

Aus dem
Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle
Versorgung der Universität Tübingen

**Interprofessionelle Kooperation in der ambulanten
medizinischen Versorgung aus Sicht von
Heilmitteltherapeuten und Ambulanter Pflege**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

**vorgelegt von
Mauth, Konrad Erich**

2024

Dekan: Prof. Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: Privatdozentin Dr. H. B. Sturm

2. Berichterstatter: Professor Dr. H. Abele

Tag der Disputation: 21.05.2024

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis.....	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
I. Einleitung.....	1
Fragestellung.....	8
II. Material und Methode	9
III. Ergebnisse.....	15
III.1 Kooperation der Ambulanten Pflege mit Ärzten	15
III. 2 Kooperation der Ambulanten Pflege mit Heilmittelerbringern	25
III. 3 Kooperation der Heilmittelerbringer mit Ärzten	32
IV. Diskussion	47
IV.1 Diskussion der Methode.....	47
IV.2 Diskussion der Ergebnisse.....	48
Schlussfolgerungen	58
V. Zusammenfassung	61
VI. Literaturverzeichnis	63
Anhang.....	74
Interviewleitfaden.....	75
Erklärung zum Eigenanteil.....	81

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ET Ergotherapeut

GKV Gesetzliche Krankenversicherung

HE Heilmittelerbringer

HV Heilmittelverordnung

I Interviewer

KG Krankengymnastik

LP Logopäde

P Mitarbeiterin der Ambulanten Pflege

PT Physiotherapeut

pTB physiotherapeutischer Therapiebericht

SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im
Gesundheitswesen

WBO Ärztliche Weiterbildungsordnung

EINLEITUNG

INTEGRATION DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Hausärztliche Versorgung

Das Thema Kooperation in der ambulanten medizinischen Versorgung taucht im gesundheitspolitischen Diskurs verstärkt ab den 1970er Jahren auf. Bis dato war es weniger relevant. Bis etwa Ende der 1960er Jahre war die ambulante medizinische Versorgung dominiert von der Beziehung des Patienten zu seinem Hausarzt/seiner Hausärztin. (Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Wörtern die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten i. S. der Gleichbehandlung für alle Geschlechter.) Dieser hat in viel umfangreicherem Maße als heute die ambulante Primärversorgung geleistet. (Brandlmeier 1974a,b) Unter Primärversorgung werden der Erstkontakt mit dem Patienten und die medizinische Grundversorgung desselben verstanden. (DocCheck Flexikon II) Selbstverständlich wurden auch Kinder primär vom Hausarzt behandelt. Er hat schwangere Patientinnen behandelt, zum Teil gynäkologische Untersuchungen durchgeführt und war zusammen mit den Hebammen an der Geburtshilfe bei Hausgeburten beteiligt. Zudem war er durch Ausübung der sog. Kleinen Chirurgie viel stärker als heute an der ambulanten chirurgischen Grundversorgung beteiligt. (Krätzschar 1980, S. 141 ff.)

Die Facharztdichte im ambulanten Versorgungsbereich war vergleichsweise niedrig gegenüber der Hausarztdichte. Im Jahr 1962 waren im ambulanten Sektor 23238 Fachärzte tätig, gegenüber 35452 Haus-ärzten. Im Jahr 1988 waren bereits 56462 Fachärzte niedergelassen, gegenüber 43373 Hausärzten, bei praktisch gleichen Bevölkerungszahlen (Statistisches Bundesamt) Zudem waren die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten des Facharztes selbst häufig nur wenig besser als die des Hausarztes. Die flächendeckende apparative Ausstattung von Facharztpraxen mit Endoskopie, Sonografie, Röntgen und anderen Geräten, wie wir sie heute kennen, hat nicht existiert.

Ebenso war die Labordiagnostik im ambulanten Sektor noch wenig entwickelt. Die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten konnte damals auch der Hausarzt noch weitgehend überblicken und handhaben. Die arterielle Hypertonie wurde noch häufig mit BriserinN behandelt. (Wikipedia 21.10.2020) Daneben standen nur noch Diuretika und Betablocker und erst ab Mitte der 1970er Jahre Nifedipin zur Verfügung. (Pharma Wiki) Die Behandlung der Myokardinsuffizienz beschränkte sich auf die Verabreichung von Digitalispräparaten und Diuretika. Malignome wurden medikamentös mit hochdosiertem Kortison behandelt, Chemotherapien zur Behandlung von Tumoren gab es praktisch nicht. Nichtärztliche Heilberufe wie Krankengymnasten waren in geringer Anzahl tätig; ihre Tätigkeiten waren auch nur zum Teil Kassenleistung und wurden daher weniger nachgefragt. (Erst mit Erlass des Rehabilitationsangleichungsgesetzes 1974 z. B. wurde Logopädie Kassenleistung). Die pflegerische Versorgung Kranker im häuslichen Bereich wurde ganz überwiegend von Angehörigen und nicht von ambulanten Pflegediensten geleistet. „Von den rund 120 000 diplomierten Pflegern und Pflegerinnen in der BRD arbeiteten 1969 nur 10 600 in der ambulanten Pflege.“ (Geiger 1974)

Da nichtärztliche Berufsgruppen nur in geringem Umfang an der ambulanten Versorgung beteiligt waren, fand auch interprofessionelle Kooperation wenig statt. Wo sie punktuell erforderlich war, wurde sie vom Arzt dominiert. Er galt als allseits kompetente Instanz und gab seine Anweisungen an nichtärztliche Heil- und Pflegeberufe. (Unter Heilberuf wird ein Beruf verstanden, der sich im weitesten Sinn mit der Behandlung von Krankheiten und Behinderungen beschäftigt.) (Wikipedia 09.02.2023)

Der Zustand, bei dem der allseits als kompetent erachtete Hausarzt den Großteil der ambulanten Versorgung bewerkstelligen und koordinieren konnte, war ab den 1970er Jahren dramatischen Veränderungen unterworfen. So schreibt Schwartz 1979 -als damaliger Direktor des 1973 gegründeten „Zentralinstituts für die kassen-ärztliche Versorgung in der BRD“ - eindrucksvoll

zur Entwicklung in jenem Jahrzehnt zusammenfassend über die Spezialisierung in der Medizin:

“ 1968 gab es in der Bundesrepublik 20 Arztbezeichnungen und 5 Teilgebietsbezeichnungen. 1977 waren es bereits 26 Arztbezeichnungen und 15 Teilgebietsbezeichnungen, d. h. 41 Spezialgebiete in der Medizin.

Der Patient begegnet heute in seiner Krankengeschichte einer zunehmenden Zahl von Ärzten unterschiedlicher und immer kleiner werdender Disziplinen. In der enger werdenden Spezialsicht des einzelnen Faches droht immer mehr die Gefahr, dass der Patient in seiner Gesamtpersönlichkeit nicht mehr in den Blick kommt Der wachsenden Unfähigkeit des Arztes im medizinischen Bereich umfassend praktisch zu handeln, entspricht in den pflegerischen Bereichen eine wachsende Spezialisierung des Personals.

Im Bereich der ambulanten Krankenpflege wird die überkommene Gemeindeschwester zunehmend ersetzt durch multidisziplinär besetzte Sozialstationen oder Zentralpflegestationen.

Der Aufgliederung der pflegerischen Leistung in offene Krankenpflege, Alten- und Familienpflege sowie Sozialarbeit entspricht die Besetzung mit Krankenschwestern, Altenpflegerinnen, Familienpflegerinnen, Dorfhelferinnen und Sozialarbeitern.

Im ambulanten Sektor muss beispielsweise bei den Physiotherapeuten heute zwischen Krankengymnasten, Bademeistern, Atemtherapeuten unterschieden werden. Hinzu kommen relativ neue Berufe (z. B. Logopäden, Orthoptiker).

Schwartz weist bereits deutlich auf die zunehmende Bedeutung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe hin. Mit letzteren gemeint sind nicht-ärztliche und nicht-psychotherapeutische Berufe im Gesundheitswesen, die „Tätigkeiten in der Gesundheitsförderung, in der medizinischen Therapie und Diagnostik sowie in der Rehabilitation“ ausüben. (Wikipedia, 05.02.2023) Heute sind neben Ärzten, Apothekern und Psychologen noch ca. 90 weitere Gesundheitsfach- und Pflegeberufe an der konkreten Patientenversorgung beteiligt. (Höppner und

Zöge 2019)

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Kooperation dieser Berufsgruppen ergab, dass interprofessionelle Kooperation, bei der die Akteure aufeinander bezogen arbeiten zu einer besseren und effizienteren Versorgung führen kann, als die rein multiprofessionelle Kooperation, bei der die einzelnen Berufsgruppen lediglich parallel, also nebeneinander her arbeiten (Sottas 2016)

Die Hausärztliche Versorgung ihrerseits indes ist seit Jahren in eine Krise geraten. Es mangelt der Fachgruppe an Nachwuchs (Lau/Osterloh 2022), so dass jährlich mehr Hausärzte ihre Tätigkeit beenden als neue hinzukommen. Bereits 2017 sind 2600 hausärztliche KV-Sitze unbesetzt geblieben. (Bussche 2019) Aggraviert wird dieses Problem durch die Feminisierung der hausärztlichen Versorgung, da Frauen häufig nur eine Teilzeittätigkeit anstreben- (ebenda) Gleichzeitig steigt der hausärztliche Versorgungsbedarf an, durch die verlängerte Lebenserwartung der Bevölkerung.

Gründe der Ausdifferenzierung medizinischer Leistungen

Die tiefgreifenden Veränderungen der ambulanten medizinischen Versorgungssituation in den 1970er Jahren hatte mehrere Ursachen. Der rasche wissenschaftliche Fortschritt in Medizin und Pharmazie führte zu immer neuen oder verbesserten Diagnoseverfahren wie etwa CT und MRT und eröffnete ganz neue Therapiemöglichkeiten. (DocCheck Flexikon) Das führte zur Erweiterung und Ausdifferenzierung ärztlicher Gebietsbezeichnungen. Zudem vollzog sich ein Wandel im Krankheitsverständnis. Die vormals organfixierte Betrachtung von Erkrankungen wurde erweitert durch die wesentlich stärkere Beachtung der psychischen und sozialen Komponenten von Krankheit. (Schwartz 1979) In die Ärztliche Approbationsordnung von 1970 (ÄApprO 1970) wurden erstmals neue Fächer wie Medizinische Soziologie, Medizinische Psychologie, Psychosomatik und Arbeitsmedizin aufgenommen. Mit dem Anstieg der Lebenserwartung stieg der Anteil älterer, polymorbider Patienten, die einer aufwändigeren medizinischen und pflegerischen Versorgung und der Mitwirkung anderer Heilberufe, wie z. B. der Krankengymnasten bedurften. Zudem vollzog sich ein tiefgreifender gesellschaftlicher Wandel, indem immer

mehr Frauen eine Berufstätigkeit aufnahmen. Waren 1970 noch 45,9% der Frauen in Deutschland berufstätig, so stieg dieser Anteil auf 67,8% i. J. 1991 und auf 76,6% im Jahr 2019 an. (Bundeszentrale für politische Bildung) Das schränkte die Möglichkeit häuslicher Pflege durch Angehörige zunehmend ein und führte in der Folge zur Ausweitung ambulanter Pflegedienste.

Interprofessionelle Versorgung

Vor diesem Ereignishintergrund entwickelte sich in den 1970er Jahren eine intensive Diskussion über die Integration der ambulanten Versorgung und die Kooperation der an ihr beteiligten Berufsgruppen und deren Mitarbeitern, die bis heute anhält. Es wurde erkannt, dass die Beteiligung einer immer größer werdenden Anzahl von Personen unterschiedlicher Professionen – Ärzte, Gemeindefachkräften, Physiotherapeuten, Psychologen – an der Behandlung des einzelnen Patienten die Gefahr birgt, dass niemand mehr das Behandlungsgeschehen insgesamt überblicken kann, und der Patient selbst, als Laie mit der Steuerung seiner komplexen Behandlung überfordert ist. (Schwartz 1979)

Der Primärarzt

Frühzeitig wurden Stimmen laut, die einen Primärarzt in der ambulanten Versorgung empfahlen, der diese Koordinationsaufgaben übernehmen kann. (Schwartz 1979) Als solcher eignet sich der Hausarzt und, soweit es um die Behandlung von Kindern geht, der Pädiater. (Tetzlaff et al. 1978) Ein Primärarztssystem konnte sich in der BRD jedoch bis heute nicht ausbilden, da am Recht auf die uneingeschränkt freie Arztwahl – auch auf Druck der Fachärzteverbände - gesundheitspolitisch strikt festgehalten wurde. (AOK 2018, Meuser/Hitzler 2002, Clade 1997, Richter 2001, SpiFa) Erst mit dem Gesundheitsreformgesetz (GKVRefG2000) und dem GKV- Modernisierungsgesetz (GMG, 2004) wurden mit der Hausarztzentrierten Versorgung Möglichkeiten geschaffen, die Patientenversorgung durch Primärärzte zu lenken. Diese Hausarztzentrierte Versorgung war jedoch nie für alle

Versicherten obligatorisch und hat sich daher nur in einigen Regionen für einen Teil der gesetzlich Krankenversicherten etabliert. (Amelung et al. 2020)

Die Gruppenpraxis

Gleichzeitig wurde über kooperative Formen der Berufsausübung, insbesondere über die Bildung ärztlicher Gruppenpraxen nachgedacht. Bis zu einem Beschluss des Wiesbadener Ärztetages 1968 stand deren Gründung unter dem Genehmigungsvorbehalt der Landesärztekammern und wurde nur ausnahmsweise zugelassen, in der Regel als Lebenspartnerschaft von Ehepaaren oder anderen Familienangehörigen oder als Nachfolgepartnerschaft. Unter § 18 der Berufsordnung von 1958 ist zu lesen: „Die Errichtung einer Gemeinschaftspraxis ist nur in Ausnahmefällen und nur mit Genehmigung der Ärztekammer zulässig.“ (zitiert nach Kosanke 1979, S. 7) Diese Restriktion mit Beharren auf der Einzelniederlassung hatte standespolitische Gründe. Einfach auf den Punkt gebracht, befürchteten Teile der Ärzteschaft, die partnerschaftliche Berufsausübung des niedergelassenen Arztes könne zum Einstieg werden in ein „sozialistisches“ Gesundheitswesen. „Wenn die Ärzte oder deren Organisationen eine solche Entwicklung gemeinsamer Berufsausübung in freier Praxis fördern, dann sollten sie sich wenigstens des Vorschubes der Sozialisierung der ärztlichen Tätigkeit bewusst sein.“ (W. Kreienberg in DÄ 23/68 S. 1330 f.; zitiert nach Kosanke 1979a, S. 7.) Nachdem auf dem Ärztetag von 1968 diese Genehmigungspflicht in eine Anzeigepflicht umgewandelt worden war (Kosanke 1979a, S. 8), stieg die Anzahl ärztlicher Gruppenpraxen (Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen) rasch an. (Der Begriff „Gruppenpraxis“ stand damals für den heutigen Begriff der Berufsausübungsgemeinschaft“ und umfasste alle Formen gemeinschaftlicher Berufsausübung im ambulanten Bereich.) Im Jahr 1968 waren 613 Ärzte in Gruppenpraxen niedergelassen, im Jahr 1976 waren es bereits 4099. (Kosanke 1979 b, S. 35) Diese Entwicklung hat sich seitdem fortgesetzt. Im Jahr 2018 waren 54371 (rund 45%) niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten in Berufsausübungsgemeinschaften tätig. (KBV 2020)

Bei diesen Gruppenpraxen handelte es sich initial nahezu ausschließlich um ärztliche Berufsausübungsgemeinschaften, in denen Ärzte z. T. unterschiedlicher Fachrichtungen unterstützt von ihren Medizinischen Fachangestellten arbeiteten. Ihre Ziele sind vorwiegend betriebswirtschaftlicher und organisatorischer Art und nicht auf eine prinzipielle Neuordnung der Patientenversorgung ausgerichtet. Durch die gemeinsame Nutzung von Räumen und Personal können Kosten eingespart oder z. B. die gegenseitige Vertretung im Urlaub einfacher realisiert werden.

Interprofessionelle Gruppenpraxen, in denen neben Ärzten auch andere Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Psychologen oder ambulante Pflegekräfte tätig waren und kooperierten, blieben seltene Ausnahmen. Hoffman et al. (1982; S. 10) sprechen von einer verschwindend kleinen Anzahl solcher alternativen Gruppenpraxen in der BRD und analysieren 12 von ihnen ausführlicher. Allen gemeinsam war, dass die von ihren Mitgliedern angestrebte und mit viel Idealismus initiierte interprofessionelle Kooperation nach wenigen Jahren aus finanziellen, organisatorischen oder gruppendynamischen Gründen mehr oder weniger zum Erliegen kam.

Die integrative Steuerung der Behandlung des einzelnen Patienten durch einen Primärarzt oder ein medizinisches Zentrum wurde also nur ansatzweise und nicht dauerhaft realisiert und die unterschiedlichen Berufsgruppen blieben bei der Kooperation miteinander jeweils auf sich selbst gestellt.

(in der Schmitten/Helmich 2000)

Integrierte Versorgung

Ab den 1990er Jahren wurden gesundheitspolitisch erneut verstärkt Maßnahmen zur Integration der Gesundheitsversorgung ergriffen (Schreyögg et al. 2010, S. 105; SVR-Gutachten 2007, 2009,). Neben der bereits erwähnten Hausarztzentrierten Versorgung und weiteren Projekten im Rahmen von Selektivverträgen und Integrierter Versorgung nach § 140 SGB V wurden unter anderem das Disease Management, Case Management und die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren implementiert. (Ebd. S. 115 ff.) All diese Projekte sollen die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure im

Gesundheitswesen stärken und dabei auch insbesondere zur Überwindung der starren Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung beitragen, sowie gleichzeitig die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern. Erwartet wurde zudem, dass sie sich günstig auf die Kosten der Gesundheitsversorgung auswirken. Beeinflusst wurde diese Entwicklung von dem in den USA ab den 1990er Jahren entwickelten Konzept der „Managed-Care“, das betriebs- und marktwirtschaftliche Überlegungen in die medizinische Versorgung eingebracht hat. Dieses Konzept identifizierte Kooperation der Leistungserbringer – besonders zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken – und Steuerung der Versorgung durch Primärärzte als Möglichkeiten zugleich die medizinische Versorgung zu verbessern und die Kosten für diese Versorgung zu senken. (Arnold et al. 1997; Jahrbuch für Kritische Medizin, Band 27)

Auch diese Maßnahmen hatten keine anhaltende Auswirkung auf die Kooperation der unterschiedlichen Berufsgruppen. Kooperation ist vielmehr in das subjektive Ermessen der einzelnen Akteure gestellt und hat keinen organisatorischen Rahmen, der sie implizit vorgibt.

Da interprofessionelle Zusammenarbeit direkte Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung hat, möchte die vorliegende Studie einen genaueren Einblick in die interprofessionelle Kooperation verschiedener Berufsgruppen geben.

Fragestellung: Wie erleben und beurteilen Heilmitteltherapeuten und Ambulante Pflege interprofessionelle Kooperation in der ambulanten medizinischen Versorgung und wie kann sie gegebenenfalls gefördert werden?

II. MATERIAL UND METHODE

Die Durchführung der Studie

Für die Studie wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Sie wurde als qualitative Inhaltsanalyse konzipiert. Das Material bilden 13 Interviews, die von August bis Dezember 2016 geführt wurden (drei Interviews mit Mitarbeiterinnen der Pflegedienstleitung verschiedener ambulanter Pflegeeinrichtungen, drei mit Physiotherapeuten, drei mit Ergotherapeuten und vier mit Logopädinnen aus verschiedenen Praxen). Die Teilnehmer waren seit 6 – 23 Jahren jeweils in ambulanter Praxis tätig. Alle Interviewpartner waren in kleinen Gemeinden im Landkreis Reutlingen tätig. Ihre Rekrutierung erfolgte über das Internet und mittels Purposive Sampling. Dabei wurden zunächst die Adressen potentieller Interviewpartner (Heilmittelerbringer und Pflegedienste) ermittelt. Dann erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme mit dem Versuch den jeweiligen potentiellen Interviewpartner zu einem Interview zu motivieren. Die Interviews hatten eine Dauer von jeweils ca. 90 Minuten und fanden in den Praxen bzw. den Pflegeeinrichtungen der Interviewpartner statt. Für ihre Teilnahme erhielten sie vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität Tübingen jeweils € 50.-. Den Teilnehmern wurde Anonymität zugesichert sowie die Möglichkeit jederzeit vom Interview zurückzutreten. Ein Ethikvotum der Universität Tübingen liegt vor. (Projektnummer 170/2016B01)

Die Interviews wurden semistrukturiert, leitfadengestützt als explorative Experteninterviews (Kruse 2015, S. 167; Bogner/Littig/Menz 2009, S. 64; Gläser/Laudel 2010, S. 43) geführt. Dabei stand nicht das Betriebswissen der Teilnehmer im Fokus des Interesses, sondern deren Kontextwissen (Kruse 2015, S. 170; Kaiser 2014, S. 5), insbesondere ihre Kooperationserfahrungen untereinander und mit den niedergelassenen Ärzten ihrer Umgebung. Der Leitfaden wurde entwickelt auf der Grundlage einschlägiger Fachliteratur sowie der über 20jährigen Erfahrung im Feld des Verfassers und den in dieser Zeit zahlreichen Kontakten mit HE, AP und Ärzten. Die Erstellung war an der SPSS-Methode orientiert (Helfferich 2011, S. 182ff.) Die Interviews wurden auf

Rekorder aufgezeichnet und von einem professionellen Transkriptionsbüro wörtlich transkribiert.

Im Anschluss wurde das Material mittels Qualitativer Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz (2015) ausgewertet. Diese Methode eignet sich besonders zum Generieren von Hypothesen (Kuckartz 2016, S. 21; Mayring 2015, S. 22 ff.) in neuen Forschungsfeldern (Flick 2019, S. 27 und 43). Um ein solches handelt es sich. Die Kooperation der genannten Berufsgruppen im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens ist von der Forschung bislang wenig beachtet worden. Bei Der Literatursuche fanden sich nur wenige Publikationen zu diesem Thema.

Der Auswertung wurde folgendes System aus deduktiv und induktiv gebildeten Kategorien zu Grunde gelegt:

I.Hauptkategorie: Bestehende Kooperation

1. Subkategorie: Kooperation erfolgt spontan/ad hoc
2. Subkategorie: Kooperation erfolgt organisiert/geplant
3. Subkategorie: Es findet keine Kooperation statt

II.Hauptkategorie: Kooperationswünsche

- 1.Subkategorie: Intensivierung der Kooperation soll spontan/ad hoc erfolgen
2. Subkategorie: Intensivierung der Kooperation soll organisiert/geplant gestaltet werden
3. Subkategorie: Intensivierung der Kooperation wird nicht gewünscht

III.Hauptkategorie: Kooperationshindernisse

- 1.Subkategorie: Zeitmangel der Akteure
- 2.Subkategorie: Kooperation wird nicht vergütet
- 3.Subkategorie: Budgetzwänge bei der Verordnung von Heilmitteln

- 4.Subkategorie: Heilmittelverordnung ist zu kompliziert
- 5.Subkategorie: Heilmitteltherapeutische Kenntnisdefizite bei Ärzten
- 6.Subkategorie: Hierarchisches Denken bei Ärzten

Analyseeinheit war das jeweilige Interview. Kodiereinheiten waren Gesprächssequenzen mit Aussagen, die unter die entsprechenden Kategorien subsummiert werden konnten. Für die Kodierung wurde das gesamte Material mehrfach durchgearbeitet und codiert. Zudem wurde das Material, im Sinne eines Peer-Debriefing, mehrfach in der Forschungswerkstatt, einem Methodenseminar, das monatlich im Institut für Arbeitsmedizin der Universität Tübingen stattfindet, vorgestellt sowie im Seminar Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung besprochen.

Qualitative Sozialforschung

Qualitative Sozialforschung ist mittlerweile in den Sozialwissenschaften etabliert (Berwick 2008; Lamont, Barber et al. 2016), begegnet aber immer wieder dem Einwand, sie erfülle im Gegensatz zur quantitativen Forschung nicht die Gütekriterien der Objektivität, Validität und Reliabilität. (Kuckartz 2011) Diese Gegenüberstellung von qualitativer und quantitativer Sozialforschung unterliegt jedoch einem Irrtum. Sozialforschung, gleichgültig ob qualitativ oder quantitativ, kann den naturwissenschaftlichen Anspruch auf Objektivität, und Reliabilität generell wohl nicht erfüllen. (Vgl. Krotz 2019, S. 308) Naturwissenschaften arbeiten zwar häufig quantitativ, aber sozialwissenschaftliche Forschung wird nicht naturwissenschaftlich objektiv und reliabel, nur weil sie quantitativ vorgeht. Der Gegensatz besteht zwischen Sozialwissenschaft, gleichgültig ob qualitativ oder quantitativ, einerseits und Naturwissenschaft andererseits. Ursächlich für diesen Gegensatz ist nicht quantitatives oder qualitatives Vorgehen, sondern sind die unterschiedlichen Erkenntnisquellen von Natur- und Sozialwissenschaft. (Grundmann 2008, S. 453ff.; Scholz 2001, S. 354ff.)

Erkenntnisquelle der Naturwissenschaft sind Beobachtungen bzw. Sinnesdaten. (Carnap 1986, S. 11) An diese ist die Möglichkeit zu Objektivität gebunden, verstanden als Unabhängigkeit der Beobachtung von der Person des Beobachters. Sinneseindrücke, Beobachtungen haben eine stabile Beziehung zum beobachteten Objekt und können prinzipiell isoliert von anderen mentalen Einflüssen registriert werden. D. h. sie sind nicht prinzipiell beeinflusst oder verfälscht durch Emotionen, Wünsche, Motive usw. des Beobachters Das ermöglicht Objektivität im naturwissenschaftlichen Sinn. (Vgl. Mittelstraß Band 2, S. 1052 ff.) Zudem – davon wird zumindest ausgegangen – sind die Sinneseindrücke bei allen Beobachtern, die ein Objekt aus derselben Perspektive beobachten, dieselben. Sie sind in diesem Sinn universell, was letztendlich auch Reliabilität ermöglicht.

Nun kommt selbstverständlich auch die empirische Sozialwissenschaft nicht ohne Sinneseindrücke aus. Sie bilden jedoch nicht deren einzige Erkenntnisquelle. Ein Beispiel mag dies verdeutlichen. Stellen wir uns vor, ein Beobachter besuche ein japanisches No-Spiel oder eine Chinesische Oper, ohne der japanischen bzw. chinesischen Sprache mächtig zu sein und ohne Kenntnis des jeweiligen kulturellen Hintergrundes. Er würde die Dekoration auf der Bühne sehen ebenso wie die agierenden Personen und deren Kostüme usw. Auch würde er gesprochene oder gesungene Laute hören. Dennoch, obwohl ihm alle Sinneseindrücke gegeben wären, könnte er die Handlung, deren Sinn nicht verstehen. Die dazu erforderliche Sinndeutung ist durch Sinneswahrnehmung alleine nicht möglich. Erkenntnisquelle der Sozialwissenschaft sind daher Sinndeutungen auf der Grundlage von Sinneseindrücken. Der Soziologe Max Weber (1972, S1) fasst dies in folgender Definition zusammen, die für die gesamte Sozialwissenschaft gelten kann:

„§ 1. Soziologie (im hier verstandenen Sinn dieses sehr vieldeutig gebrauchten Wortes) soll heißen: eine Wissenschaft, welche soziales Handeln **deutend verstehen** und dadurch in seinem Ablauf und seinen Wirkungen ursächlich erklären will. `Handeln` soll dabei ein menschliches Verhalten (einerlei ob äußeres oder innerliches Tun, Unterlassen oder Dulden) heißen, wenn und

insofern, als der oder die Handelnden mit ihm einen **subjektiven Sinn** verbinden. 'Soziales Handeln' aber soll ein solches Handeln heißen, welches seinem von dem oder den Handelnden **gemeinten Sinn** nach auf das Verhalten anderer bezogen wird und daran in seinem Ablauf orientiert ist.“
(Hervorhebungen durch mich)

Deutung nun ist ein Vorgang, in den neben den Sinneseindrücken noch andere mentale Qualitäten einfließen, wie Gefühle, Ziele, Motivationen usw. Eine davon so zu isolieren, dass sie alleine als Grundlage unserer Deutungen gelten könnte und dass wir uns als Person in eine objektive Distanz zum beobachteten Gegenstand begeben könnten, erscheint nicht möglich. Daher lässt sich Objektivität im Sinne der Naturwissenschaft, die alleine auf dem Sinneseindruck und nicht zusätzlich auf Sinndeutung basiert, in der Sozialwissenschaft nicht herstellen. „Insofern ist jede Form von Sozialforschung in einem sehr allgemeinen Sinn 'interpretativ'“ (Soeffner 2004, S. 63) Alle szientistischen Denkansätze, die letztlich hinter der Forderung nach Objektivität stehen, gehen daher auch ins Leere. (Vgl. Popper 2003; Hajek 1952) Das trifft, wie bereits gesagt, nicht nur für die qualitative Sozialforschung, sondern auch für die quantitative zu. Denn letztere quantifiziert Daten, die durch Sinndeutung gewonnen werden und nicht reine Sinnesdaten.

Sozialwissenschaftliche Forschung bleibt daher stets an die Person des sinndeutenden Forschers gebunden und insofern auch subjektiv. Zudem können und wirken sich bereits seine persönlichen Charakteristika auf den Forschungsgegenstand aus. In der vorliegenden Studie etwa mag alleine schon der Beruf als Arzt des Interviewers auf Vorurteile gegen diesen Berufsstand treffen, die das Interview beeinflussen. Allerdings folgt daraus nicht, dass sie falsch oder beliebig, weil subjektiv ist. (Ansonsten wäre unser aller Leben, das wir ja subjektiv führen, chaotisch.) Es bedeutet, dass wir die Welt aus einer bestimmten, nämlich unserer subjektiven Perspektive betrachten, die von anderen nicht so unmittelbar eingenommen werden kann, wie das bei naturwissenschaftlicher Beobachtung der Fall ist. Ein Wechsel der Perspektive ist jedoch möglich. (Krotz 2019, S. 308 ff.) Wir sagen umgangssprachlich, dass

wir uns in die Lage eines anderen versetzen. Wir können zudem unsere Deutungen versachlichen, objektivieren. Ähnlich einem Richter, der sich auf die Fakten eines Falles zu konzentrieren bemüht und sich von persönlichen Eindrücken, die die Prozessbeteiligten auf ihn machen mögen, distanziert. Wir sagen dann, dass wir etwas „objektiv“ betrachten wollen. Dadurch können wir Deutungsübereinstimmung und Konsens der Beteiligten erzielen. Das Wahrheitskriterium unserer Analyse ist letztlich, ob die aus den Schlussfolgerungen unserer Analyse prognostizierten Ereignisse tatsächlich eintreten.

Versuche für (qualitative) Sozialforschung eigene Gütekriterien abseits des naturwissenschaftlichen Paradigmas zu entwickeln, haben bislang keine zufriedenstellenden oder allgemein konsensfähigen Resultate erbracht. Kuckartz (2016, S. 202) spricht diesbezüglich von einer „vielstimmigen Diskussion über Gütekriterien in der qualitativen Forschung“, die bis dato zu mehr als 100 unterschiedlichen Kriterienkatalogen geführt hat.

III. ERGEBNISSE

III.1 KOOPERATION DER AMBULANTEN PFLEGE MIT ÄRZTEN

Es wurden drei Interviews geführt mit Altenpflegerinnen aus drei unterschiedlichen Einrichtungen der Ambulanten Pflege (Hauspflege), die jeweils über jahrzehntelange Erfahrung in ihrem Beruf verfügten. Jede arbeitete als Mitglied der Pflegedienstleistung in ihrer Einrichtung. Dort laufen die Informationen vieler Mitarbeiter zusammen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass ihre Äußerungen nicht nur ihre eigenen Erfahrungen und Beobachtungen widerspiegeln, sondern in gewisser Weise auch grosso modo die Erfahrungen ihrer Kollegen und Kolleginnen repräsentieren.

(Im Text werden sie als P1, P2, P3 bezeichnet. Die Seitenzahl in eckiger Klammer am Ende der Textpassagen gibt jeweils die Seite des Transkripts an, der die Dialoge entnommen sind.)

I : Ist die Kooperation mit den Ärzten unproblematisch, oder gibt es da Schwierigkeiten?

P1: Also im Allgemeinen komme ich hier mit den Ärzten sehr gut klar. Man sucht ja auch das Gespräch, man telefoniert und spricht miteinander. Oder wenn irgendwas ist, gebe ich dem Arzt natürlich auch Meldung. Es gibt natürlich zwei, drei Ärzte, wo man immer ein bisschen gegen die Wand läuft. (lacht) [S. 24]

I : Die Kooperation mit den Ärzten ist also nicht problematisch?

P1: Ja...Oft fragt mich der Doktor auch und sagt: „Was haben Sie denn für Erfahrungen? Was schlagen Sie vor? Sie machen mehr Verbände wie ich.“ [S. 25]

I : Es gibt also eigentlich keine großen Probleme? (Bei der Zusammenarbeit)

P1: Nein! Oder wenn ich auch mal anrufe bei den Hausärzten und sage: „Ist wieder ein Hausbesuch notwendig oder eine Blutentnahme.“ Dann kommen sie auch. [S. 26]

I : Die Ärzte sind auch nicht irgendwie von oben herab?

P1: Nein, überhaupt nicht. Die sind ja auch oft dankbar für die Informationen dann, es geht ja auch um ihre Patienten.

I : Schon, aber Menschen verhalten sich ja auch unterschiedlich.

P1: Ich sage ja, wenn man mit zwei, drei Stück mal ein bisschen Knatsch hat, das kann sein. Man streitet sich mal und fünf Minuten später ruft er wieder an und entschuldigt sich. (lacht) Da ist keiner, wo jetzt sagt: „Ich bin jetzt der Doktor“ und wo jetzt hochnäsiger reagiert, überhaupt nicht!“ [S. 29]

I : Insgesamt sagen Sie, dass Sie mit der Zusammenarbeit zufrieden sind?

P1: Ja, es ist alles gut verbunden. Alles ist gut vernetzt, gell. [P1, S.49]

Die Kooperation der Ambulanten Pflege mit den Ärzten scheint auf Augenhöhe zu verlaufen – „Da ist keiner, wo jetzt sagt: Ich bin jetzt der Doktor, überhaupt nicht.“ und im Allgemeinen gut zu funktionieren. „Also im Allgemeinen komme ich hier mit den Ärzten sehr gut klar.“ Die Pflege wird in ärztliche Entscheidungsprozesse einbezogen, etwa wenn der Arzt zur Pflegenden sagt: „Was schlagen Sie vor? Sie haben mehr Verbände gemacht als ich.“ Die Pflege berichtet selbstbewusst, dass ihre Informationen über den Patienten für den Arzt wichtig sind. Konflikte (Knatsch) können rasch beigelegt werden. Die Zusammenarbeit erfolgt informell, im persönlichen Gespräch oder über Telefon. Das ist möglich durch eine allseits gute Vernetzung. Kooperationshindernisse werden nicht benannt. Allerdings wird auch von Ärzten berichtet, „wo man immer ein bisschen gegen die Wand läuft.“

I : Größere Probleme mit den Ärzten gibt es also überhaupt nicht?

P1: Ich habe ein Beispiel, ich habe einen Wachkomapatienten, da habe ich Probleme mit der Hausärztin. Der Mann hat seit seinem Unfall nie eine Reha bekommen obwohl das ganz dringend notwendig gewesen wäre. Der ist jetzt das vierte Jahr im Wachkoma, hat nie eine Erst-Reha gekriegt oder sonst irgendetwas, gar nie. Vom Krankenhaus bloß heim und so ist es. Und der Mann reagiert aber, der reagiert auf meine Stimme, der reagiert auf Berührung, der steht Ihnen 20 Minuten, ohne dass er kippt. Also da ist etwas Greifbares da irgendwie. Und ich habe dann für die Ehefrau ein Jahr lang gekämpft, dass der Mann eine Reha kriegt.

I : Und die Hausärztin hat sich da gesperrt?

P1: Ja.

I : Aber warum?

P1: Sie soll ihren Mann sterben lassen, hat sie gesagt! Der Mann ist 50 Jahre alt. [S. 39/40]

(Die Ambulante Pflegeeinrichtung hat daraufhin ein Jahr lang bei der Krankenkasse interveniert und letztlich auch ohne Mitwirkung und gegen den Widerstand der Hausärztin ein spezielle, mehrmonatige Reha für Wachkomapatienten durchgesetzt, durch die der Gesundheitszustand des Patienten deutlich gebessert werden konnte.)

Obwohl die Kooperation mit Ärzten als im Allgemeinen als gut dargestellt wird, zeigt die vorangehende Interviewsequenz, dass im Einzelfall dennoch erhebliche Kooperationsprobleme auftreten können. Wenn die Hausärztin äußert, man solle den Patienten sterben lassen, ist damit faktisch die Zusammenarbeit beendet. Die weitere und erfolgreiche Therapie verdankt sich alleine der Initiative der Pflege.

I : Wie ist die Zusammenarbeit mit den Hausärzten?

P2: Sehr gut.

I : Sie haben keine Probleme, etwa dass die Ärzte von oben herab sich verhalten?

P2: Überhaupt nicht.

I : Die Kooperation ist also gut?

P2: Guter fachlicher Austausch und wenn wir anderer Meinung sind, können wir das auf einer guten Ebene miteinander klären. Klar ist, dass der Arzt natürlich das letzte Wort hat. Aber die sind sehr kooperativ hier und also das klappt wunderbar. [S. 22]

I : Und wie kommunizieren Sie? Per Telefon oder gehen Sie zu den Ärzten hin?

P2: Viel über Telefon natürlich. Viel auch über Fax. Das ist von den Ärzten erwünscht. Wir schicken ein Fax und dann kriegen wir eine schriftliche Rückantwort, so dass wir das auch gleich dokumentiert haben. So haben wir das für uns geregelt und das klappt wirklich sehr gut. [S. 22/23]

I : Meinen Sie, dass gemeinsame Treffen, so kleine Konferenzen, wo Mitarbeiter aus der Pflege und Hausärzte sich treffen, sinnvoll wären?

P2: Wir hatten das schon mal. Aber man muss natürlich bedenken, dass die Ärzte sehr viele Termine haben, dass oft Zeitmangel ist. Und bei diesen Treffen wurde einfach auch gesagt, dass die Zusammenarbeit auf beiden Seiten so gut ist, dass das eigentlich nicht notwendig ist. Wenn, dann würden wir das machen. Nicht regelmäßig, die Ärzte hier, die Hausärzte, die haben einen Stammtisch, wo sie sich regelmäßig treffen. Und wenn jetzt von unserer Seite etwas wäre, dann könnten wir uns da anmelden und irgendwelche Neuerungen, Unklarheiten, wie auch immer, das könnten wir da austauschen in diesem Rahmen.

I : Sie können zu diesen Stammtischen mit dazukommen?

P2: Ja. [23]

I : Haben Sie auch mit Fachärzten zu tun?

P2: Gelegentlich, aber überwiegend mit Hausärzten.

I : Wenn Sie mit Fachärzten reden müssen, etwa mit dem Urologen, weil ein Patient einen Katheterwechsel braucht, ist das problematisch?

P2: Nein, da haben wir keine Probleme.

I : Die sagen nicht: „Was wollen Sie denn von mir?“

P2: Nein, könnte ich nicht sagen. Da könnte ich mich auch wehren. [S. 30]

Die Kooperation zwischen Pflege und Ärzten läuft auch hier auf Augenhöhe und wird als gut bezeichnet. Es bestehe ein guter fachlicher Austausch und die Ärzte verhielten sich nicht von oben herab. Sie erfolgt informell, im persönlichen Gespräch, per Telefon und per Fax. Organisierte Kooperation habe in der Vergangenheit stattgefunden, sei aber Mangels Notwendigkeit – „Bei diesen Treffen wurde einfach auch gesagt, dass die Zusammenarbeit auf beiden Seiten so gut ist, dass das (die Treffen) eigentlich nicht notwendig ist.“ - und auf Grund der zeitlichen Belastung aufgegeben worden. Sie wird daher prinzipiell nicht als erforderlich betrachtet, soweit es um die konkrete Versorgung von Patienten geht. Sie bleibt jedoch möglich. Wenn Bedarf dafür besteht, können die Pflegekräfte am Stammtisch der Ärzte teilnehmen. Als Kooperations-hindernis wird Zeitmangel bei den Ärzten genannt.

P2: Also wo wir jetzt einen Arbeitskreis haben, ist hier in Münsingen ausgehend vom Landratsamt ein Steuerungskreis „Palliativpflege“. Da sind dann Ärzte dabei, sind Seelsorger dabei, sind I : Weitere Organisation, etwa ein Qualitätszirkel ist aus Ihrer Sicht also nicht erforderlich?

wir dabei, sind stationäre Einrichtungen dabei. Und auch da hat sich gezeigt, dass dieser Austausch, dass man miteinander redet, dass jeder weiß, was der

andere macht, wo Schwerpunkte sind und so, etwas ganz Wichtiges ist. Und es war hier auch kein Thema, dass sich Ärzte beteiligen und dabei sind und wir also zusammenarbeiten.

I : Von wem geht das aus?

P2: Vom Landratsamt in Münsingen.

I : Und da geht es um Palliativpflege?

P2: Ja, dann auch einfach darum, diesen Palliativgedanken weiterzuverbreiten, zu gucken, was gibt es und auch darum die Akteure zu vernetzen. [S. 25]

I : Dann gibt es auch die Pflegekonferenz in Reutlingen. Ich glaube einmal im Jahr. Da nehmen Sie auch teil?

P2: Ja.

I : Wer nimmt daran teil? Die Pflege und auch Ärzte?

P2: Also, da sind alle vertreten, die Pflege, Ärzte, Kassen.

I : Was wird da besprochen?

P2: Also, da wird versucht die Schnittstellen zwischen den einzelnen Akteuren, wenn es da ein bisschen Sand im Getriebe hat, das zu bearbeiten. Z. B. Überleitung von einer Einrichtung oder Betreuung in die andere ist immer wieder ein Thema. [S. 27]

Formelle Kooperation durch organisierte Treffen findet statt, wo es um die Besprechung allgemeiner Themen geht, wie die Erbringung von Palliativpflege allgemein oder generell die Organisation der Überleitung von Patienten aus einer Behandlungseinrichtung in eine andere. Dabei gehe es darum, den „Sand im Getriebe“ zu entfernen, also um das generelle Vorgehen und nicht, um die speziellen Probleme des einen oder anderen konkreten Patienten. Es gehe aber auch um Vernetzung der Akteure und darum, „dass jeder weiß, was der andere (die andere Berufsgruppe) macht.“

I : Ist das Verhältnis mit den Hausärzten gut?

P3: Wir kommen gut aus.

I : Sie kommen gut miteinander aus?

P3: Also mit den allermeisten. Aber die tun mir echt leid; muss man ehrlich sagen.

I : Warum?

P3: Ha pf, ich denke mal, die gehen alle auf die 60 zu.

I : Nachwuchsmangel?

P3: Nachwuchsmangel. Einen Doktor haben wir, der weckt sogar die Leute auf, abends, weil er so lange unterwegs ist. Also dass die nicht irgendwann mal durchdrehen, also das tut mir schon leid, muss ich echt sagen. [S. 26]

I : Könnte man noch irgendetwas verbessern in der Zusammenarbeit mit den Ärzten?

P3: Ja.

I : Und was wäre das?

P3: Also mein Eindruck ist, dass manche untereinander nicht so gut auskommen. ... Das sieht man am Urlaub. Ich denke immer: Sprechen die überhaupt miteinander? Ich meine alle Bäcker, alle Metzger sprechen doch miteinander, oder?

I : Die Ärzte machen alle zusammen Urlaub und dann ist niemand da?

P3: Zum Beispiel. Die sollten sich untereinander auch ein wenig absprechen. Und die haben auch wenig Zeit für mich. Ich meine manchmal, wenn etwas blöd gelaufen ist, dann spricht man schon miteinander.

I : Sie meinen der Kontakt mit den Ärzten ist manchmal zu kurz oder müsste länger sein?

P3: Ja. Oder wir übernehmen sehr viele Leistungen für die Ärzte, weil die das einfach nicht mehr hinkriegen. Zum Beispiel: Eigentlich ist es ja so, dass der Doktor, wenn er eine Verordnung rausschreibt, die Wunde angucken muss und verordnen muss das und das und das. Die sieht der aber vielleicht nur ein mal, weil er gar keine Zeit hat alle drei, vier Wochen da hinzugehen. Das heißt, wir machen ein Bild, gehen in die Praxis, zeigen das Bild: Guck, so und so sieht das aus. [S. 27]

I : Meinen Sie, dass regelmäßige Besprechungen von Ärzten mit der Ambulanten Pflege sinnvoll wären? Dass man sich ab und zu zusammensetzen sollte?

P3: Ich kann mir das jetzt gerade gar nicht vorstellen. An einem Tisch, das kann ich mir gerade gar nicht vorstellen

I : Warum (lacht)? Weil es noch nie passiert ist?

P3: Ja, weil es noch nie passiert ist (lacht). Und das was wir abstimmen müssen oder was irgendwie schräg ist oder so, das machen wir ja direkt.

I : Sie würden also nicht sagen, dass es sinnvoll wäre sich ab und zu zusammensetzen. Sondern Sie sagen: Nein, übers Telefon oder auch mal persönlich, dass man hingeh, das ist eigentlich ausreichend?

P3: Das machen wir ja sowieso. Das musst Du ja machen.

I : Und das reicht auch aus?

P3: Ja. [S. 28]

Die Kooperation von Pflege und Ärzteschaft wird aller meistens als gut bezeichnet. Kooperiert werde informell über Telefon oder im persönlichen Gespräch. Allerdings wünscht sich die Pflege mehr Kontakt mit den Ärzten, was durch den Zeitmangel letzterer behindert werde. Formelle Kooperation sei gar nicht vorstellbar, wird aber auch nicht für erforderlich gehalten. Kooperation ad hoc erscheint prinzipiell ausreichend.

Probleme in der interprofessionellen Kooperation entstünden dadurch, dass die Ärzte untereinander zu wenig oder zu schlecht kommunizieren und z. B. ihre Urlaube nicht untereinander abstimmen würden. Den Pflegekräften fehlt dadurch ein Ansprechpartner, wenn medizinische Probleme beim Patienten auftreten. Sie werden auch für Tätigkeiten in Anspruch genommen, die eigentlich dem Arzt obliegen. Hintergrund sei eine allgemeine Überlastung der Ärzte, für welche die Pflegekräfte zwar Mitgefühl aufbringen, die die Kooperation jedoch beeinträchtigt, so dass Zeitmangel zu einem Kooperationshindernis wird.

ZUSAMMENFASSUNG: Die Kooperation zwischen Ambulanter Pflege und Ärzten erscheint als *grosso modo* gut. Sie wird als notwendig erachtet und ist erwünscht. Behindert wird sie durch Zeitknappheit, aber von Ausnahmen – in denen es „*Knatsch*“ gibt oder die Pflegenden „*ein bisschen gegen die Wand laufen*“ – abgesehen, nicht durch mangelnde Kooperationsbereitschaft der beteiligten Akteure mit Ausnahme der extremen Kooperationsverweigerung durch die Hausärztin des Wachkomapatienten. Konflikte können von den Beteiligten rasch beigelegt werden. Nötigenfalls können sich Pflegekräfte auch gegen Ärzte durchsetzen. Anhaltende Verstimmungen als Folge solcher Konflikte werden nicht berichtet, sind aber in Fällen wie dem des Wachkomapatienten dennoch anzunehmen.

Die Kontaktaufnahme erfolgt primär informell und spontan per Telefon, Fax oder persönliches Gespräch, sofern es um die unmittelbare pflegerische/medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen/Patienten geht. Diese ad hoc erfolgende Kooperation wird als ausreichend bezeichnet.

Organisierte Treffen, als formelle, geplante Kooperation finden nur punktuell statt, wie etwa die Teilnahme am ärztlichen Stammtisch. Der Steuerungskreis Palliativpflege und die Pflegekonferenz dienen der Vernetzung der unterschiedlichen Akteure, betreffen nicht eigentlich die konkrete Versorgung einzelner Patienten vor Ort. Die Mitarbeiter der ambulanten Pflege nehmen

daran teil, um allgemeine Fragen und Entwicklungen zu besprechen wie z. B. das allgemeine Vorgehen bei der Überleitung eines Patienten von einer Einrichtung in eine andere und um sich mit anderen Akteuren der diversen Berufsgruppen zu vernetzen. Es wird nicht der Wunsch geäußert die formelle Kooperation auf die Patientenversorgung auszuweiten. Im Gegenteil wurden organisierte Treffen wieder aufgegeben, da sie sich als überflüssig erwiesen haben.

Es werden jedoch auch Kooperationsprobleme erwähnt, die zu meist passageren Konflikten führen. *„Man streitet mal und fünf Minuten später ruft er wieder an und entschuldigt sich.“* Im Einzelfall können sie allerdings auch extrem sein und sich über einen längeren Zeitraum erstrecken, wie das Beispiel des Wachkomapatienten zeigt. Als allgemeines Kooperationshindernis wird Zeitmangel der Ärzte genannt.

III.2 KOOPERATION DER AMBULANTEN PFLEGE MIT HEILMITTELERBRINGERN

Unter dem Begriff Heilmittelerbringer (HE) sind der Physiotherapeut (PT), Ergotherapeut (ET) und Logopäde (LP) zusammengefasst. Sofern diese an der ambulanten medizinischen Versorgung der pflegerisch versorgten Patienten teilnehmen, kann es zu Überschneidungen ihrer Tätigkeit mit derjenigen der Ambulanten Pflege kommen.

I : Manche der ambulant gepflegten Patienten brauchen doch auch Physiotherapie?

P1: Ergotherapie, Physiotherapie, ja.

I : Haben Sie da Schwierigkeiten?

P1: Nein, im Gegenteil. Wir setzen uns mit den Ergotherapeuten oder Krankengymnasten in Verbindung, wenn wir einen Patienten haben, wo man sieht: O. K., da ist es sehr schwierig oder da sollte mehr gemacht werden oder da muss was passieren. Also wir tun uns austauschen untereinander: „Welche Meinung hast Du?“

I : Sie haben also direkten Kontakt mit Ergo- und Physiotherapeuten?

P1: Ja, wir fragen die: „Welche Meinung hast Du, sollte man da was machen?“
[1, S. 39]

I : Sie nehmen also direkten Kontakt auf mit den Heilmitteltherapeuten?

P1: Ja, wie gesagt. Und speziell dieser Mensch im Wachkoma, der macht so Fortschritte mit Ergo, KG und Logopädie. Der Mann war vom Sauerstoff abhängig und braucht jetzt keinen Sauerstoff mehr!

I : So viel hat das gebracht?

P1: Ja, der schluckt. Man kann ihm Joghurt und Pudding geben. Der macht solche Fortschritte. Und warum? (Wegen der Heilmitteltherapeuten)

I : Das sind natürlich schöne Erfolge.

P1: Und jetzt sagen die Ergotherapeuten und Krankengymnasten: „Wir haben bloß eine halbe Stunde in der Woche, wir würden gerne noch mal eine halbe Stunde dazu machen, weil er immer mehr Fortschritte macht.“ Dann ruft die Ehefrau bei der Ärztin an. Die sagt: Geht überhaupt nicht, wie sie denn auf die Idee kommt? Dann ruft sie mich an, tut mir ihr Leid klagen. Dann sag ich: „O.k., ich kann auch mal sprechen.“ Ich habe dann auch nochmal angerufen, aber das Budget ist drüber, es geht nichts, nichts machbar. [P1, S. 41-42]

I : Mit den Heilmittelberufen ist die Kooperation richtig gut, wie Sie schon gesagt haben?

P1: Ja, man trifft sich halt immer. Wenn wir im Haushalt sind, dann trifft man sich mit denen, die sind dann gerade fertig oder kurz davor. Dann spricht man miteinander und fragt: „Gibt's Fortschritte und ist alles gut und so.“ [P1, S. 42]

I : Gibt es auch gemeinsame Besprechungen mit den Heilmittelberufen?

P1: Nein.

I : Wäre das sinnvoll?

P1: Nein, das sind schon wieder spezielle Fachgebiete. Das sind Fachleute für sich.

I : Sie sagen also, die persönlichen Kontakte oder auch mal telefonieren, das reicht aus. Damit kann man alles abdecken?

P1: Ja, ja. Ja, Telefon eigentlich gar nicht. Aber man sieht sich halt im Haushalt, wenn man geschwind da ist, dann kennt man sich vom Sehen her.

I : weil man da ist und sich kennt, kommen also automatisch die Kontakte zustande?

P1: Ja, ja, ja.

Die Kooperation mit Heilmitteltherapeuten wird als „*richtig gut*“ beurteilt und von der Ambulanten Pflege aktiv gestaltet. Pflegekräfte involvieren von sich aus Physio- oder Ergotherapeuten bzw. Logopäden, wenn sie beim Patienten entsprechenden Bedarf erkennen und intervenieren sogar beim Arzt, um diesen zu entsprechenden Verordnungen zu veranlassen. Die Kooperation kann informell ad hoc vor Ort beim Patienten organisiert werden. Formalisierte Organisationsstrukturen, wie darüber hinaus gehende gemeinsame Besprechungen werden nicht für erforderlich gehalten. „*Nein, das sind schon wieder spezielle Fachgebiete.*“ Die bestehende Kommunikation und Kooperation vor Ort wird als ausreichend beurteilt: „*Damit kann man alles abdecken.*“ Selbst Telefonate sind nicht erforderlich. Beeinträchtigt wird die Kooperation durch das Heilmittelbudget, das sinnvolle Therapien verhindern kann.

I : Wie geht es mit den Heilmitteltherapeuten? Die kommen ja auch zu Hausbesuchen. Haben Sie da Berührungspunkte?

P2: Ja, da haben wir Berührungspunkte, weil es immer mal wieder Diskussionen gibt über die Uhrzeitermine der Hausbesuche.

I : Ach so?

P2: Wenn jetzt wir den Hausbesuch um zehn machen und die sich dann irgendwann um zehn auch einschleichen (lacht amüsiert). Aber dann klären wir das.

I : Vor Ort?

P2: Auf dem direkten Weg (lacht). Oder am Telefon. Also, so handhabe ich das hier insgesamt. Das wird alles kommuniziert und geklärt, das Positive und das Negative. Und da kommen wir gut miteinander aus.

I : Das haut hin?

P2: Das haut hin.

I : Wenn z. B. der Ergotherapeut mal einen Ratschlag oder eine Anregung geben will, kommt das zu Ihnen durch? Schreibt er das vielleicht ins Kardex?

P2: Das kommt bei mir durch, ja.

I : Das ist also kein Problem?

P2: Ja, das geht. Wird oft über Angehörige kommuniziert oder sie rufen hier an. Ins Kardex schreiben die eigentlich bei uns nicht.

I : Das machen nur Sie? Das ist rein Ihre Dokumentation?

P2: Unsere Dokumentation und die der Hausärzte. Da schreiben die eigentlich nicht rein. Wenn, dann legen sie mal einen Zettel rein, dass sie einen Rückruf möchten oder so. Zur Kommunikation dient es schon, aber dokumentieren tun die da nichts.

I : Dass die Pflege sich mit den Heilmitteltherapeuten zu gemeinsamen Besprechungen treffen, würden Sie das für sinnvoll halten?

P2: Also im ambulanten Bereich nein. Also wenn es Anregungen gibt, die nehmen wir ja auf, sodass jeder mit seinem fachlichen Blick das anguckt. Aber gemeinsame Termine, das ist ja auch wieder Aufwand und Zeit von beiden Seiten. Sehe ich nicht als notwendig an.

I : Die Kommunikation und Kooperation ergibt sich also sozusagen aus der täglichen Arbeit und zusätzliche Termine machen letztlich keinen Sinn?

P2: Nein. [P2, S. 33-35]

Die Kooperation der Berufsgruppen wird hier als ausreichend beschrieben: „wird alles kommuniziert und geklärt“. Probleme als Folge unzureichender Kommunikation treten dennoch auf, wenn Terminabsprachen versäumt werden. Ansonsten verläuft die interprofessionelle Kooperation ohne Probleme. Sie wird informell organisiert, wenn sich Ambulante Pflege und Heilmitteltherapeuten beim Patienten zufällig treffen oder über spontane Telefonanrufe bzw. Nachrichten, die über Angehörige des Patienten oder Zettel im Kardex

ausgetauscht werden. Weitere Formalisierung der Kooperation etwa durch organisierte Treffen oder Konferenzen werden nicht für erforderlich gehalten. Der Wunsch nach Intensivierung dieser Kooperation wird nicht geäußert. Sie wird als ausreichend umfänglich geschildert: „*Das wird alles kommuniziert*“. Der Aufwand für organisierte Treffen wird als überflüssig betrachtet: „*gemeinsame Terminesehe ich nicht als notwendig an.*“ und auch mit Hinweis auf knappe Zeit nicht gewünscht.

I : Wie ist die Kooperation mit Physio- und Ergotherapeuten?

P3: Also da sind nur manchmal Berührungspunkte, wenn es um den Zeitpunkt geht. Also meistens läuft es gut, manchmal streiten wir uns ein bisschen.

I : Worüber streitet man dann?

P3: Wenn wir gerade am Waschen sind und dann kommt der KG rein und sagt: „So, jetzt bin ich da.“ (lacht)

I : (lacht) Dann beißt es sich?

P3: Ja, genau. Aber meistens geht es gut.

I : Das läuft gut. Und bekommen die Leute hier auch Hausbesuche von den Genannten?

P3: Ja. Aber die sind alle am Anschlag. Also ich würde mal sagen, die bräuchten viel, viel mehr Hausbesuche, würde ich mal sagen.

I : Die kommen also, aber nicht oft genug?

P3: Es wird auch zu wenig verordnet. Also jetzt aber nicht als Vorwurf, sondern ich glaube sechs Behandlungen oder so dürfen pro Quartal nur verordnet werden.

I : Ja, es gibt ein Heilmittelbudget.

P3: Und das ist ein Nasenwasser. [P3, S. 32]

Mangelnde Terminabsprachen deuten auf unzureichende Kommunikation hin. Überhaupt erscheint der HE hier eher als Störenfried. Der Bedarf für Heilmitteltherapien wird aber grundsätzlich gesehen und artikuliert: *„Es wird zu wenig verordnet.“*, so dass eine grundsätzliche Kooperationsbereitschaft seitens der Ambulanten Pflege vorhanden zu sein scheint. Der Wunsch nach intensiverer Kooperation wird nicht geäußert.

ZUSAMMENFASSUNG: Die Kooperation der Ambulanten Pflege mit den HE stellt sich als unterschiedlich gut dar. P1 äußert, dass die Kooperation sehr gut funktioniert. Sie wird informell organisiert durch persönliche Gespräche der Beteiligten beim Patienten. Formelle Kooperationsmodi wie gemeinsame Besprechungen oder Konferenzen der beteiligten Berufsgruppen sind nicht entwickelt worden und werden auch nicht für erforderlich gehalten, sondern im Gegenteil mit Hinweis auf den damit verbundenen zusätzlichen Zeitaufwand abgelehnt. Insgesamt wird die Kooperation als ausreichend dargestellt. Es wird nicht der Bedarf geäußert sie zu intensivieren. *„Das (die HE) sind Fachleute für sich.“* (P1)

Demgegenüber scheint es bei P3 keine Kooperation zu geben. Ambulante Pflege und HE treffen hier eher im Konfliktfall zusammen, wenn sie sich, bedingt durch schlechte Terminabsprache, gegenseitig beim Patienten behindern. Dennoch wird die Tätigkeit der HE als wichtig erachtet: *„es wird zu wenig [Heilmitteltherapie] verordnet.“*

P2 schildert zwar, dass Kooperation ad hoc funktioniert mittels Telefon und über Nachrichten, die auf Zetteln im Kardex hinterlegt werden, sowie über Angehörige des Patienten. Allerdings mangelt es mitunter an Terminabsprachen, so dass sich Ambulante Pflege und HE gegenseitig im Wege sind, wenn sie gleichzeitig beim Patienten erscheinen. Organisierte Formen der

Kooperation werden jedoch auch hier nicht für erforderlich gehalten, auch mit Hinweis auf den damit verbundenen Aufwand und die zeitliche Belastung.

Insgesamt scheint die Kooperation zwischen Ambulanter Pflege und HE zufriedenstellend zu sein. Sie läuft ausschließlich informell ab. Organisierte Treffen finden nicht statt. Es wird jedoch auch kein Bedarf dafür geäußert.

„Nein, das (die HE) sind schon wieder spezielle Fachgebiete.“ (P1)

Unzureichende Terminabsprachen sind ein Hinweis auf Kooperationsdefizite.

III.3 KOOPERATION VON HEILMITTELERBRINGERN MIT ÄRZTEN

Es wurden zehn Interviews mit Heilmitteltherapeuten geführt, davon jeweils drei mit Physiotherapeuten (PT 1-3) und Logopäden (LP 1-3) sowie vier mit Ergotherapeuten (ET 1-4) aus verschiedenen Praxen. Sieben Befragte waren Frauen. Die HT hatten zwischen 7 und 38 Jahre Berufserfahrung, im Durchschnitt 20 Jahre.

Die Kooperation mit Ärzten wurde von allen Interviewpartnern ausnahmslos gewünscht und insofern als gut bezeichnet als Ärzte meist für Kontaktaufnahmen prinzipiell offen waren, wobei diese eher von den HT ausging.

I : Ist von Seiten der Ärzte die Kooperationsbereitschaft da?

PT1: Soweit das ein zeitlicher Rahmen natürlich immer zulässt. Aber wie gesagt: entweder rufen wir an und der Rückruf, wenn man ihn fordert, das funktioniert auch. [13]

I : Gibt es in der Zusammenarbeit mit den Ärzten Barrieren in dem Sinn, dass man lange um einen Termin bitten muss, oder niemanden ans Telefon bekommt?

LP3: Nein, sehr gute Erfahrungen gehabt. Zum Teil gehe ich dann mit den Verordnungen sogar zu den Ärzten, wenn ich zufällig daran vorbeifahre, um sie korrigieren zu lassen. Z. T. faxen wir sie, zum Teil machen wir es telefonisch. Je nachdem. [15]

I : Wie würden Sie die Zusammenarbeit mit Ärzten beurteilen?

LP2: Also aus meiner Sicht gut. Es gibt immer mal den Fall, dass man eine Meinungsverschiedenheit hat, oder so. Aber es ist durchaus so, dass man das auch aus der Welt räumen kann. Also das ist, ja man ruft dann an oder man verständigt sich oder geht unter Umständen auch mal hin in die Praxis und spricht mit jemandem. Und wir kriegen oft auch die Rückmeldung, dass das gut ist, dass wir da sind. Dass man sich auch darauf verlassen kann, was da für ein Urteil kommt von uns. Wenn wir halt sagen: Es bringt nichts, dann können die sich darauf verlassen, dass es nichts bringt. Und wenn wir sagen: Wir hätten gerne einen Termin, oder wir hätten, oder wir hätten gern ein Rezept mit zweimal wöchentlich, dann wissen die auch, dass wir das nicht machen, weil wir daran verdienen wollen. [14]

Diese Beispiele zeigen, dass Kooperation ad hoc gut funktionieren kann. Auch Konflikte (Meinungsverschiedenheiten) ließen sich leicht aus der Welt schaffen, das heißt lösen. Als Kooperationshindernis wird Zeitknappheit der Akteure genannt: „Soweit das ein zeitlicher Rahmen immer wieder zulässt.“ (PT1)

Die Gestaltung der Kooperation wurde jedoch auch problematisch gesehen.

I : Mit welchen Ärzten arbeiten Sie hauptsächlich zusammen?

PT3: Im Prinzip mit den Hausärzten vor Ort, wo doch die Hauptpatienten herkommen. ... Ja, da haben wir öfter mal eine Rücksprache. (Aber) eine richtige Besprechung über einen Arzt gibt es nicht. Sie haben ja auch keine Zeit und ich habe oft das Gefühl, man wird in der Kette weit unten gesehen – bei manchen – und dann habe ich ja eh nichts zu melden. Also wo der Arzt dann sagt: Wenn ich das verschreibe, dann zählt das, auch wenn ich finde, dass es dem Patienten eher schadet. Das ist immer so, finde ich auch nicht ganz in Ordnung. [17]

I : Sehen Sie sonst noch eine Möglichkeit wie man die Zusammenarbeit mit Ärzten verbessern könnte?

LP2: Vielleicht dass es eine Telefonzeit gäbe wo ich weiß, da kann ich den Arzt persönlich direkt erreichen. Weil häufig ist es ja so, dann ruft man an und dann heißt es: „Ja, nein, das geht gerade nicht. Morgen vielleicht.“ Und da kann ich dann nicht. Und dann ist es wieder zwei Wochen später und dann hat es sich vielleicht erledigt oder so. [17]

I : Haben Sie das Gefühl der Umgang mit Ärzten läuft auf Augenhöhe?

ET4: Also Augenhöhe ist es noch nicht.

I : Noch nicht?

ET4: Aber ich finde, es hat sich schon verändert. Also es gibt welche, die hierarchisch denken. Es gibt welche, die tun es nicht. Das ist denke ich, auch wieder menschenabhängig. [39-40]

PT3: Mit Dr. Y. können wir nicht. Er hält nichts von Physiotherapie. Als wir hier eröffnet haben und bei allen Ärzten vorgestellt haben, hat er uns gesagt, er hält nichts von Physiotherapie. Aber wenn ein Patient das will, bekommt er es schon. [31]

Berichtet wird hierarchisch strukturierte Zusammenarbeit, die nicht auf Augenhöhe erfolge. In dieser Hierarchie fühlt sich der HE „in der Kette weit unten gesehen.“ (PT3) Die Kooperation laufe auch hier informell über ad hoc erfolgende Rücksprachen, teils via Telefon, wobei Ärzte manchmal schlecht erreichbar seien. Auch fehle den Ärzten die Zeit „für eine richtige Besprechung.“ (PT3) Und wenn Dr. Y äußert, von Physiotherapie nichts zu halten, dürfte er für eine Kooperation wohl kaum zur Verfügung stehen.

An formeller Kooperation mit Ärzten äußern alle HT grundsätzlich großes Interesse, wie aus den beiden nachfolgenden Interviewsequenzen beispielhaft

hervorgeht. In den Äußerungen von ET 4 schwingt geradezu Begeisterung mit: „Tolle Geschichte“.

I : Wenn ich Sie richtig verstehe, würden Sie es begrüßen, wenn es irgendwie organisierte Kontakte (mit Ärzten) geben würde?

PT3: Ich habe eine Kollegin. Sie hat also einen Hausarzt in ihrem Patientengut, und von ihm bekommt sie, glaube ich, ich weiß es nicht, einmal im Monat – also ich weiß es nicht genau – trägt er sie quasi eine halbe Stunde ein und dann darf sie kommen mit den Patienten, die sie von ihm hat; und dann machen sie dann eine halbe Stunde Austausch. Das findet sie total super. Dann kann man auch mal miteinander reden. [18]

I : Meinen Sie es wäre sinnvoll oder hilfreich, wenn es ab und zu Treffen gäbe, wo Ärzte und Ergo- oder Physiotherapeuten, also die verschiedenen Therapeuten sich interdisziplinär ab und zu treffen und sich austauschen?

ET4: Auf jeden Fall. Also ich fahre regelmäßig nach Ravensburg in die Handchirurgie zu Dr. G. Weil der macht immer abends die Vorträge, gerade so verschiedene handtherapeutisch typische Krankheitsbilder. Und das ist immer super interessant.

I : Der ist Chirurg und lädt Sie als Ergotherapeutin dann ein.

ET4: Und auch Physiotherapeuten und andere Ärzte.

I : Also das ist dann sozusagen interdisziplinär?

ET4: Tolle Geschichte. Also ich habe am Anfang auch meinen ersten Patienten hier in der Praxis dort vorgestellt. War einer mit Kleinert Schiene von hier bis da (zeigt am Arm) mit Drähten. In der Ausbildung habe ich es gewusst, ich habe es auch noch im Hinterkopf gehabt. Und dann habe ich gesagt: Eigentlich müsste er woanders hin. Und dann sagt er: Will er aber nicht, er vertraut mir jetzt da. Und dann habe ich gesagt: Also gut, ich muss mich jetzt da aber erst einarbeiten. Und dann bin ich mit dem zwei- oder dreimal nach Ravensburg

mitgefahren. Auf meine Kosten. Bin dann dort zur Handtherapeutin zum Nachsorgetermin mit. Habe mich dann beraten lassen. [30-31]

Während informelle Kooperation durch Kontaktaufnahme ad hoc grundsätzlich möglich, allerdings durch den Zeitmangel der Ärzte auch behindert sei, äußern HT großes Interesse auch die formelle Kooperation zu intensivieren. Im Vordergrund steht dabei der Wunsch nach gemeinsamen Fallbesprechungen zu aktuellen Patienten. Daneben wird auch Interesse an interdisziplinären Fortbildungsmaßnahmen zu allgemeinen medizinischen Fragen geäußert.

Es werden auch strukturelle Gegebenheiten der Gesundheitsversorgung angesprochen, die Kooperation erschweren bzw. blockieren, obwohl Interesse und Motivation in starkem Maße gegeben sind.

Viele Interviewpartner äußern den Eindruck, dass die zuweisenden Ärzte nur vage Vorstellungen von der Tätigkeit der Heilmitteltherapeuten haben, dass sie, einfach ausgedrückt zu wenig verstehen von Physio- und Ergotherapie sowie von Logopädie. Damit im Zusammenhang steht die Vermutung Ärzte würden die angeforderten Therapieberichte teils überhaupt nicht lesen oder aber nicht verstehen, da ihnen der jeweilige Fachjargon nicht verständlich sei. Auch an der Wertschätzung der eigenen Arbeit seitens der Ärzte werden Zweifel geäußert: „Und erst was dann hinter so einer Therapie steckt, können sich viele gar nicht vorstellen.“ (PT1)

I : Wenn Sie sagen, dass Sie von manchen Ärzten keine Zuweisungen bekommen, könnte man da im Umkehrschluss vermuten, dass die mit Ergotherapie überhaupt nichts anfangen können?

ET3: Das ist glaube ich die Regel. [14]

.....

I : Fällt Ihnen noch etwas ein, wo die Zusammenarbeit mit Ärzten verbessert werden könnte?

PT2: Manchmal hat man schon das Gefühl, die Ärzte, die wissen ja eigentlich gar nicht, was wir so machen. Und vor allen Dingen was wir ja auch können, ja? Wo ich denke, da wäre es mal nicht so schlecht, nicht, dass die das auch mal mitkriegen würden, wie wir arbeiten überhaupt. Und dass wir uns manchmal wirklich ein Bein rausreißen. [14]

.....

I : Also die Zusammenarbeit (mit den Ärzten) halten Sie für verbesserungsfähig?

PT3: Es gab ja mal so einen schriftlichen Austausch oder das Kreuz zum Ankreuzen gibt es immer noch: „Arztbericht erwünscht“ auf dem Rezept. Aber die Regel zeigt immer, dass es sehr wenige sind, die es ankreuzen. Am Anfang war es überall angekreuzt, aber man hat dann gesehen, dass die gar nicht immer gelesen wurden und es ist ein brutaler Aufwand immer diese Berichte zu schreiben.

I : Die Berichte haben also nicht zu mehr Kommunikation geführt?

PT3: Fand ich jetzt nicht wirklich. Wir haben halt berichtet, was wir gemacht haben und wie es aussieht. Aber man muss ja auch die technische Sprache sprechen. Das ist ja auch noch gar nicht so einfach. [20]

.....

I : Was könnte aus Ihrer Sicht an den Versorgungsstrukturen noch verbessert werden?

LP1: Ein bisschen Wissen schaffen, wie auch immer.

I : Wissen worüber?

LP1: Über wann man Kindern Logopädie verordnet. Ja, was wichtiger ist und was vielleicht gar nicht so wichtig ist. Obwohl ich das (schlecht gesprochene) R viel schneller erkenne als Arzt, dass der das nicht kann, das ist etwas sehr Handfestes, gibt es eigentlich viel wichtigere Sachen. Wenn das Kind noch nicht „Ich“ sagt, ja, mit drei Jahren oder dreieinhalb, dann ist das einfach viel zu

spät. Ja, oder wenn die Grammatik noch völlig durcheinander ist. Wie kann ich das erspüren, ermerken, ja, dass das Kind da Probleme hat? Kann ich mich mit dem wirklich unterhalten? Da werden manche dann die Augen zumachen, weil es wirklich mit vielen Kindern gar nicht geht eine Unterhaltung über irgendein Thema zu führen.

I : Sie meinen, dass eigentlich die Ausbildung der Ärzte nicht ausreicht um solche Probleme zu erkennen?

LP1: Nicht ausreichend, nein.

I : Nicht ausreichend für logopädische Probleme?

LP1: Kann sie auch irgendwie nicht. Also der Arzt kann das ja gar nicht alles können. Deswegen wäre es natürlich auch schön, die Eltern könnten direkt zum Logopäden kommen, ja, und ich mache den Befund und schicke den dem Arzt. Ja? Und der Arzt liest dann den Bericht und sieht, da muss was gemacht werden.

I : Logopädinnen sollten also auch an der Indikationsstellung und der Therapieplanung aktiver beteiligt werden?

LP1: Ja.

.....

I : So gemeinsame Treffen mit Ärzten würden sie gut finden?

PT1: Wenn es ginge, wäre das bestimmt gut. Ich sage mal jetzt in der Physiotherapie, bei den jungen Ärzten weiß ich nicht, wie die in der Ausbildung vermittelt wird. Ob sich das ein bisschen verbessert hat. Aber es ist natürlich schon so, dass sehr viele Ärzte sich unter Physiotherapie entweder gar nicht wirklich was vorstellen können oder eine falsche Vorstellung haben. Ich sage mal, auch die Einstellung. Ich habe einige Ärzte selber unter den Patienten gehabt. Erst dann wandelt es sich. Ach so macht ihr das. Und dann ist auf einmal das Verständnis, dass ich mit sechs Mal nichts oder wenig hinbringen kann. Ich sage mal, die ganzen Rückenproblematiken entstehen über Monate und Jahre und nach sechs Mal dann müsste man Wunderheiler sein. Und erst

was dann hinter so einer Therapie steckt, können sich viele gar nicht vorstellen. Und ich sage mal, wenn man das dann in so interdisziplinären Themen (Treffen) mal lösen könnte, denke ich, wäre das schön. [14]

Der Mangel an heilmitteltherapeutischen Kenntnissen der Ärzte wird einmütig beklagt und schlägt sich auch im Ordnungsverhalten nieder. Da sie schlecht einschätzen können wie viele Behandlung zur Therapie einer Erkrankung - wieviel Physiotherapie zur Behandlung eines Bandscheibenvorfalles zum Beispiel - in der Regel erforderlich sind, neigen sie dazu eher wenig zu ordnen um ihr Heilmittelbudget nicht zu überschreiten und damit eventuell eine Regressforderung der Krankenkasse auszulösen. Das kann zu Konflikten mit dem Heilmitteltherapeuten führen, wenn dieser um die Verordnung weiterer Behandlungen nachfragt. Als besonders nachteilig für den Patienten wird geschildert, wenn der Arzt mangels heilmitteltherapeutischer Kenntnisse nicht erkennen kann, dass eine Indikation für Heilmitteltherapie besteht. Besonders die befragten Logopädinnen sprechen dieses Problem an und weisen darauf hin, dass zu spät verordnete Logotherapie bei Kindern immer wieder zu suboptimalen Logotherapien mit bleibenden Residualschäden beim Sprechen führen: Die logopädischen Kenntnisse von Ärzten sind *„nicht ausreichend, Nein.“* (LP1)

Ein erhebliches Problem für die Kooperation stellen die Rezeptformulare dar, die für die Verordnung von Heilmitteltherapie bei gesetzlich versicherten Patienten vorgeschrieben sind (Formulare 13, 14 und 18 für Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie). Sie müssen vom verordnenden Arzt nach komplexen Vorgaben unter Berücksichtigung des Heilmittelkataloges ausgefüllt werden. Sind Rezepte unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllt, verweigern die Gesetzlichen Krankenkassen dem HT die Bezahlung der erbrachten heilmitteltherapeutischen Leistungen. Auf Grund der komplexen Vorgaben käme es immer wieder zu solchen formal fehlerhaften Rezepten. Das zwingt dann stets den Heilmitteltherapeuten dazu die Arztpraxis zu kontaktieren, mit der Bitte um Richtigstellung, will er seinen Honoraranspruch nicht verlieren.

(Ohne direkte Nachfrage des Interviewers berichtet die Gesprächspartnerin spontan, ein anderes Thema unterbrechend)

ET4: Frau X (eine angestellte Mitarbeiterin) macht jetzt wirklich nur die Rezepte: also Faxe schicken, mit den Ärzten telefonieren, Änderungen machen. Denn wenn die Angaben auf dem Rezept, Indikationsschlüssel und ICD-10-Code nicht den Vorschriften vom Heilmittelkatalog entsprechen, könnte ich das Rezept einschicken zur Krankenkasse und kriege kein Geld.

I : Die bezahlt es einfach nicht?

ET4: Und wenn ich mich am Sonntag noch hinsetze oder Samstagabend und das mache, dann kommt bloß Quark raus. Deswegen habe ich gesagt: Ich nehme das Geld in die Hand und bezahle eine Mitarbeiterin, die nur für die Rezepte zuständig ist. Und tippi toppi tippi toppi noch nie haben wir einen Cent gestrichen gekriegt, ich sag es Ihnen.

I : Dann hat sich die Investition gelohnt?

ET4: Das lohnt sich dann einfach. Und Gott sei Dank, ich sag Ihnen: Gott sei Dank hat Frau X so viel Erfahrung. Ich hab schon in einer anderen Praxis gearbeitet und gewusst, dass die Kollegen wirklich regelmäßig damit Probleme haben. Denen fehlen tausende von Euro, weil wieder die Diagnose nicht gestimmt hat und und und. [12]

.....

I : Wie ist die Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten? Kann man da reden miteinander, wenn Sie eine Frage haben.

LP3: Aus welchen Gründen wir häufiger dort anrufen ist, wenn eine Verordnung nicht korrekt ausgefüllt wurde, im Sinne der Heilmittelrichtlinien. Das geht problemlos.

I : Ja, O. k.

LP3: Zum Teil gehe ich mit den Verordnungen sogar zu den Ärzten, wenn ich zufällig dran vorbeifahre, um sie korrigieren zu lassen. Zum Teil faxen wir sie,

zum Teil machen wir es telefonisch. Je nachdem was die Kasse auch verlangt. Man kann es ja telefonisch klären, manches muss man noch persönlich erledigen.

I : (Das Rezept) muss dann unterschrieben werden?

LP3: Genau, oder noch gestempelt.

I : Gestempelt

LP3: Manchmal schicken wir es hin. Aber wenn ich weiß, ich fahre durch Engstingen, dann gehe ich da zur Praxis, oder auch in Reutlingen, das ist dann persönlicher. [14-15]

.....

I : Wenn Sie allgemein etwas verbessern könnten an den Versorgungsstrukturen? Die Verwaltung der Rezepte haben Sie ja schon angesprochen.

LP1: Unbedingt! Wenn da irgendwo eine Chance besteht. Wirklich, meiner Meinung nach müsste es reichen, wenn der Arzt draufschreibt: Zehnmal Logopädie und von mir aus noch: außerhalb des Regelfalls oder so. Und dann ist aber auch gut. Ja, aber inzwischen sind da so viele Kreuzchen zu machen. Ich weiß nicht, ob da irgendwo Land in Sicht ist, das wieder zu vereinfachen. Ja, bei Privatrezepten ist das viel einfacher. Da steht drauf: Zehnmal Logopädie, 60 Minuten oder 45 Minuten. Fertig. Da habe ich nie Probleme. Das ist so schön.

I : Das ist einfacher als bei den gesetzlichen Kassen?

LP1: Ja, man vermutet ja, aber das weiß ich ja nicht ob es stimmt, dass es schon darum geht Einsparungen zu machen durch diesen ganzen Kreuzchen-Klimbim. Das vermutet man manchmal, denkt: Ja machen die das nur, um irgendwo einzusparen, oder warum ist das so komplex? Es wäre schön, wenn das (anders_wäre), dann würden sich alle freuen. Ärzte würden sich freuen, alle Heilmittelerbringer würden sich freuen. [18-19]

Die Probleme, die durch fehlerhaftes Ausstellen von Heilmittelrezepten entstehen, werden von den HE z. T. spontan, das heißt ohne gezielte Frage des Interviewers angesprochen. Dies kann als Hinweis gelten, dass das Thema die Beteiligten stark beschäftigt und auch, dass es sich nicht um Einzelfälle handelt, die der Erwähnung nicht bedürften. Die HT müssen auf Korrektur dieser Rezepte insistieren. Daran hängt ihre Bezahlung. [Das stört aber die Arbeit in der Arztpraxis. Nicht nur die Medizinischen Fachangestellten sind von den Korrekturen tangiert, sondern auch die Ärzte selbst. Sie müssen die Rezepte korrigieren, zumindest aber die Korrekturen ihrer Mitarbeiterinnen überprüfen. In jedem Fall müssen sie die Korrekturen persönlich unterschreiben. Diese Tätigkeit hat keinen medizinischen Sinn. Wenn die Rezepte vorgelegt werden, ist die verordnete Therapie bereits geschehen. Die Korrekturen müssen erfolgen, rein um den Abrechnungsmodalitäten der Gesetzlichen Krankenkassen Genüge zu tun.] Ärzte scheinen mit diesen Modalitäten nicht gut vertraut zu sein, ansonsten würde sich nicht häufig Korrekturbedarf ergeben.

[Der HE wird in diesen Fällen einerseits zum Störenfried für die Arztpraxis und ärgert sich andererseits selbst über den Arzt, der das Rezept nicht ganz korrekt ausgefüllt hat. Denn das Beanstanden ist ihm selbst lästig und störend. So werden die Heilmittelrezepte zu einem beiderseitigen Ärgernis, das sich nur ungünstig auswirken kann auf die Zusammenarbeit von Arzt und HE. Sie stören das Kooperationsklima.]

Grundsätzlich beeinträchtigt wird interprofessionelle Kooperation aus Sicht der HT erheblich dadurch, dass sie nicht innerhalb der normalen Arbeitszeiten stattfinden kann und auch dadurch, dass sie nicht finanziell honoriert wird.

I : Glauben Sie, dass regelmäßige Treffen oder Fortbildungen sinnvolle Maßnahmen wären?

ET3: Das Problem ist einfach, das ist immer eine Zeitfrage. Ich fände das toll, aber das ist auch etwas, was weder der Arzt noch wir bezahlt kriegen. Trotzdem haben wir das auch schon gemacht. [16]

.....

I : Wären gemeinsame Besprechungen mit den Ärzten, mit denen Sie zusammenarbeiten aus Ihrer Sicht sinnvoll?

PT2: Ich würde schon (sagen), ja. Das fände ich gar nicht schlecht.

I : Könnte das innerhalb der normalen Arbeitszeiten stattfinden?

PT2: Nein. Für mich bestimmt nicht. Wir sind alle voll ausgelastet. [14]

.....

I : Würden Sie gemeinsame Besprechungen für eine gute Sache halten?

PT1: Würde ich gut finden. Aber wenn man jetzt heutzutage diese zeitlichen Ressourcen anguckt, auch im Ärztebereich, ist es einfach schwierig.

.....

I : Könnten Sie sich regelmäßige Besprechungen mit Ärzten vorstellen?

LP1: Ich kenne das aus einer Praxis in der ich früher gearbeitet habe. Da haben wir uns alle zwei Monate oder so mit den Ergotherapeuten zusammengesetzt. Mit den Ärzten war das nicht denkbar. Also die hätten alle gesagt: Hier sich zusammensetzen einmal im Monat für nichts sozusagen? Wir haben das ja damals versucht.

I : Das scheitert, wie Sie schon gesagt haben an der Zeit und der Bezahlung. Wird im Gesundheitssystem nicht attraktiv gemacht?

LP1: Ja, genau. [15]

.....

I : Meinen Sie, dass gemeinsame Besprechungen mit der Pflege oder anderen Berufsgruppen sinnvoll wären?

PT3: Solche Besprechungen sind schon wichtig. Aber da sie nicht bezahlt werden Und ich möchte in meiner Freizeit nicht mit allen Ärzten und allen Therapeuten etwas besprechen. [16]

Wegen der strukturellen Hindernisse, die durch knappe Zeit und fehlende Bezahlung gegeben sind, findet formelle Kooperation in Form geplanter, längerer interprofessioneller Besprechungen höchstens sporadisch statt. Z. B. in Form „Runder Tische“, die z. B. vom Kindergarten organisiert werden, wenn es um die Einschulung geht, oder vom Jugendamt, wenn das weitere Vorgehen bei Kindern mit Entwicklungsstörungen besprochen wird. Die auf gemeinsame Patienten fokussierte formelle/organisierte Kooperation zwischen HE und Arzt stelle jedoch eine absolute Ausnahme dar.

I : Wie könnten solche interprofessionellen Besprechungen aussehen?

LP1: Wir haben das schon gemacht. Es gab viele so Runde Tische, wenn es um Einschulungsthemen ging, also die Frage: wo ist das Kind jetzt gut aufgehoben. Da gab es manchmal Runde Tische mit Erziehern. Das war aber alles auf freiwilliger Basis. Und das fand ich eine ganz schöne Sache. Ja, jeder hat seine Fälle mitgebracht und wusste, die anderen sind jetzt auch da, die Ergotherapeuten und dann hat man einen nach dem anderen besprochen, wie Zeit war. Und dann hat man gefragt: wann treffen wir uns wieder, wo ist noch Bedarf da. So stelle ich mir das vor.

I : Also Fallbesprechungen?

LP1: Fallbesprechungen, genau. Wem liegt gerade was am Herzen? Wer kommt irgendwo nicht weiter, ja? Wer hat einen Fall wo er sagt: „Mensch ich komme da nicht richtig ran.“ Das hat sich häufig gedeckt, dass der Ergotherapeut dann gesagt hat: „Ja, mir geht es genauso. Da stimmt irgendetwas nicht und wir kommen nicht richtig ran an diese (Sache). Was wäre

denn da eigentlich vielleicht wichtig? Vielleicht eine Familienhelferin oder so?“
So etwa stelle ich mir das vor. Das fand ich eine gute Sache.

I : Und die Hinderungsgründe sind die knappe Zeit und die fehlende Vergütung?

LP1: Ja. [15-16]

.....

I : Welche Kooperationen gibt es da?

LP2: Wir haben relativ oft mit dem Jugendamt zu tun, durch die Kinder, oder mit der Psychologischen Beratungsstelle. Oft nehmen wir auch an einem Runden Tisch teil, wenn es um eine Schuleinführung von einem Kind geht, oder so. Wo dann wirklich alle zuständigen Leute, die Frühförderung, das Sozialamt usw. sich treffen und gucken, was für das Kind oder den jeweiligen Patienten das Beste ist.

I : Das ist dann ein großer Aufwand?

LP2: Das dauert meistens eine Stunde, eineinhalb Stunden, die man dann zusätzlich sozusagen macht. (Ohne Anspruch auf Bezahlung) [19-20]

Die interprofessionelle Kooperation beruht den Interviewaussagen zufolge ausschließlich auf der persönlichen Initiative der Beteiligten, findet meist außerhalb der normalen Arbeitszeiten statt und wird nicht bezahlt. Sie ist also nicht strukturell im Gesundheitssystem verankert. Sie ist mithin Ausdruck des Goodwill der Heilmitteltherapeuten, denen vermutlich am Wohl ihrer Patienten gelegen ist. Eine Logotherapeutin fasst es als Antwort auf die Frage: „Wird denn das honoriert?“ mit folgenden Worten zusammen: „Ich glaube, alle Therapeuten sind auch ein Stück weit Idealisten (lacht) und haben alle so ein bisschen ein Helfersyndrom, deshalb guckt man bei solchen Sachen nicht 100% drauf. Ob es honoriert wird.“ (LP2,4).

ZUSAMMENFASSUNG: Es gibt informelle Kooperation persönlich oder per Telefon zwischen HE und Ärzten, die jedoch nicht immer ausreichend ist. Formelle Kooperation dagegen findet nicht oder allenfalls punktuell und nicht dauerhaft statt, obwohl sie von HE nachdrücklich gewünscht wird. Die Kooperation wird behindert durch ungeeigneten Heilmittelrezeptformulare, geringe heilmitteltherapeutische Kenntnisse und hierarchisches Denken der Ärzte, Zeitknappheit und dadurch, dass formelle Kooperation nicht in den täglichen Arbeitsablauf integriert werden kann und nicht honoriert wird.

Dass HE starkes Interesse – auch an formeller – interprofessioneller Kooperation haben und dies nicht nur verbal bekunden, zeigt sich daran, dass sie zu zeitaufwändigen, patientenbezogenen Besprechungen mit anderen Akteuren wie Kindergärten und Einrichtungen der Erziehungshilfe bereit sind, die außerhalb ihrer Arbeitszeiten und ohne Bezahlung stattfinden.

IV. DISKUSSION

IV.1 Diskussion der Methode

Es wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt um die subjektiven Meinungen und Einstellungen der Befragten zu interprofessioneller Kooperation erheben zu können. Die Ergebnisse gelten daher nicht für alle Angehörigen der entsprechenden Berufsgruppen. Dazu hätte eine repräsentative Stichprobe von Befragten erhoben werden müssen, während die Befragten hier durch purposive sampling ermittelt wurden. Qualitative Forschung dient der Generierung von Hypothesen, besonders bei wenig erforschten Sachverhalten.

Die Datenerhebung erfolgte mittels teilstandardisierter, Leitfaden gestützter Interviews. Bei diesem Vorgehen kann durch Nachfragen des Interviewers direkt auf die Äußerungen der Forschungsteilnehmer Bezug genommen und so die Qualität der Antworten verbessert werden. Besonders Alltagstheorien und Handlungsmotive sowie Selbsteinschätzungen der Befragten lassen sich durch die flexible Gesprächsführung besser ermitteln. Der Leitfaden hat die Funktion, dass bei der Befragung kein forschungsrelevantes Thema vergessen wird. Nach dem 13. Interview wurde die Materialerhebung beendet, da keine neuen Gesichtspunkte mehr auftraten.

Die Materialdarstellung ist im Text nicht an den Kategorien, sondern an den Berufsgruppen orientiert, denn um deren konkrete Kooperation geht es und nicht um Kooperation oder eine andere Kategorie allgemein und abstrakt, losgelöst von den Berufsgruppen. Dazu wurden Ankerzitate dem Material entnommen und im Text den entsprechenden Berufsgruppen zugeordnet. Implizit sind diese Zitate daher am Kategoriensystem orientiert.

Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels Qualitativer Inhaltsanalyse. (Gläser/Laudel 2010)

IV.2 Diskussion der Ergebnisse

Die interprofessionelle Kooperation von Ambulanter Pflege mit Ärzten wird in der vorliegenden Studie von ersteren meist positiv dargestellt, wobei eine eklatante Ausnahme (Patient im Wachkoma) geschildert wird. Konflikte können schnell ausgeräumt werden. Sie läuft informell ab. Formelle Kooperation findet nicht statt, wird jedoch auch nicht für erforderlich gehalten. Dieses Ergebnis überrascht, zumal es auch im Widerspruch zur Literatur zu stehen scheint. So schreiben Lützenkirchen: „Die Zusammenarbeit (der Pflege) mit Ärzten lässt aufgrund hierarchischen Denkens immer noch zu wünschen übrig.“

(Lützenkirchen 2005, S. 321) und Behrend et al. mit besonderem Bezug auf die Pflege: „(es) muss daher die Kooperation der verschiedenen Gesundheitsprofessionen verbessert werden“ (in Jacobs et al. 2020, S. 207).

Diese Studien beziehen sich jedoch auf Pflege allgemein. Die Ambulante Pflege wurde nicht gesondert untersucht. Überhaupt gibt es eine Fülle an Studien zur Pflege im stationären Bereich. (Grahmann/Gutwetter 2002; Loos 2006; Schuss/Blank 2018; Grahmann/Gutwetter 2002; Dahlgard 2010; Hibbeler 2011) Dagegen hat die Literatursuche nur wenige Publikationen zur Kooperation der Ambulanten Pflege mit Ärzten ergeben. (Garms-Homolová/ Schaeffer 1998; van den Bussche et al. 2013) Zur Kooperation der Ambulanten Pflege mit Heilmitteltherapeuten fand sich keine Literatur.

Zwei Sachverhalte könnten zur Erklärung unseres auf den ersten Blick überraschenden Ergebnisses gelingender Kooperation beitragen.

Erstens teilen die beiden Berufsgruppen Ambulante Pflege und Ärzte Kooperationserfahrungen lange bevor sie in der ambulanten Versorgung zusammenarbeiten. Bereits während der ersten vier (vorklinischen) Semester ihres Studiums müssen Medizinstudierende laut Ärztlicher Approbationsordnung (ÄApprO 2002, §1) ein dreimonatiges (90 Tage) Pflegepraktikum absolvieren. Das letzte Jahr ihres Studiums findet als Praktisches Jahr (PJ) in einer Klinik statt (ÄApprO 2002, §3; seit dem SS 2006 kann ein Drittel des PJ auch in der Allgemeinmedizin absolviert werden.) und während der nachfolgenden Ausbildung zum Facharzt arbeitet der Arzt für

weitere Jahre in der Klinik. In dieser ganzen Zeit arbeitet er eng mit Krankenschwestern und -pflegern zusammen und kann konkrete Vorstellungen entwickeln und Kenntnisse erwerben von der beruflichen Tätigkeit, dem Berufsfeld der Pflege. Vice versa sind die Mitarbeiter der Pflege von Beginn ihrer Ausbildung an in der Klinik oder im Altenheim in die Kooperation mit Ärzten eingebunden. Auf diesen gemeinsamen Fundus an Kooperationserfahrungen können beide Berufsgruppen zurückgreifen, wenn sie sich in der ambulanten Krankenversorgung treffen.

Zweitens beschränkt sich die Kooperation von Ambulanter Pflege und Ärzten im Wesentlichen auf einen Teilaspekt von Pflege, nämlich auf die Behandlungspflege. In den Bereichen Grundpflege und Hauswirtschaftliche Versorgung arbeiten Pflegende weitgehend unabhängig vom Arzt. Die Behandlungspflege muss vom Arzt mittels des Formulars 12 „Verordnung häuslicher Krankenpflege“ verordnet werden. Diese Verordnung wird im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung von der Krankenkasse kontrolliert. Es gibt jedoch – anders als, wie später dargestellt, bei den Heilmittelrezepten – kein Verordnungsbudget, bei dessen Überschreitung dem Arzt Regressforderungen seitens der Krankenkasse drohen. Das Verhältnis von Arzt und Ambulanter Pflege ist also insofern spannungsfrei, als für den Arzt kein finanzielles Risiko besteht. Zudem erfolgt die Verordnung häuslicher Behandlungspflege sehr spezifiziert. Der Arzt ordnet für den jeweiligen Patienten genau benannte Maßnahmen an, die dann von der Pflege ausgeführt werden: z. B. das Richten oder Verabreichen von Medikamenten, Anlegen von Stützstrümpfen oder Messen von Blutdruck oder Blutzucker. Alle diese Maßnahmen sind sowohl der Pflege als auch dem Arzt aus ihrer beruflichen Ausbildung und Tätigkeit bekannt. Es besteht diesbezüglich höchstens geringer weiterer Klärungsbedarf. Jeder weiß, was zu tun ist und wie es ausgeführt werden muss. Pflegende und Ärzte haben also in der Behandlungspflege den gleichen Kenntnisstand, sie sind auf Augenhöhe. Jeder weiß, um was es geht. (Maßnahmen der Behandlungspflege sind prinzipiell ärztliche Tätigkeiten, die an Pflegekräfte delegiert werden. (Cajetan et al. 2018) Daher ist hierbei der Arzt im Gegensatz zur Grundpflege auf Augenhöhe mit den Pflegekräften. Es ergibt

sich aus der Behandlungspflege also eher selten die Veranlassung für Fragen oder klärende Rücksprachen. Erforderlich ist hauptsächlich die Rückmeldung über Änderungen im Gesundheitszustand des Patienten. Diese lässt sich kurz gestalten, ad hoc, im Rahmen informeller Kooperation. Sie muss zudem i. d. R. kurzfristig erfolgen, damit der Arzt oder Pflegende ggf. reagieren kann und dafür wäre formelle Kooperation, z. B. durch Treffen zu festgelegten Zeiten, eher wenig geeignet.

Die Kooperation der Pflege mit der Heilmitteltherapie wird als gut und ausreichend beschrieben und erfolgt ebenfalls informell/ad hoc. Probleme treten bei der Terminabsprache auf. Auch hier wird die Implementierung formeller Kooperation nicht für erforderlich gehalten. Dabei unterscheiden sich die Gegebenheiten erheblich von denen in der Kooperation mit Ärzten. Ambulante Pflege und Heilmitteltherapie verfügen nicht über einen Fundus gemeinsamer Kooperationserfahrung, den sie schon während ihrer Ausbildung und dann während gemeinsamer Tätigkeit in der Klinik erworben haben. Ihre Arbeit überschneidet sich dort kaum oder jedenfalls viel weniger als die von Pflege und Ärzteschaft. Es gibt auch keine formal organisierte Strukturierung ihrer Kooperation wie sie durch die Verordnung häuslicher Krankenpflege gegeben ist. Warum also gelingt ihre Kooperation im ambulanten Bereich? Die Antwort gibt eine befragte Pflegerin (P1). Auf die Frage: „*Wären gemeinsame Besprechungen mit den Heilmittelberufen sinnvoll?*“ erwidert sie: „*Nein, das sind spezielle Fachgebiete*“. Ambulante Pflege und Heilmitteltherapeuten arbeiten parallel, jeder im Rahmen seiner professionellen Kompetenz unabhängig vom anderen. Ihre Tätigkeiten überschneiden sich wenig. Dadurch ist auch wenig Kooperation erforderlich. Vereinzelt kann sie jedoch durchaus sinnvoll und hilfreich sein. z. B. wenn Logopäde und Pflege besprechen, wie ein Patient mit Schluckstörungen beim Verabreichen der Nahrung am besten gelagert wird und welche Konsistenz seine Nahrung haben sollte. Sie geben sich gegenseitig lediglich „Tipps“. Das kann informell geschehen per Telefon oder ad hoc bei einem zufälligen Treffen in der Häuslichkeit des Patienten. Grundsätzlich müssen die Beteiligten nur vermeiden, dass Heilmitteltherapie und Pflege des Patienten auf den gleichen Zeitpunkt terminiert werden, da sie

unmöglich gleichzeitig durchgeführt werden können. Die dafür erforderlichen Absprachen können kurzfristig und informell geschehen. Formelle Kooperation erscheint dazu nicht erforderlich. So erweist sich aus Sicht der Pflege in der Zusammenarbeit mit HE der parallele Kooperationsmodus als ausreichend.

Gemeinsamer Erfahrungshorizont und Fokussierung auf die sehr spezifizierte und allen Akteuren gut bekannte Behandlungspflege sind günstige Voraussetzungen für gelingende Kooperation. Sie sind jedoch nicht die einzigen Einflussfaktoren. Günstig für das Gelingen der Kooperation im vorliegenden Fall dürften auch lokale Gegebenheiten sein. Die Untersuchung fand in einer ländlichen Region statt, wo die Anzahl der Akteure (ambulante Pflegekräfte, Heilmitteltherapeuten und Ärzte) klein ist und deren Fluktuation eher gering sein dürfte, jedenfalls im Vergleich zur Stadt. Damit lernen sich die Akteure mit der Zeit kennen. Jeder weiß nach und nach, mit wem er es beim anderen zu tun hat. Das kann den Umgang miteinander, den Modus Vivendi erleichtern. Gleichzeitig wird dadurch die Kooperation der Akteure auf Dauer gestellt. Beruflich interagiert wird immer wieder mit denselben Personen und nicht mit ständig wechselnden. So ist man auch dauerhaft beruflich aufeinander angewiesen. Das fördert die Entwicklung von Mechanismen der Konfliktlösung. Jeder muss Interesse an guter Kooperation haben, um sich die Arbeit nicht dauerhaft zu erschweren. Es gibt jedoch auch Akteure, die nicht kooperationswillig oder -fähig sind. Die Pflege kommt im Allgemeinen, d. h. eben nicht immer gut mit den Ärzten aus: „Es gibt natürlich zwei, drei Ärzte, wo man immer ein bisschen gegen die Wand läuft.“ (P1) Und in geradezu eklatanter Weise zeigt das Beispiel mit dem Wachkomapatienten (P1), dessen Hausärztin die Arbeit der Ambulanten Pflege geradezu zu sabotieren sucht, wie Kooperation misslingen kann. Grosso modo sind Menschen jedoch auf Vergesellschaftung angelegt und damit auf gelingende Kooperation. (Vgl. Krotz 2019, S.95)

Insgesamt zeigt die Studie, dass sich innerhalb der strukturellen Gegebenheiten des deutschen Gesundheitswesens die Ambulante Pflege mit Ärzten und HE ad hoc, d. h. ohne spezielle organisatorische Vorgaben, so gut vernetzen kann,

dass eine zufriedenstellend interprofessionelle Kooperation möglich ist. Der allfällige Hinweis auf Kooperationsmängel greift zu kurz und lässt häufig außer Acht, dass sehr vieles in der Kooperation tatsächlich funktioniert, obwohl sie formal nicht strukturiert ist durch Konferenzen, round-tables oder organisierte Treffen irgendwelcher Art. In der Literatur wird die Bedeutung der informellen Kooperation in der Regel vollkommen ignoriert. Die Schilderungen legen zudem nahe, dass der in der Patientenversorgung weit verbreitete Modus der Parallelarbeit (Reeves et al. 2010 sprechen von Collaboration oder Coordination im Gegensatz zum Teamwork) häufig ausreichend zu sein scheint. Dabei konzentriert sich jede Berufsgruppe auf ihren eigenen Arbeitsbereich und interagiert nur sporadisch mit den anderen. Dass intensivere Kooperation, etwa durch organisierte Besprechungen usw., die Versorgung der Patienten verbessert, ist bislang nicht ausreichend belegt. (Paradis 2019) Zudem fragt sich, wie eine solche Intensivierung der Kooperation unter den gegebenen personellen und finanziellen Bedingungen überhaupt verwirklicht werden könnte.

Die Kooperation von Heilmittelerbringern mit Ärzten läuft ausschließlich informell ab und ist mitunter erschwert, weil der Arzt schlecht erreichbar ist und wegen Zeitmangel. Die Gestaltung der Kommunikation wird z. T. kritisch gesehen, da es Ärzte gibt, die „von oben herab“ (ET4) reden: „Also Augenhöhe ist es noch nicht“ (ET4) und bei denen der Heilmittelerbringer wenig zu sagen habe. „Ich habe oft das Gefühl, man wird in der Kette weit unten gesehen...und dann habe ich ja eh nichts zu sagen.“ (PT3) Formelle Kooperation findet nicht statt. Die Heilmittelerbringer äußern den Wunsch die informelle Kooperation zu verbessern und formelle Formen der Kooperation zu implementieren. Dies stimmt überein mit den Ergebnissen einer internetbasierten, bundesweiten Befragung von 714 Physiotherapeuten, von denen 87,7% in einer Physiotherapiepraxis in der ambulanten Versorgung tätig waren, der zufolge 98% der Befragten einen besseren Informationsaustausch mit Ärzten wünschen (Heyer 2016). Winkler (2015, S.113) zitiert eine Studie von Barzel et al., bei der

bundesweit 2233 Physiotherapeuten befragt wurden, von denen nur knapp die Hälfte (49,3%) mit der Kooperation zufrieden waren obwohl 78,4% Ärzte als wichtigste Kooperationspartner betrachteten.

Die Gründe für den höheren Kooperationsbedarf sind komplex. Zunächst haben Ärzte und Heilmittelerbringer meist eine geringe gemeinsame berufliche Sozialisation. Im Medizinstudium treffen sie frühestens nach dem 10. Semester, im Praktischen Jahr (PJ) zusammen. Etwas dem Pflegepraktikum Vergleichbares gibt es nicht. Aber auch in der Klinik, sei es im PJ oder der anschließenden Weiterbildung zum Facharzt ist die Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und Arzt grosso modo wenig intensiv. Ersterer arbeitet in Therapieräumen außerhalb der Station oder selbsttätig, d. h. ohne Beisein eines Arztes im Krankenzimmer des behandelten Patienten, falls dieser nicht mobil genug ist um die Therapieräume aufzusuchen. Auch wenn es Fachabteilungen gibt in denen Heilmittelerbringer an Visiten oder an gemeinsamen Besprechungen teilnehmen, kommt es immer nur zu punktuellen Kooperationen mit den Ärzten. Die Kontakte sind jedenfalls wesentlich seltener, als die zwischen Ärzten und Pflege, da diese beiden Professionen ständig in die Behandlung der Patienten involviert sind und zusammenarbeiten.

Damit korrespondieren die Vorgaben der Ärztlichen Weiterbildungsordnung (WBO). In der WBO der Landesärztekammer von Baden-Württemberg vom 18. Mai 2020 wird unter "Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B", die für alle Facharztweiterbildungen gelten, auf Heilmittel mit folgendem Wortlaut Bezug genommen: (Der Arzt soll Handlungskompetenz, d. h. Erfahrungen und Fertigkeiten erwerben zur) „Beratung über präventive und rehabilitative Maßnahmen einschließlich der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Indikationsstellung und Überwachung physikalischer Therapiemaßnahmen.“ Diese allgemein gehaltenen Vorgaben werden im Weiteren dann für jedes Fachgebiet spezifiziert. D. h. jeder Arzt soll laut WBO die Heilmittel nur kennen insofern sie bei Krankheiten seines Fachgebietes zur Anwendung kommen. Es wird also nicht erwartet, dass der Internist die orthopädische Heilmitteltherapie

kennt oder der Chirurg die Logopädie. In jedem Fall also kennt ein Facharzt bestenfalls die Heilmittel, die in seinem Fachgebiet zur Anwendung kommen.

Die Konsequenzen sollen hier am Beispiel des hausärztlichen Internisten diskutiert werden. Hausärzte zählen bundesweit zu den häufigsten Verordnern von Physiotherapie (Heyer 2016; Korzilius 2017) und in den vorliegenden Interviews äußern die HE am häufigsten mit Hausärzten zu tun zu haben. Dies ergibt sich auch daraus, dass ländliche Regionen, wie die, in der die vorliegende Studie durchgeführt wurde, hauptsächlich von Hausärzten medizinisch versorgt werden während Facharztpraxen in den Städten konzentriert sind. Der hausärztliche Internist muss daher in seiner täglichen Praxis das gesamte Spektrum der Heilmitteltherapie verordnen, hat aber entsprechend der WBO nur deren Anwendung bei internistischen Erkrankungen gelernt. Er kennt nicht deren Indikationen bei z. B. chirurgisch/orthopädischen oder neurologischen Erkrankungen, noch gar die unterschiedlichen Heilmaßnahmen, die zur Anwendung kommen. Mit der Logopädie hatte er während seiner Ausbildung überhaupt keine Berührung. Bezüglich der Heilmitteltherapie insgesamt hat er daher ein erhebliches Wissensdefizit. Für ihn gilt: Physiotherapie „ist für den Hausarzt keine einfache Pflichtübung, sondern oftmals eine besondere Herausforderung.“ (Wildmoser 2015) Er muss therapeutische Maßnahmen verordnen, deren Indikation und Anwendung er nicht gelernt hat. Wenn daher HE den Eindruck äußern Ärzte seien bezüglich der Heilmitteltherapie nicht ausreichend informiert, so ist dieser Eindruck insofern begründet. Die Heilmittelverordnung (HV) des Arztes wird daher immer wieder von den fachlich begründeten Therapievorstellungen des HE abweichen und diese Diskrepanz führt für den HE zu Klärungs- und damit zu Kommunikationsbedarf. Kuss/Becker (2017) fassen die Situation in einem Satz zusammen: dass *„der Hausarzt nicht genau weiß, was der Physiotherapeut eigentlich genau macht, und die Physiotherapeuten nicht wissen, wie der Hausarzt ´tickt´.“* Dieses Problem wird seit Jahrzehnten thematisiert. So schreibt Jochheim 1980: *„Eine Anfrage bei verantwortlichen Spitzenkräften der Krankengymnastik und Beschäftigungstherapeuten hat folgenden Mängelkatalog ergeben: Beide Berufsgruppen beklagen das Fehlen*

ausreichender Information über das Berufsbild, seine Möglichkeiten und Grenzen im Rahmen der ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung. Diese Kenntnismängel führen dazu, daß Krankengymnasten und Beschäftigungstherapeuten sich in dieser Hinsicht weitgehend auf sich selbst gestellt fühlen und für ihre Fragestellungen kaum kompetente ärztliche Gesprächspartner finden.“ Hausarzt und HE sind also nicht auf Augenhöhe, im Gegensatz zur Verordnung von Behandlungspflege wo Pflegekraft und Hausarzt dieselbe fachliche Kompetenz haben.

Die Problematik, die aus dem unterschiedlichen Kenntnisstand von Arzt und HE resultiert, kulminiert in der HV (ehemals Formulare 13, 14 und 18; seit 01. 10. 2020 neu gestaltetes Formular 13). Durch die HV wird die Kooperation zwischen Arzt und HE strukturiert. Auf der HV teilt der Arzt dem HE u. a. die Diagnose mit Leitsymptomatik sowie ggf. wesentliche Befunde mit sowie die spezifischen Heilmittel, die zur Anwendung kommen sollen, einschließlich Anzahl und Frequenz der Behandlungen. Zusätzlich müssen die Heilmittel noch über einen Indikationsschlüssel codiert werden. Nur auf Grundlage der HV kann der HE seine erbrachten Leistungen gegenüber der Krankenkasse geltend machen. Zudem muss sie bis ins Detail korrekt ausgefüllt sein, andernfalls kann der HE sie nicht geltend machen. D. h. seine Therapieleistungen werden nicht vergütet. Dabei obliegt dem HE! – nicht dem die HV ausstellenden Arzt - die Pflicht zu prüfen, ob die HV tatsächlich vom Arzt korrekt ausgefüllt wurde. Eventuelle Korrekturen muss er dann dem Arzt mitteilen und von diesem mit Unterschrift bestätigen lassen. Reicht er eine fehlerhaft ausgestellte HV bei der Gesetzlichen Krankenkasse ein wird der HE für seine bereits erbrachte Leistung eventuell nicht bezahlt.

Der Arzt muss also bei – wie dargestellt – ausbildungsbedingt eventuell unzureichender Sachkenntnis aus einem komplexen und umfangreichen Heilmittelkatalog entsprechend den Heilmittelrichtlinien sehr spezifiziert Heilmittel auswählen und diese anhand vorgegebener Codes korrekt codieren. Dabei, so berichten HE, treten häufig Fehler auf. (Bauer 2011) Die dadurch erforderlich werdenden Korrekturen empfinden HE als Schikane und Ärzte

fühlen sich gestört und belästigt, weil sie diese Korrekturen bestätigen müssen. Die HV in ihrer jetzigen Form induziert, erzwingt damit geradezu eine lästige Kommunikation zwischen HE und Arzt über Formalitäten beim Ausfüllen der HV, die fachlich inhaltlich ganz unproduktiv ist. Wie aversiv die Probleme bei der HV erlebt werden, kommt z. B. im Interview mit LP1 zum Ausdruck. Auf die Frage, ob die HV verändert i. S. von verbessert werden sollte, antwortet sie: „**Unbedingt!** Wenn **da** irgendwo eine Chance besteht. Ich weiß nicht, ob da irgendwo Land in Sicht ist, das wieder zu vereinfachen.“ Es erscheint daher sinnvoll die HV zu vereinfachen durch Schaffung eines Blankorezeptes, auf dem der Arzt nur Diagnose, wesentliche klinische Befunde und Art der Heilmaßnahme, also z. B. Logopädie nennt. Die weitere Spezifizierung der Heilmittel sowie Dauer und Frequenz der Behandlung sowie Kodierung sollten dann dem HE überlassen werden.

Schließlich hat der Arzt durch Ankreuzen eines entsprechenden Feldes auf der HV noch die Möglichkeit einen physiotherapeutischen Therapiebericht (pTB) anzufordern, der in freier Form erstellt werden kann. Er soll relevante Informationen über den Verlauf der Therapie mitteilen und ist als Kommunikationskanal gedacht zwischen HE und Arzt. Diese Funktion scheint er nicht zu erfüllen. Winkler (2015) befragte in einer Studie 234 Physiotherapeuten von denen 89,3% in einer Praxis tätig waren. 89% der Befragten gaben an, regelmäßig keine Rückmeldung des Arztes auf ihre Berichte zu bekommen und 58,9% äußerten die Vermutung, dass ihre Berichte im Allgemeinen nicht vom Arzt gelesen werden, 25,7% waren unsicher und nur 15,4% waren der Meinung ihre Berichte würden regelmäßig gelesen. Dies kann als Indiz gelten für unzureichende interprofessionelle Kooperation und dürfte für die Physiotherapeuten mit dem Gefühl der Enttäuschung verbunden sein. Vergütet wird dieser Bericht mit 0,62€ von den Ersatzkassen und von den RVO-Kassen überhaupt nicht. (Kuss/Becker 2017)) Entsprechend scheint die Berichtspflicht in der Praxis unterlaufen zu werden. In einer Studie von Goebel/Schultz (2011) enthielten von 33 Therapieberichte nur neun Informationen, die für den Arzt hilfreiche waren. Der pTB in seiner jetzigen Form scheint daher seine Funktion als Kommunikationsmedium zwischen Arzt und

HE nicht zu erfüllen sondern eher eine unbezahlte enttäuschende Belastung darzustellen, die der Kooperation nicht förderlich sein dürfte.

Eine weitere Belastung für die Kooperation stellt die Budgetierung der HV dar. Einerseits muss der Arzt bei Verordnung stets sein individuelles Praxisbudget im Blick haben, für den HE andererseits ist die HV die finanzielle Basis seiner Praxis. Wenn nun der HE für einen Patienten die Fortsetzung der Therapie empfiehlt, mag sich der Arzt fragen, ob dies medizinisch begründet ist oder aus finanziellem Interesse geschieht. Lehnt der Arzt die Fortsetzung einer Therapie ab und stellt keine neue HV aus, so mag sich der HE andererseits ebenfalls fragen, ob dies aus medizinischen Gründen oder im Hinblick auf das Heilmittelbudget erfolgt.

Sowohl Pflegekräfte als auch HE äußern in den Interviews, dass Zeitmangel die Kooperation behindert. Aus den Interviews mit den HE geht zudem hervor, dass die fehlende Honorierung von Kooperation ebenfalls als Hindernis für Kooperation gesehen wird.

Schlussfolgerungen

Für die Ambulante Pflege zeigt sich, dass sich eine häufig als (gut) funktionierend berichtete interprofessionelle Kooperation mit Ärzten und HE entwickelt hat, ohne organisatorische Vorgaben oder Interventionen von außen. Kooperation kann sich also prinzipiell bottom-up und muss sich nicht top-down entwickeln. Da die Studie auf Feststellung des Status quo der Kooperation hin angelegt und nicht darauf, wie Kooperation entstehen kann, besteht hier Bedarf für weitere Forschung um zu eruieren, wie gute Kooperation bottom-up geschaffen wird. Grundsätzlich sollten top-down Interventionen von außen, die das Ziel haben die Kooperation zu verbessern, zurückhaltend und in intensiver Absprache mit den betroffenen Akteuren erfolgen um ihre Akzeptanz zu klären und zu sehen, ob sie konkret vor Ort realisierbar sind. Sie könnten sich ansonsten als nicht zielführend erweisen. Berücksichtigt werden sollte dabei unbedingt, dass die zeitlichen Ressourcen der Akteure begrenzt sind. Die Organisation etwa von gemeinsamen Besprechungen oder round-tables u. Ä. m. kann leicht als zusätzliche Belastung und wenig hilfreich erlebt werden, wenn sie außerhalb der Arbeitszeit und dazu noch unbezahlt stattfinden sollen. Sie dürften dann der Kooperation kaum förderlich sein und eher als zusätzliche Belastung erlebt werden. Ein Intervention Review der Cochrane Collaboration (Reeves et al. 2018a) kommt zudem zu dem Ergebnis, dass es keine klare Evidenz (clear evidence) dafür gibt, dass externe Interventionen wie z. B. die Etablierung interprofessioneller Treffen, Teamsitzungen oder interprofessionelle Checklisten die interprofessionelle Kooperation oder Behandlung der Patienten verbessert. Dass eine Intensivierung der Kooperation in jedem Fall gut sei und zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führe, bezeichnen Paradis/Whitehead (2019) als ein nur schwach empirisch gesichertes Vorurteil. Paradis (2019) spricht in diesem Zusammenhang von einer „Kooperationsideologie“.

In der interprofessionellen Kooperation zwischen HE und Arzt lassen sich Störfaktoren identifizieren, die strukturell im Gesundheitssystem verankert sind

und deren Beseitigung zu einer Verbesserung führen sollte. Zunächst verursacht der unzureichende heilmitteltherapeutische Kenntnisstand eines Teils der Ärzteschaft, der aus ihrer Ausbildung resultiert, bei den HE Kommunikationsbedarf, der jedoch eher zu Kontroversen als zu erwünschter Kooperation führt, da es sich bei den daraus ergebenden Gesprächen im Prinzip um kritische Fragen des HE die ärztliche HV betreffend handelt. Die Verbesserung ärztlicher Kompetenz, speziell im hausärztlichen Bereich, in Sachen Heilmitteltherapie durch entsprechend Änderung des Stoffumfanges in der WBO dürfte schwerlich umsetzbar sein. Sie erscheint auch nicht unbedingt erforderlich angesichts spezieller Heilberufe mit guter eigener Ausbildung.

Stattdessen bietet sich an, den HE aktiver in die Gestaltung der Therapie einzubeziehen. Dazu könnte die HV so geändert werden, dass der Arzt nicht mehr wie bisher detailliert bestimmen **muss**, welche spezifischen Heilmittel angewendet werden sollen. Stattdessen soll es ihm ermöglicht werden von Fall zu Fall die Auswahl der konkreten Heilmittel und die Therapieplanung dem HE überlassen zu können, der damit auch deren Codierung auf der HV übernimmt, so dass gleichzeitig auch diese als Störfaktor der Kooperation eliminiert wäre. Dieses Vorgehen durch Verwendung sogenannter Blankorezepten wird bereits seit Jahren gesundheitspolitisch diskutiert und von HE gewünscht. (Korzilius 2017) Ein entsprechender Modellversuch ist mittlerweile mit positivem Ergebnis abgeschlossen worden. (Räbiger, 2018) Bei der Verordnung von Heilmitteln für privatversicherte Patienten ist es zudem die gängige Praxis. Auf einem Privatrezept wird nur ganz allgemein z. B. Krankengymnastik oder Logopädie verordnet und die Anzahl der entsprechenden Behandlungen. Die zur Anwendung kommenden Heilmittel sowie die Behandlungsfrequenz müssen nicht spezifiziert aufgeführt werden. Und es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass Privatpatienten schlechter heilmitteltherapeutisch behandelt werden als gesetzlich Versicherte.

Der freie Zugang des Patienten zu HE ohne Rezept und ohne Einbeziehung des Arztes dagegen ist kritisch zu sehen. Damit ginge dem Patienten die medizinische Kompetenz des Arztes verloren, was mit Behandlungsrisiken

verbunden ist, die der HE nicht überblicken kann. (Beyerlein 2010) Lumbale Schmerzen können Folge einer muskulären Verspannung, eines Bandscheibenvorfalles, einer Wirbelkörpermetastase oder eines Aortenaneurysmas sein. Die differentialdiagnostische Abklärung solcher Erkrankungen wird in der der heilmitteltherapeutischen Ausbildung kaum vermittelt. Die Ausbildungsordnung für Physiotherapeuten z. B. sieht 360 Stunden für „Spezielle Krankheitslehre“ vor. Das medizinisch fachliche Niveau eines Facharztes kann in diesem Zeitraum nicht erreicht werden und auch nicht das Ziel einer Ausbildung zum HE sein.

Diskutiert werden sollte dagegen ein begrenzter freier Zugang des Patienten zum HE aus diagnostischen Gründen für wenige Sitzungen. So könnte die Mutter, die sich Gedanken macht über die Sprachentwicklung ihres Kindes oder bereits von der Erzieherin im Kindergarten darauf angesprochen wurde direkt den Logopäden aufsuchen. Dieser beurteilt dann, ob ein behandlungsbedürftiger Befund vorliegt und schickt ggf. die Mutter mit einer Behandlungsempfehlung zum Arzt, der dann eine HV ausstellen kann.

Diskutiert werden sollte auch der Therapiebericht, der seine Funktion als Kommunikationskanal für Arzt und HE nicht zu erfüllen scheint, insbesondere auch dessen Honorierung.

Für organisierte Formen der Kooperation gilt es wie im Falle der Ambulanten Pflege die knappen Zeitressourcen der Akteure zu berücksichtigen. Da HE großes Interesse an patientenbezogenen gemeinsamen Veranstaltungen bekunden, könnte man diese fördern ohne sie generell vorzuschreiben, da wo sie von den Akteuren fakultativ vor Ort etabliert werden, indem man sie als therapiebezogene Tätigkeiten entsprechend finanziell honoriert.

V. ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Studie möchte einen Einblick geben in die Kooperation im ambulanten Versorgungsbereich des deutschen Gesundheitswesens. Dazu wurden 13 Interviews durchgeführt: drei mit Mitarbeiterinnen ambulanter Pflegeeinrichtungen, drei mit Physio- sowie mit Ergotherapeuten und vier mit Logopädinnen. Die Interviews wurden dann mittels Qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Für die ambulante Pflege zeigte sich, dass ihre Mitarbeiterinnen die Zusammenarbeit sowohl mit niedergelassenen Ärzten als auch mit HE häufig als zufriedenstellend bis sehr gut beurteilten. Die Zusammenarbeit erfolgte ausschließlich ad hoc/spontan, ohne organisatorischen Rahmen, durch spontane Vernetzung der beteiligten Akteure. Eine Intensivierung der Kooperation durch organisierte formelle Maßnahmen wie gemeinsame geplante Besprechungen wird nicht für erforderlich gehalten. Geeignet scheint die Stärkung der bestehenden Kooperationsweise durch finanzielle Honorierung derselben.

Die Kooperation von HE mit niedergelassenen Ärzten erfolgte ebenfalls ad hoc/spontan durch spontane Vernetzung der Akteure, wird aber nur teilweise als zufriedenstellend beurteilt. Im Gegensatz zur ambulanten Pflege äußern manche HE auch Bedarf für intensivere, auch organisierte Kooperation im Sinne von geplanten Zusammenkünften wie z. B. Qualitätszirkeln oder Runden Tischen. Beklagt werden zudem unzureichende heilmitteltherapeutische Kenntnisse der Ärzte.

Als Störfaktor für die Zusammenarbeit wird die gegenwärtigen HV genannt. Die komplexen Verordnungsvorschriften mit Kodierung der Heilmittel zwingen die HE immer wieder zu Korrekturen der ärztlichen HV, die dann zu Rückfragen bei den Ärzten führen. Dies bedeutet für beide Berufsgruppen einen als unnötig und ärgerlich erlebten Arbeitsaufwand, der zu Spannungen bei der

Zusammenarbeit führt.

Negativ gesehen werden auch die Heilmittelbudgets der Ärzte, durch die von den HE als notwendig erachtete Therapien blockiert werden können.

Insbesondere die gewünschte organisierte Kooperation ist erschwert, da sie aus Zeitmangel nicht in die tägliche Arbeitsroutine integrierbar und nur mit Überstunden zu realisieren wäre. Zudem wird sie nicht honoriert.

Es gibt insgesamt viel gelungene Kooperation durch spontane Vernetzung der Akteure, auf der in der Weiterentwicklung der Zusammenarbeit aufgebaut werden kann und sollte.

Als Intervention zu einer solchen Weiterentwicklung sollte die HV so geändert werden, dass der Arzt die Auswahl und Kodierung der Heilmittel primär dem HE überlassen kann. Diese Maßnahme wäre ohne Mehrkosten unmittelbar umsetzbar. Kritisch zu sehen allerdings ist der seitens der HE vorgebrachte Vorschlag, den Arzt vollständig aus der Verordnung von Heilmitteln auszuschließen, wie dies in einigen Ländern wie z. B. Großbritannien der Fall ist. Dadurch ginge dem Patienten der ärztliche Sachverstand diesbezüglich verloren, was besonders im Hinblick auf medizinische Kontraindikationen für Heilmitteltherapien negative Folgen haben könnte.

Als weitere Intervention sollte interprofessionelle Kooperation finanziell honoriert werden durch Einführung entsprechender Abrechnungsziffern in die Gebührenordnungen der beteiligten Professionen.

VI. LITERATURLISTE

ÄApprO 1970: Bundesgesetzblatt 1970, Nr. 98 vom 03.11.1970

ÄApprO 2002: https://www.gesetze-im-internet.de/appro_2002/BJNR240500002.html (Zugriff 06.08.2020)

Abholz, Heinz-Harald et al. (1982): Pflege und Medizin im Streit; Argument-Sonderband AS 86, Argument Verlag, Berlin

Amelung, Volker; Sydow, Jörg; Windeler, Arnold (2009): Vernetzung im Gesundheitswesen; W. Kohlhammer Stuttgart

Amelung, Volker; Eble, S.; Sjuts, R. et al. (Hrsg.) (2020): Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen; Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin

Anderson, Elisabeth (2019): Interprofessionelles Lernen und Lehren unter realen Praxisbedingungen; In: Ewers et al. Hrsg., 2019, S. 154-169

Antoni, Conny (2003): Aufbau und Entwicklung selbstregulierender Arbeitsgruppen; in: Stumpf/Thomas 2003

AOK (2018): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg (https://aok-bw-presse.de/fileadmin//dokumente/hzv-evaluation_2018.pdf) (Zugriff 22.10.2020)

Argyle, Michael (1979): Körpersprache und Kommunikation; Junfermann-Verlag, Paderborn

Arnold, M.; Lauterbach K. W.; Preuß, K.-J. (1997): Managed Care; Schattauer, Stuttgart New York

Atzeni, Gina; Schmitz, Christof; Berchtold, Peter (2017): Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit; Swiss Academies Reports, Vol. 12, Nr. 2

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (Stand 15.08.2019); <https://www.gesetze-im-internet.de/physth-aprv/BJNR378600994.html> (Zugriff 13.08.2020)

Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter (1994): Systemgestaltung im Gesundheitswesen; Juventa Verlag, Weinheim und München

Barzel, A.; Ketels, G.; Schön, G. et al. (2011): Erste deutschlandweite Befragung von Physio- und Ergotherapeuten zur Berufssituation. Teil 3: Physio- und Ergo-therapeuten zwischen Kooperation und Konkurrenz; physioscience 7. S.91-98 (zitiert nach Winkler)

Bauer, Kathrin (2011): Für die Fehler anderer büßen; physiopraxis 2011, Heft 2, S. 10-12; sowie Heft 4, S. 6+8

- Behrend, Ronja et al. (2020): Interprofessionelle Teams in der Versorgung; in Jacobs et al. (S. 207)
- Berwick, D. M. (2008): The science of improvement; Journal of the American Medical Association, 299 (10), S. 1182-1184
- Beyerlein, Claus (2010): Direktzugang in der Physiotherapie – Wie entscheiden sich Physiotherapeuten im Management ihrer Patienten?; Dissertation im Fachbereich Medizin an der Universität München (unveröffentlicht)
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.) (2009): Experteninterviews; VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Bohnsack, R.; Marotzki, W.; Meuser, M. (Hrsg.)(2011): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung; Verlag Barbara Budrich, Opladen und Farmington Hills
- Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation; Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Brandlmeier, Paul (Hrsg.) (1974a): Die Allgemeinpraxis; Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York
- Brandlmeier, Paul (1974b): Die Rolle der Allgemeinmedizin bei der Versorgung der Bevölkerung mit ärztlichen Diensten; in ders. Hrsg. S. 4-10
- Broschinsky-Schwabe (2011): Interkulturelle Kommunikation; VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien, Wiesbaden
- Bührig, Kristin; Sager, Sven (Hrsg.) (2005): Nonverbale Kommunikation im Gespräch; Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie, Band 70
- Bundeszentrale für politische Bildung: (Zugriff 21.10.2020)
<file:///C:/Users/Konrad/AppData/Local/Temp/O4NQPA.pdf>
- Bussche van den, Hendrik (2019): Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen; Bundesgesundheitsblatt 2019, Jahrgang 62, S. 1129-1137
- Bussche van den, Hendrik; Jahncke-Latteck, Ä.; Ernst, A. et al. (2013): Zufriedene Hausärzte und kritische Pflege; Das Gesundheitswesen (75), 328-333
- Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas (2010): Management im Gesundheitswesen- eine Einführung in Gebiet und Buch. In: Busse; Schreyögg; Tiemann (2010)
- Busse, Reinhard; Schreyögg, Jonas; Tiemann, Oliver (2010): Management im Gesundheitswesen; Springer Verlag, Berlin Heidelberg
- Cajetan, M.; Danz-Volmer, J.; Steffens, S. M. (2019): Lehrbuch Behandlungspflege für Pflegehelfer; Elsevier, München

Carnap, Rudolf (1986): Einführung in die Philosophie der Naturwissenschaft; Ullstein Verlag, Ffm. und Berlin

Carnap, Rudolf (1998): Der logische Aufbau der Welt; Felix Meiner- Verlag, Hamburg

Clade, Harald (1997): Sympathien für das Primärarztsystem; Deutsches Ärzteblatt, Heft 42, S. A2611 f.

Dahlgaard, Knut (2010): Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden – Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegende; ZEFQ 104 (2010) S. 32-38
doi:10.1016/j.zefq.2009.12.004

Dick, Rolf van; West, Michael (2005): Teamwork, Teamdiagnose, Teamentwicklung; Hogrefe, Göttingen

Dieffenbach, Susanne; Landenberger, Margarete; Weiden, Guido von der (Hrsg.) 2002: Kooperation im Gesundheitswesen. Das Projekt VerKet

Dilthey, Wilhelm (2017/1910): Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften; Holzinger, Berlin (S. 5-14)

DocCheck Flexikon:

<https://flexikon.doccheck.com//de/Computertomografie> (Zugriff 20.10.2020)

DocCheck Flexikon II

<https://flexikon.doccheck.com/de/Primärversorgung> (Zugriff 10.02.2023)

Ewers, Michael; Paradis, Elise; Herinek, Doreen (Hrsg.) (2019): Interprofessionelles Lehren, Lernen und Arbeiten; Beltz-Verlag, Weinheim Basel

Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (2019): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten auf holprigen Wegen; in: Ewers et al. Hrsg. 2019, S. 55-69

Ewers, Michael; Walkenhorst, Ursula (2019): Interprofessionalität in den DACH-Ländern – eine Momentaufnahme; in: Ewers et al. Hrsg. 2019, S. 20-33

Flick, Uwe (2019) Qualitative Sozialforschung; Rowolth Verlag, Reinbek bei Hamburg

Galert, Josef (2016): Gesundheits- und Berufspolitik für Physiotherapeuten und weitere Gesundheitsberufe; Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

Garms-Homolová, Vjenka; Schaeffer, Doris (Hrsg.) (1998): Medizin und Pflege; Ullstein Medical Verlagsgesellschaft, Wiesbaden

Geiger, Fritz (1974): Die Hauspflege des chronisch Kranken; in: Brandlmeier 1974a, S. 79 ff.

Gilles, Ingrid et al. (2020): Financial Barriers Decrease Benefits of Interprofessional Collaboration within Integrated Care Programs: Results of a

- Nationwide Survey; International Journal of Integrated Care, 20(1)
DOI:<https://doi.org/10.5334/ijic.4649> (Zugriff 08.03.2021)
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse; VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien, Wiesbaden
- Goebel, Dietmar; Schultz, W. (2011): Ambulante Physiotherapie in Orthopädie und Unfallchirurgie: Kann der Erfolg überhaupt beurteilt werden? Z OrthopUnfall (149), S. 17-21
- Grahmann, Reinhard; Gutwetter, Alfred (2002): Konflikte im Krankenhaus; Verlag Hans Huber, Bern Göttingen
- Grossmann, Ralph; Scala, Klaus (2006): Gesundheit durch Projekte fördern; Juventa Verlag, Weinheim und München
- Grundmann, Thomas (Hrsg.)(2001): Erkenntnistheorie; mentis Verlag, Paderborn
- Grundmann, Thomas (2008): Analytische Einführung in die Erkenntnistheorie; Walter de Gruyter, Berlin und New York
- Hargie, Owen (2013) Die Kunst der Kommunikation; Verlag Hans Huber
- Haring, Robin (Hrsg.) (2019): Gesundheitswissenschaften; Springer-Verlag, Deutschland
- Hayek, F. A. (1942): Die „Tatsachen“ der Sozialwissenschaften; in: Hayek 1952, S. 78-102
- Hayek, F. A. (1952): INDIVIDUALISMUS UND WIRTSCHAFTLICHE ORDNUNG; Eugen Rentsch Verlag, Erlenbach-Zürich
- Heinrich Böll Stiftung (2013): „Wie geht es uns morgen?“; Band 11 der Reihe „Wirtschaft und Soziales“
- Helfferich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten; VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden
- Herinek, Doreen (2019): Projekt- und Vernetzungsaktivitäten in den DACH-Ländern; In: Ewers et al. Hrsg., 2019, S. 304-309
- Heyer, Maik (2016): Analyse der Kommunikationsstruktur zwischen Ärzten und Physiotherapeuten; Bachelorarbeit im Bereich Gesundheit und Pflege der Katholischen Hochschule Mainz, unveröffentlicht.
- Hibbeler, Birgit (2011): Ärzte Und Pflegekräfte. Ein chronischer Konflikt; Deutsches Ärzteblatt Heft 41, S. A2138-44
- Hitzler, Ronald; Honer, Anne (Hrsg.) (1997): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik; Leske+Budrich, Opladen

Höppner, Heidi; Zoege, Monika (2019): Entwicklung der Gesundheitsfachberufe in Deutschland und ihr Beitrag zu einer bedarfsorientierten Gestaltung des Gesundheitssystems; in: Haring 2019, S: 791 ff.

Hoffmann, U.; Schubert, I.; Tatschmurat, C.; Zettel, O. (1982): Gruppenpraxis und Gesundheitszentrum; Campus Verlag, Frankfurt New York

Holzner, Andreas (1999): Managed Care und Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitswesen; FGM-Verlag, München

Hoppe, Birgit (1998): Qualifizierung der Pflegeberufe zur Kooperation?; In: Garms-Homolová; Schäffer (1998), S. 77 – 85

in der Schmitt, Jürgen; Helmich, Peter (2000): Weiterbildung Allgemeinmedizin; Schattauer Verlag, Stuttgart

Jacobs, Klaus et al. (2020): Pflege-Report 2019;
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9> (Zugriff 08.08.2020)

Jahrbuch für Kritische Medizin, Argument Sonderband AS 86 (1982): PFLEGE UND MEDIZIN IM STREIT; Argument Verlag, Berlin

Jahrbuch für Kritische Medizin Band 27 (1997): Gesundheit Bürokratie Managed - Care; Argument-Verlag, Hamburg

Jochheim, Kurt-Alphons (1980): Welche Forderungen an die ärztliche Ausbildung sind aus Sicht der Krankengymnastik und Beschäftigungstherapie offen geblieben? In Kahlke et al., S. 92

Kaba-Schönstein, Lotte; Kälble, Karl (Hrsg.)(2004): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen; Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main

Kahlke, Winfried; Sturm, Eckart, Schütze, Hans-Georg (1980): Neue Wege der Ausbildung für ein Gesundheitswesen im Wandel; Urban&Schwarzenberg, München

Kayser, Robert (2014): Qualitative Experteninterviews; Springer Fachmedien, Wiesbaden

KBV (2020): <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php>
(Zugriff 21.10.2020)

Kellner, Wolfgang (1961): Der moderne soziale Konflikt; Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

Klapper, Bernadette (2017): Zusammenarbeit für den Patienten – noch keine Selbstverständlichkeit; GGW (17), Heft 3, S. 16-22
<https://www.wido.de/publikationen-produkt/ggw/> (Zugriff 17.03.21)

Kleining, Gerhard (1995): Lehrbuch Entdeckende Sozialforschung, Band 1; Psychologie Verlags Union, Weinheim

König, Rene (1974): Handbuch der empirischen Sozialforschung Band 4: Komplexe Forschungsansätze; Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

Körner, Mirjam; Bütof, Sarah; Müller, Christian et al. (2016): Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review; *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), S. 15-28

Konradt, Udo; Hertel, Guido (2002): *Management virtueller Teams*; Beltz Verlag, Weinheim

Korzilius, Heike (2017): Blankoverordnung auf Probe; *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 35-36, S. A1568 ff.

Kosanke, Bodo (1979a): Historische Entwicklung der Gruppenpraxis; In: Kosanke; Troschke (1979, S. 4 ff.)

Kosanke, Bodo (1979b): Die Gruppenpraxis im Spiegel der Statistik; In: Kosanke; Troschke (1979)

Kosanke, Bodo; Troschke, Jürgen von (Hrsg.) (1979): *Die ärztliche Gruppenpraxis in der Bundesrepublik Deutschland*; Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

Krätzschar, Manfred (1980): *Hausarzt auf dem Lande*; Hippokrates Verlag, Stuttgart

Krippendorf, Klaus (2013): *Content Analysis*; Sage Publications, London (UK)

Krotz, Friedrich (2019): *Neue Theorien Entwickeln*; Herbert von Halem Verlag, Köln

Kruse, Jan (2015): *Qualitative Interviewforschung*; Beltz Juventa, Weinheim und Basel

Kuckartz, Udo (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*; Beltz Juventa, Weinheim und Basel

Kuss, Katrin; Becker, Annette (2017): Wir sollten mehr miteinander reden; *Der Allgemeinarzt* 39 (2), S. 34-38

Lamont, T.; Barber, N. et al. (New approaches to evaluating complexe health and care systems; *BMJ*, 352:i154

Lau, Tobias; Osterloh, Falk (2022): Ärztemangel-Schlechte Aussichten; *Deutsches Ärzteblatt* Jg. 119, Heft 22-23, S. A 1008 f.

Loos, Martina (2006): *Symptom: Konflikt*; Mabuse-Verlag, Ffm.

Lüdeking, Caroline (2016): Interdisziplinäres Arbeiten in Kliniken – Chance oder Risiko; *ergoscience* 11(2), S. 46-56

Lützenkirchen, Anne (2005): Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen – eine aktuelle Bestandsaufnahme; *Gruppendynamik und Organisationsberatung* (36),2, S. 311-324

Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.) (2013): *Kommunale Gesundheitslandschaften*; Springer Fachmedien, Wiesbaden

- Mahler, Cornelia; Gutmann, Thomas; Karstens, Sven; Joos, Stefanie (2014): Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis; GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung; Vol. 31(4)
- Marzinzik, Kordula; Nauwerth, Annette; Walkenhorst, Ursula (Hrsg.) (2010): Kompetenz und Kooperation im Gesundheits- und Sozialbereich; LIT VERLAG Dr. Hopf, Berlin
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse; Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- Mehrabian, Albert (1972): NONVERBAL COMMUNICATION; ALDINE+ ATHERTON, Chicago, New York (S. 181 ff.)
- Mehrabian, Albert; Ferris, Susan R. (1967): INFERENCE OF ATTITUDES FROM NONVERBAL COMMUNICATION IN TWO CHANNELS, Journal of Consulting Psychology, Vol. 31, No 3, S. 248-252
- Meuser, Michael; Hitzler, Ronald (2002): Gemeinwohrrhetorik Ärztlicher Berufsverbände in: Münkler/Fischer S. 177 ff.
- Mittelstraß, Jürgen (Hrsg.) (2004): Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie; Verlag J. B. Metzler, Stuttgart und Weimar
- Müller-Mielitz, S.; Sottas, B.; Schachtrupp, A. (Hrsg.) (2016): Innovationen in der Gesundheitswirtschaft; Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen
- Münkler, Herfried; Fischer, Karsten (Hrsg.) (2002): Gemeinwohl und Gemein-sinn; Akademie Verlag, Berlin,
- Nagel, Friederike (2012): Die Wirkung verbaler und nonverbaler Kommunikation in TV-Duellen; VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Neurath, Otto (1981): Gesammelte philosophische und methodologische Schriften, Bände 1+2; Holder-Pichler-Tempsky, Wien
- Nightingale, Florence (1866/1859): Bemerkungen über Hospitäler; Verlag Johannes Art
https://www.google.de/books/edition/Florence_Nightingale_s_Bemerkungen_über/gsR-9gmmmtHEC?hl=de&gbpv=1&printsec=frontcover
 (Zugegriffen 02.06.2021)
- Nightingale, Florence (2005/1859): Bemerkungen zur Krankenpflege; Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Paradis, Elise (2019): Diskurse über interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten; In: Ewers et al. Hrsg., 2019, S. 38-54
- Paradis, Elise; Whitehead, Cynthia (2019): Verschiedene Formen von Wissen: Evidenz in interprofessioneller Praxis und Bildungsarbeit hinterfragen; In: Ewers et al. Hrsg., 2019, S. 270-284

Pfisterer-Heise, Stefanie (2020): Warum Interprofessionalität unverzichtbar ist; in: Amelung et al. 2020, S.199-214

Pham, Thuy-Nga (2019): Interprofessionelle Primärversorgungsteams in der kanadischen Provinz Ontario; In: Ewers et al. Hrsg., 2019, S. 170-185

PharmaWiki: <https://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=nifedipin>
(Zugriff 23.10.2020)

Popper, Karl (1961): Die Logik der Sozialwissenschaften; in: Popper 1984, S. 79 ff.

Popper, Karl (1984): Auf der Suche nach einer besseren Welt; Piper Verlag, München Zürich

Popper, Karl (2003): Das Elend des Historizismus; Mohr Siebeck, Tübingen

Pourie, Ralf (2017): Managed Care versus Versorgungsmanagement – Versuch einer Abgrenzung. In: Weatherly (2017)

Preisendörfer, Peter (2016): Organisationssoziologie; Springer VS

Räbiger, Jutta (2018): Blanko-Verordnung: Konzept und Ergebnisse des ersten Modellversuchs in der Physiotherapie; ergoscience Heft1, S. 14-20

Reeves, Scott; Lewin, Simon; Espin, Sherry; Zwarenstein, Merrick (2010): Interprofessional Teamwork for Health and Social Care; Wiley-Blackwell, (UK)

Reeves, S.; Pelone, F.; Harrison, R. et al. (2018a): Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review) DOI:10.1002/14651858.CD000072.pub3. (Zugriff 12.08.2020)

Reeves, Scott; Xyrichis, Andreas; Zwarenstein, Merrick (2018b): Teamwork, collaboration, coordination and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice; Journal Of Inter-professional Care, Vol. 32, Nr. 1, S. 1-3

Reichelt, Monika (1981): Das Gesundheitszentrum Gropiusstadt; Dissertation im Fachbereich Philosophie und Sozialwissenschaften I der Freien Universität Berlin (21.12.1981)

Richter, Eva (2001): Studie sorgt für Wirbel; Deutsches Ärzteblatt Heft 42, S. A2686

Robert Bosch Stiftung (2020): Handbuch für Lernbegleiter auf interprofessionellen Ausbildungsstationen

Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne: (2012): Handbuch Partizipation und Gesundheit; Verlag Hans Huber, Bern (CH)

Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik; Verlag Hans Huber, Bern (CH)

- SAMW – Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020): Charta 2.0, Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen
DOI: doi.org/10.5281/zenodo.3865147 (Zugriff 24.04.21)
- Scherer, Klaus; Wallbott, Harald (Hrsg.) (1984): Nonverbale Kommunikation; Beltz Verlag, Weinheim und Basel
- Schmitz, Christof; Berchtold, Peter; Cichon, Irina et al. (2020): Stand und Zukunft der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland; in: Amelung et al. 2020, S. 183-198
- Schoeb, Veronika; Staffoni, Liliana (Hrsg.) (2019): Interprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Versorgungssektor; in: Ewers et al. Hrsg. 2019, S.186-200
- Schönherr, Beatrix (1997): Syntax – Prosodie – nonverbale Kommunikation; Max Niemeyer Verlag, Tübingen
- Scholz, Oliver (2001): Das Zeugnis anderer – Prolegomena zu einer sozialen Erkenntnistheorie in: Grundmann 2001, S. 354 ff.
- Sottas, Beat (2017): Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten. In: Müller-Mielitz et al. S. 40-52
- Schreier, Margrit (2012): Qualitative Content Analysis in Practice; SAGE Publications Ltd, London
- Schreyögg, Jonas; Weinbrenner, Susanne; Busse, Reinhard (2010). Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung; In: Busse; Schreyögg; Tiemann (2010, S. 101 ff.)
- Schroer, Norbert (1997): Wissenssoziologische Hermeneutik; in: Hitzler, R.; Honer, A. 1997, S. 109-129
- Schuss, Udo; Blank, Reiner (2018): Qualitätsorientierte Interprofessionelle Kooperation (QuiK); Hogrefe Verlag, Bern.
- Schwartz, F. W. (1979): Probleme der Weiterentwicklung des Systems ambulanter medizinischer Dienste in der Bundesrepublik Deutschland. In: Kosanke/Troschke (1979)
- Seeling, Stefanie; Paul, Stephanie; Bormann, Cornelia (2010): Bedarfsanalyse zur interprofessionellen Kooperation im ambulanten Versorgungsbereich; in: Marzinzik et al., S. 101-111
- Silbermann, Alphons (1974): Systematische Inhaltsanalyse, in: König 1974, S. 253-339
- Simon, Michael (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland; Hogrefe Verlag, Bern (CH)
- Soeffner, Hans-Georg (2004): Auslegung des Alltags – Der Alltag der Auslegung; UVK Verlagsgesellschaft, Konstanz

- Sottas, B. (2016): Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten In: Müller-Mielitz et al.
- Spielberg, Petra (2020): Interprofessionelle Zusammenarbeit; Deutsches Ärzteblatt, Heft 27-28, S. A1398-99
- SpiFa (2017): Der Hausärzteverband Will Radikale Veränderung. Fach-ärzte Lehnen Das AB: <https://www.spifa.de/radikale-veraenderung> (Zugriff 22.10.2020)
- Statistisches Bundesamt (Hg.): Statistische Jahrbücher der BRD 1965, S. 86 ff. und 1990, S. 406 ff.; W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Stumm, Gabriele (2017): Historische Aufarbeitung der Entwicklung des Deutschen Versorgungsmanagements im Gesundheitswesen. In: Weatherly (2017)
- Stumpf, Siegfried; Thomas, Alexander (Hrsg.) (2003): Teamarbeit und Teamentwicklung; Hogrefe Verlag, Göttingen
- SVR Gutachten 2007 (Kurzfassung): Kooperation und Verantwortung; <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=6> (Zugriff 09.03.2021)
- SVR Sondergutachten 2009 (Kurzfassung): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens; <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=6> (Zugriff 09.03.2021)
- Tewes, Renate (2015): „Wie bitte?“ Kommunikation in Gesundheitsberufen; Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Tetzlaff, Dieter; Krein, Peter; Kossow, Klaus-Dieter et al. (1978): Grundsätze zum Hausarztprinzip; Der Praktische Arzt, Heft 7, S.797 ff. + Heft 8, S. 914 ff.
- Vogel, Werner (2017): Das Geriatrie Team; W. Kohlhammer, Stuttgart
- WBO der Ärztekammer BW (2020): <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/30weiterbildung/archiv/wbo-2020.pdy> (Zugriff 09.08.2020)
- Weatherly (Hrsg.) (2017): Versorgungsmanagement in der Praxis des Deutschen Gesundheitswesens; Springer Fachmedien, Wiesbaden
- Weber, Max (1972): Wirtschaft und Gesellschaft; J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen
- Weiss, Donna; Tilin, Felice; Morgan, Marlene (2019): Interprofessionelle Gesundheitsversorgung; Hogrefe Verlag, Bern (CH)
- Wieder, Nicole (2020): Teamarbeit im Krankenhaus; Kohlhammer, Stuttgart
- Wikipedia: <https://de.wikipedia.org/wiki/Reserpin> (Zugriff 21.10.2020)
- Wildmoser, Lothar (2015): Von der Verordnung zur Rückmeldung; Der Allgemeinarzt 37 (1)

Winkler, Alexander (2015): Beeinflussende Faktoren für die physiotherapeutische Therapieberichterstattung in Deutschland; physioscience, Heft 11, S.112-119

WSI (Wirtschafts- und sozialwissenschaftliches Institut des Deutschen Gewerkschaftsbund) Nr. 32 (1975): Integrierte Medizinische Versorgung, Tagungsbericht des WSI-Forums vom 25. und 26. April 1975; Bund-Verlag, Köln

ANHANG

Interviewleitfaden Ambulante Pflegedienste

Eröffnung des Interviews

- Vorstellung des Interviewers, Anonymität, Freiwilligkeit, Rücktritt
- Seit wann arbeiten Sie in der Pflege?
- Seit wann arbeiten Sie in der Pflegeeinrichtung hier am Ort?

Arbeitsablauf,- aufwand

- Wie viele Patienten betreuen Sie durchschnittlich?
- In welchem Umkreis (geschätzt in Km) vom Standort Ihres Pflegedienstes wohnen Ihre Patienten?
- Wie viele Mitarbeiter hat ihre Pflegeeinrichtung?
 - °in der Pflege
 - °in der reinen Verwaltung
- Wie viele % ihrer Tätigkeit entfallen auf
 - °Pflege der Patienten
 - °Gespräche mit Angehörigen
 - °Dokumentation der Pflegeleistungen
 - °Allgemeine Arbeitsorganisation (z. B. Teambesprechungen)
 - °Durch wen werden Ihre Leistungen veranlasst (HA, Pat.; Angehörige)

Verfügbarkeit

- Gibt es Wartezeiten für Patienten, bzw. haben Sie genügend Kapazitäten?
 - °um überhaupt ambulante Pflege zu bekommen
 - °um genügend Pflegetermine anzubieten
 - °um genügend Zeit pro Termin zu bekommen
- Sehen Sie Probleme bei der Festlegung der Pflegestufe (Können Sie alles tun, was der Patient pflegerisch benötigt?)?
- Ist Ihre Honorierung angemessen?
- Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie für die ambulante Pflege?

Kooperation mit anderen Leistungserbringern

- Wie gut ist die Kooperation mit den Hausärzten Ihrer Patienten?

- Was könnte in der Kooperation mit den Hausärzten verbessert werden?
 - Meinen Sie, das regelmäßige Treffen/Konferenzen mit den Hausärzten Ihre Arbeit erleichtern, oder die medizinische Versorgung der Patienten verbessern würde?
 - Wären solche regelmäßigen Treffen/Konferenzen innerhalb Ihrer normalen Arbeitszeiten möglich?
 - Könnten speziell ausgebildete MFAs/VERAHs ärztliche Aufgaben bei der Patientenversorgung übernehmen?
 - Welche Aufgaben könnten dies Ihrer Meinung nach sein?
 - Könnte durch den Einsatz von VERAHs Ihre Kooperation mit Hausarztpraxen verbessert werden?
 - Wie gut ist Ihre Zusammenarbeit mit Fachärzten?
 - Ist es schwierig Hausbesuche durch z. B. Urologen, Neurologen..... zu bekommen?
 - Was könnte in der Zusammenarbeit mit Fachärzten verbessert werden?
 - Wie ist die Zusammenarbeit mit Kliniken (z. B. Entlassmanagement)?
 - Wie ist die Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen?
 - Was könnte in der Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen verbessert werden?
 - Wie ist die Zusammenarbeit mit Heilmittelerbringern (KG, ET, Logopädie)?
 - Wie könnte die Zusammenarbeit mit Heilmittelerbringern verbessert werden?
 - Wie ist die Zusammenarbeit mit Apotheken?
 - Wie könnte die Zusammenarbeit mit Apotheken verbessert werden?
 - Wie ist die Zusammenarbeit mit Angehörigen?
 - Wie könnte die Zusammenarbeit mit Angehörigen verbessert werden?
 - Wie ist die Zusammenarbeit mit Krankenkassen/der Pflegeversicherung?
 - Wie könnte die Zusammenarbeit mit Krankenkassen/Pflegeversicherung verbessert werden?
- Könnten telemedizinische Maßnahmen für Ihre Arbeit hilfreich sein?

Verbesserungsvorschläge allgemein

- Wenn Sie die Versorgungsstrukturen allgemein verbessern könnten, was würden Sie als erstes tun?

--Welche Hauptstörfaktoren für die ambulante Pflege sehen Sie

°auf Seiten der (anderen) Leistungserbringer

°auf Seiten des Gesundheitssystems

°auf Seiten der Patienten bzw. deren Angehörigen

--Gibt es aus Ihrer Sicht konkrete Möglichkeiten, Patienten bzw. ihre Angehörigen mehr zu befähigen, sich selbst zu helfen?

--Was ist aus Ihrer Sicht wichtig für das neu entstehende Gesundheitszentrum Hohenstein?

--Welchen Beitrag zur medizinischen Regelversorgung könnte es leisten? Oder was könnte es Neues einbringen? (Z.B. Schaffung eines Pflegestützpunktes)

Leitfaden Interview Heilmittelerbringer

--Vorstellung des Interviewers, Anonymität, Freiwilligkeit, Rücktritt

Forschungsauftrag der Uni Tübingen

Name und Adresse des Interviewten

--Seit wann arbeiten Sie als Therapeut?

--Seit wann arbeiten Sie in dieser Praxis? (Hier am Ort)

Konkrete Arbeitssituation des/der Therapeuten vor Ort

--Könnten Sie mir bitte schildern, wie eine typische Arbeitswoche bei Ihnen abläuft?

--Wie beurteilen Sie die allgemeine heilmitteltherapeutische Versorgung vor Ort?

--Wie viele Kollegen haben Sie in Ihrem Einzugsbereich?

--Gibt es Kooperationen mit diesen Kollegen?

--Entspricht das den Wartezeiten in der Region?

--Aus welchem Umkreis kommen Ihre Patienten?

--Haben Sie ein typisches Patientenkontingent, oder sind Sie auf die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder spezialisiert (Z. B. neurologische Krankheiten)?

--Ist Ihre Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar?

--Ist Ihre Praxis mit dem PKW gut erreichbar (Parkplätze)?

--Ist Ihre Praxis barrierefrei?

--Machen Sie Hausbesuche? (Wenn ja geschätzt in % Arbeitszeit)

--Werden Hausbesuche ausreichend honoriert?

--Haben Sie spezielle Notfalltermine?

--Gibt es besondere Probleme mit Patienten? Etwa durch Nichteinhalten von Terminen o. Ä.

Zusammenarbeit mit Alten/Pflegeheimen

--Behandeln Sie Patienten in Alten/Pflegeheimen?

--Könnten Sie mir bitte schildern wie die Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen abläuft?

--Sind Sie mit der Zusammenarbeit zufrieden?

--Könnte die Zusammenarbeit mit Alten/Pflegeheimen verbessert werden?

--Wie könnte dies geschehen?

Verwaltung von Alten/Pflegeheimen für sinnvoll halten?

--Wären solche Besprechungen innerhalb Ihrer regulären Arbeitszeit möglich?

Zusammenarbeit mit Ärzten

--Mit welchen Arztgruppen arbeiten Sie hauptsächlich zusammen? (Hausärzte, Neurologen, Orthopäden, Anderen)

--Behandeln Sie auch Patienten der in Hohenstein ansässigen Ärzte?

--Können Sie mir bitte schildern, wie die Zusammenarbeit mit den Ärzten abläuft?

--Wie beurteilen Sie die Kooperation mit den Ärzten deren Patienten Sie behandeln.

--Würden Sie regelmäßige Treffen/Konferenzen mit Ärzten für sinnvoll halten? Würden Sie sich mehr Austausch wünschen (Z. B. Qualitätszirkel)?

--Welche Verbesserungen könnten durch solche Treffen erzielt werden?

--Könnten solche Treffen innerhalb Ihrer regulären Arbeitszeit erfolgen?

--Sehen Sie noch andere Möglichkeiten wie die Zusammenarbeit mit Ärzten verbessert werden könnten.

Verbesserungsvorschläge allgemein

--Wenn Sie die Versorgungsstrukturen allgemein verbessern könnten, was würden Sie als erstes tun?

--Was stört Sie bei Ihrer Arbeit als Therapeut besonders?

°auf Seiten anderer Leistungserbringer

°auf Seiten des Gesundheitssystems

°auf Seiten der Patienten

leistungsinvoll (Z.B. Vereine, Fitnessstudios)?

--Unterstützen Sie Patienten bei der Selbsthilfe? Gibt es aus Ihrer Sicht Möglichkeiten, Patienten mehr zu befähigen, sich selbst zu helfen?

--Das GZH wird gerade aufgebaut. Was halten Sie davon?

--Meinen Sie, dass das GHZ Ihre Arbeit beeinflusst?

--Welchen Beitrag könnte das GHZ zur medizinischen Regelversorgung leisten, was könnte es Neues einbringen?

--Haben Sie noch Fragen an mich?

Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift

Die Arbeit wurde am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, unter Betreuung von PD Dr. med. Heidrun Sturm durchgeführt.

Die Konzeption der Studie erfolgte in Zusammenarbeit mit PD Dr. med. Heidrun Sturm, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts und Prof. Dr. med. Stefanie Joos, Leiterin des Instituts.

Ich versichere, das Manuskript selbständig (nach Anleitung durch PD Dr. med. Heidrun Sturm) verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Stuttgart, den 16.11.2023

Konrad Mauth