



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Interprofessionalität in der Behandlung geriatrischer Patient:innen im klinischen
Setting

Eine multiperspektivische qualitative Studie

verfasst von | submitted by

Isabella Gutmann BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Dr. Berta Schrems Privatdoz.

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Anzahl und Verweildauer geriatrischer Patient:innen im Krankenhaus nimmt aufgrund der Alterung der Gesellschaft und der damit einhergehenden Multimorbidität sowie dem Risiko einer Pflegebedürftigkeit zu. Um geriatrischen Patient:innen eine adäquate Behandlung zu ermöglichen, bedarf es eines ganzheitlichen Ansatzes und interprofessioneller Versorgung. Die Integration einer solchen Arbeitsmethodik ist in der klinischen Praxis mit Hürden und Hindernissen verbunden.

Ziel: Ziel dieses Forschungsvorhabens ist es aufzuzeigen, wie interprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen der Versorgung geriatrischer Patient:innen im Akutsetting aus Sicht der involvierten Professionen funktionieren kann.

Methode: Die Forschungsfrage wird unter Anwendung eines qualitativen Forschungsansatzes beantwortet. Dazu wurden eine systematische Literaturrecherche, Einzelinterviews und Fokusgruppeninterviews mit Vertreter:innen der Professionen Medizin, Pflege und Physiotherapie, sowie mit weiteren Gesundheitsberufen im Kontext von „Good-Practice“-Fällen durchgeführt.

Ergebnisse: Spezifische Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit im Rahmen der geriatrischen Patient:innenversorgung begründen sich durch das Vorliegen von Multimorbidität, kognitiven Einschränkungen sowie einer verminderten Selbstständigkeit seitens der Patient:innen. In einem beständigen multiprofessionellen Betreuungsteam gilt es, eine gemeinsame Zielsetzung zu vereinbaren und durch strukturierte Tagespläne umzusetzen. Der Faktor Kommunikation nimmt aufgrund der Charakteristika geriatrischer Patient:innen eine besondere Rolle ein. Es bedarf einer Teamdynamik, welche jedes Mitglied ernst nimmt und unterstützt um adäquat auf herausfordernde Situation in der Patient:innenversorgung reagieren zu können.

Schlussfolgerung: Trotz literaturbasiertem Wissen bezüglich der Einflussfaktoren interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting bedarf es in der Praxis der kontinuierlichen Reflexion patient:innenspezifischer Merkmale und Bedürfnisse, um die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team effektiv und effizient gestalten zu können.

Abstract

Background: The number and length of stay of geriatric patients in hospitals is increasing due to the ageing of society and the associated multimorbidity and risk of care dependency. In order to provide geriatric patients with adequate treatment, a holistic approach and interprofessional care is required. The integration of such a work methodology is associated with hurdles and obstacles in clinical practice.

Aim: The aim of this research project is to show how interprofessional collaboration can work in the care of geriatric patients in an acute setting from the perspective of the professions involved.

Methods: The research question is answered using a qualitative approach. For this purpose, a systematic literature review, individual interviews and focus group interviews were conducted with representatives of the professions of medicine, nursing and physiotherapy, as well as with other healthcare professions in the context of “good practice” cases.

Results: Specific aspects of interprofessional collaboration in the context of geriatric patient care are based on the presence of multimorbidity, cognitive limitations and reduced independence on the part of patients. In a permanent multi-professional care team, it is important to agree on a common goal and implement it through structured daily plans. The communication factor plays a special role due to the characteristics of geriatric patients. A team dynamic is required that takes each member seriously and supports them in order to be able to react appropriately to challenging situations in patient care.

Conclusion: Despite literature-based knowledge regarding the influencing factors of interprofessional collaboration in the clinical setting, continuous reflection on patient-specific characteristics and needs is required in practice to be able to organize collaboration in the interprofessional team effectively and efficiently.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Ich versichere, keine anderen Quellen als die angegebenen verwendet zu haben und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht zu haben. Diese Masterarbeit ist bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt worden.

Wien, am 20.01.2025

Isabella Gutmann, BSc

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich zuallererst bei meiner Betreuerin Frau Mag. Dr. Berta Maria Schrems, M.A. Priv. Doz für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik bei der Erstellung dieser Masterarbeit bedanken. Durch hilfreiche Tipps, anregenden Inputs und dem Wissen Sie jederzeit kontaktieren zu können, konnte diese Masterarbeit mit Freude und Zuversicht verfasst werden.

Herzlicher Dank gilt ebenfalls allen Interviewteilnehmer:innen der Landesgesundheitsagentur Niederösterreich, welche mir offen begegnet sind und Ihre Erfahrung mit mir teilten. Danke für Ihr Vertrauen in mich als Forscherin. Zu großem Dank bin ich diesbezüglich ebenso den Vorgesetzten der inkludierten Stationen verpflichtet. Sie ermöglichten mir den Zugang zum notwendigen Forschungsfeld und unterstützten mich in der Umsetzung meiner Datenerhebung, wodurch diese Arbeit erst ermöglicht wurde.

Bedanken möchte ich mich weiters bei allen, die mich während meines Studiums unterstützt haben. Dies sind meine Freund:innen und Familie, die viel Verständnis für meine geringe Verfügbarkeit aufgebracht haben. Ohne diese wertvollen Menschen, ihre Unterstützung und hilfreichen Tipps würde ich heute nicht hier sitzen und diese Danksagung verfassen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	9
2.	Theoretischer Hintergrund	11
2.1	Interprofessionalität im Gesundheitswesen.....	11
2.2	Geriatrische Patient:innen im Gesundheitswesen.....	13
2.3	Der interprofessionelle Versorgungsanspruch in der geriatrischen Patient:innenbetreuung	16
2.4	Problemstellung	18
3.	Aktueller Forschungsstand	22
3.1	Literaturrecherche	22
3.2	Erkenntnisse der Literatur	26
3.2.1	Beeinflussende Aspekte auf institutioneller Ebene im klinischen Setting	28
3.2.2	Beeinflussende Aspekte auf interpersoneller Ebene im klinischen Setting ..	30
3.2.3	Beeinflussende Aspekte auf individueller Ebene im klinischen Setting	33
4.	Zielsetzung und Forschungsfrage	35
5.	Methodik	36
5.1	Forschungsansatz und Design	36
5.2	Fallauswahl und Feldzugang	36
5.3	Datenerhebung mittels Interviews	40
5.3.1	Qualitative Einzelinterviews	40
5.3.2	Qualitatives Fokusgruppeninterview	43
5.4	Datenauswertung	47
5.5	Gütekriterien	49
5.6	Ethische Aspekte	51
6.	Ergebnisse	53
6.1	Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit in der Versorgung multimorbider Patient:innen	54
6.1.1	Anerkennung der Notwendigkeit aller Berufsgruppen vor dem Hintergrund krankheits- und altersbedingter Komplexität	54
6.1.2	Ein gemeinsames realistische Ziel verfolgen vor dem Hintergrund multipler Ansatzmöglichkeiten	55
6.1.3	Personelle Kontinuität des interprofessionellen Betreuungsteams vor dem Hintergrund krankheits- und altersbedingter Komplexität	59
6.2	Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit in der Versorgung von Patient:innen mit kognitiven Einschränkungen.....	62

6.2.1 Kontinuierlicher Austausch aufgrund eingeschränkter kommunikativer Fähigkeiten	62
6.2.2 Tagespläne zur besseren Orientierung und Koordinierung vor dem Hintergrund des erschwerten Selbstmanagements	64
6.2.3 Sich gegenseitig ernst nehmen und gehört werden in Anbetracht der schwankenden Tagesverfassungen.....	65
6.3 Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit bei Patient:innen mit erhöhtem Betreuungsausmaß.....	67
6.3.1 Bestehen klarer Verantwortungsbereiche vor dem Hintergrund vorliegender Überschneidungen in Tätigkeitsbereiche	67
6.3.2 Die andere Berufsgruppe mitdenken sowie sich gegenseitig helfen in Anbetracht des hohen Arbeitsaufwandes.....	69
6.3.3 Eine etablierte Entlassungsplanung von Beginn an unter dem Aspekt einer fortbestehenden Einschränkung der Selbstständigkeit	71
6.4 Berufsspezifische Schwerpunkte interprofessioneller Zusammenarbeit im Kontext der geriatrischen Patient:innenversorgung	73
6.4.1 Sichtweise der Medizin	73
6.4.2 Sichtweise der Pflege.....	75
6.4.3 Sichtweise der Physiotherapie	76
6.4.4 Sichtweise konsiliarischer Berufsgruppen.....	78
7. Diskussion	81
8. Limitationen	87
9. Ausblick und Implikationen.....	89
9.1 Implikation für die Praxis	89
9.2 Ausblick für Lehre und Forschung	90
Literaturverzeichnis	92
Anhang	98
<i>Anhang 1: Informationsschreiben und Einverständniserklärung</i>	<i>99</i>
<i>Anhang 2: Interviewleitfaden Einzelinterview</i>	<i>102</i>
<i>Anhang 3: Interviewleitfaden Fokusgruppeninterview</i>	<i>105</i>
<i>Anhang 4: Postskript</i>	<i>108</i>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: <i>Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice (Gilbert et al., 2010)</i>	19
Abbildung 2: <i>Flussdiagramm Literaturrecherche, eigene Darstellung</i>	23
Abbildung 3: <i>Beeinflussende Faktoren interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting, eigene Darstellung</i>	26
Abbildung 4: <i>Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit in der Versorgung geriatrischer Patient:innen, eigene Darstellung</i>	53
Abbildung 5: <i>Einbettung der Besonderheiten der geriatrischen Patient:innenversorgung vor dem Hintergrund bestehender Erkenntnisse, eigene Darstellung</i>	82

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Beurteilung der Studienqualität mittels Methodenpapier nach Panfil und Ivanovic (2011)</i>	25
Tabelle 2: <i>Thematischer Überblick literaturbasierter Faktoren interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting, eigene Darstellung</i>	27
Tabelle 4: <i>Charakteristika der Einzelinterviewteilnehmer:innen, eigene Darstellung</i>	41
Tabelle 5: <i>Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmer:innen 1, eigene Darstellung</i>	45
Tabelle 6: <i>Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmer:innen 2, eigene Darstellung</i>	45
Tabelle 7: <i>Beispielhafte Darstellung des Codiervorgang, eigene Darstellung</i>	49

1. Einleitung

Bei der Betrachtung vorliegender Altersstrukturen und Prognosen wird eine Zunahme der weltweiten Bevölkerung im Alter über 65 Jahren deutlich sichtbar. Europaweit zeigte sich innerhalb der letzten 20 Jahre ein Anstieg der Bevölkerungsgruppe im Alter von über 80 Jahren von etwa vier Prozent auf sechs Prozentpunkte (European Commission, 2024). Bezüglich der Bevölkerung im Alter von über 85 Jahren wird im Zeitraum der nächsten 20 Jahre ebenso ein Anstieg mit bis zu sieben Prozent prognostiziert (World Health Organisation, 2016). Dieser allgemeine Trend spiegelt sich in der Altersstruktur in Österreich wider. Laut Statistik Austria (2023) leben derzeit 1 765 550 Personen im Alter von 65 Jahren und mehr in Österreich. Das macht einen Bevölkerungsanteil von 19,4 Prozent aus. Prognostiziert wird, dass dieser Anteil im Jahr 2026 auf 2 866 870 Personen beziehungsweise um etwa neun Prozent angestiegen sein wird. Der demographische Wandel hat in Österreich dazu geführt, dass zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit die Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen bereits größer als jene der bis zu 19-Jährigen ist (Statistik Austria, 2023). Dies zeigt, dass die Gesellschaft zunehmend mit Menschen im hohen Lebensalter und deren Bedürfnissen konfrontiert ist und weiterhin sein wird. Die Bevölkerungsgruppe im hohen Alter stellt somit einen bedeutenden Anteil der durch das Gesundheitssystem zu betreuenden Personen dar.

Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung bringt veränderte Anforderungen an die Gesellschaft und an das Gesundheits- und Versorgungssystem mit sich (World Health Organization, 2016). Grundsätzlich stellen ältere Personen, welche mehrere Lebensjahre in guter Gesundheit verbringen, keine Hürde für das Gesundheitssystem dar. Es gilt die Beachtung jener Jahre, welche vom Nachlassen körperlicher und geistiger Fähigkeiten geprägt sind (World Health Organization, 2016). Laut Robert Koch Institut (2024) geht das zunehmende Lebensalter mit einem Anstieg individueller Krankheitsrisikos sowie der Multimorbidität einher. Chronische Krankheiten treten in dieser Bevölkerungsgruppe altersbedingt gehäuft auf. Durch gesundheitliche Einschränkungen kommt es zur Gefährdung der alltagsrelevanten Selbstständigkeit, die wiederum zur Pflegebedürftigkeit führen kann (Gehr, 2022; Kricheldorf et al., 2022). Dieser Wandel des Krankheitsspektrums muss durch das Gesundheitsversorgungssystem bewältigt werden (Robert Koch Institut, 2024). Das

Gesundheitssystem steht aufgrund notwendigen Umdenkens in der Versorgung dieser Patient:innengruppe sowohl medizinisch als auch strukturell vor Herausforderungen. Die Versorgungsformen geriatrischer Patient:innen können individuell in diversen Settings erfolgen, jedoch mit dem Anspruch, dass dieser Patient:innengruppe eine individuell angepasste altersmedizinische Versorgung ermöglicht wird (Kolbe & Risseln, 2018).

Das Klinikum stellt ein mögliches Setting dar, in welchem eine Betreuung dieser Patient:innengruppe stattfindet. Zahlen aus Österreich zeigen, dass Personen im Alter von über 75 Jahren im Jahr 2022 insgesamt 614.075 stationäre Tage in Krankenhäusern verbracht haben, wohingegen die Anzahl der 15- bis 29-Jährigen bei 190.077 Tagen lag (Radtko, 2024). Dieser Trend wird durch Auswertungen zu Spitalsaufenthalten von Statistik Austria (2023) ebenso erkenntlich. 2022 kam es zu einer Spitalsentlassung von 961 935 Patient:innen im Alter von über 65 Jahren. Im Vergleich dazu handelt es sich im Alter von 15- 44 Jahren um 438 564 sowie im Alter von 45-64 Jahren um 548 489 Entlassungen (Statistik Austria, 2024). Aufgrund des hohen Anteils geriatrischer Patient:innen muss die Versorgung im Akutsetting den Bedürfnissen dieser Patient:innengruppe angepasst werden, um adäquat auf den demografischen Trend zu reagieren. In Anbetracht der weiteren Alterung der Bevölkerung wird die Geriatrie einen unumgänglichen Platz in der zukünftigen Gesundheitsversorgung einnehmen (Neubart, 2018). Laut Neubart (2018) führt insbesondere die Kooperation unter diversen Gesundheitsprofessionen zu einer erfolgreichen Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Die Kombination professionsübergreifender Kompetenzen, welche eine ganzheitliche Therapie und Versorgung ermöglichen, führt zu verkürzten Verweildauern in Kliniken, zur Optimierung des Patient:innenoutcomes sowie zu einer hohen Patientenzufriedenheit (Neubart, 2018).

2. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden für den Kontext dieser Forschungsarbeit relevante Begriffe erläutert. Es erfolgt eine Erklärung der Bedeutung von Interprofessionalität im Gesundheitswesen sowie geriatrischer Patient:innen im Gesundheitswesen. Zuletzt wird auf die Zusammenführung der Interprofessionalität mit der Betreuung geriatrischer Patient:innen im Sinne des notwendigen Versorgungsanspruches eingegangen. Daraus ergibt sich die Problemstellung, die den Ausgangspunkt für den Forschungsstand darstellt.

2.1 Interprofessionalität im Gesundheitswesen

Bei der Betrachtung kollaborativer Praxis im Gesundheitswesen kommt es zu unterschiedlichem Gebrauch der Begriffe Interdisziplinarität und Interprofessionalität (Schmerfeld & Schmerfeld, 2000). Unter Interdisziplinarität wird die Zusammenführung verschiedener Wissenschaftsbereiche verstanden. Es kommt zur Zusammenarbeit fachlich abgegrenzter Berufe, welche sich konkret einer bestimmten Disziplin, das heißt einem Wissenschaftsbereich, zuordnen lassen. Interprofessionalität hingegen bezeichnet allgemein die Zusammenarbeit diverser Professionen ohne konkrete Zuordnung der Wissenschaftsdisziplin. Mit dem Begriff Interprofessionalität im Gesundheitswesen (Schmerfeld & Schmerfeld, 2000) wird demnach die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen der Professionen Medizin und Pflege, beispielsweise durch Chirurg:innen, Anästhesist:innen, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und Pflegefachassistent:innen, bezeichnet. Interprofessionelles Handeln ist in einigen Versorgungsschwerpunkten bereits etabliert, beispielsweise im Bereich der Palliativversorgung (Schnell & Schulz-Quach, 2019).

Im Zusammenhang mit der ganzheitlichen Patient:innenversorgung wird Interprofessionalität fallweise synonym mit Multiprofessionalität verwendet. In beiden Fällen ist das Ziel, durch Kooperation verschiedener Fachdisziplinen und Berufsgruppen ein optimales Ergebnis für Patient:innen zu erbringen. Im Bereich der Interprofessionalität wird jedoch vermehrt von einem Miteinander gesprochen, wohingegen bei der Multiprofessionalität mehrere Disziplinen gleichzeitig nebeneinander arbeiten (Schnell & Schulz-Quach, 2019). Werden die Begriffe der Zusammenarbeit im sozialwissenschaftlichen Kontext betrachtet, begründet sich die

Differenzierung durch den Grad der Kooperation. Der Begriff Interprofessionalität scheint im Kontext der nötigen Zusammenarbeit passender zu sein, da hierbei vermehrt wechselseitige Verschränkungen auf verschiedenen Ebenen im Fokus stehen. Daher wird auch in der vorliegenden Arbeit das Konzept der Interprofessionalität als theoretische Grundlage verwendet. Kennzeichnend ist hierbei die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, wie der Pflege, Medizin sowie diverser therapeutischen Berufe, vor dem Hintergrund gemeinsamer Ziele und Maßnahmen für eine ganzheitliche Patient:innenversorgung. Dabei kommt es zu einer wechselseitigen Beeinflussung der unterschiedlichen Denkweisen innerhalb der Professionen bis hin zur gemeinsamen Entscheidungsfindung (Hofmann et al., 2022b).

Die Relevanz der Interprofessionalität im gesamten Gesundheitswesen wird durch die World Health Professions Alliance, in der diverse Gesundheitsberufe aus 130 Ländern vertreten sind, verdeutlicht. Es besteht das allgemeine Ziel, die globale Gesundheit zu verbessern. Dies soll durch Qualitätssteigerung in der medizinischen Versorgung, hervorgerufen durch eine bessere Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsberufen, erreicht werden (World Health Professions Alliance, 2019). Neben den Faktoren der Patient:innensicherheit sowie -zufriedenheit wird durch den optimalen Einsatz der Fachkompetenzen aller Berufsgruppen ein weiteres Augenmerk auf die Steigerung der Zufriedenheit des Gesundheitspersonals gelegt (Huber, 2022; Liesch, et al., 2020; Sottas & Kissmann, 2015). Eine geringer Personalfuktuation bei erfolgreicher Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit kann als Ausdruck der Personalfzufriedenheit interpretiert werden (Liesch, et al., 2020). Ebenso wird vermutet, dass interprofessionelle Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe im gesamten Gesundheitswesen aufgrund der daraus resultierenden höheren Versorgungsqualität zu einer Kostenreduktion führt (Huber, 2022; Liesch, et al., 2020; Platzer et al., 2020). Laut Schätzungen einer Kosten-Nutzen-Analyse des Bundesamtes für Gesundheit Bern ist für die Innere Medizin mit einer Kosteneinsparung von knapp neun Prozent als Folge von vermehrter interprofessioneller Zusammenarbeit auszugehen (Liesch, et al., 2020). Konkrete Berechnungen dazu stehen jedoch noch aus. Die interprofessionelle Betreuung stellt demnach auch eine Maßnahme dar, um den finanziellen Gesamtaufwand der Spitäler zu verringern (Liesch, et al., 2020).

Interprofessionalität spielt, unter Anbetracht der gesetzlichen Vorgaben des österreichischen Gesundheitssystems, ebenso auf der legislativen Ebene eine tragende Rolle. Die interprofessionelle Praxis umfasst die Beteiligung medizinischer, pflegerischer sowie therapeutischer Berufe und ist gesetzlich geregelt. Im Rahmen der Gesetzeslage der Pflege spielt die Interprofessionalität, wenngleich hier von Multidisziplinarität gesprochen wird, eine bedeutende Rolle. Denn laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG, 2016) wird das Mitwirken im multiprofessionellen Team vorausgesetzt. So heißt es in §16 Absatz 1 und 2 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (2016) folgendermaßen:

- „(1) Der multiprofessionelle Kompetenzbereich umfasst die pflegerische Expertise des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Teil des multiprofessionellen Versorgungsteams bei der Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Sozialberufen sowie anderen Berufen.
- (2) Im multiprofessionellen Kompetenzbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im multiprofessionellen Versorgungsteam das Vorschlags- und Mitwirkungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.“ (GuKG, 2016)

In Absatz zwei wird deutlich auf die mitwirkende Tätigkeit des Pflegepersonals hingewiesen. Davon lässt sich ableiten, dass das Miteinander in der Betreuung von Patient:innen eine übergeordnete Rolle trägt.

2.2 Geriatriische Patient:innen im Gesundheitswesen

Das Fachgebiet der Gerontologie befasst sich mit Themen des Alterungsprozesses aus Forschungs- und Praxisperspektive. Laut Künemund und Schroeter (2015) erfolgt in der Gerontologie eine Betrachtung des Alterungsprozesses aus verschiedenen Blickwinkeln, welche unterschiedliche fachspezifische Schwerpunkte haben können. Diverse Disziplinen setzen sich mit Fragen zu alten sowie hochbetagten Menschen auseinander, hierzu zählen die Berufsgruppen Pflege, Medizin, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychotherapie, Soziale Arbeit, Pharmazie sowie diverse weitere. Im Bereich der Geriatrie liegt der Fokus jedoch explizit auf der konkreten Versorgung und Therapie der Betroffenen. Es handelt sich um ein klinisches Fach (Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, o.D.). In der Geriatrie

kommt es im Speziellen zu einer Auseinandersetzung mit Krankheiten von alten Menschen sowie deren Behandlung (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V., o.D.). Als Spezialdisziplin zeichnet diese sich durch die Beachtung physischer, psychischer, funktioneller und sozialer Aspekte bei der Betreuung älterer Patient:innen aus. Hier werden die Behandlung akuter und chronischen Erkrankungen sowie die Beachtung von präventiven, rehabilitativen sowie palliativen Fragestellungen in den Vordergrund gestellt (Neubart, 2018). Die geriatrische Medizin beschreibt 17 Dimensionen um sich darüber zu definieren. Hierzu zählen unter anderem die Multimorbidität, die Risikoerkennung, die Einwilligungsfähigkeit und der Schutz von Rechten, psychosomatische Zusammenhänge, die Irreversibilität und Todesnähe, sowie die Interdisziplinarität (Bruder et al., 1992).

Für die Definition geriatrischer Patient:innen kann primär nicht das Lebensalter herangezogen werden (Neubart, 2018). Eine spezifische Altersdefinition gibt es daher in der Geriatrie nicht, der Fokus liegt hingegen auf den typischen Erkrankungen bei älteren Patient:innen. Laut Neubart (2018) sind die Patient:innen meist über 65 Jahre alt. Die am meisten von der geriatrischen Disziplin profitierende Bevölkerungsgruppe sind in der Regel jedoch Patient:innen im Alter von 80 Jahren und älter. Charakteristische multifaktorielle Problemkonstellationen, welche sich bei einem gealterten Organismus ergeben, bilden die Grundlage für die Definition. Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (o.D.) sowie der Bundesverband Geriatrie e. V. haben gemeinsam für eine einheitliche Definition die zwei Hauptkriterien, geriatritypische Multimorbidität sowie ein höheres Lebensalter, festgelegt.

Krankheitszustände können sich im Alter unterschiedlich präsentieren und zu einer komplexeren Diagnostik führen (Kolbe & Risseln, 2018). Außerdem bedarf es der individuellen Betrachtung der Behandlung, da die Wirkung standardisierter Prozedere unterschiedlich ausfällt. Demnach stellt die Behandlung geriatrischer Patient:innen eine Herausforderung dar. Häufig besteht eine Beeinträchtigung der Mobilität, die die Alltagskompetenz der Betroffenen stark einschränkt. Außerdem zeigen sich gehäuft Schwierigkeiten in der Kommunikation sowie der Bewältigungsfähigkeit in Bezug auf Krankheiten. Die geriatrische Medizin ist auf eine Behandlung über einen organzentrierten Zugang hinaus auf ein interdisziplinäres Team angewiesen (Neubart, 2018). Das Ziel der Geriatrie zeichnet sich durch den Anspruch einer sogenannten „Restitutio ad optimum“, einer bestmöglichen Wiederherstellung eines

Gesundheitszustandes, aus. Das Erlangen der größtmöglichen Autonomie und Lebensqualität steht im Fokus der Zielerreichung.

Einschränkung, die zu einem Autonomieverlust führen, bedeuten für Betroffene eine Inanspruchnahme fremder Hilfe. Die meisten Störungen des Bewegungsapparates sind therapiepflichtig, wodurch die Physiotherapie eine bedeutende Therapeutengruppe in der Geriatrie darstellt. Die Ergotherapie und Pflege stellen laut Neubart (2018) ebenso wichtige Berufsgruppen zur Unterstützung und dem Erhalt der Alltagskompetenzen dar. Die Krankheitsverarbeitung, Coping genannt, stellt für geriatrische Patient:innen aufgrund der weitreichenden Folgen ihrer Erkrankungen eine Herausforderung dar. Beinahe für alle Patient:innen bedeutet die Verschlechterung des Gesundheitszustand einen existentiellen Einschnitt. Um die Problematik der daraus resultierenden Ängste und Gedanken über die eigene Endlichkeit aufzugreifen, ist ein Hinzuziehen von Psycholog:innen notwendig (Neubart, 2018).

Bei der Betrachtung der Versorgungslandschaft in Österreich sind Akutgeriatrien und Remobilisationen im österreichischen Strukturplan für Gesundheit als Primärversorgung geriatrischer Patient:innen vorgesehen (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024). Die Behandlung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team auf medizinischer, funktioneller, psychischer, kognitiver und sozialer Ebene. In Österreich liegt das Ziel einer solchen stationären Versorgung in der Erhaltung sowie Wiederherstellung von Selbstversorgungskompetenzen und in der damit einhergehenden Erhöhung der Lebensqualität.

Die Akutgeriatrie und Remobilisation erfährt laut Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz durch das Konzept der interdisziplinären, bedürfnisorientierten und multiprofessionellen Betreuung mehr gesellschaftliche Akzeptanz. Auch die Überleitung in andere Versorgungsstrukturen, wie der häuslichen Versorgung nach einem stationären Aufenthalt, wird durch die Akutgeriatrie und Remobilisation im Rahmen des Entlassungsmanagements unterstützt. So kann in Österreich die Versorgung geriatrischer Patient:innen sowohl stationär, ambulant als auch im häuslichen Setting durch eine mobile geriatrische Remobilisation erfolgen. Die stationäre Behandlung ist häufig einer vorhergehenden fachspezifischen

Gesundheitsproblematik geschuldet, welche eine Versorgung im Klinikum bedarf. In Österreich stehen für eine stationäre Behandlung 53 geriatrische Abteilungen im Akutsetting zu Verfügung. In Anbetracht einer ambulanten Behandlung kann einer der 13 Standorten gewählt werden (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, o.D.).

Die Geriatrie wird in den zukünftigen stationären Versorgung im Krankenhaus eine wachsende Fachabteilung darstellen (Kolbe & Risseln, 2018; Neubart, 2018). In Deutschland stellt die Patient:innengruppe über 65 Jahren bereits die größte zu Behandelnde im klinischen Setting dar. Resultierend aus dem demografischen Wandel wird mit einer erhöhten Nachfrage der Krankenhausleistungen für Menschen im hohen Alter gerechnet. Die Altersmedizin im Akutsetting benötigt daher eine frühzeitige Anpassung des Leistungsangebotes, um sich an diesem Trend auszurichten sowie sich zu positionieren. Es bedarf altersmedizinischer Standards um qualitativ hochwertige Versorgung der geriatrischen Patient:innengruppe zu ermöglichen. Besonders der Interprofessionalität muss hier Beachtung geschenkt werden (Kolbe & Risseln, 2018).

2.3 Der interprofessionelle Versorgungsanspruch in der geriatrischen Patient:innenbetreuung

Die geriatrische Medizin benennt die Interdisziplinarität, obgleich in dieser Arbeit die Interprofessionalität betrachtet wird, als Teilaspekt ihres Fachgebietes und beschreibt diese als notwendige Kooperation mit benachbarten Disziplinen (Bruder et al., 1992). Die Komplexität bezüglich des Gesundheitszustandes multimorbider Patient:innen spiegelt sich in der Entscheidungsfindung bezüglich einer adäquaten Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe wider (Roller-Wirnsberger et al., 2020). Dazu bedarf es einer Miteinbeziehung diverser Facetten des Lebens im hohen Alter. Darunter fallen auch psychophysische Faktoren, beispielsweise der Autonomieverlust, begründet in der durch die Symptomlast verursachten Gebrechlichkeit. Ein rein medizinischer Fokus reicht für eine angemessene Behandlung der Patient:innen nicht aus, da physio- und ergotherapeutische Behandlungen sowie aktivierende Pflege ebenso notwendig sind (Kricheldorf et al., 2022).

Nur durch eine Versorgung, die Perspektiven und Therapiemöglichkeiten mehrerer Berufsgruppen einschließt, kann einer häufig resultierenden Pflegebedürftigkeit mit Auswirkungen auf verschiedenste Lebensbereiche adäquat begegnet werden (Bruder et al., 1992). Erkenntnisse aus der Forschung machen die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit im Rahmen der geriatrischen Patient:innenversorgung sichtbar. Positive Ergebnisse finden sich auf patienten-, organisations- sowie teambezogener Ebene (Sottas & Kissmann, 2015). Bereits im europäischen Gesundheitsprogramm wird verdeutlicht, dass interprofessionelle Versorgung angestrebt wird, um die Patient:innenerfahrungen und deren Outcomes zu verbessern. Neben diesen patient:innenbezogenen Vorteilen ist auch eine Steigerung der Effektivität der Gesundheitsversorgung zu beobachten (Platzer et al., 2020). Dieser positive Effekt hinsichtlich der geriatrischen Patient:innenversorgung wird auch in weiteren Forschungen bestätigt (Hofmann et al., 2022b; Roller-Wirnsberger et al., 2020).

Patient:innenversorgung soll in der Geriatrie multidimensional erfolgen. Daher bedarf es eines multiprofessionellen therapeutischen Team, das in jeder Phase der Behandlung nach eigener Expertise agieren kann (Neubart, 2018). Zum geriatrischen Team gehören folgende Berufsgruppen: Ärzt:innen, Pflege, Physiotherapeut:innen, Diätassistent:innen, Kunsttherapeut:innen, Musiktherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Sprachtherapeut:innen, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, Seelsorger:innen, und je nach therapeutischem Konzept noch weitere Berufsgruppen.

In der Geriatrie zeichnen sich gehäuft Kombination aus medizinischen, psychologischen und sozialen Problemen ab. Eine klare Abgrenzung der diversen Fachgebiete in der Betreuung von Patient:innen ist bei zunehmender Komorbidität nicht mehr zielführend (Neubart, 2018). Folglich stellt die Geriatrie eine geeignete Fachabteilung für interprofessionelle Betreuungsansätze dar. Um eine geriatrische Versorgung zu ermöglichen, bedarf es der Überlegung, welches Setting sich hierzu eignet. Eine Versorgung kann im klinischen Setting durch eine eigene geriatrische Abteilung oder auf einer bestehenden Fachabteilung, welche konsiliarisch geriatrisch mitbetreut werden kann, erfolgen. Die konsiliarische Mitbetreuung stellt laut Kolbe und Risseln (2018) in vielen Krankenhäusern eine gängige Betreuungsform geriatrischer Patient:innen dar, da meist ein fachspezifischer Aufnahmegrund besteht. Ein weiterer Grund hierfür sind die geringen Kapazitäten geriatrischer Fachabteilungen im

klinischen Setting. Eine Mitbetreuung durch Geriater:innen ermöglicht eine hochwertige Betreuung und führt schlussendlich aufgrund des ganzheitlichen Betreuungsansatzes zu einer Verringerung der Verweildauer sowie einer Minimierung von Komplikationen. Dies ist auf den präventiven, geschärften Blick der Geriater:innen hinsichtlich häufig auftretender Wechselwirkungen zurückzuführen (Kolbe & Risseln, 2018).

Eine weitere klinische Betreuungsmöglichkeit stellt die stationäre Aufnahme auf einer geriatrischen Abteilung dar. Im Setting der geriatrischen Fachabteilung sind einige strukturelle und prozessuale Voraussetzungen hinsichtlich den Bedürfnissen geriatrischer Patient:innenbetreuung ausgeprägter vorhanden als auf anderen Fachabteilungen. Geriatrische Fachabteilungen ermöglichen Kliniken eine optimale Betreuung dieser Patient:innengruppe (Kolbe & Risseln, 2018). In einer geriatrischen Fachabteilung wird der Fokus auf das Leben nach dem stationären Aufenthalt gelegt. Das geriatrische Team versucht den Patient:innen durch therapeutische Maßnahmen wieder ein selbstständiges Leben zu ermöglichen, mit dem Ziel der Entlassung in die häusliche Umgebung (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, o.D).

2.4 Problemstellung

Die interprofessionelle Zusammenarbeit stellt laut World Health Organization eine Strategie dar, um Krisen und Gesundheitsproblematiken entgegenzuwirken. Hierfür wurde das „Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice“ entwickelt (Gilbert et al., 2010). Faktoren der interprofessionellen Ausbildung sowie Praxis bilden die Grundbausteine des Frameworks. Dieser kollaborative Ansatz soll wiederum zu einer Stärkung des gesamten Gesundheitssystems führen. Bezüglich der Umsetzung einer kollaborativen Praxis verweisen die World Health Organization selbst und die World Health Professions Alliance auf die zentrale Bedeutung der jeweiligen Kontexte, in welchen die interprofessionelle Zusammenarbeit stattfinden soll. Je nach den bestehenden Gegebenheiten bedarf es unterschiedlicher Kooperationspraktiken und Mechanismen, um die erfolgreiche Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit zu fördern und zu ermöglichen (Gilbert et al., 2010; World Health Professions Alliance, 2019).

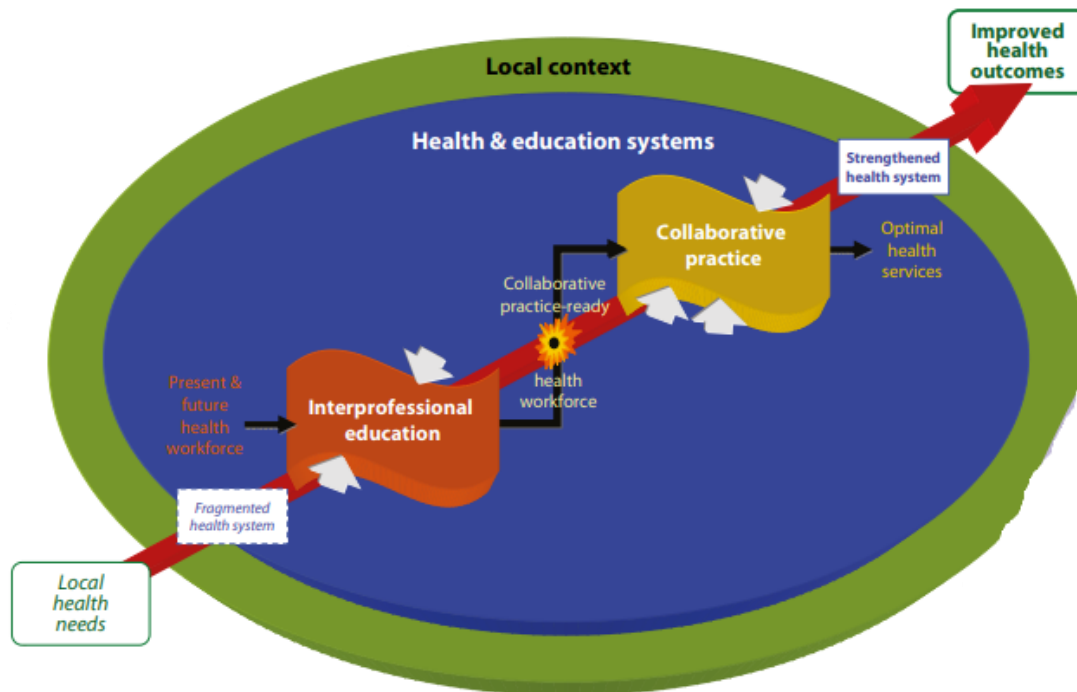


Abbildung 1: Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice (Gilbert et al., 2010)

Trotz bestehender Empfehlungen und Frameworks zur Implementierung der interprofessionellen Zusammenarbeit lassen sich in der Praxis Hürden und Herausforderungen bezüglich der Umsetzung im Kontext der Versorgung von geriatrischen Patient:innengruppen feststellen (Huber, 2022). Das Funktionieren von interprofessioneller Zusammenarbeit ist nicht nur von politischen und organisatorischen Entscheidungsträgern abhängig, sondern wird ebenso durch den Beitrag der Fachpersonen selbst beeinflusst (Schot et al., 2020). Die Notwendigkeit der Implementierung steht außer Frage, wobei es zu beachten gilt, dass eine Umsetzung in der Praxis mit hohen Anforderungen für alle beteiligten Personen einhergeht (Hofmann et al., 2022b). In der Versorgung von Menschen im hohen Alter werden vor allem die Rahmenbedingungen im Akutsetting als herausfordernd beschrieben, da diese oft mit den besonderen Bedürfnissen und Verhaltensweisen von geriatrischen Patient:innen, wie beispielsweise bei Menschen mit Demenz, kollidieren. Dadurch steigen pflegerische und organisatorische Anforderungen (Gehr, 2022). Unter den angegebenen Gründe für eine geringe Praxisumsetzung fallen beispielsweise fehlende interprofessionelle Ausbildung, Zeitmangel, schlechte Kommunikation, unklare Aufgabengebiete sowie Ängste bezüglich der beruflichen Identität (Huber, 2022).

Die geschilderte Problemstellung führte bereits 20 Jahre vor Veröffentlichung der vorliegenden Arbeit zur Durchführung von Forschungsprojekten bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen mit dem Fokus auf Implementierung im klinischen Setting. Im Jahr 2000 wurden von Schmerfeld und Schmerfeld (2000) Probleme der Implementierung sowie Ansatzpunkte für Innovationen identifiziert. Hierbei kam es vor allem zur Thematisierung des Aspekts der stark ausgeprägten disziplinären Identität. Der beschränkende Fokus auf die eigene Disziplin macht eine Kooperation über die Grenzen dieser hinweg kaum möglich. So bilden auch disziplinäre Kommunikations- und Sprachunterschiede eine Hürde und stellen einen Veränderungsansatz dar. Auch Beeinflussungen der Organisation durch bestehende Kulturen, wie beispielsweise das Konfliktmanagement betreffend, können zur wirksamen Implementierung beitragen oder diese hindern. Weiters sind die Persönlichkeit und Individualität der tätigen Personen für ein Funktionieren ausschlaggebend. Zusammenfassend wird beschrieben, dass Lösungsansätze in Form von Strategien und Konzepten im Sinne einer Patentlösung kritisch betrachtet werden müssen, da es komplexere Perspektiven vor Ort seitens der tätigen Personen für den bestehenden Kontext benötigt.

In der Studie von Gurtner und Wettstein (2019) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit der Fachhochschule Bern wird 19 Jahre später auf den Forschungsbedarf zu interprofessioneller Zusammenarbeit verwiesen, da diese im Gesundheitssystem noch keine Selbstverständlichkeit darstellte. In dieser Studie wurden die mögliche Förderung von Anreizen sowie die Minderung von Hindernissen interprofessioneller Kooperation untersucht. Es wurde deutlich, dass individuelle Kombinationen verschiedener Maßnahmen benötigt werden, um eine Implementierung erfolgreich umzusetzen. So wurde auf die Bedeutung von klaren Prozessen und Strukturen seitens der Gesundheitsträger im Rahmen von Regelungen, Leitlinien sowie Schnittstellenmanagement verwiesen. Ebenso findet sich die organisatorische Ebene wieder, in welcher das interprofessionelle Arbeiten im Team auch ermöglicht werden muss. Darunter fallen Entwicklungsprogramme, Trainings sowie diverse technische Unterstützungssysteme, welche die Zusammenarbeit erleichtern. Der Aspekt der Vorbildrolle durch die Führung trägt ebenso zur Sensibilisierung für Interprofessionalität bei. Anreize auf individueller und organisationaler Ebene können dazu führen, dass Interprofessionalität noch stärker gelebt wird. Dazu zählen

gesetzliche Vorgaben zur Erfüllung eines Mindestmaßes an interprofessioneller Zusammenarbeit, aber ebenso das Bereitstellen von zeitlichen Ressourcen, um die geforderte Zusammenarbeit umsetzen zu können.

Im Jahr 2022 wird in der Publikation von McLaney et al. (2022) die Implementierung der interprofessionellen Zusammenarbeit im klinischen Setting ein weiteres Mal thematisiert. In dieser Studie wird als Ansatzpunkt die Anwendung des Sunnybrook-Frameworks für Teamkompetenzen beschrieben. Die Beschreibung notwendiger Kompetenzen bildet einen Rahmen, um die Implementierung in Krankenhäusern bezüglich der Zusammenarbeit im Team und die dazu notwendigen Fähigkeiten fördern zu können. Zu diesen zählen Kommunikationsfähigkeit, Reflexion, Rollenverständnis, die Fähigkeit gemeinsame Entscheidungen zu treffen, interprofessionelle Werte zu vertreten sowie Konflikte auf interprofessioneller Ebene zu lösen (McLaney et al., 2022).

Alle Forschungsergebnisse haben gemeinsam, dass weiterhin Forschungsbedarf gegeben ist. Vor allem die Tatsache, dass die Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit stark kontextabhängig ist, verweist auf die Notwendigkeit einer spezifischen Betrachtung von Umsetzungsmöglichkeiten (Gurtner & Wettstein, 2019; Schot et al., 2020; Sottas & Kissmann, 2015). Trotz vielseitiger Forschung zeigt sich bei der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen bislang, dass von einer generalisierbaren Maßnahme zur Implementation abgesehen wird. Dies wird mit den Spezifitäten der Settings und der handelnden Personen und Teams begründet (Gurtner & Wettstein, 2019; Schot et al., 2020). Es besteht grundlegend die Notwendigkeit einer Reflexion des Kontextes, um Empfehlungen für eine Implementierung für den jeweiligen Bereich aussprechen zu können, da ansonsten eine zu hohe Unschärfe besteht (Sottas & Kissmann, 2015).

Das Stattfinden einer Versorgung geriatrischer Patient:innen durch ein interprofessionelles Team im Akutsetting bildet solch einen konkreten Kontext ab. Förderliche Aspekte interprofessionellen Handelns im klinischen Setting werden bereits durch Literatur belegt, Aspekte in der geriatrischen Betreuung fehlen hierbei jedoch. In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus darauf aufzuzeigen, wie interprofessionelle Zusammenarbeit in diesem Kontext erfolgen kann.

3. Aktueller Forschungsstand

Der bestehende Forschungsstand bildet das Fundament dieser Arbeit und stellt den Ausgangspunkt für den anschließenden empirischen Teil dar. Zur Darstellung des aktuellen Wissenstandes bezüglich Interprofessionalität im klinischen Setting und den dazu notwendigen Voraussetzungen wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, die Ergebnisse aufbereitet und zusammenfassend dargestellt.

3.1 Literaturrecherche

Die Durchführung einer systematischen Literaturrecherche bringt Aufschluss über bereits bestehende Erkenntnisse bezüglich beeinflussender Faktoren für die Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting. Es gilt, bestehendes Wissen diesbezüglich zu sammeln und zu analysieren. Die identifizierten Faktoren bilden in Folge Anhaltspunkte für eine anschließende empirische Datenerhebung.

Die Literaturrecherche fand im Zeitraum von Jänner 2024 bis Juli 2024 statt. Die Durchführung erfolgte in Anlehnung an den sieben Schritten von Lazer et al. (2010), wobei eine Erweiterung durch eine Beurteilung der Studien erfolgte. Das Rechercheziel wurde definiert, Ein- und Ausschlusskriterien festlegen, Datenbanken ausgewählt, Suchkomponenten definieren, Screening und Beschaffung der Literatur, sowie eine Bewertung der Studien mit anschließender Datensynthese.

Das Ziel bestand darin, Faktoren, welche die Umsetzung von interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting beeinflussen, zu identifizieren. Hierbei lag der Fokus auf Bedingungen und Gegebenheiten im Setting Krankenhaus. Eingeschlossen wurden Publikation in englischer und deutsche Sprache aus den letzten 20 Jahren.

Für die Recherche wurden die Online-Datenbanken Pubmed, Cinahl sowie Cochrane Library aufgrund des medizinischen sowie pflegerischen Fokus zur Recherche herangezogen. Die Suchbegriffe wurden auf folgende eingeschränkt: „interprofessional collaboration“, „interprofessional collaborative practice“, „interprofessional practice“, „implementation“, „framework“, „competencies“, „hospital“ und „clinical setting“, sowie „education“. Die Recherche erfolgte durch eine einheitliche Kombination der genannten Suchbegriffe unter Einsatz Booleschen Operatoren. Folgende Begriffskombinationen wurde zur Suche herangezogen: („interprofessional collaboration“ OR „interprofessional collaborative practice“ OR „interprofessional

practice“) AND („implementation“ OR „competencies“ OR „framework“) AND („hospital“ OR „clinical setting“) NOT „education“. Die Ergebnisse dieser Suche wurden zusätzlich gefiltert durch den Anspruch des Vorhandenseins der Suchbegriffe in Titel oder Abstract.

Der Suchvorgang wird mittels Flussdiagramm dargestellt und anschließend beschrieben.

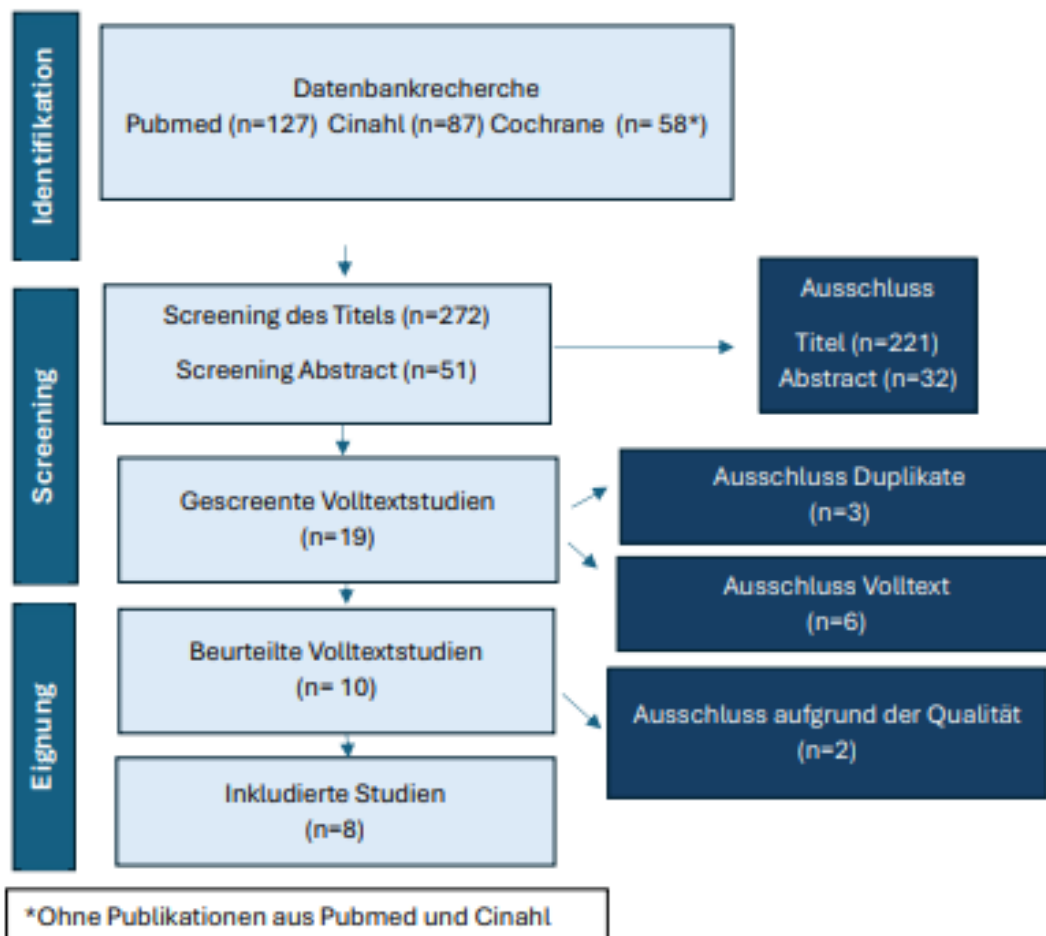


Abbildung 2: Flussdiagramm Literaturrecherche, eigene Darstellung

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten in Pubmed 127 Treffer, in Cinahl 87 Treffer sowie in Cochrane, unter Ausschluss der in Pubmed und Cinahl publizierten Literatur, 58 Treffer erzielt werden.

Das Screening der identifizierten Publikationen fand in drei Phasen statt. Die Exklusion erfolgte anhand der Beurteilung des Titels, des Abstracts sowie einer Volltextsichtung. Die zuvor definierten Einschlusskriterien bildeten die Grundlage des Screenings, wodurch eine einheitliche Begründung der Exklusion stattfinden konnte. Im ersten Schritt erfolgte eine Sichtung der Titel, wodurch sich die Treffer in Pubmed auf 24, in

Cinahl auf 27 sowie in Cochrane Library auf keinen Treffer reduzierten. Dies begründet sich durch Ausschlusskriterien eines anderen Settings als dem klinischen Setting, einem Fokus auf Auszubildende und Lehrprogramme sowie einer Outcomemessung von Einzelinterventionen anstatt notwendiger Faktoren zum Ermöglichen interprofessioneller Zusammenarbeit.

In einem weiteren Schritt wurden 51 Abstracts gescreent und eine Exklusion von weiteren 32 Publikation vorgenommen. Diese Reduktion begründet sich durch Faktoren des beschriebenen Settings, dem Faktor Ausbildung, durchgeführter Interventionen sowie anderwärtiger Fokusse der Studien. Trotz dem Ausschluss des Kriteriums Ausbildung beziehungsweise Lehre, fanden sich weiter Studien basierend auf studentischen Erfahrungen sowie bezüglich notwendiger Kriterien in der Ausbildung wieder. Weiters wurden Studien mit dem Fokus einer Beurteilung einer einzelnen Intervention, wie beispielsweise der Wirksamkeit von Visitenrunden am Krankenbett oder von interprofessionellen Fehlermeldungssystemen exkludiert. In der vorliegenden Arbeit wird ausschließlich das klinische Setting betrachtet, wodurch Studien in Bezug auf andere Settings oder Transferierungsprozesse zwischen unterschiedlichen Settings ausgeschlossen wurden. Zuletzt erfolgte ebenso ein Ausschluss von Studien, die spezifische Kontexte untersuchten. Diese Studien sind aufgrund des Anspruches auf allgemeine Gültigkeit kontraindiziert bzw. kontraproduktiv. So wurden Studien exkludiert, welche beispielsweise nur die Sichtweise einer speziellen Berufsgruppe betrachteten, wie Optometristen oder Sozialarbeiter, sowie spezifische Bereiche wie pädiatrische Operationen.

Zuletzt wurde eine Volltextsichtung von 16 Publikationen, aufgrund eines Ausschlusses von drei Duplikaten, vorgenommen. Es kam zu einem Ausschluss von weiteren 6 Studien.

Anschließend erfolgte eine Beurteilung der Publikationen, welche durch Bewertungen mittels Methodenpapier nach Panfil und Ivanovic (2011) erfolgte. Hierbei kam es zu einer Beurteilung anhand der Kriterien qualitativer Studien sowie im Fall zweier Mixed Method Designs einer Kombination qualitativer als auch quantitativer Kriterien. Durch eine Punktevergabe konnte die Qualität eingeschätzt und verglichen werden, wodurch es zu einer weiteren Exklusion zweier Publikationen kam (siehe Tab.1). In beiden Fällen wurde ausschließlich die Hälfte der möglichen Punktzahl erreicht und somit nicht als geeignet interpretiert. Die acht inkludierten Studien wurden zur Darstellung des Forschungsstandes herangezogen.

Tabelle 1: Beurteilung der Studienqualität mittels Methodenpapier nach Panfil und Ivanovic (2011)

Publikationen	Beurteilungsreferenzen	Punkte	Inkludiert
Chamangwana et al., 2021	Methodenpapier qualitative Studien	9/11	Ja
Djharuddin et al., 2023	Anlehnung an Methodenpapier (Mixed-Method- Design)	-	Ja
Goldman et al., 2018	Methodenpapier qualitative Studien	9/11	Ja
Kurniasih et al., 2022	Methodenpapier qualitative Studien	9/11	Ja
McLaney et al., 2022	Anlehnung an Methodenpapier für qualitative Studien (Framework)	-	Ja
Patima et al., 2020	Keine konkrete Beurteilung- wenige Informationen in der Studie	-	Nein
Vestergaard & Nørgaard, 2018	Methodenpapier qualitative Studien	7/11	Ja
Wei et al., 2020	Methodenpapier qualitative Studien	9/11	Ja
Weller et al., 2011	Methodenpapier qualitative Studien	8/11	Ja
Zahara et al., 2022	Methodenpapier qualitative Studien	5/11	Nein

3.2 Erkenntnisse der Literatur

Neben dem Appell notwendiger kontextspezifischen Forschung (Gurtner & Wettstein, 2019; Schot et al., 2020; Sottas & Kissmann, 2015) bezüglich interprofessioneller Zusammenarbeit lassen sich diesbezüglich bereits Forschungsergebnisse im klinischen Setting finden. Einflussfaktoren, welche im Allgemeinen für interprofessionelles Arbeiten im klinischen Setting zu berücksichtigen sind, bilden die Grundlage für erweiterte Erkenntnisse bezüglich der interprofessionellen Versorgungspraxis geriatrischer Patient:innen in diesem Setting. Im Folgenden wird der Forschungsstand anhand beeinflussender Faktoren aus acht Studien dargestellt. Die Gliederung der Ergebnisse erfolgt nach Faktoren auf institutioneller, interpersoneller sowie individueller Ebene. Nachstehende Abbildung (siehe Abbildung 3) verdeutlicht das bestehende Wissen bezüglich der Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting. Weiters erfolgt eine tabellarische Übersicht zu den beeinflussenden Faktoren aus den Publikationen, welche in den Unterkapitel näher ausgeführt werden (siehe Tab 2.).

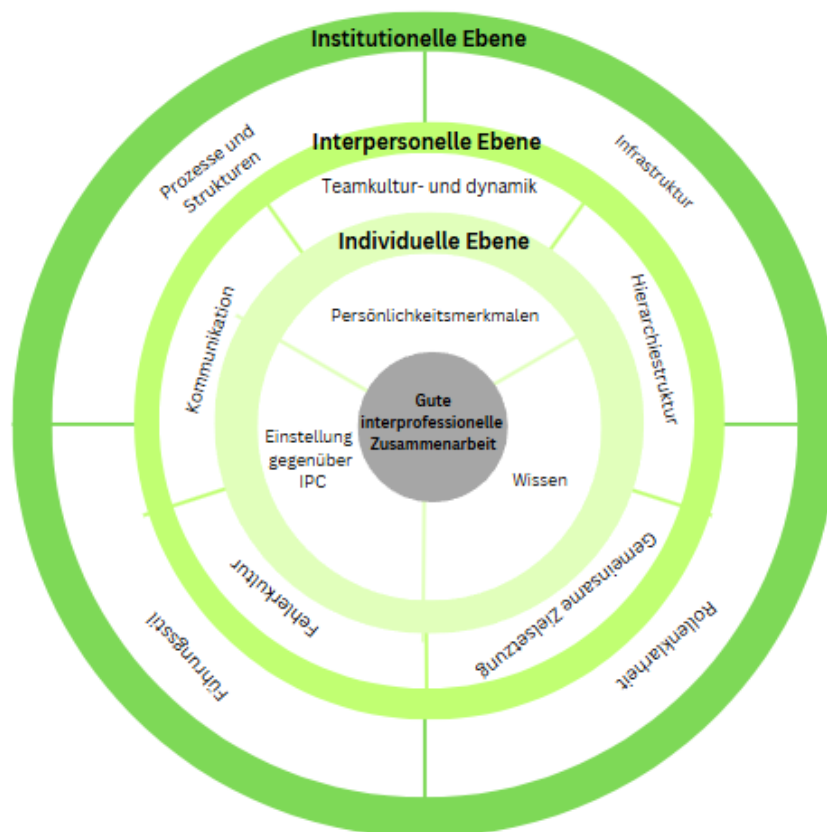


Abbildung 3: Beeinflussende Faktoren interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting, eigene Darstellung

Tabelle 2: Thematischer Überblick literaturbasierter Faktoren interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting, eigene Darstellung

Faktoren interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting								
	Chamangwana et al., 2021	Djaharuddin et al., 2023	Goldman et al., 2018	Kurniasih et al., 2022	McLaney et al., 2022	Vestergaard & Nørgaard, 2018	Wei et al., 2020	Weller et al., 2011
Institutionelle Ebene								
Prozesse und Strukturen								
Infrastruktur und Ressourcen								
Rollenklarheit								
Führungsstil								
Interpersonelle Ebene								
Hierarchiestrukturen								
Kommunikation								
Teamkultur								
Gemeinsame Zielsetzung und Entscheidungsfindung								
Fehlerkultur								
Individuelle Ebene								
Wissen								
Individuelle Persönlichkeitsmerkmale								
Mentalität gegenüber interprofessioneller Zusammenarbeit								

3.2.1 Beeinflussende Aspekte auf institutioneller Ebene im klinischen Setting

Faktoren und Aspekte, welche auf institutioneller Ebene beeinflussen, sind meist von der Organisation beziehungsweise vom Träger vorgegeben. Hierbei geht es hauptsächlich um Rahmenbedingungen, welche aufgrund des Settings und den geltenden Regeln, Strukturen und Leitbildern gegeben sind.

In der einschlägigen Literatur werden der Führungsstil, die Rollenklarheit, die Infrastruktur sowie bestehende Strukturen und Prozesse als beeinflussende Faktoren interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting beschrieben (siehe Tab. 2). Hierbei erweisen sich gewisse Vorgehensweisen und Merkmale als förderlich, um interprofessionelle Zusammenarbeit auch im klinischen Setting praxisnah integrieren zu können.

Prozesse und Strukturen

In der berücksichtigten Literatur werden bestehende Richtlinien und standardisierte Verfahren hinsichtlich Arbeits-, Behandlungs- und Einschulungsabläufe als beeinflussende Faktor für eine interprofessioneller Zusammenarbeit angesehen und als förderlich beschrieben (Chamangwana et al., 2021; Kurniasih et al., 2022; Vestergaard & Nørgaard, 2018; Weller et al., 2011). Dazu zählen beispielsweise Regelungen zu Behandlungsabläufen durch festgelegte klinische Behandlungspfade oder Verfahrenshandbücher. Protokolle und Richtlinien geben vor, wie Tätigkeiten durchzuführen sind, worin die Verantwortlichkeit der unterschiedlichen Berufsgruppen besteht, und schaffen somit Transparenz (Chamangwana et al., 2021 Kurniasih et al., 2022). Dies erweist sich als positiv für die interprofessionelle Zusammenarbeit, solche Leitlinien ermöglichen die einheitliche Durchführung von Behandlungen und Prozedere in all ihren Arbeitsschritten und regeln berufliche Verantwortung. Diese Transparenz und Klarheit wirkt sich positiv auf die Einschulung von neuem Personal in der interprofessionellen Praxis im Rahmen des Einarbeitungsprozesses aus (Vestergaard & Nørgaard, 2018; Weller et al., 2011). Hierfür gilt es, den Einzuschulenden Zugang zu den geltenden Richtlinien zu ermöglichen und arriviertes beziehungsweise routiniertes Personal an deren Seite zu stellen. Damit kann sichergestellt werden, dass neues Personal korrekt, transparent sowie praxisnah eingearbeitet und an vorliegende Strukturen und Abläufe herangeführt werden kann (Weller et al., 2011).

Infrastruktur und Ressourcen

Vorhandene Tools dienen im Sinne der bestehenden Infrastruktur dem Informationsaustausch und sorgen für eine verbesserte Kommunikation sowie Klarheit und werden als Faktor zur Verbesserung der Teamarbeit gesehen (Kurniasih et al., 2022; McLaney et al., 2022). Ebenso spielen die räumlichen Gegebenheiten sowie die personelle Situation eine Rolle in der interprofessionellen Versorgung. Demnach erweist sich die Anwesenheit aller beteiligten Professionen auf der Station als förderlich, da eine Koordination des Informationsaustausches durch die physische Erreichbarkeit erleichtert werden kann (Goldman et al., 2018; Weller et al., 2011).

Rollenklarheit

In einschlägiger Literatur wird auf institutioneller Ebene die Definition der Rolle jeder Berufsgruppe im klinischen Setting als bedeutend für das Funktionieren interprofessioneller Zusammenarbeit erachtet (Djharuddin et al., 2023; Kurniasih et al., 2022; Vestergaard & Nørgaard, 2018). Klarheit bezüglich der Verantwortungsbereiche der einzelnen Personen des interprofessionellen Teams führen zu einer verbesserten Koordination, da die Zuständigkeiten aufgeteilt und diverse Kompetenzen gezielt eingesetzt werden können (Kurniasih et al., 2022; Vestergaard & Nørgaard, 2018). Doppelpositionen werden als hinderlich beschrieben, da eine Konzentration auf einen klaren Verantwortungsbereich nicht mehr möglich ist (Kurniasih et al., 2022). Die Aufgaben und Funktionen der Mitarbeiter:innen müssen klar dargelegt werden, um von diesen selbst wahrgenommen und um sich der individuellen Verantwortung bewusst werden zu können. Diese Verantwortungsmentalität führt zu der Bereitschaft, die Verantwortung für das eigene Handeln und den damit einhergehenden Konsequenzen zu übernehmen und von diversen Schuldzuschreibungen Abstand zu nehmen (Wei et al., 2020). Ein Ausstehen der genauen Definition der Rollen und dem dazugehörigen Verantwortungsbereich kann zu Verzögerungen in der Behandlung und somit zu zusätzlichen Kosten führen (Weller et al., 2011). Dies zeigt sich beispielsweise durch häufige Rotation von medizinischem Personal, woraus eine Unklarheit bezüglich des Zuständigkeitsbereiches der Patient:innengruppe resultiert (Weller et al., 2011). Es zeigt sich als förderlich für die Effizienz der Zusammenarbeit und in weiterer Folge der Patient:innenversorgung, die Rollen aller Gesundheitsberufe auf institutioneller Ebene festzulegen (Djharuddin et al., 2023).

Führungsstil

Auf institutionellen Ebenen wird der Führungsstil in der Literatur als Einflussfaktor für interprofessionelle Zusammenarbeit im klinischen Setting genannt (Djharuddin et al., 2023; Kurniasih et al., 2022; Vestergaard & Nørgaard; Weller et al., 2011). Es wird eine notwendige Vorbildfunktion von Führungspositionen beschrieben, da diese direkte Auswirkungen auf das Team und deren Arbeitsweise hat (Vestergaard & Nørgaard, 2018; Wei et al., 2020). Das Vertreten des Konzeptes einer interprofessionellen Kollaborationspraxis von Führungskräften aller Berufsgruppen stellt somit einen grundlegenden Faktor dar, um eine Implementierung in der Praxis zu ermöglichen. Führungskräfte werden als Treiber der Umsetzung bezeichnet, da sie eine Umgebung und notwendige Voraussetzungen, welche interprofessionelles Arbeiten ermöglichen, im Arbeitsalltag schaffen und fördern können (Djharuddin et al., 2023; Kurniasih et al., 2022; Vestergaard & Nørgaard, 2018; Weller et al., 2011). Die Aufgabe der Führungskraft liegt somit, neben der Vorbildrolle, ebenso in der Ermöglichung einer Implementierung im alltäglichen Handeln durch klare Anweisungen hinsichtlich der Umgebungs- und Prozessgestaltung (Djharuddin et al., 2023, Weller et al., 2011).

3.2.2 Beeinflussende Aspekte auf interpersoneller Ebene im klinischen Setting

Zu den Aspekten, welche der interpersonellen Ebene zugeordnet werden, zählen die Interaktion im Team unter Rücksichtnahme bestehender Kulturen, welche innerhalb des behandelnden Teams von Bedeutung sind. Jedes Team bringt Individualität mit sich, jedoch sind Elemente wie eine funktionierende Kommunikation und förderliche Teamdynamik für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit unumgänglich beziehungsweise essenziell. In der Literatur werden hierzu vor allem die Themen Hierarchiestruktur, Kommunikation, Teamkultur, gemeinsame Zielsetzung und Entscheidungsfindung sowie die bestehende Fehlerkultur als beeinflussend für das Funktionieren interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting beschrieben (siehe Tab. 2).

Kommunikation

Offene und klare Kommunikation gilt besonders in einer herausfordernden interprofessionellen Versorgungspraxis als notwendiger Faktor um im klinischen Setting zusammenarbeiten zu können (Djharuddin et al., 2023; Vestergaard &

Nørgaard, 2018; Wei et al., 2020). Informationen müssen aktiv ausgetauscht werden, um Klarheit über Aufgaben zu schaffen sowie Missverständnisse zu verhindern (Kurniasih et al., 2022; McLaney et al., 2022). Ein persönlicher Austausch wird hierbei bevorzugt, dies verbessert parallel die Arbeitsbeziehung und wird mit effizienter Informationsweitergabe in Zusammenhang gebracht (Weller et al., 2011). Die Kommunikation wird als Grundbaustein für das Bestehen einer interprofessionellen Versorgungspraxis angesehen. Es zeigt sich, dass ein Austausch unter den Teammitgliedern eine hochwertige Versorgung zur Folge hat (Wei et al., 2020). Dieser Austausch findet sowohl informell, beispielsweise auf den Gängen, sowie formell, beispielsweise bei Visiten oder Besprechungen, statt (Goldman et al., 2018). Diesem wird eine fundamentale Rolle zugeschrieben, ohne dieser eine Zusammenarbeit nicht stattfinden kann.

Teamkultur und -dynamik

Damit interprofessionelle Zusammenarbeit stattfinden kann, bedarf es einer positiven Teamkultur, welche auf Wertschätzung, Vertrauen, und dem Ansatz sich gegenseitig zu helfen, beruht (Chamangwana et al., 2021; Djaharuddin et al., 2023; Goldman et al., 2018; McLaney et al., 2022; Weller et al., 2011). Beziehungen müssen aufgebaut werden, um förderlich auf die Zusammenarbeit wirken zu können. Die mentale Einstellung, den Teamerfolg zu priorisieren und das eigene Ego zurückzustecken, wird als Notwendigkeit angesehen und führt dazu, dass Mitarbeitende sich gegenseitig proaktiv helfen (Djaharuddin et al., 2023; Kurniasih et al., 2022). Jede Berufsgruppe und jedes Mitglied muss wertgeschätzt und in den Behandlungsprozess eingebunden werden, um Ideen einzubringen und kooperieren zu können (Chamangwana et al., 2021; Goldman et al., 2018; McLaney et al., 2022). Es gilt außerdem, die anderen Berufsgruppen und deren Bedürfnisse im Ablauf der Patient:innenversorgung mit zu bedenken, um die Arbeit koordinierter und effizienter gestalten zu können (Goldman et al., 2018).

Fehlerkultur

Auf Teamebene wird der Umgang mit Fehlern und Unstimmigkeiten als Einflussfaktor interprofessioneller Zusammenarbeit beschrieben (Djaharuddin et al., 2023; McLaney et al., 2022; Wei et al., 2020). Als positive Fehlerkultur wird demnach das offene Kommunizieren von Fehlern und Konflikten ohne dem Nachgehen von

Anschuldigungen verstanden (Djharuddin et al., 2023). Eine bestehende Reflexionspraxis, welche konstruktives Feedback nutzt um sich weiterzuentwickeln, führt zu einem positiven Effekt auf zwischenmenschliche Beziehungen sowie zur Förderung der Qualität der Zusammenarbeit (Wei et al., 2020). Auch der Umgang mit Konfliktsituationen fällt unter den Aspekt Fehlerkultur. Hierbei bedarf es der Selbstreflexion in Kombination mit einer lösungsorientierten Einstellung jedes Einzelnen, um im Team Lösungen zu erarbeiten (McLaney et al., 2022).

Hierarchiestrukturen

Hierarchiestrukturen nehmen der Literatur zufolge im klinischen Setting Einfluss auf die Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen (Kurniasih et al., 2022; Weller et al., 2011). Starke hierarchische Gefälle können sich aufgrund von entstehenden Spannungen zwischen den Professionen negativ auf das Funktionieren der interprofessionellen Praxis auswirken (Weller et al., 2011). Dem entgegen wirkt ein Austausch auf Augenhöhe und eine gemeinsame Entscheidungsfindung durch das gesamte Versorgungsteam (Kurniasih et al., 2022). Dem Minimieren von hierarchischen Gefällen wird somit eine förderliche Auswirkung auf die interprofessionelle Versorgungspraxis zugeschrieben.

Gemeinsame Zielsetzung und Entscheidungsfindung

Die gemeinsame Zielsetzung stellt einen bedeutenden Bestandteil interprofessioneller Zusammenarbeit dar (Djharuddin et al., 2023; McLaney et al., 2022; Vestergaard & Nørgaard, 2018). Die Kompetenzen aller Berufsgruppen sowie das Fachwissen aller Mitarbeitenden sollen bestmöglich genutzt werden, um ein gemeinsames Ziel zu verfolgen (McLaney et al., 2022). Ebenso bedarf es einer Absprache der jeweiligen Prioritäten in der Behandlung (Weller et al., 2011). Aufgrund unterschiedlicher Prioritäten in der Behandlung der verschiedenen Berufsgruppen kann es zu Unverständnis und Frustration bei dem Versuch der Umsetzung kommen (Weller et al., 2011). So zeigt sich der förderliche Aspekt von aktiver Beteiligung an einer gemeinsamen Zielsetzung, um Klarheit und Verständnis für das gesamte Team zu schaffen (Goldman et al., 2018).

3.2.3 Beeinflussende Aspekte auf individueller Ebene im klinischen Setting

Die individuelle Ebene verweist auf Aspekte, die das Funktionieren interprofessioneller Zusammenarbeit durch die mitwirkenden Einzelpersonen beeinflusst. Das Funktionieren von Zusammenarbeit im Team ist von jedem Individuum, welches einen Teil des Teams darstellt, abhängig. Auf individueller Ebene können keine Faktoren vorgeschrieben werden oder grundlegend abgeändert werden, um eine Zusammenarbeit zu verbessern, da das Personal mit seinen jeweiligen Merkmalen und Persönlichkeiten nicht auswechselbar ist. In der Literatur wird diesbezüglich beschrieben, dass Personen, die zusammenarbeiten, ihr individuelles Wissen, ihre Persönlichkeitsmerkmale und ihre Motivation in die Zusammenarbeit einbringen und diese beeinflussen. Einige Eigenschaften werden als förderlich für die interprofessionelle Zusammenarbeit im klinischen Setting angesehen.

Persönlichkeitsmerkmale

Die Eigenschaften der Mitarbeitenden, aus welchen das Team besteht, beeinflussen die gesamte Zusammenarbeit. Die Mitarbeiter:innen sollten daher Eigenschaften wie Offenheit, Transparenz, Kommunikationsbereitschaft sowie Kritikfähigkeit vertreten können. Gute Umgangsformen sind bedeutend für die zwischenmenschlichen Beziehungen innerhalb des Teams, diese sind wiederum förderlich für die Produktivität der Zusammenarbeit. Das Mitbringen von Engagement jedes Teammitgliedes stellt somit einen grundlegenden Aspekt für das Funktionieren interprofessioneller Zusammenarbeit dar (Djaharuddin et al., 2023, Kurniasih et al., 2022; McLaney et al., 2022).

Wissen

Das persönliche Wissen, welches jedes Teammitglied mit- und einbringt, zählt ebenso zu den einflussreichen individuellen Aspekten. Sowohl professionsspezifischem als auch allgemeinem Wissen wird Bedeutung attestiert (Chamangwana et al., 2021; Goldman et al., 2018; Kurniasih et al., 2022; McLaney et al., 2022). Die Teammitglieder tragen die Verpflichtung ihre Fähigkeiten mitzubringen, um als Team Lösungen erarbeiten zu können (Kurniasih et al., 2022; McLaney et al., 2022). Um dieses Wissen zu erweitern, werden Fortbildungsmaßnahmen und der Erweiterung von Kenntnissen hohe Bedeutung zugeschrieben (Chamangwana et al., 2021; Goldman et al., 2018).

Mentalität gegenüber interprofessioneller Zusammenarbeit

Das persönliche Engagement der einzelnen mitwirkenden Personen beeinflusst die interprofessionelle Kollaborationspraxis grundlegend, da ohne die individuelle Beteiligung und das Interesse jedes Einzelnen keine Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit stattfinden kann (Vestergaard & Nørgaard, 2018; Wei et al., 2020).

4. Zielsetzung und Forschungsfrage

Aus der vorab geschilderten Problemstellung sowie den bestehenden Erkenntnissen der Forschung werden Hürden hinsichtlich der Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit in der Versorgungspraxis erkannt. Diese sollen jedoch nicht im Mittelpunkt dieser Forschungsarbeit stehen. Um Wege zur Veränderung der Praxis zu öffnen, soll ein Einblick in einen gut funktionierenden Alltag im konkreten Kontext der geriatrischen Patient:innenversorgung genommen und analysiert werden. Erfahrungen und daraus gezogene Erkenntnisse der im Akutsetting handelnden interprofessionellen Teams dienen als Basis für diesen Vorgang. Dieses Wissen stellt einen Ansatz dar, um die Implementierung von interprofessioneller Zusammenarbeit in der Versorgung der geriatrischen Patient:innengruppe voranzubringen.

Im Rahmen dieser Masterarbeit soll aufgezeigt werden, wie aus der Sicht der beteiligten Professionen eine gut funktionierende Zusammenarbeit in der Versorgung der geriatrischen Patient:innengruppe im Stationsalltag stattfinden kann. Dadurch sollen Faktoren identifiziert werden, welche das Funktionieren in der Praxis beeinflussen und soll erfasst werden, welche Spezifika es für eine tatsächliche Umsetzung im konkreten Kontext bedarf. Dabei wird auf die tatsächliche Umsetzung von interprofessioneller Zusammenarbeit im Akutsetting bei der Behandlung von geriatrischen Patient:innen Bezug genommen. Um einen praxisnahen, realistischen Erkenntnisgewinn zu ermöglichen, stehen die Erfahrungen des betreuenden Teams im Mittelpunkt der Untersuchung. Es wird einerseits davon ausgegangen, dass durch den erlangten Einblick in die Praxis der Theorie- Praxis- Transfer erleichtert werden kann. Andererseits wird angenommen, dass durch die Erfassung jener Faktoren, die eine Umsetzung in der klinischen Praxis im Rahmen der geriatrischen Patient:innenversorgung ermöglichen, die Implementierung für vergleichbare Bereiche erleichtert wird.

Aus den Zielsetzungen resultierend wird folgende übergeordnete Forschungsfrage gestellt:

Was macht aus Sicht des multiprofessionellen Teams eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit in der Versorgung von geriatrischen Patient:innen im Akutsetting aus?

5. Methodik

In folgendem Kapitel wird die methodische Herangehensweise dieser Arbeit beschrieben. Der Zugang zur Datenerhebung als auch die Datenauswertung werden erläutert.

5.1 Forschungsansatz und Design

Die vorliegende Forschungsfrage soll mittels eines qualitativen Forschungsansatzes beantwortet werden. Die Wahl des Forschungsansatzes begründet sich durch das bestehende Forschungsinteresse, das Erleben und die Erfahrungen von Teammitgliedern bezüglich gut funktionierender interprofessioneller Zusammenarbeit in der Praxis explorativ zu erfassen. Die Darstellung der kontextspezifischen Interprofessionalität im Rahmen der geriatrischen Patient:innenversorgung im Klinikum steht demnach im Mittelpunkt der Exploration. Dazu wird ein qualitatives Design herangezogen, in welchem „Good practice“-Fälle multiperspektivisch untersucht wurden um Sichtweisen von Teammitglieder unterschiedlicher Berufsgruppen mit einzubeziehen.

Durch den qualitativen Fokus sollen vor allem Meinungen und Erfahrungen einzelner Personen und Berufsgruppen betrachtet werden (Flick et al., 2017). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit stellt die interprofessionelle Zusammenarbeit das Thema und die Versorgung geriatrischer Patient:innen im Krankenhaus den Kontext dar.

5.2 Fallauswahl und Feldzugang

Im Rahmen des Forschungsvorhabens galt es multiperspektivische Sichtweisen von Mitgliedern interprofessioneller Betreuungsteams zu erheben. Um einen Zugang zu jenen Personen zu erlangen wurden drei „Good practice“-Beispiele herangezogen, um Personen eines Teams mit positiven Erfahrungen bezüglich interprofessioneller Zusammenarbeit zu finden. Damit der Bezug zur geriatrischen Versorgung gewährleistet war, sollten auf den Stationen täglich die Versorgung von mindestens drei Patient:innen mit multimorbiden Krankheitsbildern im Alter von über 65 Jahren stattfinden. Als Behandlungsort jener Patient:innen im Akutsetting galten allgemeine Bettenstationen, interne und chirurgische Stationen sowie die Neurologie. Die Auswahl begründete sich durch eine längere Aufenthaltsdauer der zu betreuenden Personen verglichen mit Ambulanzen und Tageskliniken. Aufgrund der längeren

Behandlungsdauer konnte angenommen werden, dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit häufiger und ausgeprägter stattfand. Der gesamte Prozess der Betreuung sowie die Beurteilung der beeinflussenden Faktoren konnte so aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet werden, da es über mehrere Tage hinweg täglich zu übergreifender Zusammenarbeit innerhalb des interprofessionellen Teams kam.

Um das Forschungsvorhaben durchführen zu können, wurde ein Kontext, in welchem eine interprofessionelle Zusammenarbeit in der Betreuung von geriatrischen Patienten:innen im Akutsetting stattfindet, benötigt. Für die Durchführung dieser Studie wurden Krankenhäuser in Niederösterreich zur Mitarbeit angefragt. Hierbei kamen die Universitätskliniken Tulln, St. Pölten sowie Krems als auch die Kliniken Klosterneuburg und Waidhofen an der Thaya infrage. Die Anfragen an die Universitätskliniken begründeten sich durch die implementierte klinische Forschung sowie Lehre in jenen Institutionen. Die genannten Kliniken werden von der Landesgesundheitsagentur verwaltet, wodurch von einheitlichen Standards und ähnlicher Arbeitskultur auszugehen ist. Dieser Aspekt begründete gleichzeitig den Ausschluss von diversen privaten Versorgungseinrichtungen. Aufgrund einer Empfehlung seitens der Abteilung Forschung und Innovation der Landesgesundheitsagentur erfolgte die Anfrage des Landeskrankenhauses Waidhofen an der Thaya sowie des Landeskrankenhauses Klosterneuburg.

Vor der Umsetzung des Forschungsvorhabens wurde eine Genehmigung der Landesgesundheitsagentur durch die Abteilung „Forschung und Innovation“ eingeholt. Nach erfolgter Genehmigung wurden die genannten Institutionen seitens der Forschungsabteilung und in weiterer Folge durch die Forscherin über die Durchführung der Studie durch Kontaktaufnahme mit ärztlicher, sowie pflegerischer Leitung informiert.

Innerhalb der genannten Kliniken wurden Stationen, welche die in der Fallauswahl geforderten Kriterien erfüllten, ausgewählt. Die Fallauswahl erfolgte entlang der Kriterien einer guten Praxis, der Empfehlungen der Direktion sowie einer Bestätigung des behandelnden Teams. Der Dienstweg wurde nach Angaben der Landesgesundheitsagentur über die Bereichsleitung bis zur Genehmigung durch die betroffenen Stationsleitungen eingehalten. Die Rekrutierung der tatsächlichen Forschungspartner:innen erfolgte in Rücksprache mit den zuständigen vorgesetzten Personen, sei es durch das Vorschlagen bestimmter Personen oder durch die Meldung

der Mitarbeiter:innen selbst. Voraussetzung war, dass die Teilnahme freiwillig erfolgt, auch wenn diese auf einem Vorschlag der Stationsleitung basiert. Der Zugang zum Informationsschreiben und dem Exposé des Forschungsprojekts wurde vorab für alle Beteiligten durch Erhalt per E-Mail arrangiert.

Durch das beschriebene Vorgehen konnten drei Stationen identifiziert, kontaktiert und Vertreter:innen verschiedener Berufsgruppen für Interviews herangezogen werden. Folgend werden die Stationen und die vorherrschenden Arbeitsbedingungen in welchen die Interviewteilnehmer:innen interprofessionell Zusammenarbeiteten beschrieben:

Stationsbeschreibung 1

Es handelt sich bei diesem Fall um eine Station mit internistischem Fokus. Patient:innen werden täglich durch Mediziner:innen und Gesundheits- und Krankenpfleger:innen betreut. Physiotherapeutische Therapien finden regelmäßig montags bis freitags auf der Station statt. Das interprofessionelle Team besteht weiters aus Vertreter:innen der Professionen Logopädie, Diätologie, Ergotherapie, Sozialer Arbeit, klinischer Psychologie sowie dem ergänzenden Entlassungsmanagement.

Bei der Patient:innengruppe handelt es sich vorwiegend um Patient:innen im Alter von über 65 Jahren, welche chronische Grunderkrankungen aufweisen. Die zugrunde liegenden Erkrankungen werden jedoch als divers beschrieben. Es findet eine Betreuung von mobilen und orientierten Patient:innen bis hin zu Patient:innen, welche eine ausgeprägte Pflegebedürftigkeit aufweisen, statt.

Die Station betreut Patient:innen in Mehrbettzimmern, welche mit bis zu sechs Betten ausgestattet sind. Der Arbeits- und Aufenthaltsbereich wird gemeinsam von Mediziner:innen und Gesundheits- und Krankenpfleger:innen genutzt. Die Nutzung ist auch anderen Berufsgruppen möglich, diesen stehen jedoch ebenso gesonderte räumliche Aufenthaltsmöglichkeiten zur Verfügung. Das Ausmaß der Zusammenarbeit wird vor allem zwischen Pflege und Physiotherapie als sehr hoch beschrieben. Das Team wird als eher dienstjunges Team bezeichnet, welches trotz seines jungen Bestehens routiniert und aufeinander eingespielt agiert. Es erfolgte etwa ein Jahre vor der Einsichtnahme der Autorin ein Leitungswechsel, wodurch Prozesse und Strukturen verändert wurden. Die Zusammenarbeit wird von den agierenden Personen insgesamt als positiv beschrieben. Betont wird hierbei erneut die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Physiotherapie.

Stationsbeschreibung 2

Im zweiten Fall handelt es sich um eine Station mit chirurgischem Fokus. Es erfolgt eine tägliche Behandlung der Patient:innen durch Mediziner:innen, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen sowie montags bis samstags durch Physiotherapeut:innen. Als Mitglieder des interprofessionellen Versorgungsteams werden Physiotherapeut:innen, Mediziner:innen, Pflegepersonen, Entlassungsmanager:innen, Diätolog:innen, Logopäd:innen sowie klinische Psycholog:innen beschrieben.

Unter der Voraussetzung der Volljährigkeit werden Patient:innen jeder Altersgruppe betreut. Es wird seitens der agierenden Mitarbeiter:innen versichert, dass geriatrische Patient:innen immer einen großen Anteil der zu betreuenden Patient:innen darstellen. Neben dem chirurgischen Fokus werden den geriatrischen Patient:innen vor allem kognitive Einschränkungen zugeschrieben. Es findet eine Betreuung von mobilen und orientierten Patient:innen bis zu Patient:innen, welche eine ausgeprägte Pflegebedürftigkeit aufweisen, statt.

Die Station weist mehrere Zimmer mit bis zu sechs Betten pro Zimmer auf. Der Arbeits- und Aufenthaltsbereich ist für jede Berufsgruppe gesondert gegeben, jedoch findet bei Bedarf eine selbstverständliche Mitnutzung der anderen Bereiche unter den Berufsgruppen statt. Das Team wird als lang bestehendes Team beschrieben, wodurch viele Aspekte der interprofessionellen Arbeit als selbstverständlich angesehen werden. Das Pflgeteam wird als sehr beständig beschrieben, wohingegen bezüglich therapeutischer Berufe ein vor kurzem sattgefundener Wechsel angegeben wird. Die Zusammenarbeit wird als gut funktionierend beschrieben, besonders wird hierbei die positive Zusammenarbeit mit Mediziner:innen seitens der Pflege betont.

Stationsbeschreibung 3

Im dritten Fall handelt es sich um eine Station mit internistischem und rehabilitativem Fokus. Das interprofessionelle Team wird aus den Berufsgruppen der Medizin, Pflege, Physiotherapie sowie Ergotherapie, welche als Teil der Physiotherapie beschrieben wird, der Diätologie, der Masseur:innen, dem Entlassungsmanagement sowie der klinischen Psychologie zusammengesetzt beschrieben.

Auf dieser Station werden großteils Patient:innen im hohen Alter betreut. Der Fokus liegt folglich auf der geriatrischen Patient:innengruppe. Bei den behandelten

Patient:innen liegen sowohl physische als auch kognitive Einschränkungen, jedoch mit einem bestimmten Maß an bestehender Selbstständigkeit, vor.

Die Station weist einen offenen Aufenthaltsbereich für Patient:innen auf, sowie einen in der Nähe liegenden Stützpunkt der Pflege. Den Mediziner:innen steht ebenso ein Ärzt:innenzimmer auf der Station zur Verfügung. Andere Berufsgruppen können jederzeit den Stützpunkt mitnutzen, haben jedoch ebenso eigene Stützpunkte beziehungsweise Büros an anderen Standorten. Das auf der Station tätige Team besteht sowohl aus dienstjungem als auch dienstälterem Personal. Die Zusammenarbeit wird als positiv beschrieben, jedoch wird parallel auf Verbesserungspotenzial hingewiesen. Prozesse zur Adaptierung der interprofessionellen Zusammenarbeit sind derzeit im Gange.

5.3 Datenerhebung mittels Interviews

In diesem Kapitel wird die Erhebungsmethode zur Erfassung des spezifischen Wissens bezüglich der Zusammenarbeit in der geriatrischen Patient:innenbetreuung beschrieben. Die qualitative Erhebung beruhte auf Einzelinterviews sowie ergänzenden Fokusgruppeninterviews.

5.3.1 Qualitative Einzelinterviews

Die Datenerhebung erfolgte anhand problemzentrierter, leitfadengestützter Einzelinterviews nach Witzel (2000). Dadurch wurde ermöglicht spezifische Erkenntnisse, wie die Sichtweise und Erfahrung von Teammitgliedern eines interprofessionellen Teams, zu erlangen. Die Anwendung von problemzentrierten Interviews ermöglichte gewisse Themenschwerpunkte, wie in der Literaturrecherche bereits identifiziert, in den Vordergrund zu rücken. Andererseits bestand trotzdem die Möglichkeit des freien Erzählens der Interviewpartner:innen und stellte somit eine passende Erhebungsmethode dieses Forschungsvorhabens dar (Mayer, 2022). Es bestand die Möglichkeit Erfahrungen einzelner Berufsgruppen hinsichtlich beeinflussender Faktoren für interprofessionelle Zusammenarbeit zum Vorschein zu bringen. Der Fokus lag auf der Reproduktion erlebter Alltagssituationen, in welchen interprofessionelle Zusammenarbeit gut funktioniert hat.

Rekrutierung und Sample

Um die interprofessionelle Zusammenarbeit abbilden zu können, bedarf es der Auswahl jener Professionen, die das zusammenarbeitende Team im Akutsetting repräsentieren. Es wurden Mitglieder von jenen Professionen interviewt, die in der klinischen Praxis tätig sind und regelmäßig direkten Kontakt mit geriatrischen Patient:innen haben. Dabei wurden in einem ersten Schritt die Kernprofessionen der Medizin, Pflege und Physiotherapie angesprochen. Weiters galt für alle potenziellen Interviewpartner:innen die Voraussetzung einer beruflichen Tätigkeit von mindestens einem Jahr auf den ausgewählten Stationen, um genügend Erfahrungswerte vorweisen zu können. Zudem war ein Anstellungsverhältnis von mindestens 30 Wochenstunden erwünscht, um einen tieferen Einblick in die tägliche Praxis zu bekommen.

Jedes Sample der drei Fälle beinhaltete Vertreter:innen der Berufsgruppen Medizin, Pflege und Physiotherapie. Insgesamt stimmten drei Mediziner:innen, drei Pflegepersonen sowie drei Physiotherapeut:innen der Teilnahme an Einzelinterviews zu (siehe Tab. 3). Hinsichtlich der Vertreter:innen der Medizin zeigte sich eine Berufserfahrung zwischen sechs bis über 20 Jahren. Im Rahmen der Einzelinterviews nahmen eine weibliche Assistenzärztin sowie zwei männliche Oberärzte teil. In der Pflege zeigte sich ebenso ein breites Spektrum der Berufserfahrung, sie betrug auf der konkreten Station zwischen eineinhalb und ungefähr 15 Jahren. Hierbei hatten alle drei Teilnehmerinnen eine Leitungsfunktion. Die Physiotherapie wurde durch zwei männliche Vertreter sowie eine weibliche Vertreterin dargestellt. Hierbei wurde ebenfalls von einer Berufserfahrung von drei bis über 15 Jahren berichtet, wobei erneut eine Person mit Leitungsfunktion vertreten war. Eine genaue Auflistung kann in der nachstehenden Tabelle (Tab. 4) entnommen werden.

Tabelle 3: Charakteristika der Einzelinterviewteilnehmer:innen, eigene Darstellung

Sample	Geschlecht	Jahre im Beruf	Jahre auf der Station
Pflege (Interview-Nr.1)	weiblich	>1	>1
Pflege (Interview-Nr. 3)	weiblich	>10	>10
Pflege (Interview- Nr. 5)	weiblich	>3	>3
Physiotherapie (Interview- Nr. 2)	weiblich	>3	>3
Physiotherapie (Interview- Nr. 4)	männlich	>10	>3
Physiotherapie (Interview- Nr. 9)	männlich	>10	>3

Sample	Geschlecht	Jahre im Beruf	Jahre auf der Station
Medizin (Interview- Nr. 6)	männlich	>3	>1
Medizin (Interview- Nr. 7)	weiblich	>3	>1
Medizin (Interview- Nr. 8)	männlich	>10	>10

Interviewleitfaden

Die Datenerhebung erfolgte mittels qualitativen leitfadengestützten Interviews. Jenes verwirklicht den Grundgedanken qualitativer Forschung, indem das zur Sprache kommen lassen der Betroffenen einen Einblick in das subjektive Erleben ermöglicht (Helfferich, 2011). In der vorliegenden Arbeit wurde ein vorab entworfener Interviewleitfaden zu Steuerung der Interviews verwendet. Die Entwicklung des Leitfadens erfolgte literaturgestützt und wurde mit eigenem Erfahrungswissen ergänzt (Anhang 2). Demnach hatten die durchgeführten Interviews halbstandardisierten Charakter. Die Strukturierung und Thematisierung bestimmter Aspekte basiert auf den Erkenntnissen der systematischen Literaturrecherche. Hierbei wurden allgemein beeinflussende Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting identifiziert. Im Falle der Interviews sollten Erfahrungen bezüglich dieser Faktoren im Kontext der geriatrischen Patient:innenbetreuung beschrieben werden.

Es handelt sich hierbei um eine Abbildung von Einflussfaktoren auf drei Ebenen, welche durch weitere Detailfragen ergänzt werden. Der Leitfaden ermöglichte strukturierte Fragen zu beeinflussenden Faktoren interprofessioneller Zusammenarbeit in der geriatrischen Patient:innenversorgung, zu eigenen Erfahrungen bezüglich der Implementation sowie zu notwendigen Mittel zur Umsetzung. Die Erstellung des Leitfadens orientiert sich an den Empfehlungen der Publikation von Helfferich (2011).

Jedes Interview wurde mit einer erzählauffordernden Frage bezüglich des Verständnis von interprofessioneller Zusammenarbeit in der geriatrischen Patient:innenversorgung eingeleitet. Es wurden gesprächsstimulierende Fragen durch die Aufforderung, genannte Aspekte anhand von Beispielen zu erklären, gestellt. Die offenen, erzählgenerierenden Fragestellungen des Leitfadens boten eine Hilfestellung für die Forscherin, ohne jedoch die Offenheit des Gespräches zu stören. Somit blieb das Prinzip der Offenheit der qualitativen Forschung erhalten (Helfferich, 2011; Mayer, 2022).

Durchführung des Interviews

Die Einzelinterviews fand im Zeitraum von Juni bis August 2024 statt. Mit Ausnahme eines Interviews wurden alle Interviews direkt vor Ort in den Kliniken geführt. Die Durchführung eines Interviews erfolgte aufgrund von terminlichen Überschneidungen telefonisch. Die Einzelinterviews dauerten zwischen 20 und 40 Minuten und konnten in einem separaten Raum, um Unterbrechungen zu verhindern, durchgeführt werden. In der Dienstzeit würde ich noch hinzufügen

Vor Durchführung der Interviews erfolgte eine Vorstellung zum gegenseitigen Kennenlernen. Dies ermöglichte der Forscherin auch die Erklärung des Ablaufes sowie eine Zusammenfassung des Informationsschreiben (Anhang 1). In weiterer Folge wurde die Einverständniserklärung der Gesprächspartner:innen eingeholt. Nach der Klärung etwaig offener Fragen konnte mit der Tonaufzeichnung begonnen werden, indem der Start der Aufnahme konkret benannt wurde. Hinsichtlich der Reihenfolge der Themenschwerpunkte kam es innerhalb der Interviews zu Unterschieden, da gewisse Themen von den interviewten Personen selbst zu einem früheren Zeitpunkt aufgegriffen wurden. Im Fokus stand immer die Frage nach der persönlichen Erfahrung beeinflussender Aspekte sowie der Bedingungen, die sich als förderlich für die interprofessionelle Zusammenarbeit, erwiesen. Den Abschluss bildete eine Aufforderungen, die wichtigsten Aspekte für das Funktionieren einer interprofessionellen Zusammenarbeit hinsichtlich der geriatrischen Patient:innenbetreuung zusammenzufassen.

Nach Beendigung der Tonaufnahme erfolgte in jedem Fall noch ein kurzer persönlicher Austausch über die Intention dieser Themenwahl beziehungsweise weiterer thematischer Aspekte. Nach Verabschiedung der Interviewpartner:innen wurde von der Forscherin noch vor Ort ein Postskript (siehe Anhang 4) verfasst, welches zur Auswertung herangezogen wurde.

5.3.2 Qualitatives Fokusgruppeninterview

Das Fokusgruppeninterview stellt einen ergänzenden Teil dieser Arbeit dar. Bereits bestehende Erkenntnisse sollten durch eine gemeinsame Sicht auf die interprofessionelle Zusammenarbeit hinsichtlich des Kontexts der geriatrischen Patient:innenversorgung vertieft werden. Ebenso spielt hierbei das zusätzliche

Einbringen weiterer Berufsgruppen eine bedeutende Rolle, um die Darstellung von Sichtweisen des gesamten Teams realistisch abbilden zu können.

Sample und Rekrutierung

Als Teilnehmer:innen der Fokusgruppeninterviews wurden Personen aus den interprofessionellen Teams der drei bereits genannten „Good practice“-Fälle angedacht. Die Rekrutierung erfolgte einerseits durch eine erneute Anfrage der bereits interviewten Personen. Andererseits wurde zusätzlich Kontakt mit leitenden Pflegepersonen aufgenommen, um Kontaktdaten der auf der Station tätigen Personen des Entlassungsmanagements, der Diätologie, der klinischen Psychologie sowie der Ergotherapie in Erfahrung zu bringen. Diese Berufsgruppen wurden innerhalb der Einzelinterviews als Teil des interprofessionellen Teams genannt, wodurch sich die Einladung zur Teilnahme am Fokusgruppeninterview begründet. Die Anfragen, sowie Informationen zum Ablauf inklusive Informationsschreiben und Einverständniserklärung wurden per E-Mail versandt.

Voraussetzung zur Teilnahme waren eine Berufstätigkeit auf der jeweiligen Station von mindestens einem Jahr sowie die bestehende Freiwilligkeit zur Teilnahme. Die Terminfindung stellte als Einschränkung der Rekrutierungsmöglichkeit dar. Durch Terminkollisionen konnten nicht alle Personen des möglichen Samples am Interview teilnehmen. Das teilnehmende Sample bestand aus zwei Teams. Diese setzten sich im ersten Fall aus Vertreter:innen der Berufsgruppen der Pflege, des Entlassungsmanagements, der Diätologie sowie der klinischen Psychologie zusammen (siehe Tab. 5). Im zweiten Sample meldeten sich Vertreter:innen der Professionen Medizin, Pflege, Physiotherapie und klinische Psychologie, wobei die klinische Psychologie aus terminlichen Gründen schlussendlich nicht vertreten war (siehe Tab. 6).

Sample eins bestand ausschließlich aus weiblichen Vertreter:innen der Berufsgruppen. Hierbei bestand eine große Bandbreite bezüglich der Dauer der Berufsausübung. Es wurden Berufsausübungen von circa zwei bis zu circa 15 Jahren angegeben. Diese Zeiträume konnten auch hinsichtlich der Tätigkeit auf der herangezogenen Station umgelegt werden. Hier zeigte sich eine Varianz zwischen ungefähr eineinhalb und 13 Jahren. Eine Person wies hierbei eine leitende Funktion auf. Eine andere Person hatte Berufserfahrung in einer weiteren Profession.

Tabelle 4: Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmer:innen 1, eigene Darstellung

Sample	Geschlecht	Jahre im Beruf	Jahre auf der Station
Klinische Psychologie	weiblich	>10	>3
Entlassungsmanagement	weiblich	>10	>1
Pflege	weiblich	>10	>10
Diätologie	weiblich	>3	>1

In Sample zwei kam es zu einer Kombination der interviewten Professionen der Einzelinterviews. Nicht alle Vertreter:innen nahmen auch an den geführten Einzelinterviews teil. Die Berufserfahrung der Pflegeperson, Mediziner:in sowie Physiotherapeut:in reichte von ungefähr einem Jahr bis zu über 30 Jahren. Trotz dieser großen Spannweite reduzierten sich die Erfahrungswerte auf der konkreten Station auf ein bis vier Jahre. In diesem Fall nahmen zwei weibliche Vertreterinnen sowie ein männlicher Vertreter des interprofessionellen Teams teil.

Tabelle 5: Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmer:innen 2, eigene Darstellung

Sample	Geschlecht	Jahre im Beruf	Jahre auf der Station
Pflege	männlich	>3	>1
Medizin	weiblich	>1	>1
Physiotherapie	weiblich	>10	>3

Interviewleitfaden

Die Durchführung der Fokusgruppeninterviews erfolgte auf Basis eines orientierungsgebenden Leitfadens (Helfferich, 2011). Der Leitfaden verhalf der Forscherin, Struktur in das Gespräch zu bringen sowie einen Überblick der besprochenen Themen zu bewahren. Trotz expliziter Fragestellungen und Reihungen konnten Themengebiete während des Interviews frei gegliedert werden. Grundlage des Interviewleitfadens stellten die Ansprüche, die bestehenden Ergebnisse der Einzelinterviews zu evaluieren, die Sichtweisen weiterer Berufsgruppen aufzugreifen sowie die Spezifika der geriatrischen Patient:innenversorgung zu vertiefen dar.

Eine erzählgenerierende Frage nach der eigenen Sichtweise des berufsgruppenspezifischen Beitrags zur interprofessionellen Patient:innenversorgung sorgte für eine Einführung der weiteren Berufsgruppen in das Thema. Eine Rückfrage über die Sichtweise dieser Schilderungen an eine bereits interviewte Berufsgruppe

holte diese ebenso in das Gespräch hinein. Der Hauptteil basierte auf der Frage nach der Relevanz ausgewählter Themen der vorangegangenen Einzelinterviews. Diese Inhalte wurden durch die Bitte um Beschreibungen von Beispielen aus dem Stationsalltag ergänzt. Abschließend wurde ein Überblick über bestehende Erkenntnisse gegeben und eruiert, inwiefern die Erfahrungen der teilnehmenden Personen in Bezug auf die geriatrische Patient:innenbetreuung übereinstimmen. Die letzte Frage ermöglicht noch weitere bedeutende Einflussfaktoren, welche nicht aufgegriffen jedoch als wichtig erachtet wurden, sie mitzuteilen. Diese Frage stellte den Abschluss des Gruppeninterviews dar.

Durchführung der Fokusgruppeninterviews

Die Fokusgruppeninterviews wurden im Zeitraum von September bis Oktober 2024 durchgeführt. Es fanden zwei Fokusgruppeninterviews mit einer Anzahl von vier beziehungsweise drei Personen exklusive Interviewerin statt. Die Interviews wurden in Räumlichkeiten der Kliniken durchgeführt, jedoch unter dem Gesichtspunkt einer alleinigen Verwendung des Raumes, um Unterbrechungen zu vermeiden. Würde wieder erwähnen das in der Arbeitszeit durchgeführt wurde

In beiden Fällen wurde gemeinsam an einem Tisch Platz genommen, um eine angenehme Atmosphäre zu gestalten. Die Berufsgruppen wurden zu Beginn begrüßt und einander kurz vorgestellt. Hierbei wurde in beiden Fällen das „Du“ bei allen Teilnehmer:innen angeboten. Das Informationsschreiben wurde für alle nochmals kurz zusammengefasst. Ebenso wurden die Punkte der Einverständniserklärung wiederholt und nachgefragt, ob noch offene Fragen bestünden. Die unterschriebenen Einverständniserklärungen wurde teilweise bereits vorab per Mail an die Forscherin übermittelt, teilweise zum vereinbarten Termin mitgebracht (siehe Anhang 1). Vor Beginn der Audioaufnahme wurde nochmals auf den Start der Aufnahme verwiesen. Die teilnehmenden Personen wurden gebeten, vor Ihrem Beitrag immer ihre Berufsgruppenbezeichnung zu nennen, um dies später differenzieren zu können. Beide Gespräche orientierten sich an dem Interviewleitfaden (siehe Anhang 3). Die Forscherin fragte nach jedem Themengebiet, ob noch weitere Anmerkungen durch andere Berufsgruppen gemacht werden möchten. Nach circa fünf Minuten entwickelte sich eine Eigendynamik innerhalb der interprofessionellen Teams. Die Forscherin verfolgte den roten Faden im Rahmen des Gesprächs analog zum Interviewleitfaden. Ebenso wurde in manchen Situationen aktiv durch die Forscherin nachgefragt, ob alle

Berufsgruppen die gleiche Sichtweise vertreten. Jene Situationen wurden mittels Beispiele aus dem Versorgungsalltag veranschaulicht. Gegen Ende der Interviews erkannte die Forscherin, dass sich die Erkenntnisse aus einschlägiger Literatur mit den Beschreibungen und Erfahrungen der interprofessionell handelnden Teams deckt. Im Rahmen der Fokusgruppeninterviews wurden viele Übereinstimmungspunkte bereits während des Gespräches und Austauschs mit anderen Berufsgruppen erwähnt. Das Gespräch wurde dennoch mit der Frage, ob noch etwas angemerkt werden möchte, beendet. Die Audioaufnahme wurde nach dem offiziellen Bedanken für die Teilnahme nach 58 Minuten (Sample eins) beziehungsweise 74 Minuten (Sample 2) gestoppt. Nach der Audioaufzeichnung erfolgte in beiden Fällen noch ein weiteres Gespräch über die Thematik dieser Arbeit. Alle Teilnehmer:innen trugen aktiv zu den Gesprächen bei und teilten der Forscherin im Nachhinein ihr positives Feedback bezüglich der Themenwahl und der Methode des Fokusgruppeninterviews mit.

5.4 Datenauswertung

Eine Verschriftlichung der digitalen Audiodateien im Rahmen der Transkription sowie die Anonymisierung bildeten die Grundbausteine der Aufbereitung des Interviewmaterials. Diese Datenaufbereitung ermöglichte eine nachfolgende qualitative Auswertung zur Beantwortung der Forschungsfragen (Mayer, 2015). Die Aufbereitung erfolgte durch die Interviewerin selbst, unter Anwendung der Transkriptionsregeln von Kuckartz (2018) sowie mittels der Software MAXQDA 24. Diese half dabei, alle Interviews inklusive Transkripte in einem Dokument zu sammeln. Die Anpassung nach den Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2018) führten im Allgemeinen zu einer leichteren Lesbarkeit in weiterer Folge zur Erleichterung der Auswertung, da zur Beantwortung der Forschungsfrage eine rein inhaltliche Analyse notwendig ist und somit die sprachlichen Aspekte keine Rolle spielen. Dies begründet sich durch eine erleichterte inhaltliche Auswertung aufgrund der leichten Glättung von Dialekten sowie wörtlicher und nicht lautsprachlicher Verschriftlichung.

Im letzten Schritt der Verschriftlichung der Interviews erfolgte eine Anonymisierung all jener Informationen, welche Rückschluss auf die interviewten Personen ermöglichen. Somit wurden in dieser Arbeit zur Wahrung der personenbezogenen Daten alle Namen von Personen, Institutionen und Orte mittels des Ersatzes „xxxx“ anonymisiert. Es werden ausschließlich Informationen zum Berufsstand, zu Berufsjahren sowie zur Dauer der Berufstätigkeit auf jener Station veröffentlicht. Von einer Zuordnung der

Interviews zu bestimmten Stationen wurde abgesehen, um möglichen Rückschlüssen vorzubeugen.

Eine Datensynthese, der in der Literatur identifizierten, beeinflussenden Faktoren interprofessioneller Zusammenarbeit stellte die Basis der Auswertung dar. Die Erkenntnisse der Literatur dienten der Kategorienerstellung, welche für die Auswertung der Interviews herangezogen wurde. Die Auswertung der Interviews erfolgte durch ein qualitatives inhaltsanalytisches Verfahren, welches sich durch den Anspruch, sowohl Einzelfaktoren als auch gesamte Konstrukte aufzeigen zu können, auszeichnet. Es wurde die inhaltlich-strukturierende Auswertung nach Kuckartz (2018) herangezogen. Dieses Verfahren bietet die Möglichkeit, deduktive sowie induktive Verfahren zu integrieren. Dadurch können die literaturbasierten Kategorien durch induktiv aus den Interviews entwickelte ergänzt werden. Diese Methode ermöglicht die Auswertung sowohl der Einzel- als auch Fokusgruppeninterviews. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) erwies sich als geeignete Methode, da sie eine reine Auswertungstechnik ist und sich gut mit der genannten Erhebungsmethode kombinieren lässt. Aus diesem Grund liegt nahe, dass die Erkenntnisse der zuvor erfolgten Literaturrecherche, als Kategorien in der Auswertung herangezogen werden. Um den Prozess der Auswertung besser nachvollziehen zu können, soll an dieser Stelle näher auf die einzelnen Schritte des Prozesses eingegangen werden.

Es handelte sich um ein siebenstufiges Vorgehen, in welchem Daten der Einzelinterviews sowie der Fokusgruppeninterviews durch die Forscherin als Einzelperson analysiert wurden (Kuckartz, 2018). Die initiiierende Textarbeit ermöglichte im ersten Schritt eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Textmaterial sowie die Ergänzung durch Memos und brachte der Forscherin in weiterer Folge einen Überblick über das gesamte Textmaterial. Die im zweiten Schritt durchgeführte grobe Darlegung der Hauptkategorien, basierend auf der Literaturrecherche, ermöglichte in der dritten Phase eine erste Codierung. In einer weiteren Phase erfolgte die Ausdifferenzierung innerhalb der Hauptkategorien sowie die induktive Entwicklung weiterer Kategorien. Anschließend erfolgte die kategorienbasierte Auswertung des Textmaterials durch Vergleich und Kontrastierungen der Berufsgruppen. Abschließend wurden jene Ergebnisse verschriftlicht und das gesamte Vorgehen dokumentiert.

Die literaturbasierten Kategorien bildeten bedeutende Faktoren des Funktionierens einer interprofessionellen Zusammenarbeit im klinischen Setting ab. Ziel war es jedoch, diese durch neue Erkenntnisse zu ergänzen beziehungsweise die Rolle der

identifizierten Faktoren für den Kontext der geriatrischen Patient:innenversorgung zu verdeutlichen. Es wurden zentrale Themen im Erleben der Versorgung geriatrischer Patient:innen identifiziert, welche den allgemeinen Kategorien der interprofessionellen Zusammenarbeit im klinischen Setting im Sinne von Subkategorien zugeordnet werden konnten. Im folgenden Absatz wird das Vorgehen der Codierung beispielhaft erläutert.

Tabelle 6: beispielhafte Darstellung des Codiervorgang, eigene Darstellung

Textpassage	Ebene	Literaturbasierende Hauptkategorie	Interviewspezifische Subkategorie
„Und gerade im geriatrischen Bereich ist der Erfolg nicht wie unbedingt nach einer Operation, derjenige muss wieder gehen können, sondern er fürchtet sich nicht mehr vor dem Aufstehen. Oder es gibt andere Ziele in der Geriatrie.“ (Pfleger, 1)	Interpersonelle Ebene	Gemeinsame Zielsetzung	Gemeinsame realistische Zielsetzung vor dem Hintergrund multidimensionaler Ansatzpunkte

5.5 Gütekriterien

Die klassischen Gütekriterien - Objektivität, Reliabilität und Validität - können nicht wortwörtlich auf diese Arbeit übertragen werden. Auch unter Berücksichtigung qualitativer Kriterien muss bedacht werden, dass sich diese in der qualitativen Forschung nicht universell einsetzen lassen (Flick et al., 2022; Kuckartz & Rädiker, 2022; Mayer, 2022). Dies zeigt sich auch in der vorliegenden Arbeit in der Durchführung einer multiperspektivischen qualitativen Studie. Die Einschätzung dieser Arbeit beruht auf einer Kombination von Gütekriterien qualitativer Erhebungsaspekte, zu welchen die Transparenz, die Gegenstandsangemessenheit und die interne und externe Validität gehören.

Die Gütekriterien der empirischen Sozialforschung gelten im Speziellen für die Einzel- sowie Fokusgruppeninterviews, welche als geeignete Erhebungsmethode im Sinne eines multiperspektivischen qualitativen Designs angesehen wurden. Die methodische Vorgehensweise der durchgeführten qualitativen Erhebungen wurde aus Gründen der

Nachvollziehbarkeit in den Kapiteln der *Methodik* durch die *Datenerhebung* und *Datenauswertung* möglichst detailliert beschrieben (Mayer, 2022). Ebenso wird eine argumentative Interpretationsabsicherung der Ergebnisse durch schlüssige Begründungen, welche durch Zitate aus dem Interviewmaterial gestützt wurden, generiert. Die Regelgeleitetheit wird durch eine genaue Beschreibung der Vorgehensweise, der Orientierung an dem zuvor entworfenen Exposé und einer Auswertung anhand des Vorgehens der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) sichergestellt. Hinsichtlich einer kommunikativen Validierung wurden die Ergebnisse der durchgeführten Einzelinterviews durch interprofessionelle Fokusgruppen bestätigt und konkretisiert. Eine Diskussion der Forschungsergebnisse im Team kam aufgrund der alleinigen Forscherrolle nicht zustande. Der Aspekt der Nähe zum Gegenstand wurden ebenso erfüllt. Es kommt zum Austausch mit jenem Personal, welches selbst auf der Station und somit auch aktiv im interprofessionellen Team arbeitet.

Bei der Betrachtung der Prinzipien qualitativer Forschung können die traditionellen quantitativen Gütekriterien in gewissen Aspekten aufgegriffen werden. Die Objektivität dieser Arbeit wird durch eine transparente und nachvollziehbare Beschreibung des Vorgehens gestärkt, wodurch persönliche Beeinflussungen minimiert wurden. Unter der Validität kann die Konstruktvalidität, die interne Validität als auch die externe Validität verstanden werden. So spielt in dieser Arbeit im Rahmen der Konstruktvalidität die Auswahl der Untersuchungsinstrumente eine bedeutende Rolle. Durch den Methodenmix von Literaturrecherche, Einzelinterviews sowie Fokusgruppeninterviews wurden Informationen aus unterschiedlichen Quellen herangezogen. Weitere Erhebungsmethoden erscheinen zur Beantwortung jener Forschungsfrage für das Ausmaß einer Masterthesis als zu komplex und nicht umsetzbar. Durch den Anspruch, die Erfahrung von Vertreter:innen interprofessioneller Teams zu erheben, erscheint der qualitative Ansatz als der einzig zulässige. Die interne Validität, wird in dieser Arbeit durch schlüssige Argumentationen sowie den Verweis auf Zitate und einer Abgleichung der Erkenntnisse mit literaturbasiertem Wissen gestärkt.

Der Anspruch an eine Generalisierbarkeit im Sinne der externen Validität ist in dieser Arbeit nur teilweise gegeben und im Rahmen des gewählten Designs nicht prioritär. Es werden Faktoren, welche für ein Funktionieren interprofessioneller Zusammenarbeit im Kontext der klinischen Versorgung geriatrischer Patient:innen

ausschlaggebend sind, identifiziert. Durch die Inkludierung dreier Stationen werden mehrere Personen, Berufsgruppen sowie Stationen in der Untersuchung herangezogen, sodass die gewonnen Erkenntnisse tendenziell auf ähnliche Kontexte übertragen werden können.

5.6 Ethische Aspekte

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Erfahrungen bezüglich gut funktionierender interprofessioneller Zusammenarbeit seitens des Personals erhoben, wodurch eine Berücksichtigung ethischer Aspekte von Nöten war. Die Teilnehmer:innen wiesen keinerlei Faktoren auf, welche einen besonderen Schutz aufgrund einer bestehenden eingeschränkter Selbstbestimmtheit notwendig machten. Aus diesem Grund wurde von einer Bewertung durch eine Ethikkommission abgesehen.

In diesem Forschungsprojekt wurde der Schutz von Würde, Recht sowie des Wohlergehens der Teilnehmer:innen an erste Stelle gestellt. Grundlage für die Teilnahme als Interviewpartner:innen war die uneingeschränkte Freiwilligkeit sowie eine Aufklärung in schriftlicher sowie mündlicher Form. Die schriftliche Aufklärung und Teilnahmezustimmung erfolgte durch einen Informed Consent (siehe Anhang 1), welcher explizit auf die Möglichkeit eines Abbruches oder eine Ablehnung ohne zu erwartende negative Konsequenzen verwies (Mayer, 2015). Die Möglichkeit eines Rückzuges der Zustimmung zur Datenverwendung war jedoch ausschließlich bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung möglich. Ab der Anonymisierung wäre es für interviewte Personen nicht mehr möglich gewesen, Aussagen zurückzuziehen, da eine Rückverfolgung der Inhalte zu diesem Zeitpunkt nicht mehr gewährleistet werden konnte. Zusätzlich wurde in einem zweiten Schritt vor der Durchführung der Interviews erneut die Bestätigung des Verständnisses des Forschungsvorhabens und dessen Vorgehen eingeholt. Auch etwaig bestehende Fragen wurden vor der Durchführung des Interviews von der Forscherin beantwortet.

Eine kritische Betrachtung erfolgte hinsichtlich des entstandenen Aufwandes für die Teilnehmer:innen. Für die Interviewpartner:innen entstand durch die Teilnahme ein zeitlicher Aufwand. Dieser Aufwand wurde seitens der Forscherin möglichst minimiert, indem die Interviews in örtlicher Nähe zum Arbeitsplatz und während der Arbeitszeit angesetzt wurden. Dieser Aufwand stellt jedoch einen nachträglichen Nutzen für die Landesgesundheitsagentur Niederösterreich sowie deren Personal dar, da die gewonnenen Erkenntnisse der Institution zu Verfügung gestellt werden.

Der Aspekt der Wahrung der Anonymität wurde während des gesamten Forschungsprozesses durch die Forscherin kritisch reflektiert und evaluiert. Die Verantwortung bezüglich der Daten und Erzählungen zu übernehmen, bedeutet vor allem sicher zu stellen, dass durch erläuterte Informationen keine direkten Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. Die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben der Datenverarbeitung und der Datenschutzbestimmungen laut EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO, 2016) wurde vorausgesetzt. Die digitale Audioaufnahme sowie das anonymisierte Transkript wurden auf einem verschlüsselten Medium gespeichert. Von einer Weitergabe der Daten über den elektronischen Weg, per E-Mail oder der Speicherung in einer unverschlüsselten, elektronischen Datenbank wurde explizit abgesehen. Die Audiodateien wurden ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet und werden nach Beendigung der Studie im Jänner 2025 gelöscht. Die Anonymisierung wurde, zusätzlich zu den personenbezogenen Daten, auch auf die inkludierten Fallbeschreibungen ausgeweitet, um Rückschlüsse auf stationsspezifische Informationen und Äußerungen auszuschließen. Es wurde aus diesem Grund auch bei der Auswertung seitens der Forscherin nur die Bezeichnung „Universitätskliniken Niederösterreichs“ anstatt der genauen Bezeichnung oder Lokalität der Klinik erwähnt. Auch ohne zu erwartende negative Konsequenzen müssen Interessenskonflikte sowie Abhängigkeitsverhältnisse bedacht werden. Es bestand während der Durchführung des Fokusgruppeninterviews keine Anonymität bezüglich der Aussagen einzelner Teilnehmer:innen aus den unterschiedlichen Berufsgruppen. Dies veranlasste die Forscherin, mehrmals deutlich über die verpflichtende Anonymität der Gesprächsparteien sowie die Vertraulichkeit aufzuklären.

6. Ergebnisse

Die Beantwortung der Forschungsfragen erfolgt durch eine Darstellung von beeinflussenden Faktoren interprofessioneller Zusammenarbeit aufgrund drei zugrunde liegender Charakteristika geriatrischer Patient:innen. Hierzu werden notwendige Kompetenzen und Rahmenbedingungen unter dem Aspekt vorliegender Multimorbidität, kognitiver Einschränkungen sowie einem vermehrten Betreuungsbedarf aufgrund eingeschränkter Selbstständigkeit beleuchtet und durch Zitate belegt. Folgend werden ausschließlich die Ergebnisse zur Frage „Was macht aus Sicht des multiprofessionellen Teams eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen der geriatrischen Patient:innenbetreuung im klinischen Setting aus?“ erläutert. Des Weiteren wird auf thematische Schwerpunkte der verschiedenen Berufsgruppen Bezug genommen. Trotz übereinstimmenden Ansichten unter den beteiligten Professionen bezüglich förderlicher Faktoren weisen die Aspekte unterschiedliche Gewichtungen in ihrer Relevanz auf. Aufgrund dessen erfolgt ergänzend eine berufsspezifische Darstellung der Priorisierung der Rahmenbedingungen, Kompetenzen und Prozesse. Notwendige Faktoren, begründet durch altersspezifische Merkmale dieser Patient:innengruppe, werden innerhalb der drei Charakteristika jeweils durch zwei bis vier Unterthemen beschrieben und gelten für die innerklinische Versorgung geriatrischer Patient:innen. Die nachstehende Abbildung gibt Überblick über bedeutende Aspekte und deren Zusammenhang (siehe Abbildung 4). Eine genaue Erläuterung erfolgt in den dargestellten Unterkapitel.

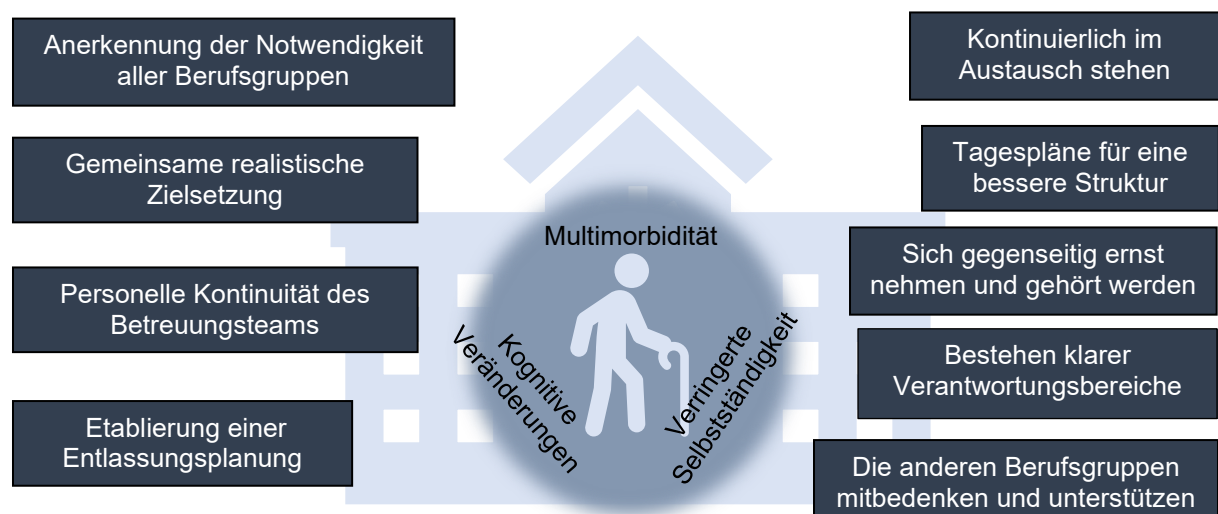


Abbildung 4: Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit in der Versorgung geriatrischer Patient:innen, eigene Darstellung

6.1 Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit in der Versorgung multimorbider Patient:innen

Multimorbidität stellt ein Charakteristikum geriatrischer Patient:innen dar. Das Vorhandensein mehrerer Erkrankungen, welche chronisch bestehen bleiben und einander beeinflussen, wurde in den Interviews als bedeutender Ausgangspunkt für interprofessionelle Versorgung beschrieben. Multimorbidität begründet Komplexität in der Patient:innenversorgung. Daher gilt es bei interprofessioneller Zusammenarbeit auf diverse Spezifika Rücksicht zu nehmen.

6.1.1 Anerkennung der Notwendigkeit aller Berufsgruppen vor dem Hintergrund krankheits- und altersbedingter Komplexität

Die Anerkennung der Notwendigkeit aller Berufsgruppen im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit spielt laut den interviewten Teammitgliedern eine bedeutende Rolle in der geriatrischen Patient:innenbetreuung. Es bedarf einer Begegnung auf Augenhöhe und einer Verringerung hierarchischer Gefälle unter Beibehaltung der klaren Regelung hinsichtlich Verantwortlichkeiten. Essenziell ist, dass alle Beiträge von Mitgliedern des Teams wertgeschätzt werden. Diese Ansichten wurden von den Berufsgruppen der Medizin, Pflege sowie Physiotherapie geteilt. Sie beruhen auf dem Verständnis der Notwendigkeit einer Zusammenarbeit um eine adäquate Versorgung geriatrischer Patient:innen zu ermöglichen. Die Multimorbidität führt zu Einschränkungen der Patient:innen auf verschiedenen Ebenen. Sie bringt Auswirken auf die Psyche, die körperliche Verfassung, die Selbstständigkeit und das soziale Leben mit sich. Diese Komplexität wird wiederum als Markenzeichen der Geriatrie beschrieben. Sie verlangt nach einem interprofessionellen Versorgungsansatz, der in den „Good practice“ Fällen bereits als Selbstverständlichkeit angesehen wird. Auch die Grundeinstellung aller Teammitglieder zeigt die Notwendigkeit aller Berufsgruppen auf.

„Also die Zusammenarbeit erfolgt zwischen Ärzten, Pflege und Therapie. [...] Und auf den drei Säulen ist es aufgebaut. Und wenn das gleichwertig und ebenbürtig miteinander zusammenarbeitet, dann kommt für den Patienten das Beste heraus.“ (Physiotherapie, 9)

Die interviewten Personen beschreiben die Zusammenarbeit diverser Berufsgruppen als bedeutendes und selbstverständliches Kriterium in der Versorgung geriatrischer Patient:innen. Anhand beispielhafter Versorgungsprozesse wird deutlich, dass ein Hinzuziehen verschiedener Professionen im Rahmen der Betreuung selbstverständlich und automatisch passiert. Das Hinzuziehen anderer Professionen wird nicht als eigenes Versagen gedeutet, sondern als notwendiger Schritt, um patient:innenorientierte, ganzheitliche Betreuung zu ermöglichen. Diese Versorgungspraxis wird durch die Aussage einer Pflegeperson zusammenfassend verdeutlicht.

*„DAS macht unsere Station aus, dass jeder eigentlich wichtig ist und Teil davon ist.“
(Pflege, 5)*

Die Berufsgruppe Pflege illustriert die Vorteile, die aus einem Gemeinschaftsgefühl und der vorhandenen Wertschätzung wachsen. Dies seien wichtige Faktoren, um das Ziel der bestmöglichen Patient:innenversorgung zu erreichen.

„Ich glaube, wir haben großes Glück, auch in der Zusammenarbeit mit den Ärzten. Ja, ich glaube, das muss uns bewusst werden. Wir sind nicht zwei Berufsgruppen, die gegeneinander kämpfen, sondern wirklich miteinander versuchen alles zu schaffen.“ (Pflege,3)

Auf Stationen, an denen interprofessionelles Zusammenarbeiten bereits gut etabliert war, zeigte sich durchwegs flache Hierarchien - mit Ausnahme von Notfallsituationen. Im Stationsalltag wird die Zusammenarbeit dann als gleichwertig erlebt, sofern sich keine Berufsgruppe als wertvollste Profession in der Patient:innenversorgung sieht. Es gilt die Notwendigkeit jeder Berufsgruppe hinsichtlich der Komplexität der geriatrischen Patient:innenbetreuung wahrzunehmen und anzuerkennen. Diese Wertschätzung sowie das Bewusstsein, dass alle Berufsgruppen ihren Beitrag zur Patient:innenversorgung leisten, wirkt sich langfristig positiv auf die Stimmung und Dynamik im gesamten Team aus.

6.1.2 Ein gemeinsames realistische Ziel verfolgen vor dem Hintergrund multipler Ansatzmöglichkeiten

Die gemeinsame Zielsetzung und Entscheidungsfindung spielt in der Versorgung geriatrischer Patient:innen eine tragende Rolle und wird aus Sicht der Mitglieder des

multiprofessionellen Behandlungsteams als Spezifikum der Geriatrie beschrieben. Trotz fachgebietsübergreifender Bedeutung von einer gemeinsamen Zielverfolgung wird die Relevanz der gemeinsamen Zielsetzung mit dem Fokus der Realisierbarkeit in der geriatrischen Patient:innenbetreuung von Interviewteilnehmer:innen nochmals als bedeutender als in der Betreuung anderer Personengruppen eingeschätzt. Die gemeinsame Entscheidungsfindung geht laut Teammitglieder in der Praxis mit einer gemeinsamen Zielsetzung einher. Geriatrische Patient:innen weisen aufgrund bestehender Multimorbidität mehrere Betreuungsschwerpunkte auf, welche es gesondert sowie kumuliert zu behandeln gilt. Dieser Zustand stellt eine besondere Herausforderung für die Behandlung im Setting des Klinikums dar. Es gilt ein Ziel zu finden, dessen Verfolgung sowohl für Patient:innen als auch jede Berufsgruppe bedeutend ist. Dieses Ziel muss im Rahmen des Klinikaufenthaltes realisierbar sein, um Therapien adäquat anpassen zu können. Die gemeinsame Zielsetzung wird durch das interprofessionelle Team im Rahmen der geriatrischen Patient:innenversorgung als notwendige Maßnahme gesehen, um das gewünschte Patient:innenoutcome zu erreichen. Multiple Ansatzpunkte sorgen für erhöhte Komplexität in der Versorgung und führen häufig zu erschwerten Entscheidungsfindungen, da kein Standardprozedere zur Anwendung kommen kann. Die Geriatrie wird charakterisiert durch komplexe Problemkonstellationen und dem Zustand, nicht allumfassend heilen zu können. Diese Gegebenheit stellt eine Besonderheit in der geriatrischen Patient:innenbetreuung dar.

"Das Spezifische ist vielleicht, dass der geriatrische Patient mit vielen verschiedenen Baustellen herkommt, mit vielen verschiedenen Erkrankungen hierher kommt. Er hat nicht nur eine lange Diagnoseliste, er hat auch verschiedene Vorgeschichten schon, er hat Voroperationen, der hat Vorerkrankungen. Und es ist egal für wen- Pfleger, Ärzte und Therapie- entscheidend herauszufinden: Was ist jetzt das Wichtige für den Patienten in der jetzigen Situation? Also was kann ich aus ihm jetzt herausholen?" (Physiotherapie, 9)

Um ein sinnvolles Ziel im konkreten Fall der Patient:innen anzusetzen, gilt es den individuellen Gesundheitszustand zu beachten. Bei der Versorgung von geriatrischen Patient:innen ist es essenziell, die Zielsetzung realistisch zu halten, um der Erwartungshaltung sowohl der Patient:innen als auch der betreuenden Berufsgruppen zu entsprechen. Aufgrund des ganzheitlich reduzierten Gesundheitszustandes können Zielvorgaben vergleichsweise nicht in so kurzer Zeit wie bei mobilen, orientierten,

selbstständigen Patient:innen erreicht werden. Ein für Patient:innen mögliches sowie im Alltag nützliches Ziel ist in diesem gesundheitsbezogenem Fachgebiet unumgänglich. Diese Besonderheit der realistischen Zielsetzung in der Geriatrie wird folgendermaßen beschrieben:

"Und gerade im geriatrischen Bereich ist der Erfolg nicht wie unbedingt nach einer Operation, derjenige muss wieder gehen können, sondern er fürchtet sich nicht mehr vor dem Aufstehen. Es gibt einfach andere Ziele in der Geriatrie." (Pfleger, 1)

Um ein realistisches Ziel setzen zu können, bedarf es eines Austausches im Team. Erfahrungswerte und Wissen anderer Professionen sind wesentlich für einen durchführbaren Behandlungsplan. Kenntnisse über erfahrungsgemäße Behandlungsdauern bei bestimmten Vorerkrankungen sind notwendig, um einen gemeinsamen Fahrplan erstellen zu können.

Die gemeinsame Zielsetzung dient allerdings nicht nur dem verbesserten Patient:innenoutcome, sie wird als essenzieller Baustein für die Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams beschrieben. Es vermittelt das Gefühl, sprichwörtlich an einem Strang zu ziehen. Dies gilt besonders im geriatrischen Bereich. Bei geriatrischen Patient:innen ist das Ziel aufgrund der Vielfalt an von vorhandener Problemen zunächst oft unklar. In der interprofessionellen Versorgungspraxis wird daher der initiale Fokus auf Beständigkeit in der Behandlung gelegt. So ist es möglich, als gesamtes interprofessionelles Team an einem Punkt anzusetzen und den Behandlungsfokus auszurichten. Dies kann durch eine Aussage der Pflege während des Gruppengesprächs verdeutlicht werden.

„Ich glaube, der Knackpunkt ist einfach diese Multimorbidität [...] Und ich glaube einfach, das ist auch der Schlüssel dazu. Jede Berufsgruppe sieht halt dieses komplexe Geflecht an Diagnosen einfach anders und setzt andere Prioritäten und hat mehrere Angriffspunkte sozusagen. Man probiert sich da durchzuschlängeln, dass der Patient halbwegs wieder mobil wird.“ (Pfleger, F12)

Im Rahmen eines Fokusgruppeninterviews wird das Mitbeachten des Patient:innenwunsches in der Zielsetzung besonders hervorgehoben. Mitsprache der Patient:innen ist für jede Behandlung und Patient:innengruppe bedeutend. Die Wünsche geriatrischer Patient:innen können jedoch existenzielle Ausmaße annehmen. Es werden seitens der Patient:innen Wünsche hinsichtlich des eigenen

Ablebens oder des Einzuges in ein Pflegeheim geäußert. Derartige Wünsche stellen Hindernisse in der Versorgung dieser Personen dar. Es zeigt sich, dass Patient:innen diese Wünsche eher nicht-ärztlichem Personal anvertrauen. Im Rahmen der interprofessionellen Versorgung gilt es jedoch, diesbezüglich Rücksprache mit dem Team zu halten. Es zeigt sich als wertvoll und erleichternd für das Versorgungsteam, auch negativ behaftete Patientenwünsche miteinander zu besprechen und Lösungswege dafür zu finden.

„Also da braucht es ganz viel Bewusstseinsbildung und da sind wir wieder beim Team. Das gemeinsam zu tragen, dass du als ganzes Team das merkst, dass der Patient das sagt: „Okay, dann will ich es nicht mehr.“ Dann ist es, glaube ich auch für den Arzt leichter das letztendlich zu verantworten, dass er sagt: „Okay, wir machen die Therapie nicht mehr.“ Weil dann ist er nicht der einzige.“ (klinische Psychologie, 1)

Mit dem Aspekt der Zielsetzung geht auch die Entscheidungsfindung und ist für die Berufsgruppe der Medizin ein bedeutender Aspekt der Zusammenarbeit. Die Entscheidungsverantwortung liegt häufig bei Mediziner:innen. Die Besprechung von Entscheidungsmöglichkeiten kann dennoch im Team stattfinden und die Verantwortungsträger:innen entlasten. Aufgrund der kognitiven Einschränkungen und physischen Gegebenheiten der Patient:innen gestaltet sich die Durchführung der geplanten Behandlungsabläufe teilweise als nicht möglich. Derartige Blockaden des initialen Versorgungsplans führen gehäuft zu Evaluierung und Umgestaltungen durch das Gesundheitspersonal. Es zeigt sich im Diskurs mit interprofessionellen Teams, dass die Pflicht zur alleinigen Entscheidungsfindung als belastend empfunden wird. Eine gemeinsame Besprechung im Team kann zumindest die Situation entschärfen und Ängste, eine falsche Entscheidung zu treffen, verringern.

„Das stimmt und auch wahrscheinlich die Angst von der Medizin, dass man etwas übersieht, dass man was nicht gemacht hat, was man machen hätte sollen, aus rechtlichen Gründen. Und dass man dann doch aus rechtlichen Gründen eine Blutabnahme macht, die aber. (..) Ja kein Benefit für den Patienten trägt.“ (Medizin, FI2)

Die gemeinsame Entscheidungsfindung kann die Beziehung der Berufsgruppen unter sich stärken. Parallel führt dies auch zu einer größeren Reflexion von Entscheidungen, da mehrere Aspekte aus unterschiedlichen professionsspezifischen Sichtweisen angesprochen und diskutiert werden.

Für geriatrischen Patient:innen bedeutet eine realistische Zielsetzung, dass jede Berufsgruppe weiß, wohin der Weg geht. Dies ist bei einer solchen Patient:innengruppe nicht immer von Anfang an gegeben. Ebenso bedarf es einer Einbeziehung des gesamten Teams und der Patient:innen, um deren Wunsch herauszufinden und mit dem Ziel realistisch zu vereinbaren. Weitreichende Entscheidungen sollen hierbei gemeinsam getroffen werden, um Belastungen bei verantwortlichen Personen vorzubeugen.

6.1.3 Personelle Kontinuität des interprofessionellen Betreuungsteams vor dem Hintergrund krankheits- und altersbedingter Komplexität

Im Rahmen der Interviews mit Personen, welche an der interprofessionellen Versorgung geriatrischer Patient:innen im klinischen Setting beteiligt sind, zeigt sich der positive Aspekt eines beständigen multiprofessionellen Betreuungsteams. Der Wunsch nach einer konkret für diese Patient:innengruppe ausgerichteten Station wird ebenso beschrieben. Ein geringer Wechsel des Personals sowie eine geringe Rotation der zuständigen Ärzt:innen und Therapeut:innen wird als Erfolgsfaktor für eine gute Zusammenarbeit beschrieben. Begründet wird dies dadurch, den Fokus isoliert auf die Bedürfnisse von geriatrischen Patient:innen legen zu können. Geriatrische Patient:innen zeichnen sich durch Multimorbidität aus, welche zu einer erhöhten Komplexität in der Betreuung und Versorgung dieser Patient:innengruppe führt. Es besteht daher der Wunsch, sich ausschließlich auf jene komplexen Situation konzentrieren zu können, ohne weitere Patient:innengruppen versorgen zu müssen.

"Genau. Also wie es zum Beispiel eine Pädiatrie gibt bei uns. Das finde ich wirklich von großer Bedeutung, dass man auch eine geriatrische Abteilung schafft, wo dann alle Mitarbeiter sich nur auf diese Patientengruppe konzentrieren können." (Medizin, 5)

Dem Bestehen eines gleichbleibenden Betreuungsteams wird die Verbesserung der Teamdynamik und des patient:innenspezifischen Austausches innerhalb des Teams zugeschrieben. In der Betreuung geriatrischer Patient:innen ist dies grundlegend, da die Betroffenen Informationen oft selbst nicht adäquat weitergeben können. Aus den Gesprächen mit einzelnen Mitgliedern des interprofessionellen Versorgungsteams geht hervor, dass großer Wert auf Routine gelegt wird. Es wirke sich positiv auf die Patient:innenversorgung aus, wenn das Team einander kennt, da dies Abläufe und

Prozesse vereinfacht. Der Aspekt des *beständigen Betreuungsteams* geht häufig mit dem Faktor *sich einander gut zu kennen* einher und wird in der Praxis als bedeutender Aspekt für eine verbesserte Kommunikation beschrieben. Die interviewten Personen verdeutlichen, dass sowohl die patient:innenbezogenen als auch organisatorischen Abläufe dadurch wesentlich verbessert würden.

„Also für mich ist es die xxxx, weil ich die persönlich einfach kenne, die die ich bei der Diätologie einfach anrufe und frage.“ (Klinische Psychologie, 1)

Durch das bessere Kennen der Teammitglieder wird auch die Frage nach den richtigen Ansprechpersonen klarer. Ebenso verändert sich die Dynamik der Informationsweitergabe in beide Richtungen, da der Informationsfluss automatisiert und dadurch vereinfacht wird. Dies beschreibt beispielsweise eine Vertreterin des Entlassungsmanagements:

„Je mehr Kontakt wir haben untereinander, desto leichter wird es den Patienten zu versorgen [...] Also du kriegst die Informationen oft schon, ohne dass du nachfragst, wenn du nur auf die Station gehst, weil die wissen, die kommt vom Entlassungsmanagement.“ (Entlassungsmanagement, 1)

Regelmäßiger Kontakt zwischen dem gesamten Versorgungsteam und den Patient:innen bietet auch Vorteile in der Einschätzung deren Gesundheitszustandes. Dieser Faktor hat vor allem hinsichtlich der geriatrischen Patient:innengruppen eine hohe Priorität. Die konstante Betreuung durch dieselben Personen ermöglicht ein rasches Erkennen von Veränderungen im Gesundheitszustand der Patient:innen. Neben dieser Erleichterung der Patient:innenbetreuung im operativen Sinne kommt es außerdem zu einer gestärkten Beziehung zu Patient:innen. Hierbei beschreiben die interviewten Personen den Vorteil, eine aktive Teilnahme an Therapien und Tätigkeiten des täglichen Lebens seitens der Patient:innengruppe zu bewirken.

Der genannte Gesamtüberblick wird ebenso mit einem beständigen Betreuungsteam in Zusammenhang gebracht. Die Komplexität des Gesundheitszustandes geriatrischer Patient:innen erfordert vermehrt umfassende Information über den gesamten Zustand der Patient:innen. Dies kann durch ein gleichbleibendes Versorgungsteam gefördert werden. Bezugspersonen können außerdem Sicherheit und Klarheit für geriatrische Patient:innen schaffen, da Informationen täglich und aktuell weitergegeben werden.

Somit profitieren auch die zu versorgenden Personen von einem gleichbleibenden, beständigen Informationsfluss. Dies wird durch eine Beschreibung einer klinischen Psychologin verdeutlicht.

„[...] Das ist jetzt so, dass ärztlich oder pflegerisch eigentlich so durch den Turnusdienst immer wer anderer zuständig ist. Das heißt, da haben wir die Beständigkeit nicht [...] Und wenn ich als Psychologin jetzt einmal hinkomme und den so sehe, brauche ich die Information. Wie war denn der Verlauf? Ist er immer so? Und wenn es dann niemanden gibt, der was darüber Auskunft geben kann, ist echt schwierig. Gerade bei geriatrischen Patienten.“ (klinische Psychologin, 1)

Neben dem Erkennen von Veränderungen und dem Schaffen eines Gesamtüberblicks des Gesundheitszustandes kann durch ein bestehendes interprofessionelles Betreuungsteam auch der erstmalige Bedarf an Betreuung durch bestimmte Berufsgruppen festgestellt werden. Besonders im klinischen Setting finden konsiliarische Begutachtungen anhand ärztlicher Zuweisungen statt. Dies bedeutet jedoch wiederum, dass der potenzielle Betreuungsbedarf durch stationär anwesende Professionen erkannt werden muss. Im Rahmen der geriatrischen Patient:innenbetreuung kann der Bedarf oder Wunsch von weiteren therapeutischen Maßnahmen häufig aufgrund der multimorbiditätsgeschuldeten Einschränkungen nicht von Patient:innen selbst geäußert werden. Geriatrische Patient:innen sind demnach vom Erkennen des Betreuungsbedarfs durch das Gesundheitspersonal abhängig. Ein stationär bestehendes, multiprofessionelles Team birgt folglich den Vorteil, dass jede vertretene Profession Patient:innen aus ihrem Blick betrachtet und eine professionsspezifische Einschätzung abgeben kann.

„Wir sind einfach im Team davon abhängig, dass andere Berufsgruppen eigentlich ein Gespür dafür haben, wer könnte was brauchen.“ (Klinische Psychologin, 1)

Das Bestehen eines gleichbleibenden multiprofessionellen Behandlungsteams wirkt sich sowohl auf das Erkennen von Betreuungs- und Behandlungsbedarfs als auch auf eine stringente Umsetzung des Behandlungsplanes aus. Weiters wird die Zusammenarbeit durch einen verbesserten, effektiven Informationsaustausch gefördert.

6.2 Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit in der Versorgung von Patient:innen mit kognitiven Einschränkungen

In der Beschreibung der geriatrischen Patient:innenversorgung wird das Vorhandensein kognitiver Einschränkungen mehrmals angeführt. Dieser Aspekt wirkt sich auf verschiedenen Ebenen der Versorgung und Betreuung dieser Patient:innen aus. Im Folgenden werden Aspekte in der geriatrischen Patient:innenversorgung beschrieben, die aufgrund bestehender kognitiver Einschränkungen seitens der Patient:innen als notwendig für das Funktionieren von interprofessioneller Zusammenarbeit erachtet werden.

6.2.1 Kontinuierlicher Austausch aufgrund eingeschränkter kommunikativer Fähigkeiten

Interviewte Mitglieder interprofessioneller Versorgungsteams berichten im Zusammenhang mit der geriatrischen Patient:innenversorgung über die relevante Rolle der Kommunikation. Kontinuierlicher Austausch wird als essenziell für die Versorgung dieser Patient:innengruppe angesehen. Dies gilt besonders für die Informationsweitergabe sowie -beschaffung. Hinsichtlich der geriatrischen Patient:innenversorgung beschränkt sich die Kommunikation jedoch nicht nur auf berufsspezifische Informationsweitergabe, sondern benötigt ebenso die Übernahme der Kommunikation für Patient:innen. Oftmals ist Kommunikation mit Patient:innen über deren Gesundheitszustand, über gesundheitliche Veränderungen und Wünsche aufgrund bestehender Einschränkungen nicht mehr möglich. Kommunikation wird daher als eine Hauptvoraussetzung für das Funktionieren interprofessioneller Zusammenarbeit beschrieben.

„Am wichtigsten finde ich ist der Austausch zwischen allen Berufsgruppen.“ (Physiotherapie, 2)

Im konkreten Fall der Kommunikation berichten die Interviewteilnehmer:innen vor allem über Situationen in welchen kognitiven Einschränkungen seitens der Patient:innen vorhanden waren. Es wird sowohl das Erlangen als auch das Vermitteln von Informationen als herausfordernd beschrieben. Neben der hohen Relevanz der Kommunikation in der geriatrischen Patient:innenbetreuung erweist sich diese gleichzeitig als größte Hürde. Laut einem interviewten Mediziner kann dies als Spezifikum in der geriatrischen Patient:innenversorgung gesehen werden.

„Die Spezialität ist, wir haben es mit Menschen zu tun, die alle ihre sensorischen Schwächen haben. Ja, abgesehen davon aber auch gewisse Informationen langsamer umsetzen können. Die Informationen teilweise gar nicht behalten können.[...] Zusammengefasst die Kommunikation ist schwieriger.“ (Medizin, 8)

Der Informationsaustausch spielt in der interprofessionellen Zusammenarbeit allgemein eine tragende Rolle. Multiprofessionelle Besprechungen gelten als Möglichkeit einen regelmäßigen Austausch im gesamten Team umzusetzen, mit dem Ziel eines einheitlichen Informationsstandes jeder Berufsgruppe. Im Rahmen dieser Besprechungen kann jedem Patienten und jeder Patientin Aufmerksamkeit geschenkt werden, sodass eine multiprofessionelle Betrachtung des Gesundheitszustandes, beispielsweise einmal wöchentlich, zustande kommt. In der geriatrischen Patient:innenbetreuung, kann durch routinemäßige Besprechungen ein Austausch trotz Ausbleiben der Informationen aus Patient:innensicht durch Gespräche über professionsspezifische Beobachtungen stattfinden.

„Bei uns ist es so, die Patienten kommen ja zur Aufnahme und jeden Dienstag besprechen wir jeden Patienten einzeln durch. Da sind alle Berufsgruppen zusammen und daher findet einfach ein Austausch statt.“ (Pflege, 5)

Neben dem routinemäßigen Austausch durch Besprechungen gilt es im Sinne der Kontinuität ebenso schnell zu klärende Fragen und Informationen aktiv mitzuteilen. Kognitive Einschränkungen können bei geriatrischen Patient:innen dazu führen, dass Probleme oder Veränderungen nicht selbstständig mitgeteilt werden, sondern rein aufgrund von Beobachtungen erkannt werden. Im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit wird unter Kommunikation auch die aktive Weitergabe von Informationen, ohne eines expliziten Nachfragens, verstanden. Ein Austausch findet während des gesamten Arbeitsalltages statt, um alle Beobachtungen mitzuteilen und deren Einschätzung der zuständigen Profession zu überlassen. Eine Situation zwischen Pflege und Physiotherapie während des Stationsalltages verdeutlicht die Relevanz des aktiven Weitermeldens von Beobachtung durch eine nicht dafür zuständige Berufsgruppe um eine adäquate Patient:innenversorgung zu ermöglichen.

„Wir sind auch in der Pflege nicht immer in jedem Zimmer gleichzeitig und dann kommt die Physiotherapie und sagt: „Bei dem staut sich irgendwie das Blut zurück.“ oder „Ich glaube, der

Katheter hat ein Problem“ oder „Der jammert da drinnen“. Ja, und das sind oft wichtige Informationen und gerade geriatrische Patienten verstehen es kognitiv nicht, wie sie den Schwesternhof betätigen.“ (Pfleger, 1)

6.2.2 Tagespläne zur besseren Orientierung und Koordinierung vor dem Hintergrund des erschwerten Selbstmanagements

Strukturierte Tagespläne stellen einen förderlichen Faktor in der geriatrischen Patient:innenbetreuung dar. Hierbei werden die Behandlungen des interprofessionellen Versorgungsteams eingeteilt, um Überschneidungen bei therapeutischen Maßnahmen zu vermeiden. Geriatrischen Patient:innen ist es oft nicht möglich, den Tag selbstständig zu strukturieren oder auf Terminkollisionen hinzuweisen. Das Bestehen von strukturierten Tagesplänen wird auch als förderlich für die interprofessionelle Zusammenarbeit unter den verschiedenen Berufsgruppen angesehen, um terminliche Abläufe zu organisieren. Die Vorteile eines derartigen Plans beschreibt eine interviewte Person folgendermaßen:

"Wir haben einen Plan. [...] Da weiß jeder Bescheid über Einzeltherapie, Gruppentherapie, Fahrradfahren. Das heißt, der Patient weiß schon, wie der Tag abrennt. Wenn die Psychologin kommt, bespricht sie alles mit dem Patienten und macht sich einen neuen Termin aus. Und genauso die Diätologen. Also jeder weiß Bescheid. [...] (Pfleger, 5)

Durch das Wissen über anschließend anstehende Therapien kann das Gesundheitspersonal auch die Pläne der anderen Berufsgruppen sehen und in die eigene Planung der Tätigkeiten einbeziehen. So kann das Versorgungsteam einander unterstützen, was wiederum einen förderlichen Faktor für die interprofessionelle Zusammenarbeit darstellt. Dies spielt vor allem für die Effizienz der Zusammenarbeit eine bedeutende Rolle. Durch einen Tagesplan können therapeutische Maßnahmen zu vorgeplanten Zeiten mit alltäglichen Tätigkeiten kombiniert werden. Derartige Maßnahmenkombinationen wirken sich vorteilhaft auf die Vorbereitung der Entlassung ins häusliche Setting aus. Die Körperpflege kann mit einer physiotherapeutischen Einheit kombiniert werden, das Mittagessen beispielsweise mit einer logopädischen Begutachtung. Ein Physiotherapeut beschreibt den Benefit eines eingehaltenen, strukturierten Tagesplans folgendermaßen:

„Und wenn es keinen Fahrplan gibt, wird man schwer planen können. Aber gewisse Sachen sind ja planbar. Ja, ja, und wenn es da schon Struktur gibt und eine Übersicht, glaube ich, dass das extrem viel helfen kann.“ (Physiotherapie, 4)

Bei einem nicht existenten Tagesplan wird die Problematik von Terminkollisionen mit einem möglichen Ausfall von bedeutenden Therapien beschrieben. Somit begründet sich auch der Wunsch nach einer allgemein sichtbaren Struktur hinsichtlich Therapiezeiten. Demnach zählt ein strukturierter Tagesplan als zu berücksichtigender Faktor für die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der geriatrischen Patient:innenbetreuung.

6.2.3 Sich gegenseitig ernst nehmen und gehört werden in Anbetracht der schwankenden Tagesverfassungen

Sich gegenseitig ernst zu nehmen und gehört zu werden spielt im Allgemeinen eine bedeutende Rolle in jeglicher Zusammenarbeit. Hinsichtlich der geriatrischen Patient:innenbetreuung wurde dieser Aspekt bezüglich der Zusammenarbeit in einem interprofessionellen Team besonders betont. Informationen aufzunehmen und den anderen Berufsgruppen aktiv zuzuhören, spiegelt eine positive Teamdynamik wider. Vor allem Informationen, Anliegen und Probleme bezüglich der Patient:innen müssen wahr, sowie angenommen werden um eine ganzheitliche Patient:innenversorgung umzusetzen. Die Versorgung geriatrischer Patient:innen wird besonders charakterisiert durch sich schnell verändernde Gesundheits- sowie Gemütszustände der Patient:innen, weswegen geplante Therapien oder Tagespläne nicht wie geplant durchgeführt werden können. Ebenso können kognitive Einschränkungen seitens der Patient:innen dazu führen, dass Informationen nicht durch diese selbst weitergegeben werden, beziehungsweise Bedürfnisse gar nicht erst geäußert werden können. Hierbei gilt es, die Berufsgruppen in ihren Aussagen ernst zu nehmen, ihnen Glauben zu schenken und Verständnis zu zeigen. Die Berufsgruppen sind somit von Beobachtungen und Informationen anderer Professionen abhängig.

Die Tagesverfassung geriatrischer Patient:innen variiert aufgrund unterschiedlicher Faktoren stark und fordert Flexibilität in der Betreuung und Therapie. Auch der Faktor Multimorbidität wirkt hinderlich auf konkrete Pläne. Geplante Therapieeinheiten sowie die Durchführung von Pflegetätigkeiten können nicht immer wie geplant stattfinden. Diesen Hindernissen Akzeptanz und Verständnis entgegenzubringen, stellt laut

Interviewteilnehmer:innen einen bedeutenden Aspekt in der interprofessionellen Zusammenarbeit dar. Eine Entlassungsmanagerin berichtete über die Schwierigkeit, die weitere Versorgung geriatrischer Patient:innen in häuslicher Betreuung zu planen. Für die Entlassung von Patient:innen waren gewisse Voraussetzungen zu erfüllen, die der Zustand der Person noch nicht ermöglichte. Rückmeldungen zu einer noch nicht durchführbaren Entlassungen, die eine verlängerte stationäre Versorgung bedeuten, müssen seitens des Kollegiums anerkannt und wertgeschätzt werden. Die Anerkennung von Schilderungen jedes Teammitgliedes wirkt sich förderlich auf die Zusammenarbeit aus.

„Genau hier sind wir wieder beim (...) ernst nehmen. Alle ernst nehmen, egal wer das ist. Immer wertschätzend sein wäre wichtig, denke ich.“ (Entlassungsmanagement, 1)

Nicht alle Teammitglieder stehen in direktem Patient:innenkontakt. Einige betreuen Patient:innen nur für eine kurze Zeitspanne. Im Rahmen der geriatrischen Patient:innenbetreuung stellt der Informationsgewinn durch Patient:innen bereits eine Schwierigkeit dar. Um Informationen zu erhalten sind einige Professionen auf Aussagen anderer angewiesen. Hierbei gilt es wiederum diese ernst zu nehmen und diesen Glauben zu schenken. Das Informationsniveau für alle Berufsgruppen muss gleich verteilt werden, um eine adäquate Patient:innenversorgung sicherzustellen. Dies verdeutlichen Beispiele diverser Berufsgruppen, unter anderem der Physiotherapie.

„Dieses kurze Zeitfenster und das ist halt oft für uns ja dann auch so schwierig. Deswegen brauchen wir unbedingt diese Gespräche. Wir haben sicher oft den falschen Eindruck dann von den Leuten.“ (Physiotherapie,4)

Das beschriebene kurze Zeitfenster erschwert es einigen Berufsgruppen aus dem Betreuungsteam, einen Eindruck über den Patient:innenzustand zu bekommen. Dieser Faktor verdeutlicht die Notwendigkeit, sich auf andere Berufsgruppen zu verlassen und ihre Aussagen ernst zu nehmen. Vor allem Entscheidungen der Medizin bedürfen oft eines vorherigen Informationsaustausches mit anderen Berufsgruppen. Bei geriatrischen Patient:innen mit kognitiven Einschränkungen spielen neben der verringerten Fähigkeit, die eigene Situation einzuschätzen und wiederzugeben, häufig auch fehlendes Vertrauen oder geringe zeitliche Ressourcen eine Rolle in der

Informationsweitergabe. Anliegen von Patient:innen werden im Rahmen der Visite häufig nicht mitgeteilt. Laut Pflege kommen wichtige Themen fallweise erst nach durchgeführter Visite zur Sprache. Hier wird im Rahmen eines Interviews ein Beispiel zur Kommunikation von Schmerzen gebracht. Patient:innen sind aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage, ärztliches Personal im Rahmen der Visite über Schmerzen zu informieren. Auch in dieser Hinsicht stellt ein gleicher berufsgruppenübergreifender Informationsstand einen Vorteil dar, unter der Prämisse, dass die Schilderungen aller Berufsgruppen ernstgenommen und protokolliert werden. Die Sichtweise einer Medizinerin verdeutlicht das bestehende Bewusstsein über diese Situationen und geht darauf ein, warum Gehör schenken so bedeutend ist.

„Es ist auch der Zeitfaktor glaube ich. Und dann aber auch noch bei der Visite wird meistens gestanden, man ist so über den Patienten drüber. Der Patient traut sich teilweise nicht einmal sagen, dass er Schmerzen hat. Warum soll er dann sagen, dass er die und die Sorgen hat? Also das glaube ich schon auch, dass das sehr, sehr wichtig ist, dass man sich dann zu diesem Thema austauscht, weil man einfach sowas gar nicht bedenkt und bemerkt.“ (Medizin, F12)

6.3 Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit bei Patient:innen mit erhöhtem Betreuungsausmaß

Erhöhter Betreuungsbedarf ist bei geriatrischen Patient:innen häufig der Multimorbidität und reduzierten kognitiven Fähigkeiten geschuldet. Die resultierende eingeschränkte Selbstständigkeit in allen Bereichen des täglichen Lebens stellt eine Besonderheit in der Betreuung und Versorgung geriatrischer Patient:innen dar. Das Ausmaß der Tätigkeiten für und mit dieser Patient:innengruppe wird höher als bei anderen Patient:innengruppen beschrieben und verlangt nach einer guten Planung, um den Alltag strukturieren und effizient gestalten zu können.

6.3.1 Bestehen klarer Verantwortungsbereiche vor dem Hintergrund vorliegender Überschneidungen in Tätigkeitsbereiche

In der interprofessionellen Versorgungspraxis geriatrischer Patient:innen erweist sich das Bestehen klarer Verantwortungsbereiche als bedeutend. Es ist hierbei wichtig, eine klare Rollenzuteilung sowie ein einheitliches Verständnis der jeweiligen Rollen zu implementieren. So kann eine ganzheitliche Betreuung und Versorgung der geriatrischen Patient:innengruppen im Rahmen interprofessioneller Zusammenarbeit

effizient gestaltet werden. Für das Funktionieren interprofessioneller Zusammenarbeit ist daher das Verständnis von Aufgabenbereichen als Grundvoraussetzung nötig, um eine Zusammenarbeit zu ermöglichen, so beschreibt es ein Vertreter der Berufsgruppe der Medizin:

"Wenn ich selber nicht weiß, was sind meine Aufgaben sind und die dementsprechend nicht erfüllen kann und erwarte, dass andere Berufsgruppen die Aufgaben annehmen/übernehmen, dann kann es nicht funktionieren." (Medizin, 6)

Das Erfüllen des eigenen Verantwortungsbereiches stellt demnach die Priorität im Arbeitsalltag aller Berufsgruppen dar. Speziell durch die notwendige Zusammenarbeit vieler Berufsgruppen in der geriatrischen Patient:innenbetreuung kommt es gehäuft zu Überschneidungen, welche in die Handlung- und Verantwortungsbereiche mehrerer Professionen fallen. Daher sind klare Regelungen diesbezüglich seitens der Institution oder Station notwendig.

Trotz der Notwendigkeit einer Priorisierung der eigenen Kernkompetenz gehört aus Sicht der interviewten Teammitglieder ebenso die Unterstützung anderer Berufsgruppen zu einer interprofessionellen Zusammenarbeit. Schnittstellen in den berufsspezifischen Verantwortungsbereichen und Tätigkeitsfeldern bilden den Rahmen, in welchem eine Zusammenarbeit möglich ist. Ein Physiotherapeut mit Leitungsfunktion beschreibt während des Interviews eine positive Erfahrung mit klaren Verantwortungsbereichen bei bestehender Zusammenarbeit.

„[...] Also was gut funktioniert, ist, wenn man Rahmenbedingungen definiert hat. Ja. Rahmenbedingungen haben das Schöne, innerhalb des Rahmens kann man sich trotzdem noch frei bewegen. Aber wenn der Rahmen von außen bekannt ist, weiß auch jeder andere, der drauf schaut: Aha, das ist der Rahmen, in dem bewegen wir uns. Oder wenn man es jetzt auf die drei Berufe Pflege, Physio und Ärzte definiert ist. Man weiß auch okay, in dem Rahmen bewegt sich der andere, da weiß ich, das macht der und in dem Rahmen bewege ich mich. Und da sind die Schnittstellen, da können wir zusammenarbeiten." (Physiotherapie, 8)

Das beschriebene Wissen über den Tätigkeits- und Verantwortungsbereich der Berufsgruppen abseits der eigenen trägt ebenso zum Funktionieren der interprofessionellen Zusammenarbeit bei. Besonders in der Betreuung geriatrischer Patient:innen kommen Tätigkeiten, welche durch mehrere Berufsgruppen ausgeführt werden können, zum Tragen. In solchen Situationen bedarf es einer klaren Festlegung

der stationsgeltenden Verantwortlichkeit. Als positives Beispiel wird ein im Team kommuniziertes Mobilisationskonzept genannt. Hierbei werden Aufgaben- und Verantwortungsbereiche zum Thema Mobilisation analysiert und zugeteilt. Dies hilft, Konflikte zu vermeiden.

„Auf dieser Station ist es klar geregelt. Ich als Therapeutin der Therapie mache mit den Patienten Therapie [...] Und der Rücktransfer wird von der Pflege gemacht und das ist klar ausgesprochen. Also solche Prozesse sind einfach klar formuliert und das ist auf anderen Stationen zum Beispiel nicht so der Fall. Also da kommt man immer wieder in den Konflikt, weil die Zuständigkeitsbereiche nicht ganz klar sind. (Physiotherapie, 2)

Gleichzeitig stärkt ein solches Konzept die Zusammenarbeit, indem Kompetenzen im Rahmen des jeweiligen Verantwortungsbereiches gestärkt werden. Parallel schaffen etwaige Schnittstellen oder Berührungspunkte zwischen den Berufsgruppen einen förderlichen Aspekt der interprofessionellen Zusammenarbeit.

6.3.2 Die andere Berufsgruppe mitdenken sowie sich gegenseitig helfen in Anbetracht des hohen Arbeitsaufwandes

Gegenseitige Wertschätzung zeigt sich in der interprofessionellen Zusammenarbeit im Rahmen der geriatrischen Patient:innenbetreuung als Schlüsselfaktor. Durch das Achten und Wertschätzen der beteiligten Berufsgruppen entwickelt sich eine Dynamik des gegenseitigen Unterstützens. Die Komplexität in der geriatrischen Patient:innenversorgung aufgrund vorherrschender Multimorbidität und das damit einhergehende hohe Betreuungsausmaß verlangen es, an einem Strang zu ziehen eine erfolgreiche Therapie zu ermöglichen. Die Dynamik der gegenseitigen Unterstützung wird in allen drei Teams deutlich. So teilt sich beispielsweise die Medizin wie folgt mit:

„Das Miteinander zurechtkommen und quasi an einem Strang ziehen, um eigentlich das optimale Ergebnis für einen Patienten zu erlangen und dabei halt Rücksicht nehmen auf die Notwendigkeiten anderen Berufsgruppen und sich gegenseitig unterstützen.“ (Medizin, 6)

Die Bereitschaft jemanden zu unterstützen, muss ebenso gegeben sein, um eine positive Zusammenarbeit implementieren zu können. Im Rahmen der Interviews werden einige Aspekte der gegenseitigen Unterstützung in der geriatrischen

Patient:innenversorgung beschrieben. Sie reicht von einer gemeinsamen Einschätzung des Patient:innenzustandes bis hin zur Übernahme von konkreten Tätigkeiten unter der Voraussetzung, dass ausreichend Ressourcen im Team vorhanden sind. Die eingeschränkte Selbstständigkeit der zu versorgenden Patient:innen führt zum Bedarf an Hilfestellung bei diversen Tätigkeiten des alltäglichen Lebens und geht somit mit einem höheren Arbeitsaufwand seitens der betreuenden Berufsgruppen einher. Die Interviewpartner:innen beschreiben es als essenziell, jede verfügbare Ressource optimal zu nutzen, um den Ablauf des Stationsalltages aufrechterhalten zu können.

„[...] Dass man auch BEREIT IST, Tätigkeiten, die beide Gruppen übernehmen können, zum Beispiel im Rahmen des Verbandswechsel. Das können, glaube ich, Schwestern, Pfleger, Ärztinnen, Ärzte gleich im Wesentlichen. Das auch beide Gruppen versuchen nicht den anderen zuzuschauzen, sondern je nach Ressource zu übernehmen.“ (Medizin, 6)

Neben dem Unterstützen der anderen Berufsgruppen braucht es laut Interviews auch ein Verständnis dafür, welche Tätigkeiten im Kompetenz- und Aufgabenbereich der anderen Berufsgruppen liegen. So erweist sich in der Praxis das Mitdenken der anderen Berufsgruppe als ausschlaggebend dafür, den Stationsalltag effizient gestalten zu können. So werden beispielsweise Tätigkeiten mehrerer Berufsgruppen im Rahmen alltäglicher Handlungen in der Versorgung geriatrischer Patient:innen integriert und dadurch verbessert koordiniert. Auf Stationen, auf denen die interprofessionelle Zusammenarbeit bereits gut funktioniert, erfolgt ein fließender Übergang zwischen den Zuständigkeitsbereichen verschiedener Berufsgruppen. Dies wird in einem Interview folgendermaßen beschrieben:

„[...] Physiotherapeuten, um ich sage jetzt 10:30, damit man jemanden rausmobilisieren in einen Lehnstuhl. Um 11:00 kommt die Logopädie, dann kommt das Mittagessen. Sie geben das Essen im Prinzip ein, somit ist die Pflege wieder entlastet. Dann funktioniert das immens gut. Und das läuft einfach dann unausgesprochen schon.“ (Pflege, 1)

Ebenso werden potenzielle Probleme und Schwierigkeiten respektvoll, konstruktiv und lösungsorientiert im Versorgungsteam besprochen. Situationen, welche andere Berufsgruppen vor Herausforderungen stellen könnten, werden bedacht und angesprochen. Hierbei beschreiben die Interviewpartner:innen unter anderem

Hindernisse im körperlichen, kräftebezogenen Sinne, so werden beispielsweise schwierige Mobilisationen gemeinsam von Pflege und Physiotherapie durchgeführt. Auch das Mitdenken von fachlichem Verständnis anderer Berufsgruppen zählt zu einem Aspekt, der die Zusammenarbeit positiv beeinflusst. Erfahrungswerte einer Physiotherapeutin verdeutlichen die Relevanz im geriatrischen Bereich, Wissen für alle Berufsgruppen verständlich zu machen. Hier gilt auch, bei der Informationsweitergabe mitzudenken, welche Faktoren für andere Berufsgruppen wichtig zu wissen sind.

„[...] Ich muss so dokumentieren, dass man es dann versteht. Also ich kann nicht mit Fachausdrücken einen interprofessionellen Dekurs schreiben. Das bringt nichts. Man muss reinlesen können und wissen: Kann sich einer allein aufsetzen? Kann er aufstehen? Kann er gehen? Braucht er einen Rollator?“ (Physiotherapie, FI 2)

Die verringerte Selbstständigkeit der Patient:innen erfordert ein erhöhtes Maß an Unterstützung zwischen den betreuenden Berufsgruppen. Dieser Aufwand kann von einem Team getragen werden, wenn alle Teammitglieder aufeinander achten und andere Berufsgruppen mitdenken, um Abläufe somit effizienter zu gestalten.

6.3.3 Eine etablierte Entlassungsplanung von Beginn an unter dem Aspekt einer fortbestehenden Einschränkung der Selbstständigkeit

Dieser Aspekt ist für die Betreuung geriatrischer Patient:innen bereits zum Zeitpunkt der Aufnahme relevant. Laut interviewten Professionen soll bereits die Aufnahme selbst durch das interprofessionelle Team erfolgen, um Planungen für eine mögliche Entlassung anzudenken. Geriatrische Patient:innen nehmen häufig bereits eine Betreuungsunterstützung aufgrund einer eingeschränkten Selbstständigkeit in Anspruch oder würden eine solche benötigen. Aufgrund dessen besteht die Notwendigkeit, sich von Beginn an ein Bild vom Gesamtzustand der Patient:innen zu machen um festzustellen inwiefern eine Betreuung nach dem stationären Aufenthalt angepasst beziehungsweise organisiert werden muss. Eine Ersteinschätzung durch ein gesamtes interprofessionelles Team ermöglicht weitere Schritte zu planen und somit organisatorische Fragen, wie beispielsweise die notwendige Organisation einer extramuralen Pflege nach Entlassung, oder eines Rehabilitationsplatzes frühzeitig einzuleiten. Ein derartiger Vorgang bringt den Vorteil, das Entlassungsmanagement frühzeitig in die Versorgung einzubinden. Auch die Ersteinschätzung durch die

Professionen selbst wird als bedeutend genannt, da es ansonst zu einem verzerrten Bild der Fähigkeiten kommen kann. In diesem Zusammenhang werden Basisfähigkeiten erhoben, die für die Bewältigung des Alltags im entsprechenden Wohnumfeld nötig sind. Der Unterschied im Versorgungsalltag wird folgend beschrieben:

„Also von meiner Sicht her eine total große Rolle. Weil alleine wenn ich jetzt weiß als Entlassungsmanager der Patient war zu Hause mobil, ist zu Hause noch mit dem Auto gefahren, ja, dann sehe ich den Patienten mit meinen Augen ganz anders.“ (Entlassungsmanagement, 1)

Das zeitnahe Hinzuziehen des gesamten interprofessionellen Teams ist in der geriatrischen Patient:innenbetreuung vor allem aufgrund einer notwendigen Entlassungsplanung von Beginn an von großer Bedeutung. Bereits im Rahmen der Aufnahme sind Informationen zu erheben, die einen Überblick über notwendige Fähigkeiten, welche für eine Entlassung ins häusliche Setting vorhanden sein müssen. Patient:innenzustände können mit dem Fokus jeder Berufsgruppe von Beginn an eingeschätzt werden. Dies hilft dabei, den Bedarf an vorliegenden Ressourcen zu erkennen. Der Erhalt dieser Ressourcen ist in der geriatrischen Patient:innenversorgung aufgrund des allgemeinen eingeschränkten Allgemeinzustandes essenziell.

"(...) Der Patient kommt, sagen wir oder wir übernehmen ihn. War vorher eigentlich mobil mit einem Gehstock.. Kann Querbett sitzen, kann leider nur drei Schritte gehen. Schauen wir, dass wir als Zielsetzung haben: Okay, hat vier Stufen, sagt man zu Hause. Ja, er war vorher mit dem Gehstock mobil. Das heißt, das sind die Ziele, die wir dann wieder erreichen Und so schauen wir halt, dass sie die Patienten halt wieder dann nach Hause gehen." (Pflege, 5)

Im Fall der geriatrischen Patient:innenbetreuung charakterisiert sich der routinemäßige Austausch vor allem durch die notwendige Zeitspanne von der Aufnahme bis zur Entlassung. Auch gegen Ende des stationären Aufenthaltes bedarf es eines konstruktiven Austauschs im multiprofessionellen Team, um die Entlassung vorzubereiten. Die Entlassung geriatrischer Patient:innen stellt eine Schnittstelle zu einer weiteren Betreuung dar und bedarf einer guten Planung. Es gilt dadurch eine erneute Aufnahme zu einem späteren Zeitpunkt zu verhindern.

„Aber einfach, dass der Bereich draußen auch abgedeckt ist, dass die Patienten auch in guten Händen sind und man kein schlechtes Gewissen hat, weil das ist auch eine richtige Belastung dann, wenn man weiß, man hat sich jetzt gekümmert, man hat ihn jetzt wieder aufgepäppelt, aber er kommt wahrscheinlich schlechter wieder zurück, weil draußen gibt es nichts.“ (Medizin, FI: 2)

Im Fall der geriatrischen Patient:innenbetreuung charakterisiert sich der vor allem durch die Versorgungsplanung von Aufnahme bis zur Entlassung. Auch gegen Ende des stationären Aufenthaltes bedarf es eines guten Austausches im multiprofessionellen Team, um die Selbstständigkeit der Patient:innen so weit wie möglich zu erhalten oder wiederherzustellen. Dies dient dazu, in weiterer Folge eine reibungslose, patient:innenorientierte Entlassung zu ermöglichen.

6.4 Berufsspezifische Schwerpunkte interprofessioneller Zusammenarbeit im Kontext der geriatrischen Patient:innenversorgung

In den Interviews machte keine der beteiligten Berufsgruppen widersprüchliche Aussagen zu den Faktoren, die für eine funktionierende interprofessionelle Versorgung von geriatrischen Patienten notwendig sind. Trotz bestehender Relevanz aller Aspekte, ließen sich in den Gesprächen thematische Schwerpunkte der jeweiligen Professionen feststellen. Im Folgenden werden die fachspezifischen Sichtweisen der jeweiligen Berufsgruppe erläutert.

6.4.1 Sichtweise der Medizin

Aus Sicht der interviewten Mediziner:innen stellt das Setting inklusive der vorhandenen Ressourcen einen Grundpfeiler für das Funktionieren einer adäquaten Versorgung geriatrischer Patient:innen dar. Darunter fällt das Vorhandensein einer geriatrischen Abteilung, eine Anpassung der Umgebungsgestaltung sowie das benötigte Personal um eine interprofessionelle Versorgung geriatrischer Patient:innen zu ermöglichen. In der Praxis sind Mediziner:innen häufig mit der Frage nach möglichen Bettenbelegungen geriatrischer Patient:innen konfrontiert. Im Setting Krankenhaus wird die Innere Medizin häufig als passende Station gewählt, jedoch unter dem Aspekt, dass der Fokus immer ausschließlich auf einem Aspekt der multiplen Gesundheitsproblematiken liegt. Der Stationsalltag verlangt von Mediziner:innen meist eine Akutversorgung und den Einsatz ihrer Notfallkompetenzen. Alleine dadurch

besteht eine Auslastung, die in weiterer Folge Ressourcen für eine zeitaufwendige Betreuung geriatrischer Patient:innen minimiert. Dadurch besteht vor allem in dieser Berufsgruppe der Wunsch nach einem Setting, in welchem den Ansprüchen dieser Patient:innengruppe adäquat begegnet werden kann.

Weiters wird im Rahmen der unabhängig voneinander geführten Interviews die Bedeutung einer geringen Hierarchiestruktur betont. Darunter wird das Arbeiten auf Augenhöhe und eine bestehende Gleichwertigkeit aller Berufsgruppen in der Versorgung geriatrischer Patient:innen beschrieben. Aus medizinischer Sicht ist es notwendig, Feedback und Informationen bezüglich Therapieentscheidungen und Handlungen zu erhalten, ohne auf die hierarchischen Strukturen achten zu müssen. Dies ist zurückzuführen auf die Notwendigkeit, Bedenken bezüglich der Therapiepläne und Behandlungen geriatrischer Patient:innen frühzeitig anzusprechen. So bedarf es im Rahmen der komplexen interprofessionellen Zusammenarbeit in der geriatrischen Patient:innenversorgung ein Einholen und Akzeptieren von Meinungen anderer Berufsgruppen, um etwaige Problematiken nicht zu übersehen. So beschreibt ein Mediziner die Visitensituation folgend:

"Ich habe auch verlangt, dass jeder das sagt, was er sich denkt. Also vor allem bei der Visite. Dass keiner Angst hat, bei der Visite was zu sagen, wo er denkt oder sogar sagt „Stimmt ja gar nicht“. Es ist jeder aufgerufen, sich aktiv zu beteiligen. Das ist ganz wichtig, weil nur so geht es ja." (Medizin, 8)

Das offene berufsgruppenübergreifende Thematisieren von bestehenden Problemen und Unsicherheiten bringt die Möglichkeit mit sich, zeitgerecht reagieren zu können. Offenheit und Gleichwertigkeit der Stimmen im Versorgungskollegium führen zu einer Reduktion von Fehlern in Behandlungsentscheidungen und beugen sich manifestierenden Gesundheitsproblematiken vor. Dies stellt für die Mediziner:innen einen bedeutenden Faktor in der Zusammenarbeit dar, da Patient:innen ihre Probleme aufgrund kognitiver Einschränkungen nicht adäquat beschreiben können oder aufgrund von veralteten Vorstellungen der hierarchischen Stellung von Ärzt:innen den Mut dazu nicht haben. Mediziner:innen können gemäß der Aussagen der interviewten Personen bestmögliche Behandlungsentscheidungen treffen, wenn alle anderen Berufsgruppen ihre Beobachtungen und ihr Wissen mit ihnen teilen.

6.4.2 Sichtweise der Pflege

Für das Pflegeteam erweist sich das Wissen über die Kompetenzen der agierenden Personen im Betreuungsteam als äußerst bedeutend. Ihre Aussagen lassen sich wie folgt zusammenfassen: es bringt Vorteile in der Zusammenarbeit, die Fähigkeiten und Tätigkeitsbereiche der Kolleg:innen zu kennen und nutzen zu können. Es wird vor allem eine positive Auswirkung auf die Teamdynamik aufgrund einer besseren Arbeitsaufteilung beschrieben, was wiederum zu vereinfachten Versorgungsabläufen führt. Auch das Kennen auf persönlicher Ebenen aufgrund personeller Kontinuität erleichtert das Einschätzen der vorliegenden Arbeitssituation. So kann beispielsweise notwendige Unterstützung durch weitere Berufsgruppen aufgrund einer Auslastung der Pflege durch ein hohes Betreuungsausmaß der Patient:innen, automatisch angeboten werden. Im Rahmen der interprofessionellen Versorgung geriatrischer Patient:innen wird das Erkennen und Einschätzen der Arbeitssituation seitens der Pflege vor allem in Stresssituationen als förderlich beschrieben. Der lange Kontakt mit einer Vielzahl an pflegebedürftigen Patient:innen führt zu einer hohen Auslastung aller Ressourcen und äußert sich schlussendlich bei den stationär anwesenden Berufsgruppen, wie vor allem der Pflege, häufig durch Stress. Durch eine personelle Kontinuität kennen sich die zusammenarbeitenden Personen bereits länger und können somit die Situation besser eingeschätzt. Dies wurde von einer Pflegeperson als Vorteil für den stressigen Stationsalltag beschrieben.

„Und wenn man sich schon kennt und den anderen näher kennt, dann geht es vielleicht auch in Stresssituationen leichter.“ (Pflege, 3)

Sich gut zu kennen und einen lockeren Umgang zu pflegen wird aus pflegerischer Sicht als bedeutend für eine funktionierende Zusammenarbeit beschrieben. Aufgrund personeller Kontinuität besteht ein erhöhtes Vertrauen in Kolleg:innen, was besonders in der Betreuung geriatrischer Patient:innen vermehrt zu Tragen kommt. Aufgrund der Komplexität des Gesundheitszustandes und des erhöhten Betreuungsausmaßes können nicht alle vorgesehenen Tätigkeiten von einer einzelnen Person durchgeführt werden. Es braucht die Zusammenarbeit und Delegation von Aufgaben, um adäquate Betreuung überhaupt zu ermöglichen. Dabei erweist sich ein beständiges Team als positiver Faktor. Dies kann durch eine Aussage einer Pflegeperson verdeutlicht werden:

„Ich glaube der Knackpunkt ist dann so dieses per Du einfach. Dass immer dieselben Leute da sind, dann kennt man sich immer bei der Arbeit. Man weiß, dass man sich darauf verlassen kann und wenn dann halt jedes Mal ein anderer kommt- ja passt es nie. Da muss man dann hinten nach sein [...]“ (Pflege, FI 2)

Als weiteren Aspekt für den reibungslosen Alltag in einem interprofessionellen Betreuungsteam betont die Pflege die Notwendigkeit, ernst genommen und gehört zu werden und dies auch selbst zu vertreten. Die Pflege stellt die Berufsgruppe mit dem meisten Patient:innenkontakt dar. Dadurch erhalten diese Mitarbeiter in der Regel ein Gesamtbild der Patient:innen. Geriatrische Patienten haben oft eine schwankende Tagesverfassung, was zu einer komplexen Organisation der Durchführung geplanter Maßnahmen führen kann. Seitens der Pflege besteht ein hohes Bewusstsein für sich schnell verändernde Gemüts- und Fähigkeitszustände seitens der Patient:innen. Hier ist es für die Pflege essenziell, bei Äußerungen und dem Erbeten von Hilfe anderer Berufsgruppen ernstgenommen zu werden. Eine Pflegeperson antwortet auf die Frage, was für sie das Essenzielle für eine funktionierende Zusammenarbeit ist, folgendermaßen:

„Es ist wirklich die Kommunikation und dass wir uns gegenseitig ernst nehmen. Also, dass da nicht abgeschasselt wird, auch die Pflege, was die schon wieder sagt.“ (Pflege, 3)

Ebenso wird hierbei die Notwendigkeit betont, auch andere Berufsgruppen, wie die Physiotherapie, ernst zu nehmen, wenn Therapien laut deren Angaben nicht wie vereinbart durchführbar sind. Dieses Bewusstsein verhindert laut Pflege Konflikte und sorgt vermehrt für eine gemeinsame Lösungsfindung in solch herausfordernden Situationen.

6.4.3 Sichtweise der Physiotherapie

Die Physiotherapie ist auf allen drei betrachteten Stationen ein fixer Bestandteil des stationären Betreuungsteams. Dies ist nicht überall der Fall, da die Physiotherapie häufig konsiliarisch zugewiesen wird und dadurch, je nach Ressourcen und Anwesenheit, verschiedene Physiotherapeut:innen Therapien durchführen. In den Interviews stellten alle befragten Physiotherapeuten fest, dass die unveränderliche, feste Zuordnung zu einer bestimmten Station oder einer Schwerpunktstation mit regelmäßiger Anwesenheit gravierenden Einfluss auf die interprofessionelle

Zusammenarbeit hat. Die kontinuierliche Anwesenheit wird als positiver Aspekt sowohl für die Patient:innenbetreuung als auch für die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team beschrieben. Dies wird durch einen ausführlicheren aktuellen Informationsstand begründet. Informationen über den derzeitigen Gesundheitszustand, sowie der täglichen Verfassung und dem gesetzten Ziel kontinuierlich zu erhalten spielt gerade in der geriatrischen Patient:innenbetreuung eine bedeutende Rolle für die Physiotherapie. Das liegt vor allem daran, dass Patient:innen sich im Zuge der Therapie häufig anders verhalten als im normalen Stationsalltag. Hierbei ergibt sich folglich oft der Bedarf für weitere Aufklärung oder vermehrten Übungseinheiten, welche durch die Pflege an die Physiotherapie herangetragen werden kann. Dies kann durch die Schilderung eines Beispiels anhand der Krückennutzung geriatrischer Patient:innen verdeutlicht werden:

„Wir haben dann zum Beispiel auch den Eindruck, der Patient hat das eigentlich an und für sich ganz gut gemacht und befolgt auch unsere Anweisungen. Und dann hören wir zum Beispiel eine halbe Stunde später, er hat die Krücken schon wieder weggestellt und geht ohne Hilfsmittel. [...] Er führt es nur durch, wenn wir da sind, zum Beispiel. Wir haben aber den Eindruck er macht das selbstständig jede Stunde, wie man es ihm gesagt haben und in Wirklichkeit nicht.“ (Physiotherapie, 4)

Dieses Beispiel verdeutlicht die Abhängigkeit der Physiotherapie davon, Informationen des restlichen Stationsalltags durch andere Berufsgruppen zu erhalten. Eine regelmäßige Anwesenheit auf der Station erleichtert den Umgang mit derartigen Problemen. Trotz dem Aspekt, dass eine kontinuierliche Anwesenheit auf der Station das Zeitmanagement der Durchführung von therapeutischen Maßnahmen erleichtert, besteht vor allem seitens der Physiotherapie der Bedarf eines Tagesablaufplanes. Im interprofessionellen Team kommt es gehäuft zu sich zeitlich überschneidenden Tätigkeiten verschiedener Berufsgruppen. Geriatrische Patient:innen können in den meisten Fällen aufgrund kognitiver Einschränkungen keine selbstständige Strukturierung des Tagesablaufes vornehmen. Somit sind alle beteiligten Berufsgruppen darauf angewiesen, sich untereinander abzusprechen. Hierbei zeigt sich in der Praxis, dass vor allem bei physiotherapeutischen Maßnahmen Unterbrechungen durch Tätigkeiten der Pflege oder Medizin zustande kommen. Ein Therapieplan mit zeitlicher Terminvereinbarung wird aus physiotherapeutischer Seite als hilfreich beschrieben, da dadurch alle Berufsgruppen ihre Tätigkeiten entweder

ungestört oder in geplanter Weise miteinander durchführen können. Dazu erzählt ein Physiotherapeut Folgendes:

„Ja genau, weil das kommt leider wirklich oft vor. Ja, Therapiestart ist und plötzlich kommt irgendwas anderes wichtiges dazwischen. Ob es die Visite ist, wo der Arzt gerade nicht warten kann, weil er dann in den OP muss. Es hat ja jeder irgendwie immer einen Grund, warum er sofort hinwill oder sofort was machen möchte.“ (Physiotherapie, 4)

Ein bestehender Therapieplan hat sich auf einer Station bereits als förderlich bewährt. Durch die Einteilung der Therapiezeiten wurden Unterbrechungen minimiert. Parallel wurde außerdem das Zeitmanagement anderer Berufsgruppen gefördert. So kann, wie im nachstehenden Zitat verdeutlicht, die Pflege, als jene Profession, die immer anwesend ist, solch einen von der Physiotherapie vorbereiteten Therapieplan in den Tagesablauf und den anfallenden Therapien und Pflegetätigkeiten integrieren. Patient:innen können für die weiteren Schritte vorzubereitet und pflegerische Maßnahmen effizient platziert werden. Diese Dynamik führt zu einer verbesserten und effektiveren Zusammenarbeit, besonders für die vollständige Nutzung der vorgesehen Therapiezeit.

„Die Pflege kriegt natürlich auch den Therapieplan des Patienten. Also die wissen wann der Patient die Physiotherapieeinheit hat. Und im besten Fall wird der Patient dann nicht kurz vor seiner Therapieeinheit noch gepflegt, gewaschen und dann ins Bett gelegt, wenn er eigentlich in ein paar Minuten runter zur Physiotherapie muss, sondern dann wird er halt schon bereit auf der Bettkante sitzen gelassen. Oder man stellt ihm das Rollmobil hin und sagt: „So, jetzt brauchen Sie sich nicht mehr reinlegen. Sie können gleich losgehen.“ (Physiotherapie, 9)

6.4.4 Sichtweise konsiliarischer Berufsgruppen

Berufsgruppen, welche nicht kontinuierlich auf der Station tätig sind, sondern konsiliarisch arbeiten, betonen die Bedeutung des Aspektes der Erreichbarkeit und dem damit einhergehenden Informationsaustausch, um eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen. Im Rahmen der Interviews wurde von der Berufsgruppe der Diätologie, der klinischen Psychologie sowie dem Entlassungsmanagement geschildert, dass ein effizienter, genauer Informationsfluss, beginnend bei der Aufnahme der Patient:innen, die Qualität der Zusammenarbeit erheblich beeinflusst. Im Rahmen der geriatrischen Patient:innenbetreuung sind jene

Berufsgruppen gehäuft von Informationen des stationär tätigen Teams abhängig. Kognitive Einschränkungen seitens der Patient:innen führen dazu, dass ein Gespräch mit den Betroffenen häufig nicht ausreichend ist, um den Gesamtzustand des Gegenübers zu erheben. Es resultiert der Wunsch nach einer aktiven Weitergabe von Informationen über das Zustandsbild und etwaige Zustandsveränderungen. Im Interview berichtet eine Diätologin über ihre Erfahrung der Informationsgewinnung:

„Ich kann das auch nur bestätigen, weil wir halt, wenn wir nicht auf der Station sind, auf Informationen angewiesen sind. Also wir sind kurz, vielleicht ein paar Minuten oder vielleicht eine Stunde. Ja, aber wir wissen nicht, was in der Nacht war, was davor war, welche Untersuchung geplant ist.“ (Diätologie, 1)

Einen besonderen Punkt stellt hierbei das rechtzeitige Hinzuziehen der konsiliarisch tätigen Berufsgruppen dar. Interprofessionelle Zusammenarbeit basiert auf dem Bestehen eines multiprofessionellen Betreuungsteams, wobei die konsiliarische Tätigkeit den Patient:innen keinen Nachteil bringen soll. Dieser Punkt stellt für stationsfremde Berufsgruppen eine Hürde dar, da sie zu einem solchen Team hinzugezählt werden, der Bedarf ihrer professionsspezifischen Kompetenzen hingegen teilweise erst zu einem späteren Zeitpunkt des stationären Aufenthalts festgestellt wird. Aus diesem Grund besteht seitens konsiliarisch tätiger Betreuungspersonen der Wunsch nach einer multiprofessioneller Besprechung zeitnahe der Patient:innenaufnahme.

„Ja, also bei uns ist es so, dass wir oft Zuweisungen zu spät, sehr spät bekommen. Wo halt quasi schon ein Gewichtsverlust da ist, eine Mangelernährung da ist. Und das sind halt auch so Sachen, die wir dann aufgreifen und da würden wir uns auch oft wünschen, dass man einfach früher, wenn der Zug rollt, hinzuzieht, weil man dann einfach viel mehr Ressourcen hat und einfach da dann von Anfang an auch ein eigenes Bild hat.“ (Diätologie, 1)

Die regelmäßige Durchführung multiprofessioneller Besprechungen ermöglicht Berufsgruppen, welche Patient:innen nicht täglich sehen, weiterhin am aktuellen Stand zu bleiben. Im weiteren Sinne wird darunter aber auch verstanden, dass diese Berufsgruppen bei Zustandsveränderungen aktiv seitens der Pflege oder Medizin informiert werden.

„Also, dass man sagt: „Ich bin nicht beim Patienten“ Dass die sagen: „Der Patient hat sich verändert, der ist jetzt besser“. Vielleicht aber auch umgekehrt, wenn der Patient von mir eine Hauskrankenpflege ausgemacht bekommen hat und der Patient ist schlechter, dann muss man das auch sagen. Wir verlassen sich da schon auf die Stationen.“ (Entlassungsmanagement, 1)

In der Praxis zeigt sich, dass das aktive Mitbedenken stationsferner Berufsgruppen von Beginn an sowie ein aktives Hinzuziehen zur Bedarfserfassung zeitnahe der Aufnahme die interprofessionelle Zusammenarbeit positiv beeinflusst. Spezifische Kompetenzen können genutzt sowie bestehende Ressourcen frühzeitig erkannt und erhalten werden. Im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit können stationsferne Berufsgruppen patient:innenorientiert handeln, sofern sie über die Punkte des Therapieplans sowie über den Zustand der Patient:innen Bescheid wissen.

7. Diskussion

In diesem Teil der Arbeit werden die literaturbasierten Kenntnisse zur Interprofessionalität im Krankenhaus im Hinblick auf die Forschungsfrage und die empirischen Ergebnisse der qualitativen Interviews mit Fokus der geriatrischen Patient:innenbetreuung im klinischen Setting diskutiert.

Zusammenfassend lassen sich die Besonderheiten der interprofessionellen Zusammenarbeit in der geriatrischen Patient:innenbetreuung durch die Komplexität der Versorgung, resultierend aus Multimorbidität und funktioneller sowie kognitiver Einschränkungen, begründen. Das Vorhandensein einer Vielzahl an Erkrankungen führt zu komplexen Versorgungsabläufen aufgrund eines vorab unklaren Zieles sowie der Notwendigkeit einer Patient:innenbetreuung durch diverse Berufsgruppen. Ebenso führen kognitive Einschränkungen zu einer deutlich erschwerten Kommunikation, weswegen die Informationsbeschaffung und -weitergabe für das gesamte Team eine besondere Wertigkeit in der geriatrischen Patient:innenbetreuung darstellt. Resultierend aus Multimorbidität kann auch das erhöhte Betreuungsausmaß als Besonderheit für die interprofessionelle Zusammenarbeit betrachtet werden. Das Mitdenken und Planen einer weiteren Betreuung nach klinischer Entlassung sowie eine notwendige Nutzung aller möglichen Ressourcen aufgrund der hohen Arbeitsauslastung der Berufsgruppen zeichnen die geriatrische Patient:innenbetreuung aus. Durch Tagespläne können Arbeitsabläufe effizient gestaltet werden und tragen zu einer interprofessionellen Zusammenarbeit bei. So erweist sich auch die personelle Kontinuität als förderlicher Faktor um die Zusammenarbeit im Sinne der Patient:innenversorgung sowie die Teamdynamik positiv zu beeinflussen. Sich gegenseitig ernst nehmen und unterstützen im Rahmen der möglichen Verantwortungsbereiche zählt ebenso zu den Erfolgsfaktoren. Diese Erkenntnisse der Interviews weisen in einigen Bereichen Übereinstimmungen mit den in der Literatur beschriebenen Aspekten, die eine interprofessionelle Zusammenarbeit im klinischen Setting fördern, aus. Die geriatrische Patient:innenbetreuung stellt jedoch einen differenzierten Kontext dar, in welchem gewissen Faktoren aufgrund der Merkmale der geriatrischen Patient:innengruppe und deren Bedürfnissen eine höhere Gewichtung respektive eine andere Bedeutung zugeschrieben werden. So werden folgend die Ergebnisse aus der Literatur mit jenen aus der geriatrischen Praxis im klinischen Setting zusammengeführt und diskutiert.



Abbildung 5: Einbettung der Besonderheiten der geriatrischen Patient:innenversorgung vor dem Hintergrund bestehender Erkenntnisse, eigene Darstellung

Faktoren und Aspekte, die sich auf die institutionelle Ebene beziehen, werden in der Literatur hauptsächlich mit den Rahmenbedingungen des Settings in Zusammenhang gebracht, mit den jeweilig geltenden Regeln, Strukturen und Leitbildern. Hierbei werden der Führungsstil, die Rollenklarheit, die Infrastruktur sowie bestehende Strukturen und Prozesse als beeinflussende Faktoren interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting beschrieben (siehe Abbildung 3). Jene Aspekte gelten auch für die geriatrische Patient:innenversorgung. Die Sichtweise der Interviewteilnehmer:innen weist hohe Übereinstimmungen mit den in der Literatur als förderlich beschriebenen Faktoren auf. In der Praxis wird berichtet, dass bei der Versorgung geriatrischer Patient:innen mehr als nur allgemeine Anforderungen interprofessioneller Zusammenarbeit notwendig sind. Spezifisch wird hier Bezug auf die gegebene Infrastruktur durch die Schaffung von personeller Kontinuität genommen sowie von einem dafür geeigneten Setting im Sinne einer geriatrischen Abteilung

gesprächen wird. Aus den Interviews geht hervor, dass bei komplexen Situationen, wie sie in der geriatrischen Patient:innenbetreuung häufig vorkommen, ein Informationsaustausch vor Ort eine effektive Methode darstellt und dies durch personelle Kontinuität auf einer speziellen Station gefördert werden kann. Ein Führungsstil mit Vorbildfunktion sowie ein klares Verständnis des eigenen Verantwortungsbereichs stellt für Mitglieder interprofessioneller Teams in der Praxis eine Selbstverständlichkeit dar. Eine Besonderheit auf institutioneller Ebenen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit in der geriatrischen Patient:innenbetreuung ist die Klärung von Verantwortungsbereichen. Erkenntnisse aus der Literatur beschreiben die Notwendigkeit einer vorliegenden Rollenklarheit (Djharuddin et al., 2023; Kurniasih et al., 2022; Vestergaard & Nørgaard, 2018, Weller et al., 2011). Mitglieder der interprofessionell agierenden Teams verweisen in der geriatrischen Patient:innenbetreuung auf den erweiterten Aspekt einer Klärung von überschneidenden Tätigkeits- und Verantwortungsbereichen. Dies begründet sich durch die bestehende Multimorbidität, wodurch sich der Betreuungsbedarf vervielfacht und die daraus resultierende hohe Dichte an Interventionen zu vermehrten Schnittstellen beziehungsweise Überlappungen in den Tätigkeitsbereichen führt. Demnach wird einer klaren Regelung der Verantwortlichkeit im Rahmen der geriatrischen Patient:innenversorgung eine höhere Relevanz zugeschrieben, als einer reinen Klärung der Definition der Rolle (Djharuddin et al., 2023; Kurniasih et al., 2022; Vestergaard & Nørgaard, 2018). So wird das Bestehen eines Stationsstatus als förderlich beschrieben, um Verantwortungsbereiche mit Schnittstellen für das gesamte Team zu klären und ersichtlich zu machen und somit Konflikte zu verhindern.

Aspekte auf interpersonellen Ebene, die für ein Funktionieren interprofessioneller Zusammenarbeit verantwortlich gemacht werden, werden in allen inkludierten Publikationen thematisiert (siehe Tabelle 2). In der Literatur werden hierzu die Themen Hierarchiestruktur, Kommunikation, Teamkultur, gemeinsame Zielsetzung und Entscheidungsfindung sowie Fehlerkultur und -management im klinischen Setting genannt (siehe Abbildung 1). Vor allem eine funktionierende Kommunikation sowie eine produktive und konstruktive Teamdynamik werden als allgemeine Voraussetzung für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit beschrieben. Diese in der Literatur beschriebenen Einflussfaktoren stimmen mit den Aussagen der Interviewteilnehmer:innen überein. Im Rahmen der Interviews wurden vor allem die Faktoren Kommunikation und Teamkultur ausführlich diskutiert, woraus sich in der

Analyse neue Erkenntnisse für den Bereich der geriatrischen Patient:innen ergeben (Chamangwana et al., 2021; Djaharuddin et al., 2023, ; Goldman et al., 2018; Kurniasih et al., 2022; McLaney et al., 2022; Vestergaard & Nørgaard, 2018, Weller et al., 2011, Wei et al., 2020).

Die Charakteristik der kognitiven Veränderung in der Geriatrie führt zu einer besonderen Bedeutung des Informationsaustausches. Die eingeschränkte Fähigkeit der Patient:innen, sich adäquat zu äußern und Informationen einzuholen sowie weiterzugeben oder Wünsche und Fragen anzubringen, erfordert eine Übernahme dieser bedeutenden Rolle durch das gesamte Gesundheitspersonal. Diese notwendige Tätigkeit des Ermutigens der Patient:innen zur Meinungs- und Wunschäußerung bis hin zur Funktionsübernahme eines vertretenden Sprachrohrs erfolgt gehäuft durch die Pflege. Die Advocacy Funktion der Pflege, auf die bereits in der Berufsdefinition Bezug genommen wird, kommt in der interprofessionellen Versorgung geriatrischer Patient:innen besonders zu tragen und stellt somit eine vertiefte Erkenntnis bezüglich des Austausches und der Teamdynamik dar (International Council of Nurses, 2002). In Übereinstimmung mit der festgestellten Bedeutung des Austausches in einschlägiger Literatur wird einer kontinuierlichen und offenen Kommunikation in der Praxis der geriatrischen Patient:innenversorgung eine übergeordnete Rolle zugeschrieben (Djaharuddin et al., 2023; Goldman et al., 2018; Kurniasih et al., 2022; McLaney et al., 2022; Vestergaard & Nørgaard, 2018; Wei et al., 2020 ; Weller et al., 2011). Es kommt zusätzlich der Aspekt des sich ernst Nehmens und die Sonderstellung der informationsweitergebenden Berufsgruppe der Pflege hinzu. Kontinuität im Austausch spielt auch in der geriatrischen Patient:innenversorgung wie in der Literatur beschriebene bedeutende Rolle, jedoch rückt die Informationsbeschaffung und -weitergabe durch die Pflege in den Vordergrund. Kognitive Einschränkungen verhindern das Durchführen komplexer Gespräche mit Patient:innen, wodurch es genauer Beobachtungen des Verhaltens, sowie Äußerungen der Patient:innen bedarf. Die Pflege stellt hier die Berufsgruppe dar, welche den meisten Kontakt zu Patient:innen pflegt und somit in der Lage ist weitere Professionen des interprofessionellen Betreuungsteams über die aktuelle Situation zu informieren, wenn ein Gespräch mit Patient:innen nicht zielführend ist. Folglich bedarf es im Gegenzug auch des Annehmens dieser Informationen durch die mitwirkenden Berufsgruppen, um einen einheitlichen Informationsstand zu

bewerkstelligen. Vertrauen in die Richtigkeit und Relevanz der Informationen anderer Berufsgruppen stellen einen Grundstein in der Teamdynamik dar. In der Literatur wird Wertschätzung, das gegenseitige Unterstützen sowie das Bestehen von Vertrauen bereits als förderlich beschrieben (Chamangwana et al., 2021; Djaharuddin et al., 2023; Goldman et al., 2018; McLaney et al., 2022; Weller et al., 2011). In der Versorgung geriatrischer Patient:innen wird Vertrauen hingegen nicht als förderlich, sondern als grundlegend genannt. Aufgrund der bestehenden Komplexität, welche meist der Multimorbidität geschuldet ist, sind alle Berufsgruppen hinsichtlich des Austausches von Informationen, einer gemeinsamen Zielsetzung und deren Erreichung sowie teilweise bei der Durchführung von Tätigkeiten, wie eines Transfers, aufeinander angewiesen. Ein Alleingang in der Behandlung geriatrischer Patient:innen ist demnach nicht möglich und schreibt somit der Teamdynamik eine große Bedeutung für das Funktionieren einer adäquaten Patient:innenversorgung zu.

Auf individueller Ebene wird in der Literatur das Funktionieren einer Zusammenarbeit als abhängig vom jeweiligen Betreuungsteam und dem bestehendem Engagement beschrieben (Vestergaard & Nørgaard, 2018; Wei et al., 2020). Die Gruppe ist von jedem Individuum, als Teil des gesamten Betreuungsteams, abhängig. Die persönlichen Stärken und Schwächen der Mitarbeiter:innen sind nicht auswechselbar, daher können gewisse Faktoren auf individueller Ebene nicht grundlegend geändert werden. In der Literatur wird diesbezüglich beschrieben, dass Personen, die zusammenarbeiten, ihr individuelles Wissen, ihre Persönlichkeitsmerkmale und ihre Motivation in die Betreuungssituation miteinbringen (Djaharuddin et al., 2023; Kurniasih et al., 2022; McLaney et al., 2022; Vestergaard & Nørgaard, 2018).

Die beschriebenen Eigenschaften werden durch die Interviews untermauert. Die befragten interprofessionell arbeitenden Teammitglieder beschreiben eine sehr geringe Möglichkeit der Beeinflussung der Eigenschaften der mitwirkenden Personen. Es zeigt sich eine Übereinstimmung mit den in der Literatur als förderlich beschriebenen Eigenschaften, die bei Mitgliedern eines interprofessionellen Teams als wünschenswert beziehungsweise förderlich angesehen werden. Neben spezifischem Wissen zu der behandelnden Patient:innengruppe werden Eigenschaften wie Stressresistenz, Offenheit und Flexibilität sowohl in der Literatur als auch in der interprofessionellen Versorgung geriatrischer Patient:innen als

erstrebenswert bezeichnet (Chamangwana et al., 2021; Djaharuddin et al., 2023, Goldman et al., 2018; Kurniasih et al., 2022; McLaney et al., 2022)). Aufgrund der zuvor genannten geringen Einflussmöglichkeit jener Faktoren erfolgt in dieser Arbeit keine weitergehende Vertiefung der individuellen Einflussfaktoren, da jene durch Prozessveränderungen nicht beeinflusst und als Gegebenheit angesehen werden können.

8. Limitationen

Das Ziel dieser Arbeit bestand darin, jene Faktoren zu sammeln und aufzuzeigen, die für die Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit im Rahmen der innerklinischen Versorgung geriatrischer Patient:innen zu beachten sind. Durch das Einholen und der Analyse der Sichtweisen von bereits interprofessionell agierenden Teammitgliedern sollten Spezifika der geriatrischen Patient:innenversorgung identifiziert werden und Wissen über notwendige Bedingungen in der Praxis aufgezeigt werden. Dieses Ziel konnte durch eine Darstellung von Einflussfaktoren anhand von sowohl literaturbasierten als auch praxisorientierten Erkenntnissen erreicht werden.

Hinsichtlich der externen Validität ist hierbei anzumerken, dass es sich um eine Arbeit mit ausschließlich neun Einzelinterviews und zwei Fokusgruppeninterviews handelt. Die Erkenntnisse lassen sich auf ähnliche Kontexte umlegen, stellen jedoch keine Garantie für das Funktionieren von interprofessioneller Zusammenarbeit dar. Ebenso ist diese Arbeit auf ein Aufzeigen beeinflussender Faktoren limitiert. Ob es eine Beachtung aller Faktoren in allen Teams und klinisch geriatrischen Settings benötigt, oder ob diese nur einen Teilaspekt abbilden, kann nicht beantwortet werden.

Hinsichtlich der methodischen Vorgehensweise gilt es kritisch zu hinterfragen, inwiefern die Auswahl der Stationen die Ergebnisse beeinflusst hat. Die Auswahl der Stationen begründete sich durch das Vorliegen einer „Good practice“. Dieses Kriterium wurde jedoch ausschließlich durch Aussagen leitender Personen im Rahmen der Stationsempfehlung als erfüllt angesehen. Um mögliche Verzerrungen zu vermeiden, wurden im Rahmen der Interviews die Sichtweisen der Teammitglieder über das Funktionieren der interprofessionellen Zusammenarbeit auf der jeweiligen Station erhoben. Trotz den positiven Berichten der Zusammenarbeit seitens der involvierten Personen, sind es dennoch die Aussagen von wenigen Personen und nicht vom gesamten Team einer Station. Diesem möglichen Bias wurde bereits in der Planung versucht entgegenzuwirken, indem Fokusgruppeninterviews zur Erfahrungsschilderung im Team stattfanden.

Auch die Rolle der Forschenden gilt zu beachten, welche dem Beruf einer Gesundheits- und Krankenpflegerin nachgeht. Zum einen muss die Auswertung der gesammelten Informationen durch eine Einzelperson als Limitation angemerkt werden. Im Weiteren kann eine Beeinflussung in der Interviewführung aufgrund eigener Erfahrungen nicht vollständig ausgeschlossen werden. Um einer solchen

Beeinflussung entgegenzuwirken, wurde seitens der Forscherin ein Interviewleitfaden verwendet. Dieser erfüllte seine Funktion darin, die Forscherin als fragenden Part zu bestärken und parallel eigene Berufserfahrungen im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht einfließen zu lassen. Ebenso wurde die Station, auf welcher die Forscherin tätig ist, bewusst von der Auswahl exkludiert. Trotz der geschilderten Vorgehensweise führte das bestehende Wissen hinsichtlich beeinflussender Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit aufgrund der zuvor durchgeführten Literaturrecherche zu Beeinflussungen in der Interviewführung. Zum einen war dies beabsichtigt, da der Leitfaden sich an den aus der Literatur gebildeten Kategorien orientierte. Es konnte jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass es vereinzelt zu Suggestivfragen kam. Diese Antworten wurden in der Auswertung exkludiert, um eine Verfälschung der originären Aussagen zu verhindern.

9. Ausblick und Implikationen

Theoretisches Wissen bezüglich der Faktoren, welche interprofessionelles Arbeiten in der Betreuung von Patient:innen im klinischen Setting unterstützen, ist bereits vorhanden. Es besteht jedoch der Anspruch, jene Aspekte ebenso auf das zu betreuende Patient:innenklientel abzustimmen. Am Beispiel der geriatrischen Patient:innenversorgung wird deutlich, dass sich zusätzlich zu den Erkenntnissen über allgemeine Einflussfaktoren zur interprofessionellen Versorgungspraxis Spezifika und besondere Schwerpunkte hinsichtlich der konkreten Patient:innengruppe feststellen lassen. Die Anpassung allgemeiner Faktoren zur Verbesserung und Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit auf den konkreten Kontext und den damit einhergehenden Bedürfnissen stellt somit eine Notwendigkeit dar. Dies ist umso wichtiger, da die Versorgung geriatrischer Patient:innen im Akutsetting stetig zunehmen wird, wodurch sich dringender Handlungsbedarf in der Umsetzung begründet.

9.1 Implikation für die Praxis

In der direkten Versorgungspraxis stellen die Erkenntnisse dieser Arbeit Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Zusammenarbeit im Rahmen der Patient:innenversorgung dar. Veränderungen und Anpassungen können auf institutioneller, interpersoneller sowie individueller Ebenen erfolgen und somit eine erfolgreiche Implementierung fördern. Das Wissen über die Spezifika der geriatrischen Patient:innenbetreuung verhilft dem Gesundheitspersonal bestimmte Abläufe im Stationsalltag anzupassen beziehungsweise sich der Bedeutung bereits stattfindender Prozesse bewusst zu werden. Mit dem Verständnis dieser Schwerpunkte geht eine Nachvollziehbarkeit der Notwendigkeit an vermehrter Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen einher, was wiederum die Teamdynamik stärken kann.

Abseits der Teamdynamik stellen die Forderungen einen Ansatzpunkt für zukünftige Verbesserungen auf institutioneller Ebene dar. Das Gründen von interprofessionellen Betreuungsteams und Schaffen von an geriatrischen Bedürfnissen angepassten Abteilungen können als Grundstein für patient:innenorientierte Versorgung gesehen werden. Auch Prozesse wie ein standardisierter multiprofessioneller Aufnahmeprozess können eingeführt werden, um eine ganzheitliche Bedarfserhebung

der Betreuungsbedürfnisse geriatrischer Patient:innen durch spezifische Berufsgruppen von Beginn an zu ermöglichen.

Einen bedeutenden Punkt stellen jedoch Faktoren auf der Teamebene dar. Innerhalb des Teams bedarf es einer Vermittlung von zu beachtenden Aspekten, um eine tatsächliche Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit zu ermöglichen. Erkenntnisse dieser Arbeit können im Rahmen eines Teammeetings vermittelt werden um Mitarbeiter:innen erstmals aufzuzeigen, welche Aspekte bedeutend sind. In weiterer Folge kann eruiert werden, inwiefern in der konkreten Situation noch Entwicklungsbedarf besteht. Die vorliegende Arbeit kann dazu beitragen, dem Kollegium die Gründe für eine erfolgreiche oder nicht erfolgreiche Implementierung interprofessioneller Arbeitsweisen aus der Sichtweise diverser Gesundheitsberufe näher zu bringen.

9.2 Ausblick für Lehre und Forschung

Die Bedeutung der Interprofessionalität im Gesundheitswesen wird bereits im Rahmen der Ausbildung gelehrt wodurch die Notwendigkeit interprofessioneller Zusammenarbeit in der Praxis vermittelt wird (Fachhochschule St. Pölten, 2023; Nock, 2020). Offen bleibt die Frage, inwiefern dieses Wissen in der Praxis zum Tragen kommen kann. Die Erklärung möglicher Anwendungsbereiche interprofessioneller Zusammenarbeit sowie das Training im Rahmen der Ausbildung sind erst vereinzelt nach aktiver Nachfrage beispielsweise durch Praktika auf interprofessionellen Ausbildungsstationen möglich (Niederösterreichische Landesgesundheitsagentur, 2024). Laut Aussagen der interviewten Personen benötigen beispielsweise therapeutische Berufe vermehrt Einsicht in typische Krankheitsbilder und Besonderheiten gewisser Patient:innengruppen, um in der Praxis interprofessionell arbeiten und in weiterer Folge individuell auf die jeweilige Patient:innengruppe eingehen zu können. Das Wissen über notwendige Kompetenzen und Rahmenbedingungen interprofessioneller Zusammenarbeit bildet die Grundlage für zukünftige Curricula um in der Theorie bereits Bezug auf Implementierungsfaktoren zu nehmen. Interprofessionelle Lehreinheiten stellen eine Möglichkeit dafür dar, früh in der Ausbildung berufsübergreifendes Wissen zu generieren und Sichtweisen der verschiedenen Professionen besser nachvollziehen zu können (Nock, 2020; Thierfelder & Wild, 2018;). Durch zusätzliche Praktika mit Fokus des Trainings interprofessioneller Zusammenarbeit kann zukünftiges Gesundheitspersonal bereits

frühzeitig Erfahrung in diesem ganzheitlichen Versorgungsansatz sammeln. Hierbei gilt es vor allem Studierende und in Ausbildung befindliches Personal bereits in den Praktika in gemeinsame Entscheidungsfindungsprozesse zu integrieren, um einen Bezug zum Alltag herstellen zu können.

Die Interprofessionalität stellt einen notwendigen Versorgungsansatz geriatrischer Patient:innen dar. Diese Arbeit verdeutlicht die Notwendigkeit, die Bedürfnisse der zu betreuenden Patient:innengruppen auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit mitzudenken. Dies gilt vor allem für die vulnerable geriatrische Patient:innengruppe. Dennoch bedarf es weiterer expliziter und weitreichender Forschungsprojekte um eine Darstellung spezifischer Faktoren für die erfolgreiche Implementierung einer interprofessionellen Versorgungspraxis geriatrischer Patient:innen darzustellen. Hierbei gilt es dem klinischen Setting in weiteren Forschungsarbeiten erneut Aufmerksamkeit zu schenken, da die Anzahl an zu betreuenden geriatrischen Patient:innen hier stetig ansteigen wird. Ohne einer damit einhergehenden infrastrukturellen und personellen Veränderung wird diese Herausforderung schwer bewältigbar sein. Des Weiteren stellt sich die Frage, ob sich Spezifika interprofessioneller Zusammenarbeit in der Betreuung anderer Patient:innengruppen wiederfinden lassen. Dies stellt einen weiteren Forschungsbedarf dar. Weiters können die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit die Grundlage für eine Forschungsarbeit zur Methodik der Umsetzung oder zur Evaluation von interprofessionellen Programmen sein.

Literaturverzeichnis

- Bruder, J., Lucke, C., Schramm, A., Tews, H. P., & Werner, H. (1992). Was ist Geriatrie? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Abgerufen am 14.09.2024 von https://www.afgib.de/fileadmin/INTERNET/1-DOWNLOADS/AKTUELLES/Was_ist_Geriatrie.pdf.
- Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (o.D.). Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) und Remobilisation/Nachsorge (RNS) in Österreich. Abgerufen am 22.09.2024 von [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Akutgeriatrie-Remobilisation-\(AG-R\)-und-Remobilisation-Nachsorge-\(RNS\)-in-Oesterreich.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Akutgeriatrie-Remobilisation-(AG-R)-und-Remobilisation-Nachsorge-(RNS)-in-Oesterreich.html).
- Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2024). Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG. Abgerufen am 22.11.2024 von <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG.html>
- Chamangwana, I. C., Jere, D., & Kazembe, A. (2021). Experiences of health care workers' on interprofessional collaborative practice at Mzuzu Central and Ntcheu District hospitals. *Malawi Medical Journal: The Journal of Medical Association of Malawi*, 33(Postgraduate Supplementary Iss), 10–15. <https://doi.org/10.4314/mmj.v33iS.3>
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (o.D.). *Was ist Geriatrie?* Abgerufen am 09.03.2024 von <https://www.dggeriatrie.de/ueber-uns/was-ist-geriatrie>.
- DJAHARUDDIN, I., ARAS, I., MASADAH, R., YUSUF, I., IDRIS, I., RASYID, H., & NELWAN, B. (2023). Factors Influencing the Implementation of Interprofessional Collaborative Practice in Teaching Hospital Setting: A Mixed-Method Study. *Journal of Advances in Medical Education and Professionalism*, 11(4). <https://doi.org/10.30476/jamp.2023.98987.1821>

- DSGVO (2016). Datenschutzgrundverordnung 2016/679. Abgerufen am 09.03.2024 von <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>.
- European Commission. (2024). *Demography of Europe*. Publications Office Abgerufen am 20.11.2024 von. <https://data.europa.eu/doi/10.2785/911441>.
- Fachhochschule St. Pölten (2023). Interprofessionelle Gesundheitsausbildung. Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften und FH St. Pölten bilden gemeinsam aus. Abgerufen am 13.11.2024 von <https://www.fhstp.ac.at/de/newsroom/news/start-in-der-interprofessionellen-gesundheitsausbildung>.
- Flick, U., Kardorff, E. von, & Steinke, I. (Hrsg.). (2022). Qualitative Forschung: Ein Handbuch (14. Auflage, Originalausgabe). Rowohlt's Enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gehr, T. (2022). *Belastungsbewältigung von Pflegenden in der Pflege und Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten* [Zur Erlangung des Doktorgrades Dr. rer. biol. hum.]. Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- Gilbert, J. H. V., Yan, J., & Hoffman, S. J. (2010). A WHO report: Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *Journal of Allied Health*, 39 Suppl 1, 196–197.
- Goldman, J., Kitto, S., & Reeves, S. (2018). Examining the implementation of collaborative competencies in a critical care setting: Key challenges for enacting competency-based education. *Journal of Interprofessional Care*, 32(4), 407–415. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1401987>.
- GuKG (2016). *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz*. Abgerufen am 09.03.2024 von <https://www.jusline.at/gesetz/gukg/paragraf/16>.
- Gurtner, S., & Wettstein, M. (2019). *Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen-Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung. Eine Studie im Auftrag des BAG, Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» 2017-2020*
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage), Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hofmann, W., Flägel, K., & Krause, O. (2022a). Interprofessionelle Lehre in der Geriatrie: Übersicht der internationalen Entwicklung im Vergleich zum aktuellen

- Stand in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55(3), 187–196. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02028-4>.
- Hofmann, W., Kricheldorf, C., & Brandenburg, H. (2022b). Interprofessionalität als Herausforderung in Gerontologie und Geriatrie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55(3), 183–186. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02039-1>.
- Huber, C. (2022). Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung. *Praxis*, 111(1), 3–4. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003808>.
- International Council of Nurses (2002) Current nursing definitions. Short definition of "nursing". Abgerufen am 29.12.2024 von <https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions/current-nursing-definitions>.
- Kolbe, S. & Risseln, J.(2018). Ganzheitliche Versorgung geriatrischer Patienten im Krankenhaus. In Pfannstiel, M. A., Focke, A., & Mehlich, H. (Hrsg.). (2018). *Management von Gesundheitsregionen. 4: Bedarfsplanung und ganzheitliche regionale Versorgung und Zusammenarbeit*. (S. 194- 202). Springer Gabler.
- Kricheldorf, C., Heimbach, B., Himmelsbach, I., & Schumann, H. (2022). Interprofessionelle Teambildung – ein hochschulübergreifendes Qualifizierungsprogramm. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 55(3), 197–203. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02021-x>.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Auflage). Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden* (5. Auflage). Beltz Juventa.
- Künemund, H., & Schroeter, K. R. (2015). Gerontologie – Multi-, Inter- und Transdisziplinarität in Theorie und Praxis? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(3), 215–219. <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0875-2>.
- Kurniasih, D. A. A., Setiawati, E. P., Pradipta, I. S., & Subarnas, A. (2022). Interprofessional collaboration in the breast cancer unit: How do healthcare workers see it? *BMC Women's Health*, 22(1), 227. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01818-7>.
- Läzer, K. L., Sonntag, M., Drazek, R., Jaeschke, R., Hogreve, C. (2010). Einführung in die systematische Literaturrecherche mit den Datenbanken „PsycINFO“, „Pubmed“ und „PEP – Psychoanalytic Electronic Publishing“ sowie in das

- Literaturverwaltungsprogramm „Citavi“. Ein Tutorial für Studierende der Fächer Psychologie, Pädagogik, Psychoanalyse und Medizin. Universität Kassel.
- Liesch, R., Berchtold, P., Künzi, K., Höglinger, D., Schmitz, C., & Morger, M. (2020). *Kosten Nutzen-Analyse interprofessioneller Zusammenarbeit. Empirische Analyse am Beispiel stationärer Kliniken der Inneren Medizin und der Psychiatrie*. Bern: BASS- Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien.
- Mayer, H. (2022). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (6., überarbeitete Auflage). facultas.
- McLaney, E., Morassaei, S., Hughes, L., Davies, R., Campbell, M., & Di Prospero, L. (2022). A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. *Healthcare Management Forum*, 35(2), 112–117. <https://doi.org/10.1177/08404704211063584>.
- Neubart, R. (Hrsg.). (2018). *Repetitorium Geriatrie: Geriatrische Grundversorgung - Zusatz-Weiterbildung Geriatrie - Schwerpunktbezeichnung Geriatrie* (2. Auflage). Springer.
- Niederösterreichische Landesgesundheitsagentur (2024). Interprofessionelle Ausbildungsstation. IPSTA für Medizinstudierende und Pflegeauszubildende. Abgerufen am 22.12.2024 von <https://karriere.noelga.at/ausbildung/ipsta>.
- Nock, L. (2020). Interprofessionelles Lehren und Lernen in Deutschland. Entwicklung und Perspektiven. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie. (o.D.). Die vier Sektionen. Abgerufen am 06.12.2024 von <https://geriatrie-online.at/>.
- Panfil, E.-M., & Ivanovic, N. (2011). Methodenpapier FIT-Nursing Care Version 1.0. FIT-NursingCare, Abgerufen am 14.06.2024 von https://www.fitcare.ch/fileadmin/fitcare/Dokumente/Admindokumente/110615_Methodenpapier_FIT_NC_Juni.pdf
- Platzer, E., Singler, K., Dovjak, P., Wirnsberger, G., Perl, A., Lindner, S., Liew, A., & Roller-Wirnsberger, R. E. (2020). Evidence of Inter-Professional and Multi-Professional Interventions for Geriatric Patients: A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*, 20(1), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.4683>.
- Radtko, R. (2024). Stationäre Aufenthalte in Krankenhäusern in Österreich nach Altersgruppen 2023. Abgerufen am 06.12.2024 von

- <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/942091/umfrage/stationaere-aufenthalte-in-krankenhaeusern-in-oesterreich-nach-altersgruppen/>.
- Roller-Wirnsberger, R., Thurner, B., Pucher, C., Lindner, S., & Wirnsberger, G. H. (2020). The clinical and therapeutic challenge of treating older patients in clinical practice. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 86(10), 1904–1911. <https://doi.org/10.1111/bcp.14074>.
- Schmerfeld, K., & Schmerfeld, J. (2000). Interprofessionelle Kooperation im Krankenhaus 1. Problembeschreibungen. In Höhmann, U. (2000) Jahrbuch für Kritische Medizin Bd.33 (S.94-108), Argument-Verlag.
- Schnell, M. W., & Schulz-Quach, C. (Hrsg.). (2019). Basiswissen Palliativmedizin (3., völlig überarbeitete Auflage). Springer.
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>.
- Sottas, B., & Kissmann, S. (2015). *Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP)*. Expertenbericht für das Bundesamt für Gesundheit. Bern
- Statistik Austria. (2023). *Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2022-2080*. Abgerufen am 28.01.2024 von <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-prognosen/bevoelkerungsprognosen-fuer-oesterreich-und-die-bundeslaender>
- Statistik Austria. (2024). Gesundheitsversorgung stationär: Spitalsentlassungen. Abgerufen am 15.09.2024 von <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsversorgung-stationaer-spitalsentlassungen>
- Thierfelder, I. & Wild, H. (2018). Interprofessionelles Lehren und Lernen im Berufsfeld Gesundheit- INFLiGHT. Tagungsband. Working Paper No.18-01. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- Vestergaard, E., & Nørgaard, B. (2018). Interprofessional collaboration: An exploration of possible prerequisites for successful implementation. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 185–195. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1363725>.

- Wei, H., Corbett, R. W., Ray, J., & Wei, T. L. (2020). A culture of caring: The essence of healthcare interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 324–331. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1641476>.
- Weller, J. M., Barrow, M., & Gasquoine, S. (2011). Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting: Interprofessional collaboration. *Medical Education*, 45(5), 478–487. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03919.x>.
- Witzel, A. (2000). The Problem-centered Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol 1, Methodical and Empirical Examples. <https://doi.org/10.17169/FQS-1.1.1132>.
- World Health Organization. (2016). Zusammenfassung: Weltbericht über Altern und Gesundheit. Abgerufen am 14.06.2024 von https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_ger.pdf.
- World Health Professions Alliance. (2019). *WHPA Statement on Interprofessional Collaborative Practice*: Abgerufen am 20.02.2023 von <https://www.whpa.org/news-resources/statements/whpa-statement-interprofessional-collaborative-practice>Interprofessional Care, 34(3), 332–342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>

Anhang

Anhang 1: Informationsschreiben und Einverständniserklärung

Anhang 2: Interviewleitfaden Einzelinterview

Anhang 3: Interviewleitfaden Fokusgruppeninterview

Anhang 4: Postskript

Anhang 1: Informationsschreiben und Einverständniserklärung

Interprofessionalität in der Versorgung geriatrischer Patient:innen im Akutsetting

Um geriatrischen Patient:innen eine adäquate Behandlung zu ermöglichen, bedarf es eines ganzheitlichen Ansatzes und einer interprofessionellen Versorgung (Kricheldorf et al., 2022). Studien zeigen, dass eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit zu einem langfristigen, positiven Patienten:innenoutcome bezüglich des funktionalen Status wie auch der Zufriedenheit betreffend führt (Hofmann et al., 2022; Platzer et al., 2020). Auch das betroffene Personal profitiert von einer interprofessionellen Versorgungspraxis. Zu den Vorteilen der interprofessionellen Betreuung zählen höhere Arbeitszufriedenheit, geringere Personalfuktuation sowie effizientere Ressourcennutzung (Huber, 2022; Liesch, et al., 2020). Da die Häufigkeit der Versorgung geriatrischer Patient:innen zunimmt, ist die Notwendigkeit der interprofessionellen Praxis auch im stationären Akutsetting vermehrt gegeben (Gehr, 2022). Trotz der genannten Vorteile ist eine Umsetzung in der klinischen Praxis mit Hürden und Hindernissen verbunden (Gehr, 2022; Hofmann et al., 2022a). Forschungsergebnisse verweisen zwar bereits auf bedeutende Faktoren, welche die Implementierung im klinischen Setting beeinflussen und fördern können, zeigen jedoch gleichzeitig eine starke Kontextabhängigkeit dieser auf. Es wurden keine generalisierten Handlungsempfehlungen erstellt, da es genauere, kontextbezogenen Betrachtung für die jeweilige Behandlungssituation bedarf (Gurtner & Wettstein, 2019; Schot et al., 2020). Um konkrete Gründe für ein Funktionieren interprofessioneller Zusammenarbeit aufzeigen zu können, müssen daher konkrete Kontexte untersucht werden. Für eine erfolgreiche Umsetzung ist es daher von großer Bedeutung, dass Erkenntnisse aus dem Kontext der geriatrischen Patient:innenversorgung im klinischen Alltag gewonnen werden.

In diesem Forschungsprojekt wird daher der übergeordneten Frage nachgegangen, wie eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen der Versorgung geriatrischer Patient:innen im Akutsetting erfolgen kann. Es sollen aus Sicht des interprofessionellen Teams Faktoren identifiziert werden, welche das Funktionieren in der Praxis beeinflussen. In einem weiteren Schritt soll eruiert werden, was für eine wirksame Umsetzung in diesem spezifischen Kontext notwendig ist.

Diese Studie wird im Rahmen einer Masterarbeit des Masterstudiums Pflegewissenschaft der Universität Wien durchgeführt.

Wie werden die Daten erhoben?

Im Rahmen einer Multiple Case Study erfolgt eine systematische Literaturrecherche bezüglich Einflussfaktoren einer wirksamen Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit im klinischen Setting. Die identifizierten beeinflussenden Faktoren werden sowohl zur Erstellung eines Leitfadens sowie zur späteren Datenanalyse herangezogen. Die weitere Datenerhebung erfolgt durch Einzel- und Fokusgruppeninterviews mit den Berufsgruppen Medizin, Pflege und Physiotherapie. Für die leitfadengestützten Einzelinterviews mit Vertreter:innen der o.g. Berufsgruppen ist eine Dauer von ca. 30 Minuten geplant. Der Leitfaden kann auf Wunsch eingesehen werden. Die Interviews werden von der Forscherin selbst geführt. Die Erkenntnisse der Einzelinterviews stellen eine Basis für daran anschließende Fokusgruppeninterviews in interprofessionellen Teams dar. Dazu ist die Befragung von drei Teams geplant. Die Interviews werden innerhalb des Hauses in einer ungestörten Umgebung durchgeführt. Die Dauer wird mit etwa 45 bis 60 Minuten anberaunt.

Wie wird mit den Daten umgegangen?

Die Interviews werden mit einem digitalen Audio-Aufnahmegerät aufgezeichnet und transkribiert. Personen- und ortsbezogene Daten werden anonymisiert, bevor sie für die Analyse herangezogen werden. Es wird darauf geachtet, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. Die Datenaufbewahrung erfolgt in einem verschlüsselten Medium. Nach Beendigung der Studie werden die Audiodateien gelöscht.

Wer kann auf die Daten zugreifen?

Der Zugriff auf die Interviews sowie personenbezogene Daten ist ausschließlich der Forscherin sowie der Betreuerin vorbehalten, diese sind Verschwiegenheit verpflichtet.

Widerruflichkeit der erteilten Einwilligungserklärung

Eine erteilte Einwilligung zur Teilnahme der Studie kann ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Es wird jedoch darauf verwiesen, dass ein Rückzug das Einverständnis zur Datennutzung nur bis zur Anonymisierung möglich ist. Eine Widerrufung der Einwilligung ist aufgrund der unmöglichen Identifikation der personenbezogenen Aussagen nach der Datenauswertung, nicht mehr möglich.

Bei Fragen kontaktieren Sie mich bitte via E-Mail unter a51826492@unet.univie.ac.at

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Forschungsprojekt

Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin (Druckbuchstaben):

.....

Ich wurde vollständig über dieses Forschungsvorhaben informiert und habe das Informationsschreiben gelesen und verstanden. Die Möglichkeit Fragen zu stellen waren ausreichend gegeben, und ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich kann mein Einverständnis zur Verwendung der personenbezogenen Daten jederzeit bis zur Anonymisierung widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Interview aufgezeichnet wird und dass anonymisierte Daten im Rahmen der Masterarbeit verwendet werden.

Ich habe eine Kopie des Informationsschreibens und Einwilligungserklärung erhalten. Das Original verbleibt bei der Forscherin. Hiermit erkläre ich meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsvorhaben:

Zustimmung zur Teilnahme an einem Einzelinterview:

.....
Ort, Datum und Unterschrift der
Studienteilnehmer:in

.....
Ort, Datum und Unterschrift der Forscherin

Zustimmung zur Teilnahme an einem Fokusgruppeninterview:

.....
Ort, Datum und Unterschrift der
Studienteilnehmer:in

.....
Ort, Datum und Unterschrift der Forscherin

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang 2: Interviewleitfaden Einzelinterview

Einzelinterview

Gesprächseinstieg

Diverse Berufsgruppen sind im klinischen Alltag mit interprofessioneller Zusammenarbeit im Rahmen der Patientenversorgung konfrontiert. In der Praxis bestehen Hürden bezüglich einer erfolgreichen Implementierung jener Arbeitsweise. In diesem Interview geht es im Speziellen um die Versorgung geriatrischer Patient:innen, in der die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team eine bedeutende Rolle für das Patient:innenoutcome sowie die Zufriedenheit der beteiligten Berufsgruppen hat. Diese Station ist ein Beispiel dafür, wie diese notwendige interprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen der geriatrischen Patient:innenversorgung, gut funktionieren kann.

➤ Was bedeutet für Sie interprofessionelle Zusammenarbeit in der geriatrischen Patient:innenversorgung?	○ Können Sie dies an einem praktischen Beispiel erläutern? ○ Wie sieht dies aus/ soll dies aussehen?
--	---

Hauptteil

Zur Implementierung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Akutsetting wurden beispielsweise bereits Handlungsempfehlungen und Frameworks entworfen, welche bedeutende Faktoren für das Funktionieren im klinischen Alltag aufzeigen. Es wird jedoch darauf verwiesen, dass keine Generalisierbarkeit aufgrund des starken Kontextbezuges möglich ist. Bestehende Erkenntnisse treffen somit nicht auf jedes Setting und jede Patient:innengruppe zu. Ich möchte deshalb von Ihnen Faktoren erfahren, welche eine erfolgreiche oder wirksame Umsetzung in Ihrem Arbeitsfeld ermöglichen.

➤ Was ist Ihrer Meinung nach der Erfolgsfaktor für eine gute professionelle Zusammenarbeit in der Versorgung geriatrischer Patient:innen?	○ Woran sind diese im konkreten Arbeitsalltag erkennbar? ○ Gibt es etwas, ohne dem eine Zusammenarbeit im Stationsalltag nicht möglich wäre?
--	---

➤ Welche Bedingungen beeinflussen Ihrer Meinung nach die interprofessionelle Zusammenarbeit?	○ Welche Rolle spielen organisationsbezogene Faktoren? ○ Welche sind diese? ○ Wie beeinflussen sie die Zusammenarbeit? ○ Können Sie ein Beispiel nennen? /Woran macht sich dies bemerkbar/ Wie wird dies umgesetzt? ○ Welche Rolle spielen personenbezogene/individuelle Faktoren? ○ Welche sind diese? ○ Wie beeinflussen sie die Zusammenarbeit ○ Können Sie ein Beispiel nennen? /Woran macht sich dies bemerkbar/ Wie wird dies umgesetzt? ○ Welche Rolle spielen kulturelle Faktoren (Arbeitskultur, Teamkultur/-dynamik etc.)? ○ Welche sind diese? ○ Wie beeinflussen sie die Zusammenarbeit ○ Können Sie ein Beispiel nennen? /Woran macht sich dies bemerkbar/ Wie wird dies umgesetzt?
---	---

Abschluss

➤ Können Sie zusammenfassend in kurzen Worten erläutern, was für Sie das Wichtigste einer erfolgreichen interprofessionellen Zusammenarbeit ist?	○ Was würden Sie anderen Stationen in einem ähnlichen Kontext empfehlen, um eine interprofessionelle Zusammenarbeit im klinischen Alltag integrieren zu können?
---	---

Gibt es noch etwas, dass Sie mir für unsere Studie mitgeben möchten, oder etwas, was Sie noch gerne ansprechen möchten?

Anhang 3: Interviewleitfaden Fokusgruppeninterview

Fokusgruppeninterview

Gesprächseinstieg

*Ich befasse mich im Rahmen meiner Masterarbeit mit der Thematik der interprofessionellen Zusammenarbeit im Akutsetting. Hierbei geht es im Speziellen um die Versorgung geriatrischer Patient*innen, bei welchen die Betreuung durch ein interprofessionelles Team eine bedeutende Rolle spielt. Im Rahmen durchgeführter Einzelinterviews mit den Berufsgruppen der Pflege, Physiotherapie sowie Medizin kam zum Ausdruck, dass für die interprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen der geriatrischen Patient:innenversorgung weitere Berufsgruppen bzw. Funktionen bedeutend sind. Darum sind heute ebenso die klinische Psychologie, Ergotherapie sowie das Entlassungsmanagement vertreten.*

<i>An Ergotherapie, klinische Psychologie und Entlassungsmanagement</i>	
Wie beschreiben Sie Ihre Funktion in der geriatrischen Patient:innenversorgung ?	Wo finden Sie sich in der interprofessionellen Zusammenarbeit wieder?

<i>An Medizin, Pflege und Physiotherapie:</i>	
Wie beeinflusst das Mitwirken jener Berufsgruppen die Patient:innenversorgung aus ihrer Sicht ?	Stimmen Sie der Sichtweise zu, oder haben Sie eine andere Wahrnehmung?

Hauptteil

Geriatrische Spezifika in der interprofessionellen Zusammenarbeit

Laut diverser Studien gibt es grundlegende Kompetenzen, die das Team erfüllen soll, sowie Rahmenbedingungen, welche vorhanden sein müssen, damit interprofessionelle Zusammenarbeit im klinischen Setting überhaupt möglich ist. In diesem Teil des Interviews soll es nun um die Spezifitäten der geriatrischen Patient:innenversorgung gehen. Ich werde Ihnen Aspekte aus den Einzelinterviews darlegen, welche auf die Besonderheiten in der Zusammenarbeit bezüglich der geriatrischen Patient:innenversorgung hinweisen, die ich gerne mit Ihnen anhand ihrer Erfahrungen vertiefen möchte. Dabei geht es darum, diese von der Versorgung anderer Patient:innengruppen abzugrenzen und herauszufinden, ob es sich hierbei tatsächlich um eine Besonderheit für das geriatrische Klientel handelt.

Ein beständiges multiprofessionelles Betreuungsteam bilden

Wie bereits thematisiert, wurde zur Beschreibung des interprofessionellen Teams mehrere Berufsgruppen genannt. Häufig wurde ein gleichbleibendes Betreuungsteams als förderlich beschrieben, wobei offen blieb, , welche Rolle die Beständigkeit eines interprofessionellen Teams einnimmt..

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Welche Rolle spielt die Beständigkeit eines Betreuungsteam ihrer Meinung nach in der Versorgung geriatrischer Patient:innen? | <ul style="list-style-type: none"> • Können Sie mir an einem Beispiel erläutern, warum bei der Versorgung geriatrischer Patient:innen ein fixes gleichbleibendes Team so wichtig ist? |
|--|--|

Die Kommunikation

Die Kommunikation wurde als Hauptgrund für das Funktionieren interprofessioneller Zusammenarbeit beschrieben. Hierbei wurden die Aspekte des kontinuierlichen Austausches, des aktiven Einholen und Weitergeben von Informationen sowie das Bevorzugung einer persönlichen, offenen Kommunikation vor Ort beschrieben. Im Rahmen der geriatrischen Patient:innenversorgung wurde die Kommunikation als nochmals bedeutender als in anderen Bereichen genannt.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Worin liegt Ihrer Meinung nach die Besonderheit der interprofessionellen Kommunikation im Rahmen der geriatrischen Patient:innenbetreuung? | <ul style="list-style-type: none"> • Lassen sich Ihre Erfahrungen in den Aussagen wiederfinden? • Können Sie sich erklären warum die Kommunikation innerhalb des betreuenden Teams nochmals als bedeutender beschrieben wird? |
|--|---|

Prozesse und Strukturen

Im Rahmen der geriatrischen Patient:innenbetreuung wird das interprofessionelle Zusammenarbeiten als essenziell angesehen. Aus Praxissicht wurde die Bedeutung einer multiprofessionellen Aufnahme von Beginn an sowie das Weiterführen eines routinemäßigen Austausches im Team hinsichtlich der Versorgung geriatrischer Patient:innen betont.

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Können Sie beschreiben, inwiefern die Aspekte multiprofessionelle Aufnahme und regelmäßiger Austausch eine besondere Rolle in der Versorgung geriatrischer Patient:innen einnehmen? | <ul style="list-style-type: none"> • Austausch im multiprofessionellem Team, auch im Rahmen der Aufnahme ist für jede Patient:innenversorgung förderlich, gibt es hinsichtlich dieser Patient:innengruppe einen Unterschied? |
|---|---|

Teamdynamik

Diverse Faktoren, wie „sich gegenseitig zu helfen“ und sich gegenseitig gut zu kennen“, tragen zu einer guten Teamkultur bei. Hinsichtlich der Zusammenarbeit im Rahmen der geriatrischen Patient:innenversorgung wurde vor allem der Aspekt „sich gegenseitig ernst zu nehmen und gehört zu werden“ betont.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Wie würden Sie „sich gegenseitig ernst nehmen und gehört werden“ bezüglich der geriatrischen Patient:innenversorgung deuten? | <ul style="list-style-type: none"> Können Sie sich erklären warum das „sich ernst nehmen und gehört werden“ gerade in der Zusammenarbeit bei dieser Patient:innengruppe betont wird? |
|--|---|

Abschluss

Im Rahmen des Forschungsprozesses wurden neben diesen speziellen Aspekten der interprofessionellen Zusammen-arbeit hinsichtlich der geriatrischen Patient:innenversorgung, Überschneidungen mit Themen, die in der Literatur für eine interprofessionelle Zusammenarbeit im klinischen Setting genannt werden, festgestellt. So fanden sich keine Unterschiede hinsichtlich individueller Merkmale und Charaktereigenschaften, welche Personen für eine funktionier-ende interprofessionelle Zusammenarbeit in der Betreuung geriatrischer Patient:innen mitbringen sollten. Ebenso fand ist kein geriatrisches Spezifikum hinsichtlich des Führungsstils, der Rollenklarheit, der Fehlerkultur sowie der Hierarchie.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Wie lassen sich Ihre Erfahrungen der geriatrischen Patient:innenversorgung in diese Erkenntnisse einordnen? | <ul style="list-style-type: none"> Gibt es Ihrerseits eine andere Wahrnehmung? <ul style="list-style-type: none"> individuelle Merkmale und Eigenschaften Führungsstil Rollenklarheit Fehlerkultur Hierarchiestruktur |
|---|--|

Gibt es noch Aspekte Ihrerseits, welche noch nicht erwähnt wurde und Ihnen im Hinblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit in der geriatrischen Patient:innenversorgung als bedeutend erscheinen?

Anhang 4: Postskript

Postskript- Einzelinterview

Interviewnr.:	Datum: Uhrzeit/Dauer:
---------------	------------------------------

Interviewpartner*in
☐ Arzt*in ☐ Physiotherapeut*in ☐ Pflegeperson Genauere Angaben (Dienstjahre/Berufserfahrung, Jahre auf der Station,etc.).....
Dauer des Interviews:
☐ bis 15 Minuten ☐ bis 20 Minuten ☐ bis 25 Minuten ☐ bis 30 Minuten ☐ länger
War der Leitfaden verständlich?
☐ ja ☐ teilweise, wo unverständlich?..... ☐ nein, warum?.....
Durchführungsort:
☐ Ruhiger Raum (Seminar-, Besprechungsraum usw.) ☐ Öffentlicher Raum (z.B. Cafe) ☐ Besonderheiten:.....
Situation/Information vor Audioaufnahme
Interviewsituation:

z.B. entspannt, locker,
viel gelacht, im Dialekt
gesprochen usw.



Umgebungsgeräusche,
Störfaktoren,
Unterbrechungen und
weiche Auslöser beim
Interviewpartner*in

Besondere Vorkommnisse während des Interviews

Verhalten und Information Interviewer*in

Interviewkompetenz,
Interviewführung
(Leitfadenorientiert,
Nachfragen etc.) +
Hürden, eigenes Auftreten

Verhalten und Information Interviewpartner*in

Situation/ Information nach Audiodaufnahme

Sonstige Auffälligkeiten, Informationen o.ä.: