: *Annals of anatomy = Anatomischer Anzeiger : official organ of the Anatomische Gesellschaft* 231, S. 151534. DOI: 10.1016/j.aanat.2020.151534.

Grobe, Thomas G.; Braun, Anna; Szecsenyi, Joachim (2022): Coronapandemie. Auswirkungen auf Gesundheit und Versorgung. Berlin: Barner (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 33).

haev (2023): H PPI. Haus rztliches Prim rversorgunszentrum - Patientenversorgung Interprofessionell. ein Konzept des Haus rzt\*innen und Haus rztverbandes. Hg. v. Hausärztinnen und Haus rztverband e.V. Hausärztinnen und Haus rztverband e.V. Köln. Online verfügbar unter [https://www.haev.de/fileadmin/user\\_upload/News\\_Dateien/2023/2023\\_11\\_07\\_HAEPPI\\_Konzeptpapier\\_lang.pdf](https://www.haev.de/fileadmin/user_upload/News_Dateien/2023/2023_11_07_HAEPPI_Konzeptpapier_lang.pdf), zuletzt geprüft am 10.01.2023.

Haus rztverband Baden-Württemberg (2024): Ein starkes Netzwerk für Hausärzte. Hg. v. Haus rztverband Baden-Württemberg. Haus rztverband Baden-Württemberg. Stuttgart. Online verfügbar unter <https://www.hausarzt-bw.de/mein-verband>, zuletzt geprüft am 07.01.2024.

Heckhausen, J.; Heckhausen †, H. (2006): Motivation und Handeln: Einführung und Überblick. In: H., Jutta Heckhausen und Heinz Heckhausen † (Hg.): Motivation und Handeln. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 1–9.

Helfferich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews : [Lehrbuch]. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hofmann, Maria (2017): Lautes Denken. Quasus. Qualitatives Methodenportal zur Qualitativen Sozial-, Unterrichts- und Schulforschung. Pädagogische Hochschule Freiburg. Online verfügbar unter <https://www.ph-freiburg.de/quasus/was-muss-ich-wissen/daten-erheben/lautes-denken.html>, zuletzt geprüft am 13.12.2023.

Höppner, Heidi (2020): Warum dieses Buch? In: Heidi Höppner, Petra Kühnast und Claudia Winkelmann (Hg.): Potenziale der Physiotherapie erkennen und nutzen. Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung. Heidelberg: medhochzwei.

Howard, Ileana; Potts, Abigail (2019): Interprofessional Care for Neuromuscular Disease. In: *Current treatment options in neurology* 21 (8), S. 35. DOI: 10.1007/s11940-019-0576-z.

Hustoft, Merethe; Biringer, Eva; Gjesdal, Sturla; Aßmus, Jörg; Hetlevik, Øystein (2018): Relational coordination in interprofessional teams and its effect on patient-reported benefit and continuity of care: a prospective cohort study from rehabilitation centres in Western Norway. In: *BMC health services research* 18 (1), S. 719. DOI: 10.1186/s12913-018-3536-5.

IPEC (2016): Core Competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Hg. v. Interprofessional Education Collaborative. IPEC. Washington D.C. Online verfügbar unter <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf>, zuletzt geprüft am 20.07.2023.

JIPC (o.J.): Terminology. Hg. v. Journal of Interprofessional Care. Taylor & Francis Group. Online verfügbar unter <https://files.taylorandfrancis.com/ijic-terminology.pdf>.

Kaap-Fröhlich, Sylvia; Ulrich, Gert; Wershofen, Birgit; Ahles, Jonathan; Behrend, Ronja; Handgraaf, Marietta et al. (2022): Position paper of the GMA Committee Interprofessional Education in the Health Professions - current status and outlook. In: *GMS journal for medical education* 39 (2), Doc17. DOI: 10.3205/zma001538.

Karstens, Sven; Kuithan, Pauline; Joos, Stefanie; Hill, Jonathan C.; Wensing, Michel; Steinhäuser, Jost et al. (2018): Physiotherapists' views of implementing a stratified treatment approach for patients with low back pain in Germany: a qualitative study. In: *BMC health services research* 18 (1), S. 214. DOI: 10.1186/s12913-018-2991-3.

KBV (Hg.) (2021a): Gesundheitsdaten. Immer weniger Einzelpraxen. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17020.php>, zuletzt geprüft am 16.04.2023.

KBV (Hg.) (2021b): Medizinische Versorgungszentren Aktuell. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2021. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf>.

KBV (2022): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2022. Hg. v. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Berlin. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php#content688>, zuletzt geprüft am 16.04.2023.

KBV (2023a): Gesundheitsdaten. Die meisten Heilmittelausgaben entfallen auf Physiotherapie. Hg. v. KBV. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17057.php>, zuletzt geprüft am 02.07.2023.

KBV (2023b): Gesundheitsdaten-Heilmittelausgaben gestiegen. Unter Mitarbeit von Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Hg. v. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17056.php>, zuletzt geprüft am 09.12.2023.

kngf (2021): KNGF Physical Therapist Professional Profile. About the discipline and roles and competencies of the physical therapist. Hg. v. Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF).



- Royal Dutch Society for Physical Therapy (KNGF). Amersfoort. Online verfügbar unter <https://www.kngf.nl/binaries/content/assets/kngf/onbeveiligd/vak-en-kwaliteit/beroepscode/kngf-physical-therapist-professional-profile>, zuletzt geprüft am 10.12.2023.
- Korff, Michael von; Ormel, Johan; Keefe, Francis J.; Dworkin, Samuel F. (1992): Grading the severity of chronic pain. In: *Pain* 50 (2), S. 133–149. DOI: 10.1016/0304-3959(92)90154-4.
- Kruse, Jan; Weber, Kristina-Maria; Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten; Schmieder, Christian (2015): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. [überarbeitete] Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt (Hg.) (2003): Vorläufige Rahmenrichtlinie Berufsfachschule. Physiotherapie. Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt. Magdeburg. Online verfügbar unter [https://lisa.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik\\_und\\_Verwaltung/MK/LISA/Unterricht/Lehrplaene/BbS/bfs\\_physio.pdf](https://lisa.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MK/LISA/Unterricht/Lehrplaene/BbS/bfs_physio.pdf), zuletzt geprüft am 04.07.2023.
- Landesverband Baden-Württemberg (2024): Herzlich willkommen beim Landesverband Baden-Württemberg. Hg. v. Landesverband Baden-Württemberg. physio deutschland. Stuttgart. Online verfügbar unter <https://bw.physio-deutschland.de/landesverband-baden-wuerttemberg.html#:~:text=Herzlich%20willkommen%20beim%20Landesverband%20Baden,S%3%BCdwesten%20%E2%80%93%20mit%20C3%BCber%204.700%20Mitgliedern.,> zuletzt geprüft am 07.01.2024.
- Ledergerber, Cécile; Mondoux, Jacques; Sottas, Beat (2009): Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe. Abschlussbericht. Hg. v. KFH. Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz.
- Lippe, Elena von der; Krause, Laura; Prost, Michael; Wengler, Annelene; Leddin, Janko; Müller, Anja et al.: Prävalenz von Rücken- und Nackenschmerzen in Deutschland. Ergebnisse der Krankheitslast-Studie BURDEN 2020. In: *Journal of Health Monitoring* 2021. DOI: 10.25646/7854.
- Lundell, Sara; Tistad, Malin; Rehn, Börje; Wiklund, Maria; Holmner, Åsa; Wadell, Karin (2017): Building COPD care on shaky ground: a mixed methods study from Swedish primary care professional perspective. In: *BMC health services research* 17 (1), S. 467. DOI: 10.1186/s12913-017-2393-y.
- Mahler, Cornelia; Gutmann, Thomas; Karstens, Sven; Joos, Stefanie (2014): Terminology for interprofessional collaboration: definition and current practice. In: *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung* 31 (4), Doc40. DOI: 10.3205/zma000932.
- Manchikanti, Laxmaiah; Singh, Vijay; Falco, Frank J. E.; Benyamin, Ramsin M.; Hirsch, Joshua A. (2014): Epidemiology of low back pain in adults. In: *Neuromodulation : journal of the International Neuromodulation Society* 17 Suppl 2, S. 3–10. DOI: 10.1111/ner.12018.
- Merkens, Hans (2015): Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktionen. In: Uwe Flick (Hg.): Qualitative Forschung: ein Handbuch. 11. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch, S. 286–299.
- Mette, Mira; Dölken, Mechthild; Hinrichs, Jutta; Narcis, Elisabeth; Schüttpelz-Brauns, Katrin; Weihrauch, Ute et al. (2016): "In Kooperation be-greifen": Mediziner und Physiotherapeuten

lernen im Team - Implementierung interprofessioneller Lerneinheiten an der Universitätsmedizin Mannheim // Comprehension through cooperation: Medical students and physiotherapy apprentices learn in teams - Introducing interprofessional learning at the University Medical Centre Mannheim, Germany. In: *GMS journal for medical education* 33 (2), Doc31. DOI: 10.3205/zma001030.

Meyer, Sonja; Karsch-Völk, Marlies; Schneider, Antonius (2009): CanMEDS-Allgemeinmedizin. Working Group on Curriculum Review. Institut für Allgemeinmedizin, Technische Universität München. München. Online verfügbar unter [https://www.am.med.tum.de/sites/www.am.med.tum.de/files/Canmeds\\_German%20Version.pdf](https://www.am.med.tum.de/sites/www.am.med.tum.de/files/Canmeds_German%20Version.pdf), zuletzt geprüft am 06.07.2023.

MFT (2023): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin. Version 2.0. Hg. v. Medizinischer Fakultätentag. Medizinischer Fakultätentag (MFT). Berlin. Online verfügbar unter <tps://nklm.de/zend/objective/list/orderBy/@objectivePosition/modul/200553>, zuletzt aktualisiert am 04.07.2023.

Mink, Johanna; Mitzkat, Anika; Krug, Katja; Mihaljevic, André; Trierweiler-Hauke, Birgit; Götsch, Burkhard et al. (2021): Impact of an interprofessional training ward on interprofessional competencies – a quantitative longitudinal study. In: *Journal of interprofessional care* 35 (5), S. 751–759. DOI: 10.1080/13561820.2020.1802240.

Mitzkat, Anika; Berger, Sarah; Reeves, Scott; Mahler, Cornelia (2016): More terminological clarity in the interprofessional field - a call for reflection on the use of terminologies, in both practice and research, on a national and international level. In: *GMS journal for medical education* 33 (2), Doc36. DOI: 10.3205/zma001035.

Moecker, Robert; Fuchs, Andreas; Haefeli, Walter E.; Weissenborn, Marina; Seidling, Hanna M. (2022): Attitudes of non-participating general practitioners and community pharmacists towards interprofessional medication management in primary care: an interview study. In: *International journal of clinical pharmacy* 44 (6), S. 1380–1393. DOI: 10.1007/s11096-022-01434-3.

Morin, Chantal; Desrosiers, Johanne; Gaboury, Isabelle (2018): Enablers and barriers to the development of interprofessional collaboration between physicians and osteopaths: A mixed methods study. In: *Journal of interprofessional care* 32 (4), S. 463–472. DOI: 10.1080/13561820.2018.1435515.

Okwera, Andrew; May, Stephen (2019): Views of general practitioners toward physiotherapy management of osteoarthritis-a qualitative study. In: *Physiotherapy theory and practice* 35 (10), S. 940–946. DOI: 10.1080/09593985.2018.1459987.

Ossendorf, Andreas (2020): Krankheitskostenanalyse bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Kiel, Hamburg. Online verfügbar unter <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/209723/1/Fachartikel%20R%c3%bcckenschmerzen.pdf>.

Palinkas, Lawrence A.; Horwitz, Sarah M.; Green, Carla A.; Wisdom, Jennifer P.; Duan, Naihua; Hoagwood, Kimberly (2015): Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. In: *Administration and policy in mental health* 42 (5), S. 533–544. DOI: 10.1007/s10488-013-0528-y.

Patton, Michael Quinn (2002): Two Decades of Developments in Qualitative Inquiry. In: *Qualitative Social Work* 1 (3), S. 261–283. DOI: 10.1177/1473325002001003636.

Perreault, Kadija; Pineault, Raynald; Da Silva, Roxane Borgès; Provost, Sylvie; Feldman, Debbie E. (2017): What can organizations do to improve family physicians' interprofessional collaboration? Results of a survey of primary care in Quebec. In: *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 63 (9), e381-e388.

physio deutschland (Hg.) (2019): Zahlen Daten Fakten. Köln.

physio deutschland (2021): Zahlen, Daten, Fakten zur Physiotherapie. Köln. Online verfügbar unter [https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien\\_oeffentlich/Beruf\\_und\\_Bildung/Zahlen\\_\\_\\_Daten\\_\\_\\_Fakten/Zahlen-Daten-Fakten.pdf](https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Zahlen___Daten___Fakten/Zahlen-Daten-Fakten.pdf).

physio deutschland (2022): Blankverordnung: Zum Hintergrund der Verhandlungen im Heilmittelbereich. Hg. v. physio deutschland. physio deutschland. Köln. Online verfügbar unter <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/news-bundesweit/einzelansicht/artikel/blankverordnung-zum-hintergrund-der-verhandlungen-im-heilmittelbereich.html>, zuletzt geprüft am 10.01.2024.

physio deutschland (Hg.) (2023): Internationale Unterstützung für hochschulische Ausbildung in Deutschland. physio deutschland. Online verfügbar unter <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/news-bundesweit/einzelansicht/artikel/internationale-unterstuetzung-fuer-hochschulische-ausbildung-in-deutschland.html>.

physioaustria (2017): Die Physiotherapeutin/Der Physiotherapeut. Kompetenzprofil. Unter Mitarbeit von Ursula Eckler, Barbare Dödl-Purrer, Emalie Hurkmans, Emil Igelsböck und Claudia Wiederin. Hg. v. physioaustria. physioaustria. Wien. Online verfügbar unter [https://www.physioaustria.at/sites/default/files/collection\\_files/phy\\_kompetenzprofil\\_deutsch\\_fin\\_072017.pdf](https://www.physioaustria.at/sites/default/files/collection_files/phy_kompetenzprofil_deutsch_fin_072017.pdf), zuletzt geprüft am 10.12.2013.

Räbiger, Jutta; Beck, Eva-Maria (2017): Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit. In: Maren Stamer (Hg.): Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen. Gestaltungsansätze, Handlungsfelder und Querschnittsbereiche. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 157–169.

Radtke, Rainer (2022): Anteil am Verordnungsvolumen in der Physiotherapie in Deutschland nach Indikationsbereich im Jahr 2021. Statista. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1193441/umfrage/verteilung-der-verordnungen-in-der-physiotherapie-in-deutschland-nach-indikation/>, zuletzt aktualisiert am 21.05.2023.

Rahmenvereinbarung (2021): Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V für Physiotherapie. Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R) Berlin und dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten - IFK, Bochum; dem Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., Köln; dem VDB-Physiotherapieverband e.V., Berlin; Verband Physikalischer Therapie - Vereinigung für die Physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V., Hamburg über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung.

Raspe, Heiner (2012): Rückenschmerzen. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 53).

RCPC (2023): CanMEDs: Better standards, better physicians, better care. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Ottawa.

Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarenstein, Merrick (Hg.) (2010): Interprofessional teamwork for health and social care. Chichester, West Sussex: Blackwell Pub (Promoting partnership for health).

Reeves, Scott; Pelone, Ferruccio; Harrison, Reema; Goldman, Joanne; Zwarenstein, Merrick (2017): Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 6, CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.

Retznik, Laura; Haucke, Elisa; Schmidt, Elisabeth; Mau, Wilfried (2023): „Dass man mal sieht, wie es eigentlich sein sollte.“ Konzeption, Pilotierung und Evaluation eines interprofessionellen rehabilitationsbezogenen Moduls für die Medizin, Pflege und Physiotherapie. In: *Die Rehabilitation* 62 (3), S. 174–185. DOI: 10.1055/a-1930-5782.

Rieker, Peter (1993): Zur Situation der Datenerhebung. In: Christel Hopf und Christiane Schmidt (Hg.): Zum Verhältnis von innerfamiliären sozialen Erfahrungen, Persönlichkeitsentwicklungen und politischen Orientierungen: Dokumentation und Erörterung des methodischen Vorgehens in einer Studie zu diesem Thema. Hildesheim.

RKI (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Robert-Koch-Institut. Berlin.

Sangaleti, Carine; Schweitzer, Mariana Cabral; Peduzzi, Marina; Zoboli, Elma Lourdes Campos Pavone; Soares, Cassia Baldini (2017): Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. In: *JBI database of systematic reviews and implementation reports* 15 (11), S. 2723–2788. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-003016.

Schmid, Fabienne; Rogan, Slavko; Glässel, Andrea (2021): A Swiss Health Care Professionals' Perspective on the Meaning of Interprofessional Collaboration in Health Care of People with MS-A Focus Group Study. In: *International journal of environmental research and public health* 18 (12). DOI: 10.3390/ijerph18126537.

Seaton, Jack; Jones, Anne; Johnston, Catherine; Francis, Karen (2023): Physiotherapy private practitioners' opinions regarding interprofessional collaborative practice: A qualitative study. In: *Journal of interprofessional care*, S. 1–12. DOI: 10.1080/13561820.2023.2221687.

Steihaug, Sissel; Paulsen, Bård; Melby, Line (2017): Norwegian general practitioners' collaboration with municipal care providers - a qualitative study of structural conditions. In: *Scandinavian journal of primary health care* 35 (4), S. 344–351. DOI: 10.1080/02813432.2017.1397264.

Supper, I.; Catala, O.; Lustman, M.; Chemla, C.; Bourgueil, Y.; Letrilliart, L. (2015): Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. In: *Journal of public health (Oxford, England)* 37 (4), S. 716–727. DOI: 10.1093/pubmed/fdu102.

Szafran, Olga; Torti, Jacqueline M. I.; Kennett, Sandra L.; Bell, Neil R. (2018): Family physicians' perspectives on interprofessional teamwork: Findings from a qualitative study. In: *Journal of interprofessional care* 32 (2), S. 169–177. DOI: 10.1080/13561820.2017.1395828.

Thomas, Stefan (2019): Ethnografie. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer VS; Springer Fachmedien Wiesbaden.

TK (2023): Gesundheitsreport 2023 - Arbeitsunfähigkeiten. Unter Mitarbeit von Thomas Grobe und Sven Besser. Hamburg. Online verfügbar unter [file:///C:/Users/schmies/Downloads/gesundheitsreport-au-2023-data%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/schmies/Downloads/gesundheitsreport-au-2023-data%20(1).pdf).

Tong, Allison; Sainsbury, Peter; Craig, Jonathan (2007): Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. In: *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care* 19 (6), S. 349–357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.

Ullrich, Charlotte; Poß-Doering, Regina (2023): Qualitative Research Methods in Health Services Research. In: Michel Wensing und Charlotte Ullrich (Hg.): *Foundations of Health Services Research*. Cham: Springer International Publishing, S. 85–98.

van Dongen, Jérôme Jean Jacques; van Bokhoven, Marloes Amantia; Daniëls, Ramon; Lenzen, Stephanie Anna; van der Weijden, Trudy; Beurskens, Anna (2017): Interprofessional primary care team meetings: a qualitative approach comparing observations with personal opinions. In: *Family practice* 34 (1), S. 98–106. DOI: 10.1093/fampra/cmw106.

Vaseghi, Fatemeh; Yarmohammadian, Mohammad Hossein; Raeisi, Ahmadreza (2022): Interprofessional Collaboration Competencies in the Health System: A Systematic Review. In: *Iranian journal of nursing and midwifery research* 27 (6), S. 496–504. DOI: 10.4103/ijnmr.ijnmr\_476\_21.

vdek (Hg.) (2014): Glossar. Ambulante Versorgung. vdek Die Ersatzkassen. Online verfügbar unter [https://www.vdek.com/presse/glossar\\_gesundheitswesen/ambulante\\_versorgung.html](https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/ambulante_versorgung.html), zuletzt geprüft am 05.04.2023.

Waltersbach, Andrea (2020): Heilmittelbericht 2020. Ergotherapie, Sprachtherapie, Physiotherapie, Podologie. Berlin.

Wei, Holly; Horns, Phyllis; Sears, Samuel F.; Huang, Kun; Smith, Christopher M.; Wei, Trent L. (2022): A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. In: *Journal of interprofessional care* 36 (5), S. 735–749. DOI: 10.1080/13561820.2021.1973975.

WHO (2010): Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva, Switzerland. Online verfügbar unter <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>, zuletzt geprüft am 10.06.2023 S.

Wirtz, Markus Antonius (Hg.) (2021): Dorsch. Lexikon der Psychologie. 20. Aufl. Bern: Hogrefe AG. Online verfügbar unter [dorsch.hogrefe.com](https://dorsch.hogrefe.com), zuletzt geprüft am 07.09.2023.

Wolf, Udo (2016): Physiotherapie. In: Hans-Raimund Casser, Monika Hasenbring, Annette Becker und Ralf Baron (Hg.): *Rückenschmerzen und Nackenschmerzen. Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, Versorgungspfade, Patientenedukation, Begutachtung, Langzeitbetreuung*. Berlin: Springer, S. 229–250.

ZHAW: Abschlusskompetenzen. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Winterthur. Online verfügbar unter <https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/studium/abschlusskompetenzen/>.

ZHAW (2017): Abschlusskompetenzen. Bachelorstudiengang Physiotherapie. ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Winterthur. Online verfügbar unter <https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/studium/bachelor/physiotherapie/abschlusskompetenzen-bsc-physiotherapie-zhaw.pdf>, zuletzt geprüft am 06.07.2023.

## 8 Thesen

1. Rückenschmerzen sind eine der häufigsten Erkrankungen in Deutschland und der westlichen Welt und führen zu einer hohen Krankheitslast, sowohl individuell wie auch gesellschaftlich.
2. Durch interprofessionelle Zusammenarbeit kann die Behandlungsqualität gesteigert werden und so zu besseren Patient\*innenoutcomes führen, zum Beispiel können Therapiezeiten reduziert werden.
3. Physiotherapeut\*innen möchten im Rahmen ihrer therapeutischen Beteiligung an der Behandlung chronischer Schmerzpatient\*innen von Hausarzt\*innen professionell wahrgenommen werden, die Basis hierfür sehen Hausarzt\*innen im professionellen Verhalten.
4. Bei der Behandlung von Rückenschmerzpatient\*innen im ambulanten Setting wünschen sich Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen mehr interprofessionelle Zusammenarbeit.
5. Nach Einschätzung der Studienteilnehmer\*innen liegt der Nutzen von interprofessioneller Zusammenarbeit in einem verbesserten Informationsaustausch, der geeignet ist, die Therapie von Rückenschmerzpatient\*innen zu optimieren und eine Chronifizierung der Schmerzen zu verhindern.
6. Räumliche Nähe ist in der Literatur als ein wesentlicher Förderfaktor für interprofessionelle Zusammenarbeit beschrieben. In den Ergebnissen dieser Arbeit zeigt sich, dass die persönliche Einstellung und Wille zur interprofessionellen Zusammenarbeit wichtiger ist und damit die Barriere der räumlichen Trennung überwunden werden kann.
7. Als wichtige Wünsche werden von den befragten Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen Möglichkeiten zum gegenseitigen Kennenlernen formuliert, z.B. durch gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildung. Die interprofessionelle Ausbildung kann dabei wichtige Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit vermitteln, um Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu befähigen.
8. Das Erleben und die Erfahrungen mit IPC wirken sich auf die zukünftige IPC aus. Bei eher positiven Erfahrungen ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass erneut Kontakt zur anderen Berufsgruppe aufgenommen wird und somit therapierelevante Informationen zur Verfügung stehen. Bei eher negativen Erfahrungen ist es wahrscheinlicher, dass dieser Kontakt nicht gesucht wird und die entsprechenden Informationen nicht zur Verfügung stehen.
9. Um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken bzw. zu ermöglichen müssen entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Dies bezieht sich besonders auf die strukturelle Ebene, mit der Einführung der Vergütung von interprofessioneller Zusammenarbeit, sowie entsprechenden Lehr- und Lernangeboten.

## Anhang

Suchstrategie

Transkriptionsregeln

Interviewleitfaden

Kurzfragebogen

Übersicht über die Rekrutierung der Teilnehmenden

Informationsanschreiben für die vorliegende Studie

Einwilligungserklärung für die vorliegende Studie

Ablauf einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse

Das Kategoriensystem mit den Zuordnungen

Übersicht über die Kodierungen

Coreq Checkliste

## Suchstrategie

Durchsucht wurden die Datenbanken PubMed, PEDro, Cinahl, PsychIndex plus und Cochran sowie die Literaturverweise der gefundenen Artikel. Die Suche erfolgte erstmalig im Oktober 2020 und wurde im Juli 2023 aktualisiert. Es wurde mit den Begriffen „attitudes“, „view“, „perception“, „interprofessional collaboration“, „multiprofessional collaboration“, „teamwork“, „outpatient“, „primary care“, „physiotherapy“, „general practitioner“, „family practitioner“ gesucht. Es wurde mit den Bool'schen Operatoren „AND“ und „OR“ sowie mit Trunkierungen gearbeitet. Mittels des Bool'schen Operators „NOT“ wurde „education“ ausgeschlossen. Die Entsprechungen für Rückenschmerzen wurden aus der Suche entfernt, da dies in Verbindung mit den obigen Begriffen zu null Ergebnissen führte. Die Suche wurde systematisch aufgebaut, so dass diese erst einzeln gesucht wurden und dann entsprechend kombiniert wurden. Als Filter wurden Studien der letzten 20 Jahre gesucht, also ab 2003. Mit dem unten beispielhaft aufgeführten Suchstring wurden 48 Treffer erreicht. Die Suche wurde entsprechend in den anderen genannten Datenbanken durchgeführt. Die Suchstrategie für PEDro wurde auf Grund des Aufbaus der Datenbank angepasst. Zusätzlich wurden mit dem Schneeballprinzip die Literaturangaben der relevanten Artikel durchsucht, um mögliche weitere relevante Artikel zu identifizieren. Es wurden Artikel in den Sprachen Englisch und Deutsch eingeschlossen. Nach dem Entfernen der Dubletten wurden erst die Titel und dann die Abstracts der Artikel auf Passung durchgesehen. Im Anschluss daran wurden die Volltexte der verbliebenen Artikel gelesen und entschieden, ob die Artikel relevant, also passend zur Fragestellung, sind. Nach diesem Vorgehen wurden insgesamt 12 Studien für passend und aktuell befunden und in den Stand der Forschung einbezogen.

### **Der beispielhafte Suchstring für PubMed (ohne angezeigte Meshterms):**

```
(((((perception*) OR (view*)) OR (attitude*)) AND (((interprofessional) OR (multiprofessional)) AND ((collaboration) OR (teamwork)))) AND ((outpatient) OR ((primary) AND (care)))) AND ((physiotherap*) OR (((allied) AND (health)) AND (care))) OR (((general) OR (family)) AND (practitioner))) NOT (education)
```



## Transkriptionsregeln

Die Interviews wurden nach der erweiterten inhaltlich-semantischen Transkription, welche auf der inhaltlich-semantischen Transkription basiert, transkribiert. Es wurden eigene Anpassungen vorgenommen:

- Überlappungen wurden nicht mit transkribiert, wenn sie inhaltlich nicht tragend waren
- Wenn im Text mit Gender\* transkribiert wurde (z.B. Patient\*innen), war im Interview die Pause im Wort deutlich hörbar

Transkriptionsregeln Drehsing und Pehl (2018), S. 21-25:

### **Inhaltlich-semantische Transkription**

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „So ‘n Buch“ wird zu „so ein Buch“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen.“
3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“.
4. Umgangssprachliche Partikeln wie „gell, gelle, ne“ werden transkribiert.
5. Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
8. Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.
9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch (...) markiert.
10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.
11. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
13. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. „(Axt?)“. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.
14. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende

Kennnummer oder ein Name zugeordnet („B1:“, „Peter:“).

15. Das Transkript wird als Rich Text Format (RTF-Datei) gespeichert. Die Benennung der Datei erfolgt entsprechend dem Mediendateinamen (ohne Endung wav, mp3), beispielsweise: Interview\_04022011.rtf oder Interview\_schmitt.rtf

### **Erweiterte inhaltlich-semantische Transkription:**

1. Wort- und Satzabbrüche werden mit „/“ markiert: „Ich habe mir aber Sor/ Gedanken gemacht.“ Wortdoppelungen werden immer notiert.
2. Pausen werden je nach Länge durch Auslassungspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht „(.)“ für circa eine Sekunde, „(..)“ für circa zwei Sekunden, „(...“ für circa drei Sekunden und „(Zahl)“ für mehr als drei Sekunden.
3. Rezeptionssignale und Fülllaute aller Personen („hm, ja, aha, ähm“ etc.) werden transkribiert. Ausnahme: Backchanneling der interviewenden Person, während eine andere Person spricht, wird nicht transkribiert, solange der Redefluss dadurch nicht unterbrochen wird.
4. Nach der Partikel „hm“ wird eine Beschreibung der Betonung in Klammern festgehalten. Zu nutzen sind: bejahend, verneinend, nachdenkend, fragend, wohlfühlend, z.B. „hm (bejahend)“.
5. Sprecherüberlappungen werden mit „//“ gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein „//“. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser „//“ und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit „//“ gekennzeichnet.
6. Mehrere Fülllaute hintereinander werden ohne Satzzeichen dazwischen getippt (z.B. „ähm ähm ähm also da sind wir ...“).

### **Hinweise zur einheitlichen Schreibweise**

Diese Punkte betreffen eher die Schreibweise und helfen, bei mehreren Transkribierenden einen einheitlichen Stil zu erhalten.

1. Die Partikeln „hm“ werden unabhängig von der Betonung immer „hm“ geschrieben (nicht: „hhhm“, „mhm“, „hmh“).
2. Zögerungslaute werden immer „ähm“ geschrieben (nicht: „äm“, „ehm“, „öhm“).
3. (Maß-)Einheiten werden ausgeschrieben, z.B. Euro, Prozent, Meter.
4. Gesprochene Zeichen werden ausgeschrieben, z.B. „ät“, „Paragraf“.
5. Abkürzungen werden nur getippt, wenn sie explizit so gesprochen wurden („etc.“ wird nur getippt bei gesprochenem „e te ce“).
6. Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen gesetzt: „Und ich sagte dann ‚Na, dann schauen wir mal‘“.
7. Wortverkürzungen wie „runtergehen“ statt „heruntergehen“ oder „mal“ statt „einmal“ werden genauso geschrieben, wie sie gesprochen werden.
8. Englische Begriffe werden nach deutschen Rechtschreibregeln in Groß- und Kleinschreibung behandelt.
9. Personalpronomen der zweiten Person (du und ihr) werden kleingeschrieben, die Personalpronomen der Höflichkeitsform (Sie und Ihnen) werden großgeschrieben.
10. Auch Redewendungen/Idiome werden wörtlich wiedergegeben, z.B. „übers Ohr hauen“ (statt: über das Ohr hauen).
11. Einzelbuchstaben werden immer großgeschrieben, z.B. „wie Vogel mit V“.
12. Werden Aufzählungen mit Buchstaben gesprochen, wird ein großer Buchstabe ohne Klammer geschrieben, z.B. „und wir haben A keine Zeit und B kein Geld.“
13. Zahlen werden wie folgt dargestellt:

- a. Zahlen null bis zwölf im Fließtext als Wörter, größere in Ziffern.
- b. Auch weitere Zahlen mit kurzen Namen schreibt man aus, vor allem runde: zwanzig, hundert, dreitausend.
- c. Dezimalzahlen und mathematische Gleichungen sind stets in Ziffern zu schreiben. Also: „ $4 + 5 = 9$ “ und „3,5“.
- d. Bei nur ungefähr gemeinten Zahlenangaben schreibt man den Zahlennamen, bei exakt gemeinten die Ziffernform. Also: „Die fünfzig Millionen Euro Staatshilfe“.
- e. Wo feste Konventionen zugunsten einer Schreibweise herrschen, befolgt man diese. Hausnummern, Seitenzahlen, Telefonnummern, Kontonummern, Datum oder Ähnliches werden nie ausgeschrieben. Also: „auf Seite 11“ und „Am Markt 3“.

Drehsing, T. und Pehl, T. (2019): Praxisbuch Interviews, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8.Auflage. Eigenverlag

## Interviewleitfaden

Leitfragen	Hauptthemen
Beschreiben Sie mir doch einmal, wie aktuell so die Zusammenarbeit mit Hausarzt*innen/Physiotherapeut*innen bei Rückenschmerzpatient*innen bei Ihnen in der Praxis aussieht.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist-Stand in der Praxis</li> <li>- sachliche Infos zum erlebten Praxisalltag</li> <li>- Art und Häufigkeit der Kontakte zwischen PT/HÄ</li> <li>- Was läuft aktuell gut bei der IPC?</li> <li>- Was läuft schlecht bei der IPC?</li> </ul>
Was ist denn interprofessionelle Zusammenarbeit für Sie eigentlich?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- persönliche Definition von IPC</li> <li>- eigenes Verständnis von IPC</li> <li>- eigene Einstellung zu IPC</li> </ul>
Warum ist das (die IPC) denn gerade bei Rückenschmerzpatienten so wichtig?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relevanz von IPC für PT</li> <li>- Relevanz von IPC für RS-Patient*in</li> <li>- Relevanz von IPC für die Behandlung</li> </ul>
Gibt es denn Beispiele für besonders gute oder besonders schlechte Zusammenarbeit, die Ihnen in Erinnerung geblieben sind? Welche sind das?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eigenes Erleben von IPC</li> <li>- prägende Erlebnisse von IPC</li> <li>- ausgelöste Emotionen</li> <li>- Folge für die Therapie</li> <li>- Folge für zukünftige IPC/Kontakte mit anderer Berufsgruppe</li> </ul>
Welche Hindernisse werden denn aktuell bezüglich der IPC erlebt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- erlebte Barrieren</li> <li>- Deutungsmuster dafür</li> <li>- ggf. Relevanz für Therapie</li> </ul>
Was fördert denn die IPC Ihrer Meinung nach?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- erlebte Förderfaktoren</li> <li>- Deutungsmuster dafür</li> <li>- ggf. Relevanz für Therapie</li> </ul>
Gab/gibt es denn durch die Covid-19 Pandemie Veränderungen in der Zusammenarbeit und wenn ja wie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veränderungen hinsichtlich IPC durch Covid-19 Pandemie</li> <li>- Vorher-Nachher-Vergleich</li> </ul>
Gab es denn durch die neue Heilmittelrichtlinie 2021 Veränderungen in der Zusammenarbeit? Und wenn ja, wie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veränderungen durch neue Heilmittelrichtlinie</li> <li>- Vorher-Nachher-Vergleich</li> </ul>
Welche Wünsche haben Sie denn in Zukunft an die Zusammenarbeit mit Hausarzt*innen bei Rückenschmerzpatient*innen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wünsche für die Zukunft</li> <li>- konkrete Verbesserungsvorschläge (auf verschiedenen Ebenen)</li> <li>- Was wird sich davon versprochen?</li> <li>- Was müssten die jeweiligen Berufsgruppen ändern?</li> <li>- Was müsste sich ggf. an den Rahmenbedingungen/politisch ändern (wenn vorher angesprochen)?</li> </ul>
Abschlussfrage: Gibt es noch etwas, was Ihnen wichtig ist, zum Thema Rückenschmerzpatienten und interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeut*innen und Hausarzt*innen zu sagen? Wenn ja, was?	

### Erzählgenerierende Fragen

- Wie erleben Sie das?
- Wie fühlen Sie sich dabei?
- Was macht das dann mit Ihnen in dem Moment?
- Wie hat sich das angefühlt?
- Wie war das?
- Wie ist das?
- Können Sie mir das genauer erklären?
- Warum denken Sie, dass das so ist?
- Warum war das so?
- Was müsste sich ändern, dass sich das verbessert?

## Kurzfragebogen

Interprofessionelle Zusammenarbeit Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen im ambulanten Bereich

(Zutreffendes eintragen oder umkreisen)

Berufszugehörigkeit: PT /HÄ

Dauer Berufserfahrung in Jahren:

Aktuelle Berufliche Position: Angestellte/Praxisleitung/Praxisinhaber\*in

Praxisgröße: Anzahl der Angestellten Pts oder HÄ:

Angestellte innerhalb der Praxis gesamt:

ggf. Ausrichtung der Praxis:

Berufsgruppen innerhalb der Praxis (hier bitte nennen):

Lage der Praxis (Gemeindetyp): Landgemeinde (bis 5.000 EW), Kleinstadt (5000-20.000 EW), Mittelstadt (20.000 – 100.000 EW), Großstadt (ab 100.000)

räumlich eigenständige Praxis: ja/nein

wenn nein, wo angesiedelt: MVZ, o.ä oder anderes:

Gemeinschaftspraxis ja/nein:

wenn ja: wieviele andere:

welche Berufsgruppen/Fachl. Ausrichtungen:

für PT: höchster Bildungsabschluss:

Weiterbildungen:

für HÄ: Facharztausbildung abgeschlossen ja/nein:

wenn ja: wann bzw. vor wieviel Jahren:

Weiterbildungen:

Alter:

Geschlecht: m/w/d/k.a.

## Übersicht über die Rekrutierung der Teilnehmenden

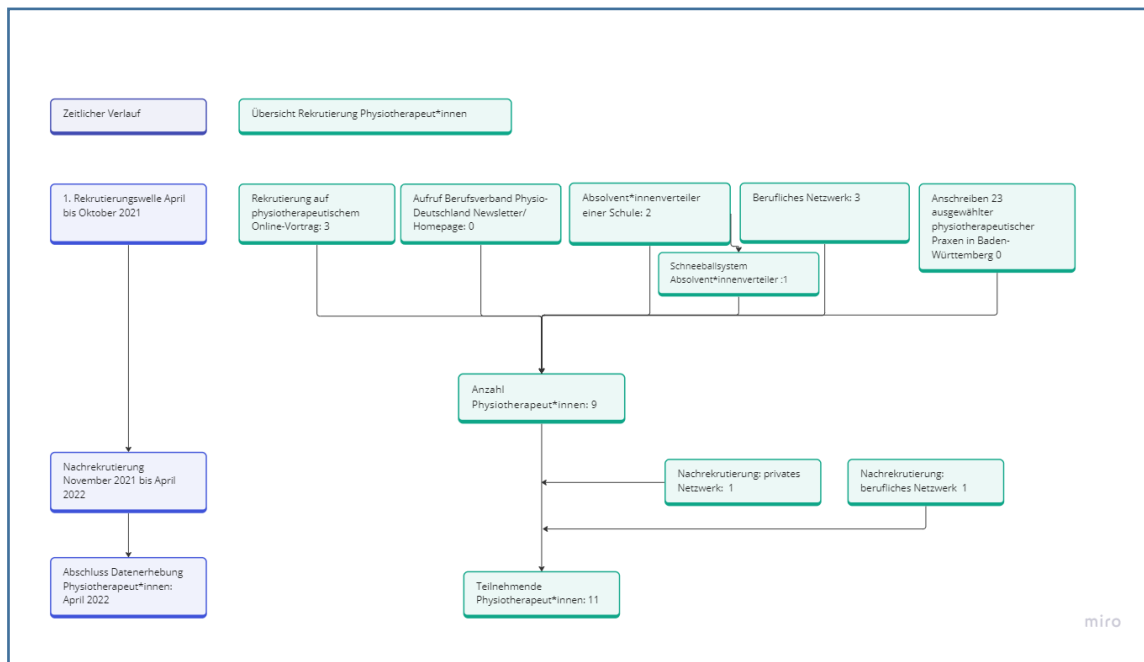


Abb: Übersicht über die Rekrutierung der Physiotherapeut\*innen

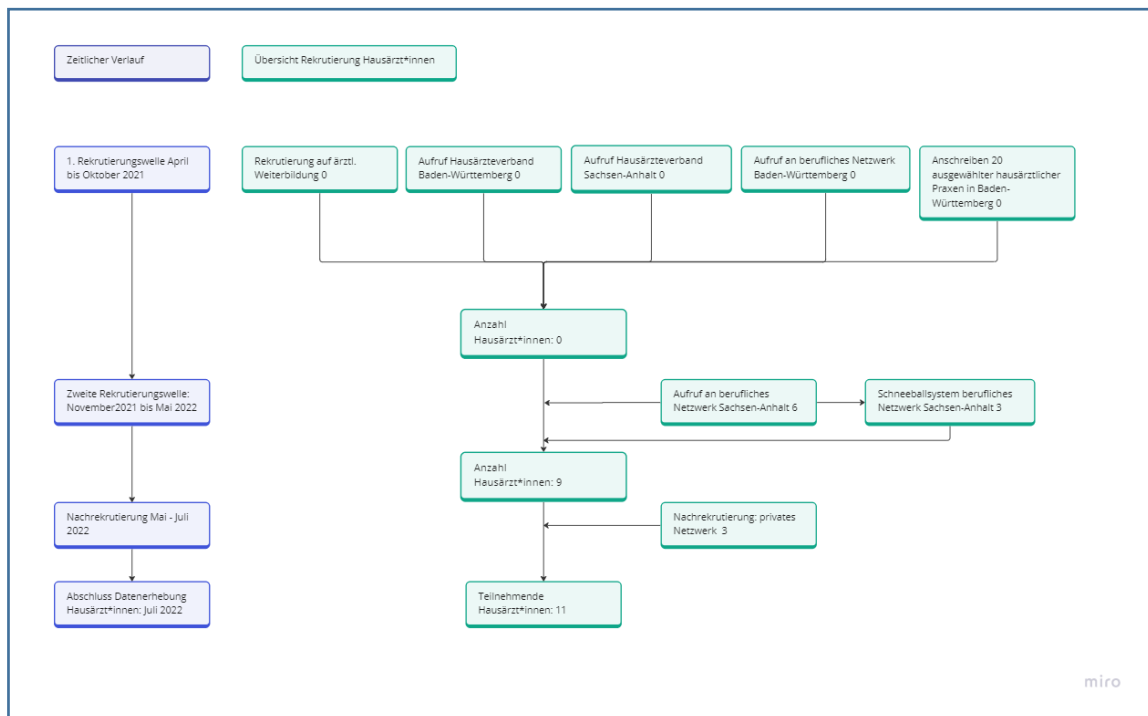


Abb: Übersicht über die Rekrutierung der Hausarzt\*innen

## Informationsanschreiben zu der vorliegenden Studie



AG Versorgungsforschung  
des Universitätsklinikums  
Halle (Saale)

Leiter:  
Prof. Dr. Patrick Jahn

### *Interprofessionelle Zusammenarbeit von Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen in ambulanten Praxen - eine qualitative Studie*

#### Informationsschrift für Studieninteressentin

Sehr geehrte\*r Studieninteressentin

mit diesem Schreiben laden wir Sie ein, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Bitte lesen Sie sich die folgenden Informationen sorgfältig durch. Sie können dann entscheiden, ob Sie teilnehmen möchten oder nicht. Lassen Sie sich ausreichend Zeit und stellen Sie den Studienmitarbeiterinnen alle Fragen, die für Sie wichtig sind. Die Studie findet im Rahmen eines Promotionsprojektes zum Dr.rer.nat. an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität zu Halle-Wittenberg statt. Die Studienleitung obliegt der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg.

Hausanschrift:  
Ernst-Grube-Straße 40  
06120 Halle (Saale)

#### Studienmitarbeiterin:

Elisabeth Schmidt, M.Sc.(PT)  
Dorothea Exleben Lernzentrum  
Medizinische Fakultät der  
Martin-Luther-Universität zu  
Halle-Wittenberg  
Magdeburger Straße 12  
06112 Halle (Saale)  
Telefon: 0345 557 4050  
Elisabeth.Schmidt@uk-halle.de

[www.medicin.uni-halle.de](http://www.medicin.uni-halle.de)

#### Welches Ziel verfolgt die Studie?

Das Hauptziel ist es, Erleben, Einstellungen und Haltungen zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit (IPC) im ambulanten Setting zwischen Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen abzubilden und so den Ist-Stand zu erheben. Mögliche Förderfaktoren und Barrieren sollen aufgedeckt werden. Daraus sollen Handlungsempfehlungen für die zukünftige Zusammenarbeit abgeleitet werden und die Patientenversorgung verbessert werden. Die IPC und somit die Patientenversorgung sollen so nachhaltig verbessert und vorhandene personelle Ressourcen optimal genutzt werden. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels relevant.

Für den stationären Bereich sind Förderfaktoren und Barrieren für die IPC beschrieben, wenn auch hauptsächlich für die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Humanmedizin. Es konnten keine Studien zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Hausarzt\*innen und Physiotherapeut\*innen im ambulanten Setting in der Literatur gefunden werden, welche sich auf den deutschen Kontext übertragen lassen.



Medizinische Fakultät  
der Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg

### **Wie läuft die Studie ab?**

Es wird ein einmaliges Telefoninterview zum Thema durchgeführt, welches digital aufgezeichnet wird. Das Interview wird ca. 30-45 Minuten dauern. Der Zeitaufwand insgesamt (Lesen von Informationsschrift, Einwilligungserklärung und Interview) wird auf ca. 60 bis 90 Minuten geschätzt. Die Interviews finden im 2. bis 4. Quartal 2021 und im 1. bis 3. Quartal 2022 statt.

Das Interview wird mit einem digitalen Diktiergerät aufgenommen. Die Aufnahme wird anschließend transkribiert. Zur Datenauswertung wird nur das Transkript herangezogen. Während des Interviews werden Fragen zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen gestellt. Außerdem werden noch allgemeine Fragen zu Ihrer Person und ihrem beruflichen Werdegang gestellt. Sollten nach dem Interview Fragen Ihrerseits auftauchen, können Sie gerne unsere Studienmitarbeiterinnen kontaktieren.

Wer kann an der Studie teilnehmen?

Teilnehmende der Studie sind Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen mit mindestens sechsmonatiger Berufserfahrung, welche im ambulanten Setting mit Rückenschmerzpatient\*innen arbeiten.

Wenn Sie sich entscheiden, an unserer Studie teilzunehmen, schicken wir Ihnen eine Einwilligungserklärung zu, welche Sie bitte unterschrieben an uns zurückschicken. Wir werden dann einen Termin für das Telefoninterview vereinbaren.

Zum vereinbarten Termin rufen wir Sie an. Zu Beginn haben Sie noch einmal die Möglichkeit, Fragen zur Studie zu stellen.

Sie können die Teilnahme an der Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen. Ihnen entstehen daraus keine Nachteile.

### **Habe ich einen persönlichen Nutzen?**

Es besteht kein persönlicher Nutzen durch die Teilnahme. Sie helfen aber mit, den IST-Stand der Interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeut\*innen und Hausärzt\*innen zu erheben und dadurch die medizinische Versorgung zu erhalten und zu verbessern.

### **Welche Risiken sind mit der Teilnahme verbunden?**

Die Teilnahme an dem Interview ist mit keinen Risiken verbunden.

### **Informationen zum Datenschutz**

Die Namen der/des Studienteilnehmer\*in und alle anderen vertraulichen Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des Landes- bzw. Bundesdatenschutzgesetzes (LDStG bzw. BDSG). Eine Weitergabe von Daten der Teilnehmer\*innen erfolgt ggf. nur in pseudonymisierter Form, z.B. an Universitäten oder Forschungseinrichtungen. Dritte



erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen. „Pseudonymisierung“ ist die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen („Schlüssel“) nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können. Diese zusätzlichen Informationen werden dabei gesondert aufbewahrt und unterliegen technischen und organisatorischen Maßnahmen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist. Anonymisieren ist das Verändern personenbezogener Daten in der Weise, dass Einzelangaben über persönliche und 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.

Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Die während der Studie aufgezeichneten Interviews werden schnellstmöglich transkribiert und die Audiodateien im Anschluss daran, spätestens aber nach Beendigung der Studie, gelöscht. Die pseudonymisierten Transkripte werden nach Abschluss der Studie 10 Jahre aufbewahrt und dann gelöscht. Die Daten werden zum Zweck dieser Studie verwendet. Eine weitere Verwendung der Daten für zukünftige Forschung zum Thema Interprofessionalität ist nicht ausgeschlossen. Die Teilnehmenden können auf der Einwilligungserklärung diese Nutzung eingrenzen. Die Teilnehmenden haben das Recht, von der Verantwortlichen (s.u.) Auskunft über die von Ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen. Ebenfalls können Sie die Berichtigung unzutreffender Daten sowie die Löschung der Daten oder Einschränkung deren Verarbeitung verlangen.

Die Studienleitung wird alle angemessenen Schritte unternehmen, um den Schutz Ihrer Daten gemäß den Datenschutzstandards der Europäischen Union zu gewährleisten. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Eine Entschlüsselung erfolgt nur bei Rücktritt von der Studie zum Zweck der Datenvernichtung.

Sie haben das Recht, von der Verantwortlichen (s.u.) Auskunft über die von Ihnen gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen. Ebenfalls können Sie die Berichtigung unzutreffender Daten sowie die Löschung der Daten oder Einschränkung deren Verarbeitung verlangen.

Der Verantwortliche für die studienbedingte Erhebung personenbezogener Daten ist:  
Elisabeth Schmidt, Email: [Elisabeth.Schmidt@uk-halle.de](mailto:Elisabeth.Schmidt@uk-halle.de)

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

Landesbeauftragter für den Datenschutz  
Datenschutzbeauftragter Universitätsklinikum Halle (Saale) AÖR

Ernst-Grube-Str. 40  
06120 Halle (Saale)  
Telefon: 0345 55 71196  
E-Mail: [datenschutz@uk-halle.de](mailto:datenschutz@uk-halle.de)

*Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte dem beiliegenden gesonderten Blatt zu Datenschutzinformationen.*

#### **Freiwilligkeit / Rücktritt**

Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig. Falls Sie teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die beiliegende Einwilligungserklärung zu unterschreiben. Sie können diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen möchten, wenden Sie sich bitte an die Studienleitung. Bei einem Widerruf können Sie entscheiden, ob die von Ihnen studienbedingt erhobenen Daten vernichtet werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen. Auch wenn Sie einer weiteren Verwendung zunächst zustimmen, können Sie nachträglich Ihre Meinung noch ändern und die Löschung der Daten verlangen; wenden Sie sich dafür bitte ebenfalls an die Studienleitung. Beachten Sie, dass Daten, die bereits in wissenschaftliche Auswertungen eingeflossen sind oder Daten, die bereits anonymisiert wurden, nicht mehr auf Ihren Wunsch gelöscht / vernichtet werden können.

#### **Entstehen mir durch die Teilnahme Kosten? / Erhalte ich eine Bezahlung bzw. Aufwandsentschädigung?**

Die Studienteilnahme ist für Sie kostenlos. Sie erhalten keine Aufwandsentschädigung.

#### **Wer ist an der Studie beteiligt?**

Die Studie wird im Rahmen eines Promotionsprojektes zum Dr.rer.nat. an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität zu Halle-Wittenberg durchgeführt. Zwei Studienzentren sind beteiligt (Halle/Saale und Heidelberg), die Studienleitung liegt der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg. Für die Gesamtleitung der Studie ist Prof. Dr. Antje Miksch, Abt. Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung zuständig. Für das Universitätsklinikum Halle (Saale) übernimmt die Leitung Prof. Dr. Patrick Jahn. Die Datenerhebung erfolgt durch die Studienmitarbeiterin Elisabeth Schmidt.

#### **Weitere Informationen**

Für weitere Informationen sowie für Auskünfte über allgemeine Ergebnisse und den Ausgang der Studie steht Ihnen Elisabeth Schmidt zur Verfügung.

Telefon: 0345/557 4050

Email: Elisabeth.Schmidt@uk-halle.de

**Wir freuen uns, Ihr Interesse geweckt zu haben.**

## Einwilligungserklärung für die vorliegende Studie



Universitätsklinikum  
Halle (Saale)

AG Versorgungsforschung  
des Universitätsklinikums  
Halle (Saale)

Leiter:  
Prof. Dr. Patrick Jahn

### *Interprofessionelle Zusammenarbeit von Physiotherapeut\*innen und Hausarzt\*innen in ambulanten Praxen - eine qualitative Studie*

#### Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Name, Vorname	
Anschrift	
Kontakt Daten (Telefon, Email)	

Hausanschrift:  
Ernst-Grube-Straße 40  
06120 Halle (Saale)

#### Studienmitarbeiterin:

Elisabeth Schmidt, M.Sc.(PT)  
Dorothea Erbeben Lernzentrum  
Medizinische Fakultät der  
[Martin-Luther-Universität zu Halle-Wittenberg](http://www.martin-luther-universitaet-zu-halle-wittenberg.de)  
Magdeburger Straße 12  
06112 Halle (Saale)  
Telefon: 0345 557 4050  
Elisabeth.Schmidt@uk-halle.de

[www.medicin.uni-halle.de](http://www.medicin.uni-halle.de)

Ich habe die Informationsschrift gelesen und wurde zudem mündlich durch Frau Elisabeth Schmidt über das Ziel und den Ablauf der Studie sowie über die Risiken ausführlich und verständlich aufgeklärt. Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs hatte ich die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich stimme der Teilnahme an der Studie freiwillig zu. Für meine Entscheidung hatte ich ausreichend Zeit. Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

#### Datenschutz

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen. Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt gemäß Art. 6 Abs. 1 laut der Datenschutz-Grundverordnung folgende Einwilligungserklärung voraus:

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme freiwillig zu, dass meine in der Studie erhobenen Daten zu den in der Informationsschrift beschriebenen Zwecken aufgezeichnet und in pseudonymisierter Form ausgewertet werden. Dritte erhalten keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem



Medizinische Fakultät  
der Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg

2

Forschungszweck möglich ist. Die Audiodateien der Interviews werden bis zum Abschluss der Datenauswertung aufbewahrt und dann gelöscht. Die Transkripte werden nach Studienabschluss 10 Jahre aufbewahrt. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt. In diesem Fall kann ich entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen.

Es ist möglich, dass die Daten zu weiteren Forschungszwecken zum Thema Interprofessionalität verwendet werden.

Ich möchte die Verwendung meiner Daten für andere/künftige Forschungszwecke wie folgt eingrenzen:

.....

**Ich stimme hiermit der Studienteilnahme explizit zu. Ich stimme ebenso der digitalen Audioaufzeichnung der Interviews hiermit zu.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Teilnehmers (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers

#### **Aufklärende Person**

Der Patient/Proband wurde von mir im Rahmen eines Gesprächs über das Ziel und den Ablauf der Studie sowie über die Risiken aufgeklärt. Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einwilligungserklärung habe ich dem Patienten/Probanden ausgehändigt.

Halle (Saale), \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Elisabeth Schmidt \_\_\_\_\_  
Name, Vorname der aufklärenden Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der aufklärenden Person

## Ablauf einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse

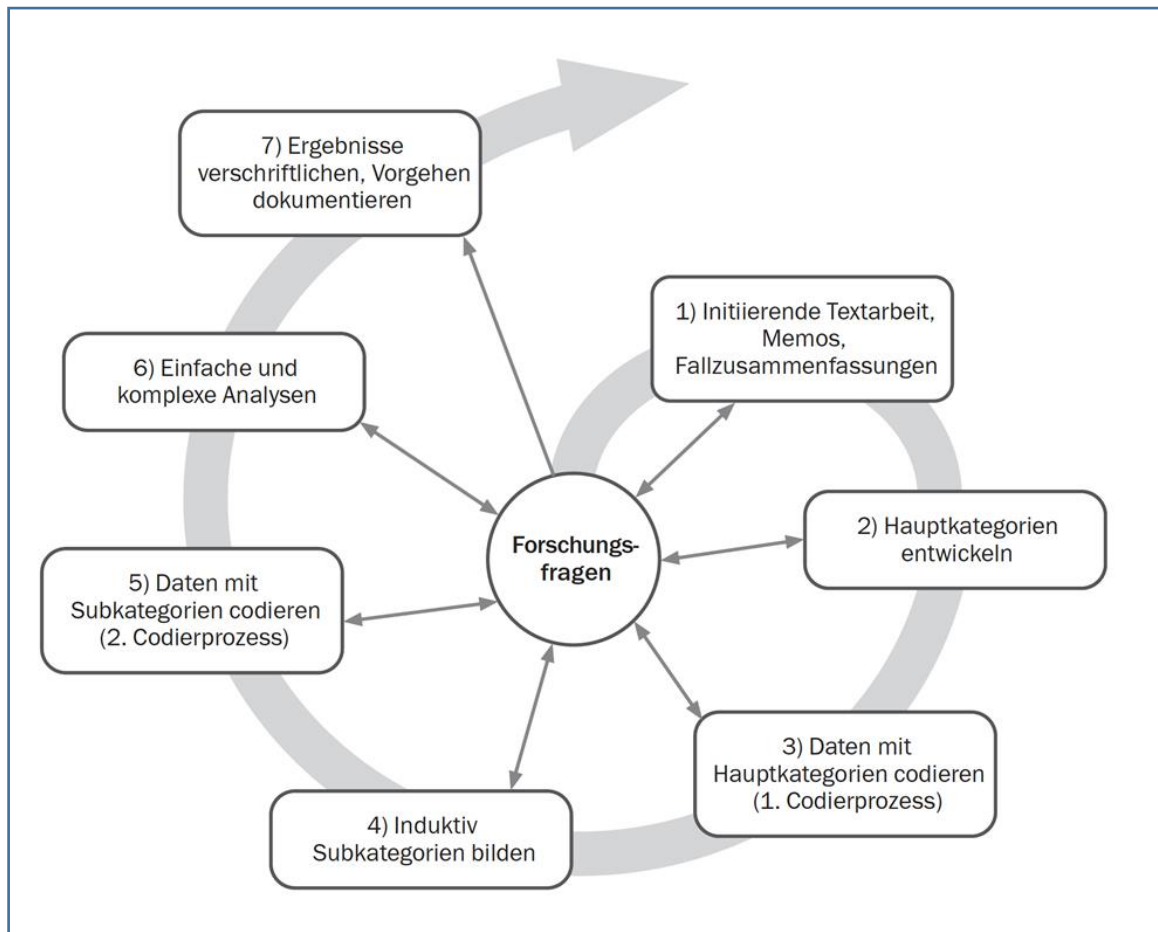


Abb: Ablauf einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in 7 Phasen, Kuckartz & Rädiker 2022, S. 132

Aus: Kuckartz, U. und Rädiker, S. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 5. Auflage. Beltz Juventa: Weinheim. Online verfügbar unter <https://www.qualitativeinhaltsanalyse.de/>, zuletzt geprüft am 17.12.2023

## Das Kategoriensystem mit den Zuordnungen

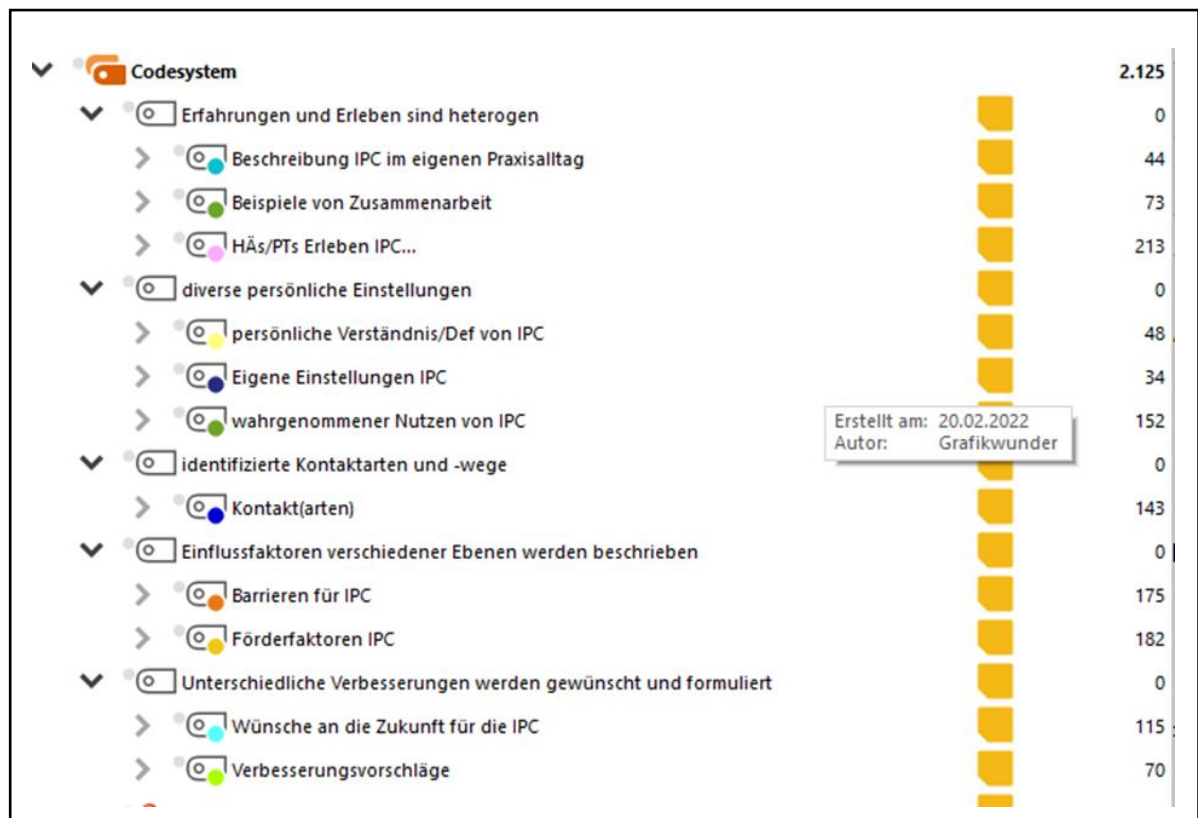


Abb: Das erstellte und benutzte Kategoriensystem mit den Zuordnungen (Anzahlen)

## Übersicht über die Kodierungen

Liste der Codes		Codings	Dokumente
Codesystem		2125	22
	Erfahrungen und Erleben sind heterogen	0	0
	Beschreibung IPC im eigenen Praxisalltag	0	0
	Es findet kaum IPC statt	14	9
	IPC wird als unzulänglich/schlecht beschrieben	6	4
	Es gibt keine Zusammenarbeit	6	4
	es werden Rezepte ausgestellt	6	5
	IPC findet hauptsächlich über Patient*innen statt	3	3
	IPC mit ausgewählten Äs/PTs besser/funktionierender	5	4
	IPC wird als "reibunglos" beschrieben	3	2
	Es ist keine Zeit für IPC	1	1
	Beispiele von Zusammenarbeit	0	0
	Zusammenarbeit wird als gut beschrieben, wenn/bei...	0	0
	Gute Zusammenarbeit: wenn gegenseitige Absprachen erfolgen	12	9
	Gute Zusammenarbeit als die Expertise des anderen anerkennen	12	7
	Gute Zusammenarbeit, wenn schnell Kontakt hergestellt wird	4	1
	Gute Zusammenarbeit wenn Pat schnell Termine bekommen	3	2
	...haben kein positives Beispiel....	3	3
	Gute Zusammenarbeit wenn direkten persönlichen Kontakt	1	1
	Gute Zusammenarbeit...wenn es keinen Kontakt braucht	1	1
	Beispiele schlechter Zusammenarbeit	0	0
	...schlechte Zusammenarbeit bei Kompetenzüberschreitung	7	4
	Schlechte Zusammenarbeit als Expertise des anderen Missachten	9	7
	wenn allgemeine Höflichkeitsregeln nicht eingehalten werden...	5	3
	...haben kein negatives Beispiel...	4	4
	...wenn Entscheidungen nicht nachvollziehbar sind...	3	2
	schlechte Zusammenarbeit bei erlebter starker Hierarchie	3	2
	...wenn etwas anderes gemacht wird, als auf dem Rezept steht	3	2
	...Wenn Austausch fehlt...	2	2

			...wenn Physio nicht geholfen hat, da Klagen kommen...	1	1
			HÄs/PTs Erleben IPC...	0	0
			neutral durch...	0	0
			Interaktion wird vermisst	12	6
			Erleben von IPC ist sehr personenabhängig	13	9
			fachliche Ebene im Vordergrund	6	6
			keine negativen Erlebnisse	4	4
			jede*r macht seins	3	3
			Verstärkend/motivierend durch...	0	0
			positiv/funktionierend erlebte Zusammenarbeit	21	10
			Wertschätzung	17	7
			Zusammenarbeit ist schön	11	5
			PTs fühlen sich sichtbar(er)	4	3
			Es wird Freude erlebt	4	4
			Vertrauen wird erlebt	3	2
			Gemeinsam wird das Beste erreicht	2	2
			IPC ist bereichernd und hilfreich für Arbeit	1	1
			Kontaktaufnahme wird von HÄ positiv aufgenommen	1	1
			hemmend durch...	0	0
			erleben von Hierarchie (PTs)	23	9
			mangelnder Wertschätzung (Hä wie PTs)	15	8
			Es wird Ärger oder Wut erlebt	15	10
			PTs fühlen sich nicht gesehen	13	5
			Frust wird erlebt (von PTs und/oder HÄs)	6	5
			Zeitdruck wird erlebt	8	5
			Negativ erlebte Kontaktaufnahmen	7	3
			Es wird Desinteresse und Unwissenheit erlebt	6	3
			Vorurteile werden erlebt	6	6
			Resignation wird erlebt	5	4
			Hilflosigkeit wird erlebt	4	3
			Es wird gegeneinander gearbeitet	3	3
			diverse persönliche Einstellungen	0	0
			persönliches Verständnis/Def von IPC	0	0
			IPC als Austausch zwischen Berufsgruppen	0	0
			IPC als Austausch/Weitergabe zu/von therapierelevanten Inhalten	12	8
			IPC als Feedback geben/ bekommen	3	3
			IPC als direkte Kommunikation	1	1
			IPC als offener und gleichwertiger Umgang	0	0
			IPC als einfach miteinander Kontakt aufnehmen können	5	4
			IPC: dass gegenseitige Erwartungen kommuniziert werden	3	3



		IPC als wertschätzender offener Umgang miteinander	3	3
		IPC als Zusammenarbeit als gleichwertige Partner*innen	2	2
		IPC als gemeinsame Werte haben	0	0
		IPC als: Patient steht im Mittelpunkt, Sichtweise auf Patient	3	3
		IPC als sich gegenseitig Ergänzen	1	1
		IPC als gemeinsame Sprache	1	1
		IPC ist Rezepte ausstellen/ändern lassen	4	4
		IPC als jede*r macht ihres/ seins	5	3
		IPC als PT ist Experte in ihrem/seinem Fach	2	2
		IPC als: wenn schnell Termine verfügbar	2	2
		IPC als geben von Anweisungen (HÄ), PT macht	1	1
		Eigene Einstellungen IPC	0	0
		IPC muss Wichtigkeit haben/hat Wichtigkeit	7	4
		Gegenseitiges Abstimmen ist sinnvoll	3	3
		Vom Physio lernen	4	2
		HÄ sagt, der Physio macht	1	1
		Es braucht keine Zusammenarbeit	4	1
		PT braucht keinen Kontakt zu HÄ	15	1
		wahrgenommener Nutzen von IPC	0	0
		IPC für individuelle Therapie	28	14
		für Therapieentscheidung relevant	24	11
		IPC um Therapie zu optimieren	23	10
		IPC um Ressourcen zu schonen	18	10
		Bessere fachliche Einschätzung vom Pat	19	8
		Vermeidung von Chronifizierung/Folgen(schäden)	8	6
		Um Behandlungssicherheit zu haben richtige/weiterführende VO	4	2
		Verständnis für andere Berufsgruppe	4	2
		um Vertrauen des Pat in medizinische Versorgung zu erhöhen	3	2
		IPC hat keinen Nutzen, bringt mir nix	5	2
		Konsequenzen mangelnder IPC	9	6
		Sonstige Nutzen von IPC	0	0
		andere Berufsgruppe als Ideengebende	2	1
		um Missverständnisse auszuräumen	2	1
		IPC um Bezug zu anderen Professionen herzustellen	1	1
		HÄs lernen dazu durch IPC wie PT funktioniert	1	1
		Um Erwartungen von HÄs /Äs erfüllen zu können	1	1
		identifizierte Kontaktarten und -wege	0	0
		Kontakt(arten)	0	0
		indirekter Kontakt	0	0
		Pat. als Bote von Infos	32	18
		über Chef oder Kolleg*in	12	5

		Änderungen/Infos über MFAs/Rezeptionskräfte	10	7
		Werbematerialien	3	2
		direkter Kontakt	0	0
		Telefonat wird genutzt	31	15
		Therapiebericht	20	13
		direktes Gespräch suchen und oder vorbeigehen in andere Praxis	15	7
		Email	4	2
		Fragen werden per Fax geklärt	6	2
		Rezepte als Informationsträger	3	3
		Fobis o.ä., auch interne Fobis	3	3
		Fallbesprechungen	2	2
		persönlicher direkter Kontakt nicht näher bezeichnet	2	1
		Einflussfaktoren verschiedener Ebenen werden beschrieben	0	0
		Barrieren für IPC	0	0
		keine Barrieren werden gesehen/genannt	4	4
		Strukturelle Barrieren	0	0
		keine Zeit für Austausch	45	18
		Praxisalltag als Barriere	7	6
		Erreichbarkeit des Ansprechpartners	14	10
		Vielzahl der HÄ/ PT-Praxen im Umfeld als Barriere	8	7
		Patienten gehen in unterschiedliche PT-Praxen	7	5
		Heilmittelkatalog/System als Herausforderung	12	6
		Budget immer im Hintergrund (HÄ)	5	4
		keine (freien) Termine als Barriere	4	3
		Systemfehler: konservative Therapie geht vom Budget ab, OP	4	2
		räumliche Trennung als Barriere	2	2
		Vermeiden von unnötiger Bürokratie	1	1
		(mangelnde) technische Infrastruktur als Barrieren	1	1
		persönliche Barrieren	0	0
		den Anderen nicht brauchen/kein Interesse in Kontakt zu kommen	13	9
		Nicht-kennen des anderen als Barriere	11	6
		schlechte Erfahrung mit IPC demotivieren für weitere IPC	6	4
		Unsicherheit, wie in Kontakt treten/Kommunikationswege unklar	5	3
		erlebte oder erwartete Hierarchie als Barriere für IPC	3	3
		Sorge, will HÄ das überhaupt hören? als Barriere	3	3
		Keine Übereinstimmung von Erwartung HÄ und Tun PT	2	2
		keine*r fängt an	1	1
		Antipathie, nicht auf einer Wellenlänge sein	1	1

			Gewinnorientierendes Verhalten wird unterstellt als Barriere	1	1
			sich nicht in die Karten schauen lassen wollen	1	1
			fachlich-inhaltliche Barrieren	0	0
			inhaltlich-fachliche Unterschiede/Unstimmigkeiten als Barriere	7	4
			Kein Wissen über Berufsstand/Methoden	4	3
			eingeschränktes (PT)Therapieangebot	1	1
			Praxisorganisation "chaotisch"	1	1
			Infos auf Rezepten wenig aussagekräftig für PT	1	1
			Förderfaktoren IPC	0	0
			es gibt keine Förderfaktoren bzw. konnten benannt werden	2	2
			persönliche Förderfaktoren	0	0
			sich gegenseitig Kennen	28	15
			persönlicher Wille zu Zusammenarbeit	15	8
			persönliches (privates) Netzwerk	14	7
			menschlich auf einer Ebene sein	7	6
			eigenes berufliches Selbstverständnis	6	4
			Positive Erfahrungen mit jemanden gemacht zu haben bzgl. IPC	5	4
			Verständnis für andere Berufsgruppen bzw. Druck den diese haben	4	2
			Neugier auf Inhalte/Tun der anderen Berufsgruppe	4	1
			Konsensfähigkeit als FöFa	3	2
			Vertrauen in andere Person/Berufsgruppe/Expertise	3	3
			Respekt für Gegenüber/andere Berufsgruppe(n)	2	2
			Strukturelle Förderfaktoren	0	0
			räumliche Nähe als FöFa	23	12
			je länger Praxis vor Ort ist, desto besser ist die Vernetzung	7	4
			Zeit haben für IPC als FöFa	5	5
			Regelmäßiger Kontakt als FöFa	5	4
			Erreichbarkeit als FöFa	5	4
			weniger PT Praxen im Umfeld fördern IPC	2	1
			Vorgaben der KV o.ä.(von "oben")	1	1
			Wissen, wann HÄ erreichbar ist und offen für PTs	1	1
			Wissen um Umgang mit Therapieberichten als FöFa	1	1
			Wissen, wo die Pat hingehen, in welche Praxis	1	1
			Präsenz der Physios als FöFa	1	1
			fachlich-inhaltliche Förderfaktoren	0	0
			erlebte fachliche Kompetenz (des PTs/der HÄs) als Förderfaktor	16	7
			PT/ Hä als Experte im Fach	6	4
			inhaltlich-fachliche Übereinstimmung als FöFa	7	5

			Gegenseitiges Rollenverständnis/Rollenklarheit	3	2
			kooperierende Praxen als FöFa	2	2
			Weitergeben von Informationen als FöFa	1	1
			Gemeinsame Projekte als FöFa	1	1
			Wissen (der HÄ) um Therapie/effekte ect	1	1
			Unterschiedliche Verbesserungen werden gewünscht und formuliert	0	0
			Wünsche an die Zukunft für die IPC	0	0
			Wünsche an zukünftige Kontakte	0	0
			Wunsch nach mehr Kontakt/Kommunikation	20	9
			Wunsch nach verbessertem Informationsaustausch	9	9
			Wunsch nach Rückmeldung	7	3
			Wunsch nach telefonischer Rücksprache	5	2
			Lieber persönlicher Kontakt/Gespräch	4	3
			Wunsch nach Austausch/Treffen im ganzen Team	3	3
			Wünsche auf struktureller Ebene	0	0
			mehr Selbstbestimmung für PTs	7	5
			Wunsch nach gemeinsamen Ziel: Pat zu helfen	6	4
			Mehr Zeit für/ miteinander	4	3
			Wünsche an die Ausbildung PT	4	2
			Standardisierte Einbindung (der PTs) in Behandlungsprozesse	1	1
			alle Daten zugänglich für alle (Beteiligte*n)	1	1
			stärkere Einbeziehung der anderen Berufsgruppe	1	1
			Wünsche nach räumlicher Nähe	1	1
			Wünsche an "persönliche" Ebene	0	0
			Anerkennung fachlicher Kompetenz/Wertschätzung	12	5
			Abbau von Hierarchie	4	4
			sich gegenseitig Kennen	3	3
			Aufeinander zugehen als Wunsch	1	1
			Wünsche an fachlich- inhaltlich Ebene	0	0
			Inhaltliche Weiterbildung zum Thema als Wunsch	3	2
			Sicht der anderen Berufsgruppe erfahren	2	2
			keine (weiteren) Wünsche/Ideen an die IPC	9	8
			Wünsche sonstiges	0	0
			keine Budgetierung mehr (allg und für PT)	4	4
			Wunsch nach mehr/längeren PT-Terminen/Gruppentherapie	4	3
			Verbesserungsvorschläge	0	0
			Vorschlag: inhaltliche (auch gemeinsame) Aus/Fort/Weiterbildung	21	9
			Vorschlag: (informelle) Treffen zum kennenlernen	10	6
			Vorschlag: Einrichten fester Zeitfenster zum Fälle besprechen	4	4

			Vorschlag: Regelmäßigen Termin zum Austausch einrichten	3	3
			Vorschlag: direkte Absprachen in den Praxisräumen	2	2
			Gemeinsame (Online) Fallbesprechungen	6	4
			Vorschlag: moderne Medien/Videoaufnahmen als Infoweitergabe	4	2
			Verbesserungen müssen pragmatisch sein	3	3
			Infoaustausch über "Briefe"	2	2
			Informationsaustausch über Fragebögen	2	1
			Telefontermine um in Ruhe Probleme zu besprechen	2	1
			Abrechnungsposition für IPC	3	3
			gemeinsame Behandlung/Hausbesuche am Pat*	2	1
			Vorschlag: gemeinsame Hausbesuche	1	1
			Vorschläge speziell für Rückenschmerzpatient*innen	1	1
			kooperierende PT/HÄ-Praxen	1	1
			Blätter mit Selbstübungen vom PT in HÄ praxis	1	1
			Vorschlag: Therapieberichte selbstformuliert	1	1
			Diensthandy/spezielle Telefonnummer	1	1

## Coreq Checkliste

### COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	24
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	25f
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	25f
Gender	4	Was the researcher male or female?	25
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	25f
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	26
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	26
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	26
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	22ff
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	23
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	24
Sample size	12	How many participants were in the study?	27
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	28
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	27
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	27
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	27
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	22f
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	27
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	25
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	25
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	27
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	24; 62
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	25

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	26
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	27; Anhang
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	25
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	25
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	27
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	27ff
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	27ff
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	27ff
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	27ff

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

## Erklärungen

(1) Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.

(2) Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

(3) Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Halle an der Saale, Januar 2024

Elisabeth Schmidt