

Bachelorthesis

Vor- und Zuname

Carina Appels

██████████

█

██████████

██████████

██████████

██████████

Titel:

„Interprofessionelle physiotherapeutische und pflegerische Behandlung -
Am Beispiel der Frühmobilisation von Patient:innen auf der Intensivstation“

Abgabedatum:

03. Februar 2023

Betreuende Professorin: Frau Prof. phil. habil. Corinna Petersen-Ewert, M.A.

Zweite Prüfende: Annemarie Wegener, M.A.

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Pflege und Management

Studiengang: Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management (B.Sc.)

Abstract

Hintergrund: Um Patient:innen im kritischen Krankheitsverlauf auf der Intensivstation zu unterstützen werden in den ersten 72 Stunden nach Aufnahme bereits frühmobilisierende Maßnahmen durchgeführt. In Deutschland scheint es noch Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeitsbereiche und Verantwortungsbereiche zu geben. Dabei bietet die Vernetzung der Kompetenzen für die Patienten das bestmögliche Outcome.

Ziel: Das Ziel dieser Bachelorthesis ist es, die Erfahrungen von Physiotherapeut:innen sowie von Gesundheits- und Krankenpfleger:innen hinsichtlich der interprofessionellen Behandlung auf der Intensivstation während der Frühmobilisation von Patient:innen abzubilden.

Forschungsfrage: *Was sind die Chancen und Risiken einer interprofessionellen, physiotherapeutischen und pflegerischen Behandlung?*

Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden drei Physiotherapeut:innen und drei Gesundheits- und Krankenpfleger:innen bezüglich ihrer Erfahrungen der interprofessionellen Frühmobilisation von Patient:innen auf der Intensivstation befragt. Das daraus resultierende Material wurde mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet und analysiert.

Ergebnisse: Aus dem zu analysierendem Material haben sich acht Kategorien gebildet, die einen Einfluss auf die interprofessionelle Frühmobilisation haben und die Chancen und Risiken abbilden. Besonders zu nennen sind hier die Zuständigkeitsbereiche, welche klar definiert sein müssen.

Schlussfolgerung: Das Intensivteam erkennt vermehrt Chancen in der gemeinsamen Mobilisation. Außerdem nimmt das Team eine angenehme Arbeitsatmosphäre wahr. Als Risiko wird unter anderem das Zeitmanagement und der daraus resultierende Personalschlüssen genannt.

Schlagwörter: Interprofessionell, Frühmobilisation, Physiotherapie, Pflege, Intensivstation

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Einleitung..... | 3 |
| 2 | Aufbau der Thesis..... | 5 |
| 3 | Theoretischer und empirischer Hintergrund | 5 |
| 3.1 | Systematische Literaturrecherche..... | 6 |
| 3.2 | Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche..... | 8 |
| 3.3 | Physiotherapeut:innen als Teil des interprofessionellen Teams | 8 |
| 3.4 | Zusammenarbeit in der Frühmobilisation | 10 |
| 3.5 | Kriterien und Maßnahmen für die Frühmobilisation..... | 11 |
| 4 | Zielsetzung und Fragestellung | 14 |
| 5 | Methode | 15 |
| 5.1 | Stichprobe | 15 |
| 5.2 | Durchführung..... | 16 |
| 5.3 | Datenauswertung | 17 |
| 6 | Ergebnisse..... | 19 |
| 6.1 | K1 – Interprofessioneller Zusammenhalt und Zugehörigkeit | 21 |
| 6.2 | K2 - Arbeitszufriedenheit..... | 24 |
| 6.3 | K3 - Kommunikation | 26 |
| 6.4 | K4 - Hierarchische Strukturen..... | 27 |
| 6.5 | K5 - Organisation und Durchführung einer interprofessionellen Frühmobilisation .. | 28 |
| 6.6 | K6 - Zuständigkeitsbereiche | 30 |
| 6.7 | K7 – Interprofessionelles Lernen | 33 |
| 6.8 | K8 – Zeitmanagement | 34 |
| 7 | Auswertung - Chancen- und Risiken..... | 36 |
| 8 | Fazit..... | 40 |
| 9 | Literaturverzeichnis..... | 42 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Flowchart Literaturrecherche | 7 |
| Abbildung 2: Ampel-Stufenschema des Universitätsklinikums Schleswig-Holsteins (2019...) | 12 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Schlagwortsuche der Literaturrecherche | 6 |
| Tabelle 2: Darstellung der Ergebniskategorien..... | 20 |

*Intensivstationäre Patientinnen und Patienten sollen wach, aufmerksam, schmerz-
angst- und delirfrei sein, um an der eigenen Behandlung und Genesung aktiv
teilnehmen zu können.*

(Leitlinie: Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin, 2015)

1 Einleitung

Für viele Patient:innen bedeutet eine intensivmedizinische Behandlung einen schweren Einschnitt in ihre Lebensqualität, der auch Monate oder Jahre nach der Intensivbehandlung noch schwere physische und psychische Einschränkungen zur Folge haben kann (vgl. Bohrer et al., 2002). Während des Aufenthalts auf der Intensivstation leiden Patient:innen vermehrt an Schlafstörungen, Schmerzen und Hilflosigkeit (ebd.). Drei Monate nach der Intensivbehandlung berichten über die Hälfte der Patient:innen über Verwirrtheitszustände und Desorientierung (vgl. Chahraoui et al., 2015).

Die Behandlung schwerer Krankheitsverläufe erfordert somit ein hohes Maß an Pflege und medizinischem Fachwissen, das durch interprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation verschiedener Professionen, Patient:innen, Klient:innen, Angehörigen aber auch Gesellschaften optimal ergänzt wird (WHO, 2010). Dabei ermöglicht die Teamzusammenarbeit eine höhere Patient:innensicherheit, eine bessere Ressourcennutzung durch Vermeidung von Doppelbehandlungen und verbesserte Standards bei der Patient:innenversorgung, da die Zeit und die Fähigkeiten des Teams effizient genutzt werden können (vgl. Riessen et al., 2011).

Unter Frühmobilisation auf der Intensivstation wird der Beginn von unterschiedlichen Mobilisationsmaßnahmen innerhalb von 72 Stunden nach Aufnahme verstanden. Diese wurde durch die Se-Leitlinie zur Lagerungstherapie und Frühmobilisation zur Prophylaxe oder Therapie von pulmonalen Funktionsstörungen (2015)¹ festgelegt. Durch die Frühmobilisationsmaßnahmen an dem Patienten oder der Patientin werden passive oder aktive Bewegungsübungen eingeleitet oder unterstützt und haben das Ziel die Bewegungsfähigkeit zu fördern oder zu erhalten (vgl. Bein et al., 2015). Dabei werden die Maßnahmen der Mobilisation in die Bereiche passive, assistierte-aktive und aktive Mobilisation unterschieden (ebd.). Grundsätzlich soll die Frühmobilisation bei allen intensivmedizinisch behandelten Patient:innen durchgeführt werden, für die keine Ausschlusskriterien gelten (vgl. Bein et al., 2015).

¹ Die Se-Leitlinie zur Lagerungstherapie und Frühmobilisation zur Prophylaxe oder Therapie von pulmonalen Funktionsstörungen befindet sich momentan in der Überarbeitung. Die Bachelorthesis nimmt Bezug auf die letzte Version, stand 2019.

Bei der Patient:innenversorgung hat die Frühmobilisation einen positiven Effekt auf den weiteren Krankheitsverlauf während der weiteren intensivmedizinischen Behandlung und wirkt unterstützend auf den Genesungsprozess. Schweickert et al. (2009) beschreiben in einer Studie, dass die Patient:innen durch die Mobilisation eine reduzierte Dauer des Delirs, eine größere Gehstrecke nach der Intensivbehandlung, einen höheren Bartel-Index, sowie einen höheren Status funktioneller Unabhängigkeit vorweisen konnten.

Während der Frühmobilisationsphase hat jede Berufsgruppe einen anderen Zugang und Verantwortungsbereich. In Ländern wie beispielsweise Belgien (Sommers *et al.*, 2015) oder Australien (Schweickert *et al.*, 2009) werden frühmobilisierende Maßnahmen von Physiotherapeut:innen indiziert und durchgeführt. In Deutschland wird intensivmedizinisch frühmobilisiert, jedoch gibt es laut Nydal et al. (2016) noch Unklarheiten darüber, welche Berufsgruppe für welche Aufgabe zuständig ist, beziehungsweise wie der Prozess im Einzelnen kommuniziert wird. Demnach bildet die kooperative Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsprofessionen die Voraussetzung für eine patient:innenorientierte Versorgung auf der Intensivstation um den/die Patient:in bestmöglich in ihrer/seiner Rehabilitation zu unterstützen.

2 Aufbau der Thesis

Die vorliegende Bachelorarbeit gliedert sich in acht Kapitel. Ausgehend von einer Darstellung der Erfahrungen von Physiotherapeut:innen und Gesundheits- und Krankenpfleger:innen während der interprofessionellen Zusammenarbeit wird im weiteren Verlauf die zentrale Fragestellung aus der Forschungslücke entwickelt. Im dritten Kapitel die Darstellung des theoretischen und empirischen Hintergrunds. Auf Grundlage dieser Ergebnisse wurde die zentrale Fragestellung formuliert. Der fünfte Teil beschreibt die angewandte Methode für die Durchführung der Expert:inneninterviews. Die Ergebnisse der geführten Interviews werden im sechsten Kapitel detailliert ausgewertet und beschrieben. Diese dienen im siebten Abschnitt als Diskussionsgrundlage zur Darstellung der Chancen und Risiken einer interprofessionellen Zusammenarbeit während der Frühmobilisation auf der Intensivstation. Anschließend erfolgt eine zusammenfassende Schlussbetrachtung.

3 Theoretischer und empirischer Hintergrund

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über den theoretischen und empirischen Hintergrund der Thematik. Hierzu wurde eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank PubMed durchgeführt und genau beschrieben.

Im Anschluss der Ergebnisse wird exemplarisch das Ampel-Stufenschema des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (2019) vorgestellt. Dieses verdeutlicht, wie eine strukturierte, interprofessionelle Frühmobilisation im interprofessionellen Team, zusammengesetzt aus Physiotherapie und Pflege, nach der aktuellen Se-Leitlinie zur Lagerungstherapie und Frühmobilisation zur Prophylaxe oder Therapie von pulmonalen Funktionsstörungen (2015) durchgeführt werden kann.

3.1 Systematische Literaturrecherche

Zu Beginn der systematischen Literaturrecherche wurden die wichtigsten Suchbegriffe analysiert und anschließend ins Englische übersetzt.

| Schlagwort | Englische Übersetzung | Synonymsuche |
|--------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Interprofessionell | interprofessional | interprofessional treatment |
| Frühmobilisation | early mobilization | mobilization |
| Physiotherapie | physical therapy | physiotherapy |
| Pflege | care | |
| Intensivstation | intensive care unit | intensive care |

Tabelle 1: Schlagwortsuche der Literaturrecherche

Nach der Definition der Schlagwörter und den dazu passenden Synonymen wurden die Eingabebegriffe in das Suchfeld der Datenbank mit den Bol'schen Operatoren „AND“ und „OR“ verbunden. Die Schlagwörter wurden untereinander mit „AND“ und die Synonyme mit „OR“ kombiniert. Es wurden keine Suchbegriffe ausgeschlossen. Der Suchstring der Literaturrecherche wurde wie folgt angewendet:

("interprofessional" OR "interdisciplinary treatment"[Mesh] OR "early mobilization") AND "physical therapy" AND "intensive care unit" AND "care".

Um die Ergebnisse weiter einzugrenzen, wurden Filter gesetzt. Zum einen wurden nur Studien aus den letzten zehn Jahren, demnach seit 2012, berücksichtigt, damit nur aktuelle Studien den Forschungsstand beschreiben. Außerdem bezieht sich die Forschungsarbeit lediglich auf die Frühmobilisation von Erwachsenen auf Intensivstationen, weshalb ein weiterer Filter bei Erwachsenen, ab 19 Jahren gesetzt wurde, um die Neointensivstation auszuschließen. Im Anschluss erfolgte eine Definition der Ein- und Ausschlusskriterien, die bei der Sichtung der *Abstracts* helfen, die Studien näher auf deren Relevanz zur Forschungsarbeit einzugrenzen. Um den empirischen Hintergrund ausreichend darzustellen, wurden Studien eingeschlossen, welche die interprofessionelle Sicht und Handlungsfelder der Physiotherapie und Gesundheits- und Krankenpflege auf einer Intensivstation abbilden. Studien, die keinen intensivmedizinischen Bezug haben, wurden ausgeschlossen.

Ein weiteres Ausschlusskriterium waren Studien, die eine Befragung von Teammitgliedern anderer Professionen, wie beispielsweise Ergotherapeut:innen oder Ärzt:innen, beinhalten, damit ausschließlich die Physiotherapie und die Gesundheits- und Krankenpflege in den Fokus gerückt werden. Des Weiteren wurden Studien nicht berücksichtigt, die unterschiedliche Konzepte oder Behandlungsmethoden miteinander vergleichen.

Der Suchverlauf wird im Folgenden zur Veranschaulichung in der Form eines Flowcharts dargestellt.

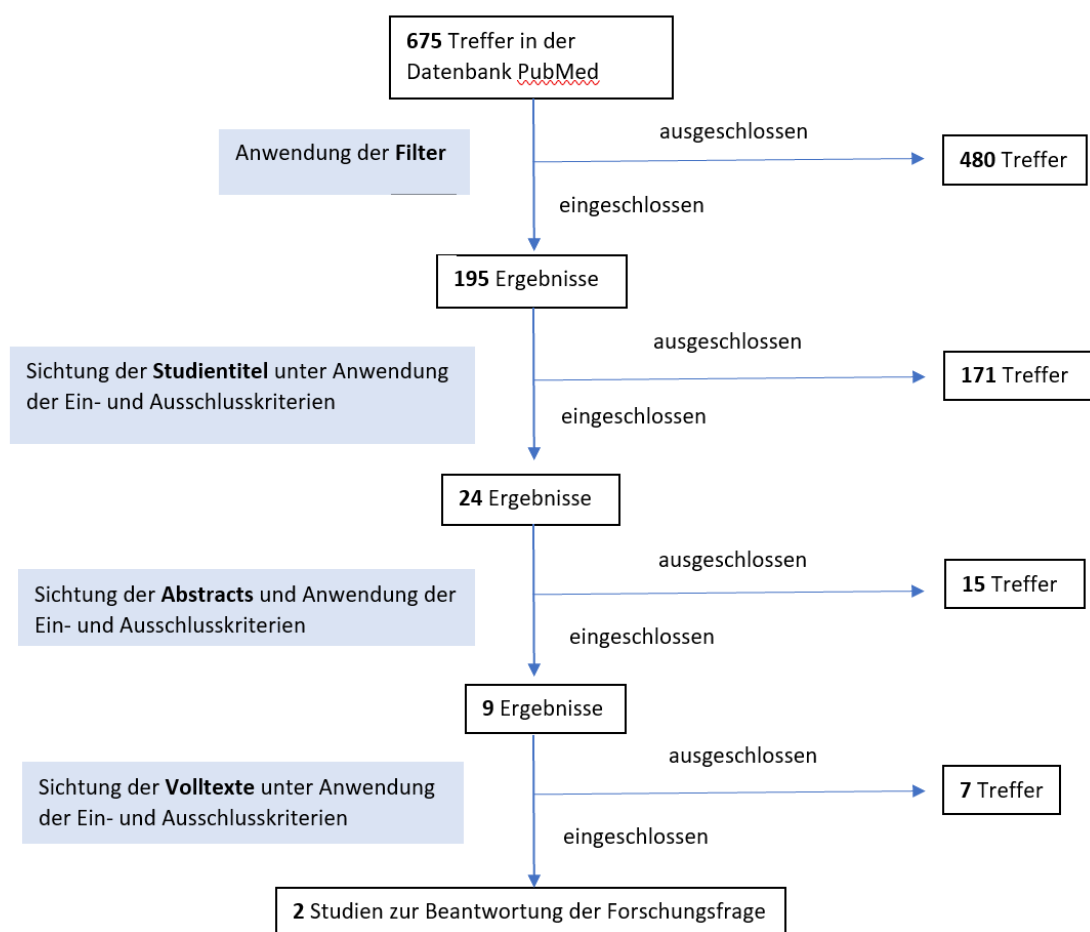


Abbildung 1: Flowchart Literaturrecherche

3.2 Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche zusammengefasst und anschließend aus diesen Ergebnissen die Forschungslücke für die Bachelorthesis formuliert. Die Literaturrecherche in der Datenbank PubMed ergab zwei Studien. Diese bilden nun im Folgenden den theoretischen und empirischen Hintergrund dieser Bachelorthesis ab.

Die Studien verdeutlichen wie sich die Gesundheits- und Krankenpflege und die Physiotherapie im interprofessionellen Team wahrnimmt und wie deren Zusammenarbeit auf einer Intensivstation konzeptionell umgesetzt wird.

3.3 Physiotherapeut:innen als Teil des interprofessionellen Teams

Die Wahrnehmung der Physiotherapie im interprofessionellen Team auf einer Intensivstation stellt die Studie von Ntigan und van Aswegen (2020) dar. Ziel dieser Studie war es, die Barrieren von Physiotherapeut:innen mit den Teammitgliedern auf der Intensivstation für Erwachsene zu identifizieren und die Interaktion im Team zu untersuchen. Aus den halbstrukturierten Gruppeninterviews mit 39 (n=39) Physiotherapeut:innen ging hervor, dass sich alle Physiotherapeut:innen, die auf intensivmedizinischen Stationen arbeiten und Teil des interprofessionellen Teams sind, wertgeschätzt fühlen und sich als ein wichtiger Teil in der Patient:innenversorgung wahrnehmen. Dieses leiten sie aus den positiven Rückmeldungen der Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und der Patient:innen nach einer physiotherapeutischen Behandlung ab.

Die Physiotherapeut:innen konnten unterschiedliche Faktoren benennen, wie sie die Arbeit zwischen den Mitgliedern im interprofessionellen Team empfinden. Als ein wichtiges Element, das eine interprofessionelle Zusammenarbeit in einem intensivmedizinischen Setting ermöglicht, wurden offene Kommunikationswege und niedrige hierarchische Strukturen genannt. Positive Faktoren, die die Kommunikation des Teamgefüges begünstigen, sind unter anderem die Freundlichkeit, wodurch es häufiger zu einer Einigung innerhalb des Teams kommt. Präsenz, Zugehörigkeit und die gegenseitige Unterstützung der Teammitglieder beeinflussen die Zusammenarbeit nachhaltig und führen zu mehr Anerkennung und einer positiven Einstellung

zueinander. Es führt zu mehr Verständnis der Standpunkte der anderen Teammitglieder und es entwickeln sich langfristig positive Gefühle füreinander. Dies ist in besonderem Maße der großen Hilfsbereitschaft der Gesundheits- und Krankenpflege zuzuschreiben. Gemischte Gefühle gegenüber dem interprofessionellen Team beschreiben die Physiotherapeut:innen, wenn sie beobachten, dass die Fachkräfte nicht respektvoll und hilfsbereit miteinander umgehen. Als möglicher Grund werden vermehrt unterschiedliche Persönlichkeitstypen genannt. Außerdem beschreibt die Studie positive sowie negative Faktoren, die die Patient:innenversorgung auf der Intensivstation beeinflussen. Die Kommunikationswege sollten so gestaltet sein, dass alle Teammitglieder ein Mitspracherecht haben und sich gegenseitig aktiv zuhören. Dabei erleichtert die Patient:innendiskussion, also der Dialog über den Zustand des Patienten oder der Patientin, die Behandlung. Allerdings führen hierarchische Strukturen auf der Intensivstation dazu, dass es für die Physiotherapeut:innen als schwierig empfunden wird, mit allen interprofessionellen Teammitgliedern zu interagieren. Außerdem berichteten die Physiotherapeut:innen, dass wenn sie während einer Behandlung Anweisungen einer übergeordneten Person befolgen müssen, dies häufig zu einer Unterbrechung im weiteren Verlauf des Patient:innenmanagements führe. Durch flache, hierarchische Organisationsstrukturen kann somit eine schnelle Konfliktlösung gefunden werden, sollten sich die einzelnen Professionen uneinig über einen Patienten oder eine Patientin sein. Das Vertrauen und die positive Einstellung zueinander wird daher als wichtiger Faktor in der Patient:innenversorgung wahrgenommen, der hierarchischen Strukturen entgegenwirken kann. Als weitere Barriere in der interprofessionellen Zusammenarbeit nennt die Physiotherapie die häufige Personalrotation und die mangelnde Personalausstattung auf den intensivmedizinischen Einheiten.

Diese benannten Kriterien haben einen direkten Einfluss auf die Mobilisation im interprofessionellen Team. Die Physiotherapeut:innen haben den Eindruck, dass die Gesundheits- und Krankenpflege ohne sie keine Mobilisation durchführen und die Patient:innen 24 Stunden im Bett liegen würden. Die Studie zeigt Lösungen auf, um Hürden zwischen den Mitgliedern im Team abzubauen.

Sie stellen fest, dass Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, die an einer internen Fortbildung zum Thema der Frühmobilisation teilgenommen hatten, professioneller bei

der gemeinsamen Mobilisation vorgingen. Physiotherapeut:innen nehmen eine Schlüsselrolle bei der Frühmobilisation auf der Intensivstation und bei der Vorbeugung gegen eine Verschlechterung der körperlichen Kondition nach einer kritischen Erkrankung ein. Weiterhin nennt die Studie Lösungsansätze wie zum Beispiel offene Kommunikationswege und flache hierarchische Strukturen, die die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen und darüber hinaus auch die Patient:innenversorgung verbessern können. Zudem zeigt sie, dass die Fähigkeit eine evidenzgestützte Behandlung durchzuführen ebenso wichtig ist, wie die Fähigkeit mit anderen Teammitgliedern auf der Intensivstation zu kommunizieren und gemeinsame Lösungen zu finden.

3.4 Zusammenarbeit in der Frühmobilisation

Die zweite Studie aus Deutschland von Nydhal et al. (2016) untersuchte, wie die Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeut:innen und Pflegenden auf einer Intensivstation in Deutschland vor und während einer Frühmobilisation erlebt und gestaltet wird. Für die Erhebung wurden die Fragebögen von 102 Teilnehmenden ausgewertet. 92% (n=94) füllten die Gesundheits- und Krankenpflege und 8% (n=8) die Physiotherapeut:innen aus. Die Befragten gaben an, dass die Verantwortlichkeit zur Anordnung der Frühmobilisation zu 83% (n=83) bei einem Arzt oder einer Ärztin liegt. Prozentual sind 18% (n=18) der Physiotherapeut:innen und 65% (n=65) der Gesundheits- und Krankenpflege verantwortlich. Auffällig ist, dass keine hundertprozentige Verortung der Verantwortung angegeben wurde. Auf die Frage, wie viele Mitarbeitende üblicherweise benötigt werden, um einen mit einem oralen Tubus beatmeten Patienten oder eine Patientin aus dem Bett zu mobilisieren, antworteten die meisten Befragten, dass zwei Pflegende sowie ein:e Physiotherapeut:in benötigt werden. Ärzt:innen, Familienangehörige sowie weitere Therapeut:innen waren aus der Sicht der Befragten nicht notwendig. Die Entscheidung über die Anpassung der Beatmung während der Mobilisationsmaßnahme erfolgt in der Praxis in 92% (n=84) der Fälle durch das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und in 52% (n=46) durch Ärzt:innen.

Auf die Frage welche Patient:innen mobilisiert werden, teilten die Befragten mit, dass „oft“ eine Mobilisation bei Patient:innen mit einem hyperaktiven Delir (45%, n=45) erfolgt. „Selten“ werden hingegen Patient:innen mit einem endotrachealen Tubus (30%, n=29) oder mit den Angehörigen der Patient:innen gemeinsam mobilisiert (44%, n=32). „Niemals“ erfolgt eine Mobilisation bei Patient:innen mit einer extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) (32%, n=28). Diese Erkenntnis widerspricht den Vorteilen in Bezug auf die verringerten beatmungsfreien Tage durch eine Frühmobilisation (vgl. Schweikert et al., 2019).

Die Studie von Nydahl et al. (2015) verdeutlicht, dass es wenig Konsens bezüglich der Zusammenarbeit, Zuständigkeit und Verantwortung während der Frühmobilisierung von Intensivpatient:innen gibt. Dies kann dazu führen, dass das unterschiedliche Fachwissen der Berufsgruppen nicht effizient genutzt und eingesetzt wird und somit Unstimmigkeiten auftreten, die die Patient:innensicherheit gefährden können.

3.5 Kriterien und Maßnahmen für die Frühmobilisation

Interdisziplinäre Protokolle und Algorithmen können den Prozess der Frühmobilisation unterstützen und somit die Patient:innensicherheit währenddessen verbessern (vgl. Nydhal et al., 2016). Frühmobilisierende Maßnahmen bedürfen, auf Grund ihrer Komplexität, eines interprofessionellen Ansatzes. Neben Verantwortungen und Zuständigkeiten müssen auch Zeitpunkt, Intensität und Dauer abgesprochen werden (vgl. Nydhal et al., 2016). Die S2e-Leitlinie zur Lagerungstherapie und Frühmobilisation (2015) empfiehlt ein protokollbasiertes Vorgehen bei der Durchführung unter Beachtung der patient:innenbezogenen Voraussetzungen und Ausschlusskriterien. Wenn dies erfüllt ist, stellt die Frühmobilisation eine sichere und komplikationsarme Maßnahme für die Patient:innen dar (vgl. Bein et al., 2015).

Im Jahr 2019 veröffentlichte das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein ein Ampel-Stufenschema zur Mobilisationsstufe von intensivpflichtigen Patient:innen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit der beteiligten Professionen zu unterstützen und die Patient:innenversorgung zu verbessern. Dieses Modell wird im Folgenden dargestellt und drei Phasen exemplarisch erläutert.

| | Phase 0 | Phase I | Phase II | Phase III | Phase IV | Phase V |
|---|---|---|--|--|---|--|
| | instabil | stabilisiert | stabil | stabil | stabil | stabil |
| RASS | -5 | -5 bis -2 | -2 bis +1 | 0 bis +3 | 0 bis +3 | 0 bis +3 |
| Patientenstatus | hämodynamisch + respiratorisch instabil Vigilanz ↓ ICP nicht kompensierbar | hämodynamisch + respiratorisch instabil schläfrig, erweckbar ICP stabil | hämodynamisch + respiratorisch stabil wach ICP stabil | hämodynamisch + respiratorisch stabil wach ICP stabil | hämodynamisch + respiratorisch stabil wach ICP stabil | hämodynamisch + respiratorisch stabil wach ICP stabil |
| Mitarbeit des Patienten | keine Kooperation möglich | eingeschränkte Kooperation / passiv | beginnend kooperativ / beginnend assistiv | kooperativ, motiviert / assistiv | kooperativ, motiviert / aktiv | kooperativ, motiviert / aktiv |
| Kraftgrade | 0 | 0–1 | 1–2 | 3 | 3–4 | 4–5 |
| PT-Ziele | – | Aktivierung, Anregung des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmung, Propriozeption und Wahrnehmung | Aktivierung, Anregung des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmung, Propriozeption und Wahrnehmung, Aufbau von Muskelfunktion | Aktivierung, Anregung des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmung, Propriozeption und Wahrnehmung, Muskelkräftigung, Erarbeitung von Sitzbalance | Aktivierung, Anregung des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmung, Propriozeption und Wahrnehmung, Muskelkräftigung, Erarbeitung von Sitz- und Stehbalance, Erarbeitung von selbstständigen Transfers | Aktivierung, Anregung des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmung, Propriozeption und Wahrnehmung, Muskelkräftigung, Erarbeitung von Sitz- und Stehbalance, Erarbeitung von selbstständigen Transfers und Gang |
| PT-Inhalte (Maßnahmen) | – | Passive Maßnahmen der Physiotherapie Bewegen, Maßnahmen der Atemtherapie, Propriozeptions- und Wahrnehmungsschulung, Mobilisation an die Bettkante mit viel Hilfe, Lagerung | Passiv/assistive Maßnahmen der Physiotherapie Bewegen, Maßnahmen der Atemtherapie, Propriozeptions- und Wahrnehmungsschulung, Mobilisation an die Bettkante mit viel Hilfe, Lagerung, Bettfahrrad | Passiv/assistive und assistiv/aktive Maßnahmen der Physiotherapie Bewegen (Vermittlung und Anleitung zu Eigenübungen), Maßnahmen der Atemtherapie, Propriozeptions- und Wahrnehmungsschulung, Schulung von Bewegungsübergängen (Transfers), Mobilisation an die Bettkante, in den Stand, Transfer in den Sessel, Lagerung, Bettfahrrad | Aktive Maßnahmen der Physiotherapie Bewegen (Kräftigung, Koordinationsschulung, auch als Eigenübungen), Maßnahmen der Atemtherapie (Einweisung in die Nutzung des Atemtrainers), Propriozeptions- und Wahrnehmungsschulung, Mobilisation an die Bettkante, in den Stand, Gleichgewichtsübungen in Sitz und Stand, Transfer in den Sessel, Gangtraining | Aktive Maßnahmen der Physiotherapie Vermittlung von Eigenübungsprogrammen zur Muskelkräftigung und Koordination und selbstständiges Üben mit dem Atemtrainer, Gangtraining, Treppensteigen, Ausdauertraining |
| Pflege-Maßnahmen zur Aktivierung | Mikrolagerung? | Basale Stimulation, Lagerung | Basale Stimulation, Lagerung, Unterstützung der Mobilisation, Bettfahrrad | Basale Stimulation, Lagerung, Mobilisation anleiten und begleiten, Schulung der ADLs, Motivation zu Eigenübungen, Bettfahrrad | Mobilisation anleiten und begleiten, Motivation zu Eigenübungen, Bettfahrrad | Zunehmende Aktivierung im Stationsalltag, Motivation zu Eigenübungen |

Abbildung 2: Ampel-Stufenschema des Universitätsklinikums Schleswig-Holsteins (2019)

Mit Hilfe des Ampel-Stufenschemas wird tagesaktuell die Mobilisationsstufe des Patienten oder der Patientin festgelegt und individuell angepasst. Die Einteilung orientiert sich an der Stabilität der Vitalparameter und der Leistungsfähigkeit der Patient:innen. Die Mobilisationsstufen sind in fünf Phasen unterteilt (Phase 0 – 5) (Siehe Abbildung.2)

Unterschiedliche Parameter helfen den/die Patient:in bezüglich einer Mobilisation einzuschätzen. Die Sedationstiefe wird mit Hilfe der Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) ermittelt (vgl. Barandun Schäfer et al., 2009). Außerdem erfolgt eine Erhebung des Patient:innenstatus bezüglich der Vitalparameter. Des Weiteren werden die Kraftgrade gemessen und die Mitarbeit des/der Patient:in ermittelt. Man kann dem Ampel-Stufenschema außerdem entnehmen, welches die spezifischen physiotherapeutischen, sowie pflegerischen Maßnahmen für die unterschiedlichen Phasen sind. Diese sind für jede Stufe klar definiert und festgelegt.

Die rote Phase (Phase 0) bedeutet, dass keine Mobilisation seitens der Physiotherapie durchgeführt werden darf. Es erfolgt lediglich eine aktivierende Mikrolagerung durch die Pflege. Der/Die Patient:in ist vigilanzgemindert und befindet sich in einem instabilen Zustand.

In der gelben Phase (Phase 2), können aktive, beziehungsweise assistive Maßnahmen, wie beispielweise eine Mobilisation an die Bettkante, durch die Physiotherapie angewandt werden. Die Pflegekräfte können hierbei die Mobilisation unterstützen und/oder lagern. Der/Die Patient:in ist wach und kooperativ.

In der letzten, grünen Phase (Phase 5) können die Patient:innen gemeinsam mit der Physiotherapie den selbstständigen Transfer, sowie den Gang erarbeiten und partizipativ bei der eigenen Behandlung mitwirken. Die Aufgabe der Pflege ist die Aktivierung des/der Patient:in im Stationsalltag.

Die Anforderung zur Mobilisierung erfolgt durch den diensthabenden Arzt oder Ärztin. Dabei wird die Mobilitätsstufe durch die interprofessionelle Beurteilung des/der Patient:innen durch die Pflege, die behandelnde Ärzt:innen und Physiotherapeut:innen tagesaktuell festgelegt. Die Mobilisationsmaßnahmen erfolgen täglich im Frühdienst durch das für den/die Patient:in zuständige medizinische Team.

Das dargestellte Ampel-Stufenschema des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (2019) entspricht den Empfehlungen der S2e-Leitlinie zur Lagerungstherapie und Frühmobilisation (2015). Es bildet eine Grundlage für die Beurteilung und den Einsatz frühmobilisierender Maßnahmen.

4 Zielsetzung und Fragestellung

Aus der aktuellen Studienlage geht hervor, dass noch weitere Forschung im Bereich der Frühmobilisierung nötig ist. Die bisherigen Studien zeigen auf, wie sich die einzelnen Berufsgruppen im interprofessionellen Team im Teamgefüge der Intensivstation wahrnehmen und wie die Zusammenarbeit positiv beeinflusst werden kann. Der Aspekt der Frühmobilisation wird nur nebensächlich betrachtet, obwohl dies ein Aufgabenfeld ist, in denen die Professionen konkret an dem/der Patient:in zusammenarbeiten und ihr interdisziplinäres Handeln überprüfen und laufend, im Sinne der Patient:innenversorgung, verbessern können.

Das Ziel dieser Bachelorthesis ist es, die Erfahrungen von Physiotherapeut:innen sowie von Gesundheits- und Krankenpfleger:innen hinsichtlich der interprofessionellen Behandlung auf der Intensivstation während der Frühmobilisation von Patient:innen abzubilden. Es werden Differenzen und Gemeinsamkeiten der Berufsgruppen herausgearbeitet, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern. Hinsichtlich der Zielsetzung wurde folgende Forschungsfrage formuliert:

Was sind die Chancen und Risiken einer interprofessionellen, physiotherapeutischen und pflegerischen Behandlung?

5 Methode

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der vorliegenden Bachelorthesis beschrieben. Zunächst erfolgt eine Übersicht der Stichprobe. Danach wird die Durchführung der Befragung genauer erläutert. Im Anschluss wird beschrieben, wie die Datenauswertung vorgenommen wurde.

5.1 Stichprobe

Um beide Seiten des interprofessionellen Teams zu berücksichtigen, erfolgte die Datenerhebung mittels halbstrukturierten Interviews mit drei Physiotherapeut:innen und drei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen. Beide Berufsgruppen sind Expert:innen in ihren jeweiligen Bereichen und konnten aufgrund ihrer langjährigen Berufstätigkeit auf eindruckliche Erfahrungen bezüglich der interprofessionellen Frühmobilisation zurückgreifen. Die Befragten arbeiten an verschiedenen Krankenhäusern in Deutschland und sind auf intensivmedizinischen Stationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten eingesetzt. Alle Teilnehmenden haben ein abgeschlossenes Examen und haben bereits in interprofessionellen Teams Patient:innen frühmobilisiert. Professionen, die auf einer Kinderintensivstation arbeiten, wurden ausgeschlossen. Die Akquise der Interviewpartner:innen erfolgte über eine persönliche Ansprache. Hierzu wurde ein entsprechendes Informationsschreiben (Siehe Anhang 2) erarbeitet und ausgehändigt. Außerdem wurde darauf geachtet, dass die Interviewpartner:innen für Rückfragen mindestens fünf Tage Zeit hatten. Die Gruppe der Physiotherapeut:innen bestand aus zwei männlichen und einer weiblichen Person. Die Berufserfahrung betrug im Durchschnitt zehn Jahre. Die Vergleichsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege bestand aus einem männlichen und zwei weiblichen Teilnehmer:innen. Die durchschnittliche Berufserfahrung lag bei sechs Jahren.

5.2 Durchführung

Die leitfaden-gestützten Expert:inneninterviews orientieren sich am Vorgehen von Meuser und Nagel (2002) und haben zum Ziel, die Zusammenarbeit der interprofessionellen Frühmobilisation zu analysieren und die Chancen und Risiken herauszuarbeiten. „Die Entwicklung eines Leitfadens soll verhindern, dass das Gespräch sich in Themen verliert, die von der Thematik ablenken und erlaubt zugleich dem/der Expert:in, ihre oder seine Sicht der Dinge zu extemporieren“ (Meuser und Nagel, 2022, S. 448). Demnach ist der Interviewleitfaden in Einstieg, Schlüsselfragen mit Rückfragen, Rückblick und einem kurzen Ausblick gegliedert (Siehe Anhang 4).

Der Einstieg in das Interview begann mit der Begrüßung und einer kurzen Einleitung in die Thematik. Anschließend wurde die Einverständniserklärung ausgehändigt und von den Teilnehmer:innen unterschrieben. Nach der Einwilligung war ausreichend Zeit eingeplant, um mögliche Fragen zu klären, bevor die Tonaufnahme startete. Die Interviewfragen waren in eine Einstiegsfrage und fünf weitere Schlüsselfragen gegliedert, die zur Beantwortung der vorab formulierten Forschungsfrage führen sollen. Zudem standen zwei weitere Rückfragen optional zur Verfügung. Nach Beendigung der Fragen fasste die Interviewerin die Antworten zusammen. Es blieb ausreichend Zeit für Fragen und Anmerkungen seitens der Interviewteilnehmer:innen. Danach erfolgte der Ausblick durch weitere Informationen über die Auswertung der Ergebnisse und die Tonaufnahme wurde nach der Verabschiedung beendet. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich vom 18. Juli 2022 bis zum 22. August 2022. Ein Pre-Test erfolgte am 12. Juli 2022. Es wurde besonders darauf geachtet, dass die Interviews in einer ruhigen Atmosphäre stattfinden konnten. Die Anwesenheit dritter Personen wurde vermieden, damit die Befragten nicht in ihrer Meinung beeinflusst werden konnten. Insgesamt fand die Hälfte der Interviews online statt und die andere Hälfte fand ungestört in einem persönlichen Gespräch und einem separaten Raum statt. Die Interviews wurden mittels eines Aufnahmegeräts erfasst. Die Befragungen hatten eine durchschnittliche Dauer von 11,12 Minuten.

5.3 Datenauswertung

Die Ergebnisse der Interviewfragen wurden aus dem zu analysierenden Material entnommen, ohne sich dabei auf vorab formulierte Theoriekonzepte zu beziehen (vgl. Mayring, 2015, S.85). Die Analyse des Textmaterials erfolgte somit durch eine induktive Kategorienbildung nach Mayring (2015). Die Ergebnisse der Literaturrecherche bilden die Wahrnehmung der Zusammenarbeit auf der Intensivstation ab, beziehen sich aber weniger auf die interprofessionelle Frühmobilisation. Diese steht nun im Fokus der Datenauswertung und wird ergänzt durch den Faktor der interprofessionellen Zusammenarbeit. Nach der Durchführung der einzelnen Interviews erfolgte eine Transkription dieser. Dabei orientiert sich die Transkription an den Regeln von Kuckarzt (2014). Die Sprache wird dabei leicht geglättet, wobei die Gesprächssituation weiterhin wortgetreu abgebildet wird. Die Interpunktion orientiert sich an den Regeln der deutschen Rechtschreibung. Die Markierung der Pausen erfolgt durch in Klammer gesetzte Auslassungspunkte. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichung gekennzeichnet und sehr lautes Sprechen wird durch das Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht. Lautäußerungen, wie beispielsweise Zustimmungen der Expert:innen, wurden nicht transkribiert. Für unterstützende oder verdeutlichende Aussagen erfolgte eine Kenntlichsetzung in Klammern (vgl. Kuckarzt, 2018, S. 136ff.). Damit kein Rückschluss auf die befragten Personen möglich ist, wurden diese mit einer fortlaufenden Kodierung, aus einem Buchstaben und Nummer des Interviews gekennzeichnet (z.B. P01). „Diese Kennzeichnung dient der Pseudonymisierung der Befragten“ (Fuß und Karbbach, 2019, S. 76). Die Interviewerin wurde mit den Initialen CA kenntlich gemacht. Im ersten Schritt der Analyse des Materials erfolgte eine Festlegung der Analyseeinheit. In diesem Schritt wurde jede vollständige Aussage eines/ein Gesundheits- und Krankenpfleger:in, beziehungsweise eines Physiotherapeuten oder einer Physiotherapeutin, bezüglich ihrer Erfahrungen der Frühmobilisierung im interprofessionellen Team notiert.

Im Zentrum stand dabei die Entwicklung eines Kategoriensystems. Diese Kategorien wurden in einem Wechselverhältnis zwischen der Fragestellung und den Interviews entwickelt (vgl. Mayring, 2015, S. 61).

Die einzelnen Aussagen wurden im nächsten Schritt paraphrasiert. „Dabei wurden bereits nicht inhaltstragende Textbestandteile fallen gelassen und in eine einheitliche Sprachebene formuliert und anschließend in eine grammatikalische Kurzform gebracht“ (Mayring, 2015, S. 71). Im weiteren Schritt wurde das Abstraktionsniveau, anhand des vorliegenden Materials durch die erste Reduktion bestimmt (ebd.). Am Ende der Reduktionsphase wurde das Ausgangsmaterial nach ca. 30% der Bearbeitung auf Validität überprüft. Dieser Vorgang erfolgte zunächst mit der Gruppe der Gesundheits- und Krankenpflege und danach mit der Gruppe der Physiotherapie. Im vierten und letzten Schritt wurden die Kategorien definiert, sowie Ankerbeispiele und Kodierregeln festgelegt (vgl. Mayring, 2015, S. 98). Durch diese ständige Reduktion der Paraphrasen und Überprüfung der Kodierregeln entstand ein Kategoriensystem. Die Entwicklung der Kategorien wurde verschriftlicht und für die bessere Nachvollziehbarkeit in einem Kodierleitfaden (Siehe Anhang 6) dokumentiert.

6 Ergebnisse

In diesem Teil werden die Ergebnisse der durchgeführten Expert:inneninterviews vorgestellt. Zunächst erfolgt eine tabellarische Darstellung der für die qualitative Inhaltsanalyse erarbeiteten Kategorien und ihre zugehörigen Definitionen. Durch die induktive Kategoriendefinition wurden die Kategorien direkt aus dem Analysegegenstand in einem Verallgemeinerungsprozess abgeleitet, die sich nicht auf vorab formulierte Theoriekonzepte bezieht (Mayring, 2015, S. 85). Dadurch entstanden insgesamt acht Kategorien.

Anhand der Kategorien werden die Ergebnisse genauer beschrieben und mit den entsprechenden Ankerbeispielen belegt. Durch diese Beispielformulierungen werden konkrete Textstellen aufgeführt, die unter die jeweilige Kategorie fallen und als Beispiel dieser Kategorie gelten sollen (Mayring, 2015, S. 97). Eine detaillierte Übersicht und Erläuterung der Kategorien wird im Kodierleitfaden (Siehe Anhang 6) deutlich gemacht. Im folgenden Fließtext werden Aussagen der Physiotherapie mit dem Buchstaben **P** und Aussagen der Gesundheits- und Krankenpflege mit dem Buchstaben **G** gekennzeichnet.

| Kategorie | Definition |
|--|---|
| K1: Interprofessioneller Zusammenhalt und Teamzugehörigkeit | Aussagen, die den Teamzusammenhalt und die Zugehörigkeit zum interprofessionellen Team beschreiben und welche Auswirkungen diese auf die Frühmobilisation hat. |
| K2: Arbeitszufriedenheit | Aussagen, die die Arbeitszufriedenheit im interprofessionellen Team beschreiben und Aussagen, die beschreiben wie zufrieden die Professionen mit der pflegerischen und physiotherapeutischen Frühmobilisation sind. |
| K3: Kommunikation | Aussagen, die die Kommunikation im interprofessionellen Team beschreiben und welchen Einfluss diese auf die pflegerische und physiotherapeutische Frühmobilisation hat. |
| K4: Hierarchische Strukturen | Aussagen, die die hierarchischen Strukturen im interprofessionellen Team deutlich machen und welchen Einfluss diese auf die pflegerische und physiotherapeutische Frühmobilisation nimmt. |
| K5: Organisation und Durchführung einer interprofessionellen Frühmobilisation | Aussagen der Professionen über die Vorbereitung und Durchführung einer interprofessionellen Frühmobilisation. |
| K6: Zuständigkeitsbereiche | Aussagen der Professionen über die eigenen oder interprofessionellen Zuständigkeitsbereiche während einer interprofessionellen Frühmobilisation. |
| K7: Interprofessionelles Lernen | Aussagen über das gegenseitige Lernen. |
| K8: Zeitmanagement | Aussagen der Expert:innen über das Zeitmanagement einer interprofessionellen Frühmobilisation und welche Bedeutung dies für die Mobilisation hat. |

Tabelle 2: Darstellung der Ergebniskategorien

6.1 K1 – Interprofessioneller Zusammenhalt und Zugehörigkeit

Die erste Kategorie beinhaltet alle Textstellen, in denen die befragten Expert:innen Aussagen darüber trafen, die den Teamzusammenhalt auf der Intensivstation beschreiben und welche Bedeutung dieser direkt und indirekt für die pflegerische und physiotherapeutische Frühmobilisation hat. Hierzu wurden von allen Befragten 19 Aussagen getroffen. Elf Aussagen trafen die Physiotherapeut:innen und acht Aussagen die Gesundheits- und Krankenpfleger:innen. Beide Berufsgruppen haben eine positive Einstellung zu der interprofessionellen Zusammenarbeit und fühlen sich dem Intensivteam zugehörig. Dies wird durch folgende Aussage deutlich:

Ich mag das sehr gerne (die Interprofessionelle Zusammenarbeit). Also auf jeden Fall auf der Station, auf der ich eingesetzt bin, gibt es eine gute Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen. Gerade mit der Pflege hat man ja wirklich täglich viele Absprachen. Arbeitet Hand in Hand. Ich versuche natürlich auch deren Tagesablauf zu unterstützen und mich da sinnvoll mit einzuordnen.

(P, Interview 6, Zeile 6-10)

Dennoch kommt es auf den Intensivstationen zu Konflikten im Team, die den Teamzusammenhalt beeinflussen und eine direkte Auswirkung auf die gemeinsame Frühmobilisation haben. Diese Konflikte sind auf die unterschiedlichen Persönlichkeitstypen oder die mangelhafte, beziehungsweise fehlende Kommunikation zurückzuführen. Diese wird sowohl durch die Physiotherapeut:innen, als auch durch die Gesundheits- und Krankenpfleger:innen wahrgenommen.

Dass man sich immer mal mit Einzelnen nicht so gut versteht, ist ja auch ein Problem (lacht). Wenn man irgendwie zwischenmenschlich nicht so gut miteinander klarkommt. Dann muss man, finde ich, sehr, sehr gut sich selbst beruhigen, dass man das jetzt professionell durchzieht, dass es keinen Qualitätsverlust gibt.

(P, Interview 4, Zeile 53-57)

Aber ich glaube natürlich, dass es sehr, sehr unterschiedlich sein kann, je nachdem wer halt so da ist. Und wie die jeweiligen Leute eben eingestellt sind.

(G, Interview 3, Zeile 11-13)

(...) und dann muss man auch als Pflegekraft akzeptieren, dass mal die Physiotherapie was sagt und das ist so ein bisschen generationsabhängig. Manche Pflegekräfte finden das gut und einige, die sind es noch gewohnt, dass die Pflegekraft diejenige ist, die den Patienten betreut und alle anderen eher so unterstützen.

(G, Interview 1, Zeile 90-94)

Für die Physiotherapie ist ein Zugehörigkeitsgefühl zu einem festen Team wichtig. Wenn diese häufig wechseln muss, nimmt sie wahr, dass die Qualität der interprofessionellen Frühmobilisation darunter leidet und die Arbeit dadurch erschwert wird. Dieses wird durch das folgende Zitat verdeutlicht:

Ich finde auf jeden Fall ganz wichtig, dass man eine feste Zugehörigkeit hat zu einer oder mehreren Stationen - auch wir als Therapeuten, dass man sich mit Namen kennt und sich einschätzen kann, dass man wieder seinen Platz findet. Wenn man heute hier und morgen da ist, gehört man nie irgendwo dazu. (...) Da bin ich immer höchst unzufrieden, wenn ich viel springen muss. Man hat ja auch einen eigenen Anspruch an die Qualität oder das Wissen, was man hat. Wenn man da ankommt und selber nicht so genau weiß, was mache ich hier und wie am besten. Dann kann das auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht klappen. Irgendeiner muss schon den Plan haben und wissen, was wollen wir jetzt machen.

(P, Interview 6, Zeile 82 – 91)

Von der Gesundheits- und Krankenpflege wird der Wunsch nach mehreren festen, kleinen und gemeinsamen Teams der Berufsgruppen geäußert, die auch auf formaler Ebene manifestiert sind. Dies würde aus ihrer Sicht die Teamzugehörigkeit auf der Intensivstation noch mehr unterstützen und die Interprofessionalität stärken.

(...) Auch gerade, dass dieser interprofessionelle Gedanke noch mehr gestärkt wird. Dieses „Wir-Gefühl“, dass man wirklich weiß, wir sind jetzt nicht zwei Teams, die zueinanderkommen und miteinander arbeiten, sondern: Wir sind ein Team. Also das was wir fühlen, dass wir das auch formaler sind. Aber da weiß ich, habe ich auch sehr viel Gegenwind, wenn ich das so äußere. Jetzt sind wir noch so viele Säulen, wann sind wir denn eine große Säule?

(G, Interview 1, Zeile 106-112)

Die erste Kategorie zeigt, dass die Teamzugehörigkeit eine wichtige Grundlage der interprofessionellen Frühmobilisation bildet. Die Professionen fühlen sich dem Intensivteam zugehörig und arbeiten gerne im interprofessionellen Team. Obwohl es in manchen Fällen immer wieder zu Konflikten kommt, die einen direkten Einfluss auf die Behandlung haben, lässt sich abschließend feststellen, dass die Teamzugehörigkeit insgesamt gestärkt wird, wenn Physiotherapeut:innen einem festen Team zugeordnet sind.

6.2 K2 - Arbeitszufriedenheit

Diese Kategorie beinhaltet die Aussagen der Befragten, in denen sie beschreiben, wie zufrieden oder unzufrieden sie mit der Arbeit im interprofessionellen Team sind und wie diese Zufriedenheit einen Einfluss auf die interprofessionelle Frühmobilisation hat. Vierzehn Aussagen machten die Expert:innen dazu. Zwei von der Gesundheits- und Krankenpflege und elf von der Physiotherapie.

Die Physiotherapie sieht die interprofessionelle Arbeit als elementaren Bestandteil einer Frühmobilisation auf der Intensivstation.

Als sehr wichtig und fundamentalen Bestandteil von einer Patientenbehandlung ist für mich interdisziplinäre Arbeit sehr wichtig.

(P, Interview 5, Zeile 5-6)

In meiner Wahrnehmung ist es ganz, ganz wichtig interprofessionell zusammenzuarbeiten.

(P, Interview 4, Zeile 12-13)

Weil man jeden Tag ja auch darauf angewiesen ist, dass man mit den anderen Berufsgruppen gut zusammenarbeitet. Denn ich glaube, dass gerade die Mobilisation gar nicht anders funktioniert.

(P, Interview 4, Zeile 5-7)

Die Arbeitszufriedenheit ist bedingt durch einen gegenseitigen Austausch und Unterstützung der verschiedenen Professionen. Die interprofessionelle Arbeit vermittelt während der Behandlung Sicherheit durch die unterschiedlichen Kompetenzen und Erfahrungsbereiche. Gleichzeitig hat die Physiotherapie auch mehr Freude bei der Durchführung frühmobilisierender Maßnahmen, wenn sie mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten kann.

Es vermittelt eine Sicherheit. Es sind immer viele Leute aller Professionen vor Ort, wenn da kritische Patienten sind. Jemand kollabiert, jemand wird reanimationspflichtig. Irgendwas. Sofort ist Hilfe da.

(P, Interview 6, Zeile 49-51)

Auch die Gesundheits- und Krankenpflege ist zufrieden mit der interprofessionellen Zusammenarbeit und nimmt eine angenehme Arbeitsatmosphäre wahr.

Also ich finde es persönlich eigentlich eine schöne Arbeitsatmosphäre.

(G, Interview 3, Zeile 8-9)

Dennoch wünscht sie sich mehr Wertschätzung. Dies lässt sich durch die folgende Aussage belegen:

Manchmal wird das (interprofessionelle Teamzusammensetzung) glaub ich nicht genug gesehen und gewertschätzt. Weil ich finde, man kann eigentlich immer davon profitieren.

(G, Interview 3, Zeile 63-64)

Zufriedener mit der Behandlung sind die Physiotherapeut:innen dann, wenn sie mit anderen Physiotherapeut:innen mobilisieren können. Sie äußern, dass sie die Patient:innen besser an ihre Leistungsgrenzen bringen können, wenn eine weitere physiotherapeutische Fachkraft mit eben diesem Fachwissen aktiv mitwirkt.

Selbst wenn ich mit Kollegen aus anderen Bereichen arbeite, verschiebe ich den Fokus. Aber ich bringe den Patienten nicht optimal an seine Leistungsgrenze und kann nicht das Maximum rausholen. Das heißt, es ist eher eine Notlösung in dem Sinne. Es ist aber auch von den Personen abhängig. Weil über einen gewissen Zeitraum kann ich mir meine Kollegen „erziehen“, dass es funktioniert und harmoniert.

(P, Interview 5, Zeile 49-5)

6.3 K3 - Kommunikation

Die dritte Kategorie beinhaltet alle Aussagen über die Relevanz der Kommunikation im interprofessionellen Team und welchen Einfluss diese auf die pflegerische und physiotherapeutische Frühmobilisation hat. Dazu entstanden insgesamt 13 Aussagen. Zehn stammen von den Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und drei von der Physiotherapie.

Die Gesundheits- und Krankenpflege nimmt die Kommunikation als einen wichtigen Faktor wahr, damit sie interprofessionell mobilisieren können. Dabei kommt es darauf an das gemeinsame Ziel, in Anbetracht der zeitlichen- und strukturellen Ressourcen, zu besprechen und gemeinsam zu entscheiden, wer welche Aufgaben bei der Frühmobilisation übernimmt. Dies gibt sowohl dem/der Patient:in, also auch den einzelnen Teammitgliedern Sicherheit. Dies wird durch folgende Aussagen deutlich:

Dabei ist natürlich wichtig, vorher gemeinsam das Ziel zu überlegen, das alle tragen können, und dass auch Rücksicht darauf genommen wird, was gerade leistbar ist. Einmal natürlich, was von den Patienten leistbar und erwartbar ist aber auch was gerade zeitlich und strukturell möglich ist.

(G, Interview 2, Zeile 17-21)

Also, dass man einmal abspricht, wer, wo am besten darauf achtet.

(G, Interview 2, Zeile - 48)

Für die Physiotherapie ist es ebenso wichtig, das Ziel der Mobilisation unter Einbeziehung des/der Patient:in zu besprechen

Ich glaube, dass es darum geht, gemeinsam zu besprechen, was das Ziel für den Tag ist. Gemeinsam auch mit dem Patienten zu besprechen, was das Ziel sein kann. Gemeinsam zu besprechen, was für das gesteckte Ziel notwendig ist.

(P, Interview 4, Zeile 24-26)

Die Kommunikation bildet somit einen elementaren Bestandteil in der Zusammenarbeit beider Professionen.

6.4 K4 - Hierarchische Strukturen

Diese Kategorie umfasst alle Aussagen der Expert:innen über die hierarchischen Strukturen im interprofessionellen Team. Diese Strukturen nehmen lediglich die Gesundheits- und Krankenpflege wahr. Zu dieser Kategorie entstanden insgesamt sieben Aussagen. Auf der einen Seite wird anerkannt, dass die Arbeit im interprofessionellen Team einen sehr hohen Stellenwert hat und nicht hierarchisch geprägt ist.

Dementsprechend finde ich, dass bei uns sehr respektvoll, absolut nicht hierarchisch gearbeitet wird.

(G, Interview 1, Zeile 17-18)

Dass es (die interprofessionelle Arbeit) bei uns sehr auf Augenhöhe basiert, da wir sehr patientenorientierten und individuellen Blick auf unsere Patienten haben

(G, Interview 1, Zeile 6-7)

Andererseits wünschen sich die Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, dass die hierarchischen Strukturen abgebaut werden, sodass sich alle beteiligten Professionen während der Mobilisation auf einer Ebene begegnen können, ohne dass es zu Unterbrechungen im Mobilisationsprozess kommt. Dies wird durch folgendes Zitat deutlich:

Also ich finde es halt momentan manchmal etwas zu hierarchisch geprägt. Da würde ich mir einfach eine flachere Hierarchie wünschen.

(G, Interview 2, Zeile 83-84)

6.5 K5 - Organisation und Durchführung einer interprofessionellen Frühmobilisation

In dieser Kategorie werden alle Textstellen betrachtet, die die Professionen über die Organisation und Durchführung frühmobilisierender Maßnahmen machen. Diese Kategorie wurde in zwei Untergruppen unterteilt. Zum einen geht es um die Vorbereitung und zum anderen um die Durchführung einer interprofessionellen Frühmobilisation. Zur Vorbereitung wurden insgesamt sieben Aussagen getätigt, vier von der Physiotherapie und vier von der Gesundheits- und Krankenpflege. Zur Vorbereitung der Frühmobilisation gehört die morgendliche Besprechung. Diese findet auf Seiten der Gesundheits- und Krankenpflege im Team mit den Ärzt:innen statt.

Bei uns auf der Station tauschen wir uns jeden Morgen um 08:00 Uhr gemeinsam mit den Ärzten in der Visite aus, wie wir unseren Tag planen und dazu gehört auch die Mobilisation bzw. die physiotherapeutische Behandlung.

(G, Interview 1, Zeile 9-12)

Die Physiotherapie hingegen bespricht sich als erstes im Physiotherapieteam und plant die physiotherapeutischen Behandlungen des Tages. Bei ausreichender Personalstärke können frühmobilisierende Maßnahmen gegebenenfalls im Team, mit einem anderen oder einer anderen Physiotherapeut:in stattfinden.

Wir treffen uns ja morgens. Das physiotherapeutische Intensivteam und wir besprechen uns ja und klären ab, wie die Ressourcen an dem Tag sind. Am liebsten verabrede ich mich dann natürlich mit einer Kollegin oder Kollegen für diese Patienten.

(P, Interview 6, Zeile 24-27)

Außerdem hilft es dem interprofessionellen Team vorab den genauen Tagesablauf der Patient:innen zu kennen, da dies einen Einfluss auf die Uhrzeit und auf die Art der geplanten Mobilisierungsmaßnahmen haben kann.

Das hilft halt ungemein, wenn man den Tagesplan auch weiß. Der Patient hat um 12:00 Uhr MRT oder so, dann kann ich mich darauf einstellen. Oder bei dem ist heute Extubation geplant. Also, wenn viele Hintergrundinformationen kommen.

(P, Interview 6, Zeile 75-78)

Bezüglich der Durchführung einer Mobilisation ist es, besonders für die Gesundheits- und Krankenpflege, von hoher Bedeutung über die Zuständigkeit während einer Frühmobilisation informiert zu sein.

Dadurch steigt die Sicherheit während der Mobilisation.

Bezüglich des Ablaufes ist es wichtig, sich vorher aufzuteilen, wer zum Beispiel vorne oder hinten ist. Wer sichert die Atmung, wenn jetzt ein Tubus vorhanden ist. Oder wer guckt nach den Zugängen, dass man natürlich schaut, wie gut macht der Patient mit und funktioniert das alles, und dass man halt vorher irgendwie guckt. Also ich bin da eher so, dass ich vorher gerne geklärt haben möchte, was wir überhaupt machen wollen und was wir brauchen. Haben wir alles im Zimmer und stimmt der Rahmen.

(G, Interview 3, Zeile 51-56)

Eine interprofessionelle Frühmobilisation wird von Seiten der Physiotherapie bevorzugt dann durchgeführt, wenn die Pflegefachkraft den oder die Patient:in bereits kennt und wenn er oder sie aktiver an der Behandlung teilnehmen kann. Dies entspricht nach dem Ampel-Stufenschema (2019) einer Behandlung ab der Stufe zwei. Ansonsten wird diese Art der Behandlung, in der die Gesundheits- und Krankenpflege nur die assistierende Rolle einnimmt, nicht als zufriedenstellende Behandlung betrachtet. Um im Sinne der physiotherapeutischen Behandlung zu mobilisieren, wäre ein anderer oder eine andere Physiotherapeut:in nötig. Dies wird durch folgende Aussage deutlich:

Am liebsten mache ich das mit Patienten, die ich auch alleine schon zum großen Teil händeln und bewegen kann. Patienten, die ich kenne, wo ich weiß, was ich mir selber zutrauen kann und wo ich dann mal nur einen Assistenten brauche, zum Beispiel am Ende zum Transfer in den Sessel oder so. Also eine richtige Behandlung gibt es nicht für Patienten, die eben noch so schwer betroffen sind. Ganz inaktiv, keine Rumpf-Kopfkontrolle, Beatmung usw. So eine richtige Behandlung ist das nie. Das ist was anderes. Dafür bräuchte ich dann einen Kollegen und die Zusammenarbeit mit der Pflege, das mache ich dann, wenn es keine Ressourcen gibt. Wenn ich absolut keine Hilfe bekomme, dann ist das Plan B.

(Interview 6, Zeile 17-29)

6.6 K6 - Zuständigkeitsbereiche

Diese Kategorie beinhaltet die Ergebnisse der Aussagen der Professionen über die eigenen oder interprofessionellen Zuständigkeitsbereiche während einer interprofessionellen Frühmobilisation. Diese Kategorie beinhaltet mit fünfundzwanzig Textstellen die meisten Aussagen. Eine Frühmobilisation erfolgt nach Absprache mit dem oder der behandelnde:n Ärzt:in. Der/Die Ärzt:in hat somit die Zuständigkeit eine Frühmobilisation anzuordnen und Angaben zur Belastbarkeit des/der Patient:in zu geben. Ohne die Anordnung und Rücksprache findet keine Mobilisation statt und sie wird auch nicht von der Gesundheits- und Krankenpflege oder Physiotherapie angeordnet.

Da sind wir von der Pflege darauf angewiesen, ob die Ärzte uns sagen, ob der Patient zum Beispiel Bettruhe hat, weil Emboliegefahr oder ähnliches besteht. Darauf sind wir einfach angewiesen.

(G, Interview 2, Zeile 60-62)

Ich bin abhängig davon, dass die Ärzte einschätzen können, ob die Mobilisation so von statten gehen kann, dass die mir auch Hinweise geben zur Belastbarkeit des Patienten und noch andere Sachen.

(P, Interview 4, Zeile 7-9)

Die Pflege hat unterschiedliche Zuständigkeiten während der Frühmobilisation. Zum einen sieht sie ihre Aufgaben eher in der unterstützenden Rolle, indem sie zum Beispiel das Patient:innenzimmer vorbereitet.

Als weitere Aufgaben während der Frühmobilisation würde ich die Vorbereitung der Patienten nennen. Also sowohl den Ort als auch den Patienten schon vorbereiten.

(G, Interview 1, Zeile 37-38)

Während der Behandlung halte ich mich persönlich immer sehr zurück, weil ich mich eher als unterstützende Kraft sehe und ein bisschen als Sicherheit, da ich intervenieren kann, wenn was mit dem Patienten nicht stimmt. Sei es Vitalparameter oder Schmerzen, oder dass der Beatmungsschlauch plötzlich abgeht.

(G, Interview 1, Zeile 47-50)

Die Pflege unterstützt die Frühmobilisation, indem sie auf den/die Patient:in achtet und die Vitalparameter überprüft aber auch einen Blick dafür hat, wie es dem/der Patient:in insgesamt geht. Außerdem achtet sie während der Mobilisation auf die Zugänge und übernimmt pflegerische Aufgaben wie die Entfernung des Speichels oder achtet auf die richtige Lagerung. Eine wichtige Aufgabe ist außerdem, vorher auf genügend Analgesie zu achten.

Also ich schaue auf die Lagerung. Darauf, dass die Kabel sortiert sind, dass der Patient vorher ausreichen Analgesie bekommen hat und wir sofort loslegen können.

(G, Interview 1, Zeile 41-43)

Ich kann als Intensivpflegekraft gut den Patienten beobachten, kann einschätzen, wie weit geht es und wann hört es auf. Anhand der Vitalparameter aber auch anhand der Beobachtung: Hautfarbe, Blick, Schweiß.

(G Interview 1, Zeile 31-33)

Meine Aufgabe sehe ich da eher darin, dann zu Beispiel auf Zugänge zu achten. Gerade bei beatmeten Patienten ist es nicht immer ganz so einfach darauf zu achten, ob jetzt irgendwo Zug an irgendeiner Leitung ist oder an den Zugängen ist und dann halt auch darauf zu achten, ob der Patient vielleicht abgesaugt werden muss. Passt es mit der Beatmung gerade noch. (...). Oder auch gerne mal dem Patienten nach oder während der Mobilisation halt Speichel wegzumachen, wenn der Patient vorher gelegen hat.

(G, Interview 2, Zeile 39-45)

Die Physiotherapeut:innen sehen ihre Aufgaben während der Frühmobilisation darin den/die Patient:in in ihrer oder seiner physiologischen Entwicklung zu unterstützen und dafür Sorge zu tragen, dass sich sein oder ihr Zustand nicht verschlechtert, indem Prophylaxen abgedeckt werden. Außerdem sehen sie sich als wichtige Ansprechperson, wenn es darum geht die Erfolge zurückzumelden.

Primärer Fokus ist natürlich der physiotherapeutische Behandlungsaspekt. Also Prophylaxen, Mobilisation, ADL-spezifische Fortschritte dem Patienten anzugeben.

(Interview 5, Zeile 13-15)

Also primär natürlich in der Mobilisation, Prophylaxen aber auch für den Patienten ein wichtiger Ansprechpartner, den Patienten in seiner physiologischen und normalen Entwicklung zu unterstützen.

(P, Interview 5, Zeile 8-10)

Ich glaube, da sehe ich auch meinen Schwerpunkt, in der Atemtherapie und Mobilisation.

(P, Interview 4, Zeile 19-20)

Die Physiotherapie lernt durch die interprofessionelle Behandlung Kompromisse zu finden und sich auf die anderen Professionen einzulassen. Außerdem werden dadurch physiotherapeutische Behandlungsmethoden mit pflegerischen Tätigkeiten verknüpft.

Ich sehe die Physiotherapie darin, die Patienten wieder an die Mobilität und die eigenen Funktionen zu bekommen. Und gleichzeitig mir die Hilfe, die ich von den Kollegen bekomme, zu nehmen und in die Alltagsprozesse zu integrieren. Das heißt auch pflegerische Tätigkeiten mit ADL zu verknüpfen, dass wir so zusammen den Patienten voran bekommen.

(P, Interview 5, Zeile 30-35)

6.7 K7 – Interprofessionelles Lernen

Durch die interprofessionelle Mobilisation können die beteiligten Professionen voneinander lernen und diese neu erlernten Fähigkeiten können anschließend auf die interprofessionelle Frühmobilisation übertragen werden. Unter anderem können die Berufsgruppen gut voneinander profitieren, weil sie jeweils eine andere Sicht auf den/die Patient:in haben und ein gegenseitiges Lernen entsteht.

Also ich lerne unglaublich viel von der Physiotherapie. Die Physiotherapie lernt durch mich oder durch uns.

(G, Interview 1, Zeile 70-72)

Man hat sehr unterschiedliche Ausbildungen genossen, einen sehr unterschiedlichen Fokus und jeder sieht den Patienten auf eine unterschiedliche Art und Weise und auch die Möglichkeiten, oder die Ressourcen des Patienten. Es ist einfach schöner, wenn man den Patienten aus mehreren Blickwinkeln betrachten kann und unterschiedliche Meinungen zusammen abgleichen und absprechen kann.

(G, Interview 2, Zeile 52-56)

Dann genieße ich, dass man auch jederzeit Fragen stellen kann. Dinge, die mich verwundern. Irgendwas, was ich gerade nicht verstehe. Das sind ja von den Intensivpflegekräften auch viele, die wirklich sehr gut ausgebildet sind mit Fachweiterbildung, die da echt Ahnung von haben und die einem Zusammenhänge gut mal eben erklären können.

(P, Interview 6, Zeile 54-58)

Es wird aber auch als Herausforderung angesehen, die unterschiedlichen Sichtweisen der Frühmobilisation zielführend zusammenzubringen. Die Physiotherapie, sowie die Gesundheits- und Krankenpflege, wünscht sich unter anderem gemeinsame, interne Fortbildungen.

Also auffällig ist schon, dass jeder eigentlich einen anderen Schwerpunkt und Fokus hat. Man versucht diese verschiedenen Foki auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen.

(P, Interview 5, Zeile 23-25)

Wenn ich an Schulungen und Fortbildungen denke, das muss noch größer werden. Aber, dass man zum Beispiel, dass ein Physiotherapeut eine halbe Stunde auf der Station hat und man noch was zu Dekubitusprophylaxe lernt oder bestimmte Handgriffe beigebracht bekommt, dass man so ein bisschen mehr Interesse füreinander aufbringt und Verständnis.

(G, Interview 3, Zeile 77-82)

6.8 K8 – Zeitmanagement

Die letzte Kategorie beinhaltet alle Aussagen, die die Expert:innen über das Zeitmanagement während der frühmobilisierenden Maßnahmen machen und welche Auswirkungen diese auf die gemeinsame Behandlung hat. Wenn eine interprofessionelle Frühmobilisation durchgeführt wird, muss erstmal Zeit in die Absprachen investiert werden. Die Gesundheits- und Krankenpflege wünscht sich, dass die Absprachen fest in den Tagesablauf integriert werden.

Dass man halt nicht um die Minuten, die es zur Absprache braucht, erstmal kämpfen muss und dann anderswo Abstriche machen muss, dass das Ganze auch gefördert wird, und dass es mehr in den Tagesablauf integriert wird.

(G, Interview 2, Zeile 85-88)

Die zeitlichen Kapazitäten sind bei beiden Berufsgruppen begrenzt. So registriert die Physiotherapie, dass die Pflege während der Behandlung noch andere Aufgaben zu leisten hat, die währenddessen anfallen und sich somit nicht komplett auf die Behandlung konzentrieren kann.

Außerdem nehme ich wahr, dass die Pflege nicht so richtig die Zeit dafür hat in die Behandlung zu gehen. Es passiert ständig was für die Pflege, zum Beispiel braucht jemand eine pflegerische Maßnahme. Die Pflege hat gar nicht die Zeit dafür, die Behandlung mit mir für 30 Minuten durchzuführen, sondern nur vielleicht zehn Minuten, weil sie einfach andere Aufgaben hat in diesem Moment.

(P, Interview 6, Zeile 42-47)

Also auch da glaube ich sind einfach oft Zeitmangel und Personalmangel ein Faktor. Es gibt einfach so viele Nebenaufgaben von den anderen Berufsgruppen. Auch von mir und man hat gar nicht die Zeit dafür, das zu schaffen.

(P, Interview 4, Zeile 50-53)

Beide Berufsgruppen wünschen sich einen höheren Personalschlüssel auf der Intensivstation, damit sie dadurch mehr Zeit für die interprofessionelle Frühmobilisation haben.

Wäre halt schöner, wenn man sowohl mehr Ärzte als auch Pflegende, als auch mehr Physiotherapeuten hätte. Dann wäre das sicherlich weniger problematisch.

(G, Interview 2, Zeile 73-74)

7 Auswertung - Chancen- und Risiken

Die Ergebnisse der Expert:inneninterviews zeigen multiple Faktoren auf, welche die interprofessionelle Frühmobilisation in einem intensivmedizinischen Setting sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können. Die unterschiedlichen Aspekte wurden durch die acht entwickelten Kategorien thematisch beschrieben und eingeordnet. Daraus leiten sich im Folgenden die Chancen und Risiken einer interprofessionellen Frühmobilisation ab. Im Durchschnitt wurden 14,5 Aussagen pro Kategorie getroffen. Mit fünfundzwanzig Äußerungen erhielt die Kategorie 6 über die *Zuständigkeitsbereiche vor, während und nach einer gemeinsamen Mobilisation* die meisten Aussagen. Die Kategorie 4 *Hierarchische Strukturen* beinhaltet hingegen nur sieben Aussagen.

Der interprofessionelle Zusammenhalt und die Zugehörigkeit zum Intensivteam bilden eine elementare Säule der Frühmobilisation und stützen das Teamgefüge. Aus der Studie von Ntigan und van Aswegen (2020) ging bereits hervor, dass die Zusammenarbeit durch die gegenseitige Unterstützung der Teammitglieder nachhaltig verbessert wird und dies insgesamt zu mehr gegenseitiger Anerkennung führt und auch die positive Einstellung zueinander stärkt. Diese positive Einstellung führt dazu, dass die interprofessionelle Frühmobilisation, auch bei bestehenden Konflikten im Team, eine sichere Behandlung für den/die Patient:in bleibt. In Anlehnung an die durchgeführten Interviews ist es auf Seiten der Physiotherapie wünschenswert häufige Personalrotationen zu vermeiden, um feste Teamstrukturen zu etablieren und somit einen hohen Standard der Behandlung zu gewährleisten und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Ein höherer Personalschlüssel ist Grundvoraussetzung, um dem häufigen Personalwechsel entgegenzuwirken und personelle Engpässe abzufedern. Auf struktureller Ebene ist es sinnvoll, die Teammitglieder aus unterschiedlichen Berufsgruppen mit ihren jeweiligen Verantwortlichkeiten klar zu definieren. Auf der anderen Seite ist zu beachten, dass ein wechselndes Team die Flexibilität fördert und neue Impulse aufgegriffen werden, und eine professionelle Arbeitsqualität sichert. (vgl. Böhret *et al.*, 2006)

Die interprofessionelle Zusammenarbeit hat einen direkten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit. Diese wurde von beiden Berufsgruppen als positiv wahrgenommen. Eine gelungene Vernetzung der unterschiedlichen Kompetenzen führt zu einer umfassenden Behandlung des/ Patient:in. Es wird ein ganzheitliches Bild des/der Patient:in entwickelt, um darauf aufbauend bestmöglich therapieren zu können. Durch eine erfolgreiche Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen während einer Frühmobilisation wird das Sicherheitsgefühl der Therapierenden sowie des/der Patient:in erhöht und die Arbeitszufriedenheit positiv beeinflusst. Wird die Zusammenarbeit jedoch nicht als harmonisch empfunden, kann es zu Beeinträchtigungen im Behandlungsprozess kommen. Die Arbeitszufriedenheit sinkt. Durch eine Anhebung des Personalschlüssels ergeben sich Spielräume in der Teamzusammensetzung, so dass funktionierende Teams gebildet werden können.

Die Vernetzung der Kompetenzbereiche kann durch interne, sowie externe Fortbildungen gefördert werden. Aus den Ergebnissen der Expert:inneninterviews geht hervor, dass sich die Physiotherapie und die Gesundheits- und Krankenpflege gleichermaßen Fortbildungen wünschen. Sie sehen hier Potenzial die interprofessionelle Frühmobilisation zu verbessern und somit die Arbeitszufriedenheit weiter zu erhöhen. Idealerweise sollte dieser Austausch bereits im Rahmen gemeinsamer Ausbildungs- oder Studieninhalte angestrebt werden und kann somit direkt, während der Ausbildungszeit, die Basis für das interprofessionelle Handeln schaffen. Aus der Studie von Ntigan und van Aswegen (2020) ging außerdem hervor, dass die Physiotherapie wahrnehme, dass die Pflege ohne sie keine Frühmobilisation durchführen würde. Interne Schulungen haben laut Nydhal et al. (2016) gezeigt, dass sich die Gesundheits- und Krankenpflege durch Kompetenzerweiterung, eher zutrauen würden ein/e Patient:in zu mobilisieren. Die Befragung machte zudem deutlich, dass die Physiotherapeut:innen sich bei vorhandenen personellen Ressourcen eher dafür entscheiden würden, mit anderen Physiotherapeut:innen, anstatt mit Fachkräften der Pflege, zu mobilisieren. Die Anhebung des Personalschlüssels würde eine gelegentliche Doppelbesetzung der Physiotherapeut:innen ermöglichen. Eine weitere Möglichkeit wäre es, das Pflegepersonal physiotherapeutisch fort- und weiterzubilden. Diese Einbindung stärkt zudem den Teamgedanken und kann zur Arbeitszufriedenheit beitragen.

Das Kommunikationsverhalten wird als entscheidend angesehen und bildet im Ampel-Stufen-Schema des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (2019) die Grundvoraussetzung für eine gemeinsame Entscheidung über frühmobilisierende Maßnahmen. Um die Mobilisationsstufe tagesaktuell festzulegen, bedarf es fest integrierter Strukturen und regelmäßiger Absprachen im Tagesablauf (vgl. Nydhal et al., 2016). Aus den Ergebnissen der Expert:inneninterviews geht jedoch hervor, dass die morgendliche Besprechungen zwischen dem Fachpersonal der Gesundheits- und Krankenpflege mit dem diensthabenden Arzt oder Ärztin stattfindet. Die Physiotherapeut:innen nehmen an diesen Besprechungen nicht teil und besprechen sich innerhalb ihres eigenen Teams. Fest integrierte interprofessionelle Absprachen im Tagesablauf können als Chance angesehen werden, den Prozess der Frühmobilisation für alle Professionen zu erleichtern und somit das Ampel-Stufen-Schema erfolgreicher umzusetzen. Um den Mobilisierungsprozess für alle Beteiligten transparenter zu gestalten, sollten alle Berufsgruppen anwesend sein und die Besprechung fest im Stationsalltag integriert werden. Die Besprechungen sollen die Zielsetzung der Mobilisation gemäß des Ampel-Stufeschemata (2019), die Mobilisierungs- und Patientenziele, sowie den individuellen Tagesablauf des/der Patient:in berücksichtigen.

Nicht nur während der Besprechungen sind offene Kommunikationswege und aktives Zuhören wichtig, sondern erleichtern insbesondere die gemeinsame Arbeit an der Patientin oder dem Patienten. Alle Beteiligten sind so über Ablauf und Zuständigkeit während der Maßnahmen informiert, so dass eine erfolgreiche und sichere Frühmobilisation gelingen kann.

Neben den Zuständigkeiten während der konkreten Maßnahmen bedarf es einer klaren Zuweisung der übergeordneten Verantwortlichkeit und Anordnung der Frühmobilisation. Dabei entsprechen die Aussagen bezüglich der Zuständigkeitsbereiche nur teilweise den Ergebnissen der Literaturrecherche. Die Anordnung zur Frühmobilisation wird laut den Expert:inneninterviews, im Gegensatz zur Studie von Nydhal et al. (2016), ausschließlich den Ärzt:innen verortet. Der Konsens bezüglich der Zuständigkeit einer Verordnung frühmobilisierender Maßnahmen und den damit verbundenen medizinischen Anweisungen bietet den beteiligten Professionen einen sicheren Rahmen der durchzuführenden Maßnahmen. Analog zur Studie von Nydhal et al. (2016) berichtete das Pflegepersonal, dass sie

sich in der unterstützenden Rolle sehen und beispielsweise die Beatmung während der Mobilisation anpassen. Somit kann sich die Physiotherapie auf die Behandlung konzentrieren. Die starre Rollenverteilung kann in kritischen Situationen allen beteiligten Professionen Sicherheit vermitteln die Behandlung durchzuführen, ohne den/die Patient:in zu gefährden. Außerdem wird somit das spezifische Fachwissen der Professionen effizient genutzt und eingesetzt.

Aus der Organisationsstruktur eines Krankenhausbetriebes und den damit verbundenen Zuweisungen von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten ergeben sich hierarchische Strukturen. Laut der Studie von Nydhal et al. (2016) kann der Frühmobilisierungsprozess durch hierarchische Anweisungen aber unterbrochen werden. Dies konnten die Expert:inneninterviews nicht bestätigen. Die Befragung hat gezeigt, dass die Gesundheits- und Krankenpflege mehrheitlich flache Strukturen wahrnimmt und sich auf einer Ebene begegnet wird. Genaue Anweisungen während der Frühmobilisierung sind, im Sinne des/der Patient:in, unumgänglich solange sie den Arbeitsprozess nicht unterbrechen.

Störungen im Behandlungsprozess können auch auftreten, wenn das medizinische Pflegepersonal parallel andere Aufgaben erledigen muss. Die Unterbrechung der Maßnahmen kann möglicherweise die Patient:innensicherheit gefährden und die Therapiezeit wird nicht effizient genutzt. Da die zeitlichen Kapazitäten bei beiden Berufsgruppen begrenzt und eng getaktet sind, wünschen sich die Interviewpartner:innen einen höheren Personalschlüssel. Somit hätten beide Professionen mehr Zeit sich auf die Behandlung zu konzentrieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die interprofessionelle physiotherapeutische- und pflegerische Behandlung auf der Intensivstation mehr Chancen als Risiken birgt. Als positiv wird angesehen, dass die Professionen insgesamt eine anerkennende Einstellung zum Intensivteam haben und damit das Fundament der erfolgreichen interdisziplinären Zusammenarbeit bilden. Grundsätzlich bestätigen die Expert:innen eine hohe Arbeitszufriedenheit und empfinden, dass die verschiedenen medizinischen Berufsgruppen bei frühmobilisierenden Maßnahmen professionell und sicher kooperieren.

Die genannten Faktoren könnten nachhaltig verbessert werden, indem die Rahmenbedingungen im Gefüge der Krankenhausorganisation angepasst werden. Allen voran die Erhöhung des Personalschlüssels um die Patient:innensicherheit zu gewährleisten und die Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen optimal zu fördern und kooperative Zusammenarbeit zu stärken.

8 Fazit

Die vorliegende Bachelorthesis gibt einen Einblick in die Organisationsstrukturen einer interprofessionellen Frühmobilisation zwischen der Physiotherapie und Gesundheits- und Krankenpflege auf Intensivstationen in Deutschland und zeigt, wie die Beteiligten die Interprofessionalität in ihrem Arbeitsumfeld wahrnehmen.

Kritisch anzumerken ist, dass die gewählte Stichprobe klein war und sich somit keine allgemeingültigen Aussagen treffen lassen. Jedoch deckt sich ein Großteil der Äußerungen der Expert:innen mit den betrachteten Studien von Ntigan und van Aswegen (2020) und Nydhal et al. (2016). Zudem trafen die Beteiligten in vielen Bereichen übereinstimmende Aussagen. Um noch aussagekräftigere Ergebnisse zu erhalten, wäre eine größere Stichprobe hilfreich und eine weitere Ausdifferenzierung der Fragestellung förderlich, aus der sich noch präzisere Antworten ableiten lassen und die Chancen und Risiken weiter aufzeigen. Dennoch lässt sich aus den Ergebnissen schließen, dass eine gute Basis der interprofessionellen Zusammenarbeit bereits existiert und als überwiegend positiv empfunden wird. Die verschiedenen Berufsgruppen akzeptieren und respektieren ihre unterschiedlichen medizinischen Kompetenzbereiche. Dennoch ergibt sich aus den Interviews, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit weiter gefördert werden könnte, wenn die Rahmenbedingungen an die Anforderungen angepasst würden. Als zentrale Lösungsmöglichkeit wird in dieser Bachelorthesis die Erhöhung des Personalschlüssels angeführt. Die Anpassung könnte, insbesondere in den Bereichen des Zeitmanagements sowie den Organisationsstrukturen eine große Entlastung zur Folge haben, indem individueller auf die Bedürfnisse des/der Patient:in eingegangen werden kann.

Die Veränderung der Strukturen wird den einzelnen Krankenhauseinrichtungen allein nicht gelingen. Deshalb ist es besonders begrüßenswert, dass diese Gegenstand des

gegenwärtigen politischen Diskurses im Rahmen der Krankenhausreformen sind. Es bleibt zu hoffen, dass sich daraus entsprechende strukturelle Veränderungen hinsichtlich Kosten und Personalressourcen ergeben. Dies würde die Arbeitszufriedenheit des medizinischen Fachpersonals weiter steigern, die Arbeitsqualität erhöhen und somit eine sichere und somit kompetente interprofessionelle Zusammenarbeit in einer für den Patienten kritischen Lebenssituation begünstigen. In ihrem individuellen Rahmen können Krankenhäuser aber schon heute, im Sinne des interprofessionellen Lernens, Fortbildungsangebote für das medizinische Fachpersonal schaffen beziehungsweise bestehende ausbauen. In diesen Angeboten kann ein gegenseitiger Austausch bezüglich der frühmobilisierenden Maßnahmen gefördert werden, sodass mehr Sicherheit während der Frühmobilisation entsteht und alle Beteiligten sich in ihrer Rolle als kompetent wahrnehmen. Denn je fachkundiger die Teams zusammenarbeiten, desto besser und nachhaltiger können die positiven Effekte der Frühmobilisation die Patienten in ihren individuellen Rehabilitationsprozessen unterstützen und gleichzeitig das Teamgefüge fördern.

9 Literaturverzeichnis

'001-012I_S3_Analgesie-Sedierung-Delirmanagement-in-der-Intensivmedizin-DAS_2021-08.pdf' (2015) https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-012I_S3_Analgesie-Sedierung-Delirmanagement-in-der-Intensivmedizin-DAS_2021-08.pdf (5 September 2022).

Barandun Schäfer, *et al.* (2009) '[Translation of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) for use in German Swiss intensive care units]', *Pflege*, <https://doi.org/10.1024/1012-5302.22.1.7>. (12.Dezember 2022)

Bein, T. *et al.* (2015) 'Kurzversion S2e-Leitlinie – „Lagerungstherapie und Frühmobilisation zur Prophylaxe oder Therapie von pulmonalen Funktionsstörungen“', <https://doi.org/10.1007/s00101-015-0060-4>. (12.Dezember 2022)

Bein, T. *et al.* (no date) 'S2e-Leitlinie: „Lagerungstherapie und Frühmobilisation zur Prophylaxe oder Therapie von pulmonalen Funktionsstörungen" Revision 2015 – gültig bis 04/2019', (01. Juni 2022)

Bogner, A., Littig, B. and Menz, W. (2014) *Interviews mit Experten*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. Available at: <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19416-5>.(10. Juni 2022)

Bohrer, T. *et al.* (2002) 'Wie erleben allgemein chirurgische Patienten die Intensivstation? Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie: Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie', <https://doi.org/10.1007/s00104-002-0471-z>.(10.Juni.2022)

Böhret, C. *et al.* (2006) *Personalrotation in der Praxis: Konzepte, Konflikte, Konsequenzen*. Speyer: Deutsches Forschungsinstitut für Öffentliche Verwaltung (Speyerer Forschungsberichte, 246).

Chahraoui, K. *et al.* (2015) 'Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study', *Journal of Critical Care*, <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.02.016>.(15.Juni 2022)

Fuß, S. and Karch, U. (2019) *Grundlagen der Transkription: eine praktische Einführung*. 2. Auflage. Opladen Toronto: Verlag Barbara Budrich (UTB Sozialwissenschaften, 4185).

Jacobs, K. *et al.* (eds) (2020) *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Available at: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58935-9>. (15.Juni 2022)

Kuckartz, U. (2018) *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).

- Mayring, P. (2015) *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim Basel: Beltz.
- Meuser, M. and Nagel, U. (2002) 'ExpertInneninterviews — vielfach erprobt, wenig bedacht', in A. Bogner, B. Littig, and W. Menz (eds) *Das Experteninterview*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, https://doi.org/10.1007/978-3-322-93270-9_3.(08. September 2022)
- Netzwerk Frühmobilisierung *et al.* (2016) 'Frühmobilisierung: Zuständigkeiten, Verantwortungen, Meilensteine', *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, <https://doi.org/10.1007/s00063-015-0073-4>.(16. Juni 2022)
- Ntinga, M.N. and van Aswegen, H. (2020) 'Physiotherapists' perceptions of collaborations with inter-professional team members in an ICU setting', *Southern African Journal of Critical Care*, 36(2), <https://doi.org/10.7196/SAJCC.2020.v36i2.431>.(03.Juli 2022)
- Nydahl, P. *et al.* (2016) 'Frühmobilisierung: Zuständigkeiten, Verantwortungen, Meilensteine', *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, <https://doi.org/10.1007/s00063-015-0073-4>., (03. Juli 2022)
- Nydahl, P. *et al.* (2017) 'Algorithmen zur Frühmobilisierung auf Intensivstationen', *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, <https://doi.org/10.1007/s00063-016-0210-8>
- Riessen, R. *et al.* (2011) 'Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit auf der Intensivstation', *Intensivmedizin und Notfallmedizin*, <https://doi.org/10.1007/s00390-010-0242-x>.(12.Dezember 2022)
- Schweickert, W.D. *et al.* (2009) 'Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial', *The Lancet*, 373(9678), [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60658-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60658-9).(03. Juni 2022)
- Sommers, J. *et al.* (2015) 'Physiotherapy in the intensive care unit: an evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommendations', *Clinical Rehabilitation*, <https://doi.org/10.1177/0269215514567156>.(04.Juni 2022)

Anhangsverzeichnis

| | |
|---|-----|
| Anhang 1: Tabellarische Darstellung der Studien | A2 |
| Anhang 2: Informationsschreiben | A3 |
| Anhang 3: Einverständniserklärung | A5 |
| Anhang 4: Interviewleitfaden..... | A6 |
| Anhang 5: Transkribierte Interviews..... | A8 |
| Anhang 5.1: Transkript Interview 1 | A8 |
| Anhang 5.2: Transkript Interview 2 | A12 |
| Anhang 5.3: Transkript Interview 3 | A15 |
| Anhang 5.4: Transkript Interview 4 | A18 |
| Anhang 5.5: Transkript Interview 5 | A21 |
| Anhang 5.6: Transkript Interview 6 | A25 |
| Anhang 6: Kodierleitfaden..... | A29 |

Anhang 1: Tabellarische Darstellung der Studien

| Titel der Studie | Land | Zeitpunkt | Messinstrument | Stichprobe | Ziel |
|---|-------------|-----------|-------------------------------------|------------|---|
| Physiotherapists perceptions of collaborations with inter-professional team members in an ICU setting (Ntinga, M. N. und van Aswegen, H) | Südafrika | 2020 | Semistrukturierte Gruppeninterviews | n=39 | Identifizieren von Barrieren und Fördern der Interaktion von Physiotherapeut:innen mit interprofessionellen Teammitgliedern auf der Intensivstation für Erwachsene. Identifizierung von Lösungen für die Barrieren und Feststellung, ob sich die Wahrnehmung der Interaktion mit den Teammitgliedern der Intensivstation zwischen jungen und älteren Physiotherapeut:innen unterscheidet. |
| Frühmobilisierung, Zuständigkeit, Verantwortungen, Meilensteile (Nydahl et al.) | Deutschland | 2014 | Autorisierte Umfrage | n=102 | Herauszufinden, wer die Frühmobilisierung auf einer Intensivstation initiiert, durchführt und dokumentiert. |

Anhang 2: Informationsschreiben

Informationsschreiben zum Interview

Carina Appels

Kontakt: Carina.Appels@haw-hamburg.de

Schönen guten Tag,

im Rahmen meines Studiums „Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management“ an der HAW Hamburg schreibe ich meine Bachelorarbeit zum Thema:

**Interprofessionelle physiotherapeutische und pflegerische Behandlung -
Am Beispiel der Frühmobilisation von Patient:innen auf der Intensivstation.**

Vorweg freue ich mich über Ihr Interesse an meinem Forschungsvorhaben. Damit können Sie einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung der interprofessionellen Arbeit zwischen der Physiotherapie und Gesundheits- und Krankenpflege beitragen.

Mit diesem Informationsschreiben möchte ich Ihnen einen kurzen Überblick zum Ziel und Ablauf des geplanten Forschungsvorhabens geben. Sollten Sie weitere Fragen haben, so stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Ziel

Das Ziel meines Forschungsvorhabens ist es, **Expert:inneninterviews gemeinsam mit der Berufsgruppe der Physiotherapie und Gesundheits- und Krankenpflege** zu dem Thema der interprofessionellen physiotherapeutischen und pflegerischen Behandlung am Beispiel der Frühmobilisation von Patient:innen auf der Intensivstation durchzuführen. Es soll Ihre persönliche Wahrnehmung bezüglich der interprofessionellen Frühmobilisation abgebildet und sichtbar gemacht werden, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und die Patient:innenversorgung zu optimieren.

Ich erachte es als wichtig, Ihre persönliche Sichtweise und Erfahrungen kennenzulernen, da Sie als Physiotherapeut:in oder Gesundheits- und Krankenpfleger:in im Krankenhaus täglich einen unmittelbaren Bezug zu dieser Thematik haben.

Das Interview wird in Ton aufgezeichnet und danach von mir in Schriftform gebracht. Für die weitere Auswertung des Interviews werden alle Angaben, die zur Identifizierung der Person führen können, verändert oder entfernt. Nach Beendigung der Forschungsvorhabens werden alle Kontaktdaten automatisch gelöscht.

Ablauf des Interviews

- Interviewleiterin: Carina Appels
- Das Interview wird nach Ihrer Absprache entweder persönlich oder online stattfinden
- Das Interview ist für 20 Minuten geplant
- Der Umfang der Interviews umfasst 4-6 Fragen
- Carina Appels beginnt das Interview mit einer Begrüßung, ab diesem Zeitpunkt beginnt die Aufnahme
- Kurze Vorstellung der Teilnehmenden
- Durchführung des Interviews
- Carina Appels beendet das Interview mit der Verabschiedung und beendet die Aufnahme

Ich würde mich freuen, wenn ich Ihr Interesse geweckt habe und Sie an dem Interview teilnehmen würden.

Anhang 3: Einverständniserklärung

Zur Teilnahme an der Bachelorarbeit

Interprofessionelle physiotherapeutische und pflegerische Behandlung - Am Beispiel der Frühmobilisation von Patient:innen auf der Intensivstation.

| | |
|---|--|
| Kontaktinformationen Teilnehmerin/des Teilnehmers | |
| Nachname | |
| Vorname | |

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Experteninterview teilzunehmen.

Über den Ablauf, das Ziel und den Rahmenbedingungen des Forschungsvorhabens zur Bachelorarbeit, wurde ich von Carina Appels sowohl schriftlich als auch mündlich informiert. Das Informationsschreiben für die Teilnahme habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Außerdem hatte ich für Rückfragen ausreichend Möglichkeiten.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und meine Angaben aus der Befragung pseudonymisiert² verwendet werden. Zudem bin ich damit einverstanden, dass bei einer Veröffentlichung der Ergebnisse, durch die Anonymisierung kein Rückschluss auf meine Person durch Dritte möglich sein wird. Hiermit erlaube ich eine Aufnahme in Ton des geführten Interviews. Die wissenschaftliche Auswertung des Interviews erfolgt durch Carina Appels.

Ich wurde darüber in Kenntnis gesetzt, dass meine Teilnahme an der Forschungsarbeit freiwillig ist und ich diese jederzeit beenden kann, ohne dabei Gründe anzugeben und das aus einer Nicht-Teilnahme keine Nachteile für mich entstehen.

Unter den gegebenen und erläuterten Voraussetzungen, die in diesem Informationsblatt erläutert werden, erkläre ich mich mit folgender Unterschrift einverstanden, an der Forschungsarbeit teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers

Ort, Datum

Unterschrift Carina Appels

² Nach § 3 Abs. 6a BDSG ist Pseudonymisieren „das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.“

Anhang 4: Interviewleitfaden

Experteninterview

Forschungsfrage

Was sind die Chancen und Risiken einer interprofessionellen physiotherapeutischen und pflegerischen Behandlung?

Am Beispiel der Frühmobilisation von Patient:innen auf der Intensivstation.

Einstieg

- Begrüßung und Dank für Zeit
- Kurze Einleitung in das Thema
- Erläuterung des Interviewablaufs und der ungefähren Dauer
- Einverständniserklärung Einholen
- Mögliche Fragen klären
- Aufnahme des Interviews starten

Einstiegsfrage

Frage 1: Wie lange arbeiten Sie bereits mit Patient:innen auf der Intensivstation?

Schlüsselfragen

Frage 2:

Wie nehmen Sie die Arbeit im interprofessionellen Team wahr?

Rückfrage:

Wo sehen Sie ihre Aufgaben?

Frage 3:

Wie würden Sie eine interprofessionelle physiotherapeutische- und pflegerische Frühmobilisation definieren?

Frage 4:

Wenn Sie an die Arbeit im interprofessionellen Team auf der Intensivstation denken, was sind Ihrer Meinung nach wichtige Faktoren für eine gute frühe Mobilisation im interprofessionellen-Team?

Frage 5:

Was sind Ihrer Meinung die Vor- und Nachteile eines interprofessionellen Teams?

Frage 6:

Welche Wünsche oder Vorstellungen haben Sie in Bezug auf die Interprofessionalität?

Rückblick

- Kurze Zusammenfassung des Gesagten
- Anmerkungen und Fragen
- Erneuter Dank für die Zeit

Ausblick

- Weitere Informationen über die Auswertung und Ergebnisse
- Verabschiedung
- Beendigung der Tonaufnahme

Anhang 5: Transkribierte Interviews

Anhang 5.1: Transkript Interview 1

| | | |
|---|----------------------|--|
| Interviewerin: Carina Appels (CA) | | Interviewpartner: männlich, Gesundheits- und Krankenpfleger |
| Berufserfahrung: 8 Jahre | Kodierung G01 | Dauer: 12:44 |

- 1 **CA:** Als erstes würde ich gerne von Ihnen wissen, wie lange Sie bereits mit Patienten
2 auf der Intensivstation arbeiten?
- 3 **G01:** Ich arbeite jetzt bereits acht Jahre mit Intensivpatienten zusammen und arbeite
4 auch seit acht Jahren auf derselben Intensivstation.
- 5 **CA:** Wie nehmen Sie die Arbeit im interprofessionellen Team wahr?
- 6 **G01:** Dass es bei uns sehr auf Augenhöhe basiert, da wir einen sehr
7 patientenorientierten und individuellen Blick auf unsere Patienten haben. Ich arbeite
8 auf einer Intensivstation für Schwerbrandverletzte. Wir haben sechs Intensivbetten und
9 haben eine feste Physiotherapeutin bei uns auf Station und tauschen uns jeden
10 Morgen um acht Uhr gemeinsam mit den Ärzten in der Visite aus, wie wir unseren Tag
11 planen und dazu gehört auch die Mobilisation, beziehungsweise die
12 physiotherapeutische Behandlung. Das heißt, wir planen unsere Verbände. Wir planen
13 aber auch die Therapien und Interventionen. Die Physiotherapie hat dabei einen sehr
14 hohen Stellenwert. Wir verschieben sogar teilweise ärztliche Maßnahmen, wenn
15 physiotherapeutische Maßnahmen anstehen. Wir planen unseren Tag danach, was
16 die Physiotherapeutin vorhat und passen dann unsere Maßnahmen an.
17 Dementsprechend finde ich, dass bei uns sehr respektvoll, absolut nicht hierarchisch,
18 gearbeitet wird. Die Physiotherapie passt sich nicht uns an, sondern wir der
19 Physiotherapie. Viele Maßnahmen, so wie die Frühmobilisation, führen wir immer
20 gemeinsam durch.
- 21 **CA:** Wie würden Sie eine interprofessionelle, physiotherapeutische und pflegerische
22 Frühmobilisation definieren?
- 23 **G01:** Für mich ist eine interprofessionelle Frühmobilisation die gemeinsame und
24 patientenorientierte Mobilisation innerhalb von 48 Stunden von intensivpflichtigen
25 Patienten. Die erste Mobilisation findet eigentlich immer zwischen der Intensivpflege

26 und Physiotherapie statt, weil die beide gemeinsam einen besseren Blick auf die
27 Patienten haben.

28 **CA:** Wenn Sie an die Arbeit im interprofessionellen Team auf Ihrer Intensivstation
29 denken, was sind Ihrer Meinung nach wichtige Faktoren für eine gute Frühmobilisation
30 im interprofessionellen Team?

31 **G01:** (...) Ich kann als Intensivpflegekraft gut die Patienten beobachten, kann
32 einschätzen wie weit geht es und wann hört es auf. Anhand der Vitalparameter aber
33 auch anhand der Beobachtung: Hautfarbe, Blick, Schweiß. Und die Physiotherapie hat
34 somit auch noch einen besseren Blick auf die Patienten und kann sich somit auf ihre
35 Maßnahmen konzentrieren. Aber oft ist der Patient kräftetechnisch noch nicht in der
36 Lage wirklich viel mitzuarbeiten, so dass zwei Personen oft notwendig sind.

37 Als weitere Aufgaben während der Frühmobilisation würde ich die Vorbereitung der
38 Patienten nennen. Also sowohl den Ort als auch den Patienten schon vorbereiten,
39 dass die Physiotherapie da starten kann, weil die Zeit für sie begrenzt ist. Wenn sie
40 nur eine halbe Stunde Zeit hat, wäre es schade, wenn davon 15 Minuten irgendwelche
41 andere Maßnahmen sind. Also ich schaue auf die Lagerung. Darauf, dass die Kabel
42 sortiert sind, dass der Patient vorher ausreichend Analgesie bekommen hat und wir
43 sofort loslegen können.

44 Das heißt, alle organisatorischen Dinge habe ich im Blick. Wobei dies auch immer
45 unter Absprache passiert. Ich merke aber auch, dass die Physiotherapie sich nicht
46 dafür zu schade ist, vorher Sachen vorzubereiten.

47 Während der Behandlung halte ich mich persönlich immer sehr zurück, weil ich mich
48 eher als unterstützende Kraft sehe. Und ein bisschen als Sicherheit, da ich
49 intervenieren kann, wenn das mit dem Patienten nicht stimmt. Sei es Vitalparameter
50 oder Schmerzen. Oder, dass der Beatmungsschlauch plötzlich abgeht.

51 Von der Physiotherapie erwarte ich natürlich die Erfahrung, beziehungsweise die
52 Kompetenz, einzuschätzen, wie weit kann der Patient mobilisiert werden. Also ist es
53 ja nicht während der Frühmobilisation den Patienten in den Stand zu bringen und zu
54 sagen, dass wir jetzt laufen. Sondern erstmal zu evaluieren, was der Patient kann.
55 Letztendlich soll er davon ein Benefit haben und ein Gefühl davon bekommen, was er
56 schon kann und nicht, dass er während der Frühmobilisation kollabiert. Das wäre eher
57 eine negative Erfahrung. Dann hat er beim nächsten Mal noch mehr Angst. Von daher

58 erwarte ich schon, dass eine Physiotherapeutin schon mit einschätzen kann, was kann
59 der Patient. Dann natürlich auch fachliches Wissen, mit welchen Diagnosen ich arbeite
60 und was der Patient für Erkrankungen hat. Danach kann ich auch einschätzen, was er
61 darf. Das ist auch ganz wichtig. Und natürlich auch die kommunikative Kompetenz das
62 mitzuteilen, was die Physiotherapie möchte, so dass keine Überraschungen
63 aufkommen. Also da muss ganz sachlich und klar kommuniziert werden: Das ist mein
64 Ziel, das möchte ich machen und ich kann einschätzen, okay, das passt, wir sind uns
65 einig oder wenn wir da Differenzen sehen, müssen wir uns einigen. Da hat dann am
66 Ende die Pflege, also ich, noch das letzte Wort. Also wenn ich sage, wir brechen jetzt
67 ab, dann ist das auch so.

68 **CA:** Was sind Ihrer Meinung nach die Vor- und Nachteile eines interprofessionellen
69 Teams? Beginnen wir mit den Vorteilen.

70 **G01:** Erstens, ein Erfahrungsaustausch und Zugewinn an Wissen. Also ich lerne
71 unglaublich viel von der Physiotherapie. Die Physiotherapie lernt durch mich oder
72 durch uns. Dann, letztendlich, eine bessere Versorgungsqualität. Ganz klar. Also ich
73 würde nie behaupten, dass ich annähernd so viel weiß oder Erfahrungskompetenzen
74 besitze was die Physiotherapie an sich angeht, als ein Physiotherapeut. Dann der
75 Beratungsaspekt für den Patienten. Also Physiotherapie ist immer sehr
76 gesundheitsorientiert und eher so zukunftsvisiert und gibt dem Patienten immer viel
77 Rat und viel Tipps und Beratung für die Zukunft. Also was auch die Selbstständigkeit
78 angeht und was das Empowerment angeht und einfach auch eine andere Blickweise
79 auf den Patienten. Das finde ich sehr gut. Eine Physiotherapie nehme ich wahr als
80 einen Halt für den Patienten. Manchmal hat Physiotherapie eine ganz andere
81 Verbindung und Beziehung als ich Pflegekraft zum Patienten. Weil wir auch manchmal
82 Leid antun, so doof das klingt. Gerade Pflegemaßnahmen, gerade in der
83 Verbrennungschirurgie, da sind Schmerzen und Angst ein ganz großer Faktor.
84 Physiotherapeuten kommen dazu und haben einen anderen Draht. Ich glaube, das tut
85 dem Patienten häufig gut.

86 **CA:** Fallen Ihnen auch Nachteile ein?

87 **G01:** Also, ich würde es fast noch nicht mal als Nachteil bezeichnen aber natürlich (...)
88 muss man mehr Zeit für die Kommunikation investieren und Absprachen treffen, wenn
89 mehr Menschen am Patienten involviert sind und gerade, wenn wir das auf Augenhöhe

90 machen wollen, dann muss jeder jeden respektieren und dann muss man auch als
91 Pflegekraft akzeptieren, dass mal die Physiotherapie was sagt und das ist so ein
92 bisschen generationsabhängig. Manche Pflegekräfte finden das gut und einige, die
93 sind es noch gewohnt, dass die Pflegekraft diejenige ist, die den Patienten betreut und
94 alle anderen eher so unterstützen. Davon bewegen wir uns ja zum Glück weg [lacht]
95 aber damit hat halt noch die ein oder andere Pflegekraft ein Problem. Das kann dann
96 eher mal, zum Glück nur ganz selten, gewissen Konfliktpotenzial haben. Das ist aber
97 auch das Einzige, was mir einfällt.

98 **CA:** Welche Wünsche oder Vorstellungen haben Sie in Bezug auf die
99 Interprofessionalität?

100 **G01:** Vielleicht ein bisschen überheblich, aber ich wünsche mir, dass wir ein
101 interprofessionelles Team sind und das auch wirklich formal sind. Also aktuell ist das
102 so: Es gibt eine Pflegedienstleitung, der die Pflege leitet. Es gibt eine
103 Physiotherapieleitung, die die Physiotherapie leitet. Ich würde mir fast wünschen, dass
104 wir eine Art Zentrumsleitung haben und dass alle Berufsgruppen zusammen sind, und
105 dass diese auch untereinander praktisch, im Sinne der Selbstführung, auch selber
106 organisieren. Ich glaube, dass würde noch mehr Synergien erschaffen. Auch gerade
107 dieser interprofessionelle Gedanke noch mehr gestärkt wird. Dieses „Wir-Gefühl“, dass
108 man wirklich weiß, wir sind jetzt nicht zwei Teams, die zueinanderkommen und
109 miteinander arbeiten, sondern: Wir sind ein Team. Also das, was wir fühlen, dass wir
110 das auch formaler sind. Aber da weiß ich, habe ich auch sehr viel Gegenwind, wenn
111 ich das so äußere. Aber das wäre so mein Gedanke. Jetzt sind wir noch so viele
112 Säulen, wann sind wir denn eine große Säule?

113 **CA:** Das war die letzte Frage. Vielen Dank, dass sie am Interview teilgenommen
114 haben.

115 **CA:** Haben Sie noch weitere Fragen?

116 **G01:** Nein, ich habe keine weiteren Fragen mehr.

117 **CA:** Gut, dann nochmal vielen Dank

118 **G01:** Sehr gerne, hat Spaß gemacht.

Anhang 5.2: Transkript Interview 2

| | | |
|--|----------------------|--|
| Interviewerin: Carina Appels (CA) | | Interviewpartner: weiblich, Gesundheits- und Krankenpflegerin |
| Berufserfahrung: 6 Jahre, mit Unterbrechung | Kodierung G02 | Dauer: 10:34 |

- 1 **CA:** Als erstes würde ich gerne von Ihnen wissen, wie lange Sie bereits mit Patienten
2 auf der Intensivstation arbeiten?
- 3 **G02:** Ich habe 2016 angefangen auf einer interdisziplinären Intensivstation zu
4 arbeiten, hab da bis 2018 gearbeitet, dann angefangen zu studieren und arbeite seit
5 2019 wieder, neben dem Studium, in der Intensivpflege.
- 6 **CA:** Wo sehen Sie ihre Aufgaben?
- 7 **G02:** Also grundsätzlich ist meine Aufgabe ja quasi die Pflege. Natürlich Körperpflege,
8 Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen aber natürlich auch auf der
9 Intensivstation etwas tiefgreifender, indem ich die Herz-Kreislaufsituation überwache
10 und da gegebenenfalls eingreife, nach Rücksprache oder Anordnung der Ärzte. Zu
11 Aktivitäten des täglichen Lebens gehört für mich die Nahrungsaufnahme, waschen,
12 Bewegung und noch viele andere Dinge dazu. Aber das ist für mich der Hauptanteil,
13 der meine Arbeit ausmacht.
- 14 **CA:** Wie würden Sie eine interprofessionelle, physiotherapeutische und pflegerische
15 Frühmobilisation definieren?
- 16 **G02:** (...) Nach Absprache und Rücksprache mit den Ärzten, die Pflegenden,
17 zusammen mit den Physiotherapeuten mobilisieren (...) Dabei ist natürlich wichtig,
18 vorher gemeinsam das Ziel zu überlegen, das alle tragen können, und dass auch
19 Rücksicht darauf genommen wird, was gerade leistbar ist. Einmal natürlich, was von
20 den Patienten leistbar und erwartbar ist aber auch was gerade zeitlich und strukturell
21 möglich ist. Und da auch einen gemeinsamen Weg zu finden, die Patienten
22 bestmöglich wieder in die Bewegung zu bringen.
- 23 **CA:** Wenn Sie an die Arbeit im interprofessionellen Team auf Ihrer Intensivstation
24 denken, was sind Ihrer Meinung nach wichtige Faktoren für eine gute Frühmobilisation
25 im interprofessionellen Team?

26 **G02:** Also ich finde es sehr wichtig, und das machen die meisten auch, dass sie sich
27 einmal kurzschließen. Wenn man es einmal nicht schafft gemeinsam zu mobilisieren,
28 was ich ehrlich gesagt immer am besten finde, dass man halt wenigstens einmal
29 rückmeldet, wie der Patient schon mobilisiert wurde. Also, ich finde es halt sehr wichtig
30 sich abzusprechen, weil ich persönlich schon häufiger die Situation erlebt habe, dass
31 [ich] dann von einer Kollegin von der Physiotherapie darüber informiert wurde, dass
32 der Patient an die Bettkante mobilisiert wurde und das Gefühl hatte, sie wollte da jetzt
33 lobend Anerkennung von mir erhalten. Ich hatte den Patienten morgens aber schon
34 bis in den Stand mobilisiert und hab gedacht, das hätte man vorher einmal absprechen
35 können, was der Patient schon kann oder was er schon gemacht hat, oder auch nicht.
36 Weil es daher auch leichter für alle zu planen wird. Also ich finde es unglaublich wichtig
37 dabei zu kommunizieren und wenn man dann zusammen, gemeinschaftlich mit Pflege
38 und Physiotherapeuten, mobilisiert sich auch darüber bewusst wird, wer jetzt welche
39 Kompetenzen inne hat. Meine Aufgabe sehe ich da eher darin, dann zu Beispiel auf
40 Zugänge zu achten, gerade bei beatmeten Patienten ist es nicht immer ganz so einfach
41 darauf zu achten, ob jetzt irgendwo Zug an irgendeiner Leitung ist oder an den
42 Zugängen ist und dann halt auch darauf zu achten, ob der Patient vielleicht abgesaugt
43 werden muss. Passt es mit der Beatmung gerade noch. Sowas alles. Oder auch gerne
44 mal den Patienten nach oder während der Mobilisation halt Speichel wegzumachen,
45 wenn der Patient vorher gelegen hat. Darauf zu achten, während die Kollegen aus der
46 Physiotherapie eher dann auf die korrekte oder auf eine gute Bewegung achten und
47 darauf achten, dass es jetzt nicht unphysiologisch ist. Dass der Patient durchbewegt
48 wird. Also, dass man einmal abspricht, wer, wo am besten darauf achtet. Zwar schon
49 noch so ein bisschen den Rundumblick behält und sich unterstützt, aber die Aufgaben
50 untereinander noch etwas aufteilt und dies im Vorhinein zu besprechen.

51 **CA:** Was sind Ihrer Meinung nach die Vorteile eines interprofessionellen Teams?

52 **G02:** Man hat sehr unterschiedliche Ausbildungen genossen und einen sehr
53 unterschiedlichen Fokus und jeder sieht den Patienten auf eine unterschiedliche Art
54 und Weise und auch die Möglichkeiten, oder die Ressourcen des Patienten. Es ist
55 einfach schöner, wenn man den Patienten aus mehreren Blickwinkeln betrachten kann
56 und unterschiedliche Meinungen zusammen abgleichen und absprechen kann.
57 Dadurch bekomme ich ein möglichst vollständiges Bild von dem Patienten. Dadurch
58 sehe ich alle Ressourcen und Möglichkeiten, die ich habe, mit dem Patienten

59 umzugehen. Und unterschiedliche Bedenken, was die Sicherheit des Patienten auch
60 angeht. Da sind wir von der Pflege darauf angewiesen, ob die Ärzte uns sagen, ob der
61 Patient zum Beispiel Bettruhe hat, weil Emboliegefahr oder ähnliches besteht. Darauf
62 sind wir einfach angewiesen. Genau wie die Ärzte darauf angewiesen sind, dass wir
63 denen rückmelden, wie gut der Patient sich bewegen kann oder wie gut er
64 kontaktierbar ist. Auch das ist ja auch gar nicht so irrelevant. Da hat man ja auch
65 manchmal unterschiedliche Eindrücke.

66 **CA:** Fallen Ihnen auch Nachteile ein?

67 **G02:** Jain (lacht) (...) Ich finde es auch gar nicht so zeitaufwendig. Vor allem weil man
68 dadurch auch viel Zeit sich einsparen kann aber man muss halt erstmal ein paar
69 Minuten investieren und das ist manchmal leider nicht möglich. Also es ist nicht immer
70 möglich sich miteinander abzusprechen oder es kann natürlich auch immer zu
71 Konflikten kommen, die dann irgendwie erstmal gelöst werden müssen. All das braucht
72 einfach Zeit. Das ist nicht wirklich ein Nachteil, sondern eine Herausforderung auf
73 jeden Fall. Wäre halt schöner, wenn man sowohl mehr Ärzte als auch Pflegende, als
74 auch mehr Physiotherapeuten hätte. Dann wäre das sicherlich weniger problematisch.

75 **CA:** Welche Wünsche oder Vorstellungen haben Sie in Bezug auf die
76 Interprofessionalität?

77 **G02:** Was ich auf den meisten Intensivstationen schon mal viel schöner finde als zum
78 Beispiel auf den Normalstationen ist, dass es halt weniger Konkurrenzen zueinander
79 gibt und sich mehr auf Augenhöhe begegnet wird. Das finde ich schon mal sehr schön.
80 Ich könnte es mir noch ein bisschen mehr vorstellen, dass man sich noch ein bisschen
81 mehr auf Augenhöhe begegnet. Das wird vielleicht auch dadurch, im Laufe der Jahre,
82 irgendwann besser, dadurch dass die Physiotherapeuten und die Pflege viel studieren.
83 Also ich finde es halt momentan manchmal etwas zu hierarchisch geprägt. Da würde
84 ich mir einfach eine flachere Hierarchie wünschen. Und ich fände es halt schön, wenn
85 dem Ganzen mehr Raum gegeben wird und es mehr eingeplant wird. Also, dass man
86 halt nicht um die Minuten, die es zur Absprache braucht, erstmal kämpfen muss und
87 dann anderswo Abstriche machen muss. Dass das Ganze auch gefördert wird, und
88 dass es mehr in den Tagesablauf integriert wird.

89 **CA:** Vielen Dank, dass sie am Interview teilgenommen.

Anhang 5.3: Transkript Interview 3

| | | |
|--------------------------------------|----------------------|--|
| Interviewerin: Carina Appels (CA) | | Interviewpartner: weiblich, Gesundheits- und Krankenpflegerin |
| Berufserfahrung: 5 Jahre | Kodierung G03 | Dauer: 10:30 |

1 **CA:** Als erstes würde ich gerne von Ihnen wissen, wie lange Sie bereits mit Patienten
2 auf der Intensivstation arbeiten?

3 **G03:** Auf der Intensivstation seit 2016. Nicht ganz durchgehend. So vier, fünf Jahre
4 jetzt vielleicht.

5 **CA:** Wie nehmen Sie die Arbeit im interprofessionellen Team wahr?

6 **G03:** Sehr unterschiedlich ehrlich gesagt. Ich glaube, es kommt primär darauf an, wer
7 im Team gerade da ist. Also sowohl aus dem pflegerischen Bereich, als auch aus dem
8 Physiotherapeutenteam. Also, ich finde es persönlich eigentlich eine schöne
9 Arbeitsatmosphäre, wenn man sich gegenseitig austauscht und man voneinander
10 profitiert. Also, im Endeffekt hast du ja dasselbe Ziel. Nämlich, dass es den Patienten
11 besser geht, und dass du die irgendwie vorwärts bringst. Aber ich glaube natürlich,
12 dass es sehr, sehr unterschiedlich sein kann, je nachdem wer halt so da ist. Und wie
13 die jeweiligen Leute eben eingestellt sind.

14 **CA:** Wo sehen Sie Ihre Aufgaben im interprofessionellen Team?

15 **G03:** Also ja definitiv im Team die Kommunikation, würde ich sagen. Also weil es
16 natürlich darum geht, dass die Pflege 24/7 direkt am Patienten ist. Also ich sehe, wenn
17 es ihm schlechter geht, da irgendetwas auffälliges ist oder ich habe irgendwie das
18 berühmt berüchtigte Bauchgefühl (lacht), was man aber, finde ich, meiner Erfahrung
19 nach, nicht vernachlässigen darf. Ich glaube, das ist irgendwie der größte Aspekt. Das
20 natürlich zu kommunizieren. Ich glaube, das ist das Wichtigste, dass man im Interesse
21 der Patienten viel kommuniziert und man schaut, dass man gemeinsam vorankommt.

22

23 **CA:** Wie würden Sie eine interprofessionelle, physiotherapeutische und pflegerische
24 Frühmobilisation definieren?

25 **G03:** (...) Auf jeden Fall eine gute Zusammenarbeit mit einem entsprechenden Ziel,
26 was vorher klar ist. Also, dass man sich vorher kurz abspricht, dass der Therapeut das

27 Krankheitsbild kennt. Das ist Phase und das ist der Rahmen, in dem wir Spielraum
28 haben. Also es ist irgendwie nur möglich an die Bettkante zu mobilisieren oder es ist
29 nur im Bett eine Mobilisation möglich oder es ist möglich in den Stuhl zu mobilisieren.
30 Das man kurz vorher bespricht, was ist wichtig und worauf müssen wir achten. Habe
31 ich einen Tubus? Habe ich irgendwelche wichtigen Zugänge? Wie ist der Patient
32 überhaupt? Wie compliant ist der? Und dass man das eben, vielleicht sogar im besten
33 Falle, wenn beide dafür Zeit haben, auch gemeinsam macht. Also das fände ich
34 irgendwie immer ganz gut. Weil man dann eben von beiden Professionen die Expertise
35 mit drin hat. Ich guck dann, dass alle Schläuche da sind. Ich bin da auch ehrlich gesagt
36 sehr pingelig (lacht). Und der Therapeut kann irgendwie gucken, dass es von der
37 Physioseite gut läuft. Ich glaube da kann man dann voneinander gut profitieren.

38 **CA:** Wenn Sie an die Arbeit im interprofessionellen Team auf Ihrer Intensivstation
39 denken, was sind Ihrer Meinung nach wichtige Faktoren für eine gute Frühmobilisation
40 im interprofessionellen Team?

41 **G03:** Also in der Regel ist es super wichtig. Also wenn da nichts gegen spricht. Wenn
42 ich da jetzt zum Beispiel jemanden mit einer entsprechenden Hüft-OP habe und da ist
43 die Hüfte noch nicht stabil oder so und es gibt kein Go von der Operatorin, dann ist
44 natürlich doof. Aber bei allen anderen. Sobald ich den Eindruck habe, dass es
45 irgendwie möglich ist, oder dass es funktioniert, dann finde ich, muss man es schon
46 versuchen, weil es ist ja auch so wichtig hinsichtlich der Prophylaxen, für das
47 Körpergefühl, auch für die Psyche, finde ich. Die Leute sehen dann, ah super, erster
48 Tag und es geht schon aus dem Bett. Das finde ich irgendwie schon wichtig. Und auch
49 zum Teil bei beatmeten beziehungsweise langzeitbeatmeten da finde ich es auch sehr
50 sehr wichtig. Sobald es da irgendwie geht.

51 Bezüglich des Ablaufes ist es wichtig, sich vorher aufzuteilen, wer zum Beispiel vorne
52 oder hinten ist. Wer sichert die Atmung, wenn jetzt ein Tubus vorhanden ist. Oder wer
53 guckt nach den Zugängen. Das man natürlich schaut, wie gut macht der Patient mit
54 und funktioniert das alles. Und dass man halt vorher irgendwie guckt. Also ich bin da
55 eher so, dass ich vorher gerne geklärt haben möchte, was wir überhaupt machen
56 wollen und was wir brauchen. Haben wir alles im Zimmer und stimmt der Rahmen. So
57 zwischen Tür und Angel in fünf Minuten jetzt mal eben aus dem Bett holen. Das finde
58 ich immer so ein bisschen... da geht meistens etwas schief.

59 **CA:** Was sind Ihrer Meinung nach die Vorteile eines interprofessionellen Teams?

60 **G03:** Also je nachdem auf welcher Intensivstation ich bin, arbeitet man ja
61 interprofessionell. Also gerade auf der Intensivstation gibt es so viele unterschiedliche
62 Berufsfelder. Also Pflege, Mediziner, Therapeuten, Servicekräfte und so weiter.
63 Manchmal wird das glaube ich nicht genug gesehen und gewertschätzt. Weil ich finde,
64 man kann eigentlich immer davon profitieren. Man kann ja nie alles sehen und jeder
65 hat da ja, aus einer anderen Berufsrichtung, eine andere Perspektive. Also ich glaube,
66 wenn man sich darauf persönlich einlässt und sich wertschätzend und respektvoll sich
67 dort alle begegnen. So gerade mit Hierarchien im Krankenhaus, dann ist das eigentlich
68 nur von Vorteil.

69 **CA:** Fallen Ihnen auch Nachteile ein?

70 **G03:** Ich glaube, dass jeder andere Prioritäten setzt. Jeder hat einen anderen
71 Schwerpunkt und ist dann manchmal vielleicht der Meinung, dass das gerade wirklich
72 das Augenmerk sein müsste. Ich glaube, das ist dann manchmal etwas schwierig. Da
73 kommt vermutlich wieder das Stichwort der Kommunikation. Also, je nachdem wer sich
74 da missversteht, führt es dann auch manchmal zu Konflikten.

75 **CA:** Welche Wünsche oder Vorstellungen haben Sie in Bezug auf die
76 Interprofessionalität?

77 **G03:** Ich glaube, das ist halt so ein genereller Punkt. Wenn ich an Schulungen und
78 Fortbildungen denke, das muss noch größer werden. Zum Teil klappt das auch schon
79 ganz gut, aber dass man zum Beispiel, dass ein Physiotherapeut eine halbe Stunde
80 auf der Station hat und man noch was zu Dekubitusprophylaxe lernt oder bestimmte
81 Handgriffe beigebracht bekommt. Das man so ein bisschen mehr Interesse
82 füreinander aufbringt und Verständnis. Ich glaube, das ist was für die Zukunft.

83 **CA:** Vielen Dank, haben Sie noch Fragen?

84 **G03:** Nein, vielen Dank, hat Spaß gemacht.

Anhang 5.4: Transkript Interview 4

| | | |
|--------------------------------------|---------------|--|
| Interviewerin: Carina Appels (CA) | | Interviewpartner: männlich, Physiotherapeut |
| Berufserfahrung: 6 Jahre | Kodierung P01 | Dauer: 09:13 |

1 CA: Als erstes würde ich gerne von Ihnen wissen, wie lange Sie bereits mit Patienten
2 auf der Intensivstation arbeiten?

3 P01: Das müssen jetzt ungefähr acht bis achteinhalb Jahre sein.

4 CA: Wie nehmen Sie die Arbeit im interprofessionellen Team wahr?

5 P01: (...) Eigentlich ganz gut, weil man jeden Tag ja auch darauf angewiesen ist, dass
6 man mit den anderen Berufsgruppen gut zusammenarbeitet. Denn ich glaube, dass
7 gerade die Mobilisation gar nicht anders funktioniert. Ich bin ja abhängig davon, dass
8 die Ärzte einschätzen können, dass die Mobilisation so von statten gehen, dass die
9 mir auch Hinweise geben zur Belastbarkeit des Patienten und noch andere Sachen.
10 Ich brauche auf jeden Fall auch die Pflegenden, die mir zum Beispiel auch helfen oder
11 ich helfe denen. Es geht da ja auch um die Dosierung der Medikamente. Und noch
12 ganz viel mehr. Gerade im Management, Monitoring und so weiter. In meiner
13 Wahrnehmung ist es ganz, ganz wichtig interprofessionell zusammenzuarbeiten. Für
14 den Patienten.

15 CA: Wo sehen Sie ihre Aufgaben im interprofessionellen Team?

16 P01: Wie schon gesagt, gerade im Schwerpunkt Mobilisation natürlich, versuchen wir
17 ganz viel therapeutisch zu arbeiten. Ich muss aber gestehen, dass ich denke, dass
18 das Gefühl ist, dass die Erwartungshaltung sehr auf dem Punkt der Mobilisation liegt.
19 Dass der Patient aus dem Bett kommt. (...) Ich glaube, da sehe ich auch meinen
20 Schwerpunkt. In der Atemtherapie und Mobilisation.

21 CA: Wie würden Sie eine interprofessionelle, physiotherapeutische und pflegerische
22 Frühmobilisation definieren?

23 P01: (...) Da muss ich mal einen Momentan nachdenken. Ich versuche es mal zu
24 beschreiben. Ich glaube, dass es darum geht, gemeinsam zu besprechen, was das
25 Ziel für den Tag ist. Gemeinsam auch mit dem Patienten zu besprechen, was das Ziel
26 sein kann. Gemeinsam zu besprechen, was für das gesteckte Ziel notwendig ist. In

27 Sachen der Belastbarkeit. Also auch von Schmerzmanagement. All das, was für den
28 Patienten von Nöten ist, um das Mobilisationsziel zu erreichen. Ich glaube, das ist
29 Frühmobilisation. Das gemeinsame Besprechen mit allen daran beteiligten
30 Berufsgruppen.

31 **CA:** Wenn Sie an die Arbeit im Interprofessionellen Team auf der Intensivstation
32 denken, was sind Ihrer Meinung nach wichtige Faktoren für eine gute Frühmobilisation
33 im interprofessionellen Team?

34 **P01:** Ich denke, dass die Kommunikation gut funktionieren muss. Kommunikation steht
35 über allem. Die Absprachen müssen halt stimmen. Das Vertrauen und auch die
36 Qualifikation muss auch stimmen. Wenn ich jetzt zum Beispiel an eine etwas größere
37 Mobilisation denke, wie an die ECMO-Mobi, dann kann ich das nicht mit jemandem
38 machen, der vielleicht Berufsanfänger ist und noch nie so ein Gerät betreut hat,
39 sondern dann brauche ich halt auch gerade von der Pflege jemanden, der da routiniert
40 ist. Und man braucht insgesamt auch viel Manpower in ganz vielen Situationen.

41 **CA:** Was sind Ihrer Meinung nach die Vorteile eines interprofessionellen Teams?

42 **P01:** Also ich glaube, wir hatten da letztens so eine Kurzfortbildung. Da ging es auch
43 um interprofessionelles Arbeiten. Und ich glaube, es gibt auch Studien, dass die
44 Liegezeiten geringer werden. Für mich persönlich habe ich einfach das Gefühl, es
45 macht auch mehr Spaß, wenn man mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeitet und
46 man hat auch einfach mehr eine höhere Qualität. Wenn man wirklich gut zusammen
47 für den Patienten arbeitet, dann merkt man einfach auch wie der Patient sich sicher
48 fühlt und wie man selber viel effektiver und effizienter arbeiten kann.

49 **CA:** Fallen Ihnen auch Nachteile ein?

50 **P01:** Also, auch da ist, glaube ich, einfach oft Zeitmangel und Personalmangel ein
51 Faktor. Man hat sich was vorgenommen und möchte was mit dem Patienten machen
52 aber es gibt einfach so viele Nebenaufgaben von den anderen Berufsgruppen. Auch
53 von mir und man hat gar nicht die Zeit dafür, das zu schaffen. Dass man sich immer
54 mal mit einzelnen nicht so gut versteht, ist ja auch ein Problem (lacht). Wenn man
55 irgendwie zwischenmenschlich nicht so gut miteinander klarkommt. Dann muss man,
56 finde ich, sehr, sehr gut sich selbst beruhigen, dass man das jetzt professionell
57 durchzieht, dass es keinen Qualitätsverlust gibt.

58 **CA:** Welche Wünsche oder Vorstellungen haben Sie in Bezug auf die
59 Interprofessionalität?

60 **P01:** Ich würde mir wünschen, dass man schon viel früher mit anderen Berufsgruppen
61 zu tun hat. Vielleicht schon in der Ausbildung, dass es für alle Berufsgruppen gleich so
62 eine Gewohnheit wird, dass man wirklich zusammenarbeitet, dass nicht so ein Gefühl
63 von gegeneinander arbeiten entsteht. Ich meine das so: Ich habe manchmal das
64 Gefühl, dass andere Berufsgruppen denken, der klaut mir jetzt Zeit. Wenn es zur
65 Gewohnheit wird, alles gemeinsam zu machen, ohne seinen eigenen Fokus zu
66 verlieren, das wäre so mein Wunsch. Wenn das so möglich wäre, dass genügend Zeit
67 und Personal da wäre.

68 **CA:** Vielen Dank, haben Sie noch Fragen?

69 **P01:** Nein, vielen Dank!

Anhang 5.5: Transkript Interview 5

| | | |
|--------------------------------------|---------------|--|
| Interviewerin. Carina Appels (CA) | | Interviewpartner: männlich, Physiotherapeut |
| Berufserfahrung: 7 Jahre | Kodierung P02 | Dauer: 12:30 |

1 CA: Als erstes würde ich gerne von Ihnen wissen, wie lange Sie bereits mit
2 Patient:innen auf der Intensivstation arbeiten?

3 P02: Seit sieben Jahren.

4 CA: Wie nehmen Sie die Arbeit im interprofessionellen Team wahr?

5 P02: Als sehr wichtig und fundamentalen Bestandteil von einer Patientenbehandlung
6 ist für mich interdisziplinäre Arbeit sehr wichtig.

7 CA: Wo sehen Sie ihre Aufgaben im interprofessionellen Team?

8 P02: Verschieden. Also primär natürlich in der Mobilisation, Prophylaxen aber auch für
9 den Patienten ein wichtiger Ansprechpartner, den Patienten in seiner physiologischen
10 und normalen Entwicklung zu unterstützen. (...) Aber auch, also in einem
11 interdisziplinären Team empfinde ich es immer ein Geben und ein Nehmen, das heißt
12 ein Fließgleichgewicht. Das ist immer von der Konstellation und der Situation
13 unterschiedlich abhängig. Das heißt, primärer Fokus ist natürlich der
14 physiotherapeutische Behandlungsaspekt. Also Prophylaxen, Mobilisation, ADL-
15 spezifische Fortschritte dem Patienten anzugeben. Aber auch wenn ich viel
16 interprofessionelle Hilfe brauche, wenn ich zusammenarbeite, ist es auch ein Geben,
17 wo ich mit die pflegerischen Tätigkeiten unterstützend einarbeite, bzw. auch für den
18 Patienten ganz wichtig auf psychologischer Ebene im Rahmen der Therapie.

19 CA: Wie würden Sie eine interprofessionelle, physiotherapeutische und pflegerische
20 Frühmobilisation definieren?

21 P02: Eigentlich, ich präferiere das als solches, dass man in einem interprofessionellen
22 Team tatsächlich ein Team ist. Das heißt, alle arbeiten zusammen, jeder hat seinen
23 Schwerpunkt. Man versucht sich gegenseitig zu unterstützen. Also auffällig ist schon,
24 dass jeder eigentlich einen anderen Schwerpunkt und Fokus hat. Man versucht diese
25 verschiedenen Foki auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Das heißt, meine
26 primären Aufgaben sehe ich tatsächlich darin den Patienten wieder in den Alltag

27 zurückzuführen, versuchen so physiologisch wie möglich diese Unterstützung zu
28 bieten, die er in den Moment braucht. Gleichzeitig aber auch die Kollegen aus den
29 anderen Bereichen so gut es geht zu unterstützen. Da wir zusammen als Team das
30 erreichen, dass der Patient vorangebracht wird. Ich sehe die Physiotherapie darin, die
31 Patienten wieder an die Mobilität und die eigenen Funktionen zu bekommen, die
32 Selbstständigkeit. Und gleichzeitig mir die Hilfe, die ich von den Kollegen bekomme,
33 zu nehmen und in die Alltagsprozesse zu integrieren. Das heißt auch pflegerische
34 Tätigkeiten mit ADL zu verknüpfen, dass wir so zusammen den Patienten voran
35 bekommen. Als Therapeut sieht man sich als Lenker und für die Bereiche, die in einen
36 anderen Bereich fallen, eher so als Unterstützer.

37 **CA:** Wenn Sie an die Arbeit im interprofessionellen Team auf der Intensivstation
38 denken, was sind Ihrer Meinung nach wichtige Faktoren für eine gute Frühmobilisation
39 im interprofessionellen Team?

40 **P02:** Der Fokus unterscheidet sich immer mit wem ich mobilisiere. Primär, um den
41 Patient physiologisch weiter zu bringen oder ADL-spezifisch und funktionell bin ich
42 eher auf Hilfe von Therapeuten angewiesen, weil die einfach ein anderes Verständnis
43 haben. Physiotherapeuten mobilisieren physiologisch funktionell. Pflege kinästhetisch.
44 Das heißt, wir haben einen unterschiedlichen Input. Ich finde immer, das ist a)
45 Personalressourcenabhängig; b) Zeitmanagement (...). Ich muss mich meistens als
46 Therapeut, der mehrere Patienten hat, an die Kollegen anpassen. Das heißt, ich finde
47 die Zeitabstimmung im interprofessionellen Team sehr, sehr schwierig, weil jeder hat
48 sein Tagesgeschäft zu leisten. Ich als Physiotherapeut kann mich aber nicht an jeden
49 anpassen. Das heißt, selbst wenn ich mit Kollegen aus anderen Bereichen arbeite,
50 verschiebe ich den Fokus. Ich habe etwas anderes zu tun. Es funktioniert auch. Aber
51 ich bringe den Patienten nicht optimal an seine Leistungsgrenze und kann nicht das
52 Maximum rausholen. Das heißt, es ist eher eine Notlösung in dem Sinne. Es ist aber
53 auch von den Personen abhängig, weil über einen gewissen Zeitraum kann ich mir
54 meine Kollegen „erziehen“, dass es funktioniert und harmoniert. Gleichzeitig gebe ich
55 im Rahmen der Therapie natürlich auch Aufgaben ab. Das heißt, ich muss sowieso
56 schon die Therapie anpassen. Vor allem, weil ich den Fokus nicht nur funktionell auf
57 die Mobilisation legen kann, wenn ich zum Beispiel ADL-spezifische Dinge mit
58 einbaue. Waschtraining oder solche Sachen, die dann einen anderen Fokus bieten.
59 Mit dem PT kann ich aber viel funktioneller arbeiten und die meisten Handgriffe

60 verstehen sich blind. Mein Kollege weiß, wenn ich etwas tue. Auch wenn wir wenig
61 miteinander arbeiten, funktioniert das meistens mehr in Routine abgestimmter, weil ich
62 genau weiß, wenn ich da anfasse, passiert das und das und der Kollege versteht das.
63 Von der Zielorientierung ist die Arbeit mit gleichgesinnten einfacher und für den
64 Patienten förderlicher. In der Not ist interprofessionell gut und wichtig, allerdings nicht
65 ganz so zielorientiert, wenn ich mit einem Kollegen arbeite.

66 **CA:** Was sind Ihrer Meinung nach die Vorteile eines interprofessionellen Teams?

67 **P02:** Wertschätzung. Ganz viel Wertschätzung. Und auch Vertrauen. Das hat jetzt
68 nicht mit dem Patienten zu tun. Aber zwischen den Kollegen, wenn man zusammen
69 mobilisiert. Man versteht sich besser. Für das eigene Wohlbefinden. Wenn man viele
70 Schicksale auf der Intensivstation sieht, ist es gut, wenn man einen Rettungsschirm
71 hat. Das hilft dabei schon ganz gut. Das andere ist, man wird auch anders nach der
72 Meinung gefragt. Also im interprofessionellen Team arbeiten ist gut und wichtig und
73 für die meisten Patienten ist es auch in Ordnung, weil wir einfach einen Patienten ganz
74 anders voranbringen und wir unsere Therapieprozesse auch viel alltagsbezogener an
75 den Mann bringen können. Wenn wir therapeutischer arbeiten, arbeiten wir häufig in
76 irgendwelchem Schema. Wir sind stur auf Schema angewiesen. Wenn ich
77 interprofessionell arbeite, muss ich einen Kompromiss finden. Das heißt, ich bin
78 teilweise viel ADL-bezogener. Muss zwar mich anders konzentrieren. Das ist teilweise
79 auch anstrengend und ich muss auch etwas abgeben. Aber ich komme doch, vom
80 Gefühl her, mal eher in ein Waschtraining oder in ein anderes ADL-Training,
81 Zähneputzen oder so welche Geschichten, die ich sonst im Rahmen der
82 Physiotherapie meistens nach hintenanstelle, weil ich den Fokus auf andere Punkte
83 lege. Gerade ins ADL-bezogene finde ich persönlich oder auch wenn ich mit der
84 Ergotherapeutin arbeite. Die Ergotherapeutin hat einen ganz anderen Blick auf die
85 Lage und ich persönlich profitiere davon, auch weil ich die Sachen für die PT
86 übernehmen kann. Ich baue meine PT durch die interprofessionelle Arbeit ganz anders
87 um. Und mein Schwerpunkt wird, von meinem Fachbereich auch, auf das andere
88 Übertragen. Ich gucke viel weitsichtiger, wenn ich ans Patientenbett gehe. Es macht
89 es auch einfacher, man übernimmt auch unterbewusst Aufgaben von den Kollegen,
90 kann aber auch unterstützen und gerade in Zeiten von Personalmangel ist das
91 manchmal, in Notsituationen, ganz gut. Es gibt einem Sicherheit und für den Patienten

92 ist es auch als Vorteil, wenn er sieht, dass alle zusammenarbeiten, fühlt er sich gut
93 aufgehoben, es ist mehr vertrauter und das ist eher ein Vorteil.

94 **CA:** Welche Wünsche oder Vorstellungen haben Sie in Bezug auf die
95 Interprofessionalität?

96 **P02:** Ich fände es tatsächlich vorteilhaft, wenn Berufsgruppen eng miteinander
97 zusammenarbeiten. Auch bewusster. Zum Beispiel durch Fortbildungen von beiden.
98 Das heißt, dass beide Bereiche verstehen, was gemacht wird, dass mehr Vertrauen
99 ist, dass man mehr Hand in Hand arbeitet. Ich finde interprofessionelles Arbeiten ganz,
100 ganz, ganz wichtig und gerade in Zeiten von Personalmangel auch sinnvoll und ich
101 würde mir tatsächlich wünschen, dass Aussagen wie: „Das ist nicht dein Job“ weniger
102 oft kommen, sondern dass man sich zusammen unterstützt und sagt: „Guck mal, ich
103 habe das und das gemacht, hast du noch Tipps?“ Dass man sich so versucht, mehr
104 zusammen zu raffen. Denn im Endeffekt geht es darum, den Patienten voranzubringen
105 und nicht nur durch die eigene Berufsgruppe. Denn im Endeffekt ist man ein Team und
106 das Ziel ist es, den Patienten gesund und sicher wieder von der Station zu lassen.
107 Dass man tatsächlich versucht, das noch mehr zu vernetzen. Im Rahmen von
108 Fortbildung und Selbsterfahrungen.

109 **CA:** Vielen Dank für ihre Einschätzung zur Thematik

Anhang 5.6: Transkript Interview 6

| | | |
|--------------------------------------|---------------|--|
| Interviewerin. Carina Appels (CA) | | Interviewpartner: weiblich, Physiotherapeutin |
| Berufserfahrung: 15 Jahre | Kodierung P03 | Dauer: 12:15 |

1 CA: Als erstes würde ich gerne von Ihnen wissen, wie lange Sie bereits mit Patienten
2 auf der Intensivstation arbeiten?

3 P03: Zwischen zehn und zwanzig Jahren. Zwar immer mal mit Unterbrechung und auf
4 peripheren Stationen zwischendurch.

5 CA: Wie nehmen Sie die Arbeit im interprofessionellen Team wahr?

6 P03: Ich mag das sehr gerne. Finde eigentlich, also auf jeden Fall auf der Station, auf
7 der ich eingesetzt bin, gibt es eine gute Zusammenarbeit zwischen den
8 Berufsgruppen. Gerade mit der Pflege hat man ja wirklich täglich viele Absprachen.
9 Arbeitet Hand in Hand. Ich versuche natürlich auch deren Tagesablauf zu unterstützen
10 und mich da sinnvoll mit einzuordnen. Umgekehrt kommen auch viele schon auf mich
11 morgens zu: „Hach, wann möchtest du denn heute zu Herrn Sowieso?“ und: „Wie
12 manchen wir das mit der Mobi?“ Das kommt eigentlich schon von allen Seiten. Auch
13 von den Ärzten. Rückfragen umgekehrt, gehe ich auch von mir aus natürlich hin, wenn
14 mir etwas Besonderes auffällt. Doch, ich fühle mich da eigentlich ganz wohl.

15 CA: Wie würden Sie eine interprofessionelle, physiotherapeutische und pflegerische
16 Frühmobilisation definieren?

17 P03: Eine richtige interprofessionelle Behandlung (...), am liebsten mache ich das mit
18 Patienten, die ich auch alleine schon zum großen Teil händeln und bewegen kann.
19 Patienten, die ich kenne, wo ich weiß, was ich mir selber zutrauen kann und wo ich
20 dann mal nur einen Assistenten brauche, zum Beispiel am Ende zum Transfer in den
21 Sessel oder so. Also eine richtige Behandlung gibt es nicht, für Patienten, die eben
22 noch so schwer betroffen sind. Ganz inaktiv, keine Rumpf-Kopfkontrolle, Beatmung,
23 usw. So eine richtige Behandlung ist das nie. Das ist was anderes. Dafür bräuchte ich
24 dann einen Kollegen. Wir treffen uns ja morgens, das physiotherapeutische
25 Intensivteam, und besprechen uns ja und klären uns ab, wie die Ressourcen an dem
26 Tag sind. Am liebsten verabrede ich mich dann natürlich mit einer Kollegin oder
27 Kollegen für diese Patienten und die Zusammenarbeit mit der Pflege. Das mache ich

28 dann, wenn es keine Ressourcen gibt. Wenn ich absolut keine Hilfe bekomme, dann
29 ist das Plan B.

30 **CA:** Wenn Sie an die Arbeit im interprofessionellen Team auf der Intensivstation
31 denken, was sind Ihrer Meinung nach wichtige Faktoren für eine gute Frühmobilisation
32 im interprofessionellen Team?

33 **P03:** Wenn ich gemeinsam mit der Pflege behandle, dann weiß ich, dass in diesem
34 Moment nur das Nötigste getan werden kann. Meine Behandlung nimmt qualitativ ab,
35 weil die Pflege einfach nicht genau weiß, was jetzt in der Behandlung wichtig ist und
36 ich möchte der jetzt auch nicht sagen, weil sie auch eine erfahrene Pflegekraft ist:
37 „Fass mal hier an und mal hier an. Beweg das mal so.“ So funktioniert das ja auch für
38 mich überhaupt nicht. Dann ist es in dem Moment zum Beispiel ganz wichtig, dass der
39 Patient mal im Sessel sitzt oder so aber eine gute Behandlung ist das dann in meinen
40 Augen nicht. Und alleine funktioniert das auch nicht, wenn es beatmete Patienten sind.
41 Ich kann entweder vorne sitzen, aber dann stützt keiner von vorne oder hinten sitzen,
42 aber dann fehlt vorne die Behandlung am Patienten. Außerdem nehme ich wahr, dass
43 die Pflege nicht so richtig die Zeit dafür hat in die Behandlung zu gehen. Es passiert
44 ständig was für die Pflege, zum Beispiel braucht jemand eine pflegerische Maßnahme.
45 Die Pflege hat gar nicht die Zeit dafür, die Behandlung mit mir für 30 Minuten
46 durchzuführen, sondern nur vielleicht zehn Minuten, weil sie einfach andere Aufgaben
47 hat in diesem Moment.

48 **CA:** Was sind Ihrer Meinung nach die Vorteile eines interprofessionellen Teams?

49 **P03:** Natürlich ist es super angenehm. Es vermittelt eine Sicherheit. Es sind immer
50 viele Leute aller Professionen vor Ort, wenn da kritische Patienten sind, jemand
51 kollabiert, jemand wird reanimationspflichtig, irgendwas. Sofort ist Hilfe da. Man hat
52 Ansprechpartner, Leute, die da viel kompetenter sind, als wir das dann eher in der
53 Hinsicht sein können. Wo man in der Peripherie erstmal allein da steht. Das auf jeden
54 Fall. Dann genieße ich, dass man auch jederzeit Fragen stellen kann. Dinge, die mich
55 verwundern. Irgendwas, was ich gerade nicht verstehe. Das sind ja von den
56 Intensivpflegekräften auch viele die wirklich sehr gut ausgebildet sind, mit
57 Fachweiterbildung. Die da echt Ahnung von haben und die einem Zusammenhänge
58 gut mal eben erklären können. Insgesamt einfach auf die Gemeinschaft. Es gibt jedem
59 irgendwie neue Impulse oder mal andere Einblicke, als wenn ich mir vorstelle,

60 alternativ würde ich jetzt in einem Praxisraum sitzen und den ganzen Tag alleine für
61 mich Patienten behandeln. Dann bleibe ich so auf dem Level oder genau in der
62 Arbeitsweise, wie ich eben von mir aus bin und kriege nie irgendwelche anderen
63 Eindrücke und Sachen mit dazu.

64 **CA:** Fallen Ihnen auch Nachteile ein?

65 **P03:** (...) Es muss irgendwie harmonieren. Es muss eine gegenseitige Wertschätzung
66 und Wille zur Zusammenarbeit da sein. Das kann ich mir schon vorstellen, dass es
67 auch Stationen gibt, wenn es da irgendwelche Rivalitäten gibt. Wenn kein guter
68 Teamgeist herrscht, kann das schon zur Qual werden. Also so habe ich es auf jeden
69 Fall noch nicht erlebt.

70 **CA:** Welche Wünsche oder Vorstellungen haben Sie in Bezug auf die
71 Interprofessionalität?

72 **P03:** Also wichtig sind natürlich konkrete Absprachen und der Informationsfluss. Das
73 könnte noch verbessert werden. Es ist halt sehr individuell unterschiedlich. Je
74 nachdem von welchem Arzt oder Ärztin ich zum Beispiel morgens meine Übergaben
75 bekomme. Wie genau ich so instruiert bin. Das hilft halt ungemein, wenn man den
76 Tagesplan auch weiß. Der Patient hat um 12:00 Uhr MRT oder so. Dann kann ich mich
77 darauf einstellen. Oder bei dem ist heute Extubation geplant, also wenn viele
78 Hintergrundinformationen kommen. Auch die Zufriedenheit. Die Arbeitszufriedenheit
79 hängt davon natürlich ab. Das sehe ich auch gerade bei der Pflege. Wenn da jetzt
80 ratzfatz verlangt wird, dass er jetzt ins CT muss und das ist vorher gar nicht in Ruhe
81 abgesprochen worden. Da kann man auf jeden Fall noch was verbessern.

82 Ich finde auf jeden Fall ganz wichtig, dass man eine feste Zugehörigkeit hat. Auch wir
83 als Therapeuten. Zu einer oder mehreren Stationen, dass man sich mit Namen kennt
84 und sich einschätzen kann, dass man wieder seinen Platz findet. Wenn man heute hier
85 und morgen da ist, gehört man nie irgendwo dazu. Das kann nicht so laufen, als wenn
86 man da einen festen und erfahrenen Ansprechpartner hat. Da bin ich immer höchst
87 unzufrieden, wenn ich viel springen muss. Man hat ja auch einen eigenen Anspruch
88 an die Qualität oder das Wissen, was man hat. Wenn man da ankommt und selber
89 nicht so genau weiß, was mach ich hier und wie am besten, dann kann das auch in
90 der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht klappen. Irgendeiner muss schon den
91 Plan haben und wissen, was wollen wir jetzt machen. Dann kann ich quasi eine

- 92 Pflegekraft dazu holen. Das und das habe ich vor und das machen wir. Kannst du bitte
- 93 den Part übernehmen?
- 94 **CA:** Vielen Dank für das Interview, haben Sie noch Fragen?
- 95 **P03:** Nein, vielen Dank!

Anhang 6: Kodierleitfaden

| Kategorie | Kategorie Definition | Ankerbeispiel | Kodierregel |
|--|--|---|---|
| K1: interprofessioneller Zusammenhalt und Zugehörigkeit | Aussagen, die den Teamzusammenhalt und die Zugehörigkeit zum interprofessionellen Team beschreiben und welche Auswirkungen diese auf die Frühmobilisation hat. | <p><i>„Ich mag das (die interprofessionelle Zusammenarbeit) sehr gerne. Also, auf jeden Fall auf der Station, auf der ich eingesetzt bin, gibt es eine gute Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen. Gerade mit der Pflege hat man ja wirklich täglich viele Absprachen. Arbeitet Hand in Hand. Ich versuche natürlich auch deren Tagesablauf zu unterstützen und mich da sinnvoll mit einzuordnen.“</i></p> <p>(Interview P03, Zeile 6-10)</p> | Alle Textstellen, die auf den interprofessionellen Zusammenhalt und die Zugehörigkeit zum Intensivteam verweisen. |
| K2: Arbeitszufriedenheit | Aussagen, die die Arbeitszufriedenheit im | <i>„Eigentlich ganz gut (Arbeit im interprofessionellen Team)</i> | Alle Textstellen, die auf die Arbeitszufriedenheit im |

| Kategorie | Kategorie Definition | Ankerbeispiel | Kodierregel |
|--------------------------|--|--|---|
| | interprofessionellen Team beschreiben und Aussagen, die beschreiben, wie zufrieden die Professionen mit der pflegerischen und physiotherapeutischen Frühmobilisation sind. | <i>weil man jeden Tag ja auch darauf angewiesen ist, dass man mit den anderen Berufsgruppen gut zusammenarbeitet. Denn ich glaube, dass gerade die Mobilisation gar nicht anders funktioniert.“</i> (Interview P01 Zeile 5-7) | interprofessionellen Team verweisen. |
| K3: Kommunikation | Aussagen, die die Kommunikation im interprofessionellen Team beschreiben und welchen Einfluss diese auf die pflegerische und physiotherapeutische Frühmobilisation hat. | <i>„Und natürlich auch die kommunikative Kompetenz, das mitzuteilen, was die Physiotherapie möchte, so dass keine Überraschungen aufkommen. Also, da muss sachlich und klar kommuniziert werden: Das ist mein Ziel, das möchte ich machen und ich kann das Einschätzen.“</i> (Interview G01, Zeile 61-64) | Alle Textstellen, die auf die Kommunikation im interprofessionellen Team verweisen. |

| Kategorie | Kategorie Definition | Ankerbeispiel | Kodierregel |
|--|---|---|--|
| K4: Hierarchische Strukturen | Aussagen, die die hierarchischen Strukturen im interprofessionellen Team deutlich machen und welchen Einfluss diese auf die pflegerische und physiotherapeutische Frühmobilisation nimmt. | „Ich könnte es mir noch ein bisschen mehr vorstellen, dass man sich noch ein bisschen mehr auf Augenhöhe begegnet.“ (Interview G02, Zeile 80-81) | Alle Textstellen über die hierarchischen Strukturen in einem interprofessionellen Team auf der Intensivstation. |
| K5: Organisation und Durchführung einer interprofessionellen Frühmobilisation | Alle Aussagen der Professionen über die Vorbereitung und Durchführung einer interprofessionellen Frühmobilisation. | „Das hilft halt ungemein, wenn man den Tagesplan auch weiß. Der Patient hat um 12:00 Uhr MRT oder so, dann kann ich mich darauf einstellen. Oder bei dem ist heute Extubation geplant. Also, wenn viele Hintergrundinformationen kommen.“ (Interview P03, Zeile 75-78) | Alle Textstellen, die auf die Organisation und Durchführung einer interprofessionellen Frühmobilisation verweisen. |

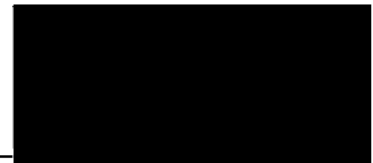
| Kategorie | Kategorie Definition | Ankerbeispiel | Kodierregel |
|---------------------------------------|---|---|--|
| K6: Zuständigkeitsbereiche | Alle Aussagen der Professionen über die eigenen oder interprofessionellen Zuständigkeitsbereiche während einer interprofessionellen Frühmobilisation. | <p><i>„Während der Behandlung halte ich mich persönlich immer sehr zurück, weil ich mich eher als unterstützende Kraft sehe. Und ein bisschen als Sicherheit, da ich intervenieren kann, wenn was mit dem Patienten nicht stimmt. Sei es Vitalparameter oder Schmerzen. Oder, dass der Beatmungsschlauch plötzlich abgeht.“</i></p> <p>(Interview G01, Zeile 47-50)</p> | Alle Textstellen, die beschreiben welche Zuständigkeitsbereiche die Professionen während einer Frühmobilisation haben. |
| K7: Interprofessionelle Lernen | Alle Aussagen über das gegenseitige Lernen. | <p><i>„Ich fände es tatsächlich vorteilhaft, wenn Berufsgruppen eng miteinander zusammenarbeiten. Auch bewusster, zum Beispiel durch Fortbildungen von beiden. Das heißt, dass beide Bereiche</i></p> | Alle Textstellen, die auf interprofessionelles Lernen verweisen. |

| Kategorie | Kategorie Definition | Ankerbeispiel | Kodierregel |
|---------------------------|---|--|---|
| | | <p><i>verstehen, was gemacht wird, dass mehr Vertrauen ist, dass man mehr Hand in Hand arbeitet.“</i></p> <p>(Interview P02, Zeile 96-99)</p> | |
| K8: Zeitmanagement | <p>Alle Aussagen der Experten über das Zeitmanagement einer interprofessionellen Frühmobilisation und welche Bedeutung dies für die Mobilisation hat.</p> | <p><i>„Dass man halt nicht um die Minuten, die es zur Absprache braucht, erstmal kämpfen muss und dann anderswo Abstriche machen muss. Dass das Ganze auch gefördert wird, und dass es mehr in den Tagesablauf integriert wird.“</i></p> <p>(Interview G02, Zeile 85-87)</p> | <p>Alle Textstellen, die auf das Zeitmanagement während, vor und nach einer Frühmobilisation verweisen.</p> |

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 02. Februar 2023



Ort, Datum

Unterschrift