

Aus dem
INSTITUT FÜR GESUNDHEITS- UND PFLEGEWISSENSCHAFT
DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG
Direktorin: Prof.in Dr. phil. Gabriele Meyer

**Interprofessionelle Kommunikation zwischen
therapeutisch Pflegenden und
anderen therapeutischen Berufsangehörigen
(Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie)
in der neurologischen (Früh-)Rehabilitation
Eine an Grounded Theory angelehnte Studie**

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.) für das Fachgebiet
Gesundheits- und Pflegewissenschaft

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Shiney Franz
geboren am 31.05.1970 in Irinjalakuda, Indien

Betreuer:
Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

Gutachter:
Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Prof. Dr. med. habil. Wilfried Mau
Prof. Dr. med. habil. Michael Sailer

15. Mai 2018
28. Januar 2019

Referat

Zielsetzung: Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, die Kommunikation und Koordination zwischen vier Berufsgruppen (Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) auf neurologischen Frührehabilitationsstationen in fünf Kliniken vergleichend zu untersuchen. Zentrale Fragen sind hier, wie die Mitarbeiter*innen der fünf Kliniken die Aufgaben mit vergleichbaren Patient*innen und die interprofessionelle Kommunikation im Team als Ansatz für funktional äquivalente Lösungen dieser Aufgaben wahrnehmen, mit welchen beobachteten Umständen die unterschiedlichen kommunikativen Lösungen einhergehen und welche Verbesserungsvorschläge die Teammitglieder für die interprofessionelle Arbeit haben.

Methodik: Methodisch wurde zuerst eine Hospitation (eine Woche pro Klinik) in den Frührehabilitationsstationen aller fünf Kliniken zur Erkundung des Feldes durchgeführt. Es folgte die Datenaufnahme anhand passiv teilnehmender Beobachtung in jeweils zwei Frührehabilitationsstationen (eine Woche pro Klinik) und die Durchführung halb-strukturierter Leitfadeninterviews (n=39). Die Teilnehmer*innen waren Teammitglieder der Berufsgruppen Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie (gleichmäßig verteilt). Die Forschende nutzte Ansätze der Grounded Theory nach Strauss und Corbin als Forschungsstil.

Ergebnisse: Die Teammitglieder der untersuchten vier Berufsgruppen nehmen die interprofessionelle Kommunikation als eines der wichtigsten Mittel wahr, um die ihnen anvertrauten Aufgaben patient*innenorientiert zu erledigen. Festes Team, tägliche Teambesprechung, gemeinsame interprofessionelle Behandlungseinheiten (Doppeltherapie), kleine interne Fortbildungen und informelle Gespräche sind die Strategien, die von Teammitgliedern genutzt werden, um eine intensive interprofessionelle Kommunikation zu pflegen. Eine mäßig intensive interprofessionelle Gesprächskultur wurde beobachtet bei den wöchentlichen Teambesprechungen, bei Vorhandensein einer Teamleitung (Bereichstherapeut*in) als Verbindungsglied zwischen den Berufsgruppen und bei Stationen mit Zentraler Therapie Planung (ZTP). Eine seltene und wenig intensive interprofessionelle Kommunikation wurde architekturbedingt in großen Stationen mit langen Gängen und verwinkelten Fluren und teambedingt durch Gruppenbildung zwischen den Berufsangehörigen der Pflege einerseits und der Therapie andererseits beobachtet.

Fazit: Die Ergebnisse bilden die aktuelle Situation der interprofessionellen Kommunikation in der neurologischen Frührehabilitation der fünf Kliniken ab. Wichtigste Erkenntnis dieser Arbeit ist die Notwendigkeit von festen Teams, bestehend aus allen vier Kernberufsgruppen, in den Stationen. Eine Gesprächskultur mit spontaner und geplanter informeller Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen untereinander sollte angestrebt werden. Es besteht weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der Einbeziehung zusätzlicher Berufsgruppen in der neurologischen Frührehabilitation sowie der Patient*innen und ihrer Angehörigen. In Aus-, Fort- und Weiterbildungen aller vier beobachteten Berufsgruppen sollte die interprofessionelle Kommunikation mehr Gewicht bekommen.

Franz, Shiny: Interprofessionelle Kommunikation zwischen therapeutisch Pflegenden und anderen therapeutischen Berufsangehörigen (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) in der neurologischen (Früh-) Rehabilitation: Eine an Grounded Theory angelehnte Studie. Halle (Saale), Univ., Med., Fak., Diss., 71 Seiten, 2018

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Stand der Forschung	2
1.2	Begriffserklärung: Multiprofessionell, Interprofessionell, Transprofessionell	4
1.3	Interprofessionelle Kommunikation (informell und formell)	4
1.4	Interprofessionelle Kollaboration (beeinflussende Faktoren und Auswirkungen)	7
2	Zielstellung	11
3	Material und Methodik	12
3.1	Auswahl des Forschungsdesigns - Grounded Theorie	12
3.2	Gütekriterien	13
3.3	Durchführung der Studie und ethische Aspekte	13
3.3.1	Votum der Ethikkommission	14
3.3.2	Setting	14
3.3.3	Feldzugang mit Hospitation	15
3.3.4	Untersuchungspopulation	15
3.3.5	Rekrutierung der Teilnehmer*innen	15
3.3.6	Durchführung der passiv teilnehmenden Beobachtung	15
3.3.7	Feldnotizen und Beobachtungsprotokolle	16
3.3.8	Interviews	16
3.3.9	Interviewvorbereitung	16
3.3.10	Rekrutierung der Interviewpartner	17
3.3.11	Interviewdurchführung	17
3.4	Datenanalyse	18
3.5	Kodieren	18
4	Ergebnisse	19
4.1	Wahrnehmung der interprofessionellen Kommunikation im Team	20
4.1.1	Ursächliche Bedingungen, die zum zentralen Phänomen führen	20
4.1.2	Kontextbedingungen interprofessioneller Kommunikation	23
4.1.3	Strategien der Kernteammitglieder	26
4.2	Funktionale Äquivalenz und unterschiedliche Lösungen ähnlicher Probleme in den fünf Kliniken	28
4.2.1	Einrichtungsspezifische Faktoren als intervenierende Bedingungen in der Ma- kroebene	28
4.2.2	Stationsspezifischen Strukturen als intervenierende Bedingungen in der Me- soebene	31
4.2.3	Mitarbeiterspezifische Handlungsstrategien und interaktionale Strategien in der Mikroebene	44
4.3	Verbesserungsvorschläge der Teammitglieder für die interprofessionelle Arbeit	48
4.4	Konsequenzen aus Handlungen und Interaktionen im Team	50
4.5	Zusammenfassende Abbildung	53

5	Diskussion	55
5.1	Ergebnisdiskussion	55
5.2	Diskussion der Ergebnisse anhand von Studien der Literaturrecherche	58
5.3	Methodendiskussion	59
5.4	Limitationen, weiterer Forschungsbedarf und Stärken der Studie	61
5.5	Anwendung der Forschungsergebnisse in der Praxis	61
6	Zusammenfassung	63
	Literaturverzeichnis	64
	Thesen	69
	Anlagen	70
	Lebenslauf	IV
	Selbständigkeitserklärung	VI
	Erklärung über frühere Promotionsverfahren	VII
	Danksagung	VIII

Abkürzungsverzeichnis

BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
GINKO	Gesetzeswirkungen bei der beruflichen Integration schwerhöriger, ertaubter und gehörloser Menschen durch Kommunikation und Organisation
ICF	International Classification of Functioning Disability and Health
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Medline	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLARS online)
MeSH	Medical Subject Heading
OPS 8–552	Operationen- und Prozedurenschlüssel (Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation)
OTseeker	Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PSYINDEX	Psychological Index Terms
PEDro	Physiotherapy Evidence Database
PubMed	Public/Publisher Medline
SMART	Specific Measurable Accepted Reasonable Time Bound
SpeechBITE	Speech Pathology Database for Best Interventions and Treatment Efficacy
WHO	World Health Organisation
ZTP	Zentrale Therapie Planung

1 Einleitung

Die rehabilitativ-(aktivierend-) therapeutische Behandlung durch neurologische Rehabilitationsteams unterstützt und begleitet die betroffenen Menschen nach einer Hirnschädigung bei der Wiedererlangung selbstbestimmter Teilhabe in für sie wichtigen alltäglichen Situationen. Patient*innenorientiert wird mit einem interprofessionellen Team gemeinsam an der Besserung der Kompetenz zu selbstbestimmter Teilhabe der Betroffenen gearbeitet. Dies geschieht im Sinne der WHO-Definition von Rehabilitation zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehenden Partizipation in allen Lebensbereichen, damit die Betroffenen in ihrer Lebensgestaltung so frei wie möglich sind (World Health Organisation (WHO), 1981, S. 9). Das deutsche Sozialgesetzbuch IX übernimmt im § 1 das WHO-Konzept der Partizipation und präzisiert es als „Selbstbestimmung“ und „Teilhabe“, womit fremdbestimmte Teilhabe ausgeschlossen wird (Behrens und Zimmermann, 2017, S. 232). Die Rehabilitation verläuft in von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) definierten Phasen (Phase A – F), klassifiziert nach kurativ medizinischem, pflegerischem und rehabilitativem Aufwand, deren Beginn (Phase A) in der Akutklinik liegt. Der Phase B werden Patient*innen zugeordnet, die bewusstlos bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestört mit schwersten Hirnschädigungen sind und Patient*innen mit anderen schweren neurologischen Störungen (zum Beispiel Locked-in- und Guillain-Barré-Syndrome, hoher Querschnitt), die noch intensivbehandlungspflichtig sind (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 1995, S. 9; Wallesch, 2015, S. 257). Patient*innen, die bereits in der Therapie mitarbeiten können, kleingruppenfähig und in der Endphase der Frühmobilisation sind sowie einer umfassenden rehabilitativen Therapie bedürfen, gehören der Phase C an. Die BAR empfiehlt, die Begriffe Phase B und C anstelle des Begriffs Neurologische Frührehabilitation zu verwenden. In der Praxis werden jedoch beide Definitionen verwendet. Die Rehabilitationsphase nach dem Abschluss der Frühmobilisation wird als Phase D bezeichnet, während nachgehende Rehabilitationsleistungen und berufliche Rehabilitation als Phase E und erforderliche unterstützende, betreuende und/oder zustandserhaltende Maßnahmen als Phase F bezeichnet werden. Ein chronologischer Ablauf der Phasen (A-F) ist nicht vorgegeben, sondern je nach Krankheits-situation der Patient*innen können die Phasen übersprungen werden oder einen anderen Verlauf annehmen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 1995, S. 5-19).

Die Komplexität neurologischer Beeinträchtigungen erfordert eine gemeinsame Rehabilitationsplanung bzw. ein gemeinsames Rehabilitationsmanagement im multiprofessionellen Team sowie die entsprechende Durchführung der Leistungen (Max, 2015, S. 23). Die Verlegung aus der Akutklinik zur neurologischen Frührehabilitationsstation ist für Betroffene und Betreuende eine komplexe Schnittstelle, die aufgrund der Unterschiedlichkeit der jeweiligen individuellen Situation der Behandelten einen hohen Grad an teamorientierter Partizipation, Kooperation und Koordination in allen Handlungen verlangt. Eine ganzheitliche Versorgung der Patient*innen erfordert effektive Kollaboration verschiedener Berufsgruppen. Kollaboration bedeutet Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Professionen in Bezug auf die berufsspezifischen

Kenntnisse, individuellen Einstellungen und Bedürfnisse sowie Verantwortung für die jeweiligen Aufgaben während der Versorgung der Patient*innen (Meads und Ashcroft, 2005, p. 33). In der Frührehabilitation in Deutschland ist die therapeutische Pflege integraler Bestandteil des therapeutischen Teams. Dies gilt in besonderem Maße für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation gemäß Operationen Prozeduren Schlüssel (OPS) 8-552 (Deutsches Institut für Medizinisches Dokumentation und Information (DIMDI), OPS Version 2018), in dem definierte Leistungen der therapeutischen Pflege auf die dort geforderten Therapieminuten angerechnet werden und die Pflege den gleichen Dokumentationspflichten und interprofessionellen Teaminteraktionen wie die anderen Therapierichtungen unterliegt (Wallesch und Lautenschläger, 2017, S. 422). Es konnte empirisch belegt werden, dass die therapeutische Pflege analoge therapeutische Grundsätze und Prozesse wie die anderen Therapierichtungen befolgt (Lautenschläger, 2015, S. 274). Zusammen mit Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie gehört die therapeutische Pflege zum Kernteam der neurologischen Rehabilitation, den „hands-on-professions“ (Wood, 2004, p. 44). Für die Wirksamkeit interprofessioneller Teams in der neurologischen Rehabilitation gibt es gute Belege (Rønning und Guldvog, 1998, p. 782). Nach Körner und Bengel werden im interprofessionellen Team die Behandlungsschritte für die einzelnen Patient*innen über die Bereichsgrenzen hinweg aufeinander abgestimmt (Körner und Bengel, 2004, S. 350). Der regulatorische Rahmen für die Teamorganisation konkretisiert sich für die Frührehabilitation Phase B in Deutschland im Operationen-Prozeduren-Schlüssel (OPS) des deutschen DRG-Systems. Die in OPS 8-552 (Deutsches Institut für Medizinisches Dokumentation und Information (DIMDI), OPS Version 2018) vorgeschriebene wöchentliche Teambesprechung soll die Interaktionen des versorgenden Teams zusammenfassend widerspiegeln, umfasst aber in der Praxis nur einen kleinen, und wegen der Dokumentationsanfordernisse oft hoch formalisierten, Ausschnitt der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen. Ergänzend zur schriftlich dokumentierten wöchentlichen Teambesprechung finden im Stationsalltag diverse Formen von formeller und informeller patient*innenorientierter Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen statt. Vor diesem Hintergrund wurde eine Literatursuche zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der neurologischen Früh-/Erst-rehabilitation und ähnlichen Settings unter besonderer Berücksichtigung der Kommunikation mit und durch die Pflege durchgeführt.

1.1 Stand der Forschung

Der Fokus lag auf den verschiedenen Formen patient*innenbezogener Interaktionen zwischen den vier Professionen Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in der neurologischen Früh- und Erstrehabilitation. Diese Berufsgruppen sind während der Kernarbeitszeit kontinuierlich an den Patient*innen als Behandelnde tätig (Wood, 2004, p. 44). Ausgeschlossen wurden Forschungsarbeiten, die keine der obengenannten Professionen in ihren Untersuchungen berücksichtigt haben. Zusätzlich wurden Referenzstudien z.B. aus der geriatrischen und fachübergreifenden Rehabilitation eingeschlossen, die weitere Informationen zu Teamarbeit und -interaktionen beitrugen. Recherchiert wurde von August bis Oktober 2016 in den Datenbanken Medline (über PubMed), CINAHL, PSYINDEX,

SpeechBITE, PEDro und OTseeker mit Suchbegriffen (Kontrolliertes Vokabular – MeSH), Textwörtern und Filterungen für Sprache (Englisch und Deutsch). Es wurde keine Eingrenzung bezüglich Publikationszeitraum und Studiendesign vorgenommen. Die Sensitivitäts- und Präzisionsmaximierung der Suche wurde mit Operatoren je nach Suchoberfläche angepasst und mit Begriffen kombiniert (z.B. OR, AND) (Behrens und Langer, 2004, S. 95). Die Auswahl der Studien erfolgte analog PRISMA, soweit anwendbar (Moher et al., 2009). Die eingeschlossenen Studien betrachten die Zusammenarbeit von zwei oder mehr Berufsgruppen im Gesundheitssektor. Den Ablauf der Recherche stellt Abbildung 1 dar. Die Suche in Medline betraf alle vier Berufsgruppen, in CINAHL die Pflegeberufe, in PSYNDEX psychologische Aspekte, in SpeechBITE die Logopädie, in PEDro die Physiotherapie und in OTseeker die Ergotherapie. Nach der Sichtung von Titeln und Abstracts sowie unter Anwendung der in Abbildung 1 genannten Einschlusskriterien wurden 27 Studien zur ausführlichen Analyse ausgewählt, 18 davon berichten eigene Empirie. Eine systematische Qualitätsbewertung erfolgte angesichts der schmalen Datenlage nicht, Limitationen werden dargestellt. Diese Literaturanalyse hat daher explorativen Charakter. Unter den gefundenen Studien befinden sich zwei systematische Übersichtsarbeiten, eine Interventionsstudie und zwei quantitative Befragungen. Die übrigen Studien verfolgen einen qualitativen Ansatz und werteten überwiegend Beobachtungen und Interviews aus. Der neurologischen Frührehabilitation, die im Fokus dieser Forschungsarbeit steht, lassen sich nur sechs der Studien zuordnen (Lautenschläger, 2015; Nair und Wade, 2003; Yagura et al., 2005; Tyson et al., 2012; Kraft et al., 2014; Suter et al., 2009).

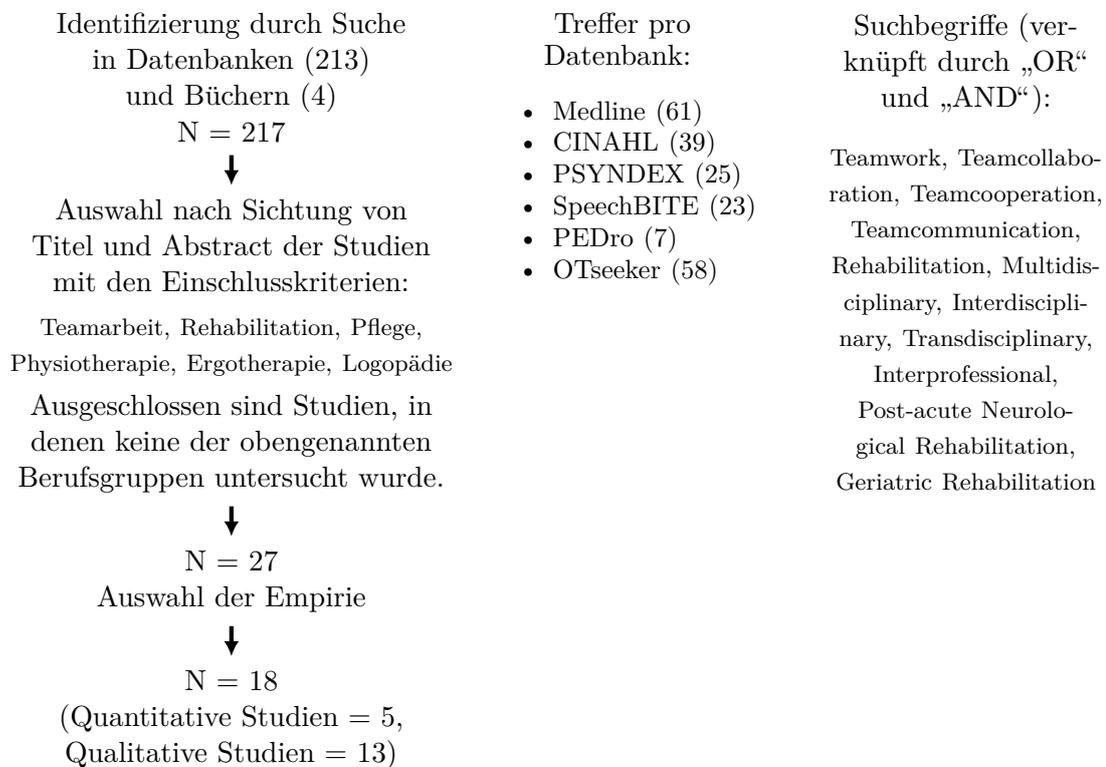


Abbildung 1: Suchergebnisse angelehnt an PRISMA-Flussdiagramm.

Eine Zusammenfassung der aufgenommenen Studien mit den wichtigsten Merkmalen und

Limitationen wird in Tabelle 1 dargestellt.

1.2 Begriffserklärung: Multiprofessionell, Interprofessionell, Transprofessionell

Teamarbeit wird von Xyrichis und Ream (2008) definiert als ein dynamischer Prozess, in dem zwei oder mehr Gesundheitsberufe mit komplementären Fähigkeiten gemeinsame Ziele setzen und die Einschätzung, Planung und Evaluierung der Patient*innenversorgung gemeinsam durchführen. Dieser Prozess verläuft von der Multiprofessionalität über die Interprofessionalität bis hin zur Transprofessionalität. Mit den Begriffen „Disziplin“ und „Profession“ wird in der Literatur häufig die gleiche Bedeutung beschrieben. Mahler et al. (2014) bevorzugt die Definition der Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe als Multi-, Inter- oder Transprofessionalität, da der Begriff Profession für praktisch handelnde Disziplinen verwendet werde. Sie beschreibt in ihrem Artikel drei Vorsilben (Multi-, Inter- und Trans-), die die Intensität der professionellen Zusammenarbeit kennzeichnen. Gemäß der Schilderung von Eigenschaften der Multi-, Inter- und Transdisziplinarität in der Rehabilitation, die mit Mahler übereinstimmt, kommt Karol (2014) zu dem Ergebnis, dass transdisziplinäre Teams die besten personenzentrierten (weg von professionszentrierten) Teammodelle seien. Er begründet dieses damit, dass sie professionelle Grenzen aufbrechen und den Fokus auf die Lösung der Patient*innenprobleme durch gemeinsame Expertisen verschiedener Berufe legen. Wegen der Komplexität und der langfristigen Bindung zwischen Team und Patient*innen hält er dieses Modell für den Goldstandard für optimale Neurorehabilitationsbehandlungen. Allerdings brauche dieses Modell eine hervorragende Kommunikationskultur, die hirnerkrankte Patient*innen in die Entscheidungsfindung einbinden kann (Karol, 2014, p. 667). Körner (2009) beschreibt die interprofessionelle Zusammenarbeit als „Behandler-BehandlerInteraktion“ mit Patient*innenorientierung, um die gesetzten Behandlungsziele und bessere Behandlungsergebnisse zu erreichen.

1.3 Interprofessionelle Kommunikation (informell und formell)

Die Kommunikation außerhalb der offiziellen Besprechungen (informelle Kommunikation) zwischen den Teammitgliedern spielt im Alltag eine bedeutende Rolle. Es ist jedoch schwierig, diese Art von Begegnungen zu erfassen und zu analysieren und daher ist die Datenlage zur informellen Kommunikation mager. In der Literaturrecherche wurden nur drei Studien zu diesem Thema gefunden. Nach González-Martínez et al. (2016) sind kurze Treffen im Flur oder Treppenhaus häufig vorkommende und wichtige Momente des interprofessionellen Austausches („Mikrobriefing“), werden aber selten analysiert. Die Studie zeigt die Bedeutung der informellen Kommunikation im Arbeitsalltag, die außerhalb des Patient*innenzimmers geschieht. Die bauliche Struktur einer Station spiele dabei eine wichtige Rolle. Die Studie von Sinclair et al. (2009) betrachtet unter anderem die informelle Kommunikation zwischen Angehörigen verschiedener Professionen unter Einbeziehung von Patient*innen. Die Therapieinhalte würden von Teammitgliedern den Patient*innen mitgeteilt, welche diese an die anderen Professionen weitergeben. Nach Sheehan et al. (2007)

Tabelle 1: In die Literaturrecherche eingeschlossene empirische Studien.

Autoren, Jahr, Land	Einrichtung	Ziel	Design, Methode	Limitation
Baxter und Brumfitt (2008), UK	Schlaganfallversorgung	Professionelle Unterschiede in der Zusammenarbeit	Fallstudie, Feldbeobachtung, Interviews	Nur Schlaganfallversorgung
Dalley und Sim (2001), UK	Rehabilitation	Rolle der Physiotherapeuten im Team	Explorativ, Interviews	Nur Pflegende wurden interviewt
Ferguson et al. (2009), Australien	Rehabilitation	ICF Besprechung - Analyse	Inhaltsanalyse, Beobachtung	Beobachtung nur in einer Station
Gibbon (1999), UK	Stroke-Unit	Teamkonferenz-Analyse	Beobachtungsstudie, Teambeobachtungsprotokolle	Nur zwei Teams in einem Krankenhaus
González-Martínez et al. (2016), Schweiz	Krankenhausambulanz mit teilstationärem Angebot	Flurgespräche - Analyse	Mixed Methods, Ethnographie, Videobeobachtung, Statistik	Nur in einer Station, Video mit Kenntnis der Beobachteten, weit überwiegend intraprofessionelle Kommunikation, Pflege
Kraft et al. (2014), Schweden	Kurzzeit Rehabilitation	Perspektiven der Teammitglieder	Inhaltsanalyse, Interviews	Nur Kurzzeitversorgungseinrichtungen
Lautenschläger (2015), Deutschland	Neurologische Rehabilitation	Theorieentwicklung Therapeutische Pflege	Grounded Theory, Beobachtung, Interviews	Isolierte Betrachtung der Pflege
Max (2015), Deutschland	Neurologische Rehabilitation	Interdisziplinäre Kooperation	Fallstudie, Experteninterviews	Nur eine Einrichtung
Nair und Wade (2003), UK	Neurologische Rehabilitation	Mitarbeiterzufriedenheit	Befragung, Fragebogen	Nur eine Einrichtung
Nancarrow et al. (2013), UK	Rehabilitation	Merkmale guter Teamarbeit	Syst. Übersichtsarbeit, Interview	Teamheterogenität

Sheehan et al. (2007), Neuseeland	Geriatrische Rehabilitation	Sprache im Team (Interdisziplinär)	Konversationsanalyse	Nur in zwei Teams
Sinclair et al. (2009), Kanada	Rehabilitation	Interprofessionelle Kollaboration	Ethnographie, Interviews, Feldbeobachtungen	Nur eine Einrichtung
Strasser et al. (2005), USA	Stroke-Unit	Teamarbeit - Patient*innenoutcome	Beobachtungsstudie	nur ein Krankenhaus, Selektionsbias
Suter et al. (2009), Kanada	Rehabilitation	Kernkompetenz Kollaboration	Interviewanalyse	Fokus auf nur 2 Kompetenzen
Tyson et al. (2012), UK	Neurologische Rehabilitation	Kommunikation-Analyse	Grounded Theory, Beobachtungen, Interviews	Nur Teamtreffen, erste Studie mit Nutzung von Instrumenten
White et al. (2013), USA	Rehabilitation	Interdisziplinarität	Fragebogen, Offene Fragen	Ärzte, Logopäden Sozialarbeiter nicht befragt
Yagura et al. (2005), Japan	Stroke-Unit, Rehabilitationsstation	Effekt eines Interdisziplinären Teams in der Rehabilitation	Interventionsstudie, Interdisziplinäres Teamtreffen	Fokus-Interdisziplinäres Team, andere Faktoren wenig Beachtung
Zwarenstein et al. (2013), Kanada	zwei allgemeine Krankenhäuser	Teamkommunikation	Beobachtung, Ethnographie, Interviews	Beobachtungsbias

beeinflussen die Sprache und Kommunikationsmuster während solcher Begegnungen die Teamarbeit.

Zur formellen Kommunikation beschreiben die Studien von Gibbon (1999) und Kraft et al. (2014) die Bedeutung der regelmäßigen Teamtreffen. Gibbon (1999) analysiert in seiner Studie das formelle Teamtreffen, welches als Schwerpunkt nicht die Entscheidungsfindung über die Behandlung hat, sondern vielmehr das Zusammenwirken von Individuen mit unterschiedlichen Hintergründen und Meinungen und das Finden gemeinsamer Sprache in Bezug auf die Patient*innenversorgung. Als nachteilig beurteilt Gibbon den Frage-Antwort-Stil der Teilnehmenden während der Treffen und dass die Entscheidungsfindung meist ohne Berücksichtigung alternativer Therapiemöglichkeiten für die Betroffenen stattfindet. Kraft et al. (2014) empfehlen den Teams in ihrer Studie, professionelle und organisatorische Barrieren durch offene und respektvolle Kommunikation zu überwinden. Die Untersuchung von Nair und Wade (2003) über die Mitarbeiterzufriedenheit in Bezug auf formelle Teamtreffen ergab, dass nur ein Viertel der Teilnehmenden mit ihrer eigenen Teilnahme zufrieden war. Unklarheit über die eigene Rolle und mangelnde Kenntnisse über andere Professionen seien Barrieren für eine aktive Partizipation. Die Autoren stellten fest, dass einzelne Teilnehmende sich zurückzögen und zur Diskussion weniger beitrügen, wenn sie sich von den anderen nicht wertgeschätzt fühlten. Optimierungsvorschläge der Autoren sind Bereitstellung von Informationen über einzelne Berufsgruppen, genauere Rollendefinitionen und Aufklärung über Sinn und Zweck der patient*innenzentrierten Teamarbeit. Nach Nair and Wade ist eine festgestellte höhere Zufriedenheit des leitenden Personals damit zu begründen, dass diese Personen reflektierend mit ihren eigenen Rollen umgingen. Negativ beurteilt wurden spätes Kommen und frühes Gehen mancher Teilnehmenden sowie häufige Abwesenheiten.

Die positive Beeinflussung der Teamarbeit durch Gebrauch einer einheitlichen Fachsprache während der Teamtreffen wird von mehreren Forschenden belegt (Gibbon, 1999; Ferguson et al., 2009; Tyson et al., 2012; Max, 2015). Die Nutzung von ICF-Vorgaben beim regelmäßigen interprofessionellen Teamtreffen wird erwähnt in den Studien von Ferguson et al. (2009) und Max (2015). Tyson et al. (2012) untersuchten zwei vergleichbare Rehabilitationsteams mit dem Ergebnis, dass die lediglich in einem Team stattgefundene Nutzung standardisierter Assessmentinstrumente die Anwendung einer einheitlichen Fachsprache erleichterte und zu einer Straffung des Teamtreffens führte.

Die Auswirkungen regelmäßig stattfindender interdisziplinären Besprechungen unter Kosten-NutzenAspekten wurden von Yagura et al. (2005) untersucht. Im Ergebnis führen derartige Besprechungen zu einer reduzierten Aufenthaltsdauer der Patient*innen und zu einer Kostenersparnis.

1.4 Interprofessionelle Kollaboration (beeinflussende Faktoren und Auswirkungen)

Mehrere Autoren (Kraft et al., 2014; Suter et al., 2009; Baxter und Brumfitt, 2008; Dalley und Sim, 2001; White et al., 2013; Zwarenstein et al., 2013; Lautenschläger, 2015)

bestätigen die Grundhaltung der Teammitglieder zu ihrem Team als einen wichtigen Faktor für die Effektivität der Teamarbeit. Nach Kraft et al. (2014) seien Teamtreffen, Gespräche und andere Foren des Informationsaustauschs für eine gute Zusammenarbeit wichtig. Das bedeute für die Teammitglieder, den aktuellen Gesundheitszustand der Patient*innen zu berücksichtigen, die Behandlungsmethoden verschiedener Berufsgruppen ganzheitlich zu betrachten und die Möglichkeiten und Limitationen des jeweiligen Settings zu kennen. Die Studie von Suter et al. (2009) hebt hervor, dass Klarheit der Teammitglieder über die eigenen professionellen Rollen und deren Schnittstellen sowie eine ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit für die patient*innenzentrierte effektive Zusammenarbeit wesentlich sei. Nach Baxter und Brumfitt (2008) manifestierten sich professionelle Unterschiede in vertieften oder speziellen Kenntnissen und Fähigkeiten der jeweiligen Berufe. Der Austausch über diese Kompetenzen führe zur Interprofessionalität, wobei die Teamgröße - je kleiner desto besser - und regelmäßiger Kontakt untereinander wichtige Rollen spielten. Die Studie von Dalley und Sim (2001) beschreibt aus der Sicht von Pflegenden eine Reihe von Barrieren zwischen ihnen selbst und Physiotherapeut*innen: die organisatorische Barriere, bei der unterschiedliche Bedingungen und Arbeitsmuster beider Berufsgruppen als Hindernis wirkten; die Beziehungsbarriere aufgrund angenommener geringer Wertschätzung; die Interaktionsbarriere aufgrund angenommener unterschiedlicher Sichtweisen der Patient*innen über die beiden Berufsgruppen; die Kontinuitätsbarriere durch Instruktions-, Kommunikations- und Zeitmangel. Die Studie von Max (2015) beschreibt den Mangel an Ressourcen, an disziplinübergreifendem Wissen und an Kooperationsstrukturen sowie die Heterogenität des Rehabilitationsverständnisses als die Kollaboration hemmende Faktoren. In der Studie von White et al. (2013) gaben alle befragten Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen an, dass Kommunikation der wichtigste Faktor zur Förderung der Zusammenarbeit sei. Die Ergebnisse der Studie von Zwarenstein et al. (2013) weisen auf mangelnde Kommunikation zwischen ärztlichem Personal und den anderen Professionen hin. Die selten erfolgenden Interaktionen zwischen diesen beiden Gruppen basierten nur auf Nachfragen von außen oder dienten Dokumentationszwecken, während die anderen Berufsgruppen ohne Beteiligung von Ärzten aktiv untereinander kommunizierten.

Die empirische Studie von Lautenschläger (2015) über therapeutische Pflege in fünf neurologischen Frührehabilitationskliniken demonstriert die Relevanz funktionierender Teams für die erfolgreiche patient*innenzentrierte therapeutische Pflege in Abhängigkeit von bestimmten Voraussetzungen (Kompetenzen, Berufserfahrung und Rahmenbedingungen). Demnach ist Therapie in der neurologischen Frührehabilitation nur dann zielführend, wenn alle Professionen im therapeutischen Team an gemeinsam festgelegten Zielen arbeiten, das Erreichen dieser Ziele evaluieren, gegebenenfalls Ziele und Maßnahmen neu anpassen und sich darüber im Team regelmäßig austauschen. Den positiven Einfluss von täglichen interprofessionellen Teamtreffen auf die Kollaboration erwähnt auch die Studie von Weller et al. (2014). Um eine optimale Einstellung des Teams zur patient*innenzentrierten Versorgung gewährleisten zu können, wird von Kraft et al. (2014) vorgeschlagen, dass die Teammitglieder mit Maßnahmen wie zum Beispiel Supervision unterstützt werden.

Unterschiedliche Arten der Teamleitung werden von McCallin (2003) beschrieben. Sie

empfiehlt eine einheitliche Leitung für interdisziplinäre Teams, welche die Teammitglieder begleitet und Teamprozesse verwaltet. Dies fördere interpersonelle Beziehungen, gemeinsame Verantwortung und Kollegialität. Jedes Mitglied werde dazu befähigt, Verantwortung zu übernehmen und Aufgaben selbstständig zu bewältigen (Empowerment). Nach Meinung der Autorin kann die Leitung sowohl aus der Berufsgruppe Pflege als auch aus anderen Berufsgruppen stammen. Wichtig sei, dass sie vom gesamten Team respektiert werde. Die systematische Übersichtsarbeit von Nancarrow et al. (2013) beschreibt Merkmale der interdisziplinären Teamarbeit. Als ein wichtiger Faktor wird auch hier die Teamleitung identifiziert, welche die komplexe Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen koordiniere. Die Relevanz der Rollenklarheit und -flexibilität der Teammitglieder werde in der von ihnen gefundenen Literatur besonders hervorgehoben.

Den Einfluss professioneller Ausbildung auf die Kollaboration in der Praxis beschreiben die Studien von Suter et al. (2009), Weller et al. (2014), White et al. (2013), Lautenschläger (2015). Nach Suter et al. (2009) sollten Kernkompetenzen, Patient*innenfokussierung und Rollenklarheit in das Ausbildungscurriculum integriert werden. Weiterhin befürworten sie eine stärkere Vernetzung zwischen theoretischer Ausbildung und Praxis. Weller et al. (2014) und Lautenschläger (2015) weisen auf die mangelnde Wissensvermittlung in der Ausbildung bezüglich Kommunikationsfähigkeit hin. Zur Verbesserung der Teamarbeit schlagen White et al. (2013) in ihrer Studie teamorientierte Bildungsmaßnahmen in den berufsbildenden Einrichtungen und in Praxisfeldern vor. Die Studie von Strasser et al. (2005) beschreibt die Auswirkung von interprofessioneller Zusammenarbeit auf patient*innenorientierte Ergebnisse. Hier wird ein positiver Zusammenhang zwischen gut funktionierenden Teams und der Verbesserung der motorischen Fähigkeiten der Patient*innen einerseits sowie der Vermeidung von zu frühzeitiger Entlassung andererseits festgestellt.

Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Ergebnisse der empirischen Studien und ist Grundlage der Diskussion. Ziel dieser Literaturübersicht war es, Empirie über Kommunikation in neurologischen Rehabilitationsteams und deren Interaktionen in der Praxis zu sammeln und zu analysieren. Nur sechs der einbezogenen 18 Arbeiten sind der neurologischen Frührehabilitation zuzuordnen, sofern man die therapeutisch ausgerichteten Schlaganfall-Spezialeinrichtungen in Großbritannien, den USA und Japan zur Frührehabilitation zählt. Angesichts dieser spärlichen Datenlagen wurden weitere Studien in die Analyse einbezogen, in denen Pflegende Bestandteil des therapeutischen Teams sind.

Tabelle 2: Ergebnisse der referierten empirischen Studien.

Autoren, Land	Jahr,	Ergebnis
Baxter und Brumfitt (2008), UK		Austausch über Kompetenzen der Berufsgruppen führt zur Interprofessionalität. Berufsgruppe Pflege vertritt eine zentrale Stellung als Verbindungsglied zwischen Medizin und Therapie.

Dalley und Sim (2001), UK	Zwischen Pflege und Physiotherapie existieren organisatorische, Beziehungs-, Interaktions- und Kontinuitätsbarrieren.
Ferguson et al. (2009), Australien	Fallkonferenzen sind fokussiert auf Aktivitäten und Partizipation sowie Entlassmanagement. Sprachtherapeut*innen zeigen territoriales Verhalten hinsichtlich der Behandlung krankheitsbedingter Kommunikationsstörungen der Patient*innen.
Gibbon (1999), UK	In den patient*innenbezogenen Konferenzen wird eindeutige Rollenzuteilung der einzelnen Professionen beobachtet.
González-Martínez et al. (2016), Schweiz	Bedeutung informeller interprofessioneller „Mikrobriefings“ bei zufälligen Begegnungen der Mitarbeitenden.
Kraft et al. (2014), Schweden	Es bestehen Defizite durch professionelle und organisatorische Barrieren, Unsicherheiten bezüglich professioneller Identität und mangelnde Zeit für interprofessionelle Kommunikation.
Lautenschläger (2015), Deutschland	Theorieentwicklung zur therapeutischen Pflege in der neurologischen Frührehabilitation.
Max (2015), Deutschland	Bedeutung von interprofessionellem Informationsaustausch und Verfolgung gemeinsamer teilhabeorientierter Ziele.
Nair und Wade (2003), UK	Geringe Mitarbeiterzufriedenheit bei regelmäßigen Teamkonferenzen wegen Unklarheit über eigene Rolle, mangelnder Kenntnis über andere Professionen, Empfindung mangelnder Wertschätzung, mangelnder Teilnahmedisziplin.
Nancarrow et al. (2013), UK	Merkmale guter Teamarbeit: Teamleitung als Koordinator zwischen den Berufsgruppen, Rollenklarheit und –flexibilität der Teilnehmer sowie Teamkultur.
Sheehan et al. (2007), Neuseeland	Relevanz täglicher informeller Teambesprechungen, die zu gemeinsamer Sprache, gegenseitiger Wertschätzung und Teamgeist führen.
Sinclair et al. (2009), Kanada	Bedeutung des informellen interprofessionellen Informationsaustauschs, z.T. via Patient*innen.
Strasser et al. (2005), USA	Gut funktionierende Teams korrelieren positiv mit motorischen Fähigkeiten der Patient*innen.
Suter et al. (2009), Kanada	Fokussierung auf Patient*innenbedürfnisse kann professionelle Abgrenzung und Rollenkonflikte vermeiden. Rollenverständnis und Kommunikationsfähigkeit sind Kernkompetenzen für effiziente Zusammenarbeit.

Tyson et al. (2012), UK	Die regelmäßige Nutzung von Assessmentinstrumenten und deren Diskussion in Teamkonferenzen steigert deren Effizienz und hilft bei der Kommunikation mit Angehörigen.
White et al. (2013), USA	Kommunikationsfähigkeit und Berufserfahrung sind wichtig für Interdisziplinarität und Teamarbeit.
Yagura et al. (2005), Japan	Interdisziplinäre Besprechung verkürzt Aufenthaltsdauer der Patient*innen.
Zwarenstein et al. (2013), Kanada	Mangelnde Kommunikation zwischen ärztlichem Personal und anderen Berufsgruppen. Die anderen Berufsgruppen kommunizieren aktiv untereinander ohne Beteiligung der Ärzte.

Die Ergebnisse dieser Literaturübersicht weisen darauf hin, dass sich Effizienz und Qualität der Kooperation im Rehabilitationsteam durch eine Verbesserung der patient*innenbezogenen interprofessionellen Kommunikation steigern lassen. Dabei gilt es, Professionsgrenzen durch eine professionsübergreifende Teamorganisation und Teamleitung zu überwinden. Weitere Barrieren sind unterschiedliche (Fach-)Sprachen, unterschiedliche Rollenverständnisse und unterschiedliche Auffassungen über die Rolle der Ärzt*innen im Team (Leiter vs. „Consultant“) (Wood, 2004, p. 47). Belastbare Empirie zu Strategien der Optimierung liegt nicht vor und kann nach Meinung der Forscherin als Forschungslücke gesehen werden. Hier könnte ein Vergleich der Teamstrukturen und -prozesse verschiedener Einrichtungen gleichen Aufgabengebietes, z.B. in der neurologischen Frührehabilitation Phase B, wichtige Aufschlüsse erbringen.

2 Zielstellung

Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, die Kommunikation und Koordination zwischen vier Berufsgruppen (Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) auf neurologischen Frührehabilitationsstationen vergleichend zu untersuchen. Dazu wurden Teaminteraktionen in fünf neurologischen Frührehabilitationskliniken untersucht. Nach intensiven Gesprächen mit leitenden Mitarbeiter*innen der Kliniken wurden folgende Forschungsfragen als zielführend festgelegt:

1. Wie nehmen Mitarbeiter*innen der fünf Kliniken die Aufgaben mit vergleichbaren Patient*innen sowie die interprofessionelle Kommunikation im Team als Lösung dieser Aufgaben wahr?
2. Welche beobachteten Umstände gehen mit unterschiedlichen kommunikativen Lösungen einher?
3. Welche Verbesserungsvorschläge haben die Teammitglieder für die interprofessionelle Arbeit?

3 Material und Methodik

Im Mittelpunkt der Forschung stehen die Teammitglieder aus vier verschiedenen Berufsgruppen (Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie), die durch gemeinsame patient*innenorientierte Ziele miteinander verbunden sind. Die Begründung für die gezielte Auswahl dieser vier Berufsgruppen ist in der Einleitung beschrieben. Die untersuchten fünf Kliniken eines gemeinsamen gemeinnützigen Trägers sind geografisch vom Norden bis zum Süden Deutschlands verteilt, was einen hohen Feldforschungsaufwand erforderte. Die beobachteten Frührehabilitationsstationen haben ein vergleichbares Patient*innenklientel mit vergleichbaren neurologischen Erkrankungen und Komplikationen. Somit besteht die Möglichkeit, funktional äquivalente Lösungen vergleichbarer Problemstellungen zu identifizieren. Die Beobachtungen dienen der Analyse des Ist-Zustandes der Teams durch die Forschende. Mithilfe der Interviews können die subjektiven Empfindungen und Perspektiven der Teammitglieder sowie zurückliegende relevante Informationen aufgenommen werden und ein vollständigeres Bild der beobachteten Situationen erzeugt werden. Deshalb entschied sich die Forschende für eine qualitative Vorgehensweise anhand der Methoden Beobachtung und Interviews, um die Forschungsfragen beantworten zu können. Die Dauer der Beobachtung wurde je nach der aktuellen Situation im Praxisalltag mit den jeweiligen Abteilungsleitungen abgestimmt. Die Form der Beobachtung ist die der passiv teilnehmenden Beobachtung, um den Forschungsaufwand in einem zeitlich begrenzten Rahmen zu halten und um Interaktionen, die bei einer aktiv teilnehmenden Beobachtung unvermeidbar sind, zu minimieren. Bei der Auswahl der Interviewform entschied sich die Forschende für halb-strukturierte Leitfadeninterviews. Dabei werden die Relevanzsetzungen durch die/den Interviewte/n bis zu einem gewissen Grad kanalisiert, indem bestimmte thematische Bereiche häufig in Form von Leitfragen vorgegeben werden (Marotzki, 2011, S. 153). Die Anzahl der freiwilligen Interviews wurde im Vorfeld nicht festgelegt, sondern während des Forschungsprozesses entschieden. Die Abfolge, in der in den Kliniken Datenerhebungen durchgeführt wurden, ergab sich per Zufall und aufgrund terminlicher Vereinbarungen mit den Abteilungsleitungen der Kliniken. Während die ausgewählten Stationen unterschiedliche Strukturen aufweisen, sind die vier zu untersuchenden Berufsgruppen innerhalb der Teams und die zu versorgenden Patient*innengruppen ähnlich. Dadurch ist ein Vergleich bezüglich Ähnlichkeiten und Unterschieden innerhalb und zwischen den Kliniken möglich.

3.1 Auswahl des Forschungsdesigns - Grounded Theorie

Die in Kapitel 3 beschriebenen Aspekte unter Berücksichtigung der Ressource Zeit begründen die Auswahl des qualitativen Forschungsstils Ansätze aus „Grounded Theorie“ nach Strauss und Corbin. Datensammlung und -analyse finden parallel statt, da die Analyse das Sampling der Daten leitet (Strauss und Corbin, 1996, S. 40). Die aufgenommenen Beobachtungsnotizen und Memos helfen, die Erkenntnisse der Forschenden mit den subjektiven Erfahrungen und Empfindungen der Teammitglieder zu vergleichen. Diese Form der Datenaufnahme vermindert fehlerhafte Eigeninterpretationen der Forscherin und Beobachtungslücken, die im hektischen Praxisalltag der Kliniken durchaus vorkommen können.

3.2 Gütekriterien

Die Erfüllung von Gütekriterien ist Maßstab für die Bewertung des Forschungsprozesses. Repräsentativität bezieht sich in der Grounded Theory nach Strübing auf die "konzeptionelle Repräsentativität" und bedeutet, dass alle Daten erhoben werden, die für eine vollständige analytische Entwicklung der Eigenschaften und Dimensionen der in der jeweiligen Grounded Theory relevanten Konzepte und Kategorien erforderlich sind (Strübing, 2011, S. 155). Diese Art der Repräsentativität wird durch das „Theoretical Sampling“ erreicht. Entsprechend den Ad-hoc-Hypothesen der sich entwickelnden Theorie werden gezielt Daten erhoben, die Erkenntnisse über das untersuchte Phänomen, seine Dimensionen und Ausprägungen, Ursachen, Bewältigungsstrategien und Konsequenzen erlauben. Die interne Validität wird durch den iterativen Überprüfungsprozess erzielt, die externe durch Theoretical Sampling und detaillierte Dokumentation der einzelnen Schritte. Objektivität ist mit interpretativer Datengewinnung nicht zu vereinbaren und nicht messbar (Strübing, 2004, S. 79). Zur Datensättigung wurde auf folgende Punkte geachtet: Ausreichend detaillierte Beschreibungen der Teilnehmenden, ausführliche Datenerhebung und deren sorgfältige Analyse, ausreichende Datenmenge, um Veränderungen aufzudecken und Vergleiche zu erlauben, bis keine neuen Phänomene zu beobachten sind (Charmaz, 2006, S. 19).

3.3 Durchführung der Studie und ethische Aspekte

Die Forschungsfragen zielen auf die Beschreibung der alltäglichen beruflichen (Kommunikations-)Handlungen zwischen den Angehörigen der vier Gesundheitsberufe auf neurologischen Frührehabilitationsstationen der fünf Kliniken. Die Anwesenheit der Forscherin während der passiv teilnehmenden Beobachtung und Interviews auf Station erfordert eine Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Da diese Forschungsarbeit keine Patient*innendaten erhebt und die Forschende mit Patient*innen nicht zu Forschungszwecken kommuniziert, ist deren Einwilligung nicht erforderlich. Dennoch wurde mit großem Respekt und Sensibilität auf die jeweilige Patient*innensituation eingegangen. Die Ärztlichen Direktoren und die Geschäftsführer der fünf Kliniken wurden zunächst durch ein Schreiben über das Forschungsvorhaben informiert. Zusätzlich wurden alle Betriebsräte der fünf Kliniken per Mail über das Projekt informiert und ihre Zustimmung eingeholt. Die Zustimmung wurde an die vier Abteilungsleitungen der betroffenen Berufsgruppen der jeweiligen Kliniken weitergeleitet. Die Mitarbeitenden der vier Berufsgruppen wurden entweder mündlich von ihren Abteilungsleitungen informiert oder die Forschende wurde persönlich zur Präsentation ihrer Forschung bei den intra-/interdisziplinären Treffen eingeladen. Die Informationen der Forschenden an die Teams sind im Informationsbogen und in der Einwilligungserklärung im Anhang beschrieben.

3.3.1 Votum der Ethikkommission

Der Antrag auf ein Votum wurde an die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Halle (Saale) am 15.09.2015 gestellt. Nach Sichtung des Antrags und einem persönlichen Gespräch mit der Ethikkommission wurde das positive Votum am 02.10.2015 abgegeben (Bearbeitungsnummer 2015-113).

3.3.2 Setting

Diese Forschungsarbeit wurde in fünf Rehabilitationskliniken durchgeführt, die unter einer Trägerschaft stehen. Im Ergebniskapitel werden diese Kliniken als „Klinik eins“, „Klinik zwei“, ..., „Klinik fünf“ bezeichnet. Trotz der Ähnlichkeiten in ihren Leitbildern, dem Patient*innenklientel und den Aufgaben unterscheiden sich die Kliniken in ihren Stationsstrukturen und Organisationsformen. Diese Verschiedenheit ist von großer Bedeutung für die vorliegende Forschungsmethodik. Zu der Varianz trägt auch die geografische Lage der fünf Kliniken bei, die in fünf Bundesländern Deutschlands (MecklenburgVorpommern, Niedersachsen, Hessen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg) verteilt sind. Für die Patient*innen der Akutbehandlungsphase Phase A nach BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 1995, S. 5) verfügen zwei Kliniken über Abteilungen für alle akuten neurologischen Krankheitsbilder. Eine weitere Klinik verfügt über eine Station für Querschnittsgelähmte. Patient*innen der Phase B werden in allen fünf Kliniken intensiv medizinisch und rehabilitativ versorgt. Für Patient*innen der Phasen C und D werden in allen Einrichtungen stationäre und teilstationäre-ambulante Behandlungsmaßnahmen durchgeführt. Eine Klinik verfügt zusätzlich über eine Tagesklinik. Drei Kliniken führen Maßnahmen der Medizinisch-beruflichen Rehabilitation durch. Alle Kliniken verfügen über Stationen für geriatrische Rehabilitation. Alle fünf Einrichtungen kooperieren mit Universitätskliniken Die Bauweise der Kliniken und der Stationen spielt eine wichtige Rolle hinsichtlich der interprofessionellen Kommunikation. Die Kliniken nutzen unterschiedliche qualitätsentwickelnde Maßnahmen. Die Funktionsweise und Strukturen der fünf Kliniken sind somit nicht einheitlich.

Die untersuchten Stationen sind unterschiedlich strukturiert. Sie variieren in der Patient*innenzahl und den Krankheitsbildern. Manche Stationen sind klein und überschaubar gebaut mit durchschnittlich 10-12 Phase B-Patient*innen, während große Stationen bis zu 42 Patient*innen von Phase B – Phase D haben. Einige Stationen versorgen nur beatmete Patient*innen. Die Zusammensetzung der Teams ist ebenfalls unterschiedlich. Manche Stationen verfügen über feste interprofessionelle Teams, die täglich die gleichen Patient*innen versorgen. Andere Mitarbeitende der Fachtherapien müssen von Station zu Station „wandern“ und nach Plan die vorgegebenen Patient*innen versorgen. Die Teammitglieder der untersuchten Stationen unterscheiden sich bezüglich Alter, allgemeiner Berufserfahrung, Erfahrung in der neurologischen Rehabilitation, Bildungsweg und zusätzlichen Qualifikationen.

3.3.3 Feldzugang mit Hospitation

Der Forschungszeitraum in den fünf Kliniken wurde von der jeweiligen Pflegedienstleitung nach ihren Möglichkeiten festgelegt. Die Forscherin hospitierte nach dem vorgegebenen Plan durchschnittlich jeweils eine Woche vorwiegend im Pflegebereich. Den ersten Zugang zu den Kliniken und Stationen schaffte der Ärztliche Direktor einer der Kliniken durch eine Rundmail an die Leitungen der anderen Kliniken. Die Dauer des täglichen Aufenthaltes auf der jeweiligen Station wurde mit der Stationsleitung abgesprochen. Die meiste Zeit verbrachte die Forschende mit den Pflegenden. Sie wurde zur Unterstützung der Pflegefachkräfte in den Stationsablauf integriert. Nach Absprachen mit den jeweiligen Abteilungsleitungen konnte sie stundenweise Angehörige der anderen drei Berufsgruppen bei ihren Behandlungseinheiten begleiten.

3.3.4 Untersuchungspopulation

Das Forschungsvorhaben befasst sich mit der formellen und informellen Kommunikation zwischen den vier Berufsgruppen. Dementsprechend gehören zur Untersuchungspopulation alle Mitarbeitenden der Berufsgruppen Pflege (Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege), Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie der Frührehabilitationsstationen aller fünf Kliniken. Alle obengenannten Mitarbeiter*innen der Kliniken wurden in die Studie eingeschlossen, nachdem sie vorher über das Forschungsvorhaben und die Forschungsmethodik von den jeweiligen Leitungen informiert worden waren.

3.3.5 Rekrutierung der Teilnehmer*innen

Nach der Hospitation in den fünf Kliniken von je einer Woche mit Genehmigung der zuständigen Leitungen wurden die Stationen und der Beobachtungszeitraum von je einer Woche in jeder Klinik festgelegt. Während der Feldbeobachtung wurden auch Mitarbeitende anderer Berufsgruppen (zum Beispiel Ärzt*innen, Neuropsycholog*innen, Musiktherapeut*innen) von der Forscherin beobachtet, die in Interaktion mit den Angehörigen der ausgewählten vier Berufsgruppen traten. Diese Daten wurden bei der Protokollierung nach der Beobachtung jedoch soweit möglich ignoriert. Bei den Beobachtungen, während derer die Forschende die Behandelnden in den Therapieeinheiten mit Ausnahme der Pflege begleitete, fand deren Rekrutierung durch die jeweilige Abteilungsleitung statt.

3.3.6 Durchführung der passiv teilnehmenden Beobachtung

Die Forscherin wählte die unstrukturierte, offene und überwiegend passiv teilnehmende Beobachtung unter Berücksichtigung ihrer Forschungsfragen. Im pflegerischen Bereich erstreckte sich die Beobachtung der Mitarbeitenden aufgrund der Bezugspflege über mehrere Stunden, während bei den anderen Therapieberufsgruppen häufige Wechsel der Beobachteten stattfanden. Die Beobachtungsdauer betrug täglich durchschnittlich 3-4 Stunden in Abhängigkeit von der aktuellen Situation auf der Station.

3.3.7 Feldnotizen und Beobachtungsprotokolle

Die Beobachtungen wurden handschriftlich möglichst unauffällig notiert und zeitnah ausführlich protokolliert. Bei Unklarheiten oder notwendigen Nachfragen konnte durch ein zeitnahes Gespräch mit den Handelnden die Dokumentation vervollständigt werden. In den seltenen Fällen, in denen Fragen nicht zeitnah geklärt werden konnten, fand ein Gespräch zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Handelnden oder einem kompetenten Teammitglied statt. Mithilfe der Feldnotizen wurden Kommunikation und Interaktionen zwischen den ausgewählten Berufsgruppen eingefangen. Die Aufgabe der Forscherin war dabei nicht nur, Daten für die Aufzeichnungen zu sammeln, sondern sich häufende Ereignisse brauchbar zu dokumentieren (Wittneben, 1998, S. 109). Während des gesamten Prozesses wurden die Daten analysiert und Hypothesen generiert. Die Vorgehensweise der parallelen Datenanalyse zu der Datenaufnahme wird ausführlich in dem Kapitel „Datenanalyse“ beschrieben.

3.3.8 Interviews

Für die Forschende stellte der halb-strukturierte Leitfaden eine Orientierung dar, um wichtige Inhalte im Interview nicht zu vernachlässigen. Nach Helfferich bietet er den Befragten Raum für eigen-strukturierte Antworten (Helfferich, 2009, S. 19). „Der Vorteil von Leitfadenterviews ist meistens die Verzahnung von Strukturierung bzw. Fokussierung und Offenheit, wodurch eine höhere und forschungspraktisch einfachere Vergleichbarkeit mehrerer Interviews gegeben ist“ (Kruse, 2015, S. 224). Die Forschende verwendete zur Entwicklung der Leitfadenterviews das SPSS-Verfahren nach Helfferich (2009) und S²PS²-Verfahren nach Kruse (2015). SPSS bedeutet: S – Sammeln vieler Fragen nach Forschungsinteresse mittels Brainstorming, P – Prüfen nach Eignung der Frage für das Interviewvorhaben, S – Sortieren nach zeitlicher Abfolge und inhaltlichen Aspekten und S – Subsumieren mit Erzählaufforderung und Einzelaspekte in den Leitfaden unterordnen (Helfferich, 2009, S. 182). S²PS² bedeutet, dass nach dem Sammeln der Fragen eine Sortierung stattfindet, diese überprüft wird, ungeeignete Fragen gestrichen werden und danach eine Subsumierung stattfindet (Kruse, 2015, S. 232). Beide Autoren beschreiben diese Verfahrensweisen zur Leitfadententwicklung als einen nicht statisch ablaufenden Prozess, sondern als praxisbasierten, zirkulär gebundenen Ablauf (Kruse, 2015, S. 227). Aus diesen subsumierten Fragen wurden Themenblöcke gebildet, die dann für die Interviews als Orientierung dienten. „Innerhalb der Themenkomplexe wird in der Regel versucht, mit offenen Fragen das narrative Potenzial des Informanten zu nutzen“ (Marotzki, 2011, S. 154).

3.3.9 Interviewvorbereitung

Die Forschende nahm vor der Durchführung der Interviews an einer Interviewschulung teil. Die möglichen Interviewfragen (siehe Anhang) wurden nach der Überprüfung und Sortierung sowie anschließender Subsumierung in Themenblöcke ausgewählt. Für die endgültigen Interviews wurden die Fragen in folgende zwei Themenblöcke zusammengefasst, die auf

das Wesentliche reduziert und umsetzbar sind:

1. Das Thema ist die interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit. Welche Erlebnisse und Erfahrungen haben Sie?

2. Gibt es interprofessionelle Fortbildungen?

Die Forschende nutzte für beide Themenblöcke jeweils passende Stichworte zur Erzählauforderung. Mit einem leitenden Pflegeberufsangehörigen wurde ein Pretest-Interview durchgeführt. Es diente dazu, die tatsächliche Interviewsituation zu simulieren und zu prüfen, ob die Interviewfragen verstanden werden, was dazu führte, dass einige Formulierungsänderungen bei den Interviewfragen vorgenommen wurden. Das Pretest-Interview ist nicht Teil der Datenanalyse.

3.3.10 Rekrutierung der Interviewpartner

Die Forschende schickte ihre Terminvorschläge für die Interviews per Mail an die Pflegedienstleitungen jeder Klinik. Diese nahmen dann Kontakt mit den jeweiligen Abteilungen auf, deren Leitungen nach Rücksprache mit den Mitarbeitenden eine Liste von potentiellen Interviewteilnehmer*innen erstellten. Dabei wurde dem Wunsch der Forscherin gefolgt, jeweils mindestens ein Mitglied aller vier Berufsgruppen zu berücksichtigen. Weiterhin wurde ein kurzer Fragebogen mit soziodemografischen Daten vorbereitet, der zum Schluss des Interviews eingesetzt wurde. Dieser Fragebogen dient der Forscherin dazu, folgende Merkmale der Forschungsteilnehmer*innen zu erheben: Alter, Geschlecht, Dauer des gegenwärtigen Beschäftigungsverhältnisses, Berufsabschluss, ggf. weitere Abschlüsse, ggf. Studium. Zusätzlich wurde die Einwilligungserklärung erstellt, die nach Beendigung der Interviews von allen Befragten unterschrieben wurde. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet.

3.3.11 Interviewdurchführung

Nur wenige Interviews fanden in einer durchgehend ruhigen und ungestörten Gesprächsatmosphäre statt. Ein wesentlicher Beobachtungsaspekt während der Interviews war die Erzählkultur der Mitarbeiter*innen. Diese wurde beeinflusst durch verschiedene Faktoren wie der Uhrzeit der Interviews (je nach Belastung auf Station), der Aufnahme des gesprochenen Wortes mithilfe eines Diktiergerätes, der persönliche Einstellung zum Forschungsziel, anfängliche Schwierigkeiten, ins Gespräch zu kommen und gelegentlich versäumtes Lesen der Informationsbögen vor dem Interview. Zu Beginn der Interviews wurde über die vorab ausgehändigten Informationsbögen gesprochen, die bei Bedarf erneut vorgelegt wurden. Auch die Einwilligungserklärung und der Fragebogen zu den soziodemografischen Daten wurden vorgelegt und daran erinnert, dass beide im Anschluss an das Interview zu unterschreiben und auszufüllen waren. Die durchschnittliche Dauer der Interviews betrug 30 Minuten. Zu allen Interviews wurde zeitnah ein kurzes Protokoll angefertigt mit Angaben zum Kontext, persönlichen Eindrücken und Anmerkungen sowie visuellen Besonderheiten.

3.4 Datenanalyse

Zur Datenanalyse wurden Beobachtungsnotizen und -protokolle aus allen fünf Kliniken und 19 transkribierte Interviews von insgesamt 39 mit den Teammitgliedern aus den vier Berufsgruppen durchgeführten Interviews genutzt. Die transkribierten Interviews sind gleichmäßig auf die vier Berufsgruppen Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie verteilt. Während der Transkription der ersten Interviews und der folgenden Analyse bildeten sich Kategorien heraus, mit deren Hilfe die Forscherin entscheiden konnte, wie viele Interviews noch durchgeführt und ob alle transkribiert werden sollten. Alle 39 Interviews wurden mehrmals von der Forscherin abgehört und die nicht-transkribierten Interviewinhalte flossen in die Daten ein. Die Transkription der Interviews fand nach einfachen Regeln statt. Veränderungen in der Betonung und Pausen wurden in der Transkription sichtbar gemacht, um die Relevanz des Gesagten hervorzuheben (siehe Tabelle 3). Aussagen, die Rückschlüsse auf die Identität der Teilnehmenden zuließen, wurden anonymisiert oder ignoriert. Aus Gründen der Lesbarkeit und Verständlichkeit wurde auf eine extrem detaillierte Transkription verzichtet. Die Interviews wurden unter Zuhilfenahme von Zeilennummerierung und neutralen Titeln transkribiert, um spätere Zitierung und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Alle transkribierten Interviews wurden anhand der Aufzeichnungen des Aufnahmegeräts mehrmals gegengelesen und überprüft. Die transkribierten Daten wurden besonders auf die Pseudonymisierung der Inhalte kontrolliert.

Tabelle 3: Transkriptionsregeln (angelehnt an Sacks et al. (1974)).

Transkriptionskonventionen	Bedeutung
I: bzw. A:	Interviewerin bzw. Interviewte/r
(-), (---)	Sehr kurze bzw. kurze Pause
betont	betont gesprochen
na::	gedehnt gesprochen
((laut))	Anmerkung des Transkribierten

Nach der Transkription wurden die Daten zur Datenanalyse gemäß der Grounded Theory Methodologie kodiert. Zitate aus den transkribierten Interviews werden folgendermaßen in Klammern angegeben: Zum Beispiel (I 23 Ergotherapie 2-4) bedeutet (Interview Nummer des Interviews Berufsgruppe Zeilenangabe). Die Füllwörter von Interviewten oder nicht zusammenhängende Erzählungen sind leserfreundlich mit „...“ gekennzeichnet.

3.5 Kodieren

Datenaufnahme und -analyse fanden parallel statt, indem die Beobachtungsnotizen und Interviewtranskripte kodiert und die zusammenhängenden Codes in Konzepte eingebracht wurden. Aus den Konzepten entstanden Kategorien, die gruppiert und zu einem zentralen Phänomen zusammengefasst wurden. Während des gesamten Prozess wurden Memos geschrieben, die für die weitere Analyse hilfreich waren. Diese Vorgehensweise wird als paradigmatisches Modell bezeichnet. Die Verwendung dieses Modells ermöglicht es, analysierte Daten systematisch mit den Kernaussagen der Forschungsergebnisse in Verbindung

zu setzen (Strauss und Corbin, 1996, S. 78).

Folgendes Beispiel aus dem Interview (I 010 Ergotherapie 13-16) veranschaulicht den Kodierprozess:

<p>Offenes Kodieren „Ich mach etwas für sie, sie macht etwas für mich (-). Wir tauschen uns aus zum Patienten. Wir sind aber auch privat einfach mal gleich auf einer Wellenlänge (lacht) und eh da ist ein Vertrauen da, was (-) ich, also ich persönlich nicht hoch genug schätzen kann“.</p>	
<p>Zeile für Zeile Geben und Nehmen, Patient*innenorientierter Informationsaustausch, „Auf einer Wellenlänge“ – In-vivo-Kode, Vertrauen suchend, harmoniebedürftig, Wertschätzung</p>	
<p>Analytisches Memo Der Wunsch von „Geben und Nehmen“ als Idealfall. Die/Der Interviewte*r wünscht sich, dass die Zusammenarbeitenden sich auch privat gut verstehen, damit Harmonie am Arbeitsplatz herrscht zum Wohle der Patient*innen. „Wenn ... dann“ Bedingung. Der In-vivo-Kode „Auf einer Wellenlänge“ zeigt die Einstellung, bei ähnlichen Arbeitsauffassungen angenehm zusammenarbeiten zu können. Interessant für mich ist, in den weiteren Interviewgesprächen zu erfahren, wie das Miteinander sonst aussieht. Und wie interagieren die anderen Teammitglieder in solchen Situationen? Welche Handlungsstrategien zeigen diese und was sind die Konsequenzen daraus? Wie wird die Arbeitsatmosphäre dadurch beeinflusst? Ich interessiere mich für den Dienstplan der Station. Wie oft arbeiten diese beiden Kolleg*innen zusammen? Welche Verhaltensweisen führen zu idealer, welche zu kritischer Arbeitsatmosphäre? Beeinflussen solche Konflikte den weiteren Tagesablauf der Betroffenen?</p>	
<p>Axiales Kodieren, Anwendung des paradigmatisches Modell Phänomen: Beziehungsgeflecht, Eigenschaft: Intensität, Dimension: hoch</p>	
Ursache	Komplexität der Patient*innenversorgung
Kontext	Tägliche Zusammenarbeit auf Station
Intervenierende Bedingungen	Jeweilige Behandlungseinheiten der beiden Teammitglieder, existierende Teamform
Strategien	Unterstützung gegenseitig, Informationsaustausch über die Patient*innen
Konsequenzen	Gegenseitiges Vertrauen, hohe Wertschätzung

Abbildung 2: Offenes und axiales Kodieren, Datenanalyse nach dem „paradigmatischen Modell“.

4 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden anhand des paradigmatischen Modells von Strauss und Corbin (1996) vorgestellt und umfassend in ihren Zusammenhängen beschrieben. Das zentrale Ereignis oder Geschehnis, auf das eine Reihe von Handlungen und Interaktionen gerichtet sind, wird als zentrales Phänomen bezeichnet. Die detaillierte Interpretation der Daten

aus Beobachtungen und Interviews und ihre Verbindung zum zentralen Phänomen wird in diesem Kapitel zusammengefasst. Die Bedingungen, Strategien und daraus folgende Konsequenzen in Bezug auf das zentrale Phänomen werden mit Zitaten der Mitarbeiter*innen aus Interviews und mit Interpretationen aus den Beobachtungsnotizen belegt. Im folgenden Abschnitt werden anhand der Datenanalyse mithilfe des paradigmatischen Modells die Forschungsfragen beantwortet (Strauss und Corbin, 1996, S. 78).

4.1 Wahrnehmung der interprofessionellen Kommunikation im Team

Die Wahrnehmung der Mitarbeitenden der fünf Kliniken bezüglich deren Interaktionen wird als das zentrale Phänomen (Kernkategorie) in dieser Arbeit bezeichnet: „Miteinander sprechen und sich verstehen wollen zur Erledigung der zu koordinierenden Aufgaben.“ Die Beobachtungsnotizen und die Interviewanalyse belegen, dass die Gesprächsinhalte während der Interaktionen der beobachteten Teammitglieder in der Regel in allen beobachteten neurologischen Frührehabilitationsstationen ähnlich sind. Absprachen über patient*innenbezogene Ziele, den aktuellen Zustand der Patient*innen und die Koordination der täglichen Behandlungen sind die inhaltlichen Schwerpunkte der Gespräche. Die Gründe, die zum Auftreten des zentralen Phänomens führen, werden im folgenden Kapitel beschrieben.

4.1.1 Ursächliche Bedingungen, die zum zentralen Phänomen führen

In allen fünf Kliniken sind die ursächlichen Bedingungen ähnlich, die einen intensiven Austausch zwischen den verschiedenen Professionellen erfordern. Diese sind:

- a) die Komplexität der Erkrankungen mit ihren Folgen
- b) die Komplexität der Interventionen in der Frührehabilitation und die Spezialisierung der Professionen sowie die Fragmentierung der Arbeitsprozesse
- c) die regulatorischen Vorgaben und die Wirtschaftlichkeit

ad a) Die Phase B der neurologischen Frührehabilitation wird definiert als Behandlung von bewusstlosen bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestörten Patient*innen mit schwersten Hirnschädigungen und von Patient*innen mit anderen schweren neurologischen Störungen (z. B. Locked-in- und Guillain-Barré-Syndrom, hoher Querschnitt), die noch intensivbehandlungspflichtig sind (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (1995), S. 9, Wallesch (2015), S. 257). Die Definition der neurologischen Frührehabilitation Phase B durch die BAR, die explizit auf potentiell noch intensivbehandlungspflichtige Patient*innen abzielte, hat dazu geführt, dass in der Phase B nicht nur neurologische Grunderkrankungen, sondern auch Patient*innen mit neurologischen Komplikationen, Krankheitsfolgen und Komorbiditäten sowie nicht-neurologischen Grundkrankheiten (Critical Illness-Neuropathie und -Myopathie, hypoxischen Hirnschäden und septischer Enzephalopathie) behandelt werden (Wallesch, 2016, S. 282). Nach Wallesch steigt der Anteil an solchen Patient*innen seit Jahren deutlich. Diese Komplexität der zu behandelnden neurologischen Erkrankungen, unter Einbezie-

hung der besonderen Situation und Bedürfnisse älterer Patient*innen, die einen Teil der neurologischen Frührehabilitationspatient*innen ausmachen, erfordert ein hohes Maß an interprofessioneller Zusammenarbeit auf solchen Stationen. Dazu kommen die hohen hygienischen Herausforderungen durch isolierpflichtige Infektionen mit Keimen von Patient*innen in der neurologischen Frührehabilitation (Rollnik et al., 2014, S. 282).

ad b) Komplexität der Interventionen bedeutet, dass diese aus mehreren untereinander in Abhängigkeit stehenden Komponenten bestehen und deren Zusammenwirken für einen erfolgreiche Therapie notwendig ist (Mühlhauser et al., 2011, S. 751). Interventionen in der Frührehabilitation bewegen sich zwischen noch intensivmedizinischen Maßnahmen und solchen, die eine teilweise Handlungsfähigkeit der Patient*innen voraussetzen. Die Mitarbeitenden dieser Stationen arbeiten mit Patient*innen, die ganz oder überwiegend auf eine umfassende medizinische und therapeutische Behandlung angewiesen sind. Hauptziel dieser Behandlungsphase ist das Zurückholen der Patient*innen ins aktive Leben, um damit die Grundlage für eine kooperative Mitarbeit am weiteren Behandlungsprozess zu schaffen (Stier-Jarmer et al., 2002, S. 260). Barnes weist auf folgende Bedürfnisse der Betroffenen in der neurologischen Rehabilitation hin, die organisatorisch von der Einrichtung und praktisch von behandelnden Teams berücksichtigt werden sollten: das Recht auf aktuelle Information und Beratung, geeignete kompetente Behandlung und individuell angepasste Lebensumgebung (Barnes, 2004, S. 29). Der Aufenthalt in Akutkrankenhäusern und die schnell darauffolgenden notwendigen frührehabilitativen Behandlungen in Rehabilitationskliniken führen zu einer hohen Belastung für die Betroffenen und deren Angehörigen. Umso komplexer werden die Aufgaben (rehabilitativ, psychisch und psychosozial) der versorgenden Teams, die in der Frührehabilitation tätig sind. Eine ganzheitliche Unterstützung und Begleitung unmittelbar nach der akuten Verletzung bzw. Erkrankung und die Lebensqualität fördernden Maßnahmen sollten dazu führen, dass Patient*innen möglichst wenig an zusätzlichen Belastungen leiden müssen. Mit einem interprofessionellen Behandlungsteam werden disziplinübergreifende, evidenzbasierte Kenntnisse genutzt, um vorhandene Ressourcen der Patient*innen zu stärken und Lebensqualität steigernde Maßnahmen wie Förderung der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit und der Mobilisierung einzuleiten. Zusätzliche Begleiterkrankungen wie zum Beispiel Diabetes, KHK und Demenz der Patient*innen in der neurologischen Frührehabilitation erfordern eine hohe professionelle Kompetenz und ausgeprägtes Koordinationsvermögen der Behandlungsteams. Aufnahmeuntersuchungen, Diagnosen, rehabilitative Maßnahmen und Entlassungen werden in Koordination zwischen verschiedenen nicht-ärztlichen Therapieberufsgruppen und verordnenden Ärzt*innen für die Betroffenen geplant und umgesetzt. „Weaning“ (Entwöhnung vom Beatmungsgerät) langzeitbeatmeter Patient*innen, Trachealkanülenmanagement, Schlucktherapie, Sprachtherapie, Basale Stimulation und Bobath-Konzept sind einige Beispiele für interprofessionelle Interventionen in der Frührehabilitation.

Die genannten komplexen Erkrankungen erfordern hochqualifizierte und spezialisierte Mitarbeitende, die ihr Fachwissen ständig durch Fort- und Weiterbildungen erwei-

tern müssen. Qualifizierung und Spezialisierung erfordern klare Strukturen und Prozessbeschreibungen sowie monoprofessionelles Training der einzelnen Disziplinen. Die Forschende beobachtete eine „äußere“ und eine „innere“ Seite der Spezialisierung in den jeweiligen Berufen. Die äußere Seite ist unter anderem gekennzeichnet durch feste Richtlinien zur Qualifizierung, Aufgabenprofile, berufsspezifische Sozialisation und Berufsbezeichnung sowie die Diversität der Schwerpunkte innerhalb der Ausbildung in unterschiedlichen Schulen verschiedener Bundesländer. Folgendes Zitat verdeutlicht die äußere Seite des Berufs im Team:

„Na, wir haben ja alle unterschiedliche Ausbildungen genossen halt, sei es von der Pflege her, wir kommen alle aus unterschiedlichen Schulen, wir haben alle unterschiedliche Handgriffe drauf, und wir haben auch verschiedene Berufsgruppen und jede macht quasi seine Arbeit auch anders ...“ (I 018 Pflege 275–278).

Die innere Seite weist die Merkmale unterschiedlicher individueller und professioneller Entwicklungen der Einzelnen auf. Diese Seite wird von jedem im Team unterschiedlich ausgeübt, je nach erweiterter Sozialisation während der Ausbildung, Fachweiterbildung und Praxiserfahrung. Sie wird im Kapitel 4.2.3 b näher erläutert.

Auch die zunehmende Fragmentierung der Arbeitsprozesse erfordert eine Optimierung der Kommunikation im interprofessionellen Team. Unter Berücksichtigung der aktuellen individuellen Situation der Patient*innen führen die verschiedenen Berufsgruppen jeweils getrennte Anamnesen und Therapieentscheidungen durch. Diese werden im Team zusammengeführt und gemeinsame Therapieziele werden entwickelt und koordiniert. Dabei sind die getrennte Organisation der unterschiedlichen Arbeitsabläufe und berufsspezifische Fachsprachen wichtige Aspekte, die bei einer gemeinsam zu verantwortenden Aufgabenerledigung zu berücksichtigen sind. In der Praxis der neurologischen Frührehabilitation werden die in der Aus- und Weiterbildung erlernten Arbeitsabläufe in interprofessionellen Teams umorganisiert und so koordiniert, dass alle Teammitglieder gemeinsam Entscheidungen treffen und Gesamtverantwortung tragen.

ad c) Die regulatorischen Vorgaben der „Neurologisch-Neurochirurgischen frührehabilitativen Komplexbehandlung OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssels) 8-552 beschreiben die Verpflichtung zur Zusammenarbeit und zum Austausch über die Behandlungen in der Neurologisch-Neurochirurgischen Frührehabilitation. Durch die Einführung von Fallpauschalen im Rahmen des G-DRG (German Diagnosis Related Groups)-Systems im Jahr 2001 wurden abrechnungsrelevante Inhalte für die Behandlung der betroffenen Patient*innen eingefügt. Eines der Mindestmerkmale ist die interprofessionelle wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele. Ein weiteres ist das Vorhandensein und die Nutzung von Therapiebereichen wie Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie und/oder therapeutische Pflege. Diese sollen patient*innenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen täglich mindestens insgesamt 300 Minuten Therapiezeit aufwenden (Deutsches Institut für Medizinisches Dokumentation und Information (DIMDI), OPS Version 2018).

„Ist das zum Beispiel was angeht oder halt wir haben ja so für die Abrechnung, für die DRG muss ja jeder Patient so 300 Minuten erwirtschaften halt, an Therapie beziehungsweise erfahren an Therapie am Tag, und aber der Zustand des Patienten ist ja unterschiedlich, ne?, ... Zum Beispiel wir haben halt komplett bettlägerige, fiebernde Patient, und wir haben aber auch eine, wie gesagt, wie diese junge Frau, ... die hat noch ein Kind, die müsste zum Laufen kommen, die muss wieder zurück so richtig zurück ins Leben kommen, ihren Beruf wieder aufnehmen und so weiter, da finde ich könnte man mehr differenzieren halt ... Aber wir haben Vorgaben, ist stur Vorgaben halt diese 300 Minuten zu erwirtschaften am Patienten“ (I 018 Pflege 452–465).

Um die verschiedenen Therapien abrechnen zu können, muss der Tagesablauf für die Patient*innen optimal abgestimmt sein und die Teammitglieder müssen im intensiven Austausch bezüglich der Koordination der Behandlungen stehen. Das Team bewegt sich hier im Spannungsfeld zwischen der Belastbarkeit schwerkranker Patient*innen, einem hohen Dokumentationsaufwand und der Koordination sehr unterschiedlicher Therapiebereiche.

4.1.2 Kontextbedingungen interprofessioneller Kommunikation

Aus den Beobachtungen und Interviews geht hervor, dass das zentrale Phänomen „Miteinander sprechen und verstehen wollen zur Erledigung der zu koordinierenden Aufgaben“ in folgendem Kontext von den Teammitgliedern praktiziert wird:

- a) Geplant
- b) Spontan
- c) Problemlösungsorientiert
- d) Individuell unterschiedlich

ad a) Die geplanten wöchentlichen interprofessionellen Treffen mit der Zielsetzung der dokumentierten Erfolgskontrolle und Behandlungsoptimierung finden im Rahmen der regulatorischen Vorgabe des OPS 8- 552 statt. Es wird über alle Patient*innen gesprochen und die Zeit ist streng limitiert für die Besprechung (durchschnittlich 40-60 Minuten für 12-20 Patient*innen). Die Mitarbeitenden des Teams, in der Regel je ein*e Vertreter*in aus den Kernberufsgruppen, kommen mit ihren jeweiligen Verlaufsprotokollen und vorformulierten Zielen für die weiteren Behandlungen. Protokolle müssen geführt werden und in der Regel ist ein/e Arzt/Ärztin anwesend. Somit haben die Teammitglieder die Möglichkeit, Fragen bezüglich des jeweiligen Patient*innenzustandes zu stellen und die ärztliche Meinung zur weiteren Zielsetzung einzuholen. Folgende Zitate belegen dies:

„Ja, genau und es gibt halt für diese Teambesprechungen am Freitag müssen wir halt immer Wochenprotokolle ausfüllen, da haben wir den Donnerstag eine halbe Stunde, wo wir immer alles eintragen müssen, zu jedem Patienten, was wir die Woche geschafft haben, was unser Ziel für die nächste Woche ist und das ist dann quasi so ein bisschen der Informationsaustausch über den Patienten dann“ (I 011 Physiotherapie 33–37).

Die Beobachtungsnotizen belegen, dass dieses Treffen von den meisten Mitarbeiter*innen des Teams als eine Pflichtveranstaltung wahrgenommen wird, die unter gewissem Zeit- und Leistungsdruck steht, um die Behandlungsziele gemeinsam festzulegen und Prioritäten zu setzen. In allen untersuchten Kliniken verlaufen diese Treffen arztzentriert, und es wird mehr über die korrekte Dokumentation und Abrechenbarkeit der geleisteten Behandlungen gesprochen und weniger über die Inhalte der Therapien und mögliche Alternativen. Die Anwesenheit verantwortlicher Ärzt*innen bei solchen Treffen beurteilen die meisten Befragten als sehr wichtig, da sie Behandlungsmaßnahmen verordnen und genehmigen und in manchen Stationen dieses Treffen die einzige Gelegenheit für die Teammitglieder bietet, den direkten Kontakt mit diesen Professionellen auszuüben. In der Regel bemühen sich die Teilnehmenden um einen effektiven Austausch, aber die Beobachtungsnotizen zeigen auch geringes Engagement mancher Teilnehmender. Der Grad der Partizipation der Teilnehmenden richtet sich nach der Erfahrung und Position, die sie in ihrem Team haben. Beobachtungen belegen, dass diejenigen, die regelmäßig an solchen Treffen teilnehmen, aktiv sind und eine gemeinsame Sprache und Struktur in ihrer Ausdrucksweise zeigen, während Teilnehmer*innen mit weniger Erfahrung sich passiv verhalten und sich nur auf Anfragen äußern. In drei Kliniken klagten mehrere Befragte über die mangelnde Partizipation der Pflegenden während des Treffens. Folgende Kritik an der Praxis der Pflegenden wird geübt: Unregelmäßige Anwesenheit, abseits sitzen und nicht aktiv teilnehmen, nicht adäquat vorbereitet und informiert sein, Teilnahme von Leitenden statt Bezugspflegenden, geringe Partizipation an der Organisation der Teamtreffen. Aufgrund der Tatsache, dass Pflegende 24 Stunden am Tag an den Patient*innen beschäftigt sind, während andere Berufsgruppenangehörige sie pro Tag 30-60 Minuten behandeln, empfinden die befragten Therapeut*innen, dass mehr alternative Therapieansätze und -hinweise von den Pflegenden kommen müssten. Ziel solcher Treffen sollte ihrer Meinung nach sein, dass patient*innenorientierte Ziele gesetzt und Prozesse angebahnt werden, mit denen diese durch koordinierte Handlungen im Team erreicht werden können.

„... das geht immer fix, fix, fix, das sind weiß ich zwölf Patienten, die da besprochen werden müssen in vierzig Minuten, und das ist auch unterschiedlich, welcher Arzt anwesend ist. Ein Arzt, der geht ziemlich schnell durch, ne?, und der guckt dann nur O.K. Wochenprotokoll steht drinne, das geht um die Abrechnung, ist uns erzählt worden, falls später der MDK Fragen hat zu dem Patienten, dann wollen die genau sehen, wöchentlich, auf welchem Stand war der Patient, und wenn die Eintragungen nicht immer gemacht wurden, dann gibt's da schon Probleme ... Heutzutage ist es ja so, man kann sich da reinsetzen, wenn man keine Fragen bekommt, braucht man auch nicht antworten. Das war früher anders, war mehr Kommunikation, und heutzutage wird geguckt Wochenprotokolle steht drinne – gut – und weiter, Nächster“ (I 012 Physiotherapie 121–140).

Die aktiv Teilnehmenden diskutieren anhand ihrer Notizen und klären ihre Fragen direkt mit anderen Professionellen und besonders mit den Ärzt*innen. Die Schwerpunkte der Fragen sind unterschiedlich, wobei es meistens um die Entscheidungen geht, die von

einzelnen Teammitgliedern alleine nicht umsetzbar sind, aber zur Lösung der vorliegenden Probleme zeitnah notwendig sind.

Eine weitere Möglichkeit für die Teammitglieder, regelmäßig miteinander ins Gespräch zu kommen, sind die geplanten täglichen Teamgespräche. Diese werden nicht in allen beobachteten Stationen praktiziert und sind nicht durch den OPS vorgeschrieben. Sie sind nicht arztzentriert, auch wenn Ärzt*innen beratend teilnehmen. Es wird nicht über alle Patient*innen gesprochen, sondern eher über Besonderheiten und die Koordination des Tagesablaufs. Die Beobachtungsnotizen solcher Treffen belegen eine hohe Teilnahmequote der Kernteammitglieder, eine aktive Partizipation aller Beteiligten und einen informellen Charakter der Veranstaltung.

Die Mehrzahl der Teammitglieder empfinden die täglichen Treffen als eine positive Zusammenfassung und Reflektion über Patient*innenzustände und Arbeitsabläufe. Hier haben die Mitarbeitenden die Möglichkeiten, gezielt auf jemanden im Team zuzugehen und miteinander ins Gespräch zu kommen. Während dieser Treffen, die meistens morgens stattfinden (10-15 Minuten), wird über die besonderen Geschehnisse am Nachmittag und in der Nacht zuvor gesprochen, über die von den Pflegenden berichtet wird. Relevante Informationen aus medizinischer Sicht (Fieber, Erbrechen etc.), aktuelle Untersuchungstermine und Änderungen im Patient*innenstatus sind die wichtigsten Gesprächsinhalte. Zur Koordination des Tagesablaufs wird auf die Therapieminuten der einzelnen Patient*innen geachtet und es werden Absprachen mit den Kolleg*innen im Team getroffen.

ad b) Auch auf der ungeplanten, spontanen Gesprächsebene findet ein reger Austausch der Professionellen zum Patient*innenzustand und zur Behandlungssituation statt, der häufig zu spontanen gemeinsamen Entscheidungen führt. Hier ein Beispiel aus einem Interviewabschnitt:

„Ja. Also das geht manchmal auch spontan. Wir haben ziemlich viele Krankengymnasten, sodass es passiert, wenn ich auf Station gehe, ich weiß ja nie genau, welchen Patienten ich fit antreffe, wenn ich sehe, dass ein Krankengymnast 'n Patienten zum Beispiel ins Stehbrett stellt, das ist optimal fürs Sprechen, für die Stimme, so dass hmmm er sagt, „ich gehe mal zum andern Patienten“, dass ich dann so da stehe und mit dem Patienten was mache. Ja? Also das sind eher so spontane Geschichten, wäre wünschenswert, dass das gehen würde, bei Ergotherapie ist es ähnlich, ne?, dass, wenn die die Kanülen wechseln oder was auch immer, das man da auch 'n paar Sprechübungen dazu machen könnte, aber das geht meistens aus organisatorischen Gründen oder zeitlichen Gründen nicht“ (I 046 Logopädie 53–60).

In kleineren Stationen finden solche Gespräche oft im Flur oder vor dem Stationsstützpunkt statt, und in größeren Stationen im Treppenhaus, im Aufenthaltsraum oder auch in der „Raucherecke“.

„Also ein Weg mich auszutauschen mit Therapeuten, ist beim Rauchen ... Und das finde ich ein bisschen schade, weil Nichtraucher haben diese Möglichkeit nicht. ... Ja. Da treffen sich alle Berufsgruppen ... Ja, dann weiß ich was es Neues in der Haustechnik gibt, wo ein Therapeut grad mit einem Patienten steht, was er macht, ganz

breit gefächert da ... Da kommt man prinzipiell immer ins Gespräch ... Aber ist halt schade, dass das wirklich so ja, so nebenbei ist“ (I 047 Pflege 254–293).

ad c) Interprofessionelle Kommunikation wird auch im Kontext einer Problemlösung in Bezug auf die Behandlungen von den Teammitgliedern praktiziert. So interagieren bei der Mobilisierung der Patient*innen mit Einschränkungen der Rumpf- oder Kopfkontrolle die Teammitglieder gemeinsam, damit der Transfer oder das Halten der instabilen Körperteile von Kolleg*innen unterstützt wird, um die Therapiemaßnahme so belastungsarm wie möglich für alle Beteiligten durchzuführen. Während der von Physiotherapeut*innen veranlassten Stehübung der Patient*innen auf dem Stehbrett wird von Logopäd*innen eine Schluckübung durchgeführt, da der Grundtonus der Muskulatur und das Wachsein von Patient*innen als gute Voraussetzung für die Übung angesehen wird. Folgendes Zitat belegt diesen Kontext:

„Leute ich brauch den Patienten heute ganz dringend im Rollstuhl sitzend“, dann planen wir uns halt so ein, dass ich dann nach der Physiotherapie meinen Termin habe und die mir den vorher dann so hinsetzen, wie ich ihn gerne hätte. Also das funktioniert für mich sehr gut. Also ich als Logopäde/Logopädin profitiere auf der Station XY mehr als auf anderen Stationen. Weil die Absprachen halt ganz kurz sind und kurze Wege. Und auf der Station läuft man sich halt ständig über’n Weg“ (I 016 Logopädie 32–38).

ad d) Alle oben genannten (a-c) Kontextbedingungen werden beeinflusst durch die unterschiedliche individuelle Kommunikationsfähigkeit und -bereitschaft der einzelnen Teammitglieder. Die meisten der Befragten bestätigen die Notwendigkeit der Zusammenarbeit im Team. Die Bereitschaft zu intra- und interprofessioneller Kommunikation erscheint wechselhaft. Teilweise beobachtete die Forschende intensives Kommunikationsverhalten und teilweise eher dürftiges. Die Bereitschaft und Fähigkeit, im interprofessionellen Team zu kommunizieren, wird von mehreren Faktoren beeinflusst, die unter den Kapiteln 4.2.1 und 4.2.2 detailliert beschrieben werden.

4.1.3 Strategien der Kernteammitglieder

Die Mitarbeitenden der Teams nehmen die obengenannten Bedingungen in ihrem Arbeitssalltag wahr und sehen in der Regel interprofessionelle Kommunikation als einen Ansatz zur Lösung ihrer Aufgaben. Dabei sind folgende Strategien zu beobachten:

- a) Patient*innenorientierte Behandlungsoptimierung
- b) Teamorientierte Kompetenzerweiterung
- c) Aufgabenorientierter Informationsaustausch

ad a) Patient*innenorientierte Behandlungsoptimierung

Entscheidungen zur Optimierung der Behandlungen erfolgen mit besonderem Augenmerk auf Risikominimierung für die Patient*innen. So achten in einer Klinik zu Beginn der Frührehabilitation alle Teammitglieder darauf, dass die Patient*innen unter engmaschiger Beobachtung maximal für eine Stunde in den Rollstuhl gesetzt werden. Im Team werden dann die Ergebnisse der Mobilisierung der Patient*innen ganzheitlich dis-

kutiert, vorher, während der Sitzzeit und danach. Die Fragen der Kernteammitglieder in Bezug auf die Mobilisierung werden von den jeweiligen Behandelnden beantwortet, was zur weiteren Entscheidungsfindung führt, wie beispielsweise eine Verlängerung oder Verkürzung der Sitzzeiten der Patient*innen. Diese Entscheidung wiederum wird als ein Ziel für die nächste Teambesprechung aufgenommen und besprochen.

ad b) Teamorientierte Kompetenzerweiterung

Regelmäßige Kommunikation und Interaktionen miteinander wird von manchen Teammitgliedern zur Erweiterung der eigenen Kompetenz genutzt:

„... dass man sich da wirklich mal absprechen kann und dann auch gewisse andere Dinge ja auch mehr sieht, und mehr Einfluss dann nehmen kann“ (I 013 Logopädie 59–61).

Die Forschende ist der Meinung, dass die Arbeit in der neurologischen Frührehabilitation für die Mitarbeitenden eine starke Herausforderung ist, die einer ständigen Erweiterung der mitgebrachten Fähigkeiten und Fertigkeiten bedarf. Die Beobachtungen und spontanen Gespräche mit den Mitarbeitenden belegen, dass die meisten Teammitglieder sich bemühen, durch den intensiven Austausch mit den Kolleg*innen aus den anderen Berufen besonders ihre Fach- und Methodenkompetenz zu steigern. So arbeiten in der Klinik fünf Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen gemeinsam mit dem Ergebnis, dass bestimmte Aufgaben beider Berufsgruppen gegenseitig übertragbar sind, was besonders bei Personalmangel hilfreich sein kann. In der Klinik zwei behandeln Physiotherapeut*innen und Ergotherapeut*innen sehr häufig gemeinsam die Patient*innen in sogenannter „Doppelplanung“, wobei intensives Lernen von- und miteinander stattfindet.

ad c) Aufgabenorientierter Informationsaustausch

Häufig erfolgt die Kontaktaufnahme der Berufsgruppen untereinander zu Beginn der täglichen Arbeitszeit mit dem Ziel, sich einen Überblick zu verschaffen über die aktuelle Situation der zu versorgenden Patient*innen, wobei auch tiefer liegende Probleme und Hintergründe (z.B. familiäre Situation) der Patient*innen thematisiert werden. Durch diesen Informationsaustausch können die Teammitglieder den vorliegenden Versorgungsplan, in dem patient*innenbezogen die Behandlungseinheiten und Zeiträume aufgeführt sind, nicht jedoch die konkreten Therapieinhalte, umsichtiger betrachten, besser auf die Situation der Patient*innen eingehen und zielgerichteter arbeiten. Miteinander sprechen über die Patient*innensituation und vorliegende Behandlungspläne bedeutet für die Teammitglieder, Erfahrungen der Anderen auswerten und koordinierte Entscheidungen über weitere patient*innenorientierte Behandlungsabläufe treffen zu können. Da der Patient*innenzustand sich häufig und schnell verändern kann, ist eine ständige Reflexion der Behandlungen und gegebenenfalls Anpassung notwendig.

„Die sprechen sich ab, hauptsächlich die Logopädie, die macht gute Absprachen, weil das ja auch wichtig ist, mit entblocken, blocken, blau anfärben des Speichels oder so, die sprechen sich gut ab und auch mit dem Rein- und Rausholen von Physiotherapie und Ergotherapie, also da kommen die uns schon entgegen“ (I 014 Pflege 10–14).

Bei der logopädischen Behandlung der Schluckstörung nach einem Schlaganfall wird

mit den Patient*innen die Einnahme des Mittagessens trainiert. In diesem Fall suchen die Behandelnden Unterstützung von anderen Berufsgruppen, um die Patient*innen vorher in den Rollstuhl zu setzen oder im Bett stabil aufzurichten. Die interprofessionelle Kommunikation führt dazu, dass das jeweilige Behandlungsende im Team transparent wird und die Patient*innen zeitnah wieder in eine entlastende Position gebracht werden können, bis die nächste Therapie erfolgt.

Der aktive Austausch führt zu einer effektiveren Durchführung der Behandlung und zur Arbeitserleichterung.

„... dadurch dass die Pflege uns Therapeuten auch mitteilt, wem geht es gut, wer hat zum Beispiel ein Wort gesprochen, wer hat was gegessen, wer ist schon ein paar Schritte gelaufen, erleichtert das einiges.“ (I 019 Logopädie 68–70).

4.2 Funktionale Äquivalenz und unterschiedliche Lösungen ähnlicher Probleme in den fünf Kliniken

Da die ursächlichen Bedingungen (Kapitel 4.1.1), die zum zentralen Phänomen führen, und die Kontextbedingungen (Kapitel 4.1.2) in allen untersuchten Kliniken ähnlich sind, fokussiert sich die Forscherin in diesem Kapitel auf die unterschiedlichen intervenierenden Bedingungen, die sich auf dieses Phänomen auswirken und die in Verbindung mit den angewandten Strategien und den daraus folgenden Konsequenzen stehen. Die breiten und allgemeinen Bedingungen, die fördernd oder einengend auf die Handlungsstrategien und die interaktionalen Strategien einwirken, die innerhalb eines spezifischen Kontexts eingesetzt werden, bezeichnen Strauss und Corbin als intervenierende Bedingungen (Strauss und Corbin, 1996, S. 82). Die Forscherin ordnet diese Bedingungen in zwei Ebenen ein: die Makro- und die Mesoebene.

4.2.1 Einrichtungsspezifische Faktoren als intervenierende Bedingungen in der Makroebene

In der Makroebene beeinflussen die folgenden einrichtungsspezifischen Faktoren die interprofessionelle Kommunikation:

- a) Taktung der Behandlungsdauer
- b) Fortbildungsangebote der Einrichtung
- c) Integration der Anfänger*innen
- d) Architektur
- e) Gemeinsame Freizeitangebote

ad a) Die Behandlungsdauer pro Patient von Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie ist in den fünf Kliniken unterschiedlich getaktet, wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 4: Behandlungsdauer pro Patient in den fünf Kliniken in Minuten.

Taktung	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 5
Physiotherapie	30	45	30	30	45
Ergotherapie	30	45	30	15	45
Logopädie	30	30	30	30	45

Die Beobachtungsnotizen belegen, dass besonders die Ergotherapeut*innen in der Klinik vier aufgrund des engen Zeitfensters eine größere Zahl an Patient*innen behandeln müssen als die anderen Berufsgruppen in allen fünf Kliniken.

„... nachmittags habe ich fast ausschließlich auf der XY Station meine Patienten, sind dreizehn Stück, und (-) ja, die behandle ich im Viertelstundentakt, gehe von Zimmer zu Zimmer. . . ja und um halb vier ist Feierabend. Das ist so mein Arbeitstag. ((lächelt)) Das sind in der Regel, also jetzt diese Woche habe ich pro Tag 28 Patienten ...“ (I 033 Ergotherapie 19–23).

Die Arbeitsbelastung liegt nicht nur an der knappen Taktung, sondern auch an der damit verbundenen Dokumentation über alle behandelten Patient*innen (Neuaufnahme, Behandlungsverlauf, Therapievisite, Wochenbesprechung und Entlassung). Die 45-Minuten-Taktung findet Fürsprecher und Gegner unter den Behandelnden. Manche Therapeut*innen sind der Auffassung, dass 45 Minuten zu lang für die Frührehabilitanden sind und dass 20 Minuten zur Erzielung des gewünschten Therapieeffektes und 10 Minuten für die Vor- und Nachbereitung notwendig seien. Gleich stark ist die Gegenmeinung, dass in 45 Minuten vieles bei den Patient*innen erreicht und die Arbeit in Ruhe gestaltet werden kann, besonders bei der Doppelplanung. Die 30-Minuten-Taktung finden die meisten Beobachteten adäquat.

„... ich denk jetzt grad bei unserer Station, die wenigsten Patienten können 45 Minuten einfach mitarbeiten. Und dann ist klar, ich komme dann morgens um sieben zum Waschen, um halb neun kommt die Physio und da ist ja dann oft so, dann sitzt er und dann macht sich ja oftmals gleich die Sprache hinten dran, weil er dann ja schön sitzt und dann hat er von sieben bis um zehn volles Programm. Und der letzte wundert sich, warum er müde ist.“ (I 039 Pflege 330–335).

Hier wird das generell beobachtete Problem angesprochen, dass durch die starre Taktung der Therapien hintereinander die gesetzten patient*innenorientierten Ziele schwer zu erreichen sind. In der Klinik drei erhalten die Patient*innen Physiotherapie und Ergotherapie abwechselnd vormittags oder nachmittags. Dieses hat den Vorteil, dass die Betroffenen nicht zu sehr belastet werden, aber den Nachteil, dass die Professionellen sich weniger über die Patient*innen austauschen, da sie sich seltener treffen.

ad b) Die interprofessionellen Fortbildungsangebote der Kliniken variieren von monatlich bis zwei bis drei Mal im Jahr. Dieser Angebote werden von den Kernteammitgliedern sehr unterschiedlich wahrgenommen. In der Klinik fünf mit monatlichen Fortbildungen waren mehr Therapeut*innen regelmäßig anwesend als Pflegenden. Die Anwesenheitslisten dieser Veranstaltungen dokumentieren sehr oft die gleichen Personen als Teilnehmer*innen. Als Gründe für die Nichtteilnahme werden Zeitmangel, unpass-

sende Uhrzeit und ausreichende intraprofessionelle Fortbildungsmöglichkeiten genannt. Eine sehr engagierte und aktive Teilnahme beobachtet die Forschende während kleiner Fortbildungsveranstaltungen auf einigen Stationen verschiedener Kliniken (siehe Kapitel 4.2.2 e). Die zentralen Fortbildungen, die zwei bis drei Mal im Jahr stattfinden, werden von den Mitarbeitenden als Pflichtveranstaltung betrachtet, an denen nach Möglichkeit teilgenommen wird.

„Also muss ich sagen jetzt, (-) für unsere Station wird sie wenig angenommen. Also liegt vielleicht mit daran, dass wir stationsintern eigene, viele Fortbildungen haben, grad' was Einweisungen, neue Beatmungsgeräte, einfach da viel machen, ja, ... Es gibt (-) Mitarbeiter, die sind da sehr motiviert und melden sich auch viel an, aber es gibt, klar, Mitarbeiter, die :: so gut wie gar nicht zu so 'ner Fortbildung gehen ... die nach der Übergabe sind, ist das Interesse bei uns schon gering ... Ja.“ (I 039 Pflege 260–269).

ad c) Generell werden Berufsanfänger*innen und neue Mitarbeiter*innen der Therapieberufsgruppen einerseits und der Pflege andererseits unterschiedlich in die Teams eingeführt. Manche Kliniken organisieren eine Einarbeitungswoche oder Einarbeitungstage anhand eines „Laufzettels“ (Besuche in verschiedenen Abteilungen mit festen Ansprechpartner*innen) für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie, während sie im Pflegebereich lediglich intradisziplinär stattfindet. Besuche von Angehörigen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in der Pflege empfinden die meisten Befragten (ausser die Pflegenden) als nicht erforderlich, da der Arbeitsablauf im Praxisalltag zu erfahren sei. Besuche von Pflegenden in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie werden in der Regel aufgrund von Zeit- und Personalmangel in der Pflege nicht praktiziert. In einigen Kliniken wird ein Kennenlerntag für alle Anfänger*innen veranstaltet, bei dem diese von der Geschäftsleitung und dem / der Ärztlichen Direktor*in begrüßt werden mit anschließender Vorstellung des Hauses inklusive einer Führung durch alle Abteilungen und Bereiche (Küche, Haustechnik, Therapieräume, ...). Die Berufsgruppen stellen sich vor und schildern ihre Tätigkeiten. Während dieses Kennenlertages werden zwar alle Arbeitsbereiche der Klinik vorgestellt, es findet aber kein wirklicher interprofessioneller Austausch statt. Generell ist eine Abgrenzung der Therapieberufsgruppen von der Pflege zu beobachten. Die Forscherin ist der Meinung, dass gegenseitige Hospitation möglichst zu Beginn der Einarbeitung aller Berufsgruppen, die zum Kernteam gehören, die Integration ins Team und ein interprofessionelles Arbeiten vereinfachen würde. Beobachtungsnotizen belegen, dass gegenseitiges persönliches Kennenlernen neuer und „alter“ Mitarbeitender sich fördernd auf die interprofessionelle Kommunikation in bestehenden Teams auswirkt.

ad d) Die Größe und Bauweise der Stationen wirkt sich auf die interprofessionelle Kommunikation aus. Die beobachteten Stationen der Klinik eins und Klinik vier sind großflächig gebaut mit langen, breiten Fluren und großen Zimmern. Die Beobachtungen belegen, dass in solchen Stationen weniger interprofessionelle Kommunikation stattfindet. Durch die langen Flure gibt es weniger spontane Begegnungen der Mitarbeitenden untereinander als in den kleinen Stationen der Kliniken zwei, drei und einer Station

der Klinik fünf. Einen direkten Vergleich erlauben die zwei untersuchten Stationen der Klinik fünf, die unterschiedliche Bauweise aufweisen. Die kleine Station ist U-förmig gebaut, und hier sind die täglichen Abläufe mit zehn Frührehabilitationspatient*innen überschaubar und interprofessionell gestaltet. Durch die U-Form sind alle Patient*innenzimmer und der Aufenthaltsraum der Teammitglieder für jede*n in Reichweite, was eine schnelle Kontaktaufnahme bei Rückfragen ermöglicht. Auf der anderen großen Mischstation mit verwinkeltem und langem Flur finden weniger Kontakte der Mitarbeitenden untereinander statt und an manchen Tagen waren kaum Kontakte zwischen den Teammitgliedern zu beobachten. Auch das Vorhandensein und die Größe von Pausenräumen spielt eine Rolle für das Kommunikationsverhalten (siehe Kapitel 4.2.2 f).

ad e) Freizeitangebote wie Sommer- oder Weihnachtsfest und betriebliches Gesundheitsmanagement wie ein Angebot von Yoga führen zu mehr persönlichen Kontakten und einem aufgelockerten Umgang mit den Kolleg*innen. Mehrere Interviewpartner*innen berichten, dass es nach einem gemeinsamen betrieblichen Fest (Weihnachtsfeier, Sommerfest, ...) eine verbesserte Kommunikation mit den Kolleg*innen gab. Ein*e Mitarbeiter*in hob hervor, dass dieses Fest während der Einarbeitungsphase in der Klinik stattgefunden habe und dadurch das Kennenlernen und Einordnen im Team leichter gefallen sei. Die Teilnahme an solchen Angeboten der Einrichtung ist freiwillig. Manche befragten Teammitglieder bedauern das teilweise Fehlen einer übergreifenden gemeinsamen Feier für alle Berufsgruppen. Diese Feiern böten nach Meinung der Befragten Gelegenheit für intensiven Austausch mit denjenigen Kolleg*innen, mit denen es im Arbeitsalltag nicht viele Berührungspunkte gäbe, was zum Zusammenwachsen der Teams führe. Für die Mitarbeitenden scheint es wichtig zu sein, sich in einer lockeren und ungezwungenen Atmosphäre austauschen zu können. Dies führt zur Reflektion der eigenen Wahrnehmung der Kolleg*innen und bewirkt eine andere Sichtweise auf diese. Das Aufeinanderzugehen und Kommunizieren wird leichter und bewirkt eine verständnisvolle Begegnung untereinander im Team.

4.2.2 Stationsspezifischen Strukturen als intervenierende Bedingungen in der Mesoebene

In der Mesoebene beeinflussen stationsspezifische Strukturen, die in den beobachteten Stationen unterschiedlich praktiziert werden, die interprofessionelle Kommunikation:

- a) Teamorganisationsform
- b) Therapiegestaltung (Therapieplanung und Therapieort)
- c) Personelle und mediale Kommunikationswege
- d) Teamgespräche
- e) Fortbildung
- f) Informelle Pausen

ad a) Eine der intervenierenden Bedingungen, die die interprofessionelle Kommunikation beeinflussen, ist die Organisationsform des Teams. In allen fünf Kliniken besteht das Problem des Personalmangels vor allem in der Pflege. Bezugspfleger*innen wechseln

gelegentlich bis häufig aufgrund von Krankheit oder Einsatzverlagerung die ihnen zugeordneten Patient*innen, während die Therapeut*innen überwiegend „ihre“ gleichen Patient*innen behandeln. In der Klinik eins sind die Therapeut*innen aus Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie fest für die jeweilige Station eingeplant und wechseln die Station in der Regel nach einem Jahr. Das feste therapeutische Team kennt sich untereinander sehr gut und die Forscherin beobachtete eine intensive Kommunikation innerhalb dieser Gruppe. Gleichzeitig beobachtete sie wenig Kontakt zwischen Pflegenden und Therapeut*innen. Interviews mit Therapeut*innen belegen diese Situation, wobei sie mit der täglichen Herausforderung durch die Personalsituation in der Pflege begründet wird.

„... also :: wir aus therapeutischer Sicht haben das denke ich einfach einfacher hier, ne?, weil die Pflege oft einfach unterbesetzt ist, die haben viel mit Krankheitsausfällen zu tun, dann haben die einfach massig Patienten zu versorgen, ne?, jeder will irgendwas, dann sind viele auch einfach so schwerst betroffen, dass sie wirklich (-) Vollzeitpflege auch bedürfen, ne?, und das ist (-) schwierig. Also das darf man denke ich auch nicht vergessen ... dass sie einfach generell auch überforderter sind.“ (I 013 Logopädie 172–177).

In der Klinik zwei besteht ein festes Kernteam aus Therapeut*innen und Pflege. Das interprofessionelle Team tauscht sich regelmäßig während der Behandlung, im Flur und im Stationszimmer aus. In dieser Klinik ist auch öfter „Doppelplanung“ zu beobachten, bei der Physiotherapie und Ergotherapie oder Pflege und Logopädie gemeinsam an einer / einem Patientin / Patienten die Behandlung durchführen. Die Professionellen kennen sich gut untereinander und tauschen sich im Team intensiv über die Patient*innen aus. In Klinik drei besteht die besondere Situation, die im Kapitel 4.2.2 a. beschrieben wurde zum Thema „Therapiegestaltung mit Blockzeiten“. Die zeitliche Einplanung der Berufsgruppe Logopädie durch die Zentrale Therapieplanung wirkt einengend auf die Interprofessionalität, während die anderen drei Berufsgruppen des Kernteams sich interprofessionell austauschen.

In Klinik vier werden die Therapeut*innen von der ZTP zugewiesen und sind nicht immer patient*innenbezogen zugeordnet. Dadurch kann man hier nicht von einem festen Kernteam sprechen, es bestehen nur wenige interprofessionelle Kontakte.

In Klinik fünf besteht auf der kleinen Station ein festes Kernteam aus Therapeut*innen und Pflege, in dem die Mitarbeitenden sich untereinander gut kennen und austauschen. Auf der großen Mischstation besteht ein festes Team aus Therapeut*innen, das für diese Station zuständig ist. Die Forscherin beobachtet nur wenig interprofessionelle Kontakte zwischen den Bezugspflegenden und Therapeut*innen. Die Forscherin interpretiert das als eine Folge der Struktur der Station, denn je größer die Station und je gemischter die Rehabilitationsphasen der Patient*innen sind, desto weniger intensiv findet interprofessionelle Kommunikation statt.

ad b) Die stationsspezifische Therapiegestaltung ist von der Therapieplanung und dem Therapieort abhängig und wird in den Stationen unterschiedlich gehandhabt. Die täglichen Behandlungen in größeren Stationen mit Patient*innen in gemischten Reha-

bilitationsphasen werden über eine Zentrale Therapie Planung (ZTP) organisiert. Das Ziel ist hier, eine Optimierung der Therapiezeiten und –methoden zu erreichen sowie Transparenz und überprüfbare Wirtschaftlichkeit. Das führt dazu, dass manche Patient*innen in kurzen Abständen von unterschiedlichen Therapeut*innen behandelt werden und es für die Teammitglieder schwierig ist, die zuständigen Behandelnden vor Ort zu treffen und sich über den aktuellen Zustand der Patient*innen zu informieren. Die Beobachtungsnotizen belegen ein ständiges Kommen und Gehen mit wenig Kommunikation untereinander. Auch wenn die ZTP eine Arbeitserleichterung für die Planenden bewirkt, empfinden die meisten Mitarbeitenden, dass durch die zentrale Planung die individuelle Berücksichtigung der Patient*inneninteressen in den Hintergrund tritt. Bei einer ZTP gestaltet es sich schwierig, Therapieeinheiten entsprechend der aktuellen Patient*innensituation sinnvoll zu koordinieren und zu terminieren. So werden Behandlungen häufiger ohne Kenntnis der tageszeitabhängigen Patient*innensituation und der tatsächlichen aktuellen Notwendigkeit der Therapien geplant. Eine individuell abgestimmte Planung der Behandlungseinheiten durch die Teammitglieder, eventuell mit aufeinander folgenden Doppelterminen, würde den Betroffenen nach Auffassung der meisten Befragten besser helfen. Unter der ZTP müssen die Therapeut*innen ständig im Kontakt telefonisch, elektronisch und persönlich mit der zentralen Planungsstelle stehen, um mit Verbesserungshinweisen und Bitten um Terminänderungen oder Terminverlegungen die Patient*innen zu entlasten. Dieses empfinden die Befragten als sehr zeitaufwendig, und laut Beobachtungsnotizen führt es auch zu Missmut in der zentralen Planungsstelle. Die Teammitglieder haben häufig den Eindruck, dass die ZTP in erster Linie die Vorgabe der zu erbringenden Therapieminuten im Blick hat. Den Mitarbeitenden ist bewusst, dass regelmäßiger fachlicher Austausch und Rückmeldungen an die ZTP sehr wichtig sind, weil die Mitarbeitenden der zentralen Planungsstelle den jeweiligen Tageszustand der Patient*innen nicht persönlich kennen. Die Intensität und das Ausmaß dieses Austauschs sollte jedoch nicht als besondere Belastung und Hindernis für eine optimale Therapie empfunden werden. Folgendes Zitat belegt die besonderen Schwierigkeiten durch wechselnden Einsatz von Therapeut*innen unter der ZTP:

„Wir können also schon wochenweise, soweit das eben geht, eine Woche im Voraus gucken, im PC, dann sind natürlich nicht alle Behandlungseinheiten verplant, aber der Großteil, die Patienten bleiben ja über längere Zeit bei uns, und so weiß ich eben, wenn der Plan dann so bleibt, auch dass die Patienten dann immer zur gleichen Uhrzeit haben. Und das klappt manchmal wie gesagt sehr gut und manchmal ist es natürlich dann eben auch schwierig. Weil die Patienten dann bei einem anderen Therapeuten landen, das ist für uns dann unverständlich, gestern hatte ich noch den Patienten X in der Behandlung, heute habe ich Y in der Behandlung, und Patient X hat bei meinem Kollegen, was ja für die Patienten auch nicht gut ist, sie müssen jedes Mal wieder neu ihre Geschichte erzählen oder man fängt im Grunde wieder von Null an, bedeutet eben, dass die Qualität der Behandlung auch fällt“ (I 028 Physiotherapie 123–131).

In einer der kleinen Frührehabilitationsstationen rapportieren die Mitarbeitenden die geleisteten Behandlungseinheiten nachträglich, während in den anderen die Teammit-

gliedert sich morgens zusammensetzen und anhand der ZTP aktuelle Änderungen vornehmen und die Planung aktualisiert dokumentieren. In den Stationen ohne getakteten ZTP-Ablauf ist eine rege Kommunikation im Team zu beobachten. Die Mitarbeiter*innen entscheiden sich spontan und in Absprache mit den anderen über alternative Behandlungsmöglichkeiten oder Änderungen im Therapieablauf. Sie können flexibel auf die aktuelle Situation der Patient*innen reagieren. Die Nutzung der ZTP in größeren Stationen lässt kaum eine spontane Änderung oder Verschiebung zu und ist so fest getaktet, dass Zeitdruck entsteht. In solchen Stationen sind interprofessionelle Kontakte und Kommunikation kaum zu beobachten. Hier bleibt für Teamkommunikation und Kollaboration kaum Zeit übrig. Zusätzlich belastet die Mitarbeitenden der Leistungsdruck beim Ausgleich zwischen Erfüllung der emotionalen Patient*innenbedürfnisse und fachgerechter Durchführung der Behandlungseinheit. Ein Zitat aus einem Interview belegt das:

„... Nachmittags habe ich fast ausschließlich auf der Überwachungsstation meine Patienten, ... sind dreizehn Stück, und ja, die behandle ich im Viertelstundentakt, ... Das sind in der Regel, also jetzt diese Woche habe ich pro Tag 28 Patienten, und ich muss auch alle dokumentieren, muss für jeden Patienten die Visite schreiben, die Therapeutenvisite, von der Ergo, die ich behandelt habe, dazu kommen dann noch Abschlussberichte, Verlaufsberichte, Neuaufnahmen. Muss ich alles dokumentieren und in Computer schreiben ... Ja, die Woche habe ich 28, es schwankt immer mal, ich hab' mal auch nur 22 aber die Woche habe ich eigentlich durch die Bank weg 28 am Tag, ja ... Am Tag, ja. Es sind meistens immer dieselben, aber ich muss jede Woche dokumentieren. Ich muss also, jede Woche muss ich neu gucken, was hat der für Fortschritte gemacht, was konnte ich erreichen? Konnte ich meine Ziele auch umsetzen, die ich mir gesetzt habe? (I 033 Ergotherapie 19–37).

In Klinik drei wird ein alternatives Konzept zum festen Team praktiziert, in dem bestimmte Teammitglieder aus den Berufen Pflege, Physiotherapie und Ergotherapie bestimmten Patient*innen / Betten zugeordnet werden (Blockbetten mit festen Blockzeiten). Der Einsatz der Logopäd*innen wird je nach Bedarf zentral geplant. Eine Besonderheit dieser Klinik ist, dass die Sprachtherapie nur von den Logopäd*innen ausgeübt wird und die Schlucktherapie nur von den Ergotherapeut*innen. Die Schwierigkeit an diesem Konzept ist die Koordination zwischen Blockzeiten und zentraler Planung und die strikte Trennung der Aufgabenbereiche der Berufsgruppen Ergotherapie und Logopädie. Beobachtungsnotizen der Forscherin und Interviews mit Logopäd*innen dieser Klinik belegen Hindernisse in Bezug auf deren Integration ins bestehende Team. Zusätzlich hat dieses Konzept Auswirkungen auf den Behandlungsablauf, in dem Patient*innen sich häufiger in anderer therapeutischer Behandlung befinden und zur logopädischen Therapie nicht zur geplanten Zeit bereit sind. Hier liegen die Prioritäten auf festen Blockzeiten für Physiotherapie und Ergotherapie und die Logopädie muss sich an die vorgefundene Situation anpassen.

Im Unterschied zu Klinik drei wird in Klinik fünf die Schluckstörung „Dysphagie“ von den beiden Berufsgruppen Ergotherapie und Logopädie gemeinsam behandelt.

„... in der Früh-Reha haben wir so viele Patienten, das würde :: gar nicht gehen, allein mit den Sprachtherapeuten, deswegen hat man da 'ne Art Union geschaffen, ein „Sprergoteam“, gemeint ist da Sprache und Ergo, haben sich selber Sprergo genannt, und haben eben gemeinsame Therapie, die Dysphagie und sonst hat jeder noch seinen eigentlichen (-) therapeutische Auftrag ...“ (I 038 Ergotherapie 34–38).

Von den Interviewten wird positiv beurteilt, dass die Aufgabenbereiche sich überschneiden und Kolleg*innen sich die Fachkompetenzen angeeignet haben, Aufgaben der anderen teilweise zu übernehmen. Hier ist eine Rollenüberlappung und Rollenerweiterung der Berufsgruppenangehörigen zu beobachten. In dieser Konstellation ist ein deutliches Bestreben zur Transdisziplinarität innerhalb der Teams zu beobachten. Ein Übergang von Kommunikation zu Kollaboration wird in manchen Stationen durch die „Doppelplanung“ realisiert, bei der zwei Teammitglieder, die entweder der gleichen oder unterschiedlichen Berufsgruppen angehören, gemeinsam eine Behandlungseinheit durchführen. Die Beobachtungen belegen, dass diese Arbeitsweise sich als „interaktives Arbeiten“ für die Mitarbeitenden auswirkt sowie zu einer effektiveren Therapie bei bestimmten Patient*innen und zu einem interprofessionellen Austausch führt. Mitarbeitende profitieren von der Doppelplanung, indem patient*innenbezogene/behandlungsbezogene Probleme während der Doppeltherapie gezielt diskutiert werden können. In diesem Fall ist auch ein Lerneffekt zu beobachten, da die Teammitglieder sich interprofessionelle Kenntnisse aneignen. Die gegenseitige Anerkennung der Expertise der einzelnen Teammitglieder kann zur Optimierung der Behandlungsergebnisse bei den behandelten Patient*innen beitragen. In Klinik eins wird die physiotherapeutische Behandlung grundsätzlich von zwei Mitarbeitenden gemeinsam durchgeführt, was zu einer Intensivierung des intraprofessionellen Austauschs führt.

Die unterschiedlichen Therapieorte haben ebenfalls einen Einfluss auf die interprofessionelle Kommunikation. Wenn die Patient*innen, zum Beispiel beatmet, in ihrem Bett behandelt werden oder in gemeinsam genutzten Therapieräumen auf der Station, finden häufig spontane Kontakte zwischen Berufsangehörigen verschiedener Professionen statt. Bei zentraler Behandlung in Therapiesälen, die sich nicht auf der Station befinden, haben die Therapeut*innen deutlich weniger Kontakte mit anderen Berufsgruppen des Kernteams, insbesondere wenn der Patient*innentransport durch einen fachfremden „Hol- und Bringdienst“ durchgeführt wird. Wenn Pflegende Patient*innen zu den Therapiesälen hinbringen und abholen, kommt es sehr oft zu Verspätungen oder Ausfällen der Therapien. Pflegende erklären das mit Personalmangel, Zeitdruck und unvorhersehbaren Arbeitssituationen auf der Station. Wenn Therapeut*innen Patient*innen von der Station zu den Therapiesälen abholen, finden die Therapien zwar wie geplant statt, doch die Kommunikation zwischen Pflegenden und Therapeut*innen ist mäßig, und auch hier ist die Begründung Zeit- und Leistungsdruck. Andererseits betrachten manche Befragten es als vorteilhaft, die Therapien zentral in Therapiesälen stattfinden zu lassen. Ihrer Meinung nach bieten die Therapiesäle für die Patient*innen mehr Behandlungsmöglichkeiten im Vergleich zu Übungen im oder am Patient*innenbett, wo die Patient*innen sich während der meisten Zeit des Tages (vom Nachmittags 16.00 Uhr

bis morgens um 8.00 Uhr) aufhalten. Durch die Mobilisierung der Betroffenen mit dem Rollstuhl zum Therapiesaal erhielten die Patient*innen die Möglichkeit zur Wahrnehmung einer anderen Umgebung und zur Fokussierung auf die Therapie.

ad c) Die personellen Kommunikationswege zur Informationsweitergabe in den beobachteten Teams wertet die Forschende teils als interprofessionell, teils als auf dem Wege zur Interprofessionalität. Von den beobachteten zehn Teams in fünf Kliniken praktizieren drei Teams eine interprofessionelle Kommunikation.

In der Klinik eins fungiert ein*e Bereichstherapeut*in als Verbindungsglied und Ansprechpartner*in bei der Kommunikation zwischen Pflegenden und anderen Therapeut*innen im Team. Alle Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen haben einen direkten Kontakt mit dem/der Bereichstherapeuten/-in, über den/die auch regelmäßig aktuelle Informationen über Patient*innen schriftlich per Mail ausgetauscht werden. Diese*r Bereichstherapeut*in, in dem folgenden Zitat als „Stationstherapeut“ bezeichnet, entstammt immer einer Therapieberufsgruppe.

„Also morgens kommt der Stationstherapeut, der erfragt ob (-) in der Nacht, (-) was Wichtiges war, was ich sehr gut finde, da kann man schon mal eine Info geben, hör mal zu, weil die sich ja auch nochmal morgens besprechen, ne?, der und der hat heute die und die Untersuchung, ist zu der und der Zeit nicht da. Oder dem:: gings die Nacht nicht gut, also die erkundigen sich auch, wie’s in der Nacht gewesen ist, und ob alle Patienten mobilisiert werden können heute, ob welche im Bett bleiben müssen, und wir geben dann Feedback zurück, ne ... das entscheidet sich ja morgens.“ (I 014 Pflege 63–72).

In dieser Klinik findet ein intensiver Austausch zwischen den Therapeut*innen statt, während die Kommunikation mit der Pflege im Wesentlichen über den/die Bereichstherapeut*in läuft. Diesen Kommunikationsweg bezeichnet die Forschende als eine Vorstufe der Interprofessionalität, da die Kontakte zwischen Pflegenden und Therapeut*innen weniger intensiv sind. Einzelne Therapeut*innen empfinden die Informationen von dem/der Bereichstherapeuten/-in als ausreichend und erachten den Kontakt zu den Pflegenden als nicht notwendig.

Die Kommunikation in den Stationen der Klinik zwei und einer Station der Klinik fünf mit Bezugspflegenden und –therapeut*innen ist intensiv, zielführend und interprofessionell. Hier beobachtet die Forschende generell kontaktfreudige Mitglieder der Kernberufsgruppen, die sich öfter untereinander über ihre Therapien austauschen und gelegentlich gemeinsam an Patient*innen arbeiten bei den Doppeltherapien. Klinik drei weist die Besonderheit auf, dass jede*r Patient*in Physiotherapie und Ergotherapie abwechselnd vormittags oder nachmittags bekommt (Blockzeiten) und Logopäd*innen nach Bedarf über die Zentrale Therapie Planung (ZTP) bestellt werden. Der Einsatz der Logopäd*innen wird nicht mit dem Stationsablauf koordiniert. Diese Situation führt zu einer mangelhaften Integration der Logopäd*innen ins Team, weshalb die Forscherin die ansonsten rege und intensive Kommunikation zwischen Pflegenden, Physiotherapeut*innen und Ergotherapeut*innen als eine Vorstufe der Interdisziplinarität wertet. In großen Mischstationen (Klinik vier und eine Station der Klinik fünf) ist die inter-

professionelle Kommunikation personenabhängig und wird unterschiedlich praktiziert. In der Klinik vier werden die Mitarbeitenden aus der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie über die ZTP eingesetzt. Das führt an manchen Tagen zu diskontinuierlicher Zuordnung der Behandelnden zu bestimmten Patient*innen. Das wiederum verstärkt den Zeit- und Leistungsdruck, was zu einer Beeinträchtigung der interprofessionellen Kommunikation führt. In der großen Mischstation der Klinik fünf belegen die Beobachtungsnotizen trotz des festen Teams der Therapieberufsgruppenangehörigen mangelhafte Interaktionen im Team.

Die Stationen unterscheiden sich in ihrer Informationsbeschaffung und Interaktionsweise vor der ersten Behandlung an jedem Tag. In der Klinik eins holt der/die Bereichstherapeut*in die Informationen über die Patient*innen von den Pflegenden ein, um sie an die Therapiegruppenangehörigen weiter zu geben. Zusätzlich treten die Therapeut*innen gemeinsam mit den Pflegenden auf der Station während deren Tätigkeit im Patient*innenzimmer in Kontakt, um nähere Informationen zu erhalten. Nach der folgenden täglichen Teambesprechung vom Physio-, Ergotherapie und Logopädie beginnen die Therapeut*innen mit ihren Behandlungseinheiten anhand der ZTP. In der Klinik zwei halten einzelne Therapeut*innen mit Bezugspflegenden eine kurze Rücksprache, worauf die erste Behandlungseinheit folgt. Danach findet das tägliche Teamgespräch mit allen beteiligten Berufsgruppen statt und weitere Behandlungseinheiten folgen. In den Kliniken drei und vier ist die tägliche Kontaktaufnahme zwischen Pflegenden und anderen Therapeut*innen vor der Behandlung den Mitarbeitenden selbst überlassen und personenabhängig. In der Klinik drei gibt es keine tägliche, sondern zweimal pro Woche eine 30-minütige Teambesprechung. In der Klinik vier wurde die tägliche Teambesprechung abgeschafft. In der Klinik fünf treffen sich die Therapeut*innen zuerst an der Patient*innentafel und treten miteinander in Kontakt. Auf der kleinen Station ist der Kontakt intensiv, die Therapeut*innen gehen gezielt auf die jeweiligen Bezugspflegenden zu und holen sich weitere Informationen unter anderem aus der Patient*innenakte (Kardex®) und eventuell vorhandenen Verlegungsunterlagen. Hier ist die Teamsituation ähnlich wie in der Klinik zwei. Auf der großen Mischstation ist der interprofessionelle Kontakt mangelhaft und Beobachtungsnotizen belegen, dass die Therapeut*innen in der Regel unmittelbar mit der Arbeit beginnen, ohne die anderen Teammitglieder kontaktiert zu haben. Detaillierte Beschreibungen der unterschiedlichen Handhabung der Teamgespräche in den fünf Kliniken befinden sich im Kapitel 4.2.2 d.

Für die mediale Kommunikation nutzen die fünf Kliniken sowohl computergestützte Methoden als auch Patient*innentafel und Telefon. Telefonische Kommunikation innerhalb der Kliniken wird hauptsächlich von leitenden Mitarbeitenden genutzt. Die anderen Teammitglieder treten überwiegend mündlich oder schriftlich mit den Kolleg*innen in Verbindung. Die wichtigste Rolle bei der schriftlichen Kommunikation der Mitarbeitenden untereinander spielen elektronische Eintragungen, durch die geleistete Behandlungen in von allen einsehbaren PC-Programmen, zum Beispiel Medicontrol®, dokumentiert werden. In fünf der beobachteten Stationen nutzen die Mitarbeitenden auch gemeinsame PC-Arbeitsplätze und kommen dadurch ins Gespräch untereinander,

wobei interprofessionelle fachliche Fragen gestellt und diskutiert werden und von den erfahrenen Kolleg*innen unabhängig von der Berufsgruppe beantwortet werden. Die Beobachtungen belegen, dass eine solche gemeinsame Nutzung von PC-Arbeitsplätzen eine gute interprofessionelle Arbeitsatmosphäre bewirken kann. Auf den Stationen ohne gemeinsame PC-Plätze werden diese Eintragungen in den nach Berufsgruppen getrennten Büroräumen elektronisch dokumentiert. In Klinik eins beschreibt ein*e Interviewpartner*in die Erfahrungen mit gemeinsamen PC-Arbeitsplätzen:

„... Doch Physiotherapie und Ergotherapie und Logopädie, wir sitzen öfters an den Rechnern von der Pflege. Das hätte früher niemand getraut sich da hinzusetzen. Das geht aber jetzt ... Also als ob man Platz bekommt, also man darf das.“ (I 010 Ergotherapie 444–457).

Lediglich in Klinik eins werden zusätzlich zu den oben beschriebenen elektronischen Einträgen E-Mails als Kommunikationsweg mit hoher Priorität im Alltag genutzt. In dieser Klinik schreiben die Mitarbeitenden während der Arbeit regelmäßig E-Mails, um mit den Kolleg*innen aktuelle Veränderungen am Patient*innenstatus, Meinungen und Informationen auszutauschen. Die Teammitglieder begründen dieses damit, dass sie mehrere Kolleg*innen gleichzeitig informieren können und einen schriftlichen Nachweis darüber haben. In dieser Klinik pflegen die Therapeut*innen die Informationsverteilung via E-Mail sehr intensiv und Telefonkontakte vergleichbar weniger. Mitarbeitende empfinden diesen Weg als sehr praktisch, da im hektischen Alltag manches vergessen wird und später nicht nachholbar ist. So schreiben Logopäd*innen beispielsweise eine E-Mail an alle Teammitglieder betreffend die Kostansetzung für bestimmte Patient*innen. Diese Vorgehensweise erfordert ein aktives Leseverhalten aller Teammitglieder, um rechtzeitig die aktuellen Änderungen zur Kenntnis zu nehmen. In anderen Kliniken werden E-Mails lediglich genutzt, wenn ein schriftlicher Informationsaustausch notwendig ist, und manche Mitarbeitende lehnen diesen Kommunikationsweg mit der Begründung ab, aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens keine Zeit zu haben, regelmäßig ihre E-Mails abzurufen. Durch Monitore an den Patient*innenbetten in Klinik eins besteht dort die Möglichkeit der zeit- und patient*innennahen Dokumentation. Alle Teammitglieder sind verpflichtet, regelmäßig die Dokumentation aufzurufen, um die aktuellen Veränderungen durch andere Professionelle zur Kenntnis zu nehmen.

Die Kernteammitglieder aller fünf Kliniken sind verpflichtet, Therapieverlaufsprotokolle zu schreiben, auf die alle im Team zugreifen können. Diese Protokolle sind Grundlage für die Wochenbesprechungen. Dieser interprofessionelle Kommunikationsweg wird von den einzelnen Teammitgliedern unterschiedlich praktiziert. Beobachtungsnotizen belegen, dass manche Mitarbeitende regelmäßig die Dokumentation durchführen und dadurch die Transparenz über die geleisteten Behandlungen im Team gewährleistet ist. Die regelmäßigen Eintragungen im Therapieverlaufsprotokoll führen dazu, dass in kürzeren Abständen zum Beispiel zwei Tage positive und negative Reaktionen der Patient*innen auf Behandlungen für alle Teammitglieder einzusehen sind. Die Erfahrungen der Teammitglieder belegen, dass diese Form der Dokumentation die Behandlungsabläufe positiv beeinflusst.

Alle beobachteten Stationen nutzen eine Patient*innentafel, um die alltäglichen Interaktionen zu visualisieren. In den Kliniken Klinik eins und vier befinden sich auf der Patient*innentafel die Namen der Bezugspflegerinnen und der zugehörigen Patient*innen, damit alle Teammitglieder die Ansprechpartner*innen aus der Pflege schnell zuordnen können. In den Kliniken zwei und fünf werden aktuelle Therapiepläne, die Namen der Patient*innen und der zuständigen Mitarbeiter*innen auf der Patient*innentafel abgebildet, um die wichtigsten Informationen zum Tagesablauf darzustellen. Hier dient die Tafel als eine Orientierungshilfe für das gesamte Team. Beobachtungsnotizen belegen häufige Treffen der Mitarbeitenden an der Tafel, um Informationen einzuholen und auszutauschen. In der Klinik drei wird die Tafel vorwiegend für Benachrichtigungen von Pflegenden an die anderen Teammitglieder genutzt.

ad d) Stationsbezogene Teamgespräche finden täglich oder wöchentlich statt. Ob und wie eine tägliche Teambesprechung auf den Stationen stattfindet, wird unterschiedlich gehandhabt. In der Klinik eins findet eine tägliche Teambesprechung statt, an der Pflegerinnen und Ärzt*innen nicht teilnehmen. Die Abwesenheit der Pflegenden wird mit Zeitdruck und Personalmangel begründet, da die Besprechung in die intensivste Pflegetherapiezeit fällt, so dass die Pflegenden sich kaum von ihren Patient*innen entfernen können. Stattdessen findet ein gemeinsamer Rundgang aller Therapeut*innen auf Station (um 7.30 Uhr) durch alle Patient*innenzimmer vor der Besprechung statt. Während die Pflegenden an den Patient*innen arbeiten, informieren sie die Kolleg*innen über den Patient*innenzustand, über anstehende Untersuchungen, über das Patient*innenverhalten in der Nacht zuvor und über die aktuelle Möglichkeit zur Mobilisation. Die Therapeut*innen stellen ihre Fragen bei Unklarheiten, und die Kommunikation findet nach Beobachtung der Forschenden im Frage-Antwortstil statt. Die Therapeut*innen empfinden diese Art der regelmäßigen Begegnung mit Pflegenden als geeignet, um sich aktuell zu informieren und einen reibungslosen Arbeitsablauf zu gewährleisten. Die Forschende interpretiert diese Art der Kommunikation als zentralisierende Vorgehensweise einzelner Professionen im Team, was das Zugehörigkeitsgefühl dieser Professionen zum Team verringert. Der gemeinsame Rundgang der Therapeut*innen verschafft ihnen einen umfassenden Überblick über alle Patient*innen, während die Pflegenden lediglich die Situation ihrer Bezugspatient*innen kennen, was zu einem Informationsvorsprung der Therapeut*innen führt. Zusätzlich haben diese die Möglichkeit, sich unmittelbar in der Gruppe über das Erlebte auszutauschen, während die Pflegenden sich weiterhin mit ihren Bezugspatient*innen beschäftigen müssen.

Auch in Klinik zwei gibt es eine tägliche Teambesprechung, die von Pflegenden abwechselnd moderiert wird. Zu dieser Moderation gehört auch die Vorbereitung der Besprechung anhand der frühmorgendlichen Dienstübergabe in der Pflege. Aus der Fülle an Ereignissen müssen die Informationen über bestimmte Patient*innen, die für den Tagesablauf der Behandlungen wichtig sind, herausgefiltert und an das Team geordnet und nachvollziehbar mitgeteilt werden (Oberzaucher, 2014, S. 97). Für die Pflegenden bedeutet das, Verantwortung zu übernehmen für die Informationsweitergabe an das Team und zu trainieren, vor einer Gruppe zu sprechen. Die Besprechung findet

statt mit Unterstützung eines Arztes/einer Ärztin, und der Therapieplan wird am PC durch eine*n Therapeutin/Therapeuten aktualisiert. Die beobachteten Mitarbeitenden empfinden diesen Stil der Teambesprechung als hilfreich in Bezug auf die sich täglich verändernde Patient*innensituation und zur Steigerung des Teamgefühls. Zusätzlich wirkt dieses Treffen arbeitserleichternd und zeitsparend.

In der Klinik drei wird zweimal pro Woche jeweils 30 Minuten über alle zehn bis elf Patient*innen gesprochen. Bezugspfleger berichten über die aktuelle Situation ihrer jeweiligen Patient*innen, Therapeut*innen äußern ihre Wünsche in Bezug auf effiziente Behandlungen, zum Beispiel, dass der/die Patient*in vor der geplanten Mobilisation angezogen wird, und die/der anwesende Ärztin/Arzt unterstützt bei Fragen und Unklarheiten. Da diese Besprechungen im Stationszimmer stattfinden, gibt es häufige Störungen durch Telefon, Monitoralarm und Flurgeräusche. Zusätzlich gibt es gelegentlich Unterbrechungen durch den Wechsel der Bezugspfleger. In den Kliniken eins-drei wird in den Teambesprechungen die ZTP aktualisiert, und die Therapieminuten werden kontrolliert. Der Charakter dieser Besprechungen ist überwiegend informell und wird von den Mitarbeitenden als Orientierungshilfe für ihren Arbeitsalltag empfunden. Der regelmäßige persönliche Kontakt trägt zur Steigerung des Teamgefühls bei.

In der Klinik vier wurde als Ersatz für die tägliche Teambesprechung eine „Briefingliste“ eingeführt. Diese Liste soll täglich nachmittags von den Pflegenden aktualisiert werden und enthält die wichtigsten Informationen in abgekürzter Form. Sie soll als morgendliche Informationsquelle für die Therapeut*innen dienen. Interviewtranskripte belegen Schwierigkeiten beim Umgang mit dieser Liste. Die meisten Teammitglieder äußern sich dahingehend, dass eine solche Briefingliste ein tägliches Teamtreffen nicht ersetze, weil der Austausch über die aktuelle Patient*innensituation in Form von vorgegebenen Abkürzungen als nicht ausreichend betrachtet werde und der persönliche Kontakt zu den anderen Teammitgliedern fehle. Kausale Zusammenhänge, die Änderungen im Behandlungsplan bewirken, seien nicht immer transparent. Die Briefingliste werde teilweise nicht aktualisiert, sodass Teammitglieder zusätzlich andere Behandelnde aufsuchen müssten, um Informationen zu erhalten, und somit die gewünschte Zeitersparnis entfele. Teammitglieder aller Berufsgruppen berichten in den Interviews darüber, dass der Wegfall der informellen Kommunikation, die im Rahmen der formellen Kommunikation während des täglichen Teamtreffens stattfindet, einen Qualitätsverlust darstelle. So seien Gespräche mit Angehörigen von Patient*innen schwieriger zu gestalten, da eine Abstimmung der Teammitglieder untereinander über die Gesprächsinhalte nur über zusätzlichen Zeit- und Arbeitsaufwand zu erreichen sei. Insgesamt fehle die persönliche Komponente innerhalb der patient*innenorientierten Kommunikation. Bei Patient*innen mit wenig Komplikationen und Änderungen im Behandlungsverlauf sei die Briefingliste ausreichend, wenn sie täglich gepflegt werde.

In Klinik fünf fand während der Beobachtung und Datenaufnahme auf den zwei Stationen keine tägliche Teambesprechung statt.

Alle Mitarbeitenden der fünf Kliniken halten die dokumentationspflichtige wöchentliche Teambesprechung gemäß OPS 8-552 für eine wichtige Veranstaltung.

„Also an sich finde ich es halt auch sehr wichtig, dass es (-) wenigstens einmal in der Woche halt, dass man zusammen kommt und auch sich gegenseitig halt wieder austauscht und bespricht (-) man tritt auch mal mit den Ärzten so ein bisschen in Kontakt, was man sonst jetzt nicht so oft hat.“ (I 011 Physiotherapie 263–266).

Die Beobachtungsnotizen und Interviews belegen, dass in allen fünf Kliniken der Ablauf von der/dem anwesenden Ärztin/Arzt abhängig ist, die organisatorischen Rahmenbedingungen hinsichtlich Raum, Anzahl der anwesenden Berufsgruppen sowie Dokumentationsart und -Aufwand sich deutlich unterscheiden, wobei die im OPS 8-552 vorgeschriebenen Berufsgruppen überall teilnehmen. Thema dieser Treffen ist nicht nur das Patient*innenwohl (Erreichung des Wochenziels, Formulierung neuer Wochenziele), sondern ebenso die Dokumentation und damit einhergehende Abrechenbarkeit der Behandlungen, also die Wirtschaftlichkeit. Mehrere Interviewte sind der Meinung, dass die Wirtschaftlichkeit in der Diskussion eine stärkere Beachtung finde als der Austausch über Behandlungsziele und alternative Behandlungsmöglichkeiten. Schwerpunkt dieser Treffen ist regelmäßig die richtige Art und Weise der erforderlichen Dokumentation der Behandlungen („wasserdichte Dokumentation“). In allen fünf Kliniken werden die Behandlungsergebnisse der vergangenen Woche und die Behandlungsziele für die folgende Woche mit den Namen der Behandelnden protokolliert. Die Strategien der einzelnen Kliniken bezüglich der Durchführung der wöchentlichen Teambesprechung variieren.

In den zwei beobachteten Stationen der Klinik eins findet dieses Treffen mittags, außerhalb der Station und in einer großen Runde mit Vertreter*innen aus dem Kernteam und sieben weiteren Berufsgruppen statt, die nicht alle im Dokumentationsblatt erwähnt werden. Hier wurde ca. eine Stunde über alle jeweils 17 Patient*innen gesprochen. Die Kontinuität der Veranstaltung ist dadurch gewährleistet, dass alle Anwesenden bis zum Schluss bleiben und nicht gestört werden durch Anrufe, Monitoralarm oder Personalwechsel. Beobachtungsnotizen und Interviews belegen die Rolle der Ärzt*innen als Leitende dieses Teamgesprächs, wobei die fachliche Qualifikation (Oberärzt*innen/Assistenzärzt*innen) entscheidend für die Intensität der Leitungstätigkeit zu sein scheint. Die Teilnahme der Pflege an diesem Teamgespräch wird so organisiert, dass ein leitendes Pflegemitglied stellvertretend für die Bezugspfleger*innen anwesend ist. Dies wird von Seiten der Pflege mit Personalmangel und dem externen Besprechungsraum begründet. Aus Sicht der befragten Therapeut*innen bringt sich die Pflege bei diesen Treffen zu wenig ein, zumal sie auch noch während des Teamgesprächs an einem separaten Tisch dokumentiert. Kritisch wird auch die inhaltliche Ausrichtung des Teamgesprächs beurteilt:

„Also ich glaube, dass (-) dieses Zielorientierte gar nicht so Inhalt des Teams ist. Inhalt des Teams ist eher (- - -) ist der noch in der Phase, ist der noch akut medizinisch, wird er perspektivisch mal einen Phasenwechsel durchleben. Aber dass wir jetzt genau die Ziele besprechen, wo wir in der nächsten Woche landen wollen, (-) eher nicht. Bin ich jetzt ehrlich. Es geht eher um Inhalte, ob die MDK-tauglich sind.“ (I 016 Logopädie 194–198).

Die große Anzahl anwesender Berufsgruppen führt dazu, dass die Diskussion der Wo-

chenergebnisse und -ziele und deren Dokumentation sehr zeitaufwendig ist. Häufig sind es die gleichen Teilnehmer*innen, die sich in die Diskussion einbringen. Dennoch empfand sich keiner der befragten Beteiligten benachteiligt oder von der Diskussion ausgeschlossen.

In den zwei beobachteten Stationen der Klinik zwei findet die Teambesprechung mittags, außerhalb der Station in einer kleinen Runde mit Vertreter*innen aus dem Kernteam und zwei weiteren Berufsgruppen statt. Hier wird ca. 45 Minuten über alle jeweils elf Patient*innen gesprochen, und die Kontinuität der Veranstaltung ist auch hier gewährleistet. Es sitzt immer eine Vertretung aus der Logopädie als Eintragende*r am PC und unterstützt die ärztliche Leitung. Anhand von Dokumentationsbögen werden patient*innenbezogen die Verläufe der vergangenen Woche diskutiert und Ziele für die kommende Woche festgelegt. Die Beobachtungen belegen, dass alle Teammitglieder sich bei dieser Besprechung von den anderen Teilnehmenden angenommen fühlen und sie intensiv für einen interprofessionellen Austausch nutzen.

In den zwei beobachteten Stationen der Klinik drei findet dieses Treffen vormittags im Stationszimmer statt mit Vertreter*innen aus dem Kernteam und vier weiteren Berufsgruppen. Es wird ca. 45 Minuten über alle jeweils elf Patient*innen gesprochen und eine Schreibkraft des Dokumentationsdienstes protokolliert EDV-gestützt. Die Dokumentation der Behandlungen selbst findet noch nicht EDV-gestützt statt; dieses ist in Planung. Diese Teambesprechungen weisen folgende Mängel auf: Ständige Störung des Gespräches durch Nebengeräusche (Telefon, Monitorsignale und Flurgeschehen), Platzmangel und regelmäßig vorkommende Unterbrechungen durch Warten auf die Bezugspfleger*innen, die je nach Reihenfolge der besprochenen Patient*innen herbeigerufen werden. Eine Besonderheit dieser Klinik ist auch die Einbindung des Seelsorgers in solche Treffen, der jedoch nicht in die Dokumentation einbezogen wird.

„Das findet im Stationszimmer statt, was nicht so günstig ist, weil, es ist nicht für jeden 'n Sitzplatz da, wer da 'n bisschen später dazu kommt, der muss stehen, das ist auch immer sehr doof, ((holt tief Luft)) dann werden die :: an einem Tag die Ziele für die Woche fest gelegt, für den Patienten, also für alle Patienten, mit den Berufsgruppen allen zusammen, das wird auch niedergeschrieben, und danach arbeiten wir dann.“ (I 047 Pflege 41–44).

In den zwei beobachteten Stationen der Klinik vier befinden sich jeweils 20 bis 22 Patient*innen, weshalb zwei Wochenbesprechungen über jeweils zehn bis elf Patient*innen mittags außerhalb der Station mit Vertreter*innen aus dem Kernteam und vier weiteren Berufsgruppen unter ärztlicher Leitung stattfinden. Hier wird ca. 45 Minuten über alle Patient*innen gesprochen. Eine Unterbrechung der Veranstaltung (im folgenden Zitat „Visite“ genannt) erfolgt gelegentlich, wenn die Gruppe auf die/den zuständige*n Pfleger*innen warten muss. Hier ist eine aktive Teilnahme der Physiotherapeut*innen und des Sozialdienstes zu beobachten, wobei die Gesprächsschwerpunkte auf den Themen Mobilisation, Phasenwechsel und Entlassung lagen. Interviewte bemängeln das unterschiedliche Engagement verschiedener Berufsgruppen bei diesen Treffen:

„... es liegt oft an der Einzelperson (-) wie sie ihren Beitrag bei der Visite abgibt.

Natürlich sitzen Kollegen da und sagen (-) manchmal nichts, weil sie einfach keinen Bock haben, andere spielen sich ein bisschen hervor... also es ist nicht so, dass ein Therapiebereich hervorgehoben (-) wird oder sehr, sehr wichtig ist.“ (I 028 Physiotherapie 197–201).

In den zwei beobachteten Stationen der Klinik fünf findet die wöchentliche Teambesprechung unter dem Namen ICF-Besprechung mittags im Arztzimmer auf Station mit Vertreter*innen aus dem Kernteam und zwei weiteren Berufsgruppen statt. Hier wird ca. 45 Minuten über alle zehn bis elf Patient*innen der jeweiligen Stationen gesprochen. In der kleineren Station befinden sich ausschließlich Patient*innen der Frührehabilitationsphase B, während sich in der größeren Mischstation Patient*innen in verschiedenen Rehabilitationsphasen befinden. In der Mischstation sind gelegentlich Unterbrechungen des Treffens beobachtet worden durch die wechselnde Teilnahme der zuständigen Bezugspflegerinnen und Logopäd*innen, während die Physiotherapeut*innen und Ergotherapeut*innen, die auch EDV-gestützt protokollieren, durchgehend anwesend sind. Mithilfe eines elektronisch hinterlegten ICF Formblattes werden Ergebnisse der Vorwoche und Ziele nach SMART Kriterien (Bovend'Eerdts et al., 2009; Bowman et al., 2015) diskutiert. Die Beobachtungsnotizen belegen allgemeine Formulierungsschwierigkeiten bei Eintragungen in das ICF-Formblatt, Vorbereitungsdefizite bestimmter Berufsgruppen und geringe aktive Teilnahme der Pflegenden, was mit Zeitmangel und Personalknappheit begründet wird. Die Forscherin ist der Meinung, dass durch diese Form der Besprechung eine einheitliche fachliche Sprache zur Beurteilung der Patient*innensituation und ein adäquater interprofessioneller Austausch möglich wären, wenn das Treffen optimal vorbereitet wird und alle Kernteammitglieder aktiv teilnehmen.

ad e) Einige Stationen organisieren interne Fortbildungen, was die meisten beobachteten Teammitglieder als eine gute Gelegenheit empfinden, von Kolleg*innen zu lernen und sich auszutauschen. Ein*e Interviewpartner*in berichtet von einer Wunschliste von Fortbildungsthemen aller Teammitglieder, die dann von der Leitungsebene geprüft und nach Möglichkeit umgesetzt wird. Solche kleinen Fortbildungseinheiten werden von den meisten Mitarbeitenden mit großem Interesse angenommen. Die Vorteile solcher Fortbildungen sind, dass die Themen aus dem Praxisalltag kommen, der / die Vortragende aus dem Team stammt, die Zeiteinteilung im Vortrag für Fragen, Diskussion und Lösungsvorschläge angemessen ist und der Vortragsort sich auf der Station befindet. Hier beobachtet die Forschende einen intensiven Austausch zwischen allen beteiligten Berufsgruppen. Ein anderer Weg zum Lernen von- und miteinander ist das Konzept der Klinik fünf, in der die Berufsgruppen Ergotherapie und Logopädie ein Team gebildet haben, um Dysphagiebehandlungen durchzuführen. Obwohl diese Idee aus dem Personalmangel heraus entstanden ist, empfinden die befragten Teammitglieder es als ein bereicherndes Konzept, dass sie sich gegenseitig fachlich ergänzen können.

„Zwischen Sprachtherapie und Ergotherapie, in der Früh-Reha ... Also das funktioniert ganz gut, ich hab' so das Gefühl es ist'n schönes Miteinander und man lernt auch viel voneinander.“ (I 038 Ergotherapie 57–58).

Allerdings bedarf dieses interprofessionelle Konzept einer guten Organisation und klaren Prozessbeschreibung.

ad f) Während der Pausen konnte die Forschende intensive interprofessionelle Gespräche zwischen den Teammitgliedern beobachten, in denen frei und ungezwungen über Themen des Stationsalltages gesprochen wurde. Manche Pausen werden in nach Berufen getrennten Aufenthaltsräumen verbracht und manche im gemeinsamen Speisesaal. Aufgrund von Raumangel während einer Umzugsphase teilten sich in einer Klinik zwei Berufsgruppen einen Pausenraum, was von einem überwiegenden Teil der Mitarbeitenden begrüßt wurde. Ein weiterer interprofessioneller Treffpunkt für die Mitarbeiter*innen sind die Raucherinseln. Dort treffen sich alle Berufsgruppen, und es findet neben privaten Gesprächen ein intensiver Austausch über Patient*innen und Behandlungsmethoden statt. Inhaltlich überwiegen Gespräche über Veränderungen in der Patient*innensituation und -versorgung. Die Forschende stellt fest, dass die Mitarbeitenden besser informiert auf die Stationen zurückkehren.

*„Es gibt ja rauchende ((Kolleg*innen)), da gehöre ich auch dazu und da gibt es durchaus auch einen Austausch, wo man sich da in diesem Raucherpavillon begegnet, ne? ... der ist nicht unwichtig, ja, weil da treffe ich von vielen Stationen Leute, mit denen ich sonst vielleicht gar nicht so viel zu tun habe und da kann man (-) ja, dann einfach mal fragen, wie regelt ihr's? Ja.“ (I 034 Logopädie 265–273).*

Bedingt durch den generellen Platzmangel in Klinik drei verbringen die Pflegenden ihre Pausen in den Stationszimmern. Interviews belegen die Unzufriedenheit mit dieser Situation, da die permanente Erreichbarkeit durch andere Teammitglieder und die Überwachungsmonitore eine ungestörte Pause und ein „kurzes Abschalten“ im als Durchgangsraum empfundenen Stationszimmer nicht zulassen.

4.2.3 Mitarbeiterspezifische Handlungsstrategien und interaktionale Strategien in der Mikroebene

Mitarbeiterspezifische Handlungs- und interaktionale Strategien finden in der Mikroebene statt. Strauss und Corbin bezeichnen die Prozessualität und Zielorientiertheit als Eigenschaften der Handlungen und Interaktionen. Die Autoren beschreiben Strategien als Reaktion auf ein bestimmtes Phänomen. Gleichzeitig weisen sie auf die Bedeutung der ausgebliebenen Handlungen hin, die ebenfalls Konsequenzen haben können (Strauss und Corbin, 1996, S. 83–84). Die klinik- und stationsspezifischen intervenierenden Bedingungen (Kapitel 4.2.1 – 4.2.2) können die Strategien der Mitarbeitenden fördern oder einengen. Mitarbeitende der fünf Kliniken nutzen bei gleich bleibenden Aufgaben unterschiedliche Strategien als kommunikative Lösungen, um mit dem zentralen Phänomen „Miteinander sprechen und verstehen wollen zur Erledigung der zu koordinierenden Aufgaben“ umgehen zu können. In der Mikroebene geht es um folgende personenspezifische Faktoren, die Strategien (Kapitel 4.1.3) beeinflussen können:

- a) Wahrnehmungsunterschiede der Teammitglieder
- b) Erweiterte Berufssozialisation („Innere Seite“ der Profession)

- c) Unterschiedliche Einstellung zur Aufgabenerfüllung im Team
- d) Autonomieanspruch und Erwartungshaltung an die anderen Berufsgruppen im Team
- e) Die aktuelle Situation im Praxisalltag

ad a) Die untersuchten Teammitglieder messen einer im Arbeitsprozess gut funktionierenden Kommunikation unterschiedliche Bedeutung zu. Jedes Teammitglied unterscheidet sich in seiner individuellen Einstellung zu jeder Handlung der Kolleg*innen in Bezug auf deren Rolle im Team. Auf der persönlichen Ebene beeinflussen private Erlebnisse und Erfahrungen berufliche Entscheidungen und Handlungen. In der sich ständig verändernden Arbeitssituation auf Frührehabilitationsstationen ist das Denken, Entscheiden und Handeln extrem abhängig von den individuellen kommunikativen Kompetenzen der Mitarbeitenden. Aus Interviews und Beobachtungsnotizen geht hervor, dass die Bandbreite der Einschätzung der Qualität der Kommunikation von verständnisvoll und angenehm bis konfliktgeladen reicht, was selbstverständlich die gesamte Teamatmosphäre beeinflusst. Gegenseitiges Vertrauen und Verständnis wird von den meisten beobachteten Mitarbeitenden als Bedingung gesehen für einen harmonischen reibungslosen Arbeitsalltag. Wenn ein angenehmes Miteinander auf Station praktiziert wird, erscheint die Bewältigung der täglichen beruflichen Herausforderungen leichter. Gleichzeitig wird die eigene Kommunikationsbereitschaft davon abhängig gemacht, dass andere Teammitglieder ebenso kommunikationsbereit sind. Diese Erwartungshaltung („wenn-dann“) wirkt sich auf den Stationsalltag und besonders den mündlichen Austausch untereinander intensiv aus. Ein solches Beziehungsgeflecht kann das interprofessionelle Arbeiten nahezu verhindern:

„Also so kleine Sachen, die eh so erschwerend sind, dass also Angehörige sich bedanken, etwas abgeben bei Pflege und in der Therapie kommt aber nichts an. Ja und umgedreht sagt die Therapie aber auch so „Wir haben was bekommen. Wir geben euch auch nichts ab“ ... Und umgedreht nimmt man sich aber auch weiter zurück und hat schon Angst oder Furcht „Wie reagiert jetzt die andere Person im Behandlungsteam, wenn ich den Patienten jetzt aus dem Bett raushole?“. Ich weiß eigentlich, sie reagiert: „Warum hast du ihn jetzt rausgeholt? Ich hab ihn doch gerade erst reingesetzt.“ ... Und es schwierig macht teilweise so, dass Berührungsängste schon da entstehen. Weil man schon Angst hat oder Sorge hat, man bekommt wieder so eine Ohrfeige so ungefähr. Aber nur verbal, dass man irgendwas falsch macht“ (I 010 Ergotherapie 54–72).

ad b) Professionelle Identität und Berufssozialisation werden während der einzelnen Berufsausbildungen erlernt und entwickelt. Die Sozialisation danach in der Praxis mit anderen Professionellen in Teams wertet die Forschende als „erweiterte Sozialisation“, die Auswirkungen auf die Interaktionen im Team hat, wie die Beobachtungsnotizen zeigen. Die „innere Seite“ der Profession mit individuellen Entwicklungen im Arbeitsalltag unterschiedlicher Teamzusammensetzungen führt zur erweiterten professionellen Identität. Die Dauer der Praxiserfahrung und die individuelle Bereitschaft, sich im interprofessionellen Team weiter zu entwickeln, spielen hier eine bedeutende Rolle.

„Ich finde, jede Berufsgruppe hat so ein Beobachtungsmerkmal. Jede Berufsgruppe

geht auch irgendwie anders an den Patienten ran. Zum Beispiel die Ergotherapeuten, die gehen jetzt ganz anders ran als die Krankengymnasten halt und dementsprechend sieht man auch den Patienten unterschiedlich. Manche sehen ihn so und manche sehen ihn so, also da gibt es schon ab und zu mal nicht Auseinandersetzungen, sondern halt unterschiedliche Meinungen halt zum gleichen Patient, zur gleichen Funktion am Patienten“ (I 018 Pflege 118–123).

Gegenseitiges Verständnis im Team bedeutet, die Sichtweisen der Anderen wahrzunehmen und zu reagieren. Petrie bezeichnet diese „innere Seite“ des Berufes als „kognitive Landkarte“, die jeder für sich berufsspezifisch entwickelt (Petrie, 1976, S. 35). Jede Berufsgruppe betrachtet gleiche Sachverhalte mit unterschiedlichen Sichtweisen, basierend auf Bildung, Erfahrung und eigenen kognitiven Fähigkeiten. Arbeiten im Team bedeutet, die „kognitiven Landkarten“ oder die „inneren Seiten“ der Anderen zu verstehen (Hall, 2005, S. 190). In den Teams aller fünf Kliniken war die überwiegende Einstellung der Mitarbeitenden, dass die Behandlungen zu Gunsten der Betroffenen effektiver durchgeführt werden könnten, wenn interdisziplinär gearbeitet würde.

„Ich arbeite sehr gern in dem interdisziplinären Team, weil man mit vielen Berufsgruppen zusammenarbeiten kann und immer sich auch abstimmen kann, was einen bestimmten Patienten betrifft. Also wenn ich meine Therapieziele erreichen möchte, dann kann ich andere Berufsgruppen hinzuziehen, zum Beispiel in der Schlucktherapie brauche ich manche Patienten zu Schluckversuchen sitzend, und dann kann ich das mit anderen Therapeuten absprechen, wann 'n guter Zeitpunkt ist. Manchmal verschiebt man auch mal eine Therapie, die anders geplant ist, wir haben ja morgens ein Stationsteam, da werden solche Dinge dann aktualisiert, und auf die Patienten zugeschnitten“ (I 019 Logopädie (6–14).

Hier nutzt ein Teammitglied die Strategie, Unterstützung und Kenntnisse anderer im Team einzuholen, um patient*innenorientierte Ziele zu erreichen. Die Beobachtungsnotizen belegen solche Bemühungen mancher Mitarbeitenden in allen fünf Kliniken.

ad c) Eine möglichst hohe Übereinstimmung von Weg und Ziel bei der Behandlung der Patient*innen wird von den meisten Teammitgliedern als Voraussetzung für eine funktionierende Zusammenarbeit angesehen. In der Praxis stoßen Mitarbeiter*innen aber häufig an Grenzen, wie das folgende Zitat belegt:

„Gut, mit dem einen oder anderen Kollegen geht es halt besser oder schlechter, das liegt auch so ein bisschen an den Interessen, wie man selber zusammen arbeiten kann ... Der Ansatz, der gleich ist, bestimmt eigentlich schon so ein bisschen, ob das funktioniert oder nicht ... Jeder hat so sein Geltungsbedürfnis ... was manchmal ein bisschen schade ist, weil dann halt dieses gemeinsame Ziel ... manchmal so ein bisschen verloren geht ...“ (I 020 Ergotherapie 24–47).

Gesprächsbereitschaft ist ein weiterer Aspekt, der eine wichtige Rolle spielt im interprofessionellen Arbeitskontext. Dazu äußert sich ein Interviewter folgenderweise:

„Aber das muss aber auch ein Wollen sein. Also wenn es ein Muss ist, funktioniert es nicht. Aber man kann mit den Leuten, glaube ich, ganz gut weiterkommen, die Interesse haben. Und die müssen aber auch freie Hand bekommen in Führungszeichen, also

die müssen die Chance bekommen, sich auszutauschen“ (I 010 Ergotherapie 470–474). Hier weist der Interviewte auf die Notwendigkeit hin, durch geeignete Rahmenbedingungen die Entwicklung einer Gesprächskultur zu fördern. Die Beobachtungsnotizen belegen eine höhere Gesprächsbereitschaft der Teams untereinander in den Stationen, in denen informelle interprofessionelle Begegnungen gepflegt werden. Fördernde Faktoren sind hier zum Beispiel kleine, überschaubare Stationen (siehe Kapitel 4.2.1 d), gemeinsame Arbeitsplätze am PC (siehe Kapitel 4.2.2 c), eine zentrale Patient*innentafel mit wichtigen Informationen (siehe Kapitel 4.2.2 c), ein gemeinsamer Aufenthaltsraum für verschiedene Berufsgruppen und eine Raucherzone für das Personal (siehe Kapitel 4.2.2 f).

ad d) Das Bewusstsein der eigenen Rolle und der Anspruch auf Autonomie in Bezug auf die Behandlungsmethode haben einen wichtigen Einfluss auf das zentrale Phänomen.

„Was ich machen muss, das liegt sozusagen in meiner Hand, ich bekomme also keine direkte Aufgabenstellung sozusagen vom Arzt oder von anderen Bereichen, sondern das liegt in meiner Hand, das liegt in meinem Ermessen, und die Zielsetzung wo die Reise hingehet mit dem Patienten, das erarbeite ich mit dem Patienten zusammen, das hängt also vom Patienten eben ab, wenn der Patient nicht in der Lage ist, das eben zu formulieren oder irgendwie zu verdeutlichen, dann bestimme ich eben das Ziel und wir versuchen so weit wie möglich ihn ja, wieder in den Alltag zu bringen“ (I 028 Physiotherapie 45–59).

In dieser Haltung fühlt sie/er sich bestätigt durch die Ärzt*innen, die der Physiotherapie aus ihrer Sicht einen höheren Stellenwert als den anderen Berufsgruppen zuordnen.

“... also von Ärzteseite her ist es natürlich schon wichtig, das meine ich jetzt eben auch damit, was sagt die Physiotherapie, darum geht es immer in erster Linie, kann der Patient laufen, kann er sitzen, kann er stehen, macht er motorische Fortschritte, dahingegen gibt es dann aus anderen Therapiebereichen, wenn's darum geht, ob der Patient von eins bis fünf zählen kann oder rot und blau unterscheiden kann, fällt das dann weniger ins Gewicht. Merke bei den Ärzten das ist dann eben nicht so interessant, weil es wahrscheinlich im Bericht und im Verlauf auch nicht so schwerwichtig ist“ (I 028 Physiotherapie 206–212).

In allen fünf Kliniken nutzen nach den Beobachtungen der Forschenden besonders die Berufsgruppenangehörigen der Physiotherapie selbstbewusst und zielsicher bestimmte Strategien, um ihre Aufgaben zu erledigen.

Die Beobachtungsnotizen der Forschenden belegen, dass die Erwartungshaltung der Mitarbeitenden an die anderen Berufsgruppen sehr oft mit bestimmten Tätigkeiten zusammenhängt. Die Mobilisationsbehandlung wird der Physiotherapie zugeordnet, die Schluckübung der Ergotherapie, die Sprechübung der Logopädie und die Körperpflege der Pflege. Diese funktionsbezogene Erwartungshaltung spiegelt sich sehr oft in den mündlichen Kommunikationen im Stationsalltag wider. Die Mitarbeitenden verlassen sich darauf, dass diese Zuordnung berechtigt ist und für bestimmte Aufgaben im Wesentlichen die jeweilige Berufsgruppe zuständig ist. Zur Zusammenarbeit zwischen Ergotherapie und Logopädie in einer der fünf Kliniken äußert sich eine*r der Interviewten:

„... das sind zwei unterschiedliche Berufsgruppen, die einen sind halt Sprachtherapeuten mit ihren Eigenheiten, die gerne über alles diskutieren, und dann haben wir die Ergotherapeuten, das sind einfach die Leute, die tun. Und diese Eigenschaften, also diese Berufsgruppen und die Menschen, die da arbeiten, die sind natürlich auch schon in einer bestimmten Richtung organisiert und auch von ihrem Verhalten her, und das ist manchmal gar nicht so einfach“ (I 038 Ergotherapie 60–67).

Hier werden Berufsgruppen bestimmte Eigenschaften als prägende Merkmale zugeordnet, was eine offene interprofessionelle Kommunikation erschwert.

ad e) Die aktuelle Situation im Praxisalltag der meisten untersuchten Teams wird von einem hohen Krankenstand besonders der Pflegenden geprägt, was bei ihnen zu mangelndem Teamzusammengehörigkeitsgefühl führt. Das Kommunikationsverhalten der Mitarbeitenden auf solchen Stationen, auf denen nur der notwendigste Austausch stattfindet, verursacht bei ihnen Besorgnis um die Zukunft und das Gefühl der Unzufriedenheit. Aus Sicht der Therapeut*innen ist die Pflege oft unterbesetzt und aufgrund der Komplexität der Patient*innensituation häufig überfordert, was sich negativ auf die Stimmung im Team auswirkt.

4.3 Verbesserungsvorschläge der Teammitglieder für die interprofessionelle Arbeit

Die meisten Rückmeldungen zu Optimierungsvorschlägen in Bezug auf Zusammenarbeit und Kommunikation im Team formulierten den Wunsch nach einem festen interprofessionellen Team, das mit den speziellen Anforderungen der neurologischen Frührehabilitation so vertraut ist, dass eine optimale patient*innenorientierte Behandlung gewährleistet werden kann. Die häufig wechselnden Zuordnungen von Therapeut*innen und Pflegenden zu den Patient*innen empfinden alle Befragten als starke Belastung für alle Beteiligten. Ein Zitat als Beispiel:

„Was ich mir halt wünschen würde, dass (-) man die Teams neu aufstellen würde hier. Dass man Stationen so bestückt mit festen Therapeuten, die im Stationsablauf mit dabei sind.“ (I 047 Pflege 336–337).

Von einem festen Team versprechen sich die Mitarbeitenden ein zielgerichtetes „Hand in Hand-Arbeiten“ mit kontinuierlichem Behandlungsablauf. Der Aufwand der zu erledigenden komplexen Aufgaben könnte durch eine koordinierte Behandlungsabfolge im festen Team reduziert werden. Auch der unterschiedliche Gestaltungsspielraum der Therapeut*innen beeinflusst die Zusammenarbeit erheblich. Die meisten beobachteten Therapeut*innen der Kliniken mit ZTP befürworteten eine flexiblere und stationsbezogenere Gestaltung dieser Therapieplanung. Gegenwärtig sind die Mitarbeitenden verpflichtet, genau nach dem vorgegebenen Rahmen der ZTP die Behandlungen durchzuführen, wie zum Beispiel in der Klinik vier die Ergotherapie, die in 15-Minutentakten arbeitet. Viele Therapeut*innen sind der Auffassung, dass die sich ständig verändernde Situation der Patient*innen durch diese Art von Behandlung nicht optimal erfasst wird. Dies führt zu inneren Konflikten der Mitarbeitenden, denen sowohl die Loyalität zu den Arbeitsvorga-

ben der ZTP als auch das Patient*innenwohl am Herzen liegt. Auch der häufigere Einsatz von Doppelplanungen (intra- und interdisziplinäre Ko-Therapien) wird von den meisten Befragten als denkbare Strategie betrachtet, um die patient*innenorientierten Behandlungsziele, einen interprofessionellen Lerneffekt und Arbeitserleichterung zu erreichen:

„... bei schweren Patienten machen die ja auch schon doppelte Einheiten. Ich meine, dass könnte man auch zusammen mit der Pflege machen, dann müsste man nicht zwei Physiotherapeuten oder zwei Ergotherapeuten nehmen, sondern da könnte man Pflege – Physio, also da könnte man sich einfach so zusammen (-) aufteilen, ich denke, da würden wir auch mehr davon profitieren.“ (I 039 Pflege 313-316).

Stationsinterne kleinere Fortbildungen für alle Teammitglieder (zum Beispiel: Bobathlagerung, Basale Stimulation, Kinästhetik), die von Mitgliedern des Kernteams gestaltet werden, können die Kollaboration im festen Team verbessern. Die Weitergabe eigener professionsspezifischer Kenntnisse kann zur Steigerung der gegenseitigen Akzeptanz und Anerkennung im Team führen, wie folgendes Zitat belegt:

„Dass die Pflege vielleicht mal Lagerung oder Mobilisationsmöglichkeiten vorstellen, ne? damit sie mal merken, gut, das interessiert halt auch viele Therapeuten.“ (I 013 Logopädie 716-717).

Als Vorteile solcher Fortbildungen werden die Entwicklung von Sensibilisierung und einheitlichen Handlungsstrategien für bestimmte Probleme des Arbeitsalltags aller Teammitglieder genannt sowie berufsübergreifende Kenntniserweiterung, was auch der Profilierung der Station gegenüber Angehörigen von Patient*innen dient.

Auch beim Dokumentationsstil der Kernberufsgruppen gibt es nach Ansicht mancher Mitarbeitenden Handlungsbedarf. Unterschiedliche intra- und interprofessionelle Dokumentationsweisen erschweren die Kommunikation über die Behandlungsmaßnahmen und die Nachvollziehbarkeit der einzelnen Behandlungsschritte.

„... was sicherlich (- - -) sich vielleicht positiv ändern könnte, wäre, dass es 'ne einheitlichere Dokumentation innerhalb der Abteilung gibt. Weil doch jeder Therapeut unterschiedlich dokumentiert.“ (I 028 Physiotherapie 299–301).

In der Klinik fünf wird die Wochenbesprechung ICF-konform elektronisch dokumentiert, so dass hier im interprofessionellen Team eine einheitliche Ausdrucksweise in der Dokumentation zu beobachten ist. Unterschiedliche Schreibweisen und unklare Verwendung fachlicher Termini könnten durch das systematische Trainieren eines einheitlichen Sprachgebrauches bei der Dokumentation verringert werden und dadurch die Kommunikation innerhalb und außerhalb des Teams erleichtern.

Als wichtige Voraussetzung für den Zusammenhalt des Teams wird auch die gegenseitige Wertschätzung empfunden, deren Mangel zu Motivationsverlusten führen kann. Detaillierte Kenntnisse über die Handlungen der anderen Professionen im stabilen festen Team können zum Abbau bestehender Missverständnisse und zur Entwicklung gegenseitigen Respekts führen.

„... und die Wertschätzung untereinander ist manchmal hier echt im Argen. Das ist nicht gut.“ (I 047 Pflege 210–211).

Ein weiteres Zitat dazu: „... guck mal hier, die Ergo. Die basteln den ganzen Tag, trinken den ganzen Tag Tee und fressen Kekse.“ Entschuldigung wenn ich das sage ... Da werden wir ganz müde belächelt, wir basteln den ganzen Tag und machen nur easy Sachen, und dass es aber eigentlich nicht unsere Arbeit ist, zu basteln, das sieht kaum einer.“ (I 033 Ergotherapie 463-468).

Interprofessionelle Vorbereitung während der Ausbildung der vier Berufsgruppenangehörigen, die Integration der Berufsanfänger*innen sowie neuen Mitarbeiter*innen in das Stationsteam mithilfe von Ansprechpartner*innen und Hospitationen in allen vier Berufsbereichen werden von allen Befragten als zielführende Maßnahmen genannt, um die Kollaboration im Team zu fördern. Gleichzeitig werden mehr von der Einrichtungsleitung organisierte Freizeit-Teamaktivitäten und jährliche Feste oder Veranstaltungen befürwortet, die eine informelle interprofessionelle Kommunikation ermöglichen:

„... also wir haben immer 'n Sommerfest und 'ne große Weihnachtsfeier, und ich hab's selber erlebt, wenn man dann mal mit anderen Berufsgruppen ins Gespräch kommt, dass das sehr interdisziplinäritätsfördernd ist.“ (I 041 Logopädie 416–418).

„Und sich einfach mal kennengelernt hat, einfach mal gefragt hat, Mensch, gut, wer bist du denn? Dich habe ich schon ein paarmal hier gesehen, ne? Was machst du eigentlich? Und so kamen wirklich viele Gespräche zustande, und es hat wirklich Wunder ((leise auflachend)) bewirkt, teilweise.“ (I 013 Logopädie 686–689).

Ein großer Teil der Befragten sieht den Personalmangel in der Pflege als zentrales Problem an. Sie erhoffen sich durch die Einstellung von mehr Pflegepersonal Entlastung und mehr Zeit für bessere interprofessionelle Beziehungen im Team.

„Na, ich glaub' das würde schon einfach was dran ändern, wenn die Pflege allein schon nicht so unterbesetzt wäre. Ich denk' das ist 'n großer Kern des Ganzen.“ (I 013 Logopädie 567-568).

4.4 Konsequenzen aus Handlungen und Interaktionen im Team

Handlungen und Interaktionen, die als Antwort auf ein Phänomen oder zur Bewältigung eines solchen ausgeführt werden, bewirken bestimmte Ergebnisse oder Konsequenzen (Strauss und Corbin, 1996, S. 85).

Die im Kapitel 4.1.3 und 4.2.3 beschriebenen Strategien der Mitarbeitenden der fünf Kliniken zeigen Konsequenzen in ihrem Klinikalltag. Die Wahrnehmung der komplexen Aufgaben mit ihren steigenden Anforderungen in der neurologischen Frührehabilitation führt dazu, dass die Behandelnden eine interprofessionelle patient*innenorientierte Kommunikation als unvermeidbare Strategie umsetzen. Hierbei werden realisierbare Ziele gesetzt, die bei den Behandelten zu erreichen sind. Behandlungsoptimierende Strategien können zu einer Steigerung des Patient*innenwohles und einer effektiveren Rehabilitation führen. Die Motivation der Teammitglieder zu interprofessioneller Kommunikation steigt durch die gemeinsame Aufteilung der täglichen Arbeit und die kollektive Verantwortung für die Behandlungen, wie es am Beispiel der Doppeltherapien sichtbar wird. Ein aktiver Austausch

unter den Teammitgliedern wird so gefördert und die Transparenz der Behandlungskonzepte der verschiedenen Professionen ist gewährleistet. Ohne solche patient*innenorientierten behandlungsoptimierenden Strategien kann es leicht zu Überlastung, Unzufriedenheit und Isolierung der einzelnen Teammitglieder kommen, was die Patient*innenversorgung negativ beeinflusst. Mitarbeiterorientierte Strategien im Team führen zu gesteigertem Selbstbewusstsein der Teammitglieder. Die Teammitglieder bauen Vertrauen zueinander auf, sind intensiv im Kontakt miteinander und entwickeln Wertschätzung für die Kolleg*innen und ein besseres Verständnis für deren Rolle im Team. Ohne mitarbeiterorientierte Strategien wächst Misstrauen und Distanzierung untereinander, was zu Isolierung und Gleichgültigkeit führen kann. Kernziel der interprofessionellen Kommunikation der Mitarbeitenden untereinander ist ein möglichst reibungsloser Arbeitsablauf, bei dem immer mehrere Berufsgruppen an Patient*innen ihre täglichen Behandlungen durchführen müssen. Mangelnde interprofessionelle Kommunikation und daraus resultierende mangelnde Koordination kann zu Komplikationen im Arbeitsablauf mit vielen offenen Fragen und Unzufriedenheit der Teammitglieder führen.

Generell sind die beobachteten und befragten Mitarbeitenden aller fünf Kliniken an einer synergienutzenden Zusammenarbeit im Team interessiert. Als positive Konsequenz nimmt die Forschende das Bewusstsein der Teammitglieder für die Bedeutung eines harmonischen Miteinanders wahr.

„Und der Wunsch ist, ich würde sagen bei 80% der Mitarbeiter vorhanden, dass man sich nicht gegenseitig die Arbeit erschwert. Und direkt das was man erbringt, ist fast täglich gleich, aber das wie untereinander, macht das schwer oder leicht.“ (I 010 Ergotherapie 115–118).

Nur in wenigen Stationen praktizieren die Teammitglieder diese Harmonie. Die Strategien der Mitarbeitenden dieser Stationen, die kleine Stationen sind, zeigen in patient*innenorientierten Teambehandlungen einen intensiven Zusammenhalt und ein stetiges Interesse am Austausch. In diesen Stationen beobachtet die Forschende die kontinuierlichen Bemühungen aller Beteiligten, das angestrebte patient*innenzentrierte Ziel zu erreichen.

„Ich arbeite sehr gern in dem interdisziplinären Team, weil man mit vielen Berufsgruppen zusammenarbeiten kann und immer sich auch abstimmen kann, was einen bestimmten Patienten betrifft.“ (I 019 Logopädie 6–8).

Für neue Teammitglieder wünschen sich die Mitarbeitenden eine freundliche Eingliederung mit Hilfe zur Orientierung, Sensibilisierung für die Arbeit der Anderen und Wertschätzung aller Berufsgruppen im Team. Fehlende Kenntnisse über die Bedeutung der Rolle anderer Teammitglieder können zu Missverständnissen und Konflikten im Team führen.

In den anderen Stationen ist eine Gruppenbildung zu beobachten, die eine aktive Interprofessionalität negativ beeinflusst. Berufsangehörige der Pflege auf der einen Seite und der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie auf der anderen Seite bilden eigene Gruppen. Kontakte zwischen diesen Gruppen finden nur „dürftig oder anlassbezogen“ statt, wie ein*e Interviewpartner*in sich ausdrückt. Die Forscherin analysiert diese Situation als geprägt von Enttäuschung über mangelndes Verständnis und geringe Wertschätzung seitens

Anderer im Team. Im folgenden Zitat wird die Enttäuschung und daraus resultierende Abgrenzung deutlich:

„Aber es gibt zum Beispiel auch Therapeuten, die seit Jahren hier im Haus sind, da denkst du aber als Schwester, wenn die denn kommen, die ist jeden Tag neu. Die ist seit 15 Jahren im Haus, aber ist jeden Tag neu. Legt 'nen Patienten ins Bett mit 'ner Trachealkanüle und schließt den nicht an Monitor an, ... und das nach 15 Jahren. Wo ich so denke: Hat sie das vergessen, oder will sie das einfach nicht machen? Und das sind so Sachen wo ich dann so denk so, ich kann ja auch nicht einfach sagen, du ich hab' jetzt nach 15 Jahren vergessen, wie man einen Patienten lagert, tut mir leid“ (I 015 Pflege 52–60).

Auch folgendes Zitat belegt die benannte Gruppenbildung, diesmal aus der Sicht der „Therapie“. Auch hier wird die Frustration aufgrund enttäuschter Erwartungshaltungen deutlich:

„Manchmal mit der Pflege, ... also ich denke mitunter ist das Verständnis nicht da, wir arbeiten halt komplett anders. Die Pflege hat drei bis vier Patienten zu betreuen ... und wir haben 14 Leute im Plan am Tag ... Das heißt wir gehen im Halbstundentakt zu einem anderen Patienten ... Also da hätte ich ganz gerne ein bisschen mehr Verständnis, dass die einfach auch mal verstehen, wie wir arbeiten, weil man kann unsere Berufsgruppen einfach nicht miteinander vergleichen.“ (I 016 Logopädie 469–497).

Manche Therapieberufsgruppenangehörigen berichten, dass sie sich untereinander über kleine Erfolge bzw. Misserfolge bei den Patient*innen austauschen, was mit den Pflegenden überhaupt nicht geschehe.

„Persönlich geht's mir so, dass ich mit den anderen Therapeuten und Therapeutinnen den besseren Draht habe, sage ich mal. Bei der Pflege ist es aus irgendwelchen Gründen anders.“ (I 034 Logopädie 171–172).

Hier spielt Akzeptanz und Wertschätzung untereinander im Team eine wichtige Rolle, was auch personenabhängig sein kann. Der Konflikt zwischen den beiden Gruppen wird deutlich in den folgenden Zeilen:

„Es ist halt schon wirklich sehr gesplittet, also so Therapie und Pflege, find' ich. Also das merkt man schon. Das ist (-), für mich sind das so zwei Paar Schuhe.“ (I 013 Logopädie 543–545).

Eine weitere Konsequenz aus der Gruppenbildung ist der Rückzug einer Gruppe aus Furcht vor negativer Reaktion der anderen. Diese Art von Barriere bezeichnet Bandura als „negative expectations“ (Konsequenzerwartungen) (Bandura, 2004).

„... das ist teilweise nicht sehr einfach. Ich weiß es von meinen Kollegen, dass manche sehr unangepasst teilweise reagieren oder sich sehr angegriffen fühlen und dann ganz also sich abschotten und rausnehmen.“ (I 010 Ergotherapie 43–46).

Verstärkend auf die Gruppenbildung wirkt die Verdinglichung der Beziehung.

„Also so kleine Sachen, die so (-) erschwerend sind, dass also Angehörige sich bedanken, etwas abgeben bei der Pflege, und in der Therapie kommt aber nichts an.“ (I 010

Ergotherapie 54–56).

In einer anderen Klinik berichten die Mitarbeitenden, dass die eigentlichen Behandlungsziele in den Hintergrund rücken, wenn die zwei Gruppen (Pflege und Therapie) sich nicht über ihre Vorgehensweise in Bezug auf die Patient*innen einigen.

Die Forschende beobachtet eine gestörte „Work-Life-Balance“ als eine Konsequenz der Überlastung von Pflegenden, die gedanklich Arbeit mit nach Hause nehmen. Die Pflegenden belastet der Eindruck, zu wenig Zeit in der Schicht mit den einzelnen Patient*innen verbracht zu haben und die Unsicherheit in Bezug auf Erledigung der Aufgaben.

„Ja, ich bin ja nun wie gesagt von Anfang an dabei und ich hab ja hier auch schon Höhen und Tiefen erlebt, aber momentan geht es selbst mir so, dass ich manchmal Zuhause sitze und denke, hast du überhaupt alles gemacht. Und das kenne ich nicht. Das kenne ich von mir nicht.“ (I 015 Pflege 3–5).

Die Mitarbeitenden befinden sich im Spannungsfeld zwischen Berufsethos und wirtschaftlichen Erfordernissen der Einrichtungen, was Ernüchterung und Demotivierung bewirken kann.

„Aber es ist auch total schön, mal mit einem Ergotherapeuten zusammen zu arbeiten, oder sich da gegenseitig halt wieder auszutauschen, oder (-) ja, nochmal guckt wie der da so, also wie (-) der Therapeut da so rangeht, und ja, aber oft fehlt halt auch so ein bisschen die Zeit und dann (-) ja ((leises Lachen)) ist das dann... nicht mehr so richtig um den Patienten geht, hat man das Gefühl halt, sondern nur um Einnahmen, aber man selber möchte ja auch seinen Verdienst kriegen, ist halt so, ne? Aber ist halt auch schwierig, das manchmal so auszublenden.“ (I 011Physiotherapie 417–424).

Die Forschende beobachtet besonders in einer Klinik einen hohen Grad an Frustration der Pflegenden, was sich unter anderem in häufigen Krankschreibungen äußert.

„Ja, und es ist auch so, dass die Leute einfach gefrustet sind. Also selbst Kollegen, die wirklich schon seit Jahren arbeiten, so wie ich, die ich von Anfang an schon kenne, ((holt tief Luft)) die kommen dann über'n Flur, Morgen ((monoton ausgesprochen)) wo du so denkst: 'Oh Gott, oh Gott! Ne? Und das ist echt... da muss was passieren, ansonsten bricht das hier glaub' ich alles zusammen. Irgendwie. Das ist leider so. Und ich glaub' auch nicht, dass die neuen Kollegen, die jetzt anfangen, ob's nun frisch examinierte sind oder die sich einfach neu orientieren wollen, dass die das so durchhalten.“ (I 015 38–45 Pflege).

4.5 Zusammenfassende Abbildung

Abbildung 3 stellt die Zusammenfassung der Kategorien und ihre Verbindung untereinander gemäß dem Paradigmatischen Modell (siehe Kapitel 4) dar. Die Komplexität der neurologischen Erkrankungen und der Interventionen sowie die regulatorischen Vorgaben sind in allen beobachteten neurologischen Frührehabilitationsstationen ähnlich. Infolgedessen müssen die Professionellen miteinander öfter und intensiver kommunizieren, um die ihnen anvertrauten Patient*innen effektiv behandeln zu können.

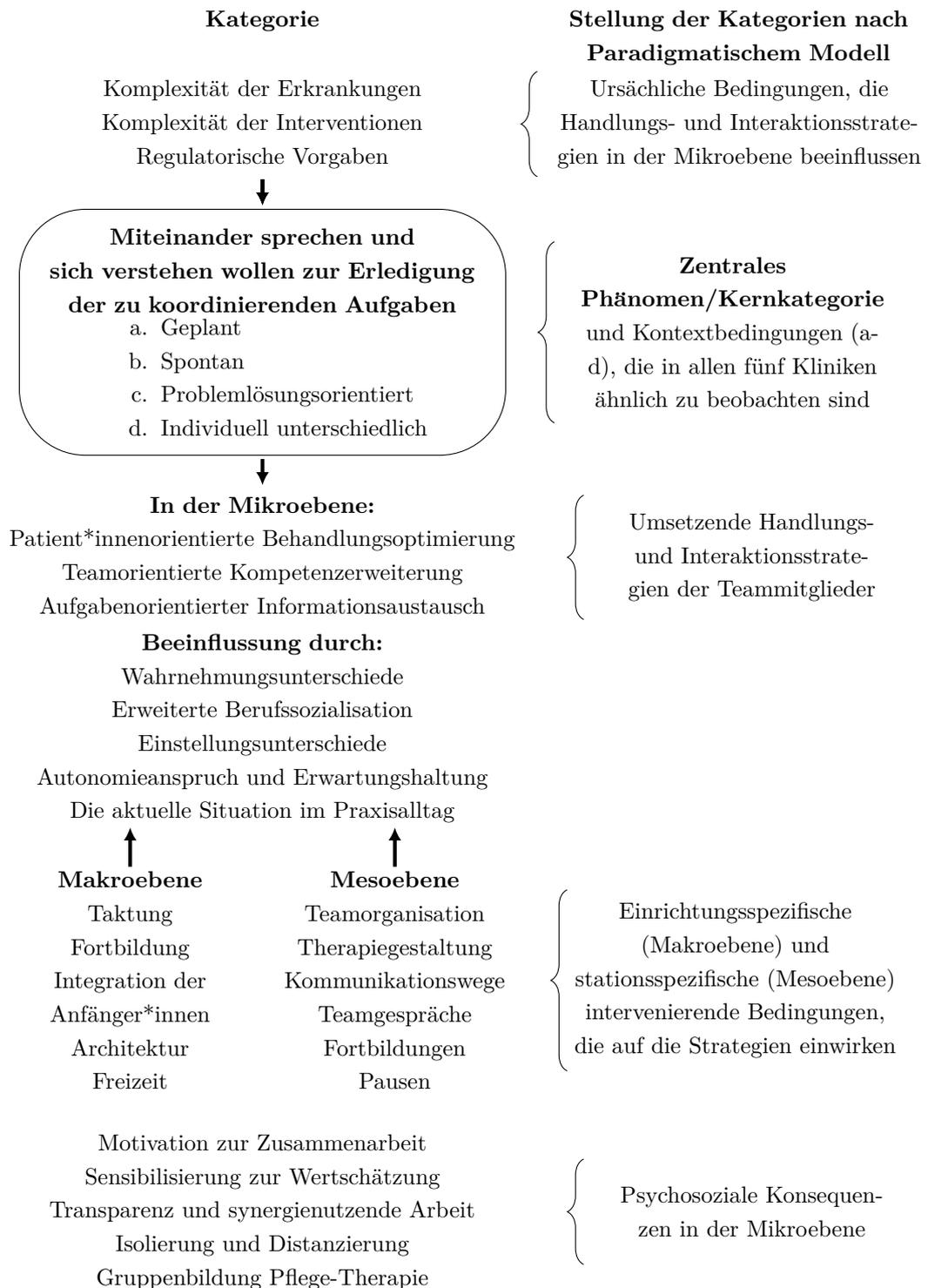


Abbildung 3: Darstellung der Kategorien und ihrer Zusammenhänge (angelehnt an (Dieris, 2006, S. 161)).

Auch die Kontextbedingungen (geplant, spontan, problemlösungsorientiert und individuell unterschiedlich), unter denen die interprofessionelle Kommunikation stattfindet, sind in allen Stationen und Kliniken ähnlich. Unterschiede sind zu beobachten in den von den genannten Faktoren beeinflussten Handlungsstrategien und interaktionellen Strategien (patient*innenorientiert, teamorientiert und aufgabenorientiert) der Kernteammitglieder der

verschiedenen Kliniken, die funktional äquivalente Lösungen derselben Probleme anstreben. Die Art und Weise, wie die einzelnen Professionellen miteinander kommunizieren, ist abhängig von den einrichtungsspezifischen und stationsspezifischen intervenierenden Bedingungen. Dies führt zu Konsequenzen hinsichtlich einer Stärkung oder Schwächung der interprofessionellen Kommunikation.

5 Diskussion

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die meisten Mitarbeitenden der untersuchten vier Berufsgruppen in den fünf Kliniken das „miteinander Sprechen und verstehen Wollen“ (Kernkategorie) als eines der wichtigsten Mittel nutzen, um die ihnen anvertrauten Aufgaben in der neurologischen Frührehabilitation koordiniert und patient*innenorientiert erledigen zu können. Diese Kernkategorie, die in allen fünf Kliniken in ähnlichem Kontext besteht, wird in den Analysen der Forscherin auf den verschiedenen beobachteten Stationen bezüglich der Eigenschaft „Häufigkeit“ in den Dimensionen „häufig - gelegentlich - selten“ betrachtet. Die Eigenschaft „Intensität“ weist die Dimensionen „sehr - mäßig - wenig“ auf.

5.1 Ergebnisdiskussion

Die Forschende beobachtet häufige und intensive interprofessionelle Kommunikation in kleineren Stationen mit festen Teammitgliedern. Tägliche Treffen, zum Beispiel an der Patient*innentafel, geben den Mitarbeiter*innen die Möglichkeit, sich fachlich und gelegentlich auch privat auszutauschen. Da die Stationen klein und überschaubar strukturiert sind, werden kurze spontane Begegnungen untereinander, wie Gespräche auf dem Flur, gefördert. Hier finden häufig ungeplante Gespräche mit Informationsaustausch über alle Patient*innen statt mit dem Ergebnis, dass die Teammitglieder einen besseren Überblick über die Situation auf der Station haben. Häufige Stationswechsel der Mitarbeitenden erfordern ständige Anpassung an unterschiedliche Kommunikationsstile und können zu mangelnder Identifikation mit den jeweiligen Teams führen. Folgendes Beispiel belegt das:

„Ich bin selber auf zwei Stationen tätig, deswegen (-) das ist auch ganz schwierig, das so unter einen Klang zu bringen, weil beide auch ganz verschieden sind und verschieden arbeiten, das kommt auch noch hinzu ... Also auf der einen Station zum Beispiel, ... da ist es wirklich sehr patientenorientiert da (-) erzählt wirklich jeder was, da nimmt auch eigentlich sich keine zurück ... Und in dem anderen Team, ... da ist es wirklich ((atmet tief ein)) noch ein bisschen hektischer, weil es wirklich noch mehr Patienten sind, die besprochen werden müssen ... und da ist es wirklich eher so'n Abarbeiten, da (-) kommt nicht wirklich jeder zu Wort ...“ (I 013 Logopädie 221–242).

Ein weiteres Konzept, das zu einer intensiven und häufigen interprofessionellen Kommunikation führt, ist die tägliche morgendliche Teambesprechung auf manchen Stationen. Beobachtungen belegen, dass die Qualität der Behandlungen steigt, wenn die Teammitglieder die Möglichkeit haben, entsprechend der aktuellen Gesundheitssituation der Patient*innen

die Terminierung der Behandlungen zu optimieren. Hier bedarf es einer gründlichen Kenntnis der Teammitglieder über die zu versorgenden Patient*innen und einer umfassenden Moderation seitens der Pflegenden während dieser Treffen, denn die Pflegenden sind die Berufsgruppe, die 24 Stunden am Tag kontinuierlich die Patient*innen begleitet. Die Forschende ist der Meinung, dass durch diese Moderationsaufgabe die Rolle der Pflegenden im Team gestärkt und einer negativen Gruppenbildung entgegengewirkt wird. Zudem bewirkt eine tägliche kurze Kontaktaufnahme aller Mitarbeitenden im Team eine Stärkung der Gruppenidentität und Erhöhung der Gesprächsbereitschaft. In einer untersuchten Klinik, in der dieses tägliche Treffen ohne die Pflegenden stattfindet, hat es nach Auffassung der Forscherin zu eingeschränkter Zugehörigkeit der Pflegenden zum Team geführt. Das zeigt sich in dem starken Zusammenhalt zwischen den Therapeut*innen untereinander und einer Distanzierung von der Berufsgruppe der Pflegenden.

Beim Lernen von- und miteinander in kleinen interprofessionellen Fortbildungen findet auch ein häufiger und intensiver Austausch statt. Das Lernen im Team zeigt bei den Teammitgliedern eine Innen – und Außenwirkung, die der eigenen Entwicklung dient. Die Innenwirkung besteht in der Erweiterung der fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten für einzelnen Mitarbeitenden und in der Steigerung des Selbstbewusstseins. Eine Außenwirkung wird dadurch erzielt, dass die Mitarbeitenden Informationen über die Patient*innensituation zum Beispiel an die Angehörigen weitergeben und Maßnahmen durchführen können, die auf einheitlichen Kenntnissen beruhen, zum Beispiel Transfer der Patient*innen, dem die Angehörigen zuschauen. Dies führt zu einer Stärkung des Vertrauens von Patient*innen und Angehörigen in das Team.

Ebenso häufig und intensiv verläuft die interprofessionelle Kommunikation während der Doppelbehandlungen, in denen die Forschende patient*innenwohlorientierte und behandlungsorientierte Gespräche beobachtete. Sie interpretiert die Doppelbehandlung als eine „Win-win-situation“ für die Behandelnden, indem gegenseitige Hilfe synergienutzend angeboten wird, um die Patient*innen für sie so angenehm wie möglich zu behandeln und sich selbst eine Arbeitserleichterung zu verschaffen.

Auch in den Pausen findet häufige und intensive informelle interprofessionelle Kommunikation statt, und zwar besonders in den Raucherpausen. Diese werden in Raucherecken oder -pavillons außerhalb der Gebäude abgehalten. Nichtraucher*innen nehmen an diesen Pausen ebenfalls teil, indem sie währenddessen Kaffee trinken. Hier werden Themen aus allen Berufsbereichen der Klinik besprochen und die Teilnehmenden scheinen sich außerhalb ihrer üblichen Arbeits- und Aufenthaltsräumen freier zu fühlen. Die Forschende ist der Meinung, dass berufsgruppenübergreifende ungezwungene Gespräche im Rahmen solcher spontanen informellen Kommunikation eine wichtige Ventilfunktion haben.

Das Konzept Bereichstherapeut*in, das in einer Klinik praktiziert wird, ordnet die Forschende der Dimension der gelegentlichen interprofessionellen Kommunikation zu. Diese*r Mitarbeitende ist als berufsübergreifende Leitung für alle Therapeut*innen tätig und wird in der Klinik sehr positiv vom gesamten Team wahrgenommen. Hier fungiert er/sie als Ansprechpartner*in und Verbindungsglied zwischen Pflegenden und Therapeut*innen, was

besonders von den letztgenannten als unterstützend bei Fragen und Unklarheiten empfunden wird. Es führt allerdings auch dazu, dass die direkte interprofessionelle Kommunikation zwischen Pflegenden und Therapeut*innen eingeschränkt wird und über einen Umweg verläuft, was eine Gruppenbildung Pflege vs. Therapie fördern kann.

Die interprofessionelle Kommunikation während der Wochenbesprechung charakterisiert die Forscherin in manchen Kliniken als gelegentlich und mäßig intensiv, was vor allem an der verbesserungswürdigen Partizipation der Pflegenden liegt. Die Forschende ist der Meinung, dass ein aus verschiedenen Gründen verspäteter und unvollständiger Informationsfluss bezüglich der zu besprechenden Patient*innen und die diskontinuierliche Teilnahme der Pflegenden bei diesen Treffen zu Motivationsmangel und Unzufriedenheit aller Teilnehmenden führt. In allen fünf Kliniken sind Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen oder Logopäd*innen, jedoch keine Pflegenden als Unterstützende der/des leitenden Ärztin/Arztes während dieser Besprechung am PC zu beobachten. Die Wochenbesprechung repräsentiert den aktuellen Zustand des interprofessionellen Teams einer Station und daher ist die Forschende der Meinung, dass eine aktive Teilnahme aller Kernteamvertreter*innen erforderlich ist. Allerdings spielt die Teilnehmerzahl auch eine wichtige Rolle bei solchen Treffen. In größeren Runden ist zu beobachten, dass vorwiegend die gleichen Personen das Wort ergreifen und aus Zeitmangel die Qualität der inhaltlichen Diskussion leidet. Kleinere Gesprächsrunden mit einer überschaubaren Anzahl von bis zu sieben Personen an Teilnehmenden ermöglichen aus Sicht der Forscherin eine intensivere interprofessionelle Kommunikation.

Auf Stationen, in denen die Teammitglieder sich nur gelegentlich begegnen, nur anlässlich geplanter Treffen oder problemlösungsbedingt miteinander kommunizieren und die Behandlungen unabhängig voneinander ablaufen, findet interprofessionelle Kommunikation selten statt. So kann beispielsweise die ZTP gemeinsame Interaktionen im Team erschweren durch häufig wechselnde Zuordnung der Mitarbeiter*innen zu den Patient*innen und schlecht abgestimmte Terminierung der Behandlungen. Auch sind manche befragte Mitarbeitende mit dem System ZTP nicht vertraut, was zu einer Entfremdung von selbstverantwortlicher Arbeit führen kann. Hier bedarf es intensiver Information und Schulung der Mitarbeitenden und guter Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitenden der zentralen Planungsstelle und den Stationteams. Regelmäßige Konsultationen der Station durch die Planenden und adäquate Rückmeldungen von den Teammitgliedern an die zentrale Planungsstelle können zur Lösung dieses Problems beitragen. Dieses scheint realisierbar, da die Patient*innen in der Regel lange auf einer Station bleiben und der Großteil der geplanten Behandlungseinheiten eine Woche im Voraus im Computer einzusehen ist. Die Besetzung der zentralen Planungsstelle mit Berufsgruppenangehörigen der vier Kernberufe wird bereits in manchen Kliniken praktiziert. Das hat den Vorteil, dass die Planenden mit den Gegebenheiten der Station vertraut sind und diese bei den Terminierungen berücksichtigen können. Der straffe Zeitplan, zum Beispiel der 15-Minuten-Takt der Ergotherapie in einer Klinik, die Menge an zu bewältigender Arbeit, zum Beispiel Behandlung und Dokumentation von bis zu 23 Patient*innen am Tag, und häufiger Kolleg*innenwechsel bewirken Kommunikationsmängel. Lange Gänge und verwinkelte Flure der Stationen lassen die Su-

che nach Kolleg*innen zum Zwecke des interprofessionellen Austauschs zeitraubend werden. Die Beobachtungen belegen, dass aufgrund solcher Hindernisse die Teammitglieder sich häufig für den Weg „so wenig wie möglich und so viel wie nötig“ in Bezug auf das Sprechen miteinander entscheiden.

Auch die beschriebene Gruppenbildung Pflege vs. Therapie bewirkt seltene und wenig intensive interprofessionelle Kommunikation. Beobachtete Strategien wie individueller Rückzug und daraus folgende Konsequenzen wie Isolation von anderen Professionellen, in diesem Falle den Pflegenden, sind keine nachhaltige Lösung dieses Problems, das bei Vernachlässigung zu dauerhafter Unzufriedenheit einzelner oder mehrerer Teammitglieder führen kann. Eine Lösung für einen solchen Konflikt im Team kann nur durch Gespräche mit einer fachlich ausgebildeten neutralen Person zustande kommen, zum Beispiel im Rahmen einer Supervision. Bessere Integration der Pflegenden bei Besprechungen wie dem täglichen und wöchentlichen Teamtreffen, gemeinsame Aufenthaltsräume für alle Kernberufsgruppen und berufsübergreifende Fortbildungen von Mitarbeitenden für Mitarbeitende können nach Meinung der Forscherin der Gruppenbildung entgegenwirken.

5.2 Diskussion der Ergebnisse anhand von Studien der Literaturrecherche

Die in Kapitel 1.1 referierten Arbeiten stimmen in einer Reihe von Ergebnissen überein: Bedeutung professionsübergreifender teilhabeorientierter Ziele (Lautenschläger, 2015; Max, 2015), Bedeutung des formellen und informellen interprofessionellen Informationsaustauschs (Max, 2015; González-Martínez et al., 2016; Sheehan et al., 2007; Gibbon, 1999; Yagura et al., 2005; Zwarenstein et al., 2013), Bedeutung des Rollenverständnisses der Teammitglieder (Gibbon, 1999; Nair und Wade, 2003; Kraft et al., 2014; Nancarrow et al., 2013; Suter et al., 2009), Bedeutung wechselseitiger Wertschätzung (Nair und Wade, 2003; Dalley und Sim, 2001), Bedeutung von Wissen über die anderen Professionen im Team (Nair und Wade, 2003; Baxter und Brumfitt, 2008; Dalley und Sim, 2001; Weller et al., 2014) und Bedeutung von Ausbildung, Schulung und Supervision für Interdisziplinarität (Lautenschläger, 2015; Kraft et al., 2014; Suter et al., 2009; White et al., 2013; Weller et al., 2014). Danach ist Voraussetzung für erfolgreiche Interdisziplinarität Information von den und über die Mitglieder der anderen Professionen im Team und Wahrnehmung der jeweils eigenen Rolle. Deutliche Unterschiede zwischen den Studien betreffen das Selbstverständnis der Pflege und ihre Rolle im Team (Gibbon (1999), Baxter und Brumfitt (2008) eher stark; Dalley und Sim (2001) eher schwach). Hier bilden die referierten Arbeiten eventuell einen stattfindenden Wandel ab. Die Kommunikationsmöglichkeiten und -fähigkeiten der Teammitglieder spielen nach der referierten Literatur eine wesentliche Rolle bei der Formung der Teams. Die informelle Kommunikation unter den Mitarbeitenden findet in der Literatur bisher wenig Beachtung. Sie verläuft in verschiedenen Formen, je nachdem, wie die Einrichtungen sie in den Arbeitsalltag der Teams integrieren und strukturieren. Die Forschende teilt die Meinung von González-Martínez et al. (2016) über den Einfluss der Größe von Stationen auf den informellen Informationsaustausch

zwischen den Mitarbeitenden, die weniger und seltener kommunizieren, je größer die Stationen sind und je mehr architekturbedingte Barrieren existieren. Wie in den Studien von Sinclair et al. (2009) und Sheehan et al. (2007) berichtet empfinden die beobachteten Teammitglieder dieser Studie den informellen interprofessionellen Austausch als wichtige Ergänzung zur formellen Kommunikation und als handlungsoptimierend. Die formellen wöchentlichen Teambesprechungen unterliegen Störungen durch mangelnde Disziplin der Teilnehmer, was Unzufriedenheit erzeugt (Nair und Wade, 2003; Ferguson et al., 2009). Das Finden gemeinsamer Sprache aller Teammitglieder während der Kommunikation steht im Mittelpunkt einer funktionierenden Teaminteraktion. Der Partizipationsgrad der Teammitglieder unterscheidet sich aus verschiedenen Gründen erheblich, die in den Studien (Sheehan et al., 2007; Ferguson et al., 2009) beschrieben werden. Die Teammitglieder konzentrieren sich auf die Umsetzung der gesetzten Rehabilitationsziele. Laut Gibbon steht im Mittelpunkt der formellen Teambesprechungen das Entlassungsmanagement (Gibbon, 1999), während es nach den Ergebnissen der Forschenden unter den Bedingungen der neurologischen Frührehabilitation in Deutschland nur ein Aspekt unter mehreren ist.

Interprofessionelle Kollaboration hat die aktuellen Entwicklungen in der Rehabilitation zu berücksichtigen wie Erweiterung des Rollenverständnisses, Teilung von Expertise sowie gemeinsame Planung und Entscheidungsfindung. Flache Hierarchien können das Zusammenwirken in Teams verbessern. Ob diese Teams eine Leitung benötigen und wenn ja, welche Art von Leitung, wird intensiv diskutiert in den Studien von McCallin (2003) und Nancarrow et al. (2013). Nach eigenen Erkenntnissen der Forschenden auf zwei beobachteten Stationen mit ZTP und der Teamleitung (Therapieberufsgruppenangehörige*r) als Verbindungsglied zwischen Pflegenden und anderen Therapeut*innen findet hier nur eine mäßige Kommunikation untereinander statt, während die meisten Informationen über die Teamleitung kanalisiert werden. Die Forschende ist der Meinung, dass diese Situation zu einer Gruppenbildung zwischen den Berufsangehörigen der Pflege einerseits und der Therapie andererseits führt. Eigenschaften der Teammitglieder wie Rollenverständnis, Vertrauen, Respekt und Wille zu kommunizieren sind neben Fähigkeiten und Fertigkeiten zusätzliche Faktoren, welche die Zusammenarbeit in der Rehabilitation beeinflussen. Die Erarbeitung gemeinsamer Ziele und ein starkes Gruppengefühl wirken sich ebenfalls positiv aus.

5.3 Methodendiskussion

Ziel dieser Arbeit ist der Vergleich zwischen den neurologischen Frührehabilitationsstationen in fünf untersuchten Kliniken in Bezug auf die interprofessionelle Kommunikation. Die Forschende hat Grounded Theorie als Forschungsstil gewählt, um empirisch begründet Ähnlichkeiten und Unterschiede innerhalb jeweils einer Klinik und zwischen den fünf Kliniken herauszuarbeiten. Das Forschungsthema „Interprofessionelle Kommunikation in der neurologischen Frührehabilitation“ steht im engen Zusammenhang mit dem Vorhandensein von berufsübergreifenden Teams auf den Stationen solcher Kliniken. Nach der Hospitationszeit in den fünf Kliniken gewann die Forschende Einblicke in die Strukturen der existie-

renden Teams. Während der passiv teilnehmenden Beobachtung wurden erste empirische Daten gesammelt. Da in der Grounded Theorie die Datenaufnahme und Datenanalyse parallel verlaufen, wurden die Daten gleichzeitig ausgewertet und interpretiert, was wiederum weitere Fragen aufwarf. Auch die Sichtung der Literatur während des Forschungsprozesses hat Einfluss auf die Interpretation der Daten durch die Forscherin genommen. Die notwendige theoretische Sensibilität der Forschenden wurde durch die themenbezogene Reflexion vor dem Hintergrund der Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpflegerin erzeugt. Die gesammelten Daten wurden kodiert und konzeptualisiert, was für die weitere Vorgehensweise im Sinne von Theoretical Sampling wegweisend war. Aufgrund der aktuellen Situation in den Kliniken konnten nicht immer wie geplant Daten aufgenommen werden. Gelegentlich erwies es sich schwierig für die Forschende, die notwendige Distanz zu den Interviewten aufrechtzuerhalten, da sie vor den Interviews in allen Kliniken hospitierte und aufgrund ihrer eigenen Berufserfahrung sich gut in die befragten Mitarbeitenden hineinversetzen konnte. Diese Faktoren wurden als Notizen festgehalten, um sie während der Interpretation zu reflektieren. Durch die Vielfalt an aufgenommenen Daten in zehn Stationen und die laufende Kenntniszunahme der Forschenden über das Forschungsfeld fallen diese Faktoren nicht negativ ins Gewicht. Während des Kodierens der Daten ist eine Vielzahl von Ideen entstanden, die den Forschungsprozess im positiven Sinne beeinflussten. Die Konzepte wurden in Kategorien zusammengefasst und, angelehnt an das paradigmatische Modell von Strauss und Corbin, dicht geknüpft miteinander in Beziehung gesetzt. Diese explorative Forschungsarbeit berichtet über das zentrale Phänomen (Kernkategorie), die Bedingungen, unter denen das Phänomen auftritt, und spezifiziert die Strategien und daraus folgende Konsequenzen (Strauss und Corbin, 1996, S. 219). Auftretende Schwierigkeiten während der Zuordnung von Kategorien zu zum Beispiel Bedingungen oder Konsequenzen wurden während des Konkretisierens des zentralen Phänomens minimiert. Der Vorteil dieser Vorgehensweise ist die Darstellung der Zusammenhänge von Kategorien, die aus Daten entwickelt wurden.

Die strikte Trennung zwischen der Eigenschaft als forschender Beobachterin einerseits und als ausgebildeter Gesundheits- und Krankenpflegerin andererseits verlangte hohe Disziplin von der Forschenden. Während der Beobachtungszeit stellte die Forscherin fest, dass ihr diese Trennung in einigen Situationen in der Pflege nicht immer gelungen ist. Jede fachlich kompetente Unterstützung ist auf den Stationen willkommen, da Personalmangel und hoher Krankenstand überall ein aktuelles Problem darstellen. In solchen Fällen hat die Forschende sich meistens rechtzeitig zurückgezogen, damit sie ihre Beobachtungen fortführen konnte. Mitentscheidend war, inwieweit die während der Mithilfe in der Pflege verloren gegangene Beobachtungszeit ausgeglichen werden konnte. Gelegentlich musste auch abgewogen werden, ob die Neutralität als Beobachterin aufgegeben werden sollte. Ein Hindernis für den Beobachtungsprozess waren die langen Flure der größeren Stationen in allen fünf Kliniken. Die Mitarbeitenden der Teams legten hier große Entfernungen so schnell zurück, dass die Forschende nicht alles, was im Flur ausgetauscht wurde, mit-notieren konnte. In solchen Fällen wurde nur zur Kenntnis genommen, dass beispielsweise Physiotherapeut*in und Ergotherapeut*in sich im Flur noch kurz über die Behandelten ausgetauscht haben.

Während der Beobachtungen wurden kurze Feldnotizen geschrieben. Dies sind schnell und stichpunktartig notierte Angaben, die für die späteren Protokolle als Orientierung dienen. Dies stellte für die Forschende eine schwierige Situation dar, da bei den Teammitgliedern leicht der Eindruck einer Überwachung entstehen konnte. Es gab jedoch meist Gelegenheiten, die beobachteten Handlungen zurückgezogen zu notieren. Dabei war es wichtig, zeitnah niederzuschreiben und die für die Forschungsfragen relevanten Beobachtungen während des Notierens nicht zu verpassen.

5.4 Limitationen, weiterer Forschungsbedarf und Stärken der Studie

Die Untersuchung wurde nur in Kliniken eines Dachverbandes durchgeführt, was eine Übertragung auf alle neurologischen Rehabilitationsstationen nicht möglich macht. Weitere Studien mit Einbezug aller Phasen der neurologischen Rehabilitation sind dafür notwendig. Die Auswahl der vier Berufsgruppen ohne Einbindung von Professionellen wie Ärzt*innen, Neuropsycholog*innen oder Sozialarbeiter*innen, die während des Forschungsprozesses auf den Stationen anwesend waren, ist eine Limitierung der Arbeit. Zu begründen ist sie damit, dass die vier ausgesuchten Berufsgruppen in der Kernarbeitszeit kontinuierlich anwesend waren. Die Auswahl der Interviewpartner*innen stellt ebenfalls eine Limitierung dar, weil die Forschende keinen Einfluss darauf hatte. Soziale Erwünschtheit als Bias ist hier allerdings nicht zu vermuten, da während der Interviews auch kritische Meinungen zu hören waren.

Um die Auswirkungen der interprofessionellen Kommunikation auf Verlauf und Dauer der Rehabilitation vollständig beurteilen zu können, wäre die Einbeziehung von Patient*innen und ihren Angehörigen sinnvoll, die bei der Planung der weiteren aufbauenden Therapien nach der Rehabilitation aktiv mitwirken sollen (Weber, 2016). Nach Weber et al. sind die Betroffenen und die Betroffenenverbände in die verschiedenen Phasen der Forschung einzubeziehen, was dazu beiträgt, die Ergebnisse authentisch und evidenzbasiert darzustellen (Weber et al., 2013).

Eine Stärke dieser Studie ist, dass Hospitationen, Beobachtungen und Interviews in fünf Kliniken durchgeführt wurden. Während der Hospitation konnte die Forschende Ideen sammeln, planen und mit den Mitarbeitenden sprechen, was als „Türöffner“ funktionierte. In den auf die Beobachtung folgenden Interviews konnte die Forschende Fragen zu Vorgängen stellen, die bei der Beobachtung unklar waren. Eine weitere Stärke ist die regelmäßige Begleitung durch Forschergruppen, so dass Forschungsschritte verglichen, Anregungen ausgetauscht und diskutiert werden konnten.

5.5 Anwendung der Forschungsergebnisse in der Praxis

Die Ergebnisse dieser Arbeit bilden die aktuelle Situation der interprofessionellen Kommunikation in den Frührehabilitationsstationen der fünf Kliniken ab. Die Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Klinik- und Stationsebenen wurden herausgearbeitet, was einen Überblick über die Struktur und die Prozesse in Frührehabilitationsteams gibt. Die Ei-

genschaften Häufigkeit und Intensität der interprofessionellen Kommunikation weisen eine Spannweite auf zwischen gut funktionierenden bis mäßig funktionierenden Konzepten. In der Mikroebene (personenspezifische Ebene) zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit eine Möglichkeit für die Mitarbeitenden in den beobachteten Stationen auf, ihre eigenen Leistungen in Bezug auf Kommunikation zu reflektieren und zu beurteilen. Sie weist auf Stationsstrukturen und Kommunikationswege in anderen Kliniken des gleichen Dachverbandes hin, was für die Teammitglieder einen Vergleich erlaubt und Hinweise geben kann für eine Verbesserung der Arbeitsatmosphäre. Eine Übertragbarkeit auf andere Frührehabilitationsstationen, die unter ähnlichen Bedingungen arbeiten, ist denkbar.

Da die Kontextbedingungen, unter denen interprofessionelle Kommunikation stattfindet, in allen fünf Kliniken ähnlich sind, können in der Mesoebene (stationspezifisch) gut funktionierende Konzepte auf die Stationen übertragen werden, die eine mäßige Kommunikationskultur pflegen. Die Identifizierung von Potenzialen durch den Vergleich mit anderen Stationen und Kliniken in den interprofessionellen Teams kann in die Planung zur Verbesserung der Versorgung einfließen. Konzepte wie feste Teams mit gleichen Ansprechpartnern jeder Berufsgruppe für längere Zeiträume, tägliche kurze interprofessionelle Treffen auf Station vor den ersten Behandlungen in der Therapie, kleine stationsbezogene Schulungen für bestimmte häufig vorkommende Problemthemen und gemeinsame interprofessionelle Behandlungen (Doppeltherapien) sind realisierbare, messbare und erreichbare Strategien in allen ähnlichen Stationen. Die wöchentliche Teambesprechung mit einem festen Stamm der Teammitglieder bewirkt, dass diese die Situation aller besprochenen Patient*innen selbst einschätzen können. Die Forscherin teilt die Meinung von Bokhoura, 2006, wonach wöchentliche Teambesprechung mit der Schwerpunktsetzung auf Diskussion des Patient*innenstatus die effektivste Kommunikationsart in einem Team ist. Die der Wirtschaftlichkeit geschuldete ausführliche Dokumentationskontrolle bei solchen Teamtreffen kann zur Multiprofessionalität führen, wird jedoch von den Teammitgliedern teilweise als Zeitverschwendung empfunden. Die Forschende empfiehlt Stationen mit ähnlichen Strukturen, zusätzlich zu den obligatorischen wöchentlichen Teambesprechungen tägliche interprofessionelle Teambesprechungen durchzuführen.

In der Makroebene (einrichtungsspezifisch) können die Ergebnisse dieser Arbeit wertvolle Hinweise liefern für die Leitungen der fünf Kliniken, die Situation in einzelnen Stationen zu verbessern. Einrichtungsspezifische Maßnahmen wie betriebliche Gesundheitsförderung können zu einem besseren Kennenlernen unter Kolleg*innen, Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit und möglicherweise auch zur Reduzierung von Fehlzeiten führen. Dazu zählen beispielsweise folgende Angebote: Yoga und Präventionssportübungen, regelmäßiges Teamfrühstück mit Gesprächsmöglichkeit, kostengünstige Gesundheitskursangebote in Kooperation mit örtlichen Fitnesszentren und geführte Wanderungen in der Ortsumgebung. Diese Maßnahmen decken sich teilweise mit den Verbesserungsvorschlägen der beobachteten Teammitglieder. Zur Umsetzung der konkreten Maßnahmen können einrichtungsbezogene Workshops mit Mitarbeitenden aus allen Professionen hilfreich sein.

6 Zusammenfassung

Diese Forschungsarbeit stellt den Ist-Zustand der patient*innenorientierten interprofessionellen Kommunikation, Koordination und die sie beeinflussenden Faktoren zwischen den vier Berufsgruppen Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie in den neurologischen Frührehabilitationsstationen von fünf Kliniken dar. Die komplexen Erkrankungen der Patient*innen und deren Folgen, die von den Teammitgliedern in der Frührehabilitation behandelt werden, bilden nur einen Abschnitt des gesamten Rehabilitationsprozesses ab. Den beobachteten und befragten Teammitgliedern dieser Studie ist bewusst, in einem begrenzten, jedoch sehr wichtigen Abschnitt (Frührehabilitation) aktiv tätig zu sein, um die Patient*innen für die weiteren Rehabilitationsschritte vorzubereiten und mit ihnen gemeinsam Bewältigungsstrategien zu üben. Dabei versuchen sie, die hohen Anforderungen bei der Behandlung des Krankheitsbildes, die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen und die institutionellen Möglichkeiten in ihre Handlungen zu integrieren. Aktive interprofessionelle Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden ist eine wichtige Komponente für einen reibungslosen patient*innenorientierten Behandlungsablauf, der zu einer erfolgreichen Rehabilitation beitragen kann. Dies wird von den meisten beobachteten Mitarbeitenden als eines der wichtigsten Mittel wahrgenommen, um mit fächerübergreifenden Maßnahmen und Strategien die Aufgaben ihres Arbeitsalltages zu bewältigen. Um interprofessionelle Kommunikation nachhaltig zu erreichen, ist eine Reorganisation mancher Teams mit klarer Strukturierung und Prozessbeschreibung für jede Berufsgruppe erforderlich. Die Analyse zeigt Möglichkeiten zur Verbesserung der Interprofessionalität im Team und ihre Chancen auf. Wichtigste Erkenntnis dieser Arbeit ist die Notwendigkeit, feste Teams in der neurologischen Frührehabilitation zu implementieren. Spontane informelle Kommunikation spielt sowohl intra- als auch interprofessionell eine wichtige Rolle und sollte unbedingt gefördert werden. Dabei sind bauliche und organisatorische Rahmenbedingungen von den Klinikleitungen zu berücksichtigen. Die beobachtete Gruppenbildung Pflege vs. Therapie führt zu Konflikten und kann den Therapieerfolg negativ beeinflussen. Es besteht Forschungsbedarf hinsichtlich der Einbeziehung weiterer Berufsgruppen in der neurologischen Frührehabilitation sowie der Patient*innen und ihrer Angehörigen. Die vorliegenden Forschungsergebnisse sind ebenfalls für ähnliche Frührehabilitationsstationen anderer Kliniken aufschlussreich. Sie können für die Aus-, Fort- und Weiterbildung wertvolle Hinweise liefern, der interprofessionellen Kommunikation mehr Gewicht zu verleihen.

Literatur

- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior*, 31(2), pp. 143–164.
- Barnes, M. (2004). Organisation of neurological rehabilitation services. In R. J. Greenwood, T. M. McMillan, M. P. Barnes, und C. D. Ward (Hrsg.) *Handbook of Neurological Rehabilitation*, (pp. 45–56). Psychology Press.
- Baxter, S. K., und Brumfitt, S. M. (2008). Professional differences in interprofessional working. *J Interprof Care*, 22(3), pp. 239–251.
- Behrens, J., und Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft..* Bern: Hans Huber Verlag, 1 Aufl.
- Behrens, J., und Zimmermann, M. (2017). *Sozial ungleich behandelt?: A. Sens und P. Bourdieus Theorien und die soziale Ungleichheit im Gesundheitswesen, am Fallbeispiel präventiver Rehabilitation.* Reihe Multimorbidität im Alter. Hogrefe AG. S. 216–242.
- Bovend'Eerdt, T. J., Botell, R. E., und Wade, D. T. (2009). Writing smart rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical rehabilitation*, 23(4), pp. 352–361.
- Bowman, J., Mogensen, L., Marsland, E., und Lannin, N. (2015). The development, content validity and inter-rater reliability of the smart-goal evaluation method: A standardised method for evaluating clinical goals. *Australian occupational therapy journal*, 62(6), pp. 420–427.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (1995). Empfehlung zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen in den Phasen B und C. S. 5–19.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A practical guide through qualitative analysis..* Sage Publications Ltd. p. 19.
- Dalley, J., und Sim, J. (2001). Nurses' perceptions of physiotherapists as rehabilitation team members. *Clin Rehabil*, 15(4), pp. 380–389.
- Deutsches Institut für Medizinisches Dokumentation und Information (DIMDI) (2018). Operationen Prozeduren Schlüssel 8-552 (OPS 8-552).
- Dieris, B. (2006). „Och Mutter, was ist aus dir geworden?!“ Eine Grounded-Theory-Studie über die Neupositionierung in der Beziehung zwischen alternden Eltern und ihren erwachsenen, sich kümmernden Kindern. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 7(3).
- Ferguson, A., Worrall, L., und Sherratt, S. (2009). The impact of communication disability on interdisciplinary discussion in rehabilitation case conferences. *Disabil Rehabil*, 31(22), pp. 1795–1807.

- Gibbon, B. (1999). An investigation of interprofessional collaboration in stroke rehabilitation team conferences. *J Clin Nurs*, 8(3), pp. 246–252.
- González-Martínez, E., Bangerter, A., Lê Van, K., und Navarro, C. (2016). Hospital staff corridor conversations: work in passing. *J Adv Nurs*, 72(3), pp. 521–532.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *J Interprofessional Care*, 19(1), pp. 188–196.
- Helferich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS-Verlag, 3 überarb. Aufl. S. 19–182.
- Karol, R. L. (2014). Team models in neurorehabilitation: structure, function, and culture change. *NeuroRehabilitation*, 34(4), pp. 655–669.
- Körner, M. (2009). Ein modell der partizipativen entscheidungsfindung in der medizinischen rehabilitation. *Rehabilitation*, 48(03), pp. 160–165.
- Körner, M., und Bengel, J. (2004). Teamarbeit und Teamerfolg bei multi-und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 43(06), S. 348–357.
- Kraft, M., Blomberg, K., und Hedman, A.-M. R. (2014). The health care professionals' perspectives of collaboration in rehabilitation—an interview study. *Int J Older People Nurs*, 9(3), pp. 209–216.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung—Ein integrativer Ansatz..* Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 2 Aufl. S. 224–232.
- Lautenschläger, S. (2015). Therapeutische Pflege in der neurologischen (Früh-)Rehabilitation: Eine Grounded-Theory-Studie. *Rehabilitation*, 54(04), S. 273–278.
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S., und Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*, 31, S. 40.
- Marotzki, W. (2011). Thematisches Interview. In R. Bohnsack, und M. Meuser (Hrsg.) *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch*. Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hilles, 3 Aufl. S. 153–154.
- Max, S. (2015). *Patientenorientierung und interdisziplinäre Kooperation in der stationären neurologischen Rehabilitation*. Berlin: LIT Verlag Dr. Hopf. S. 21.
- McCallin, A. (2003). Interdisciplinary team leadership: a revisionist approach for an old problem? *J Nurs Manag*, 11(6), pp. 364–370.
- Meads, G., und Ashcroft, J. (2005). *The case for interprofessional collaboration*. Blackwell Publishing Ltd. p. 33.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Group, P., et al. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the prisma statement. *PLoS medicine*, *6*(7), e1000097.
- Mühlhauser, I., Lenz, M., und Meyer, G. (2011). Development, appraisal and synthesis of complex interventions—a methodological challenge. *Z. Evidenz Fortbild. Qual. Gesundheitswes.*, *105*(10), pp. 751–761.
- Nair, K. S., und Wade, D. T. (2003). Satisfaction of members of interdisciplinary rehabilitation teams with goal planning meetings. *Arch Phys Med Rehabil*, *84*(11), pp. 1710–1713.
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., und Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health*, *11*(1), p. 19.
- Oberzaucher, F. (2014). *Übergabegespräche, Interaktionen im Krankenhaus, Eine Interaktionsanalyse und deren Implikationen für die Praxis*. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlag. S. 93–137.
- Petrie, H. G. (1976). Do you see what i see? the epistemology of interdisciplinary inquiry. *J Aesthetic Education*, *10*(1), pp. 29–43.
- Rollnik, J., Samady, A.-M., und Grüter, L. (2014). Multiresistente erreger in der neurologisch-neurochirurgischen frührehabilitation (2004–2013). *Rehabilitation*, *53*(05), S. 346–350.
- Rønning, O. M., und Guldvog, B. (1998). Outcome of subacute stroke rehabilitation: a randomized controlled trial. *Stroke*, *29*(4), pp. 779–784.
- Sacks, H., Schegloff, E. A., und Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, *50*(4), pp. 696–735.
- Sheehan, D., Robertson, L., und Ormond, T. (2007). Comparison of language used and patterns of communication in interprofessional and multidisciplinary teams. *J Interprof Care*, *21*(1), pp. 17–30.
- Sinclair, L. B., Lingard, L. A., und Mohabeer, R. N. (2009). What’s so great about rehabilitation teams? an ethnographic study of interprofessional collaboration in a rehabilitation unit. *Arch Phys Med*, *90*(7), pp. 1196–1201.
- Stier-Jarmer, M., Koenig, E., und Stucki, G. (2002). Strukturen der neurologischen Frührehabilitation (Phase B) in Deutschland. *Phys Med Rehab Kuror*, *12*(05), S. 260–271.
- Strasser, D. C., Falconer, J. A., Herrin, J. S., Bowen, S. E., Stevens, A. B., und Uomoto, J. (2005). Team functioning and patient outcomes in stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, *86*(3), pp. 403–409.
- Strauss, A. L., und Corbin, J. M. (1996). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer sozialforschung*. Beltz, Psychologie-Verlag-Union.

- Strübing, J. (2004). *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 79.
- Strübing, J. (2011). Theoretisches Sampling. In R. Bohnsack, und M. Meuser (Hrsg.) *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch*, (pp. 154–156). Barbara Budrich, Opladen & Farmington Hilles, 3 Aufl.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., und Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 23(1), pp. 41–51.
- Tyson, S. F., Greenhalgh, J., Long, A. F., und Flynn, R. (2012). The influence of objective measurement tools on communication and clinical decision making in neurological rehabilitation. *J Eval Clin Pract*, 18(2), pp. 216–224.
- Wallesch, C. (2016). Die neurologische frührehabilitation phase b als neuer subsektor der akutstationären behandlung. *Aktuelle Neurologie*, 47(05), S. 280–284.
- Wallesch, C.-W. (2015). Die Rehabilitation (noch) nicht rehabilitationsfähiger Patienten in der neurologischen Frührehabilitation. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 83(05), S. 257–258.
- Wallesch, C.-W., und Lautenschläger, S. (2017). Frührehabilitation und Rehabilitation im Krankenhaus. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 60(4), S. 419–426.
- Weber, A. (2016). Partizipation im kontext von bedarfsfeststellung- empirische beispiele aus den bereichen medizinische rehabilitation und teilhabe am arbeitsleben. In M. Schäfers, und G. Wansing (Hrsg.) *Teilhabebedarfe von Menschen mit Behinderung. Zwischen Lebenswelt und Hilfesystem*, (pp. 78–90). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Weber, A., Weber, U., Schlenker-Schulte, C., und Schulte, K. (2013). Gesetzeskenntnis bei Studierenden mit Hörbehinderung: Ergebnisse aus dem Projekt GINKO. *Die Rehabilitation*, 52(06), S. 406–411.
- Weller, J., Boyd, M., und Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*, 90(1061), pp. 149–154.
- White, M. J., Gutierrez, A., McLaughlin, C., Eziakonwa, C., Newman, L. S., White, M., Thayer, B., Davis, K., Williams, M., und Asselin, G. (2013). A pilot for understanding interdisciplinary teams in rehabilitation practice. *Rehabil Nurs*, 38(3), pp. 142–152.
- Wittneben, K. (1998). *Forschungsansätze für das Berufsfeld Pflege: Beispiele aus Praxis, Management und Ausbildung*. Thieme. S. 19.
- Wood, R. L. (2004). The rehabilitation team. In R. J. Greenwood, T. M. McMillan, M. P. Barnes, und C. D. Ward (Hrsg.) *Handbook of Neurological Rehabilitation*, (pp. 41–50). Psychology Press.

- World Health Organisation (WHO) (1981). Disability prevention and rehabilitation. Technical Report Series 668, Genf. S. 9.
- Xyrichis, A., und Ream, E. (2008). Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 61(2), pp. 232–241.
- Yagura, H., Miyai, I., Suzuki, T., und Yanagihara, T. (2005). Patients with severe stroke benefit most by interdisciplinary rehabilitation team approach. *Cerebrovasc Dis*, 20(4), pp. 258–263.
- Zwarenstein, M., Rice, K., Gotlib-Conn, L., Kenaszchuk, C., und Reeves, S. (2013). Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards. *BMC Health Serv Res*, 13(1), p 494.

Thesen

1. Die interprofessionelle Kommunikation zwischen Pflegenden, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und Logopäd*innen in neurologischen Frührehabilitationsstationen (n=10) in fünf Kliniken (zwei Stationen pro Klinik) eines Dachverbandes wurde angelehnt an den Forschungsstil Grounded Theorie nach Strauss und Corbin vergleichend analysiert. Es wurden passiv teilnehmende Beobachtungen in allen zehn Stationen und halbstrukturierte Leitfadeninterviews (n=39) mit Mitarbeitenden der vier genannten Berufsgruppen mit dem Ziel der Identifikation funktional äquivalenter Lösungen vergleichbarer Probleme durchgeführt.
2. In der Wahrnehmung der Kernteammitglieder ist die interprofessionelle Kommunikation eine wichtige Voraussetzung für optimalen Therapieerfolg.
3. Kernteammitglieder von Stationen mit festen Teams der vier Berufsgruppen, die in den fünf Kliniken über einen längeren Zeitraum konstant zusammenarbeiten, kommunizieren untereinander intensiver als Teams mit ständig wechselnden Mitarbeitenden.
4. Tägliche morgendliche Teambesprechungen, kleine stationsinterne Fortbildungen im Team, gemeinsame interprofessionelle Behandlungseinheiten (Doppeltherapie) und informelle Gesprächsmöglichkeiten sind weitere Strategien, die eine intensive Interprofessionalität im Team fördern.
5. In den nach OPS 8-552 vorgeschriebenen wöchentlichen Teambesprechungen ist die interprofessionelle Kommunikation wegen regulatorischer Vorgaben beeinträchtigt.
6. In Stationen mit Zentraler Therapie Planung (ZTP) begegnen sich die Mitarbeitenden aus den vier Berufsgruppen seltener, und die Kommunikation untereinander sowie ein interprofessioneller Dialog sind eingeschränkt.
7. Eine Gruppenbildung Pflege vs. Therapeut*innen ist auf vielen Stationen feststellbar und behindert die Interprofessionalität.
8. Wenige Teams praktizieren eine Vorstufe zur Interprofessionalität, die meisten Teams arbeiten interprofessionell, und ein Team zeigt Transprofessionalität in der Zusammenarbeit.
9. Die geplante und spontane informelle Kommunikation zwischen den vier Berufsgruppen wie zum Beispiel tägliches Team treffen und gemeinsam verbrachte Pausen sollten gefördert werden. Die interprofessionelle Teamkommunikation sollte ein wichtiger Bestandteil der Lehrinhalte der Aus-, Fort- und Weiterbildungen dieser Professionen sein.

Anlagen

Interviewleitfaden

1. Eröffnungsfrage: Sie arbeiten auf Station mit den Kollegen aus der Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Welche Erlebnisse/Erfahrungen machen Sie diesbezüglich? Erzählen Sie mal...
2. Frageblöcke:
 - a. Wie findet die informelle und formelle Kommunikation im Team statt? Erzählen Sie doch mal...
 - Informationsaustausch – Form und Regelmäßigkeit
 - Welche Berufsgruppen mit wem
 - Sicherstellung
 - Teambesprechung – wie?/ok?/Fehlt was?/Dominanz?/Wo nach?
 - Außerhalb der Besprechung?
 - Integration
 - Motivation? Faktoren, die beeinflussen?
 - b. Die Interdisziplinäre Fortbildung. Wie ist ihre Erfahrung diesbezüglich. Erzählen Sie doch mal...
 - Zweck und Ziel?
 - Vorschläge? / Ideen?
3. Nachfragen ...

Haben Sie noch was zu erzählen, was noch nicht angesprochen wurde ...
4. Abschließen mit Ausblick, Hinweis an die zwei Vorlagen zum Ausfüllen und Unterschreiben und bedanken... Tonband ausmachen.

Soziodemographische Daten

Unterschrift zur Einwilligung

Informationsbogen und Einwilligungserklärung

Ich informiere Sie über die Methoden des Forschungsprojektes, für welches ich eine passiv teilnehmende Beobachtung in Ihrem Arbeitsumfeld, eine kurze Befragung zu soziodemographischen Daten und Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Frührehabilitationsteams durchführen möchte. Im ersten Teil der Forschungsarbeit erfolgt aus der offenen passiv teilnehmenden Beobachtung in allen fünf XY-Kliniken die Erstellung von Beobachtungsprotokollen. Die Beobachtungsprotokolle sollen folgendes darstellen: wie funktioniert das Interaktionsverhalten des Teams, wie werden die Kommunikationswege bewertet, aus welchen Informationsflüssen bilden sich die Bewertungen der Beobachteten, welche Informationen werden ausgetauscht und welche Risiken bestehen. Aus der Interpretation der Beobachtungsprotokolle werden Interviewfragen entwickelt. Im zweiten Teil der Forschung erfolgen dann leitfadengestützte, halbstrukturierte Interviews mit Mitarbeiter*innen von je zwei Frührehabilitationsstationen aller fünf XY-Kliniken, um die aktuellen Sichtweisen der in den Kliniken Tätigen zu beschreiben. Die passiv teilnehmende Beobachtung führt zu keinem zusätzlichen zeitlichen Aufwand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Interviews dauern in der Regel 45 – 60 Minuten. Das Forschungsprojekt soll langfristig Schwachstellen in der Kommunikation aufdecken und bewusst machen. Risiken für die Teilnehmenden bestehen keine, da alle Daten anonymisiert werden. Die Durchführung der Studie basiert auf den Bestimmungen der einschlägigen Datenschutzgesetze. Die Forscherin unterliegt der Schweigepflicht und ist auf das Datengeheimnis verpflichtet. Ich sichere Ihnen folgendes Vorgehen zu, damit meine Aufzeichnungen nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können: Zuerst erhalten alle potentiellen Teilnehmer ein Informationsgespräch bezüglich der geplanten Studie, in dem Sie die Möglichkeit haben, Fragen zu stellen. Im Anschluss an das Gespräch bekommen Sie ein Informationsblatt und eine Einwilligungserklärung. Erst nach Unterzeichnung werden Sie in die Studie eingeschlossen. Ich gehe sorgfältig mit dem Beobachteten und Erzählten um. Die Interviews und Gruppendiskussionen werden mit einem digitalen Diktiergerät aufgenommen. Das aufgezeichnete Gespräch wird abgetippt und anschließend gelöscht. Ich anonymisiere, d.h. ich verändere alle Personen-, Orts- und Straßennamen. Alle Altersangaben werden verändert. Die Beobachtungsprotokolle und Transkriptionen werden zur Sicherung der Anonymität mit einem Code versehen. Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Studie wird in einem gesonderten Ordner aufbewahrt. Sie dient als Nachweis Ihres Einverständnisses und kann mit der Beobachtung, dem Interview bzw. der Gruppendiskussion nicht mehr in Verbindung gebracht werden. Beobachtungsprotokolle und transkribierte Interviews werden nicht veröffentlicht. Die Bestimmung der einschlägigen Datenschutzgesetze verlangen auch, dass ich Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweise, dass aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile für Sie entstehen. Sie können während der Beobachtung, Interviews und Diskussionen Antworten bei einzelnen Fragen verweigern. Auch die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen und die Löschung des Beobachtungsprotokolls oder Interviews von Ihnen verlangt werden. Ich bedanke mich für Ihre Bereitschaft und hoffe, dass das Projekt zur wissenschaftlichen Fundierung der Teamarbeit auf neurologischen Frührehabilitationsstationen einen wichtigen Beitrag leistet.

Unterschrift der Interviewpartner*in:

Kontaktdaten der Forscherin: XY

Kontakt	Hauptstraße 6 31542 Bad Nenndorf
Telefon	0171 91 87 110
Mail	shineyrre@gmail.com
Geburtstag/-ort	31.05.1970 / Irinjalakuda, Indien
Familienstand	verheiratet, 3 Kinder (geb. 1996, 1998, 2005)
Staatsangehörigkeit	Deutsch
Konfession	Evangelisch-lutherisch



BERUFLICHER WERDEGANG

Seit 01.01.2019	Pflegewissenschaftlerin an der Pflegedirektion, Universitätsmedizin Göttingen
09/2014 – 03/2018	PROMOTION als Promotionsstipendiatin – BDH e.V. Bonn an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Eingereicht 04/2018 Doktorvater: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens Titel: <i>„Interprofessionelle Kommunikation zwischen therapeutisch Pflegenden und anderen therapeutischen Berufsangehörigen (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) in der neurologischen Frührehabilitation“</i>
09/2011 – 08/2014	SCHULLEITUNG ALTENPFLEGE Schulen Dr. Blindow Hannover, (2014 umfirmiert in IFBA Hannover)
02/2011 – 08/2011	FACHLEITUNG ALTENPFLEGE Schulen Dr. Blindow, Hannover
08/2008 – 12/2010	LEHRKRAFT Fachrichtungen Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Sozialbetreuer Staatliche Medizinische Fachschule „Dr. Siegfried Wolff“, Eisenach
03/2005 – 08/2008	DOZENTIN Fachrichtung Altenpflege, Physiotherapie, Masseur Gobi GmbH, Gotha

AUSBILDUNG UND STUDIUM

- 10/2004 – 04/2009 **STUDIUM PFLEGE- UND GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN mit Abschluss**
Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg
- 02/2008 – 03/2008
STIPENDIATIN DER ROBERT BOSCH STIFTUNG
Hospitation an der School of Nursing der University of Nottingham, Großbritannien
- 2001 – 2004 **AUSBILDUNG ZUR GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERIN**
Staatliche Berufsbildende Schule für Gesundheit und Soziales „Dr. Siegfried Wolff“, Eisenach
- 1996 – 2000 **FAMILIENZEIT**
- 1994 – 1996 **STUDIUM DER HUMANMEDIZIN**
Georg-August-Universität, Göttingen
- 1992 – 1994 **SPRACHKURS**
Prüfung für den Hochschulzugang ausländischer Studienbewerber,
VHS Hanau
- 1988 – 1991 **B.Sc. PHYSIK, Nebenfächer Mathematik und Chemie**
Mahatma Gandhi University, Indien

SCHULBILDUNG

- 1986 – 1988 **Pre-degree NATURWISSENSCHAFTEN**
(Abschluss der allgemeinbildenden Schule mit Hochschulzugangsberechtigung)
Calicut University, Indien

SPRACHKENNTNISSE

ENGLISCH

Amtssprache in Indien, sicher in Wort und Schrift

HINDI

Nationalsprache in Indien, sicher in Wort und Schrift

MALAYALAM

Muttersprache, sicher in Wort und Schrift

Selbständigkeitserklärung

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 Hilfsmittelbenutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Bad Nenndorf, 26.03.2018

Shiney Franz

Erklärung über frühere Promotionsverfahren

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

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

Bad Nenndorf, 26.03.2018

Shiney Franz

Danksagung

Danken möchte ich folgenden Personen, die mich während meiner Dissertation unterstützt haben mit regelmäßigen Gesprächen, wertvollen Anregungen zur Verbesserung und Optimierung der Arbeit:

Herrn Professor J. Behrens, der als mein Doktorvater stets bei inhaltlichen und methodischen Entscheidungen wichtige Hinweise gab;

Herrn Professor C.W. Wallesch, der mit großem Engagement während der gesamten Promotionszeit Hilfestellungen zu diversen Fragen gab, geduldig Korrektur las und motivierend den gesamten Forschungsprozess begleitete;

Frau Professorin U. Thielhorn, die mit kritisch konstruktiven Anmerkungen und Ideen stets die Forschungsrichtung mitlenkte und Herrn J. Muser und Herrn D. Charlton, die mit praxisrelevanten Ideen und Hinweisen das Forschungsthema begleiteten.

Ein besonderer Dank geht an den BDH-Bundesverband Rehabilitation e.V., der diese Studie durch ein Promotionsstipendium ermöglicht und vollständig finanziert hat.

Großer Dank gilt den Mitarbeitenden der Frührehabilitationsstationen der fünf BDH-Kliniken, die es mir ermöglicht haben, Einblicke in ihren Arbeitsalltag zu erhalten.

Ich bedanke mich bei dem Doktorandenkolleg (Institut für Gesundheit- und Pflegewissenschaft, Universität Halle), Journalclub Hannover und Forschungswerkstatt Bremen für den hilfreichen Austausch und die Diskussionsgelegenheit.

Ebenso gilt mein Dank meiner Familie und Freund*innen, die mich während der gesamten Zeit unterstützt und gefördert haben.