

Unter Mitarbeit von: Anna Bayrhof, Theresa Bullemer, Cäcilia Danner, Theresa Egersdörfer, Linda Fischer, Katharina Herbst, Anna Holzammer, Viktoria Mair, Katharina Markl, Anna Muhr, Celina Müller, Victoria Reinfurt, Sabrina Schröder, Carla Teschke, Lisa Wimmer

Interprofessionelle Zusammenarbeit im klinischen Setting

Schlüsselwörter: Interprofessionalität, Gesundheit, qualitative Forschung, Pflege, ÄrztInnenschaft

Zusammenfassung: Interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche Gesundheitsversorgung. Gerade im klinischen Setting kommen täglich mehrere Professionen zusammen, deren Aufgabengebiete aneinander angrenzen oder sich überschneiden. Pflegefachkräfte und ÄrztInnen stellen hierbei in der Regel die größten Berufsgruppen dar. In einer qualitativen Interviewstudie wurde im Rahmen eines Projekts zum forschenden Lernen der Frage nachgegangen, von welchen Erfahrungen diese beiden Berufsgruppen über den Austausch mit LogopädInnen bzw. SprachtherapeutInnen in ihrem eigenen klinischen Umfeld im Hinblick auf Förderfaktoren und Barrieren für Interprofessionalität berichten können. Neun Pflegefachkräfte und sechs ÄrztInnen von sechs stationären Einrichtungen nahmen an den Interviews teil. Die Auswertung erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse. In den Ergebnissen werden subjektive Sichtweisen auf die koordinierte Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen deutlich. Es zeigt sich, dass eine positive und wertschätzende Kommunikationskultur eine wichtige Rolle bei der interprofessionellen Versorgung spielt und die Logopädie/Sprachtherapie als Mitglied im sog. ‚Knotenpunkt-Team‘ geschätzt wird. Davon ausgehend werden Verbesserungspotenziale für den interprofessionellen Austausch diskutiert, die sich auf übergeordnete Rahmenbedingungen, strukturelle Aspekte, persönliche Faktoren und Ausbildungsbedingungen beziehen, sowie Vorschläge für weitere Forschung angesprochen.

Einleitung mit Zielsetzung

“When health workers collaborate together, something is there that was not there before” (WHO, 2010, S. 36). Mit dieser Aussage hat die Weltgesundheitsorganisation bereits 2010 hervorgehoben, dass die Kooperation von Angehörigen der Gesundheitsberufe positive Effekte in der Gesundheitsversorgung bewirken kann. Seitdem wurde die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit im

Gesundheitsbereich auch in Deutschland immer wieder bestätigt (RBS, 2011; WR, 2012; Walkenhorst, 2016). Doch wie sieht die konkrete Umsetzung in den klinischen Einrichtungen aus? Welche Rolle spielt hierbei die Logopädie/Sprachtherapie? Und wie wird diese von den Berufsangehörigen der Pflege und ÄrztInnen wahrgenommen? Mit diesen Fragen beschäftigte sich eine qualitative Studie in Form von Interviews, die im Rahmen eines Projekts zum forschenden Lernen im Studiengang Logopädie der

„Ostbayerischen Technischen Hochschule“ (OTH) Regensburg durchgeführt wurde und deren Ergebnisse in diesem Artikel vorgestellt werden.

Theoretischer Hintergrund

Während eine Disziplin eine Einzelwissenschaft darstellt, ist eine Profession die praktisch handelnde Disziplin (Osiecki, 2019). Interprofessionalität bedeutet wiederum, dass sich die Kompetenzen von Berufsgruppen, die miteinander arbeiten, überschneiden (Mahler et al., 2014). Im Gesundheitsbereich kommt es zu vielfältigen Möglichkeiten der Zusammenarbeit, die besonders in klinischen Einrichtungen in hohem Maße gefordert ist. Eine erfolgreiche interprofessionelle Kooperation kann zu einer effizienteren Gesundheitsversorgung führen und Krankenhausaufenthalte verkürzen (Sottas & Kissmann, 2015). In einem Cochrane Review von Reeves et al. (2017) wurde der Einfluss interprofessioneller Aktivitäten auf die Gesundheitsversorgung untersucht. Es konnten neun Studien mit 6.540 Teilnehmenden einbezogen werden, die in Ländern mit hohem Einkommen über bis zu zwölf Monate durchgeführt wurden. Hierbei wurden unterschiedliche Maßnahmen evaluiert, wie z. B. Meetings oder Checklisten, aber auch extern angebotene Aktivitäten oder

Reflexionsrunden mit verschiedenen Professionen. Die untersuchten Maßnahmen zeigten leichte positive Effekte im Hinblick auf den Einsatz von Ressourcen im Gesundheitswesen. Ihre Evidenz wurde aber als gering bis sehr gering eingestuft, weshalb konkrete Aussagen zur Effektivität in Bezug auf die direkte Versorgung von PatientInnen nicht beurteilt werden können (Reeves et al., 2017). In ihrem aktuellen Cochrane Review zeigen Zwarenstein und Bryant (2000) hinsichtlich des ökonomischen Nutzens der Interprofessionalität auf, dass nicht notwendige Behandlungen oder Medikamente vermieden und Krankenhausliegezeiten verkürzt werden können.

Im „Memorandum zur Kooperation der Gesundheitsberufe“ der Robert Bosch Stiftung (RBS, 2011) wird die Relevanz der interprofessionellen Versorgung differenziert dargestellt und begründet. Davon ausgehend werden hierfür nötige Strukturen und Rahmenbedingungen aufgezeigt. Um zu einer systematischen Umsetzung zu gelangen, sind sowohl strukturelle Änderungen in klinischen Settings erforderlich, z. B. mehr Kommunikation und Teambesprechungen, als auch die Integration des gemeinsa-

men Lernens in die Ausbildung aller beteiligten Berufsgruppen (ebd.). Im Rahmen des Projekts „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“ fördert die «Robert Bosch Stiftung» daher seit mehreren Jahren fachübergreifende Lehrangebote für Gesundheitsberufe. Die Ausbildung in den Gesundheitsberufen ist aber nach wie vor noch nicht systematisch darauf ausgerichtet, Kompetenzen zur fachübergreifenden Zusammenarbeit zu vermitteln. Vielmehr können unterschiedliche Zielsetzungen in der Ausbildung Probleme weiter verschärfen. Pflegefachkräfte lernen in ihrer Ausbildung bspw. das ausführliche Beschreiben ihrer Beobachtungen (Rosenthal-Schleicher & Meißner, 2017), was auch für die Therapieberufe zumindest ansatzweise, vor allem aber in Studiengängen im Rahmen des Clinical Reasoning gilt (Klemme & Siegmann, 2015). ÄrztInnen lernen dagegen, Informationen möglichst kurz und prägnant zu übermitteln (Rosenthal-Schleicher & Meißner, 2017).

Vielfach bestätigt wurde die positive Wirkung interprofessioneller Zusammenarbeit auf die Berufszufriedenheit von Angehörigen der Gesundheitsbe-

rufe (Zwarenstein & Bryant, 2000; Lützenkirchen, 2005; Sottas & Kissmann, 2015), was der aktuellen Problematik des Fachkräftemangels entgegenwirken kann. Allerdings wird der Effekt nicht von allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gleichermaßen positiv gesehen. So können Umstrukturierungen zu Gunsten geteilter Entscheidungsprozesse von MedizinerInnen als Minderung ihrer Selbstbestimmung und Deprofessionalisierung empfunden werden (Kuhlmeier et al., 2011). Die in Deutschland übliche Einordnung anderer Berufsgruppen unter die Medizin und die hierarchische Arbeitsstruktur behindern aber eine interprofessionelle Gesundheitsversorgung, bei der alle Beteiligten gleichberechtigt sein sollen und komplexe, miteinander verbundene Tätigkeiten ausüben (Ewers, 2012). Pflegefachkräfte stellen den „Dreh- und Angelpunkt für alle anderen Professionen“ dar, während die Ärzteschaft nach wie vor die Entscheidungshoheit hat (Eibl, 2021, S. 29).

Es stellt sich die Frage, welche Position die Logopädie/Sprachtherapie in diesem Gefüge hat. Wie wird sie von Pflegefachkräften und ÄrztInnen wahrgenommen? Welche Relevanz wird ihr von

Teilnehmende	Höchster Bildungsabschluss	Tätigkeitsbereich	Berufserfahrung allgemein in Jahren	Berufserfahrung in aktueller Einrichtung in Jahren	Reale Arbeitsstunden pro Woche	Leitungsposition	Häufigkeit Kontakt zu Logopädie	Interprofessionalität in Ausbildung bzw. Studium
A1m56-60	Promotion	Anästhesie/ Intensivmedizin	26-30	26-30	ca. 50	ja	ca. einmal monatlich	nein
A2w31-35	Staatsexamen Medizin	HNO/Phoniatry	6-10	3-5	45	nein	mehrmals täglich	nein
A3m36-40	Promotion	Neurologie	11-15	<2	50+	ja	einmal täglich	nein
A4w31-35	Promotion	HNO/Phoniatry	6-10	6-10	42	nein	mehrmals wöchentlich	nein
A5w46-50	Promotion	Neurologie	21-25	11-15	45	ja	mehrmals täglich	nein
A6m41-45	Promotion	Neurologie	16-20	6-10	45	ja	einmal täglich	nein
P1w51-55	Diplom	Intermediate Care Station	>30	21-25	38,5	ja	einmal wöchentlich	ja
P2w31-35	Bachelor	Neurochirurgie	11-15	11-15	38,5	ja	ca. einmal monatlich	ja
P3w21-25	Master	Innere Medizin	3-5	3-5	28,88	nein	ca. einmal monatlich	ja
P4w46-50	Bachelor	Neurologische Fachpflegeeinrichtung	26-30	26-30	38,5	ja	mehrmals wöchentlich	ja
P5m26-30	Fachschulabschluss	Neurologie	6-10	6-10	35	ja	einmal täglich	ja
P6w36-40	Diplom	Neurologie	6-10	3-5	40	ja	einmal täglich	ja
P7w26-30	Fachschulabschluss	Intermediate Care Station	6-10	6-10	37,7	nein	mehrmals täglich	ja
P8w26-30	Fachschulabschluss	Neurologie	6-10	6-10	40	ja	einmal täglich	ja
P9w26-30	Master	Neurologie	3-5	<2	38,5	nein	einmal täglich	ja

Tabelle 1 Stichprobenmerkmale (A = ÄrztInnen, P = Pflegefachkraft, m = männlich, w = weiblich)

Nr.	Leitfragen	Nachfragen	Inhalte
Erzählgenerierende Einstiegsfrage: In Ihrer Einrichtung arbeiten KollegInnen aus den unterschiedlichsten Bereichen wie Pflege, ÄrztInnenschaft und Therapie. Erzählen Sie mir doch bitte mal, welche Erfahrungen Sie in der Zusammenarbeit speziell mit LogopädInnen gemacht haben.			
1	Können Sie eine typische Situation schildern, wie nach Ihrer Erfahrung der Austausch und die Zusammenarbeit mit LogopädInnen ablaufen?	Beispiele Austauschsituationen: <ul style="list-style-type: none"> · Teamsitzung · Fallbesprechung · Diagnostik · Behandlungsplanung · Interprofessionelle Fortbildung 	eigene Erfahrung typische Situationen/Formen der Zusammenarbeit
2	Wie und inwiefern findet interprofessionelle Kommunikation mit den LogopädInnen statt?	<ul style="list-style-type: none"> · fester oder informeller Austauschrahmen · Austausch über eine dritte Person? · Interprofessionelle Fortbildungen? · Wer initiiert Austausch? · Wer moderiert Teamsitzungen? ... 	zeitliche und organisatorische Rahmenbedingungen Ebenen der Kommunikation Hierarchien Effektivität der Kommunikation Förderfaktoren für Kommunikation
...
5	Angenommen Sie dürfen sich wünschen, wie sich die interprofessionelle Zusammenarbeit mit LogopädInnen gestaltet (...). Wie würde Ihre Zukunftsvision von einer optimalen Zusammenarbeit aussehen?	Erwartungen/Wünsche bzgl. der Zusammenarbeit mit LogopädInnen? Anhand welcher Aspekte erkennbar, dass Wünsche erfüllt sind? Schlüsselfaktoren für gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit? Beitrag für gelungene Zusammenarbeit: durch LogopädInnen, durch die eigene Profession	Zukunftsvision einer optimalen Zusammenarbeit Identifikation von Förderfaktoren eigener Beitrag einer gelungen interprofessionellen Zusammenarbeit

Tabelle 2 **Beispielfragen aus dem Interviewleitfaden**

diesen zugeordnet und wie sehen diese Berufsgruppen die aktuelle Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting?

Methode

Fragestellung

Die Fragestellung lautete: Welche Erfahrungen berichten Pflegefachkräfte und ÄrztInnen zur interprofessionellen Zusammenarbeit mit LogopädInnen und SprachtherapeutInnen in ausgewählten stationären Einrichtungen und welche diesbezüglichen Barrieren und Förderfaktoren bei der Umsetzung im klinischen Setting werden beschrieben?

Studiendesign und Ein- und Ausschlusskriterien

Um vielfältige Informationen zur o.g. Fragestellung zu erhalten, wurde ein qualitatives Design in Form von Interviews mit VertreterInnen aus Pflege und ÄrztInnenschaft ausgewählt. Dabei sollten die befragten Personen möglichst einheitlichen Geschlechts und Alters sowie in einer stationären Einrichtung tätig sein und dort Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit LogopädInnen/SprachtherapeutInnen haben, die jedoch in unterschiedlichem Ausmaß vorliegen konnte. Zur Akquise nutzten die Studierenden, die alle neben dem Vollzeitstudium

um einer stundenweisen Berufstätigkeit als Logopädin nachgehen, ihre eigenen beruflichen Kontakte, sofern sie selbst in einer entsprechenden Einrichtung tätig waren. Um Verzerrungen bei den Interviews zu reduzieren, wurden die Studienteilnehmenden nicht von den LogopädInnen interviewt, mit denen sie in derselben Einrichtung zusammenarbeiteten. Während der Studiendurchführung gab es keine Drop-Outs.

Stichprobenauswahl

Die Stichprobenmerkmale der InterviewpartnerInnen sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Es nahmen 15 Personen aus sechs verschiedenen stationären Einrichtungen teil, davon neun Pflegefachkräfte (8 Frauen, 1 Mann) und sechs ÄrztInnen (3 Frauen, 3 Männer). Eine Person war 21-25, vier 26-30, drei 31-35, zwei 36-40, eine 41-45, zwei 46-50, eine 51-55 und eine 56-60 Jahre alt. Davon arbeiteten sieben im Bereich der Neurologie, eine in der Neurochirurgie, drei auf der Intensivstation bzw. „Intermediate Care Station“, zwei in der HNO/Phoniatrie, eine Person in einer neurologischen Fachpflegeeinrichtung und eine auf der Inneren Station. Acht der InterviewpartnerInnen haben bisher ausschließlich in der aktuellen Institution gearbeitet, auch über viele Jahre hinweg. Sieben sind zuvor auch

in anderen Einrichtungen tätig gewesen, fast alle verfügten aber über mehrjährige Erfahrung in den aktuellen Institutionen. Die meisten Befragten waren in Vollzeit tätig, nur eine Person arbeitete ca. 29 Stunden pro Woche. Als typische Arbeitszeit gaben neun der Interviewten an, tagsüber zu arbeiten, sechs Befragte arbeiteten im Tag- und Nachtdienst. Zehn waren in einer Leitungsposition tätig, fünf nicht. Als Leitungspositionen wurden Pflegedienstleitung, Pflege-, Stationsleitung oder deren Stellvertretung sowie OberärztIn oder LeitendeR OberärztIn angegeben.

Die Häufigkeit des Kontakts zu LogopädInnen bzw. SprachtherapeutInnen in den Einrichtungen war sehr unterschiedlich. Drei Personen hatten nur einmal pro Monat Kontakt, eine einmal, zwei mehrmals wöchentlich, sechs einmal und drei Personen mehrmals täglich. Hierbei gab es keine Unterschiede zwischen den Pflegefachkräften und den ÄrztInnen. Fünf der sechs ÄrztInnen hatten promoviert, eine Befragte gab das medizinische Staatsexamen als höchsten Abschluss an. Bei den Pflegefachkräften hatten zwei ein Diplom, zwei einen Master-, zwei einen Bachelorabschluss und drei eine abgeschlossene Berufsausbildung. Alle ÄrztInnen gaben an, dass das Thema „Interprofessionalität“ in ihrem Medizinstudium nicht enthalten war. Demgegenüber

teilten sämtliche Pflegefachkräfte mit, dass es in ihrer Ausbildung bzw. ihrem Studium behandelt wurde.

Durchführung

Die Studierenden entwickelten auf der Basis von Literatur zur Interdisziplinarität in drei Kleingruppen Interviewleitfäden, die in einer Online-Lehrveranstaltung zu einem gemeinsamen konsentiert wurden. In Tabelle 2 ist ein Ausschnitt aus diesem Leitfaden zu sehen. Die enthaltenen Aufrechterhaltungsfragen sind hierbei nicht abgebildet.

Anschließend wurde der Leitfaden durch Studierende in drei Pretests überprüft und in der nächsten Online-Lehrveranstaltung aufgrund der Rückmeldungen aus den Pretests überarbeitet. Mit dem finalisierten Leitfaden führten die Studierenden (n=15) ihre Interviews durch. Für die deduktive Kategorienbildung wurden, ebenfalls in drei Kleingruppen, Kodierleitfäden entwickelt, die wiederum in einer Online-Lehrveranstaltung diskutiert und zu einem gemeinsamen konsentiert wurden.

Auswertung

Die Auswertung erfolgte gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) unter Verwendung der webbasierten Open Access Software „QCAmap“ (Fenzl & Mayring, 2017). Dabei legte die Dozentin (Autorin) ein Projekt zur deduktiven Kategorienbildung an und ordnete diesem die Studierenden nach der Registrierung auf der Plattform als Projektmitglieder zu. Diese luden ihre Interviewdokumente hoch und werteten ihre eigene Befragung anhand des Kodierleitfadens aus. Fragen zur Kodierung und zum Umgang mit „QCAmap“ konnten in dem kollaborativen Online-Editor „Etherpad“ in der Lernplattform „Moodle“ untereinander sowie im Rahmen weiterer Online-Lehrveranstaltungen mit der Dozentin diskutiert werden, um ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten. Abschließend wurden die Analyse-Ergebnisse mit den Kodierungen aller Interviews als Excel-Dokumente von der Plattform heruntergeladen und den Studierenden zur Verfügung gestellt. Die weitere Bearbeitung des im Ergebnisteil dargestellten Kategoriensystems erfolgte

durch die Autorin. Die Ergebnisse wurden für die Erstellung von Studienarbeiten genutzt.

Ethik und Datenschutz

Die Studie fand als Projekt zum forschenden Lernen im Rahmen einer hochschulischen Lehrveranstaltung statt. Ein Ethikvotum wurde hierfür nicht eingeholt. Bei der methodischen Umsetzung wurde die Deklaration von Helsinki (World Medical Association, 2018) eingehalten. Bei den ProbandInnen handelte es sich um einwilligungsfähige und nicht vulnerable Personen, die sich freiwillig zur Teilnahme an einer Befragung bereitklärten. Der Interviewleitfaden enthielt keine intimen, stigmatisierenden oder stressauslösenden Fragen. Die ProbandInnen konnten die Befragung jederzeit abbrechen und ihre Studienteilnahme zurückziehen, ohne dass ihnen hierdurch Nachteile entstanden wären. Die Interviews wurden je nach Wunsch der Befragten per Telefon oder Videochat durchgeführt und aufgezeichnet. Die ProbandInnen erhielten vor dem Interview per E-Mail einen Bogen mit Studendarstellung und Einwilligungserklärung zur Sicherung des *Informed Consent* und hatten die Möglichkeit, vor Durchführung Nachfragen zu stellen. Unterschriebene Erklärungen für die Zustimmung zu den Aufnahmen liegen für alle vor. Personenbezogene Daten wurden pseudonymisiert, also getrennt von den Forschungsdaten aufbewahrt und zum Ende des Projekts gelöscht. Die Teilnehmenden erhielten keine Vergütung. Es bestanden keine Interessenkonflikte, da die Studierenden die InterviewpartnerInnen zwar aus ihrem beruflichen Umfeld rekrutierten, die Befragung aber jeweils von einer anderen Studierenden vorgenommen wurde als der akquirierenden Person. Die Interviewdaten wurden bei der Transkription anonymisiert, sodass z. B. Namen oder Orte ersetzt wurden. Die Transkripte wurden zur Kodierung in „QCAmap“ hochgeladen. Dabei handelt es sich um eine webbasierte Open Access Software von Fenzl und Mayring (2017) zur qualitativen Inhaltsanalyse. Hierzu ist eine Registrierung erforderlich. Die Interviewdaten selbst sind für andere NutzerInnen unzugänglich. Alle

Daten unterliegen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) und dem österreichischen Datenschutzgesetz (DSG) von 2018. Verantwortlich für die Sicherheit ist der „Verein zur Förderung qualitativer Forschung (Association for Supporting Qualitative Research ASQ) e.V.“ in Klagenfurt.

Ergebnisse

Das Kategoriensystem enthält die auf der Basis des Kodierleitfadens deduktiv erstellten und induktiv erweiterten Kategorien und Subkategorien sowie die Anzahl der Nennungen, die ihnen zugeordnet wurden. Die verschiedenen Kategorien werden in Tabelle 3 vorgestellt und anhand von Ankerbeispielen veranschaulicht.

Rahmenbedingungen des Austauschs

Diese Kategorie untergliedert sich in die Subzuordnungen „Setting“, „zeitlich“, „räumlich“ und „Teilnehmende“.

Setting

Hinsichtlich des Settings, in dessen Rahmen ein Austausch zwischen den verschiedenen Professionen stattfindet, nannten die Befragten sowohl formelle als auch informelle Austauschmöglichkeiten. Bei formellen Settings handelte es sich um Besprechungen mit festen Zeiten, wie z. B. Teambesprechungen oder Fallbesprechungen, aber auch gemeinsame Visiten. Ein Arzt sagte hierzu: „Also wir haben täglich Patientenkonferenzen“ (A6m41-45). Er berichtete, dass die Moderation der Teamsitzungen in seiner Einrichtung durch den Chefarzt erfolgt. Wenn dieser verhindert ist, wird er vom Oberarzt vertreten, der seinerseits von AssistenzärztInnen vertreten wird (A6m41-45).

Neben dem direkten Austausch über Besprechungen wurde als formeller Rahmen auch das Konsil angegeben, über das logopädische Leistungen angefordert werden, wie eine Pflegefachkraft schilderte: „Nein, also die Logopäden werden halt durch ein Konsil über den PC dazugeholt, dann suchen die sich natürlich immer die zuständige Pflegekraft“ (P2w31-35). In manchen Einrichtungen gibt es seltener ausführliche

Besprechungen: „Kurzübergebe und dann wird, ja, behandelt und danach wieder abgesprochen, was gemacht worden ist. Normalerweise ist es so, dass wir einmal im Monat ein großes Treffen haben“ (P4w46-50). Ein Arzt berichtete, dass es in einer kleineren Einrichtung überwiegend informelle Absprachen gibt, wobei dies auch stationsabhängig ist: „Und dadurch habe ich natürlich immer die Möglichkeit auf dem relativ kurzen Dienstweg, dort einfach zu sagen – Ist die Logopädin schon da? Nee, die kommt in zehn Minuten. Dann weiß ich, okay, in zehn Minuten gehe ich hin und dann treffe ich sie. Und dann kann ich sagen, ähm – Pass mal auf! Ich habe hier die und die Patientin oder den und den Patienten. Da ist uns das und das aufgefallen. Auf der Stroke gibt es diese Teambesprechung zwischen Arzt, Pflege, Logopädie, Physiotherapie täglich“ (A1m56-60).

Zeitlicher Umfang

Auch hinsichtlich des zeitlichen Umfangs des Austauschs wurden Unterschiede berichtet. Dies reicht von täglichen, kurzen Besprechungen („Der Austausch ist einmal täglich und eigentlich nicht mehr als fünf Minuten“ P5m26-30), täglichen Teamsitzungen („Wir haben täglich Patientenkonferenzen, ist jeden Tag am Nachmittag“ A6m41-45) über wöchentliche („einmal die Woche eine interdisziplinäre Teambesprechung“ P5m26-30), bis hin zu größeren Abständen, nach denen je nach Lage kurze oder längere Besprechungen oder auch gemeinsame Besuche bei PatientInnen stattfinden können: „Es gibt aber auch Tage, wo wir dann wirklich auch mal eine Stunde, zwei, je nachdem ob wir gemeinsame Patienten haben – wo wir gemeinsam untersuchen, dann mehr Austausch da ist“ (A2w31-35).

Räumliche Bedingungen

Der Austausch zwischen den behandelnden Professionen findet bei formellen

Kategorie	Subkategorie	Anzahl der Nennungen
Rahmenbedingungen des Austauschs	Setting	85
	zeitlicher Umfang	76
	räumliche Bedingungen	28
	Teilnehmende	61
Inhalt des Austauschs		91
Kommunikation	Formen und Wege	92
	Qualität – positive Aspekte	72
	Qualität – negative Aspekte	34
Barrieren in der Zusammenarbeit		125
Lösungsmöglichkeiten und Förderfaktoren		119
Relevanz der Logopädie	Relevanz für Einrichtung und Versorgung von PatientInnen	89
	Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit mit LogopädInnen	153
	besondere Bedeutung in der Corona-Pandemie	5
Zukunftsvision Interprofessionalität	Rahmenbedingungen	58
	Beiträge der Beteiligten	57

Tabelle 3 **Kategoriensystem**

Sitzungen in Konferenz- oder Gemeinschaftsräumen statt, insbesondere wenn sich mehrere Professionen treffen. Bei nur zwei Personen treffen sich diese z. B. in einem Behandlungszimmer: „Gut, es ist halt so, dass wir unsere Arztzimmer haben und die Logopädinnen haben ihre Zimmer, in denen auch Therapie durchgeführt wird. Und entweder das ist dann bei mir im Zimmer oder bei ihnen im Zimmer. Das wechselt dann auch“ (A2w31-35). Besonders Pflegefachkräfte berichteten von kurzen Begegnungen, die für einen spontanen Austausch genutzt werden: „Hauptsächlich findet das Ganze ja bei uns im Gang statt“ (P5m26-30). „Das findet mitten bei uns auf Station statt“ (P7w26-30). „Also eben manchmal zwischen Tür und Angel, im Stationszimmer, im Flur, wo man sich eben gerade trifft (schüttelt Kopf) (...) im Patientenzimmer“ (P6w36-40).

Teilnehmende

Die Anzahl und Zusammensetzung der Teilnehmenden an einem Austausch sind unterschiedlich. Es gibt sehr umfangreiche Teamsitzungen „mit Ergotherapie, Physio, Pflege und Sprache. Unser So-

zialdienst ist noch anwesend, manchmal auch jemand von der Krankenkasse oder von der Berufsgenossenschaft“ (P4w46-50). Oder es treffen sich Untergruppierungen: „Ja, also bei uns auf Station ist es dann eigentlich so, dass Kommunikation zwischen Logopäden und meiner Stationsassistentin stattfindet“ (P8w26-30).

Inhalt des Austauschs

In den Teamsitzungen gibt es in der Regel einen systematischen Austausch über die aktuellen PatientInnen: „Und dann haben wir Teambesprechung mit Chefarzt oder da sind auch alle, also ein Vertreter von allen Therapiegruppen ähm Berufsgruppen, Ärzte, Pflege und so weiter, Chefarzt, und da werden auch alle Patienten besprochen“ (A6m41-45).

Seitens der ÄrztInnen werden LogopädInnen bzw. SprachtherapeutInnen zur Befunderhebung hinzugezogen: „Und wenn ich jetzt ein Kind habe, wo ich Verdacht auf eine Sprachentwicklungsstörung habe, dann suche ich auch nochmal den Kontakt zu den Logopädinnen, einfach um dann ne Sprachentwicklungsdiagnostik machen zu lassen“ (A2w31-35). Auch gemeinsame Gespräche mit PatientInnen werden durchgeführt: „Und da besprechen wir auch sozusagen direkt mit dem Patienten, am Patienten zusammen, wie es weitergeht“ (A4w31-35).

Seitens der Pflegefachkräfte wurde sehr häufig das Thema „Schluckstörungen“ angesprochen, über das ein Austausch stattfindet: „Also unsere Logopäden machen gerade im Bereich Schluckassessment, Schluckscreening, da machen die Logopäden für die Pflege – Schulungen, wie sie das richtig durchführen müssen, ab wann sie quasi die Mahlzeiten unterbrechen müssen, wann man sagt, okay, man braucht ein erneutes logopädisches Konsil oder eine Meinung, also bei Vigilanzminderung et cetera“ (P8w26-30). „Ja also ganz klar bei der Einschätzung hinsichtlich Dysphagie und welche Kostform die Patienten einfach zu sich

nehmen können und was natürlich auch immer wichtig ist, einzuschätzen wo grade die sprachlichen Probleme sind, welche Aphasieform vorliegt und sie geben uns ja auch immer Tipps, wie man mit den Patienten auch besser sprechen kann“ (P9w26-30).

Kommunikation

Hinsichtlich der Kommunikation wurden „Formen und Wege“ sowie die „Qualität der Kommunikation“ im Hinblick auf positive und negative Aspekte genannt.

Formen und Wege

Neben dem direkten Austausch und der Anforderung über Konsile sowie gemeinsame Untersuchungen erfolgt eine Informationsweitergabe im Rahmen der Dokumentation: „Wir haben eine elektronische Patientenkurve. Sowohl auf der Stroke wie auch auf der Intensiv. Und da gibt es ein Extrafeld für logopädische Betreuung“ (A1m56-60). „Ja und es wird auch dokumentiert, dass man jederzeit nachlesen kann“ (P4w46-50). Allerdings wird die Dokumentation nicht zwingend genutzt: „Und jetzt aus deiner Erfahrung, hast du schon mal die Doku von der Logo gelesen?“ (Interviewerin) „(lachen) Nein, tatsächlich nicht“ (P3w21-25). Häufig wird angegeben, dass die Initiative für einen Austausch von der Logopädie/Sprachtherapie ausgeht: „Das geht aber von den Logos selbst aus. Also die kümmern sich darum, die fragen, wer ist zuständig“ (P6w36-40).

Qualität der Kommunikation

– positive Aspekte

Die Qualität der Kommunikation mit der Logopädie/Sprachtherapie wurde von fast allen Befragten sehr positiv beschrieben: unkompliziert, kollegial, gleichberechtigt, vertrauensvoll, hilfreich, bereichernd, harmonisch, zielführend, Probleme werden angesprochen, professionell. „Auf Augenhöhe, immer freundlich eigentlich, dass man sich wertschätzt, ja einfach das gegenseitige, dass man das sich einfach bewusst wird, dass beide Berufsgruppen wichtig sind, dass man sich gegenseitig eigentlich voll unterstützen kann, dass da Arbeit abgenommen werden kann, dass die Patienten/das Patientenwohl gesteigert wird“ (P3w21-25).

Qualität der Kommunikation

– negative Aspekte

Negative Aspekte wurden nur von wenigen Befragten genannt: „So ist es ein Gegeneinander, weil die eine sagt: Der kann des schon. Die andere sagt: Ihr dürft nicht. Und es kommt nicht zum Dialog“ (P1w51-55). „Also wenn sie sagt: Der hat sich das ganze Wochenende bei mir kein einziges Mal verschluckt. Und jetzt kommst du daher und sagst, der verschluckt sich? Schon haben wir einen Konflikt“ (P1w51-55). Hierbei können individuelle Probleme zwischen einzelnen Beteiligten die Situation beeinflussen: „Das ist wirklich schwierig, weil es wirklich personenbezogen ist. Das kommt einfach drauf an, mit wem man spricht“ (P1w51-55). Auch bei der schriftlichen Kommunikation können Missverständnisse entstehen: „Anfangs tatsächlich, weil die Dokumentation nicht klar war“ (P8w26-30).

Seitens der ÄrztInnenschaft wurde ein Spannungsverhältnis der Pflege mit der Logopädie/Sprachtherapie thematisiert: „Gibt immer wieder, ja, Unstimmigkeiten. Eher zwischen Pflege und Logopädie“ (A5w46-50). Vor allem wurde es als Problem für den Austausch gesehen, wenn die LogopädInnen bzw. SprachtherapeutInnen in der Einrichtung nicht festangestellt sind: „[Wenn wir] Logopädinnen haben, die im ambulanten Be-

reich sind, ambulant unsere Patienten betreuen, dann ist das relativ schwierig“ (A2w31-35).

Barrieren in der Zusammenarbeit

Eine zentrale Barriere für die Zusammenarbeit stellt der Faktor Zeit dar. Der gemeinsame Austausch zu festen Zeiten, aber auch in spontanen Situationen kostet Zeit, die die Beteiligten wiederum nicht für die Versorgung von PatientInnen nutzen können. Stress und Überlastungssituationen im klinischen Alltag verstärken dies. Zudem wird nicht in jeder Besprechung über Fälle gesprochen, die für sämtliche Professionen relevant sind, sodass nicht alle regelmäßig teilnehmen wollen: „Da raubt man den Leuten – so eine Sitzung kostet Zeit. Und wenn die dann da immer umsonst hinkommt und sie in dem Moment dann dasitzt und sagt – ja okay wieder kein Patient. Dann gehe ich wieder. – Dann macht das keinen Spaß“ (A1m56-60). Insbesondere der Austausch mit LogopädInnen bzw. SprachtherapeutInnen, die nicht fest in der Klinik angestellt sind, kommt zu kurz: „Die schicken Patienten bei uns zur Diagnostik, kriegen dann aber von uns ne kurze Rückmeldung nur und wir ne kurze Rückmeldung, aber das ist halt was, was recht schwierig dann auch mal läuft“ (A2w31-35).

Generell sind die Pflegefachkräfte kontinuierlich für die Versorgung der PatientInnen zuständig, während – auch festangestellte – TherapeutInnen nur zu bestimmten Zeiten behandeln. So kommt es zu Diskrepanzen bei der Einschätzung der Leistungen der PatientInnen: „Und die Pflege ist die Berufsgruppe, die ganz viele Tätigkeiten aus anderen Berufsgruppen mitübernimmt. Und vielleicht ist das genau das Problematische dran“ (P1w51-55). Dies betrifft vor allem den Umgang mit Schluckstörungen: „Weil die Pflege oft eben nicht weiß, was sie machen sollen, die kennen auch oft diese verschiedenen Kanülentypen gar nicht und die Logopädinnen sollen dann Logopädie machen, also sollen Sprechtraining oder Schlucktraining machen und dann sind die Patienten aber noch mit einer geblockten Kanüle versorgt und haben noch nicht mal einen Sprechaufsatz drauf“

KURZBIOGRAFIE

Prof. Dr. Norina Lauer studierte nach mehrjähriger Tätigkeit als Logopädin Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen. Danach war sie als Lehrlogopädin an Berufsfachschulen tätig und promovierte an der RWTH Aachen. Von 2009 bis 2018 führte sie den Bachelorstudiengang Logopädie der Hochschule Fresenius Idstein. Seit 2018 ist sie Professorin an der OTH Regensburg und leitet den ausbildungsintegrierenden Bachelorstudiengang Logopädie. Als Mitglied des „Regensburg Center of Health Sciences and Technology“ (RCHST) forscht sie an der Schnittstelle von Logopädie und Digitalisierung.

(A4w31-35). „Ich glaub die Pflege hat das Problem: Jetzt hab‘ ich es das ganze Wochenende gemacht, jetzt kommst du und denkst du kannst es besser? Und die Logopädie denkt sich: Hallo? Ich hab‘ es drei Jahre gelernt. Hör dir doch mal was von mir an“ (P1w51-55). Im pflegerischen Alltag werden die Pflegenden immer wieder mit den aktuellen Bedürfnissen der PatientInnen konfrontiert, sodass in der Versorgung mehr ausprobiert wird: „Die probieren auch mal aus ohne. Die sagen einfach: Ok gut, ne, wir versuchen jetzt, wie klappt das Schlucken? Und wenn die dann merken, der kann das Ganze auch schon. Also sind wir mal ganz ehrlich! Ein angedicktes Bier ist was anderes wie ein Bier“ (P1w51-55).

Lösungsmöglichkeiten und Förderfaktoren

Lösungen werden vor allem in einer guten Kommunikation gesehen und feste Besprechungszeiten und Übergaben vorgeschlagen, bis hin zur gegenseitigen Hospitation. Wertschätzung und Respekt gelten als entscheidend für ein gutes Verhältnis: „Dass man sich einfach bewusst wird, dass beide Berufsgruppen wichtig sind, dass man sich gegenseitig eigentlich voll unterstützen kann, dass da Arbeit abgenommen werden kann, dass das Patientenwohl gesteigert wird“ (P3w21-25). „Respekt, das Soziale. Ja, dass man sich einfach gegenseitig respektiert, ne?“ (P1w51-55). Die Verantwortung hierfür wird bei allen Beteiligten gleichermaßen gesehen: „Ich glaube das ist ein Miteinander, zum Beispiel mit diesen Morgenbesprechungen, da braucht man auch einfach wieder BEIDE, beide müssen sich dafür Zeit nehmen. Ja? Ich glaube es funktioniert nur gut im MITEINANDER“ (P5m26-30). Nachfragen sollten nicht als Kritik, sondern als Interesse an der Tätigkeit des Gegenübers verstanden werden: „[Wir] empfinden es aber auch nicht als: Warum mischt die sich jetzt ein? Sondern eher als: Ah, die ist interessiert, auch an dem, was wir machen“ (A4w31-35).

Relevanz der Logopädie/Sprachtherapie

Diese Kategorie ist in die Subgruppen „Relevanz für Einrichtung und Versorgung der PatientInnen“, „Relevanz der

interprofessionellen Zusammenarbeit mit LogopädInnen“ und die „besondere Bedeutung in der Corona-Pandemie“ untergliedert.

Relevanz für Einrichtung und Versorgung der PatientInnen

Die Relevanz der Logopädie/Sprachtherapie wird in vielen Äußerungen hervorgehoben. Allen voran werden die Schluckstörungen genannt, aber auch die Aphasie und Dysarthrie. Der Logopädie/Sprachtherapie wird eine große Bedeutung bei der Frührehabilitation zugeschrieben. So ist sie an Schluckendoskopien beteiligt, übernimmt das Kanülenmanagement und legt Kostformstufen fest. Hierbei wird ihr ein Expertenstatus zugeschrieben, der für die PatientInnensicherheit von besonderer Bedeutung ist: „Das erste Mal, wenn er halt schluckt, dass man einfach jemanden hat, der sich da voll auskennt“ (P3w21-25). „Dass ich da wirklich auch gern einen Schritt zurücktrete, weil da sind die Logos die Experten“ (P6w36-40). Nicht immer ist das gesamte Tätigkeitsspektrum der Logopädie/Sprachtherapie bekannt: „Also die Wichtigkeit der Logopäden wird, das ist jetzt wie gesagt nur rein persönliches Empfinden, manchmal so ein bisschen unterschätzt“ (A4w31-35). „Weil die ganzen anderen Fachgebiete, wo es [die Logopädie/Sprachtherapie] Sinn machen würde, haben wir jetzt so nicht auf Station“ (P7w26-30).

Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit

Im klinischen Alltag sind die verschiedenen Professionen aufeinander angewiesen. Dies gilt für ÄrztInnenschaft, Pflege und Logopädie/Sprachtherapie gleichermaßen: „Weil ich denke, dass die Sprache nicht ohne die Pflege kann und die Pflege nicht ohne Sprache“ (P4w46-50). Ein stärkerer interdisziplinärer Austausch und mehr Wissen voneinander werden als Möglichkeiten gesehen, die Qualität der Versorgung weiter zu verbessern. Eine akademisch qualifizierte Pflegefachkraft fand dies auch in ihrer Masterarbeit bestätigt: „Das Ende von meiner Masterarbeit war auf jeden Fall, dass Interprofessionalität sehr gut ist und die Qualität steigert“ (P3w21-25).

Besondere Bedeutung in der Corona-Pandemie

Immer wieder erwähnt wurden die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Teamsitzungen konnten nicht mehr in gewohnter Weise stattfinden, was deren Bedeutung verstärkt hat. Auch die Teamarbeit rückte weiter in den Vordergrund. Und aufgrund von Einschränkungen in der logopädischen Versorgung wurden Verschlechterungen bei PatientInnen deutlich: „Wir haben lange Zeit ja keine Therapie haben dürfen, daher kennen wir den Vergleich sehr gut, wegen der Corona-Pandemie. Die Therapeuten durften nicht kommen und da hatten wir im Dezember auch noch einen Ausbruch, da darf auch keine Therapie stattfinden und man merkt schon, dass dann sich die Patienten verschlechtern. Also gerade beim Essen und beim Trinken und auch beim Sprechen“ (P4w46-50).

Zukunftsvision Interprofessionalität

Im Hinblick auf ihre Zukunftsvision zur Interprofessionalität thematisierten die Interviewten sowohl wichtige „Rahmenbedingungen“ als auch die notwendigen „Beiträge der Beteiligten“.

Rahmenbedingungen

Die Befragten wünschten sich übereinstimmend regelmäßige, idealerweise tägliche Teamsitzungen mit allen an der Versorgung beteiligten Professionen: „Das wäre für mich der optimale interdisziplinäre Austausch, dass grundsätzlich quasi miteinander sich täglich kurz besprochen wird, wie es mit dem Patienten ist“ (P6w36-40). Bei der Aufnahme neuer PatientInnen könnten im interprofessionellen Team gemeinsame Zielsetzungen entwickelt und ein Behandlungsplan erstellt werden, den alle Mitglieder zusammen umsetzen. Auch interprofessionelle Visiten wären vorstellbar. Zudem wird der Bedarf nach gemeinsamen Schulungen geäußert.

Im Hinblick auf die Logopädie/Sprachtherapie werden in den Einrichtungen festangestellte TherapeutInnen als wichtige Bedingung für eine gute Versorgung gesehen. So sollte es für alle Stationen feste Ansprechpersonen geben und auf

allen Stationen, also nicht nur Stroke Units, sollte eine tägliche logopädische Betreuung ermöglicht werden. Angemessene personelle Ressourcen sind notwendig, die seitens der KostenträgerInnen und Krankenhäuser zu gewährleisten sind. Eine Pflegefachkraft sprach auch den Fachkräftemangel an: „Ein Wunsch wäre noch, dass es viel mehr von euch gibt, da gibt es ja auch zu wenige (lacht)“ (P4w46-50). Ein Arzt (A4w31-35) hielt es für wichtig, dass das Trachealkanülenmanagement fest in die Lehre der Logopädieausbildung eingebunden werden sollte. Ein anderer Arzt sah sogar die eigenständige Durchführung der fiberoptischen Schluckuntersuchungen durch die Logopädie/Sprachtherapie als zukünftige Möglichkeit: „Ja, genau also letztlich wäre es schön, wenn die Kolleginnen hier oben auch selbst die FEES durchführen könnten und sozusagen da nicht immer auf die HNO-ärztlichen Kollegen angewiesen wären“ (A3m36-40).

Beiträge der Beteiligten

Aus Sicht der Befragten müssen alle Professionen zusammenwirken, um eine gute Gesundheitsversorgung in den Einrichtungen zu gewährleisten. Hierzu wurde eine gelingende Kommunikation als zentrale Basis benannt. Diese müsse man sich immer wieder erarbeiten: „Dass Kommunikation kein Selbstläufer ist, sondern eben immer wieder trainiert werden muss, dass man seine Erfahrun-

gen sammeln muss. Und dann erleben muss, wie es manchmal auch voll nach hinten losgeht. Wenn man das schafft, also das ein bisschen weiter auch zu pflegen, werden wir besser werden und wir werden das brauchen“ (A1m56-60). Die Versorgung der PatientInnen wurde von einer Pflegefachkraft als gemeinsame Tätigkeit gesehen, die nur in einem guten Miteinander gelingen kann: „Also die Zukunftsvision wär' so, dass es wirklich ein gleichgestelltes nebeneinander oder MITEINANDER arbeiten ist“ (P8w26-30).

Diskussion

Aus den durchgeführten Interviews ergeben sich zahlreiche Hinweise dafür, welche Bedingungen für das Gelingen der interprofessionellen Zusammenarbeit von Bedeutung sind. Diese sind in Abbildung 1 zusammengefasst.

Als zentrale Bedingung für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit wurde von den Interviewten immer wieder eine „gute Kommunikation“ genannt. Um diese im klinischen Setting zu gewährleisten, werden feste Strukturen und standardisierte Abläufe (Eibl, 2021; Morley & Cashell, 2017) benötigt, die von allen Beteiligten regelmäßig wahrgenommen werden müssen, damit ein kommunikativer Austausch entstehen kann. Hierzu sollten alle beteiligten Berufsgruppen fest in ein Stationsteam eingebunden werden (Garrubba et al.,

2009). Verpflichtende Teambesprechungen wurden von den Interviewten nicht als ineffektive Pflichtveranstaltungen empfunden, wie es tlw. in der Literatur beschrieben wird (Franz et al., 2020; Prescher et al., 2021), sondern als hilfreich und auf die Bedürfnisse der PatientInnen ausgerichtet. Hinsichtlich der Moderation der Teamsitzungen wurde aus einem Interview deutlich, dass diese in der betreffenden Einrichtung weiterhin der ÄrztInnenschaft vorbehalten ist. Dies wird in der Literatur jedoch als Barriere für eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit gesehen (Kada et al., 2010; Eibl, 2021).

Neben festen Besprechungen wurden von den Befragten informelle Gespräche geschätzt, um einen kurzen und schnellen Austausch zu ermöglichen. So können auch berufsgruppenübergreifend genutzte Aufenthaltsräume den Austausch fördern (Franz et al., 2020). Bestätigt werden diese Ergebnisse durch die Studie von Shiney et al. (2020), in der festgestellt wurde, dass feste Teams, regelmäßige Besprechungen, interprofessionelle Behandlungseinheiten, gemeinsame Fortbildungen und informelle Gespräche die interprofessionelle Kommunikation positiv unterstützen. Eine große Herausforderung stellt hierbei aber der Schichtdienst dar, aufgrund dessen die Teamzusammensetzungen wechseln können.

Daneben fördert eine offene Fehlerkultur,



Abbildung 1 Bedingungen für das Gelingen interprofessioneller Zusammenarbeit

bei der gerade bei sich überschneidenden Aufgaben Probleme angesprochen und geklärt werden, die Zusammenarbeit (St. Pierre et al., 2011). Unterschiedliche Beobachtungen, wie sie z. B. von einer Interviewpartnerin in Bezug auf das Schlucken geschildert wurden, können zu divergierenden Einschätzungen führen, die es wertzuschätzen gilt: „Die Beobachtung, die eine Pflegekraft am Patienten macht, ist wertvoll und ebenso zutreffend wie die Ergebnisse der klinischen Schluckuntersuchung durch die LogopädIn“ (Eibl, 2021, S. 30). Somit sind auch persönliche Faktoren entscheidend, wie ein respektvolles Miteinander und das Entgegenbringen von Interesse und Achtung. Kliniken müssen zum Aufbau und Erhalt kommunikationsförderlicher Strukturen personelle, räumliche und vor allem zeitliche Ressourcen zur Verfügung stellen. Die durch die Klinikleitung vorgegebenen organisatorischen Strukturen haben einen deutlichen Einfluss auf die Ermöglichung interprofessioneller Zusammenarbeit (Morley & Cashell, 2017).

Gemeinsame Fortbildungen können die interprofessionelle Zusammenarbeit besonders fördern (McGrath & Kischka, 2002). Die Teammitglieder erhalten darüber Einblicke in den Arbeitsalltag der anderen Berufsgruppen und können ein besseres Verständnis für die Sichtweisen verschiedener Professionen schaffen (Franz et al., 2020). Um eine positive Haltung zur Interprofessionalität zu entwickeln, sollte sie bereits in der Ausbildung bzw. dem Studium als verpflichtendes Angebot enthalten sein (Fliedner & Eychmüller, 2016). Auch wenn das Thema in Ausbildungs- und Studiengängen immer mehr aufgegriffen wird (Cichon & Klapper, 2018), ist eine regelhafte Einbindung noch nicht der Fall (Mills et al., 2019; Ulrich et al., 2019), was sich auch in den Interviews bestätigt hat. Daher sollte es ein verbindliches Curriculum geben, das den Aufbau von Kompetenzen für eine koordinierte Zusammenarbeit in allen Ausbildungen im Gesundheitsbereich ermöglicht (RBS, 2011; SVR, 2007). In der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden (LogAPrO) ist allerdings interprofessionelles Arbeiten gar nicht enthalten. In Studiengängen der Logopädie/Sprachtherapie ist das Thema in

unterschiedlichem Maße integriert. Die Hochschulrektorenkonferenz sieht Interprofessionalität als essenziell für die „Sicherung und evidenzbasierte[n] Verbesserung der Gesundheitsversorgung und ihrer Qualität“ (HRK, 2017, S. 9). Die Verbindung von Interprofessionalität und Evidenzbasierung zeigt, dass der Erwerb berufsübergreifender Kompetenzen auf Hochschulebene anzusiedeln ist (Hartinger & Schubert, 2019). Im „Kompetenzprofil für die Logopädie“ (dbl, 2014) und dem „Interdisziplinären hochschulischen Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB)“ (HVG, 2014) ist der interprofessionelle Kompetenzerwerb bereits fest verankert (Hartinger & Schubert, 2019). Damit knüpfen diese Kompetenzprofile an die Forderungen führender Institutionen und Kommissionen an (RBS, 2011; WR, 2012).

Um eine kooperative Versorgung zu gewährleisten, müssen alle Professionen bereit sein, ihr eigenes Aufgabenverständnis infrage zu stellen und sich einer gemeinsamen Versorgung zu öffnen (Whitehead, 2007). Dazu wäre auch das Haftungsrecht zu überprüfen (RBS, 2011), um zu ermöglichen, dass Aufgaben, wie die Funktionelle endoskopische Evaluation des Schluckens (FEES), die bisher den ÄrztInnen vorbehalten ist, von der Profession durchgeführt werden können, in deren Arbeitskontext die Aufgabe sinnvoll eingebettet werden könnte.

Methodenkritische Diskussion

Mit 15 Interviews liegt zwar eine gewisse Anzahl an Daten vor, eine Datensättigung kann aber nicht angenommen werden. So wurden die Befragungen im gleichen Zeitraum und nicht nacheinander durchgeführt und ausgewertet. Vor allem aber erfolgte die Akquise der Teilnehmenden im Rahmen eines „Convenience Samplings“, also willkürlich, indem sie über persönliche Kontakte akquiriert wurden. Die stationären Einrichtungen wurden nicht nach einer bestimmten Systematik ausgewählt. Daher kann nur von einem ersten Einblick in ausgewählte klinische Institutionen gesprochen und eine Übertragung der Ergebnisse auf

stationäre Einrichtungen allgemein nicht vorgenommen werden. Es handelt sich damit um eine Ad-hoc-Stichprobe (Mayring, 2014), über die keine Hypothesen generiert werden können.

Obwohl alle InterviewpartnerInnen von Logopädinnen interviewt wurden, die sie zuvor nicht kannten, kann soziale Erwünschtheit die Ergebnisse beeinflusst haben, denn die Befragten sollten Auskunft über die Relevanz der Logopädie im klinischen Setting geben. Die Zuordnung von Befragten und Interviewerinnen erfolgte außerdem nicht randomisiert.

Da es sich um ein Projekt im Rahmen einer Lehrveranstaltung handelte, konnten auch weitere Gütekriterien der qualitativen Forschung aus zeitlichen Gründen weniger berücksichtigt werden. So musste auf einen ‚Teilnehmendencheck‘ verzichtet werden. Die Durchführung und Kodierung eines Interviews erfolgten nur über jeweils die Studierende, die die Befragung durchgeführt hatte auf der Basis gemeinsam erarbeiteter, einheitlicher Leitfäden. Probleme bei der Kodierung wurden in Lehrveranstaltungen besprochen und gemeinsame Anpassungen des Kategoriensystems vorgenommen. Die Studierenden waren jedoch in der Durchführung qualitativer Interviews bisher ungeübt, sodass Unsicherheiten in der Umsetzung nicht auszuschließen sind. Die Überprüfung der Gesamttabelle der Kodierungen und die induktive Überarbeitung des Kategoriensystems erfolgten durch die Autorin. Aufgrund der Auswahl der Studienteilnehmenden aus zwei verschiedenen Berufsgruppen, ihrem unterschiedlichen Alter und den verschiedenen Erfahrungshintergründen, konnten, wie in der qualitativen Forschung gewünscht, unterschiedliche Perspektiven in die Interviews einfließen. Andererseits hätte eine Eingrenzung der Befragung auf ÄrztInnen oder Pflegefachkräfte zu einem höheren Grad der Datensättigung führen können.

Schlussfolgerung und Ausblick

Übergeordnetes Ziel der Gesundheitsversorgung ist die bestmögliche Versorgung von PatientInnen. Interprofessionelles Handeln führt zu einer verbesserten und effizienteren Versorgung, einer höheren

Zufriedenheit der PatientInnen und einer Steigerung der Arbeitszufriedenheit der beteiligten Berufsgruppen (Hartinger & Schubert, 2019). Dies kann dazu beitragen, dass mehr Angehörige des Gesundheitswesens in ihrem Beruf verbleiben und damit dem Fachkräftemangel entgegenwirken (Sottas & Kissmann, 2015). Entscheidend „ist die Erkenntnis, dass keine Profession oder Institution allein in der Lage ist, den komplexen Problem- und Bedarfslagen der vorwiegend zu versorgenden Patientengruppen zu entsprechen und die nötigen mehrdimensionalen Versorgungsangebote vorzuhalten“ (Ewers, 2012, S. 10.e1). Davon ausgehend sind Entscheidungstragende auf verschiedenen Ebenen gefordert, interprofessionelle Versorgung voranzubringen. Dies gilt für die Politik im Rahmen der Novellierung der therapeutischen Berufsgesetze ebenso wie für Institutionen der Gesundheitsversorgung bei der Bereitstellung der nötigen Rahmenbedingungen, wie z. B. geeignete Räume für Teamsitzungen und vor allem ein angemessenes Zeitkontingent zur Realisierung interprofessioneller Zusammenarbeit. Aber auch auf Ebene der einzelnen Professionsangehörigen ist eine Umsetzung interprofessionellen Handelns erforderlich. Die vorliegende Untersuchung bestätigt, dass den Befragten die Bedeutung der Interprofessionalität bewusst ist und Barrieren wie Förderfaktoren erkannt werden. LogopädiInnen bzw. SprachtherapeutInnen werden von ÄrztInnen wie Pflegefachkräften als wichtiges Mitglied im interdisziplinären Team angesehen. In weitere Befragungen wären die Perspektiven der Ergo- und Physiotherapie sowie weiterer Berufsgruppen aus dem klinischen Setting einzubeziehen. Die Auswahl der stationären Einrichtungen sollte systematischer erfolgen und es könnten unterschiedliche Organisationsstrukturen untersucht werden, um deren Auswirkungen auf die Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit zu identifizieren. Darüber hinaus ließen sich über eine quantitativ ausgerichtete Fragebogenstudie Zusammenhänge zwischen Organisationsstrukturen und dem Gelingen von Interprofessionalität untersuchen. Schließlich sollten auch spezifische Maßnahmen zur Stärkung

der interprofessionellen Zusammenarbeit in klinischen Einrichtungen erforscht werden.

Danksagung

Wir bedanken uns bei allen Interviewpartnern für die Teilnahme an unserem Projekt.

Interessenkonflikte

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Literatur

- Cichon, I., & Klapper, B. (2018). Interprofessionelle Ausbildungsansätze in der Medizin. *Bundesgesundheitsblatt*, 61(2), 195–200. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2672-0>
- dbl – Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. (2014). *Kompetenzprofil für die Logopädie*. dbl.
- Eibl, K. (2021). Nebeneinander oder Miteinander? Zusammenarbeit von Logopädie und Pflege am Beispiel Stroke Unit. *Forum Logopädie*, 35(1), 28–33. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2021-53020210104>
- Ewers, M. (2012). Interprofessionalität als Schlüssel zum Erfolg. *Public Health Forum*, 77(20), 10.e1–10.e3. <https://doi.org/10.1016/j.phf.2012.09.009>
- Fenzl, T., & Mayring, P. (2017). QCAmap: eine interaktive Webapplikation für Qualitative Inhaltsanalyse. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation (ZSE)*, 37(3), 333–340.
- Fliedner, M., & Eychmüller, S. (2016). Ansprüche an die interprofessionelle Zusammenarbeit. Die anderen und ich. *Der Onkologe*, 22(9), 631–637. <https://doi.org/10.1007/s00761-016-0070-0>
- Franz, S., Muser, J., Thielhorn, U., Wallesch, C., & Behrens, J. (2020). Interprofessionelle Kommunikation zwischen therapeutisch Pflegenden und anderen therapeutischen Berufsangehörigen (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) in der neurologischen Frührehabilitation. *Die Rehabilitation*, 59(3), 149–156. <https://doi.org/10.1055/a-1024-8271>
- Garrubba, M., Turner, T., & Grieveson, C. (2009). Multidisciplinary care for tracheostomy patients: a systematic review. *Critical Care*, 13(R117), 1–6. <https://doi.org/10.1186/cc8159>
- Hartinger, M., & Schubert, A. (2019). Reflexion interprofessioneller Kompetenzen. *Forum Logopädie*, 33(1), 10–17. <https://doi.org/10.2443/skv-s-2019-53020190101>
- HRK – Hochschulrektorenkonferenz. (2017). *Primärqualifizierende Studiengänge in Pflege-, Therapie- und Hebammenwissenschaften*. www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Entschliessung_Primaerqualifizierende_Studiengaenge_14112017.pdf
- HVG – Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. (2014). *Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB)*. https://hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/FQR_ThGFB_%20HVG_2014_final.pdf
- Kada, O., Brunner, E., & Maier, M. (2010). Geschlechtsrollenorientierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104(6), 495–502. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2010.06.025>
- Klemme, B., & Siegmann, G. (2015). *Clinical Reasoning*. Thieme.
- Kuhlmei, A., Alschner, M. D., Büscher, A., Dielmann, G., Hopfeld, M., Igl, G., Höppner, H., Matzke, U., & Satrapa-Schill, A. (2011). Die Idee des Memorandums „Kooperation der Gesundheitsberufe“. *Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S)*, 65(2), 39–43. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-2-39>
- Lützenkirchen, A. (2005). Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen – Eine aktuelle Bestandsaufnahme. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 36(3), 311–324.
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S., & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 31(4), 1–5.
- Mayring, P. (2014). *Qualitative Content Analysis. Theoretical Foundation, Basic Procedures and Software Solution*. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoa-395173>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Beltz.
- McGrath, J., & Kischka, U. (2002). Interdisziplinäre Teamarbeit und Zielsetzung in der Rehabilitation. In P. Frommelt & H. Lösslein (Hrsg.), *Neuro-Rehabilitation* (S. 107–113). Springer.
- Mills, B., Hansen, S., Nang, Ch., McDonald, H., Wall, P., Hunt, J., & O’Sullivan, T. (2020). A pilot evaluation of simulation-based interprofessional education for occupational therapy, speech pathology and dietetic students: improvements in attitudes and confidence. *Journal of Interprofessional Care*, 34(4), 472–480. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1659759>
- Morley, L., & Cashell, A. (2017). Collaboration in Health Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 48(2), 207–216. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2017.02.071>
- Osiecki, N. (2019). Was bedeutet eigentlich interprofessionelle Zusammenarbeit? Interprofessionell, multiprofessionell, interdisziplinär – ist das alles das Gleiche? *Forum Logopädie*, 33(1), 6.
- Prescher, T., Wiesner, C., & Weimann-Sanding, N. (2021). Interprofessionelle Fallbesprechung braucht eine Lernkultur. *Pflegezeitschrift*, 74(3), 42–45.
- RBS – Robert Bosch Stiftung. (2011). *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe*. Robert Bosch Stiftung.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Rosenthal-Schleicher, K., & Meißner, A. (2017). „Wenn zwei sich streiten, leidet der Dritte ...“ Herausforderungen und Chancen im interprofessionellen Dialog zwischen pflegerischen und ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. *Pflegewissenschaft*, 19(9/10), 440–448.
- Shiney, F., Muser, J., Thielhorn, U., Wallesch, C.-W., & Behrens, J. (2020). Interprofessionelle Kommunikation zwischen therapeutisch Pflegenden und anderen therapeutischen

- Berufsangehörigen (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) in der neurologischen Frührehabilitation. *Die Rehabilitation*, 59(3), 149–156. <https://doi.org/10.1055/a-1024-8271>
- Sottas, B., & Kissmann, S. (2015). *Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP), Teilbericht 1, formative works*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-inter-professionalitaet-im-gesundheitswesen.html>
- St. Pierre, M., Hofinger, D., & Buerschaper, C. (2011). *Notfallmanagement. Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin*. Springer.
- SVR – Sachverständigenrat im Gesundheitswesen. (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Nomos.
- Ulrich, G., Homberg, A., Karstens, S., & Mahler, C. (2019). Attitudes towards interprofessional collaboration in young healthcare professionals. *Journal of Interprofessional Care*, 33(6), 768–773. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1597839>
- Walkenhorst, U. (2016). Die Relevanz Interprofessioneller Lern- und Arbeitsprozesse im Kontext der Akademisierung der Gesundheitsberufe. *International Journal of Health Professions*, 3(1), 21–28.
- Whitehead, C. (2007). The doctor dilemma in interprofessional education and care: how and why will physicians collaborate? *Medical Education*, 41(10), 1010–1016.
- WHO – World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. WHO.
- WR – Wissenschaftsrat. (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Wissenschaftsrat.
- World Medical Association, WMA. (2018). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. July 9th, 2018*. <https://www.wma.net>
- Zwarenstein, M., & Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072>
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub2>



Autorin

Prof. Dr. Norina Lauer
Ostbayerische Technische Hochschule
Regensburg
Fakultät Angewandte Sozial- und
Gesundheitswissenschaften
Seybothstr. 2, D-93053 Regensburg
norina.lauer@oth-regensburg.de

ELISABETH KRANKENHAUS
RECKLINGHAUSEN



Kommen Sie zu uns im Rahmen der Verstärkung unserer Teams zum nächstmöglichen Zeitpunkt als

Logopäde/-in (m/w/d)

in Voll- oder Teilzeit, unbefristet

Arbeitsschwerpunkte sind die Behandlung von Aphasien und Dysarthrien sowie die Diagnostik und Behandlung von Schluckstörungen. Als Logopäde/-in arbeiten Sie im therapeutischen Team aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Psychologie.

Sie überzeugen uns mit einer guten, abgeschlossenen Ausbildung und ggf. erster Berufserfahrung im Bereich der Behandlung von Patienten mit neurologischen und/oder geriatrischen Erkrankungen. Sie sind ein flexibler Teamplayer, der gerne über den Tellerrand hinausschaut, Verantwortung übernimmt und Menschen mit einem Lächeln begegnet.

Wir bieten Ihnen einen Arbeitsvertrag mit attraktiven Vergütungsstrukturen nach AVR-Tarif. Eine zusätzliche Altersversorgung ist für uns genauso selbstverständlich wie umfassende Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung mit umfassender Kostenübernahme. Der praktische Anteil der FEES Ausbildung ist durch eigenen Ausbilder gewährleistet.

Uns ist es wichtig, dass Sie gut bei uns ankommen, sich von Anfang an wohlfühlen und frei entfalten können – z. B. profitieren Sie von einem ausgezeichneten Einarbeitungskonzept, einer flexiblen Dienstplangestaltung sowie von unseren Unterstützungsangeboten bei der Wohnungssuche und Kinderbetreuung.

Was uns stark macht, ist eine auf christlichen Werten basierende Unternehmenskultur, eine persönliche Atmosphäre und kurze Wege sowie rund 500 freundliche, bestens qualifizierte und engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Bei Fragen melden Sie sich einfach telefonisch bei unserem Chefarzt der Geriatrisch-Neurologischen Klinik, Herrn Dr. med. Thomas Günnewig (Tel.: 02361/601-286), oder unserem Personalleiter, Herrn Jochem Kalthe gener (Tel.: 02361/601-109).

Klingt gut? Finden wir auch. Senden Sie Ihre Bewerbung, gerne per E-Mail im PDF-Format, an:

Elisabeth Krankenhaus GmbH

Personalabteilung
Röntgenstr. 10, 45661 Recklinghausen
E-Mail: bewerbung@ekonline.de

Eine Einrichtung der St. Franziskus-Stiftung Münster
und der katholischen Kirchengemeinde
St. Antonius Recklinghausen

www.st-franziskus-stiftung.de/karriere