

ERGOTHERAPIE VON BEGINN AN

**Ergotherapie als Teil der Frührehabilitation
erwachsener Intensivpatient*innen aus Sicht des
ärztlichen Personals und der Pflegepersonen**

MASTERARBEIT

**eingereicht an der
IMC Fachhochschule Krems**



**Fachhochschul-Masterstudiengang
*Angewandte Gesundheitswissenschaften***

von

Jasmin POSCHMAIER, BSc.

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science in Health Studies (MSc)

Betreuerin: Prim. Assoc. Prof. Priv. Doz.- Dr. Karin Pieber

Eingereicht am: 12.03.2022

Ehrenwörtliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen und/oder Gedanken als solche kenntlich gemacht habe. Dies gilt auch für Zeichnungen, Skizzen, bildliche Darstellungen sowie für Quellen aus dem Internet.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form an keiner anderen inländischen oder ausländischen Institution zur Beurteilung vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.“

Datum: 12.03.2022

Unterschrift

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, welche mir während des gesamten Entstehungsprozesses dieser Masterarbeit zur Seite gestanden sind und mich unterstützt haben.

Zuerst gebührt mein Dank meiner Betreuerin und Vorgesetzten Frau Prim. Priv. Doz.-Dr. Karin Pieber, welche mich auf meinem Weg mit konstruktiven und motivierenden Worten begleitet hat und deren Tür jederzeit für mich offenstand.

Ich möchte mich auch herzlich bei meiner Vortragenden Frau Assoc.-Prof. Dipl.-PGW Dr. Daniela Deufert für ihre fachliche Unterstützung bei der Ausarbeitung der Methodik und der Datenauswertung bedanken.

Ich danke der NÖ Landesgesundheitsagentur sowie der Klinikleitung des Universitätsklinikums St. Pölten für ihre Zustimmung zur Durchführung meiner Forschungsarbeit, wodurch diese überhaupt erst möglich wurde. Ich möchte mich auch bei den Abteilungs- und Bereichsleitungen für Anästhesie- und Intensivpflege bedanken, welche mir die Gelegenheit gegeben haben, diese Arbeit auf den Stationen durchzuführen.

Ein besonderer Dank gilt allen Interviewteilnehmer*innen, ohne deren persönliche Erfahrungen und Sichtweisen, die sie mit mir geteilt haben, diese Arbeit gar nicht erst entstanden wäre.

Ich möchte mich ebenfalls bei meinen Mitstudierenden bedanken, welche die emotionalen Besonderheiten in der Entstehung einer Masterarbeit am besten nachvollziehen konnten und dabei eine wichtige Stütze für mich waren. Dank gilt auch meinen Arbeitskolleginnen und -kollegen, die immer ein offenes Ohr für mich hatten und jeden Arbeitstag zu einer willkommenen Ablenkung vom Schreibprozess machten.

Abschließend möchte ich mich besonders bei meinem Ehemann, meiner Familie und meinen Freunden bedanken, welche diese emotionale Achterbahnfahrt bis zum Schluss mit mir durchlebt, mich aufgebaut, abgelenkt und weiter angespornt haben.

Abstract Deutsch

Einleitung: Die Ergotherapie unterstützt Intensivpatient*innen bei der Wiedererlangung größtmöglicher Selbständigkeit und leistet einen wesentlichen Beitrag in der Frührehabilitation, dennoch erhält ein Großteil diese nicht. Als mögliche Ursachen werden fehlendes Wissen und negative Einstellungen des interprofessionellen Teams gegenüber der Ergotherapie beschrieben. Das Ziel dieser Arbeit ist, das Wissen über ergotherapeutische Aufgaben und Kompetenzen, sowie deren Bedeutung in der Frührehabilitation aus der Sicht des Intensivpersonals anhand deren Einstellungen und Erfahrungen zu erheben.

Methode: Es wurden im Sinne eines qualitativen Forschungsdesigns zehn leitfadengestützte Interviews mit dem jeweiligen Kernteam der fünf Intensivstationen des Universitätsklinikums St. Pölten geführt. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden mithilfe eines Kategoriensystems für jede Berufsgruppe dargestellt. Das Kernteam äußerte überwiegend positive Einstellungen bei einem niedrig eingeschätzten Wissensstand. Außerdem wurden förderliche und hinderliche Faktoren für die Zusammenarbeit und Etablierung der Ergotherapie beschrieben.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse betonen die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Wissensvermittlung und einer Anpassung der Rahmenbedingungen für eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit. Es bedarf weiters einer Erforschung der Effektivität ergotherapeutischer Maßnahmen im Intensivbereich, um diese etablieren zu können.

Schlüsselwörter: Multiprofessionalität, Gesundheitsberufe, Krankenhaus, Kooperation, Wahrnehmungen

Abstract English

Introduction: Occupational therapy supports intensive care patients in regaining the greatest possible independence and makes a significant contribution to early rehabilitation, yet a large proportion do not receive it. Possible reasons are lack of knowledge and negative attitudes of the interprofessional team towards occupational therapy. The aim of this study is to assess the knowledge about occupational therapy tasks and competences as well as their importance in early rehabilitation from the perspective of the intensive care staff based on their attitudes and experiences.

Method: In the sense of a qualitative research design, ten guided interviews were conducted with the core teams of the five intensive care units of the University Hospital St. Pölten. The evaluation of the collected data was carried out by using qualitative content analysis according to Mayring (2015).

Results: The results are presented using a category system for each professional group. The core team expressed predominantly positive attitudes with a low estimated level of knowledge. In addition, enabling and hindering factors for collaboration and establishment of occupational therapy were described.

Conclusion: The results emphasize the necessity for measures regarding knowledge transfer and an adaptation of the general conditions to improve interprofessional collaboration. Furthermore, research on the effectiveness of occupational therapy interventions in the intensive care setting is needed to ensure successful establishment.

Keywords: multiprofessionality, health professions, hospital, cooperation, perceptions

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	I
Abstract Deutsch	II
Abstract English	III
Inhaltsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Frührehabilitation.....	2
1.2 Frühmobilisation	4
1.3 Das Team auf der Intensivstation.....	5
1.3.1 Gesetzliche Vorgaben zur Personalausstattung auf Intensivstationen	6
1.3.2 Die Zusammenarbeit auf der Intensivstation	8
1.4 Ergotherapie in der Versorgung von erwachsenen Intensivpatient*innen	11
1.4.1 Ergotherapeutische Maßnahmen	12
1.4.2 Vorteile einer ergotherapeutischen Behandlung.....	14
1.4.3 Die Zuweisung zur Ergotherapie auf der Intensivstation.....	14
1.5 Aktueller Forschungsstand	16
1.6 Vorannahmen der Forscherin	18
1.7 Forschungsfrage.....	19
1.7.1 Forschungsziel.....	20
2 Design und Methode	21
2.1 Studiendesign.....	21
2.2 Setting und Sampling	22
2.2.1 Samplingstrategie	23
2.2.2 Rekrutierungsstrategie	24
2.3 Ethische Überlegungen	25
2.4 Datenerhebung.....	26
2.4.1 Erhebungsinstrument - Interviewleitfaden	27
2.4.2 Interviewführung	28
2.5 Datenaufbereitung.....	30
2.6 Datensicherheit und -management	31
2.7 Datenauswertung	32

2.7.1	Bestimmung des Ausgangsmaterials	33
2.7.2	Fragestellung der Analyse	34
2.7.3	Analysetechnik.....	35
2.8	Strategien zum Erreichen der Gütekriterien	41
3	Ergebnisse	47
3.1	Beschreibung der Stichprobe	47
3.2	Ärztliches Personal.....	48
3.3	Pflegepersonen	73
4	Diskussion.....	102
4.1	Methodisches Vorgehen und Beantwortung der Forschungsfrage	102
4.2	Inhaltliche Diskussion der Ergebnisse	104
4.3	Implikationen für Praxis und Forschung	114
4.4	Limitationen	119
5	Konklusion	125
	Literaturverzeichnis	127
	Anhang.....	136
	Anhangsverzeichnis	137

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Rehabilitationsphasen in Österreich.....	2
Abbildung 2 Ablaufmodell des Analyseprozesses.....	37
Abbildung 3 Aufteilung der Berufserfahrung in der Gruppe des ärztlichen Personals	49
Abbildung 4 Verbesserungen der Patient*innen und deren Auswirkungen auf das System	57
Abbildung 5 Empfehlungen für eine ergotherapeutische Behandlung aus Sicht des ärztlichen Personals.....	69
Abbildung 6 Aufteilung der Berufserfahrung bei den Pflegepersonen.....	74
Abbildung 7 Verbesserungen der Patient*innen auf Ebenen der Funktion, Aktivität und Partizipation	83
Abbildung 8 Zentrale Themen des Kernteams	104
Abbildung 9 Praktische Implikationen auf Mikro-, Meso- und Makroebene	115

Abkürzungsverzeichnis

ATLs	Aktivitäten des täglichen Lebens
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
NÖ LGA	Niederösterreichische Landesgesundheitsagentur
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Unterscheidung Frührehabilitation und Frühmobilisation.....	5
Tabelle 2 Personalschlüssel der Pflege auf Intensivstationen	7
Tabelle 3 Ergotherapeutische Maßnahmen auf der Intensivstation	13
Tabelle 4 Einschlusskriterien zur Studienteilnahme	24
Tabelle 5 Darstellung der Zusammenfassung pro Ober- und Unterkategorie	41
Tabelle 6 Merkmale der Teilnehmer*innen	48
Tabelle 7 Kategoriensystem des ärztlichen Personals.....	50
Tabelle 8 Ergotherapeutische Maßnahmen und Funktionen aus Sicht des ärztlichen Personals	52
Tabelle 9 Voraussetzungen für die Ergotherapie aus Sicht des ärztlichen Personals	72
Tabelle 10 Kategoriensystem der Pflegepersonen.....	75
Tabelle 11 Vorteile und Auswirkungen einer ergotherapeutischen Behandlung aus Sicht der Pflegepersonen.....	81
Tabelle 12 Voraussetzungen der Patient*innen aus Sicht der Pflegepersonen ..	100

1 Einleitung

Die Intensivstation ist ein Arbeitsbereich, welcher mit einem erhöhten Bedarf an Technologien, einem hohen pflegerischen und medizinischen Aufwand als auch einer hohen Betreuungs- und Behandlungsintensität verbunden ist. Diese physisch und emotional belastende Umgebung stellt eine besondere Herausforderung für die verschiedenen darin tätigen Berufsgruppen dar (Ervin et al., 2018).

Der Bedarf einer intensivmedizinischen Versorgung unterlag in den letzten Jahren immer wieder verschiedensten Schwankungen, was sich einerseits an den zur Verfügung stehenden Intensivbetten, andererseits an der Belegung derselben zeigt. Mit 28,9 Intensivbetten auf 100.000 Einwohner*innen liegt Österreich im Ländervergleich hinter Deutschland im Spitzenfeld der Versorgung mit Intensivbetten (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung [OECD], 2020). Aufgrund der Coronapandemie 2020 wurde im Vergleich zum Vorjahr 2019 ein Rückgang in der Anzahl der stationären Aufenthalte für alle Fachbereiche verzeichnet (Statistik Austria, 2021a). Die Zahl der Intensivbetten wurde jedoch auf 2.635 Betten aufgestockt (Statistik Austria, 2021b). Weiters ist eine Zunahme von sieben Tagen in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation zu erkennen. Diese lag im Jahr 2020 bei 10,7 Tagen (Statistik Austria, 2021b).

Mit der immer fortschrittlicher werdenden Intensivmedizin steigen auch die Überlebenschancen der Betroffenen. Die oftmals lebensnotwendigen Maßnahmen der Intensivbehandlung wie beispielsweise mechanische Beatmung, Sedierung und Immobilität haben jedoch auch negative Auswirkungen auf die Patient*innen (Nessizius & Rottensteiner, 2017) und können zu bleibenden Einschränkungen führen (Herridge et al., 2011; Hopkins et al., 2017). Die Bemühungen des Intensivteams umfassen somit nicht nur das Sichern des Überlebens der Patient*innen, sondern auch die Vermeidung von Langzeitfolgen des Intensivaufenthaltes sowie die Unterstützung der Angehörigen (Ervin et al., 2018). Die steigende Zahl von älteren, multimorbiden und chronisch kranken Patient*innen erfordert neben der Weiterentwicklung der Intensivmedizin auch eine frühestmöglich einsetzende Therapie

im Rahmen einer Frührehabilitation (Beyer et al., 2015; Beyer & Seidel, 2017; Nessizius & Rottensteiner, 2017).

1.1 Frührehabilitation

Der Begriff Rehabilitation umfasst alle Maßnahmen um Menschen, die in Folge eines chronischen oder akuten Gesundheitsereignis (Krankheit, Trauma) in ihrer Funktionsfähigkeit sowie der Ausführung von Aktivitäten beeinträchtigt sind, dabei zu unterstützen weiterhin oder wieder an der Gesellschaft teilhaben zu können (Reiter et al., 2020; World Health Organization [WHO], 2017). In Österreich werden vier Rehabilitationsphasen unterschieden, wobei die Frührehabilitation die erste dieser Phasen darstellt (Reiter et al., 2020). In Abbildung 1 werden alle Phasen des Rehabilitationsprozesses in Österreich dargestellt.

Abbildung 1 Rehabilitationsphasen in Österreich

Frührehabilitation	Anschlussheilverfahren	Ambulante Rehabilitation	Langzeitrehabilitation
• Akutkrankenhaus	• Stationäre Rehabilitation • Ambulante Rehabilitation	• Ambulante Einrichtungen	• Private Einrichtungen • Therapeut*innen

(Eigene Darstellung, 2022 in Anlehnung an Reiter et al., 2020, S. 11)

Im österreichischen Rehabilitationsplan werden die Begriffe Frührehabilitation, Frühmobilisation und Akutrehabilitation synonym verwendet. Alle Begriffe beschreiben dabei rehabilitative Maßnahmen im Akutkrankenhaus und damit eine akute Krankenbehandlung (Reiter et al., 2020). Innerhalb der vorliegenden Arbeit wird der Begriff der Frührehabilitation für die Beschreibung jeglicher Maßnahmen auf der Intensivstation verwendet und wie folgt definiert:

Unter „Frührehabilitation“ wird die „frühestmöglich einsetzende Kombination aus akutmedizinischer und rehabilitationsmedizinischer Behandlung von Krankenhauspatienten verschiedener Fachgebiete mit einer akuten Gesundheitsstörung und relevanter Beeinträchtigung von Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten

und Partizipation gemäß der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ (Beyer et al., 2015, S. 262) verstanden. Diese dient vor allem der „Wiederherstellung der körperlichen und mentalen Funktionen der Patienten“ (Beyer et al., 2015, S. 262) und somit der Vermeidung bleibender Beeinträchtigungen nach einem Intensivaufenthalt, die sich auf eine Teilhabe der Patient*innen und die Ausführung von Alltagsaktivitäten auswirken können (Beyer et al., 2015; Beyer & Seidel, 2017).

Die Frührehabilitation stellt einen gesetzlich geregelten Bestandteil in der Versorgung von Patient*innen in einem Akutkrankenhaus dar. Mit Unterzeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention hat sich Österreich als Vertragsstaat dazu verpflichtet Maßnahmen der Rehabilitation im Bereich der Gesundheit zur Verfügung zu stellen, welche in einem „frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Erfordernisse und Stärken beruhen“ (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [BMSGPK], 2016, S. 22).

Eine Indikation für die Initiierung einer Frührehabilitation liegt vor allem bei multimorbiden, kritisch kranken Patient*innen vor, welche aufgrund der hohen Komplexität der zugrundeliegenden Erkrankung oder in Folge einer schweren Verletzung einen erhöhten und langen akutmedizinischen Behandlungsbedarf haben, wie zum Beispiel: Patient*innen mit erworbenen Hirnschädigungen, Polytrauma, nach Langzeitbeatmung und Langzeitintensivbehandlung (Beyer & Seidel, 2017). Diese Patient*innen sind häufig auf Intensivstationen zu finden, weswegen vor allem Intensivpatient*innen unabhängig vom jeweiligen Fachbereich von einer Frührehabilitation profitieren (Beyer & Seidel, 2017).

Als spezifische Interventionen der Frührehabilitation werden unter anderem pflegerische, ärztliche, physiotherapeutische, ergotherapeutische, sprach- und schlucktherapeutische und psychologische Maßnahmen beschrieben (Stucki et al., 2002). Therapeutische Maßnahmen der Frührehabilitation werden innerhalb der vorhandenen Literatur bereits als sicher, effektiv und durchführbar beschrieben (Pohlman et al., 2010; Schweickert et al., 2009; Sosnowski et al., 2015). Frühzeitige Physio- und

Ergotherapie tragen zu einer kürzeren Aufenthaltsdauer der Patient*innen bei, verbessern den funktionellen Status der Patient*innen bei Entlassung, führen zu mehr beatmungsfreien Tagen (Bein et al., 2015; Beyer et al., 2015; Nessizius & Rottensteiner, 2017; Schweickert et al., 2009; Sosnowski et al., 2015) sowie zu einem kürzeren Auftreten des auf der Intensivstation erworbenen Delirs (Alvarez et al., 2017; Schweickert et al., 2009).

Die Frührehabilitation ist in ihrem Inhalt und der Zielsetzung von der Frühmobilisation abzugrenzen. Ein wesentliches Ziel der Frührehabilitation besteht darin, dass Patient*innen eine entsprechende Rehabilitationsfähigkeit für an das Akutsetting anschließende Heil- und Rehabilitationsverfahren erlangen. Sie bildet somit die erste Phase des Gesamtheilungsprozesses von kritisch kranken Patient*innen (Beyer & Seidel, 2017).

1.2 Frühmobilisation

Die Frühmobilisation, oder auch funktionsorientierte Physiotherapie genannt, ist ein Bestandteil der akutmedizinischen Versorgung und stellt im Regelfall nur eine einzelne Maßnahme dar (Stucki et al., 2002).

Im Vordergrund steht die Behebung vorübergehender Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -strukturen in Folge der Immobilisierung von Patient*innen auf Intensivstationen mit dem Ziel die Mobilität wiederherzustellen und Komplikationen durch weitere Beeinträchtigungen der Funktion, Aktivität und Partizipation zu vermeiden (Bein et al., 2015; Stucki et al., 2002).

In den S2e Leitlinien „Lagerungstherapie und Frühmobilisation zur Prophylaxe oder Therapie von pulmonalen Funktionsstörungen“ von Bein et al. (2015) werden Maßnahmen zur frühzeitigen Mobilisation von Intensivpatient*innen innerhalb der ersten 72 Stunden nach Aufnahme empfohlen. Diese beinhalten vor allem Maßnahmen der passiven, assistiert-aktiven und aktiven Mobilisation. Sowohl Stucki et al. (2002) als auch Bein et al. (2015) beschreiben die Frühmobilisation als eine Maßnahme der Physiotherapie.

Im Vorfeld der Initiierung einer Frührehabilitationsmaßnahme steht die sorgfältige Planung und Abstimmung mit den verschiedenen an der Behandlung beteiligten Professionen (Ärzte und Ärztinnen, Pflege, Therapeut*innen) (Pohlman et al., 2010). Die Frührehabilitation sollte als multi- und interdisziplinäre, patient*innen-zentrierte Teamarbeit organisiert sein (Beyer et al., 2015; Beyer & Seidel, 2017).

In der nachfolgenden Tabelle 1 werden die wesentlichen Unterschiede zwischen Frührehabilitation und Frühmobilisation dargestellt.

Tabelle 1 Unterscheidung Frührehabilitation und Frühmobilisation

	Frührehabilitation	Frühmobilisation
Indikation	Ausgeprägte und mögliche bleibende Beeinträchtigungen mehrerer Komponenten der Gesundheit	Vorübergehende Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -strukturen
Involvierte Berufsgruppen	Mindestens zwei Berufsgruppen (Physio- und Ergotherapie oder Logopädie)	Ausschließlich Physiotherapie
Konzept	Fokus auf Funktionen und Aktivitäten	Einzelmaßnahme (keine Rehabilitation im engeren Sinn)
Therapieeinheiten/Tag	2-3	1-2
Zeitlicher Aufwand	40 Minuten bis 1 Stunde	20-40 Minuten
Phase	Erste oder zweite Akutphase	Erste Akutphase

(Eigene Darstellung, 2022 in Anlehnung an Stucki et al., 2022, S. 141)

1.3 Das Team auf der Intensivstation

Das Kernteam einer Intensivstation besteht meist aus dem ärztlichen Personal und Pflegepersonen mit Sonderausbildung in der Anästhesie- und Intensivpflege, welche ausschließlich auf der Intensivstation tätig sind. Sie sind dadurch in alle zentralen Prozesse rund um die Behandlung der Patient*innen eingebunden und bilden

das Kernteam der Intensivstation (Ervin et al., 2018; Riessen et al., 2011). Das Pflegeteam ist dabei zahlenmäßig meist größer als jenes der Ärzteschaft (Riessen et al., 2011).

Ergänzt wird das Kernteam durch verschiedene Berufsgruppen aus dem Bereich der Therapie und Psychologie, sowie konsiliarisch eingebundenem ärztlichen Personal aus anderen Fachbereichen, welche in Abstimmung mit dem Kernteam Maßnahmen der Frührehabilitation planen und umsetzen (Riessen et al., 2011). Es gibt unterschiedliche Vorgaben zur personellen und strukturellen Ausgestaltung der Frührehabilitation sowohl in der Zahl als auch in der Art der verschiedenen involvierten Berufsgruppen.

1.3.1 Gesetzliche Vorgaben zur Personalausstattung auf Intensivstationen

In Deutschland werden die Mindestvoraussetzungen für die Frührehabilitation innerhalb des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) beschrieben. Diese beinhalten sowohl die Zusammensetzung des multiprofessionellen Teams als auch die fachlichen Qualifikationen der involvierten Teammitglieder. Hierbei wird das Vorhandensein von mindestens vier der folgenden Therapiebereiche empfohlen: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie/Psychologie, Psychotherapie, Logopädie, Kunst- und/oder Musiktherapie, Dysphagietherapie. In den Mindestmerkmalen wird unter anderem der kombinierte Einsatz von mindestens drei dieser Berufsgruppen je nach Patient*in und in einem unterschiedlichen Zeitaufwand vorgeschlagen. Weiters werden Empfehlungen zur Anzahl und Dauer der Therapieeinheiten in Abhängigkeit der Behandlungstage beschrieben (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2021).

Im österreichischen Gesundheitssystem beruht die Berechnung einer Mindestpersonalausstattung in der stationären Patient*innenversorgung auf den Empfehlungen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Mithilfe dieses LKF-Systems werden Leistungen im stationären Krankenhausbereich abgerechnet (BMSGPK, 2021). In Bezug auf die intensivmedizinische Versorgung wird dabei zwischen drei Kategorien von Intensivstationen unterschieden: Intensivüberwa-

chungseinheiten, intermediäre Überwachungsstationen und Intensivbehandlungseinheiten. Für jede Kategorie werden entsprechende strukturelle und personelle Voraussetzungen beschrieben, wobei Intensivbehandlungseinheiten dabei jene Kategorie mit der Maximalversorgung darstellen (BMSGPK, 2021; Joannidis et al., 2018).

Das aktuelle LKF-Modell bezieht sich in seinen vorgeschriebenen Kriterien für Intensivstationen neben der Intensivdokumentation und der Mindestbettenzahl auf eine Mindestpersonalausstattung des diplomierten Pflegepersonals (BMSGPK, 2021). Das Pflegepersonal wird dabei auf Grundlage der systemisierten Betten berechnet und in Tabelle 2 für eine Intensivüberwachungs- und eine Intensivbehandlungseinheit dargestellt.

Tabelle 2 Personalschlüssel der Pflege auf Intensivstationen

	Intensivüberwachungseinheit	Intensivbehandlungseinheit
Pflegeperson/Bett	≥ 1,50:1	≥ 3,00:1

(Eigene Darstellung, 2022 in Anlehnung an das LKF-Modell, 2021, S.16)

Innerhalb dieser Vorgaben fehlen Empfehlungen zur personellen Besetzung des ärztlichen Personals und den therapeutischen Maßnahmen der intensivmedizinischen Frührehabilitation. Es gibt somit im österreichischen Gesundheitssystem derzeit noch keine gesetzlich geregelten Vorgaben zur Gestaltung der Frührehabilitation auf Intensivstationen. Während die gesetzliche Verankerung einer physiotherapeutischen Versorgung von Intensivpatient*innen im Sinne der Frühmobilisation bereits vorgeschlagen wird (Joannidis et al., 2018), fehlt eine solche Empfehlung für andere therapeutische Berufsgruppen im Sinne einer umfassenden Frührehabilitation.

Um der Bandbreite an speziellen Bedürfnissen von kritisch kranken Patient*innen in einem Setting wie der Intensivstation gerecht werden zu können, bedarf es laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) einer Beteiligung von mindestens zwei oder mehr Berufsgruppen in Form einer multidisziplinären Rehabilitation (WHO, 2017). Jede Berufsgruppe verfügt einerseits über ihr eigenes Wissen, Kompetenzen und

Verantwortung in der Arbeit auf der Intensivstation, andererseits kommt es in manchen Bereichen auch zu Überschneidungen in den Aufgaben und Zuständigkeiten unterschiedlicher Berufsgruppen. Als gemeinsames Ziel ist jedoch immer das Wohlbefinden des*der Intensivpatienten*in anzusehen (Nessizius & Rottensteiner, 2017). Hierbei spielt das Zusammenarbeiten der unterschiedlichen Disziplinen und Professionen als Team eine bedeutende Rolle, um eine bestmögliche Versorgung gewährleisten zu können (Ervin et al., 2018; Nancarrow et al., 2013; Xyrichis & Ream, 2008; Yeager, 2005). Die in die Frührehabilitation involvierten therapeutischen Berufsgruppen müssen eng mit dem Kernteam auf der Intensivstation zusammenarbeiten um eine ehestmögliche Entlassung von Patient*innen zu ermöglichen (Stucki et al., 2002).

1.3.2 Die Zusammenarbeit auf der Intensivstation

Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen wird in diesem Zusammenhang als dynamischer Prozess zwischen zwei oder mehr Gesundheitsprofessionen mit einander ergänzenden unterschiedlichen fachlichen Hintergründen und Fertigkeiten definiert. Diese arbeiten an gemeinsamen Zielen, nämlich der Befundung, Planung und Evaluierung der Patient*innenversorgung (Xyrichis & Ream, 2008).

Diese Arbeit bezieht sich bei der Beschreibung von Zusammenarbeit auf interprofessionelle Zusammenarbeit. Innerhalb der Literatur als auch in der klinischen Praxis sind unterschiedliche Begrifflichkeiten zur Beschreibung der Zusammenarbeit im Umlauf (Nancarrow et al., 2013; Yeager, 2005). Vor allem die Begriffe interdisziplinär und interprofessionell werden dabei häufig synonym verwendet, wobei sie unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit beschreiben (Mahler et. al, 2014). Eine einheitliche Terminologie wurde noch nicht etabliert, jedoch wird in den meisten verwendeten Begrifflichkeiten von Teamarbeit gesprochen (Nancarrow et al., 2013). Die Unterschiede zwischen multiprofessioneller, interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammenarbeit müssen an dieser Stelle, zum Verständnis der in dieser Arbeit verwendeten Begriffe, verdeutlicht werden.

Multiprofessionelle Zusammenarbeit beschreibt das Arbeiten mehrerer verschiedener Professionen, welche neben- und auch unabhängig voneinander arbeiten

und dabei nur gelegentlich Informationen austauschen (Jakobsen, 2011; Körner & Bengel, 2004). In solchen Teams erfolgt die Koordination der Behandlung allein durch einen Arzt oder eine Ärztin (Körner & Bengel, 2004).

Im Gegensatz dazu steht die **interdisziplinäre Zusammenarbeit**, bei welcher Angehörige verschiedenster Disziplinen ein gemeinsames Ziel verfolgen und sich dabei miteinander abstimmen (Körner & Bengel, 2004; McCallin, 2001). In diesem Zusammenhang wird unter Disziplin eine Fachrichtung innerhalb einer Profession verstanden wie zum Beispiel die Anästhesie innerhalb der medizinischen Profession (Jakobsen, 2011). Es bedeutet somit wie Mahler et al. (2014) beschreiben: „dass Forscher unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen zusammenarbeiten“ (S. 2). Es findet anders als bei der Verwendung dieses Begriffs häufig angenommen wird, keine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit statt, sondern die Zusammenarbeit verschiedenster Disziplinen innerhalb einer Berufsgruppe, beispielsweise die Unfallchirurgie mit der Anästhesie (Mahler et al., 2014).

Interprofessionalität beschreibt hingegen das, was üblicherweise gemeint ist, wenn von interdisziplinärer Zusammenarbeit gesprochen wird. Eine Profession stellt hierbei den Beruf auf Basis einer wissenschaftlichen Disziplin dar (Mahler et al., 2014), beispielsweise eine Pflegeperson. Interprofessionelles Zusammenarbeiten bedeutet, dass Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Kompetenzbereichen an einem gemeinsamen Ziel arbeiten und sich ihre Kompetenzen dabei überschneiden (Mahler et al., 2014; Jakobsen, 2011). Da sich die vorliegende Arbeit mit mehreren verschiedenen Professionen und deren Zusammenarbeit in der Behandlung und Versorgung von Intensivpatient*innen auseinandersetzt, wird die Bedeutung des Begriffs der interprofessionellen Zusammenarbeit für die Beschreibung derselben verwendet. Der Begriff der interdisziplinären Zusammenarbeit wird aufgrund der beschriebenen Problematik in der synonymen Verwendung dieser beiden Begriffe in dieser Arbeit gleichbedeutend mit interprofessioneller Arbeit angesehen, sollte er von Autor*innen in der Literatur oder von Interviewteilnehmer*innen verwendet werden.

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist nicht nur im Hinblick auf die Versorgung von Patient*innen und deren Angehörigen essenziell (Nancarrow et al., 2013; Xyrichis

& Ream, 2008; Yeager, 2005), sondern hat auch positive Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit und mentale Gesundheit der Mitarbeiter*innen (Xyrichis & Ream, 2008).

Damit diese Zusammenarbeit funktionieren kann, bedarf es einer offenen und effektiven Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen (Nancarrow et al., 2013; Suter et al., 2009; Xyrichis & Ream, 2008; Yeager, 2005) sowie umfassendem Wissen über die Möglichkeiten und Grenzen der eigenen wie auch der anderen Berufsgruppen (Nessizius & Rottensteiner, 2017; Riessen et al., 2011). Dies setzt ein zugrundeliegendes Verständnis für die Rolle und die damit verbundenen Aufgaben jeder involvierten Berufsgruppe voraus (Suter et al., 2009; Xyrichis & Ream, 2008). In der vorhandenen Literatur wird das Wissen und Verständnis für die Kompetenzen und Aufgaben jeder Berufsgruppe eines Teams sowohl als wesentliche Voraussetzung als auch Merkmal für effektive, interdisziplinäre Zusammenarbeit beschrieben (Bjurling-Sjöberg et al., 2017; Nancarrow et al., 2013; Rydenfält et al., 2019; Suter et al., 2009; Xyrichis & Ream, 2008; Yeager, 2005).

1.3.2.1 Besondere Herausforderungen der Intensivstation an das interprofessionelle Team

Die Intensivstation stellt aufgrund ihrer speziellen physischen und emotionalen Anforderungen und Strukturen eine besondere Herausforderung für die Zusammenarbeit von Teams dar. Die physische Umgebung einer Intensivstation ist gekennzeichnet durch ständige Lärmbelästigung aufgrund von Alarmsignalen, einer ungleichmäßigen Beleuchtung sowie eingeschränkten Platzressourcen. Dazu kommt die emotionale Belastung durch die tägliche Auseinandersetzung mit Tod und Sterben (Ervin et al., 2018).

Neben den physischen und emotionalen Herausforderungen zeichnet sich die Zusammensetzung und Zusammenarbeit des interprofessionellen Teams auf Intensivstationen durch seine Kurzlebigkeit aus (Ervin et al., 2018). Die Größe als auch Zusammensetzung der in die Behandlung von Intensivpatient*innen involvierten Berufsgruppen kann patient*innenbezogen wie auch zeitlich stark variieren und sich

täglich ändern (Ervin et al., 2018; Nancarrow et al., 2013). Neben dem gemeinsamen zugrundeliegenden Wissen über die Versorgung von kritisch kranken Patient*innen braucht es aus diesem Grund sowohl gegenseitiges Vertrauen in die Fertigkeiten als auch das Wissen um die jeweiligen Kompetenzen und Aufgaben jeder einzelnen Berufsgruppe auf der Intensivstation (Beyer & Seidel, 2017; Ervin et al., 2018). Die Verteilung und Klärung der jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten stellt jedoch eine große Herausforderung dar. Fehlendes Wissen und Verständnis für die Kompetenzen einer Berufsgruppe können zu Unsicherheiten im Umgang und der Kommunikation und damit verbunden zu Konflikten innerhalb eines Teams führen (Atwal, 2002; Smith & Mackenzie, 2011; Yeager, 2005).

Der kritische Zustand der Patient*innen aufgrund von Immobilität und einer oftmals stark eingeschränkten Vigilanz stellt eine zusätzliche Erschwernis für die Umsetzung frührehabitativer Maßnahmen und damit eine Herausforderung für das gesamte Team dar. Therapeutische Maßnahmen müssen häufig in Zusammenarbeit mehrerer Personen aus verschiedenen Berufsgruppen umgesetzt werden. Diese gemeinsame Arbeit und gegenseitige Unterstützung unterschiedlicher Berufsgruppen bietet jedoch einen enormen Vorteil für Patient*innen bei der Erreichung interprofessioneller Rehabilitationsziele (Beyer & Seidel, 2017). Die Betreuung von Intensivpatient*innen im Rahmen der Frührehabilitation ist eine interdisziplinäre Aufgabe (Beyer et al., 2015; Ervin et al., 2018; Nessizius & Rottensteiner, 2017).

1.4 Ergotherapie in der Versorgung von erwachsenen Intensivpatient*innen

Die Ergotherapie leistet bereits seit vielen Jahren einen wesentlichen Beitrag in der Behandlung von Intensivpatient*innen und wird gemeinsam mit der Physiotherapie als effektive und sichere Maßnahme der Frührehabilitation beschrieben (Pohlman et al., 2010; Schweickert et al., 2009; Sosnowski et al., 2015).

Die Hauptaufgabe der Ergotherapie besteht in der Reduktion der Langzeitfolgen und damit Vermeidung von Komplikationen durch den Intensivaufenthalt, sowie im Erreichen einer größtmöglichen Selbständigkeit der Patient*innen (Affleck et al.,

1986). Unter Berücksichtigung der physischen, emotionalen, kognitiven und spirituellen Auswirkungen einer kritischen Erkrankung auf die Betroffenen als auch deren Familien, versucht die Ergotherapie den*die Intensivpatient*in ganzheitlich zu betrachten (Algeo & Aitken, 2019; Costigan et al., 2019; Foreman, 2005; Weinreich et al., 2017). Im Mittelpunkt jeder ergotherapeutischen Behandlung steht die Verbesserung der Handlungsfähigkeit von Patient*innen (Ergotherapie Austria, 2021; DACHS, 2007).

Eine der Grundannahmen der Ergotherapie besteht darin, dass einer Betätigung nachgehen zu können wichtig für die Gesundheit und Lebensqualität von Menschen ist und es diesen ermöglicht innerhalb ihrer Umwelt zu interagieren, diese zu verändern und damit auch an der Gesellschaft teilzuhaben (DACHS, 2007). Die ergotherapeutischen Maßnahmen auf der Intensivstation zielen somit primär darauf ab, unter Berücksichtigung dieser Interaktion von Person, Betätigung und Umwelt, Patient*innen auf der Intensivstation beim Wiedererlernen und der Durchführung verschiedenster Aktivitäten zu unterstützen bzw. diese zu ermöglichen und dadurch an ihrer eigenen Genesung und Rehabilitation teilhaben zu lassen (Foreman, 2005; Weinreich et al., 2017). Dieser ganzheitliche Ansatz bietet eine einzigartige Möglichkeit und Chance in der Frührehabilitation von Intensivpatient*innen (Affleck et al., 1986; Costigan et al., 2019; Foreman, 2005; Weinreich et al., 2017).

1.4.1 Ergotherapeutische Maßnahmen

Die bestehende Literatur zu spezifischen ergotherapeutischen Interventionen auf Intensivstationen ist limitiert. In Tabelle 3 werden die beschriebenen ergotherapeutischen Maßnahmen sowie deren Literaturangaben in einer übersichtlichen Form dargestellt.

Tabelle 3 Ergotherapeutische Maßnahmen auf der Intensivstation

Ergotherapeutische Maßnahme	Literaturangabe
Training von Aktivitäten des täglichen Lebens (ATLs)	Alvarez et al., 2017; Affleck et. al, 1986; Costigan et al., 2019
Durchführung von Lagewechsel, Transfers und das entsprechende Positionieren	Algeo & Aitken, 2019; Alvarez et al., 2017; Affleck et al., 1986; Foreman, 2005
Schienenversorgung	Algeo & Aitken, 2019; Costigan et al., 2019; Foreman, 2005
Verbesserung des Bewegungsausmaßes, Tonus und der funktionellen Aktivität in den oberen Extremitäten	Algeo & Aitken, 2019; Alvarez et al., 2017; Costigan et al., 2019
Kognitive Assessments/Behandlung	Algeo & Aitken, 2019; Alvarez et al., 2017; Costigan et al., 2019
Aufklärung und Unterstützung der Angehörigen	Algeo & Aitken, 2019; Alvarez et al., 2017; Costigan et al., 2019
Hilfsmittelversorgung	Costigan et al., 2019
Unterstützte Kommunikation	Costigan et al., 2019

(Eigene Darstellung, 2022)

Obwohl die Wirksamkeit spezifischer ergotherapeutischer Interventionen bisher kaum erforscht wurde, da die Ergotherapie häufig in Kombination mit Physiotherapie untersucht wird (Costigan et al., 2019; Weinreich et al., 2017), konnte diese Kombination in der Frührehabilitation bereits als wirksam und effektiv nachgewiesen werden (Alvarez et al., 2017; Pohlman et al., 2010; Schweickert et al., 2009; Sosnowski et al., 2015). Als Beispiel für eine Studie zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Interventionen ist jene von Alvarez et al. (2017) anzuführen. Diese beschreibt signifikante Verbesserungen in der Selbständigkeit bei Entlassung, eine kürzere Dauer des Delirs sowie generell eine niedrigere Inzidenz des Delirs im Delir-Management von älteren nicht-intubierten Patient*innen. Costigan et al. (2019) beschreiben dabei auch das noch nicht vollständig ausgenutzte Potenzial der Ergotherapie im Bereich der kognitiven Rehabilitation und dem Einsatz von assistierten Technologien.

1.4.2 Vorteile einer ergotherapeutischen Behandlung

Ergotherapeutische Maßnahmen tragen unter anderem zu einer Reduktion der Anzahl an Wiederaufnahmen von Patient*innen bei (Rogers et al., 2017). Rogers et al. (2017) beschreiben einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen vermehrten Krankenhausaussagen für ergotherapeutische Leistungen und einer geringeren Anzahl an Wiederaufnahmen innerhalb von drei verschiedenen Patient*innengruppen (Herzinsuffizienz, Pneumonie, akuter Myokardinfarkt). Obwohl diese Untersuchung auf Normalstationen durchgeführt wurde, stellen diese Krankheitsbilder häufige Indikationen für eine intensivmedizinische Versorgung dar und sind somit auch auf Intensivstationen anzutreffen (Weinreich et al., 2017). Anhand dieser Ergebnisse wird deutlich, dass Ergotherapie auch wirtschaftliche Vorteile erbringen kann. Durch die Verbesserung der Patient*innenversorgung als auch die Reduktion von Wiederaufnahmen, können Kosten eingespart werden (Rogers et al., 2017).

Trotz der nachgewiesenen Effektivität (Alvarez et al., 2017), einer möglichen Kostenersparnis und der geringeren Anzahl an Wiederaufnahmen nach Inanspruchnahme ergotherapeutischer Leistungen (Rogers et al., 2017), wird ein Großteil der Intensivpatient*innen im Rahmen der Frührehabilitation nicht zeitgerecht der Ergotherapie zugewiesen (Dinglas et al., 2013; Foreman, 2005). Ergotherapeutische Interventionen werden innerhalb geltender Leitlinien nicht beschrieben und in der Praxis erfolgt die Initiierung der ersten ergotherapeutischen Intervention entgegen der Definition von Frühmobilisation häufig später als 72 Stunden nach Aufnahme (Dinglas et al., 2013).

1.4.3 Die Zuweisung zur Ergotherapie auf der Intensivstation

Auf Intensivstationen erfolgt die Zuweisung zur Ergotherapie im Rahmen regelmäßig stattfindender interprofessioneller Besprechungen. Der Großteil dieser Zuweisungen kommt einer Befragung kanadischer Ergotherapeut*innen zufolge direkt vom ärztlichen Personal, gefolgt von physiotherapeutischen Empfehlungen (Foreman, 2005). Einer aktuelleren Studie zufolge beruhen 75% der Zuweisungen auf physiotherapeutischen Empfehlungen (Algeo & Aitken, 2019). Viele Patient*innen erhalten im Laufe ihres Intensivaufenthalts keine oder nur eine geringe Anzahl

an ergotherapeutischen Interventionen (Algeo & Aitken, 2019; Dinglas et al., 2013; Foreman, 2005). Obwohl die Zahl der ergotherapeutisch behandelten Intensivpatient*innen über die Jahre von nur 10% (Foreman, 2005), über 30% (Dinglas et al., 2013), auf 43% gestiegen ist (Algeo & Aitken, 2019), erhält nach wie vor die Mehrheit der Intensivpatient*innen während ihres Aufenthalts keine ergotherapeutische Behandlung.

Neben patient*innenbezogenen Faktoren wie dem Schweregrad der Erkrankung werden vor allem Unterschiede im Umgang mit Maßnahmen der Frührehabilitation zwischen den verschiedenen Intensivstationen als Ursachen beschrieben (Dinglas et al., 2013). Vorhandene Unterschiede im ergotherapeutischen Personalschlüssel können ebenfalls einen Einfluss auf den Bekanntheitsgrad der Ergotherapie auf Intensivstationen haben (Algeo & Aitken, 2019). Diese spezifischen institutionellen und personellen Faktoren stellen modifizierbare Faktoren dar (Dinglas et al., 2013).

1.4.3.1 Mögliche Ursachen für fehlende bzw. unpassende Zuweisungen

Eine Ursache könnte die derzeit noch fehlende bzw. unzureichende Beschreibung der ergotherapeutischen Aufgaben und Kompetenzen im Intensivbereich sein (Algeo & Aitken, 2019; Foreman, 2005; Weinreich et al., 2017), welche zu fehlendem Wissen und Verständnis anderer Berufsgruppen (Bombarda et al., 2016) gegenüber der Ergotherapie führen kann. Ein unzureichendes Verständnis für die Aufgaben und Kompetenzen einer Berufsgruppe kann nicht nur zu Schwierigkeiten innerhalb des Teams, sondern letztlich auch zu einer niedrigen Anzahl an Zuweisungen, sowie unpassenden Empfehlungen für ergotherapeutische Behandlungen führen (Algeo & Aitken, 2019).

Als weitere Ursache werden zeitliche und personelle Kapazitätsprobleme der Ergotherapeut*innen beschrieben, welche eine Teilnahme an interprofessionellen Besprechungen oftmals nicht ermöglichen (Foreman, 2005). Dies resultiert in einer fehlenden Sichtbarkeit und Bekanntheit dieser Berufsgruppe auf Intensivstationen. In einem Erfahrungsbericht von Bombarda et al. (2016) gaben 88.9% der Befragten

aus verschiedenen Gesundheitsprofessionen an, im Zuge des untersuchten Projekts zum ersten Mal Kontakt zur Ergotherapie im intensivmedizinischen Setting gehabt zu haben (Bombarda et al., 2016).

1.5 Aktueller Forschungsstand

Der aktuelle Forschungsstand zur Ergotherapie als Teil der Frührehabilitation auf Intensivstationen wurde mithilfe einer Literaturrecherche erhoben. Im Vorfeld wurden Suchbegriffe festgelegt, mit welchen in den wissenschaftlichen Datenbanken gesucht werden sollte. Dafür wurden die Datenbanken PubMed, CINAHL und ScienceDirect (Elsevier) herangezogen. Darauf aufbauend konnten weitere relevante Forschungsarbeiten über GoogleScholar, berufsspezifische Fachbibliotheken sowie die Referenzlisten der inkludierten Literatur identifiziert werden.

Die vorhandene Literatur weist auf zahlreiche hinderliche sowie veränderbare Faktoren zur erfolgreichen Implementierung von Ergotherapie auf Intensivstationen hin (Dinglas et al., 2013). Die spärliche Etablierung der Ergotherapie auf Intensivstationen ist in einem entscheidenden Maße auch von der Beziehung zu den restlichen Teammitgliedern auf Intensivstationen abhängig (Costigan et al., 2019). Das Intensivpersonal selbst sowie die Einstellungen und das Verständnis der Kompetenzen und Aufgaben verschiedener Berufsgruppen innerhalb eines Teams werden hierbei als wesentliche Einflussfaktoren auf die Zusammenarbeit, Kommunikation und letztlich auch Zuweisung zu entsprechenden Therapiemaßnahmen und damit der Qualität der Patient*innenversorgung beschrieben (Affleck et al., 1986; Algeo & Aitken, 2019; Bombarda et al., 2016; Dinglas et al., 2013; Ervin et al., 2018; Foreman, 2005; Gupte & Swaminathan, 2016; Smith & Mackenzie, 2011).

In anderen Fachbereichen konnte ein Zusammenhang zwischen fehlendem Wissen gegenüber den Aufgaben der Ergotherapie, sowie entsprechend niedrigen Zuweisungszahlen bereits bestätigt werden (Smith & Mackenzie, 2011). Der vorhandene Wissensstand gegenüber den grundlegenden Kerngedanken und Tätigkeitsbereichen der Ergotherapie unter verschiedensten Berufsgruppen wird in einer Studie von Alotaibi et al. (2019) als niedrig beschrieben. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Smith und Mackenzie (2011), welche nicht nur fehlendes Wissen über den

Zweck der Ergotherapie beschreiben, sondern auch zum Teil negative stereotype Vorurteile (Ergotherapie als „Beschäftigung“ der Patient*innen) langjährig erfahrener Pflegepersonen gegenüber ihren ergotherapeutischen Teammitgliedern (Smith & Mackenzie, 2011). Im Gegensatz zu den negativen Haltungen und dem fehlenden Verständnis gegenüber der Ergotherapie in dieser Studie (Smith & Mackenzie, 2011) beschreiben Alotaibi et al. (2019) auch positive Einstellungen gegenüber der Ergotherapie. Dabei konnte festgestellt werden, dass eine langjährige Berufserfahrung als Pflegeperson in einem Krankenhaus einen signifikanten Einfluss auf eine positive Einstellung gegenüber der Ergotherapie hat. Dies zeigte sich auch in einer höheren Bereitschaft zur Zuweisung von Patient*innen zur Ergotherapie (Alotaibi et al., 2019). Die Auswirkungen von fehlendem Wissen sowie hinderlichen Einstellungen auf die Zuweisungen zur Ergotherapie werden von mehreren Studien beschrieben (Algeo & Aitken, 2019; Alotaibi et al., 2019; Foreman, 2005; Smith & Mackenzie, 2011).

Im Gegensatz zur Ergotherapie wurden die Einstellungen und Erfahrungen verschiedener Gesundheitsprofessionen gegenüber der Physiotherapie auf Intensivstationen bereits in Forschungsarbeiten untersucht (Al Mohammedali et al., 2016; Gupte & Swaminathan, 2016; Jones, 2001). Die Physiotherapie wird unter anderem von Intensivpflegepersonen, welche die anteilmäßig größte Berufsgruppe auf Intensivstationen ausmachen, als wesentlicher Bestandteil in der frühzeitigen Versorgung von Intensivpatient*innen angesehen. Die Pflegepersonen zeigten ein klares Verständnis für die Aufgaben und Kompetenzen der Physiotherapie auf Intensivstationen und waren dieser gegenüber überwiegend positiv eingestellt (Gupte & Swaminathan, 2016). Die Arbeit von Bombarda et al. (2016) an einem brasilianischen Krankenhaus kann hierbei als einzige vergleichbare Bezugsquelle genannt werden. Hierbei wurde die Ergotherapie erstmals auf den Intensivstationen implementiert und im Anschluss daran die Einstellungen und Erfahrungen des Teams anhand eines Fragebogens erhoben. Es konnte ein niedriger Wissensstand des interprofessionellen Teams gegenüber der ergotherapeutischen Maßnahmen festgestellt und damit der Bedarf an Aufklärung und Schulung über den Beitrag der Ergotherapie auf Intensivstationen erhoben werden (Bombarda et al., 2016). Aufgrund der kulturellen als auch strukturellen und organisatorischen Unterschiede zwischen

dem südamerikanischen und österreichischen Gesundheitssystem, können diese Ergebnisse nicht auf die Situation an österreichischen Intensivstationen übertragen werden. Des Weiteren bezieht sich diese Masterarbeit ausschließlich auf jene zwei Berufsgruppen, welche permanent in die Behandlung von Intensivpatient*innen eingebunden sind und damit der Intensivstation personell zugeordnet werden können, das ärztliche Fachpersonal der Anästhesie und Intensivmedizin sowie Intensivpflegepersonen.

Das Kernteam auf Intensivstationen entscheidet im Rahmen interprofessioneller Besprechungen über Behandlungsmaßnahmen und Therapiezuweisungen der Patient*innen. Der Großteil der Empfehlungen für eine ergotherapeutische Behandlung auf Intensivstationen kommt dabei nicht vom Intensivpersonal selbst, sondern von Physiotherapeut*innen (Algeo & Aitken, 2019; Foreman, 2005). Damit die Ergotherapie als Teil der Frührehabilitation von Intensivpatient*innen etabliert werden kann, bedarf es einer Erhebung der Einstellungen und Erfahrungen des permanent auf Intensivstationen tätigen Kernteams gegenüber der Ergotherapie.

1.6 Vorannahmen der Forscherin

Die Forscherin ist im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit selbst am Forschungsfeld, dem Universitätsklinikum St. Pölten tätig und übt den Beruf der Ergotherapeutin aus. Die Auswahl des Forschungsthemas erfolgte aus der eigenen Erfahrung als Ergotherapeutin auf den Intensivstationen heraus. Im informellen Austausch mit Pflegepersonen konnte festgestellt werden, dass vielfach Unklarheiten oder falsche Vermutungen über die Arbeitsweise der Ergotherapie bestehen. Diese führen oftmals zu fehlenden oder unpassenden Ausschreibungen und Empfehlungen für eine ergotherapeutische Behandlung von Intensivpatient*innen.

Ein wesentliches Anliegen der Forscherin ist es die Ergotherapie als essenziellen Bestandteil der Frührehabilitation innerhalb der bestehenden Patient*innenversorgung auf Intensivstationen zu etablieren. Die Bemühungen der Forscherin gehen somit dahin, durch die vorliegende Arbeit den momentanen Wissensstand und die Haltung des Kernteams auf den Stationen zu erheben. Damit können zukünftig

Maßnahmen geplant und umgesetzt werden, wodurch die Zusammenarbeit verbessert und letztlich die Zahl der Zuweisungen zur Ergotherapie gesteigert werden kann.

Die fehlende Sichtbarkeit und Möglichkeit zum interprofessionellen Austausch mit dem Kernteam auf den Intensivstationen werden von der Forscherin als mögliche Hauptursachen für die fehlende Zuweisung von Patient*innen zur Ergotherapie seitens des Intensivteams angesehen. Die Forscherin geht davon aus, dass der momentane Wissensstand des Kernteams über die Ergotherapie niedrig ist und dass unter einigen interprofessionellen Kolleginnen und Kollegen möglicherweise negative Einstellungen und stereotype Vorurteile gegenüber der Ergotherapie bestehen.

Die hiermit reflektierten Vorannahmen der Forscherin spiegeln die Perspektive dieser wider, mit welcher an den Forschungsprozess herangetreten wird.

1.7 Forschungsfrage

Die theoretische Auseinandersetzung mit dem Forschungsgegenstand im einleitenden Teil dieser Arbeit sowie die Literaturrecherche zum aktuellen Forschungsstand zeigen einen Forschungsbedarf für die Ergotherapie im Setting der Intensivstation auf. Dazu kommt die vorhandene Wissenslücke über die Sichtweisen des interprofessionellen Kernteams auf der Intensivstation gegenüber der ergotherapeutischen Profession, welche wie unter 1.5 Aktueller Forschungsstand bereits beschrieben, einen möglichen Einflussfaktor für die fehlende Etablierung der Ergotherapie in der Frührehabilitation darstellen.

Aufgrund der geschilderten Problemstellung ergibt sich folgende Forschungsfrage:

*Welche Einstellungen und Erfahrungen haben das ärztliche Personal und Pflegepersonen auf Intensivstationen gegenüber der Ergotherapie in der Frührehabilitation von erwachsenen Intensivpatient*innen?*

Die Anzahl an vorhandenen Studien zum Forschungsthema ist zu gering um die Forschungsfrage mithilfe einer Literaturlarbeit beantworten zu können, weswegen die Durchführung einer empirischen Arbeit erforderlich ist (Döring & Bortz, 2016).

1.7.1 Forschungsziel

Mithilfe dieser Arbeit soll das zugrundeliegende Wissen über die Aufgaben und Kompetenzen der Ergotherapie, sowie die Bedeutung der Ergotherapie in der Frührehabilitation von erwachsenen Intensivpatient*innen aus der Sicht des Kernteams anhand deren Einstellungen und Erfahrungen erhoben werden.

Dieser Einblick in die individuellen Sichtweisen des ärztlichen Personals und der Pflegepersonen soll Aufschluss über die Erfahrungen des Kernteams in der Zusammenarbeit mit der Ergotherapie geben, als auch mögliche förderliche/hinderliche Einstellungen gegenüber dieser aufdecken, welche veränderbare Komponenten für die Etablierung der Ergotherapie innerhalb der Frührehabilitation auf Intensivstationen darstellen.

2 Design und Methode

In diesem Abschnitt wird auf das methodische Vorgehen innerhalb dieser Arbeit näher eingegangen. Zunächst werden das gewählte Forschungsdesign sowie der zugrundeliegende Forschungsansatz erläutert. Im Anschluss wird der Prozess der Datenerhebung und -auswertung, sowie die Einhaltung entsprechender Gütekriterien über diesen Prozess hinweg beschrieben.

Im Vordergrund dieser Arbeit steht der Erkenntnisgewinn, um daraus neue Theorien bilden zu können und das vorhandene Wissen zum Forschungsgegenstand zu erweitern (Perkhofer et al., 2016). Aus diesem Grund wurde zur Beantwortung der Forschungsfrage ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, da im Zentrum des Erkenntnisinteresses das subjektive Empfinden und die zugrundeliegenden Einstellungen des Kernteams auf einer Intensivstation gegenüber der Ergotherapie stehen (Perkhofer et al., 2016).

Die Auseinandersetzung mit subjektiven Sichtweisen erfordert einen offenen und flexiblen Forschungsprozess mit einem hohen interpretativen Charakter (Perkhofer et al., 2016). Die qualitative Forschung bedient sich dabei nicht standardisierter Erhebungsmethoden außerhalb einer kontrollierten Umgebung wie beispielsweise Interviews mit Untersuchungsteilnehmer*innen im Alltagskontext. Dabei tritt die Forschungsperson in einen direkten Interaktionsprozess mit den Untersuchungsteilnehmer*innen (Perkhofer et al., 2016). Die Chancen der qualitativen Forschungsweise bestehen darin, einen Einblick in das vorhandene Wissen und die zugrundeliegenden Einstellungen und Sichtweisen von Untersuchungsteilnehmer*innen zu gewinnen und damit neue Erkenntnisse zu liefern (Perkhofer, et al., 2016). Aus diesem Grund wird das qualitative Forschungsparadigma als geeignet für die vorliegende Forschungsarbeit angesehen.

2.1 Studiendesign

Die Auseinandersetzung mit der Beschreibung von menschlichem Erleben erfordert das Einnehmen einer phänomenologischen Forschungsperspektive. In der Phänomenologie wird das menschliche Erleben anhand konkreter Erfahrungsbeispiele auf

ihre zugrundeliegende Bedeutung für den*die Einzelne*n untersucht (Weigl, 2016). Im Gegensatz zur interpretativen phänomenologischen Analyse, welche die persönliche Bedeutung bestimmter Lebenserfahrungen der Befragten in den Vordergrund rückt, (Ritschl & Stamm, 2016) bietet die Phänomenologie die Möglichkeit die zugrundeliegenden Bedeutungen und Strukturen von menschlichen Erfahrungen innerhalb der Kontexte, in denen sie gemacht werden, zu reflektieren (Weigl, 2016). In der vorliegenden Arbeit wurden die Erfahrungen und Einstellungen des Kernteams mit der Ergotherapie im Kontext der Intensivstation untersucht. Es wurden somit gemäß des phänomenologischen Ansatzes persönliche Erfahrungen und die zugrundeliegenden Werte, Meinungen und Bedeutungen in einem klar definierten Kontext erhoben.

Entsprechend der Grundhaltung der phänomenologischen Forschung, welche bewusst versucht Vorwissen und Vorannahmen auszublenden, um ihre Aufmerksamkeit auf das Wesen des Forschungsgegenstandes zu richten (Weigl, 2016), müssen die bestehenden Annahmen sowie der persönliche Bezug der Forscherin zum Forschungsthema und dem Setting reflektiert werden. Dies dient dazu eine mögliche subjektive Befangenheit zu klären und im weiteren Forschungsprozess mit einer hohen Reflexivität darauf zu reagieren. Die Darstellung der eigenen Beweggründe für die Wahl des Forschungsthemas als auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Befangenheit und der eigenen Vorannahmen wird in der Literatur als reflektierte Subjektivität und somit als Strategie zur Erreichung einer bestmöglichen Güte in qualitativen Forschungsarbeiten beschrieben (Döring & Bortz, 2016; Helfferich, 2011; Höhsl, 2016). Die bestehenden Vorannahmen der Forscherin wurden bereits unter 1.6 Vorannahmen der Forscherin im theoretischen Hintergrund dieser Arbeit ausführlich beschrieben.

2.2 Setting und Sampling

Die vorliegende Arbeit wurde als unizentrische Studie an den fünf Intensivstationen der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin am Universitätsklinikum St. Pölten durchgeführt.

2.2.1 Samplingstrategie

Im Rahmen dieser qualitativen Studie wurden das ärztliche Personal und die Pflegepersonen auf Intensivstationen als Zielgruppe definiert. Das Pflegepersonal ist für die kontinuierliche Betreuung der Patient*innen während ihres Aufenthalts zuständig. Die Ausschreibung verschiedenster Therapieformen, wie unter anderem der Ergotherapie, erfolgt auf Anordnung des ärztlichen Personals. Diese beiden Berufsgruppen stellen das sogenannte Kernteam auf einer Intensivstation dar, welches in alle Prozesse der Behandlung miteingebunden ist. Um einen ganzheitlichen Einblick in die Sichtweise des Intensivteams gegenüber der Ergotherapie darstellen zu können bedarf es somit einer Erhebung der Einstellungen und Erfahrungen beider Berufsgruppen.

Aufgrund der Anzahl von fünf Intensivstationen am Universitätsklinikum St. Pölten wurde versucht, von jeder Station je ein*e Teilnehmer*in aus der Pflege und des ärztlichen Personals für die Studie zu rekrutieren. Dadurch sollte versucht werden einen möglichst ganzheitlichen Überblick über die Sichtweisen des Intensivteams aller fünf Stationen des Hauses zu gewinnen. In der Auswahl der Teilnehmer*innen wurde ebenfalls darauf geachtet ein ausgewogenes Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmer*innen herzustellen.

Da die Auseinandersetzung mit der Interpretation qualitativer Befragungen mit einem hohen Arbeitsaufwand für die Forschenden einhergeht, wird in der Literatur von größeren Stichproben in der qualitativen Forschung abgeraten (Döring & Bortz, 2016). Die Empfehlungen in der Literatur für die Anzahl an Einzelinterviews schwanken je nach Auswertungsmethode zwischen fünf und 50-60. Eine kleine Stichprobe (weniger als zehn) ermöglicht es laut Literatur allerdings auch bereits wesentliche Themen des Forschungsgegenstands abzubilden (Akremi, 2019, S. 327). Die angestrebte Anzahl an Teilnehmer*innen wird ausgehend von diesen Überlegungen im Vorfeld auf zehn festgelegt. Dies deckt sich mit den Empfehlungen über die Stichprobengröße bei Masterarbeiten (Akremi, 2019; Helfferich, 2011).

Um eine möglichst große Bandbreite an Einstellungen und Erfahrungen zu erheben, wurde eine zweckbezogene Samplingstrategie (Purposive Sampling) nach zuvor festgelegten Kriterien verfolgt (Döring & Bortz, 2016). Die Kriterien zum Einschluss

der befragten Personen wurden gezielt nach forschungsrelevanten Merkmalen sowie möglichen Einflussfaktoren auf die Sichtweise der befragten Personen definiert und werden in Tabelle 4 dargestellt. Bei den Kriterien der Berufserfahrung wurde eine entsprechende Erfahrung im Intensivbereich mit einem möglichen höheren Bekanntheitsgrad der Ergotherapie auf der Intensivstation als auch mehr Möglichkeiten für Berührungspunkte und Erfahrungen mit dieser, in Verbindung gebracht. Im Gegensatz dazu könnten Personen, welche erst seit Kurzem im Intensivbereich oder der Intensivstation selbst tätig sind, noch keine oder kaum Erfahrungen mit der Ergotherapie gesammelt haben.

Tabelle 4 Einschlusskriterien zur Studienteilnahme

Ärztliches Personal	Pflegepersonen
Tätigkeit auf der jeweiligen Intensivstation seit mindestens 6 Monaten	Tätigkeit auf der jeweiligen Intensivstation seit mindestens 6 Monaten
Abgeschlossene Ausbildung in der Anästhesiologie und Intensivmedizin (Facharzt/Fachärztin)	Diplomierte*r Gesundheits- und Krankenpfleger*innen oder abgeschlossenes Bachelorstudium in der Gesundheits- und Krankenpflege
Mindestens 1 Jahr Berufserfahrung im Intensivbereich	Mindestens 1 Jahr Berufserfahrung im Intensivbereich

(Eigene Darstellung, 2022)

Aufgrund der eingeschränkten personellen und zeitlichen Ressourcen der Forscherin wurde keine Datensättigung angestrebt und somit kann auch kein Anspruch auf Generalisierbarkeit der Ergebnisse erhoben werden.

2.2.2 Rekrutierungsstrategie

Der Zugang zu den Teilnehmer*innen erfolgte im Rahmen der wöchentlich stattfindenden interprofessionellen Teambesprechungen auf den jeweiligen Stationen. Im Zuge dessen wurde die Studie vorgestellt sowie die mündliche Einladung zur Studienteilnahme ausgesprochen und die Kontaktdaten der Forscherin weitergegeben. Eine schriftliche Einladung wurde in den Aufenthaltsbereichen ausgehängt. Die

Kontaktaufnahme interessierter Personen erfolgte entweder direkt im persönlichen Kontakt auf der Intensivstation, telefonisch oder per E-Mail. Nach erfolgter Kontaktaufnahme wurden interessierte Personen bezüglich der Einschlusskriterien überprüft. Hierbei erfüllten alle Teilnehmer*innen die Kriterien und es kam somit zu keinem Ausschluss von interessierten Personen. Im Anschluss daran wurde ein Interviewtermin vereinbart und die Studieninformation inklusive der informierten Einverständniserklärung, welche im Anhang 1 beigelegt ist, per E-Mail an die Teilnehmer*innen übermittelt.

2.3 Ethische Überlegungen

Für die vorliegende Arbeit liegt ein Unbedenklichkeitsbescheid der zuständigen Ethikkommission der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften vor (Projektnummer: 1079/2021), welcher unter Anhang 2 beigelegt ist. Da weder Behandlungsmethoden oder Patient*innen untersucht, noch gesundheitsbezogene, sensible Daten der Teilnehmer*innen erhoben wurden, war kein positives Ethikvotum erforderlich.

Vor Durchführung der Studie wurde die Zustimmung der ärztlichen und pflegerischen Direktion des Universitätsklinikum St. Pölten eingeholt. Daraufhin wurde das Vorhaben bei der Abteilung für Forschung und Innovation innerhalb der Niederösterreichischen Landesgesundheitsagentur (NÖ LGA) gemeldet und die Freigabe zur Durchführung der Studie erteilt.

Gemäß der ethischen Grundsätze der Helsinki-Deklaration verpflichtet sich die Forscherin dazu, die Privatsphäre der Teilnehmer*innen als auch deren mitgeteilte Informationen vertraulich zu behandeln und zu schützen. Die Freiwilligkeit der Teilnahme, die entsprechende Aufklärung der Teilnehmer*innen über alle Aspekte des Forschungsvorhabens, deren Rechte und Pflichten, mögliche Risiken und Nutzen sowie das Einholen einer schriftlichen Einverständniserklärung vor Beginn der Datenerhebung, stehen hierbei im Vordergrund der ethischen Überlegungen (Weltärztebund, 2013). Die Aufklärung der Teilnehmer*innen erfolgte bereits bei der Kontaktaufnahme mit der Forscherin in mündlicher Form, sowie durch Zusenden

einer schriftlichen Studieninformation und der informierten Einverständniserklärung per E-Mail.

Die schriftliche Einverständniserklärung wurde im Rahmen des vereinbarten Interviewtermins unterzeichnet. Die Teilnehmer*innen wurden nochmals über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme aufgeklärt und dass sie diese bis zum Abschluss der Datenaufbereitung ohne Angabe von Gründen und ohne Konsequenzen erwarten zu müssen, widerrufen können.

Es wurden im Zuge der Interviews weder sensible noch belastende Themen angesprochen, weswegen für die Teilnehmer*innen kein Risiko durch ihre Teilnahme entstanden ist. Die Teilnehmer*innen wurden auf die Möglichkeit, das Interview jederzeit abbrechen zu können, hingewiesen. Durch die Zusicherung der Vertraulichkeit und Verschwiegenheit wurde sichergestellt, dass die Teilnehmer*innen keine Vorteile oder negative Folgen seitens der Forscherin im Arbeitsalltag durch ihre (Nicht-)Teilnahme am Forschungsvorhaben zu erwarten haben.

Das geplante Forschungsvorhaben wurde im Rahmen des Masterstudiums „Angewandte Gesundheitswissenschaften“ der Forscherin durchgeführt und weder vom Universitätsklinikum St. Pölten noch vom Krankenhausträger, der NÖ LGA, in Auftrag gegeben noch in irgendeiner Weise finanziell gesponsert. Jegliche Kosten, die im Rahmen des geplanten Forschungsvorhabens entstanden sind, wurden von der Forscherin selbst getragen. Die Forscherin wurde für die gesamte Dauer dieser Studie weder freigestellt noch wurden entsprechende Mehrstunden an der Institution in Zusammenhang mit der Interviewführung finanziell vergolten. Somit liegt trotz Durchführung der Studie am Dienstort der Forscherin kein Interessenskonflikt vor.

2.4 Datenerhebung

Die Erhebung der Daten erfolgte im Dezember 2021 mithilfe von leitfadengestützten semistrukturierten Einzelinterviews auf den jeweiligen Intensivstationen am Universitätsklinikum St. Pölten.

2.4.1 Erhebungsinstrument - Interviewleitfaden

Die Einzelinterviews wurden als semistrukturierte Interviews mit einem Leitfaden durchgeführt, welcher durch die Verwendung von offenen Fragestellungen offen genug für freie Erzählungen und Erfahrungen aus dem Arbeitsalltag der Teilnehmer*innen war. Dadurch konnte aber auch eine bestimmte Struktur vorgegeben werden, um jene Erfahrungen und Einstellungen zu erheben, welche das zugrundeliegende Wissen und die Sichtweise auf die ergotherapeutische Profession verdeutlichen und somit für das Forschungsziel relevant waren (Helfferich, 2019).

Die Erstellung des Interviewleitfadens erfolgte ausgehend von den Erkenntnissen der vorhandenen Bezugsliteratur, sowie aus den Erfahrungen der Forscherin im Austausch mit ergotherapeutischen Kolleg*innen aus dem Intensivbereich. Die Ausgestaltung des Leitfadens orientierte sich dabei an den vier Schritten des „SPSS-Systems“ nach Helfferich (2011, S.182-189) welche dem Grundprinzip der qualitativen Forschung nach Offenheit gerecht werden und gleichzeitig die notwendige Strukturierung vorgeben (Helfferich, 2011).

Der Interviewleitfaden gliedert sich in vier Teile: Im ersten Teil werden die Teilnehmer*innen nach konkreten Erfahrungen aus der persönlichen Praxis und ihrem Erleben der Ergotherapie auf der Intensivstation befragt. Der nachfolgende Teil befasst sich mit dem vorhandenen Wissen über ergotherapeutische Kompetenzen und Aufgaben, mögliche Vorstellungen vom Berufsbild der Ergotherapie und deren Maßnahmen. Der dritte Teil erfordert eine Einschätzung der Bedeutung der Ergotherapie für die Frührehabilitation und im letzten Teil wird die Zusammenarbeit und der Austausch mit der Ergotherapie auf der Intensivstation erfragt.

Die einzelnen Schritte der Leitfadenerstellung wurden in einem fortwährenden Reflexionsprozess mit interdisziplinären Kolleg*innen aus dem Umfeld der Forscherin evaluiert. Vor dem ersten Interview wurde der Leitfaden anhand von drei Probeinterviews auf seine Verständlichkeit und Vollständigkeit überprüft. Dabei stellte sich heraus, dass im dritten Teil des Leitfadens das Konzept der Frührehabilitation mithilfe einer kurzen Definition erläutert werden muss, um sicherzustellen, dass das Vorwissen der Forscherin mit dem Wissen der Befragten über dieses Konzept einhergeht. Die Zusammenarbeit mit einer in der qualitativen Forschung erfahrenen

Forschungsperson innerhalb dieses Prozesses diene zusätzlich als Maßnahme zur Qualitätssicherung.

Beim ersten Interview stellte sich heraus, dass zusätzlich zur Frage nach der Bedeutung einer frühestmöglich einsetzenden Ergotherapie, die Frage nach den Voraussetzungen der Patient*innen für diese sinnvoll wären, weswegen der Leitfaden um diese Fragestellung erweitert wurde. Diese Frage konnte den Teil der Frührehabilitation innerhalb des Leitfadens bei weiteren Gesprächen vervollständigen. Der vollständige verwendete Interviewleitfaden kann im Anhang 3 nachgelesen werden.

Zusätzlich zum Leitfaden wurde ein Prüfbogen erstellt, welcher zur Erhebung forschungsrelevanter demografischer Informationen der Teilnehmer*innen wie beispielsweise Geschlecht, Berufserfahrung und Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe sowie der jeweiligen Intensivstation, aber auch zur Dokumentation wichtiger Abläufe während des Forschungsvorhabens wie Kontaktaufnahme, Aufklärung und Einholen der Zustimmung der Teilnehmer*innen diene. Dieser ist unter Anhang 4 beigelegt.

2.4.2 Interviewführung

Auf die Gestaltung der Interviewsituation wurde aufgrund des Naheverhältnisses mancher Teilnehmer*innen zur Forscherin als erweitertes Teammitglied der Station, besonderes Augenmerk gelegt, um eine Verzerrung der Daten durch eine mögliche subjektive Befangenheit der Forscherin bei der Erhebung zu vermeiden.

Der gemeinsame Erfahrungshintergrund durch das Arbeiten auf der Intensivstation sowie berufliche Kontaktpunkte der Forscherin mit den Teilnehmer*innen, waren von Vorteil um ein Vertrauensverhältnis und eine angenehme, offene Gesprächsatmosphäre zu den Interviewpartner*innen aufzubauen. Um mögliche Unsicherheiten im Hinblick auf negative Äußerungen der Befragten und deren Auswirkungen auf das kollegiale Verhältnis oder die Zusammenarbeit auf der Station zu klären, wurde zu Beginn der Interviewsituation auf die Verschwiegenheit der Forscherin und die Vertraulichkeit in Bezug auf alle Informationen, die im Rahmen der Studie ausgetauscht werden, hingewiesen.

Neben den erforderlichen Formalitäten vor Aufzeichnung des Interviews (Aufklärung, Informierte Einverständniserklärung), wurden auch die Rollen der Interviewpartner*innen und somit die Interviewsituation klar definiert. Die Forscherin stellte sicher, dass es sich bei den Interviews nicht um eine persönliche Unterhaltung zwischen Interviewpartner*in und der Forscherin in der Rolle der Ergotherapeutin handelte, sondern diese in der Interviewsituation ausschließlich die Rolle der Forscherin einnimmt (Helfferich, 2011). Das Schaffen einer Interviewsituation mit vorausgehender Aufklärung der Teilnehmer*innen, erzeugt in diesen bereits bestimmte Vorannahmen darüber was gesagt werden „sollte“ oder was „von Interesse“ sein könnte (Helfferich, 2019). Somit kann der Forderung qualitativer Forschung nach Offenheit nur bis zu einem gewissen Grad nachgegangen werden. Aus diesem Grund wurde versucht eine Interaktions- und Kommunikationssituation nach dem Prinzip: „So offen wie möglich, so strukturiert wie notwendig“ (Helfferich, 2019, S.676), zu schaffen.

Die Interviews fanden in Absprache mit der Klinikleitung und der jeweiligen Stationsleitung innerhalb der Dienstzeit statt und dauerten durchschnittlich 22 Minuten. Es zeigte sich, dass einige Teilnehmer*innen eher kurze Antworten auf die Fragestellungen gaben, während andere stark von den Fragen abwichen und von der Interviewerin wieder zurückgeführt werden mussten. Die Aufrechterhaltung von Erzählungen und Fragen zur weiteren Vertiefung wurden von der Forscherin mit jedem Interview in ihrer eigenen Interviewtechnik verbessert und erweitert. Um möglichst keinen Störfaktoren ausgesetzt zu sein, wurden die Interviews in den Diensträumen der jeweiligen Intensivstation oder den Multifunktionsräumen auf der Abteilung für Anästhesie- und Intensivmedizin durchgeführt.

Zu Beginn des Interviews wurden die Teilnehmer*innen nochmals mündlich über den Ablauf der Studie aufgeklärt sowie auftretende Fragen beantwortet. Nach Unterzeichnung der Einwilligungserklärung wurden die Teilnehmer*innen nach relevanten demografischen Daten befragt und im Anschluss daran die Aufzeichnung der Interviews gestartet. Die Aufnahme der Interviews erfolgte mithilfe von zwei elektronischen Aufnahmegeräten, um sicherzustellen, dass bei Versagen eines Geräts, die Aufnahme des Interviews abgesichert ist.

Nach dem ersten Interview wurde ein Pseudonymisierungsdokument erstellt, in welchem jedem*r Teilnehmer*in ein Identifikationscode bestehend aus Zahlen und Buchstaben zugeordnet wurde, um eine Zuordnung des später verschriftlichten Interviewtransskripts zur jeweiligen Person zu ermöglichen. Die Teilnehmer*innen erhielten beim Interview ein eigenes Passwort zum Öffnen der verschlüsselten Transkriptionsdatei, welche nach Abschluss der Verschriftlichung an diese verschickt wurde.

2.5 Datenaufbereitung

Nach Durchführung der Interviews wurden die erhobenen Daten in Form von Audiodateien an die UniChamp GmbH (<https://www.transkribieren.at/>) übermittelt, welche mit der Transkription beauftragt wurde. Die Rahmenbedingungen sowie die Verpflichtung zur Geheimhaltung und vertraulichen Behandlung aller übermittelten Inhalte wurden im Vorfeld abgeklärt und von UniChamp GmbH bestätigt. Nach Ende der Zusammenarbeit wurden die übermittelten Audiodateien unwiderruflich gelöscht. Die Verschriftlichung der Interviews erfolgte in Anlehnung an das einfache Transkriptionssystem von Dresing und Pehl (2018).

Dieses System setzt den Fokus auf den Inhalt der jeweiligen Äußerungen wodurch das Phänomen der individuellen Sichtweise der Befragten besser herausgearbeitet werden kann. Vorhandene Dialekte wurden ins Hochdeutsche übersetzt, Füllwörter sowie Versprecher wurden ausgelassen und das Transkript in Bezug auf sprachliche Besonderheiten somit bewusst geglättet. Unverständliche Stellen wurden mit (unv.) sowie die Interviewpartner*innen mit A für Interviewerin und IA für Interviewpartner*in Arzt/Ärztin und IP für Interviewpartner*in Pflegeperson gekennzeichnet. Die Interviewtransskripte wurden nach Erhalt erneut von der Forscherin mithilfe der Audiodateien abgeglichen und somit nochmals auf Vollständigkeit und Richtigkeit überprüft.

Der Umgang mit den Daten der Teilnehmer*innen erfolgte unter Einhaltung geltender Datenschutzbestimmungen, welche im nächsten Abschnitt erläutert werden.

2.6 Datensicherheit und -management

Die Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes orientieren sich an den geltenden Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ¹ sowie dem österreichischen Datenschutzgesetz (DSG)². Die Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten wurde im Rahmen der informierten Einwilligungserklärung eingeholt.

Es wurden keinerlei primäre Identifikationsmerkmale (Geburtsdatum, Adresse) erhoben, welche einen Rückschluss auf die jeweilige Person von außen leicht möglich machen. Die Zuordnung eines Identifikationscodes zum jeweiligen Interview der Teilnehmer*innen im Zuge der Datenaufbereitung diente dem Zweck einer kommunikativen Validierung sowie einer getrennten Analyse nach Berufsgruppen bei der Datenauswertung. Das dazugehörige Pseudonymisierungsdokument, welches eine Zuordnung zur Person ermöglicht, wurde ausschließlich für die Forscherin zugänglich, verschlüsselt gespeichert. Eine vollständige Anonymisierung jeglicher personenbezogener Daten erfolgte nach Rückmeldung der Teilnehmer*innen zu den Interviewtranskripten und somit vor dem Schritt der Datenauswertung. Im Zuge der Datenauswertung wurde das Schlüsseldokument vernichtet und die Daten liegen damit in anonymisierter Form vor.

Die erhobenen Daten wurden auf dem Computer der Forscherin gespeichert, welcher mit BitLocker verschlüsselt sowie mit Fingerprint als auch PIN-Code abgesichert und vor dem Zugang anderer Personen geschützt ist. Um zu verhindern, dass Daten irrtümlicherweise oder durch technische Fehlfunktionen gelöscht oder verändert werden, wurden diese auf mehreren Speicherorten abgesichert. Es wurden zwei externe Festplatten verwendet, welche von der Forscherin aufbewahrt werden, sowie die Daten auf OneDrive gespeichert.

Die unterzeichneten Einwilligungserklärungen und Prüfungsbögen wurden eingescannt und die Originale im Anschluss daran vernichtet, so dass eine automatisierte

¹ Datenschutz-Grundverordnung des Europäischen Parlaments und des Rates (DSGVO): <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=EN>

² Datenschutzgesetz (DSG): <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=bundesnormen&Gesetzesnummer=10001597>

Sicherung der Daten erfolgte. Ebenso wurden die erhobenen Rohdaten in Form der Audiodateien sowie jegliche handschriftliche Aufzeichnungen im Forschungstagebuch gemäß § 2f Abs. 3 Z. 1 im Forschungsorganisationsgesetz (FOG)³ gesammelt und vorerst für eine Dauer von mindestens zehn Jahren verschlossen und verschlüsselt aufbewahrt.

2.7 Datenauswertung

Die Forschungsfrage nach den Einstellungen und Erfahrungen des ärztlichen Personals und der Pflegepersonen legt die Auswertung mithilfe eines Kategoriensystems nahe. Kategorien stellen in diesem Zusammenhang die zentralen Analyseaspekte dar, welche aus dem Ausgangsmaterial, in diesem Fall den verschriftlichten Interviews, herausgearbeitet werden sollen. Um das zugrundeliegende Wissen und die Haltung gegenüber der Ergotherapie aus dem Material beschreiben zu können, wurde vorab ein theoriegestütztes Kategoriensystem ausgehend von bisherigen Erfahrungen mit dem Forschungsgegenstand sowie vergleichbaren Gegenstandsbereichen aus der vorhandenen Bezugsliteratur entwickelt und an das Textmaterial herangetragen (Mayring, 2000; Mayring, 2015; Mayring & Fenzl, 2019). Für diese Art der Auswertung wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring als geeignete Methode angesehen. Diese Methode kennzeichnet sich durch ihre systematische, regel- und theoriegeleitete Vorgehensweise (Mayring, 2015). Im Zentrum der Methode steht das Kategoriensystem, nach welchem das Textmaterial bearbeitet und jene Textstellen in die Analyse miteinbezogen werden, welche sich auf die jeweiligen Kategorien beziehen (Mayring & Fenzl, 2019). Die einzelnen Analyseschritte der Inhaltsanalyse werden vorab in Auseinandersetzung mit dem Forschungsgegenstand und dem Ausgangsmaterial definiert und deren Reihenfolge und Regeln für die Analyse in einem Ablaufmodell festgehalten, welches mithilfe von Rückkopplungsschleifen fortwährend anhand des Materials als auch der Theorie überprüft und überarbeitet wird (Mayring, 2015). Somit wird das Auswertungsverfahren nachvollziehbar und für andere überprüfbar (Interkoderreliabilität) (Mayring, 2000;

³ Bundesgesetz über allgemeine Angelegenheiten gemäß Art. 89 DSGVO und die Forschungsorganisation <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009514>

Mayring, 2015; Mayring & Fenzl, 2019). Aufgrund der bereits beschriebenen möglichen subjektiven Befangenheit der Forscherin wurde diese Vorgehensweise der Methode als vorteilhaft zur Reduzierung möglicher Verzerrungen bei der Datenauswertung angesehen.

Da innerhalb dieser Arbeit zwei verschiedene Berufsgruppen mit unterschiedlichem fachlichen Hintergrundwissen, Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und unterschiedlichen Herangehensweisen befragt wurden, erfolgte eine getrennte Auswertung und Interpretation der Daten für jede einzelne Berufsgruppe. Anschließend wurden die Ergebnisse der Berufsgruppen miteinander in Zusammenhang gebracht und nach ihren Gemeinsamkeiten, Unterschieden und relevanten Häufigkeiten interpretiert.

Die Analyse der Daten wurde computerunterstützt mithilfe der Software MAXQDA Analytics Pro 2020 (<https://www.maxqda.de/>) durchgeführt. Im Folgenden werden die einzelnen Schritte der Datenauswertung sowie die Auswahl der Analysetechnik nach der Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse genauer beschrieben.

2.7.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials

Gegenstand der qualitativen Inhaltsanalyse ist jegliche Form der fixierten Kommunikation. Im Vorfeld der Analyse muss das Ausgangsmaterial bestimmt und definiert werden, welche Teile daraus interpretierbar sind. Die Beschreibung des Ausgangsmaterials umfasst auch dessen Entstehungsbedingungen und formalen Charakteristika (Mayring, 2015).

Festlegung des Materials

In der vorliegenden Arbeit wurden Textpassagen aus den Interviewtransskripten von fünf Angehörigen des ärztlichen Personals und fünf Pflegepersonen der Intensivstationen am Universitätsklinikum St. Pölten analysiert. Die einzelnen Transskripte unterschieden sich dabei sowohl in Länge als auch Umfang in Abhängigkeit des Ausführlichkeitsgrades der Antworten der Befragten. Es wurden nur Textpassagen zur Analyse herangezogen, welche für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant waren.

Analyse der Entstehungssituation

Bei den Interviewteilnehmer*innen handelte es sich um Mitarbeiter*innen der Intensivstationen des Universitätsklinikum St. Pölts, welche sich freiwillig für die Teilnahme an dieser Studie meldeten. Es bestand ein Naheverhältnis zwischen Interviewerin und Befragten, wodurch eine entsprechende Teilnahmebereitschaft und Motivation gegeben waren. In Abstimmung mit der Klinikleitung, der Abteilungsleitung sowie den jeweiligen Stationsleitungen wurden die Interviews während der Dienstzeit auf den Intensivstationen durchgeführt. Die konkrete Ausgestaltung der Interviewsituation wurde bereits unter 2.4.2 Interviewführung beschrieben.

Formale Charakteristika des Materials

Die Interviews wurden mit zwei Aufnahmegeräten aufgezeichnet und anschließend von der UniChamp GmbH unter Anwendung der einfachen Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2018) verschriftlicht. Diese Regeln für die Erstellung der Transskripte wurden bereits unter 2.5 Datenaufbereitung beschrieben.

2.7.2 Fragestellung der Analyse

In einem nächsten Schritt muss das Material in einen Kommunikationszusammenhang gebracht werden (Mayring, 2015). Dabei legt die Forscherin fest, auf welchen Teil innerhalb eines Kommunikationsmodells sich die Forscherin mit ihren Schlussfolgerungen der Analyse beziehen möchte. Daran anschließend erfolgt die theoretische Differenzierung der Fragestellung, welcher die Analyse folgen soll (Mayring, 2015).

Richtung der Analyse

Die Richtung der Analyse bezieht sich im Fall der vorliegenden Arbeit auf die Untersuchung der Hintergründe der Kommunikator*innen selbst, von welchen die Aussagen innerhalb des Textes stammen. Die Inhaltsanalyse möchte Aussagen über das Wissen, den Erfahrungshintergrund und somit das zugrundeliegende Verständnis und die Bedeutung in den Äußerungen der Kommunikator*innen machen (Mayring, 2015).

Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Das zentrale Element der Inhaltsanalyse ist ihre regel- und theoriegeleitete Vorgehensweise. Ein theoriegeleitetes Vorgehen bedeutet in diesem Zusammenhang das Anknüpfen an bisherige Erfahrungen mit dem Forschungsgegenstand und damit das Gewinnen neuer Erkenntnisse (Mayring, 2015). Die bisherigen Erfahrungen und Erkenntnisse mit dem vorliegenden Forschungsgegenstand wurden bereits unter 1.5 Aktueller Forschungsstand näher beschrieben und beziehen sich entweder auf die Sichtweise von Pflegepersonen auf die Physiotherapie (Gupte & Swaminathan, 2016) oder auf andere Fachbereiche der Ergotherapie (Alotaibi et al., 2019; Smith & Mackenzie, 2011). Es ist somit von Interesse, ob Einstellungen und Erfahrungen des Kernteams zur ergotherapeutischen Profession auf der Intensivstation ähnlich zur vorhandenen Literatur sind bzw. inwiefern Unterschiede bestehen.

2.7.3 Analysetechnik

Die innerhalb der vorliegenden Arbeit verwendete Analysetechnik für die Auswertung der Daten kann als Mischform einer deduktiven Kategorienanwendung (inhaltliche Strukturierung) und einer induktiven Kategorienbildung (zusammenfassende Inhaltsanalyse) beschrieben werden.

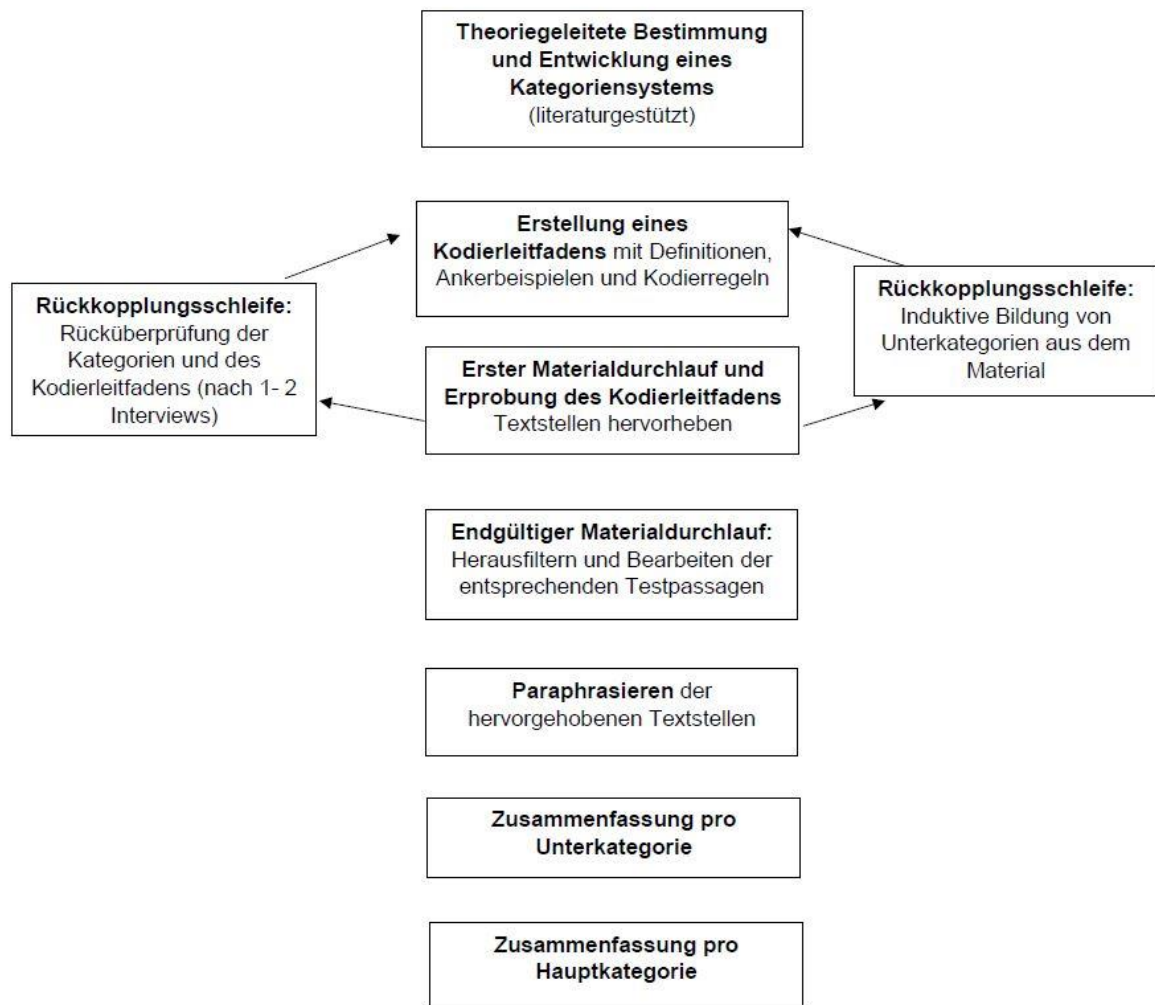
Mithilfe der inhaltlichen Strukturierung werden bestimmte Inhalte und Aspekte aus dem Textmaterial herausgefiltert und somit das Material nach vorab festgelegten, auf theoretischen Überlegungen beruhenden Kriterien geordnet und untersucht, um einen Eindruck der inneren Struktur zu bekommen (Mayring, 2015). Das dadurch theoretisch aus der Fragestellung abgeleitete Kategoriensystem aus zuvor festgelegten Oberkategorien steht dabei im Vordergrund der Analyse und wird als sogenannte deduktive Kategorienanwendung an das Material herangetragen (Mayring, 2015). Mithilfe dieser Technik soll die momentane Sichtweise des Kernteams in ihren verschiedensten Ausprägungen mithilfe der festgelegten Kategorien dargestellt und ein Überblick darüber gewonnen werden.

Nach den Regeln der zusammenfassenden Inhaltsanalyse sollen weitere (Ober-) bzw. Unterkategorien aus dem Material herausgearbeitet werden (Mayring, 2015),

wodurch das bestehende Kategoriensystem unter Berücksichtigung des Vorwissens der Forscherin ausdifferenziert und weiterentwickelt werden kann (Ruin, 2017). Diese deduktiv-induktive Kategorienentwicklung bringt einerseits die Möglichkeit der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit, andererseits den spezifischen Besonderheiten des vorliegenden Materials gerecht zu werden und damit zu einer Erkenntniserweiterung zum bestehenden Forschungsstand beizutragen und den theoretischen Rahmen auszudehnen (Ruin, 2017).

Die vorgenommene Inhaltsanalyse wird im Nachfolgenden in ihre einzelnen Analyseschritte zerlegt und näher beschrieben. Die Zerlegung in einzelne Analyseschritte sowie deren ausführliche Beschreibung macht die Inhaltsanalyse für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar (Mayring, 2015). Die Schritte 1 bis 3 wurden für die Auswertung beider Berufsgruppen durchgeführt. Nachdem die beiden Berufsgruppen danach getrennt und nacheinander ausgewertet wurden, ergab sich nach Abschluss der Auswertung einer Berufsgruppe bereits ein Kategoriensystem, welches entsprechend der Vorgehensweise in Schritt 4 bei der Auswertung der zweiten Berufsgruppe an dieser erprobt und gegebenenfalls revidiert wurde. Abbildung 2 zeigt eine grafische Darstellung des Analyseprozesses.

Abbildung 2 Ablaufmodell des Analyseprozesses



(Eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring, 2015, S.98,104)

1. Schritt: Festlegung der Analyseeinheiten

Die Festlegung der Analyseeinheiten dient dazu, die vorgenommene Inhaltsanalyse in ihrem Präzisionsgrad zu steigern und zu bestimmen, welche Teile aus dem Textmaterial für die weiterführende Analyse herangezogen werden (Mayring, 2015).

Kodiereinheit: Als kleinster Bestandteil des Materials, welcher im Rahmen der Analyse ausgewertet wird, werden Antworten herangezogen, die nur aus einem Wort bestehen, welche jedoch bedeutungstragend für die Zuordnung zu einer Kategorie entsprechend des Kodierleitfadens sind, beispielsweise „Positiv“ als wertende Haltung gegenüber der Ergotherapie.

Kontexteinheit: Der größte Bestandteil aus dem Textmaterial umfasst die gesamte Antwort der befragten Person auf eine Fragestellung. Diese Antwort kann dabei aus mehreren Wörtern oder Sätzen bestehen, welche sich jedoch maximal auf einen gesamten Absatz ausweiten.

Auswertungseinheit: Das jeweilige Interviewtransskript eines*r Teilnehmers*in gilt als gesamte Einheit für die Auswertung. Es werden zunächst alle Transskripte des ärztlichen Personals analysiert und im Anschluss daran die Transskripte der Pflegepersonen.

2. Schritt: Theoriegeleitete Bestimmung und Entwicklung eines Kategoriensystems

Mithilfe einer deduktiven Vorgehensweise soll die Sichtweise des Kernteams über die Ergotherapie anhand eines zuvor festgelegten theoriegeleiteten Kategoriensystems nach bestimmten inhaltlichen Aspekten strukturiert und bearbeitet werden (Mayring, 2015). Diese zu erhebenden Themen und Inhalte wurden sowohl theoriegeleitet aus vorhandenen Forschungsarbeiten und dem Vorwissen der Forscherin als auch mithilfe des Interviewleitfadens generiert, welcher in seinen einzelnen Teilbereichen mögliche Oberkategorien für die Auswertung hervorgebracht hat. Es erfolgte daraufhin die Zusammenfassung zu einem System aus Ober- und Unterkategorien. Diese Kategorien entsprechen den verschiedenen Dimensionen anhand derer strukturiert wurde (beispielsweise „Berufsbild der Ergotherapie“). Für einige der so zusammengestellten Strukturierungsdimensionen wurde bereits im Vorfeld eine weitere Differenzierung in verschiedenste Ausprägungen derselben als Unterkategorien vorgenommen, z.B.: fehlerhaftes bzw. mangelhaftes Wissen. Daraus konnte ein Kategoriensystem zusammengestellt werden, welches an das Material herangetragen wurde, um die relevanten Auswertungsaspekte des Forschungsgegenstands innerhalb des Textes herausfiltern zu können (Mayring, 2015).

Weitere Ausprägungen und damit Unterkategorien wurden während der Analyse induktiv aus dem Material herausgearbeitet und zusammengefasst. Nach Abschluss der Auswertung der Interviews des ärztlichen Personals konnte somit bereits ein Kategoriensystem hervorgebracht werden, welches bei der nachfolgenden Auswertung der Interviews mit den Pflegepersonen weiterverwendet wurde.

3. Schritt: Erstellung eines Kodierleitfadens

Die Zuordnung entsprechender Textpassagen zu einer vorab definierten Kategorie erfolgt nach bestimmten Regeln, welche in Form eines Kodierleitfadens beschrieben werden. Dieser enthält die jeweilige Kategorie, ihre Definition, ein entsprechendes Textbeispiel (Ankerbeispiel), sowie Kodierregeln zur Abgrenzung verschiedener Kategorien (Mayring, 2015). Die Erstellung des Kodierleitfadens erfolgte mithilfe der vorhandenen Bezugsliteratur, den Vorannahmen der Forscherin, welche im Austausch mit externen in der qualitativen Inhaltsanalyse erfahrenen Personen reflektiert wurden und anhand des Interviewleitfadens, welcher in seinen Teilbereichen das Kategoriensystem hervorgebracht hat. Im Anhang 5 ist der so entstandene Kodierleitfaden beigelegt.

4. Schritt: Erster Materialdurchlauf und Erprobung des Kodierleitfadens

Im Zuge eines ersten Probedurchlaufs wurde das Material anhand des Kategoriensystems nach zugehörigen Textstellen durchsucht. Diese sogenannten „Fundstellen“ wurden mithilfe des zuvor in der Software erstellten Codesystems farblich markiert und im Text hervorgehoben. Mithilfe eines Probedurchlaufs soll das Kategoriensystem und seine Definitionen überprüft und gegebenenfalls überarbeitet werden (Mayring, 2015). Das Kategoriensystem wird somit in einem ständigen Wechselverhältnis zwischen der Theorie und dem Textmaterial überprüft, überarbeitet und neu entwickelt. Der Probedurchgang entscheidet darüber, ob das Kategoriensystem und seine Definitionen beibehalten werden können oder überarbeitet werden müssen (Mayring, 2015).

Nachdem die Interviews des ärztlichen Personals ein Kategoriensystem aus Ober- und Unterkategorien und einen entsprechend überarbeiteten Kodierleitfaden hervorgebracht haben, wurde bei der Auswertung der weiteren fünf Interviews mit den Pflegepersonen mit diesem weitergearbeitet und die Analyse darauf aufbauend entsprechend der beschriebenen Analyseschritte durchgeführt.

5. Schritt: Rücküberprüfung der Kategorien und des Kodierleitfadens

In der Gruppe des ärztlichen Personals brachte die Überarbeitung der Kategorien nach zwei Interviews eine neue Oberkategorie vor (Zuweisung zur Ergotherapie).

Es wurde ebenfalls eine Neu- bzw. Umformulierung der Kodierregeln vorgenommen, da manche Textstellen nicht eindeutig zuordenbar waren.

Dieses Kategoriensystem konnte nach der Rücküberprüfung nach zwei Interviews für die Gruppe der Pflegepersonen beibehalten werden. Es erfolgte die Weiterentwicklung eines Kategoriensystems für die Pflegepersonen durch die Bildung von neuen Unterkategorien.

6. Schritt: Induktive Bildung von Unterkategorien aus dem Material

Parallel zum Analyseprozess und der fortwährenden Überarbeitung des Kodierleitfadens und des Kategoriensystems wurden jene Textstellen, welche sich nicht in eine der zuvor erstellten Ober- bzw. Unterkategorien einordnen ließen, induktiv als neue Kategorien aus dem Material herausgebildet. Mithilfe dieses induktiven Vorgehens wird das deduktive Kategoriensystem unter Berücksichtigung des theoretischen Vorwissens stets anhand der Besonderheiten des Materials und daraus entstehender neuer Erkenntnisse weiterentwickelt und ausdifferenziert (Ruin, 2017). Der Prozess der induktiven Kategorienbildung kann somit als begleitender Analyseschritt während des Ablaufs der strukturierenden Inhaltsanalyse angesehen werden.

Es wurden somit in beiden Berufsgruppen für diese spezifische Unterkategorien gebildet. Während sich die in der Gruppe des ärztlichen Personals gebildeten Unterkategorien in einer Überarbeitungsschleife auch für das Textmaterial der Pflegepersonen als passend herausgestellt haben, wurden im Zuge des sechsten Schrittes speziell für die Gruppe der Pflegepersonen drei neue Unterkategorien aus dem Material gebildet. Die so entstandenen Kategoriensysteme werden für beide Berufsgruppen in Tabelle 7 und Tabelle 10 im Ergebnisteil dieser Arbeit dargestellt.

7. Schritt: Endgültiger Materialdurchlauf

Im nächsten Schritt erfolgte der Hauptmaterialdurchlauf, bei welchem ähnlich zum Probedurchlauf erneut entsprechende Textstellen zu den Kategorien im Material gesucht und hervorgehoben wurden, um anschließend bearbeitet zu werden (Mayring, 2015).

8. Schritt: Paraphrasierung der hervorgehobenen Textstellen

Die mit farblichen Codes entsprechend den Kategorien gekennzeichneten Textstellen wurden unter Auslassen aller ausschmückender, nichts sagender Textbestandteile auf ihren wesentlichen Inhalt heruntergebrochen, umgeschrieben (Mayring, 2015).

9. + 10. Schritt: Zusammenfassung pro Unterkategorie/pro Oberkategorie

Im Anschluss wurden die kategorisierten Paraphrasen aus dem MAXQDA in eine Excel-Tabelle exportiert und entsprechend den Regeln der zusammenfassenden Inhaltsanalyse pro Unter- und Oberkategorie zusammengefasst. Das Abstraktionsniveau orientierte sich dabei an der jeweiligen Kategorie, beispielsweise wurden unter der Kategorie Voraussetzungen der Patient*innen einzelne Schlagwörter in Form einer Aufzählung genauso herangezogen wie Aussagen, die aus mehreren Wörtern bestanden. In einer ersten Reduktion wurden die Paraphrasen verallgemeinert (Generalisierung). Dabei wurden jene Paraphrasen, welche in ihrem Umfang und Inhalt bereits in einer stark verkürzten Form vorlagen wie zum Beispiel die Aussage von Interviewpartner IA2: „Auf jeden Fall“ (2022, Z. 223), so belassen. Unter Anwendung der Makrooperatoren Selektion und Auslassung wurden inhaltsgleiche oder nichtssagende Paraphrasen bewusst weggelassen. Die verbliebenen Paraphrasen wurden mithilfe von Bündelung, Konstruktion und Integration zu einer Gesamtaussage des*der Befragten für jede Unter- und Oberkategorie zusammengefasst (Mayring, 2015). Dieser Prozess wurde mithilfe einer Excel-Tabelle durchgeführt, welche in Tabelle 5 hier dargestellt ist.

Tabelle 5 Darstellung der Zusammenfassung pro Ober- und Unterkategorie

Zeile	Paraphrasen	Oberkategorie	Generalisierung	Reduktion	Zusammenfassung	Unterkategorie	Zusammenfassung
-------	-------------	---------------	-----------------	-----------	-----------------	----------------	-----------------

(Eigene Darstellung, 2022 in Anlehnung an Mayring, 2015, S.74)

2.8 Strategien zum Erreichen der Gütekriterien

Um die Qualität dieser Arbeit sicherstellen zu können, orientierte sich die Forscherin während des gesamten Forschungsprozesses an sogenannten Gütekriterien. Diese

sollen als Richtlinien gelten, um Forschungsarbeiten einer kritischen Beurteilung zu unterziehen und eine wissenschaftliche Exaktheit der Forschung gewährleisten zu können (Höhl, 2016).

Während sich die quantitative Forschung an den Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität orientiert, werden diese Kriterien für die qualitative Forschung als nicht geeignet angesehen und eine Übernahme der quantitativen Gütekriterien für qualitative Forschungsarbeiten wird innerhalb der Literatur kontrovers diskutiert (Döring & Bortz, 2016; Flick, 2019).

Es gibt verschiedene Beiträge und Versuche einer Definition von Gütekriterien für qualitative Forschung (Döring & Bortz, 2016; Höhl, 2016). Die Forscherin hat sich während ihres Forschungsprozesses an der Zusammenstellung von Gütekriterien nach Höhl (2016) orientiert. Diese beschreibt Authentizität, Glaubwürdigkeit, Nachvollziehbarkeit, Übertragbarkeit und Zuverlässigkeit als zentrale Gütekriterien qualitativer Forschung, sowie entsprechende Strategien zur Erreichung dieser (Höhl, 2016).

Im Folgenden wird die Umsetzung entsprechender Strategien für jedes Gütekriterium einzeln beschrieben.

Authentizität: Darunter wird eine möglichst wahrheitsgetreue Beschreibung des subjektiven Erlebens und der Emotionen der Studienteilnehmer*innen verstanden (Höhl, 2016). Innerhalb dieser Arbeit wurde versucht dieses Kriterium durch eine ausführliche und umfangreiche Beschreibung der Methodenauswahl und -begründung sowie des Datenerhebungsprozesses bis zu den einzelnen Schritten der Datenauswertung, zu erreichen. Aufgrund des Naheverhältnisses der Forscherin zu den Teilnehmer*innen und dem eigenen Dienstort als Forschungsfeld wurde auf eine mögliche subjektive Befangenheit unter 1.6 Vorannahmen der Forscherin ausführlich eingegangen (Höhl, 2016).

Glaubwürdigkeit: Dieses Kriterium bezieht sich auf die Richtigkeit der Ergebnisse aus Sicht der Teilnehmer*innen (Höhl, 2016). Die entsprechenden Strategien zur Erreichung der Glaubwürdigkeit innerhalb dieser Arbeit umfassten unter anderem die kontinuierliche Besprechung mit Kolleginnen und Kollegen aus dem fachlichen

und beruflichen Umfeld der Forscherin, sowie der fachliche Austausch mit einer in qualitativer Forschung erfahrenen externen Person (Höhl, 2016).

Aufgrund des Naheverhältnisses zwischen der Forscherin und den Teilnehmer*innen konnte sichergestellt werden, dass ein grundlegendes Verständnis für die Teilnehmer*innen durch die Forscherin vorhanden ist, sowie ein Vertrauensaufbau in der Interaktion stattgefunden hat (Höhl, 2016). Dies entspricht der Strategie der längerfristigen Beschäftigung mit den Studienteilnehmer*innen, wodurch eine umfangreiche und detaillierte Informationsweitergabe im Rahmen der Interviews erfolgte, die eine Erfassung des Forschungsgegenstands mit all seinen Facetten ermöglichte (Höhl, 2016).

Als weitere Strategie zur Sicherung der Glaubwürdigkeit der erhobenen Daten wurde im Anschluss an die Datenerhebung nach fertiggestellter Transkription eine Überprüfung durch die Teilnehmer*innen durchgeführt (Höhl, 2016). Diese Einbeziehung der Befragten wird in der vorhandenen Literatur als Maßnahme der Validierung durch Kommunikation definiert (Flick, 2019). Diese Arbeit verwendet den Begriff der „kommunikativen Validierung“ in Anlehnung an Scheele und Groeben (1988) als Bezeichnung für diese Strategie. Im Allgemeinen wird darunter die Rückmeldung der Teilnehmer*innen zu bestimmten (Teil-)Ergebnissen innerhalb des Forschungsprozesses verstanden (Flick, 2019). Es wird dabei versucht eine Einigung über die Ergebnisse zwischen den Forschenden und den Teilnehmer*innen herzustellen (Mayring, 2015) und damit entsprechend valide Ergebnisse präsentieren zu können (Flick, 2019).

Die hier eingesetzte Validierung begrenzte sich auf die Aussagen im Interview und somit auf den Prozess der Datenerhebung (Flick, 2019).

Die fertiggestellten Interviewtransskripte wurden in verschlüsselter Form per E-Mail an die dazugehörigen Teilnehmer*innen übermittelt. Dies erfolgte unter Zuhilfenahme eines Schlüsseldokuments, um die Daten anhand des Identifikationscodes der jeweiligen Person zuordnen zu können. Im Sinne einer kommunikativen Validierung wurden die Teilnehmer*innen um ihre Rückmeldung bzw. Anmerkungen oder Korrekturen zu ihren verschriftlichten Aussagen gebeten und diese gegebenenfalls nochmals überarbeitet bevor mit der Datenauswertung begonnen wurde. Dieser

Prozess wurde auf einen Zeitraum von zwei Wochen ab Erhalt des Transkripts begrenzt. Die Korrektheit der erhobenen Daten wurde im Zuge dieser Validierung durch die Teilnehmer*innen bestätigt, wodurch das Material für die Auswertung weiterverwendet werden konnte. Es kam weder zu Änderungen noch zu Streichungen von Aussagen innerhalb der Transskripte auf Wunsch der Teilnehmer*innen, wodurch davon ausgegangen werden kann, dass die erhobenen Daten glaubwürdig sind. Es wurden keinerlei Ergebnisse der Datenauswertung, Interpretationen oder Ergebnisse an die Teilnehmer*innen herangetragen. Dies wurde aufgrund der fehlenden Erfahrung und Ressourcen der Forscherin als unverhältnismäßig hoher Arbeitsaufwand angesehen.

Nachvollziehbarkeit: Es muss nachvollziehbar sein, wie die Forscherin zu den Ergebnissen gekommen ist und dass diese auch tatsächlich den Aussagen und Sichtweisen der Teilnehmer*innen entsprechen (Höhl, 2016). Das Führen eines Forschungstagebuchs während des gesamten Forschungsprozesses diente dazu Überlegungen und darauf aufbauende Entscheidungen und Handlungsschritte zu reflektieren und damit nachvollziehbar zu gestalten (Höhl, 2016).

Eine weitere Strategie zur Erreichung der Nachvollziehbarkeit ist die Triangulation. In dieser Arbeit wurden bei der Interpretation der Daten unter 4.2 Inhaltliche Diskussion der Ergebnisse unterschiedliche Theorien aus vorhandenen Forschungsarbeiten und gegenstandsnahen Studien im Sinne einer Theorientriangulation mit den erhobenen Daten verglichen (Höhl, 2016).

Übertragbarkeit: Eine Übertragbarkeit dieser Arbeit liegt vor, wenn die vorliegenden Ergebnisse auch in einem anderen Setting und mit anderen Menschen angewendet werden können (Höhl, 2016). Hierbei sei wiederum auf die ausführliche Beschreibung und Begründung der Methodenauswahl im Teil 2 Design und Methode dieser Arbeit zu verweisen. Die qualitative Inhaltsanalyse mit ihrer strengen regelgeleiteten und theoriegeleiteten, systematischen Vorgehensweise eignet sich als Strategie um eine Übertragbarkeit der Ergebnisse herzustellen.

Zuverlässlichkeit: Darunter wird die Beständigkeit der Daten unter ähnlichen Untersuchungsbedingungen verstanden (Höhl, 2016). Dabei werden die Interpretation, Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Arbeit einer externen Begutachtung

unterzogen (Höhl, 2016). Die Untersuchungsrevision dieser Arbeit erfolgte durch den fachlichen Austausch der Forscherin und die Überprüfung verschiedenster Teile dieser Arbeit durch eine externe Forschungsperson mit qualitativer Forschungserfahrung sowie durch verschiedenste Studierende des Masterstudiengangs „Angewandte Gesundheitswissenschaften“. Dadurch konnte eine Zuverlässigkeit der Daten im Rahmen der Möglichkeiten gewährleistet werden.

Es wurde versucht so viele der beschriebenen Strategien wie möglich umzusetzen, um eine entsprechende Güte der eigenen qualitativen Arbeit gewährleisten zu können (Höhl, 2016).

Die Auswahl der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) als Auswertungsmethode legt des Weiteren die Einhaltung der speziell für diese Methode definierten Gütekriterien nahe, weswegen diese ebenfalls an dieser Stelle beschrieben werden.

Spezifische Gütekriterien der Inhaltsanalyse

Einige der von Mayring (2015) beschriebenen speziellen Gütekriterien für die qualitative Inhaltsanalyse beziehen sich in ihrer inhaltlichen Bedeutung auf Kriterien, welche bereits im vorigen Abschnitt beschrieben wurden. So wurde beispielsweise bereits auf eine entsprechende Verfahrensdokumentation, die Nähe zum Gegenstand, kommunikative Validierung und die Triangulation eingegangen (Mayring, 2015).

Die Problematik der Übernahme der Gütekriterien Reliabilität und Validität aus der quantitativen Forschung für die Inhaltsanalyse wurde durch die Entwicklung von eigenen Konzepten dieser beiden wissenschaftlichen Kriterien gelöst (Mayring, 2015). Im Folgenden wird auf die Maßnahmen der Forscherin Bezug genommen, welche in Anlehnung an die speziellen inhaltsanalytischen Gütekriterien der Reliabilität und Validität, gesetzt wurden.

Die **Reliabilität** umfasst die Stabilität, Reproduzierbarkeit und Exaktheit der Ergebnisse. Im Zuge der Interkoderreliabilität wird die Analyse von mehreren Personen vorgenommen, um anschließend deren Ergebnisse miteinander zu vergleichen (Mayring, 2015). Dieser Vorgang geht mit einem hohen personellen und zeitlichen Aufwand einher, welcher im Rahmen dieser Masterarbeit aus personellen und finanziellen Gründen nicht möglich war. Allerdings wurde während des Kodierens

zeitweise ein Kollege aus dem beruflichen Umfeld der Forscherin zur Abstimmung herangezogen, wodurch versucht wurde, die Kodierung so zuverlässig wie möglich zu gestalten. Eine Intrakoderreliabilität durch nochmalige Anwendung des Analyseinstruments in Form einer erneuten Kodierung des Materials nach Abschluss der Analyse durch die Forscherin selbst, wurde aus zeitlichen Gründen nicht angestrebt und wird auch laut Literatur selten eingesetzt (Mayring, 2015). Die Reproduzierbarkeit und Exaktheit der Analyse wurde durch eine genaue Beschreibung der Vorgehensweise sowie durch die theoriegeleitete Definition und Beschreibung von Kategorien und die Absprache mit einer externen Forschungsperson gewährleistet.

Das Konzept der **Validität** innerhalb der Inhaltsanalyse umfasst verschiedene Kriterien, die sich am Material, dem Ergebnis und dem Prozess der Analyse orientieren (Mayring, 2015). In Bezug auf das Material liegt der Fokus der sogenannten semantischen Gültigkeit der Daten darauf, die zugrundeliegende Bedeutung möglichst genau aus dem Material zu rekonstruieren. Dies wurde durch eine angemessene Definition der Kategorien innerhalb des Kodierleitfadens erreicht, welcher während der Analyse in regelmäßigen Überarbeitungsschleifen fortwährend an das Material angepasst wurde. Die korrelative Gültigkeit bezieht sich auf die Ergebnisse und bezeichnet eine Validierung durch den Vergleich mit einem Außenkriterium. Dabei sind bereits vorhandene Ergebnisse aus ähnlichen Forschungsarbeiten gemeint (Mayring, 2015). Hierzu wurde eine Theorientriangulation bei der Interpretation der Daten vorgenommen. Es wurde versucht eine möglichst hohe interne und externe Validität innerhalb dieser Arbeit sicherzustellen.

3 Ergebnisse

Dieses Kapitel befasst sich mit der Beschreibung der Ergebnisse dieser Arbeit. Die Ergebnisse wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) aus den Interviewtransskripten generiert. Die vorliegenden Ergebnisse werden in Form von Ober- und Unterkategorien, welche sowohl deduktiv an das Material herangebracht als auch induktiv aus diesem entwickelt wurden, dargestellt.

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Rahmen dieser Arbeit ist es gelungen Teilnehmer*innen jeder Berufsgruppe und jeder Intensivstation zu befragen. Es wurden fünf Männer und fünf Frauen in die Studie eingeschlossen. Die Teilnehmer*innen wiesen eine unterschiedliche Anzahl an Berufsjahren sowohl im Intensivbereich als auch auf der jeweiligen Station auf. Die geringste Berufserfahrung lag bei fünf Jahren und die höchste bei 28 Jahren für den Intensivbereich und 16 Jahren auf der jeweiligen Station. Es konnte somit eine große Bandbreite in der Berufserfahrung der Teilnehmer*innen abgedeckt werden. An dieser Stelle sei anzumerken, dass die Intensivstation 4 erst vor eineinhalb Jahren eröffnet wurde, weswegen die Teilnehmer aus der Pflege und dem ärztlichen Personal dieser Station die gleiche Anzahl an Berufsjahren auf dieser Intensivstation aufweisen. Die Merkmale der Teilnehmer*innen werden in Tabelle 6 dargestellt. Einige der Teilnehmer*innen kannten die Forscherin bereits im Vorfeld aus der täglichen Praxis auf der Intensivstation, weswegen zu diesen ein kollegiales Naheverhältnis bestand.

Tabelle 6 Merkmale der Teilnehmer*innen

Teilnehmer*in- nencode	Geschlecht	Intensivstation	Berufserfahrung im Intensivbe- reich (in Jahren)	Berufserfahrung auf der jeweili- gen Intensivsta- tion (in Jahren)
Ärztliches Personal				
IA1	Männlich	Intensivstation 5	13	13
IA2	Männlich	Intensivstation 4	15	1,5
IA3	Weiblich	Intensivstation 3	9	2
IA4	Weiblich	Intensivstation 2	24	15
IA5	Weiblich	Intensivstation 1	28	12
Pflegepersonen				
IP1	Männlich	Intensivstation 4	20	1,5
IP2	Weiblich	Intensivstation 3	5	5
IP3	Weiblich	Intensivstation 2	16	16
IP4	Männlich	Intensivstation 1	9,5	9,5
IP5	Männlich	Intensivstation 5	7	7

(Eigene Darstellung, 2022)

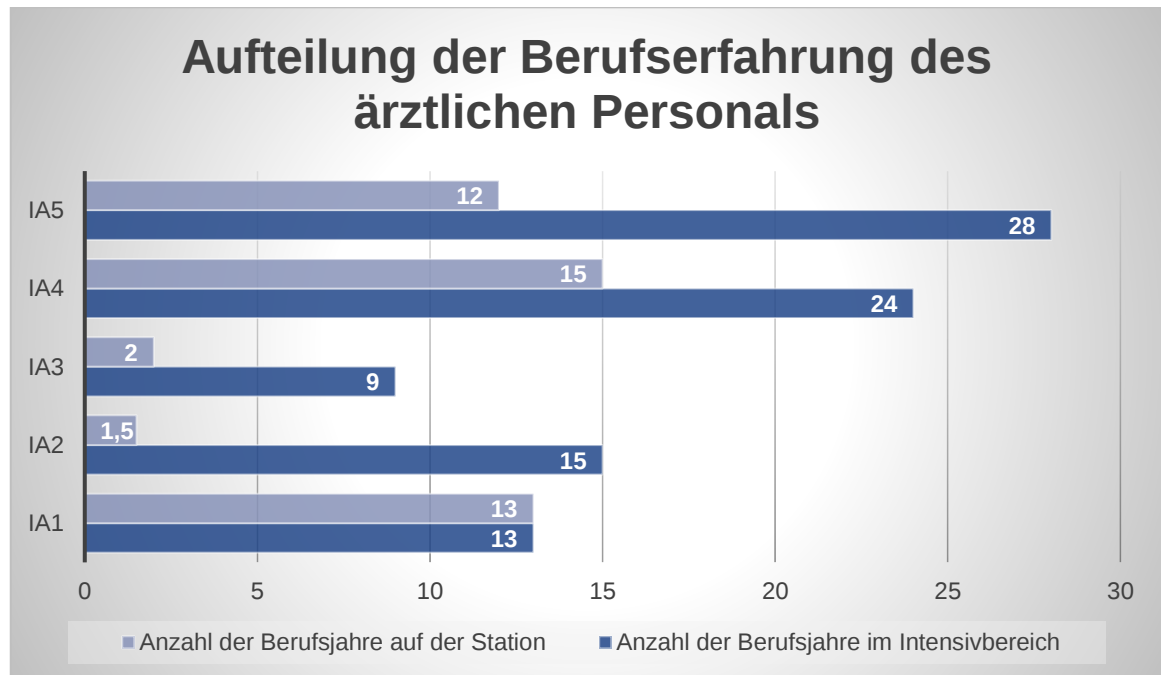
Da zur Beantwortung der Forschungsfrage die Daten von zwei verschiedenen Berufsgruppen erhoben und ausgewertet wurden, werden die Ergebnisse im nachfolgenden Teil nach Berufsgruppen getrennt dargestellt.

3.2 Ärztliches Personal

Unter den fünf Interviewteilnehmer*innen des ärztlichen Personals waren zwei Teilnehmer männlich und drei weiblich. Die Berufserfahrung im Intensivbereich zeigte eine Schwankung von neun bis 28 Jahren mit einer durchschnittlichen Anzahl von 18 Jahren. Die Berufsjahre auf der jeweiligen Intensivstation variierten von eineinhalb bis 15 Jahren, mit einer durchschnittlichen Anzahl von acht Jahren. Die Mehrheit der Teilnehmer*innen ($n = 4$) war zum Zeitpunkt des Interviews in einer leitenden Position tätig.

In der nachfolgenden Abbildung 3 wird die Aufteilung der Berufserfahrung in der Gruppe des ärztlichen Personals dargestellt.

Abbildung 3 Aufteilung der Berufserfahrung in der Gruppe des ärztlichen Personals



(Eigene Darstellung, 2022)

Das deduktive entwickelte Kategoriensystem konnte anhand der Aussagen des ärztlichen Personals auf sieben Oberkategorien, wovon jede mindestens zwei bis maximal vier Unterkategorien aufweist, festgelegt werden. Die nachfolgende Tabelle 7 gibt einen Überblick über die Kategorien.

Tabelle 7 Kategoriensystem des ärztlichen Personals

Oberkategorie	Unterkategorie
1. Berufsbild der Ergotherapie	1.1. Bekanntheitsgrad
	1.2. Fehlerhaftes bzw. mangelhaftes Wissen
	1.3. Verwechslung mit Aufgabenbereichen anderer Berufsgruppen
	1.4. Beitrag zur Frührehabilitation
2. Wirksamkeit der ergotherapeutischen Behandlung	2.1. Funktionelle Verbesserungen der Patient*innen
	2.2. Vergleich mit anderen Behandlungsformen
3. Kommunikation/Austausch	3.1. Kommunikation mit anderen Berufsgruppen
	3.2. Kommunikationsausmaß
	3.3. Relevante Informationen
4. Zusammenarbeit/ Interprofessionelle Beziehungen	4.1. Vergleich mit Physiotherapie
	4.2. Übernahme von Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen
5. Wahrnehmungen und Einstellungen	5.1. Positive Einstellungen
	5.2. Selbstwahrnehmung/-reflexion
	5.3. Negative Einstellungen
6. Sichtbarkeit und Verfügbarkeit	6.1. Präsenz auf der Intensivstation
	6.2. Ressourcen
7. Zuweisung zur Ergotherapie	7.1. Zuständigkeit/Verantwortung
	7.2. Zeitpunkt für Ergotherapie
	7.3. Voraussetzungen der Patient*innen
	7.4. Kontraindikationen

(Eigene Darstellung, 2022)

Berufsbild der Ergotherapie

Die erste Oberkategorie umfasst jegliche Vorstellungen und Erwartungen von der Ergotherapie, aber auch das vorhandene Wissen über ergotherapeutische Aufgaben und Kompetenzen sowie deren Maßnahmen im Allgemeinen als auch im Fachbereich der Intensivmedizin.

Die allgemeine Beschreibung der ergotherapeutischen Berufsgruppe fällt unterschiedlich aus, wobei sich zwei Teilnehmer*innen in ihrer Vorstellung auf den Vergleich mit der Physiotherapie beziehen:

„(...) das ist einfach für mich, vielleicht könnte man das umschreiben, mit die Zusatzkomponente zur Physiotherapie im feinmotorischen Bereich (...)“ (IA5, 2022, Z. 48-50).

„Da hat man gesagt, alles was mit den Händen zu tun hat, ist Ergotherapie. Also Physiotherapie für die Hände?“ (IA1, 2022, Z. 43-45).

Im Unterschied dazu werden Ergotherapeut*innen von IA2 als „(...) die Eklektiker unter den Therapeutinnen, ja, also die, die sich aus allen Bereichen was zusammensuchen und dann halt für den Patienten die Funktionsarbeit machen“ (2022, Z. 25-27) und von IA4 als „(...) sehr spezialisiert (...)“ (2022, Z. 187) bezeichnet. IA3 bezieht sich hingegen bei der Beschreibung des ergotherapeutischen Berufsbildes auf eine persönliche Erfahrung aus der Vergangenheit, welche den Status der Ergotherapie beschreibt:

„Ich habe vor über zwanzig Jahren, eineinhalb Jahre in Amerika gelebt und habe dort mit einer Ergotherapeutin zusammengearbeitet, als Freiwillige. Und die war voll präsent auf der Station. Das war ganz anders, als das hier bei uns ist. Die war voll integriert in das Team dort und hat bei den Besprechungen mitgeredet und hat einen ziemlichen Status gehabt dort. Von der habe ich damals ziemlich viel gelernt“ (IA3, 2022, Z. 15-20).

Mit dem beschriebenen Berufsbild werden verschiedene Aufgaben und Kompetenzen der Ergotherapie in Verbindung gebracht. Diese beziehen sich vor allem auf die Verbesserung von motorischen, sensomotorischen und kognitiven Funktionen. In

den Beschreibungen wird jedoch nicht zwischen Maßnahme und der damit zu trainierenden Funktion differenziert. Zur besseren Übersichtlichkeit werden die beschriebenen Maßnahmen und die zu trainierenden Funktionen getrennt voneinander dargestellt und in der nachfolgenden Tabelle 8 aufgelistet.

Tabelle 8 Ergotherapeutische Maßnahmen und Funktionen aus Sicht des ärztlichen Personals

Ergotherapeutische Maßnahmen	Funktion
• „Greifen“ (IA2, 2022, Z. 97) • Kognitives Training (IA3, IA5) • Passives Durchbewegen der Finger (IA5) • „Schienen anlegen“ (IA5, 2022, Z. 60) • Zuordnen von Dingen (IA2, IA3, IA5) • Wiedererlernen der Bewegung von Fingern und Armen (IA4) • Angreifen und Tasten verschiedener Gegenstände (IA4)	• Feinmotorik (IA2, IA3, IA4, IA5) • Motorik der Finger, Hände, Arme (IA1, IA3, IA4, IA5) • Sensibilität (IA4) • Wahrnehmung (IA4) • Hand-Augen-Koordination (IA2) • „Zusammenhänge erkennen“ (IA3, 2022, Z. 92)

(Eigene Darstellung, 2022)

Eine zentrale Aufgabe der Ergotherapie, die von nahezu allen Teilnehmer*innen dieser Gruppe ($n = 4$) beschrieben wird ist das Wiedererlangen von Fähigkeiten für den Alltag (IA1, 2022, Z. 26-27; IA3, 2022, Z. 74-75).

„(...) das sind für mich so ein bisschen so, die halt ja eh, die Funktion zum Alltäglichen wiederherstellen oder zum täglichen Arbeiten (...)“ (IA2, 2022, Z. 69-70).

IA4 geht dabei auch auf die Autonomie von Patient*innen ein, die mit der selbständigen Ausführung von Tätigkeiten zusammenhängt:

„Das ist (...) was ihn autonom wieder macht. Also nicht abhängig von jemanden, der dich füttert, nicht abhängig von jemanden, der dir die Strümpfe anzieht, nicht abhängig von jemanden und das ist etwas, was einen Menschen ausmacht“ (2022, Z. 167-170).

In Zusammenhang mit dem Alltag werden Tätigkeiten wie Essen, Besteck halten (IA2, 2022, Z. 97-98; IA4, 2022, Z. 78-81; 189-190), Schreiben (IA2, 2022, Z. 97-

98; IA3, 2022, Z. 90) und Körperpflege (IA4, 2022, Z. 189-190) als ergotherapeutische Aufgaben mit Patient*innen beschrieben.

Alle Interviews haben gemeinsam, dass verschiedenste Materialien im Einsatz der Ergotherapie beschrieben werden, welche aus der täglichen Praxis oder allgemein von der Ergotherapie bekannt sind. Beispielfhaft seien Bälle, Türmchen und Spiele als mehrfach vorkommende Antworten erwähnt. Der Einsatz dieser Materialien und deren Hintergründe werden unterschiedlich wahrgenommen. IA1 beschreibt den Einsatz eines Spiels innerhalb der Ergotherapie vor dem Hintergrund das Greifen zu trainieren:

„(...) einmal hat, glaube ich, eine Ergotherapeutin mit einem Patienten Mensch ärgere dich nicht oder irgend so was gespielt. Und nehme an, da ging es darum, das Greifen nach der Figur irgendwo anders wieder abzustellen“ (IA1, 2022, Z. 33-36).

Zwei andere Teilnehmer*innen beziehen sich auf den rein spielerischen Charakter der Ergotherapie (IA4, 2022, Z. 58-59).

„(...) also was mich immer wieder fasziniert sind diese Hütchenspiele und Türmchenspiele“ (IA5, 2022, Z. 35-36).

Der Umgang mit Intensivpatient*innen durch die Ergotherapeut*innen wird von zwei Teilnehmer*innen beschrieben. Dabei gehen sie auf die psychosozialen Fähigkeiten von Ergotherapeut*innen und die zwischenmenschlichen Beziehung mit den Intensivpatient*innen ein:

„(...) die schauen, was kann er, wo kann ich ein Feedback geben, was kann ich unterstützen (...)“ (IA2, 2022, Z. 80-81).

„(...) ich glaube halt, es ist so viel zwischen den Zeilen und Zwischenmenschliches da, dass allein dieses da sein und dieses Gefühl geben einem Patienten, der kann das wieder erlernen und man ist da für ihn“ (IA4, 2022, Z. 131-133).

Das Berufsbild der Ergotherapie schließt mit Beschreibungen zu den ergotherapeutischen Aufgaben und Kompetenzen im Intensivbereich ab. Während zwei Teilnehmer*innen Patient*innen mit bestimmten Diagnosen wie Schädel-Hirntraumata (IA2,

2022, Z. 79-82) oder schweren Krankheitsverläufen und muskulären, neurologischen Defiziten (IA4, 2022, Z. 66-69) dem Zuständigkeitsbereich der Ergotherapie zuordnen, sieht IA3 keinen Auftrag für die Ergotherapie auf einer Intensivstation:

„(...) wir sind im Intensivbereich und intensiv ist halt doch trotz allem Akutmedizin und die Ergotherapie hat sicher auf jetzt Langzeit Pflegestationen, wie Neurologie wesentlich mehr Auftrag als bei uns“ (IA3, 2022, Z. 41-44).

Bekanntheitsgrad

Innerhalb dieser Unterkategorie wird erläutert woher die Teilnehmer*innen die Ergotherapie kennen und wie sich dieser Bekanntheitsgrad auch auf den Intensivbereich auswirkt. Die Ergotherapie ist zwei Teilnehmer*innen aus dem pädiatrischen Bereich in der Behandlung von Kindern mit Funktionsdefiziten und Entwicklungsrückständen bekannt (IA2, 2022, Z. 64-66; IA3, 2022, Z. 75-77). Es werden jedoch auch persönliche Erfahrungen als Patient*in mit der Ergotherapie angesprochen (IA4, 2022, Z. 83-84). Besonders hervorstechend ist eine Aussage von IA2, welcher sich auf eine mediale Präsenz der Ergotherapie bezieht: „Also gerade das, was man auch aus Medien und aus der Therapie von eingeschränkten Personen mitkriegt“ (2022, Z. 257-258).

In Bezug auf den Bekanntheitsgrad innerhalb der Intensivmedizin wird berichtet, dass diese noch nicht sehr lange in der Intensivmedizin präsent und nur wenig darüber bekannt ist, weswegen es aus ihrer Erfahrung vor allem in vergangenen Jahren nur selten bis gar keine ergotherapeutische Behandlung bei Intensivpatient*innen gegeben hat (IA2, 2022, Z. 20-22; IA5, 2022, Z. 17-18, 90-92).

Fehlerhaftes bzw. mangelhaftes Wissen

Das eigene Wissen über den Tätigkeitsbereich der Ergotherapie wird von der Mehrheit des ärztlichen Personals ($n = 4$) als begrenzt und fehlerhaft beschrieben. IA1 spricht sich dabei stellvertretend für die gesamte Berufsgruppe aus:

„Wir wissen viel zu wenig oder vielleicht das Falsche sogar“ (2022, Z. 127).

Eine fehlende Auseinandersetzung mit der Ergotherapie (IA4, 2022, Z. 81-82) sowie nicht ausreichende Informationen (IA3, 2022, Z. 229-230) werden in Zusammenhang mit dem fehlenden Wissen über das Angebot der Ergotherapie gebracht.

Verwechslung mit Aufgabenbereichen anderer Berufsgruppen

Die Verwechslung von Aufgaben und Kompetenzen mit einer anderen Berufsgruppe geschieht nur innerhalb eines Interviews. IA2 beschreibt dabei Maßnahmen der Elektrotherapie als ergotherapeutische Maßnahmen: „Angefangen von das geht ja hin bis zur Stromtherapie, Tens, da kommt Physikalische mit rein (...)“ (2022, Z. 77-78).

Beitrag zur Frührehabilitation

Die Ergotherapie als Teil der Frührehabilitation von Intensivpatient*innen wird unterschiedlich beschrieben. Zwei Teilnehmer*innen diskutieren zunächst die Etablierung dieser Berufsgruppe in diesem Bereich. Während IA4 bereits mehr Möglichkeiten für die Ergotherapie in der Frührehabilitation sieht:

„Nachdem unsere Patienten in den letzten Jahren zunehmend schneller vom Tiefschlaf in den Weaning-Prozess geführt werden, ist ja auch deutlich mehr Ergotherapie möglich auf der Intensivstation“ (IA4, 2022, Z. 4-6), spricht IA5 noch von einer zu niedrig eingeschätzten Wichtigkeit dieser Berufsgruppe für die Intensivtherapie (2022, Z. 261).

Der ergotherapeutische Beitrag zur Frührehabilitation wird als allgemeine Aktivierung der Patient*innen in dieser Phase (IA2, 2022, Z. 143-144) beschrieben und wie IA3 erläutert:

„(...) für Patienten, die lange Zeit sediert und beatmet waren, ist ja dieses wieder einen Tagesrhythmus reinbekommen auch ein Thema und auch dieses, was kann ich denn überhaupt machen am Tag. Die Aktivität an sich ist ja auch ein Thema für so lange beatmete Patienten“ (IA3, 2022, Z. 180-184).

Ein möglicher Beitrag der Ergotherapie in der Frührehabilitation könnte unter Voraussetzung bestimmter Bedingungen, laut IA5 in der Delirprophylaxe bestehen: „(...) wenn man mehr Ergotherapie hätte auf dieser Basis mit einer kontinuierlichen

Zuwendung auch durch dieselben Personen, die tagtäglich kommen und wo die Leute sich auch auskennen. Wo halt ein gewisses Programm durchgeführt wird (...)“ (2022, Z. 87-90).

Wirksamkeit der ergotherapeutischen Behandlung

Die Effekte einer ergotherapeutischen Behandlung werden sehr unterschiedlich wahrgenommen. Während sich die eine Hälfte der Teilnehmer*innen ($n = 2$) kritisch gegenüber den Effekten der Ergotherapie äußert und die Erfolge nicht konkret festmachen kann:

„(...) kann ich auch schwer sagen, was hat es dem Patienten jetzt effektiv gebracht“ (IA2, 2022, Z. 196-197),

„Dass bisher noch zu wenig Erfolg gesehen wurde, wahrscheinlich. Was das bringen kann überhaupt“ (IA3, 2022, Z. 228-229),

bestätigen IA4 und IA5 die Wirksamkeit einer ergotherapeutischen Behandlung:

„(...) da wird auch oft der Status quo ermittelt und da sehe ich ja, dass was weitergeht. Wenn wo was zu holen ist, sehe ich, dass das passiert“ (IA4, 2022, Z. 314-316),

„Und ich glaube, dass eben auch da die Frühmobilisation und die frühe Ergotherapie greift“ (IA5, 2022, Z. 176-177), „Und die, die es kriegen, auch rasch besser werden“ (IA5, 2022, Z. 193-194).

Es werden des Weiteren folgende Diagnosen und Patient*innengruppen, welche besonders von einer ergotherapeutischen Behandlung profitieren können, erwähnt:

- Junge Schädel-Hirntrauma-Patient*innen (IA2, 2022, Z. 32-33)
- Patient*innen, die lange kritisch krank waren (IA2, 2022, Z. 157-161)
- Patient*innen mit einer motorischen oder neurologisch-motorischen Schwäche durch Critical-Illness-Polyneuropathie (IA2, 2022, Z. 157-161)
- Patient*innen mit traumatischen Myelopathien (IA4, 2022, Z. 220-221)

Zwei Teilnehmer*innen nehmen auch Bezug auf die Haltung der Patient*innen gegenüber der Ergotherapie: „(...) die Leute schauen dann auf die Uhr und warten,

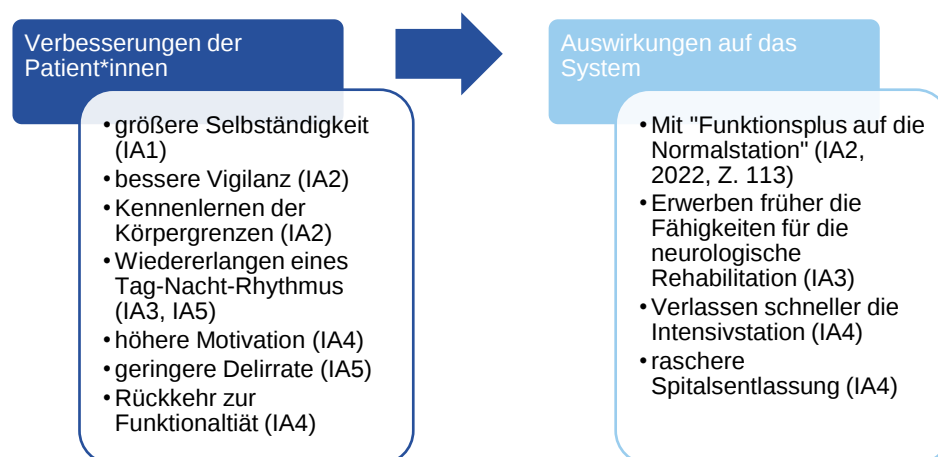
dass ihr kommt. Sind geschnäuzt und gekämmt und warten da“ (IA4, 2022, Z. 336-337), „es gibt auch viel Leute, die sich auf die Therapie freuen einfach“ (IA5, 2022, Z. 98-99). IA5 beschreibt hierbei die Ablenkung der Patient*innen durch die Ergotherapie als wesentlich: „Und das andere ist natürlich auch, dass sie weniger Zeit haben, um über schlimme Schicksale von der Intensivstation nachzudenken. Und dass sie einfach beschäftigt sind“ (2022, Z. 38-41).

Funktionelle Verbesserungen der Patient*innen

Unter dieser Kategorie werden jegliche positive Veränderungen bei den Patient*innen durch die Ergotherapie zusammengefasst. Die Teilnehmer*innen beschreiben sowohl Verbesserungen der Patient*innen auf einer funktionellen Ebene, die mithilfe der Ergotherapie erreicht werden, als auch die Auswirkungen dieser Verbesserungen auf den weiteren Verlauf nach einem Intensivaufenthalt. Sie beziehen sich dabei auf die Aufenthaltsdauer sowohl auf der Intensivstation selbst als auch im Krankenhaus allgemein und auf den Zustand von Patient*innen im weiteren Verlauf.

In Abbildung 4 werden die beschriebenen funktionellen Verbesserungen der Patient*innen und deren Auswirkungen auf das gesamte Versorgungssystem dargestellt.

Abbildung 4 Verbesserungen der Patient*innen und deren Auswirkungen auf das System



(Eigene Darstellung, 2022)

Vergleich mit anderen Behandlungsformen

Die Inhalte dieser Unterkategorie umfassen Aussagen zur Wirksamkeit der Ergotherapie im Vergleich zu anderen Behandlungsformen auf der Intensivstation. Die Mehrheit der Befragten ($n = 3$) vergleicht die Wirksamkeit der Ergotherapie mit der Physiotherapie. Zwei Teilnehmer*innen sehen dabei die Erfolge der Physiotherapie und deren Maßnahmen als vorrangig und effizienter für die Patient*innen:

„(...) nichts gegen dich, aber da ist, glaube ich, durchaus das wo wir mehr profitieren, wo die Patienten mehr profitieren, wenn die muskuläre Stärke wieder kommt“ (IA3, 2022, Z. 127-129).

„(...) wenn Patienten dann fragen, sind sicher die Physiotherapeuten ein bisschen vor der Ergo, weil die halt mehr in größeren Dingen arbeiten. Ich glaube, es ist für den Patienten effizienter, zum ersten Mal zu gehen (...) als Hütchen zu stecken, obwohl das genauso wichtig ist“ (IA5, 2022, Z. 99-103).

Im Gegensatz dazu betont IA4 die Wichtigkeit der Ergotherapie in Zusammenhang mit dem spezifischen Krankheitsbild der Querschnittlähmung: „(...) den jungen Herren, den wir derzeit auf der Station haben mit dem hohen Querschnitt, da kann die Physio nicht so viel bewirken meines Erachtens, wie die Ergo zum Beispiel“ (2022, Z. 113-115).

Kommunikation/Austausch

Die dritte Oberkategorie beschäftigt sich mit allgemeinen Aussagen zum Thema Kommunikation. In Bezug auf die Kommunikation mit Ergotherapeut*innen auf der Intensivstation geben zwei Teilnehmer*innen einen derzeit nicht vorhandenen Austausch an (IA2, 2022, Z. 240-241; IA3, 2022, Z. 248). IA4 zeigt mit der folgenden Aussage die Bereitschaft zur Kommunikation: „(...) wenn es von eurer Seite her manchmal gewünscht wäre, dass ihr ein bisschen Feedback kriegt (...). Dann jederzeit“ (2022, Z. 317-320).

Kommunikation mit anderen Berufsgruppen

Diese Unterkategorie beinhaltet Beschreibungen der Teilnehmer*innen zu deren Kommunikation mit anderen Berufsgruppen. Alle Teilnehmer*innen erwähnen die

einmal wöchentlich stattfindende Besprechung mit der Primaria der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation und den Physiotherapeut*innen als Beispiel für den Austausch mit anderen Berufsgruppen (IA1, 2022, Z. 85-87; IA2, 2022, Z. 47-48; IA3, 2022, Z. 254-256; IA4, 2022, Z. 24-25; IA5, 2022, Z. 230-231). Hierbei wird erwähnt, dass auch Inhalte, welche die Ergotherapie betreffen mit den anwesenden Berufsgruppen besprochen werden:

„(...) wo ich es dann wieder über Dritte erfahre, bei der Visite. Was hat die Ergo gemacht und so weiter“ (IA4, 2022, Z. 44-46),

„Vielleicht bei den Visiten mit der Physikalischen, dass da manchmal heißt, die Ergotherapie erzählt das“ (IA1, 2022, Z. 85-87).

Die vorhandene Kommunikation mit den Physiotherapeut*innen wird vom Großteil der Befragten ($n = 4$) als Maßstab für den Vergleich mit der Ergotherapie herangezogen: „(...) in der Koordination mit den Physiotherapeutinnen und Therapeuten (...). Da spricht man sich immer sehr kurz ab. Oder diese Interaktion gibt es zwischen den Ergotherapeutinnen und den Stationsärzten eigentlich gar nicht“ (IA2, 2022, Z. 207-213). „Und da kommt man manchmal ins Gespräch. Aber sicher nicht so oft, wie mit dem X oder X, mit den Physiotherapeuten“ (IA4, 2022, Z. 27-28).

Zwei Teilnehmer*innen verweisen auf die Möglichkeit der Ergotherapeut*innen ihre Anliegen über die Physiotherapeut*innen ausrichten zu lassen (IA3, 2022, Z. 267-268; IA4, 2022, Z. 253-254).

Die Kommunikation sowohl mit der Ergotherapie als auch mit anderen therapeutischen Berufsgruppen im Zuge regelmäßiger Besprechungen wird von IA5 vorgeschlagen: „(...) das, glaube ich, würde mir gefallen, wenn wir das erreichen könnten, dass wir zweimal in der Woche eben Ergo-, Logo-, Physio-Besprechung hätten“ (IA5, 2022, Z. 244-246).

Kommunikationsausmaß

Das vorhandene Kommunikationsausmaß zwischen dem ärztlichen Personal und den Ergotherapeut*innen wird von mehreren Befragten als gering angegeben (IA1, 2022, Z. 92; IA4, 2022, Z. 46-47; IA5, 2022, Z. 25).

Beim gewünschten Kommunikationsausmaß verweisen drei Teilnehmer*innen konkret auf die Teilnahme der Ergotherapie an der wöchentlichen Visite mit der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation (IA1, 2022, Z. 98-100; IA2, 2022, Z. 233-234; IA4, 2022, Z. 250-251). Mögliche Vorschläge für einen Informationsaustausch und dessen Umfang zwischen dem ärztlichen Intensivpersonal und der Ergotherapie reichen von einem kurzen Feedback der Ergotherapeut*innen wie es IA2 beschreibt:

„Das muss jetzt keine lange Visite sein oder irgendwas, oft reicht ja ein kurzer Kontakt, mit einem kurzen Feedback oder auch mit einem kurzen was mache ich da jetzt (...)“ (2022, Z. 223-225),

bis hin zu konkreten zeitlichen Angaben und möglichen Besprechungsterminen, welche von einem zweiwöchigen Intervall (IA3, 2022, Z. 265-266), über einmal wöchentlich (IA1, 2022, Z. 112-114; IA2, 2022, Z. 237-238), bis zu zweimal in der Woche (IA5, 2022, Z. 237-239) variieren.

Relevante Informationen

In dieser Unterkategorie werden die für das ärztliche Personal relevanten und zum Teil notwendigen Informationen, die mit der Ergotherapie ausgetauscht werden sollen, beschrieben. Die Teilnehmer*innen nennen diesbezüglich Informationen über Patient*innen wie deren Zustand (IA5, 2022, Z. 223-224), vorhandene Fähigkeiten (IA1, 2022, Z. 100-101) und die Inhalte der Therapieeinheit (IA2, 2022, Z. 246-247).

„Es hat relativ wenig Einfluss auf meine Arbeit, aber es macht mein Bild kompletter von einem Patienten“ (IA1, 2022, Z. 101-102).

In Bezug auf die Frührehabilitation wird der Austausch über den Beginn der Ergotherapie beschrieben (IA2, 2022, Z. 235-237; IA4, 2022, Z. 268-269):

„Weil dann auch effektiv gefragt wird und das eben besprochen wird, macht Ergotherapie jetzt Sinn oder noch nicht Sinn. Können wir da schon mit der Frühreha in Bezug auf Ergo beginnen oder nicht“ (IA2, 2022, Z. 234-237).

Zusammenarbeit / Interprofessionelle Beziehungen

Die gesammelten Aussagen dieser Oberkategorie beschreiben die Position der Ergotherapie innerhalb des interprofessionellen Teams sowie die gemeinsame Zusammenarbeit. In mehreren Aussagen von IA5 wird die Arbeit im Intensivbereich generell als „Teamarbeit“ bezeichnet und dabei der Fokus auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit gelegt: „Für mich ist die Intensivtherapie absolute Teamarbeit mit vielen Puzzlesteinen und jede Berufsgruppe hat ihren Platz auf einer Intensivstation“ (IA5, 2022, Z. 4-5).

„(...) Intensivstation bedeutet nicht, Arzt und Pflege, sondern das bedeutet Arzt, Pflege, alle therapeutischen Fächer, ob das jetzt Physio ist, Logo, Ergo, dann gehört auf jeden Fall dazu der Psychologe, der da betreut“ (IA5, 2022, Z. 268-271).

Physio- und Ergotherapie werden von zwei Teilnehmer*innen gesondert als gleichbedeutend bezeichnet (IA4, 2022, Z. 243-244; IA5, 2022, Z. 236-237). Im Gegensatz dazu beschreiben IA1 und IA3 die Ergotherapie nicht als Teil des Intensivteams. „Also offensichtlich, ist die Ergotherapie gehört zur Physikalischen. Ob die jetzt Teil des Intensivteams sein muss, weiß ich nicht, glaube ich nicht, dass das notwendig ist“ (IA1, 2022, Z. 105-107).

Laut IA3 hat die Ergotherapie keinen entsprechenden Status auf der Intensivstation und ist noch nicht im Intensivteam etabliert (IA3, 2022, Z. 24-27; 204-205; 210-212). Es wird dabei nicht als Aufgabe des Intensivteams angesehen, eine Etablierung voranzutreiben, was in der folgenden Aussage von IA3 in Zusammenhang mit anderen Berufsgruppen auch für die Ergotherapie beschrieben wird:

„Das wird nicht von uns ausgehen. Theoretisch bin ich der Meinung, dass es hier auch andere Therapieformen gibt, die Sinn machen können. Es gibt ja Musiktherapie, es gibt Psychotherapie und (...). Ist einfach nicht etabliert, dass es etabliert wird, muss der Anstoß kommen und der wird nicht hier vom Team ausgehen, der muss von außen einmal kommen“ (IA3, 2022, Z. 238-243).

Obwohl drei Teilnehmer*innen die Zusammenarbeit mit der Ergotherapie als wichtig (IA2, 2022, Z. 223), zufriedenstellend (IA4, 2022, Z. 272-273) und prinzipiell gut

(IA5, 2022, Z. 12) bezeichnen, werden nur wenig bis gar keine vorhandenen Kontakt- und Berührungspunkte mit der Ergotherapie auf der Intensivstation bei vier der fünf Teilnehmer*innen beschrieben (IA1, 2022, Z. 82-85; IA3, 2022, Z. 70; IA4, 2022, Z. 50; IA5, 2022, Z. 220-222). Eine mögliche Ursache hierfür beschreiben IA3 und IA4: „Weil in der täglichen Arbeit, geht das einfach unter“ (IA3, 2022, Z. 205), „(...) ich glaube, das ist einfach durch den Tagesablauf so“ (IA4, 2022, Z. 307-308).

Eine fehlende Zusammenarbeit wird jedoch auch durch die selbständige Arbeitsweise der Ergotherapeut*innen (IA5, 2022, Z. 220-222) und das Vertrauen in das Funktionieren dieser (IA4, 2022, Z. 39-41), begründet.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit auf einer Intensivstation wird von drei Teilnehmer*innen vor allem zwischen den Berufsgruppen der Pflege, Physio- und Ergotherapie beschrieben:

„(...) sehr zum Positiven auch die Zusammenarbeit zwischen der Pflege, was ich so mitkriege, und den Physiotherapeuten und auch Ergotherapeuten ist, glaube ich, extrem gut“ (IA4, 2022, Z. 42-44).

„Oft gemeinsam mit der Physiotherapie natürlich. Weil ihr seid ja sozusagen, also was wir zumindest ihr arbeitet sehr eng zusammen“ (IA2, 2022, Z. 33-35).

Dieses beschriebene Team wird von IA4 als „motiviert, flexibel, jung und innovativ“ (IA4, 2022, Z. 340-342) beschrieben und die Zusammenarbeit in der Organisation und Abwicklung der täglichen Praxis anhand eines Beispiels positiv hervorgehoben:

„Und was ich ganz toll finde, ist, wenn wir so einen Plan machen am Tag, dass man die Leute, manche schlafen gern länger in der Früh, bis neun, dann kommt die Ergo erst um elf zum Beispiel. Manche sind Frühaufsteher, sitzen um sieben schon Hab Acht im Bett und wollen gleich was üben. Und das fand ich extrem gut, dass ihr da auch, so auch die Physio und ihr gemeinsam, dass ihr da so flexibel seid und das mitgemacht habt“ (IA4, 2022, Z. 330-336).

Vergleich mit Physiotherapie

In dieser Unterkategorie werden die Beziehung zur Ergotherapie und deren Stellenwert im Vergleich zu jener der Physiotherapie gesetzt. Der Stellenwert der Physiotherapie wird in den Aussagen von drei der fünf Teilnehmer*innen beschrieben. Dieser wird einerseits als gleichwertig mit der Ergotherapie angesehen:

„Und da gehören der Ergotherapeut für mich genauso dazu, wie der Physiotherapeut“ (IA5, 2022, Z. 236-237), andererseits wird der Physiotherapie ein höherer Stellenwert auf der Intensivstation eingeräumt, was durch folgende Aussagen deutlich wird:

„Also vom Stellenwert her, halte ich die Physiotherapie für höherrangig“ (IA3, 2022, Z. 126).

„Die Physio gehört dazu, wie wenn ich heute sage, der braucht jetzt zu Mittag sein Mittagessen (...)“ (IA4, 2022, Z. 222-223).

Laut zwei Teilnehmer*innen wird mehr Kontakt zur Physiotherapie sowie eine engere Zusammenarbeit mit dieser unterhalten als mit der Ergotherapie (IA2, 2022, Z. 199-203; IA4, 2022, Z. 14-15). Die Zusammenarbeit mit der Physiotherapie wird von IA3 als Möglichkeit beschrieben, die Ergotherapie miteinzubeziehen: „Ich glaube, durchaus sinnvoll, wenn die Ergo sich mit der Physio ein bisschen zusammenschließen würde (...)“ (IA3, 2022, Z. 7-8).

Übernahme von Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen

Die Übernahme von berufsspezifischen Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen wird in dieser Unterkategorie thematisiert. Zwei Teilnehmer*innen erwähnen die Übernahme therapeutischer Tätigkeiten durch die Pflege. Dabei beziehen sie sich vor allem auf physiotherapeutische Maßnahmen wie die Mobilisation ins Querbett oder „spazieren gehen“ (IA4, 2022, Z. 229). Ergotherapeutische Maßnahmen werden eher weniger und nur bei zeitlichen Engpässen der Ergotherapie unter Anleitung von der Pflege übernommen (IA4, 2022, Z. 225-226), da die entsprechende Ausbildung und Grundkompetenz der Ergotherapie fehlt (IA5, 2022, Z. 123-125; 129-132).

„Weil natürlich kann die Pflege einiges übernehmen, aber ich glaube, wenn es die Berufssparte gibt, dann ist es gescheiter, es macht jemand, der es wirklich kann und der sich damit auskennt“ (IA4, 2022, Z. 299-302).

Wahrnehmungen und Einstellungen

Diese Oberkategorie beinhaltet Äußerungen sowohl über den persönlichen Standpunkt als auch eine Werthaltung gegenüber der Ergotherapie. Die Ergotherapie wird laut zwei Teilnehmer*innen auf der Intensivstation selbst noch nicht entsprechend wahrgenommen: „(...) ich glaube, dass hier die Führung der Station ein bisschen einen Anstoß brauchen kann, dass das auch ein bisschen mehr in den Kopf kommt“ (IA3, 2022, Z. 13-14) und es besteht, so IA2: „Verbesserungspotenzial“ (2022, Z. 216). Die Initiative für eine Etablierung der Ergotherapie auf der Intensivstation sollte dabei von den Ergotherapeut*innen ausgehen, so wie es IA3 in folgender Aussage beschreibt: „Ich kann mir vorstellen, dass es gut ist, aber es muss von euch ausgehen. Das kann nicht von uns ausgehen“ (IA3, 2022, Z. 237-238).

Positive Einstellungen

Die Mehrheit der Befragten ($n = 4$) äußert sich positiv über die Ergotherapie. Drei Teilnehmer*innen sind zufrieden mit der Arbeitsweise der Ergotherapeut*innen (IA2, 2022, Z. 216; IA4, 2022, Z. 308-310, 340; IA5, 2022, Z. 15, 226-227) und vertrauen auf die Expertise dieser Berufsgruppe (IA5, 2022, Z. 71).

„(...) ich meine, wenn das jeder könnte, würde es keine Ergotherapeuten brauchen. Aber die brauchen wir (...)“ (IA4, 2022, Z. 239-240).

Es besteht Interesse an der Ergotherapie (IA2, 2022, Z. 252-253) und Freude über die Anwesenheit der Ergotherapeut*innen auf der Station (IA1, 2022, Z. 5-6).

Selbstwahrnehmung/-reflexion

Drei der fünf Teilnehmer*innen stellen in ihren Aussagen Überlegungen zu ihren eigenen Wahrnehmungen und Werten an. Zwei davon reflektieren ihr eigenes fehlendes Wissen über die Ergotherapie und einen damit verbundenen Handlungsbedarf wie folgt:

„(...) ich bin gerade selber ein bisschen enttäuscht, dass das so kurz kommt und schäme mich ein bisschen, dass ich eigentlich nicht genau weiß, was Ergotherapie ist“ (IA1, 2022, Z. 118-120).

„Ich versuche manchmal jetzt schon bewusst, auch wenn die Ergotherapeuten da sind, hinzuschauen, einfach auch um mehr Ahnung zu kriegen, was sie jetzt eigentlich konkret bei dem Patienten machen“ (IA2, 2022, Z. 9-11).

IA5 hingegen verbindet den eigenen Wunsch nach mehr ergotherapeutischen Ressourcen für die Intensivstation mit einem schlechten Gewissen gegenüber anderen Versorgungssystemen: „(...), wenn ich mehr Therapeuten brauche da, dann muss ich es woanders wieder wegnehmen. Und da habe ich dann auch oft nicht ein gutes Gewissen“ (IA5, 2022, Z. 295-296) und bezeichnet dies als „egozentrisches, intensivmedizinisches Weltbild.“ (IA5, 2022, Z. 299-300).

Negative Einstellungen

Eine negative Haltung gegenüber der Ergotherapie wird in Aussagen von zwei Teilnehmer*innen deutlich. Diese entsprechen sowohl bestimmten Vorurteilen als auch einer ablehnenden Haltung gegenüber der Ergotherapie wie in den Äußerungen von IA3: „Intensivmedizin da hat die Ergo oft nicht wirklich Platz“ (IA3, 2022, Z. 48-49). „(...) wenn ich es mal ganz plakativ sage, es ist auf jeden Fall eine Form der Beschäftigung“ (IA3, 2022, Z. 187-188).

„Ich meine, man hat eine Holschuld. Aber ich finde die Ergotherapeutinnen haben auch ein bisschen eine Bringschuld (...)“ (IA2, 2022, Z. 51-52).

Sichtbarkeit und Verfügbarkeit

Unter dieser Oberkategorie werden alle Aussagen zusammengefasst, welche die Verfügbarkeit einer ergotherapeutischen Versorgung auf der Intensivstation zusammenfassen. IA5 begründet die fehlende Verfügbarkeit der Ergotherapie wie folgt: „(...) erstens einmal, glaube ich, dass es von ganz oben noch nicht erkannt worden ist, wie wichtig diese adjuvanten Berufsgruppen für eine Intensivtherapie sind“ (IA5, 2022, Z. 253-255).

Präsenz auf der Intensivstation

Die Anwesenheit der Ergotherapie auf der Station wird von allen Teilnehmer*innen nahezu gar nicht wahrgenommen. Stellvertretend sei hierzu die Aussage von IA2 angeführt: „(...) die Ergotherapeutinnen sind oft so ein bisschen so sie schleichen ein bisschen durch die Abteilung, sind dann kurz beim Patienten und schleichen wieder raus und man hat gar nicht mitkriegt, dass sie da sind“ (IA2, 2022, Z. 55-58).

Drei Teilnehmer*innen führen dies auf das zeitgleiche Stattfinden der Visite zurück, weswegen Begegnungen mit der Ergotherapie selten vorkommen (IA1, 2022, Z. 12; IA4, 2022, Z. 31-33; IA5, 2022, Z. 29-30). Zwei Teilnehmer*innen wünschen sich explizit mehr Präsenz von der Ergotherapie (IA1, 2022, Z. 107-108; IA5, 2022, Z. 304-305).

Ressourcen

Diese Unterkategorie umfasst Aussagen, die sich auf finanzielle, personelle, zeitliche als auch institutionelle Ressourcen der Ergotherapie und den Intensivstationen beziehen. Der Großteil des ärztlichen Personals ($n = 4$) spricht von einer Ressourcenknappheit, sowohl in Bezug auf die Ergotherapie als auch auf den Stationen. Am häufigsten werden zeitliche und personelle Ressourcen angesprochen.

Aufgrund fehlender Ressourcen in Bezug auf die ergotherapeutische Versorgung von Patient*innen müsse man laut zwei Teilnehmer*innen mit den Ressourcen haushalten:

„Die so und so relativ rasch wieder normalstationstauglich werden, da ist es, glaube ich, ein bisschen Ressourcenverschwendung, also da sollte man die Ressourcen dann schon bündeln, auf die Patienten, die mehr davon profitieren“ (IA2, 2022, Z. 181-183).

„Es ist ja auch von den Ressourcen her nicht immer möglich, dass alle eine kriegen. Muss man halt manchmal auch priorisieren. Um nicht zu sagen, triagieren“ (IA5, 2022, Z. 54-56).

Personelle Ressourcen:

Drei Teilnehmer*innen sprechen von einer zu geringen Anzahl an Ergotherapeut*innen (IA2, 2022, Z. 218-221; IA4, 2022, Z. 290-291; IA5, 2022, Z. 159-161). IA4 und IA5 sprechen sich beide für mehr Ergotherapeut*innen aus, wobei deren Vorstellungen einer personellen Besetzung auseinandergehen. IA4 beschreibt eine ergotherapeutische Stelle für den gesamten Intensivbereich als ausreichend (2022, Z. 295-296), während IA5 dazu meint:

„Ich persönlich hätte ja gerne, Physio, Ergo, Logopädie fix auf der Station und nicht nur quasi zugeteilt bei Bedarf, sondern quasi wie einen Liaisonsdienst, der dann sein eigenes Betätigungsfeld bei dem Patient sucht“ (2022, Z. 6-9).

In Bezug auf die Realisierbarkeit dieser Vorstellungen äußert sich IA5 folgendermaßen: „Wir haben sonst immer die Direktkosten. Wenn ich sage, ich brauche eine Posten mehr. Dann rechnen die das auf ein Jahr auf, auf zehn Jahre und sagen: Das geht nicht. Da kriege ich eher noch ein teures Gerät“ (2022, Z. 288-290). „Damit ist es sehr schwierig, das Personal zu lukrieren“ (IA5, 2022, Z. 294).

Zeitliche Ressourcen:

Der zeitliche Aufwand wird sowohl auf der Seite der Ergotherapie als auch der Station beschrieben. IA4 spricht in ihrer Aussage das Absagen von Therapieeinheiten auf der Station in Folge fehlender Zeitressourcen an:

„Ich meine, zeitlich bedingt, es hat schon immer wieder Fälle gegeben, wo ich gewusst habe, ihr habt angerufen, es geht sich halt nicht aus (...). Was halt dann schade war, weil wenn Patienten so lange liegen, die warten dann drauf“ (IA4, 2022, Z. 327-330).

Der zeitliche Ablauf auf der Intensivstation selbst wird des Weiteren für die fehlende Auseinandersetzung mit der Ergotherapie verantwortlich gemacht (IA4, 2022, Z. 86-87, 307-308; IA5, 2022, Z. 27-29, 31-32).

Die Etablierung der Ergotherapie auf der Intensivstation wird im Zuge einer Aussage von IA3 in Zusammenhang mit den fehlenden Ressourcen der Station angesprochen: „Und das ist, (...), seit COVID nicht besser geworden. Wir mussten Therapien

entwickeln, Strategien entwickeln und deswegen glaube ich, dass es im Moment einfach von den Ressourcen her ein bisschen schwierig, da was Neues zu etablieren sozusagen“ (IA3, 2022, Z. 207-210).

Zuweisung zur Ergotherapie

Diese Kategorie umfasst jegliche Sichtweisen des ärztlichen Personals gegenüber der Initiierung einer ergotherapeutischen Behandlung für Intensivpatient*innen. Die Ausschreibung einer ergotherapeutischen Behandlung seitens des ärztlichen Personals auf den Intensivstationen wird von zwei Teilnehmer*innen unterschiedlich beschrieben.

Während die Aussage von IA4 das vorhandene Bewusstsein des ärztlichen Personals für eine Zuweisung zur Ergotherapie beschreibt: „Und da ist eben auch Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, weil wenn wir das erst ausschreiben müssen, dann wissen wir bei der Visite, das gehört noch gemacht“ (IA4, 2022, Z. 312-314), fehlt dieses laut IA3 auf einer anderen Intensivstation:

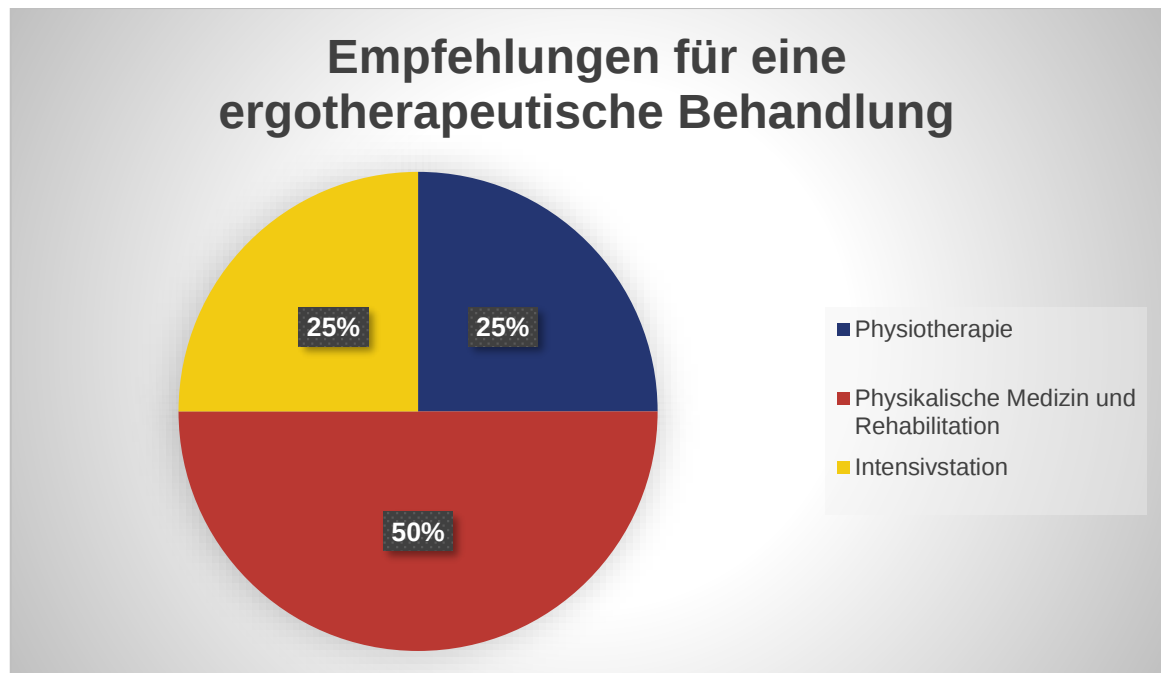
„(...) das liegt aber daran, dass die Führung von dieser Station das gar nicht so im Kopf hat, dass man ja auch Ergo ausschreiben könnte“ (IA3, 2022, Z. 5-7). Eine Ausschreibung schließt IA3 in sogenannten „Einzelfällen“ (2022, Z. 140) jedoch nicht aus: „Dann wird das von uns jeder ausschreiben. Am Ausschreiben wird es nicht Scheitern“ (IA3, 2022, Z. 221-222).

In Bezug auf die Notwendigkeit einer ergotherapeutischen Behandlung bei Intensivpatient*innen ergänzt IA4 jedoch: „(...) je weniger wir die Menschen sedieren, desto schneller sind sie wieder wacher und desto weniger brauchen wir dann auch Ergotherapie (...)“ (IA4, 2022, Z. 95-96).

Zuständigkeit/Verantwortung

Die Empfehlungen für eine ergotherapeutische Ausschreibung kommen zu verschiedenen Anteilen von unterschiedlichen Berufsgruppen und auch nicht ausschließlich von der jeweiligen Intensivstation selbst, wie in Abbildung 5 veranschaulicht wird.

Abbildung 5 Empfehlungen für eine ergotherapeutische Behandlung aus Sicht des ärztlichen Personals



(Eigene Darstellung, 2022)

Die Mehrheit der Empfehlungen kommt vom ärztlichen Personal des Klinischen Instituts für Physikalische Medizin und Rehabilitation (IA1, 2022, Z. 7-9; IA3, 2022, Z. 11-12; IA4, 2022, Z. 26-27), wobei auch die Rolle der Primaria dabei angesprochen wird, welche sich für die Ergotherapie ausspricht: „Die fragt immer wieder nach, ob eine Ergo schon möglich ist oder nicht. Und dann entscheiden wir gemeinsam, ob das Sinn macht oder nicht, (...)“ (IA2, 2022, Z. 5-7). „(...) wo sie dann auch vorschlägt, was man machen kann, das lasse ich ihr dann auch über“ (IA4, 2022, Z. 26-27).

Ein weiterer Teil der Empfehlungen kommt von den Physiotherapeut*innen, welche ebenfalls dem Klinischen Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation angehören, jedoch aufgrund ihrer Berufszugehörigkeit zu den therapeutischen Professionen hier separat dargestellt wurden:

„(...) weil immer die Physiotherapeuten zu mir kommen und sagen, jetzt wäre es Zeit für die Ergotherapie“ (IA5, 2022, Z. 139-140).

Ergebnisse

Zwei Teilnehmer*innen erwähnen die Entscheidung für eine ergotherapeutische Zuweisung durch die Intensivstation selbst. „Also die Einzelfälle, wo Ergo ausgeschrieben wird, das macht, wenn dann die Stationsleitung (...)“ (IA3, 2022, Z. 196-197). „Der Doktor X, der ja da mit mir gemeinsam ist, der ist ja durch seine Gattin eh komplett vom Fach und der forciert das eben genauso und schreibt das oft von sich aus oft schon aus“ (IA4, 2022, Z. 270-272).

Zeitpunkt für Ergotherapie

Es werden keine genauen Angaben über den richtigen Zeitpunkt des Behandlungsbeginns einer Ergotherapie bei Intensivpatient*innen vorgeschlagen. IA2 meint dazu: „Ja, das kann ich noch nicht ganz einschätzen“ (2022, Z. 102). Ein frühzeitiger Beginn wird jedoch als wichtig erachtet wie IA4 in mehreren Aussagen betont:

„Und ich glaube, das ist extrem wichtig, dass das auch so bald wie möglich passiert (...)“ (IA4, 2022, Z. 177-178). „Wenn man da was versäumt, ist es sehr schwer wieder einzuholen“ (IA4, 2022, Z. 152-153).

Im Gegensatz dazu beschreibt IA3 den richtigen Zeitpunkt für eine ergotherapeutische Behandlung erst nach Verlegung der Patient*innen auf die Normalstation:

„Natürlich brauchen die das irgendwann einmal. Aber ich glaube, erst auf der Normalstation die meisten“ (IA3, 2022, Z. 136-137).

Zwei Teilnehmer*innen orientieren sich bei der Einschätzung des richtigen Zeitpunkts an der Physiotherapie. Während IA4 hierbei erwähnt, dass die Physiotherapie früher anfängt als die Ergotherapie (IA4, 2022, Z. 124, 187-188), spricht sich IA5 dafür aus, ähnlich zur Physiotherapie damit zu beginnen:

„Das kann ich machen ab dem ersten Tag, genauso wie die Physiotherapie passiv ist am Anfang“ (IA5, 2022, Z. 165-166).

Voraussetzungen der Patient*innen

Sogenannte „Langlieger“ (IA2, 2022, Z. 184) werden von drei der fünf Teilnehmer*innen als Patient*innengruppe beschrieben, die von einer Ergotherapie profitieren (IA2, 2022, Z. 178-179, 184-185; IA3, 2022, Z. 44-46; IA4, 2022, Z. 219-220,

285-289). Darunter werden unter anderem Patient*innen mit einer langen Beatmungsdauer, Critical-Illness-Polyneuropathie sowie komplizierten Verläufen oder einem hohen Querschnitt verstanden (IA2, 2022, Z. 174-177; IA3, 2022, Z. 150-157; IA4, 2022, Z. 219-220, 245-246). Im Gegensatz dazu brauchen Patient*innen mit einem kurzen Intensivaufenthalt laut IA2 und IA4 keine ergotherapeutische Behandlung:

„Bei Patienten, die sich so und so rasch wieder erholen, glaube ich, braucht man keine Ergotherapie machen“ (IA2, 2022, Z. 179-180).

„(...) ein Herz das heute hierherkommt und morgen extubiert auf die Station kommt, braucht keine Ergotherapie“ (IA4, 2022, Z. 284-285).

Die Indikation für eine ergotherapeutische Behandlung wird von zwei Befragten sehr unterschiedlich gesehen. Während IA5 mit der Aussage: „Jeder (...)“ (2022, Z. 186) alle Patient*innen als geeignet ansieht, widerspricht IA3 wie folgt:

„Natürlich gibt es Patienten, wo das sinnvoll sein kann. Nur die herauszufiltern, wird wahrscheinlich gar nicht so leicht. Aber ich glaube, dass sie in der Minderzahl sind. Patienten, wo es wirklich notwendig ist, auf der Intensivstation auszumachen“ (IA3, 2022, Z. 130-133). Des Weiteren ist eine ergotherapeutische Behandlung „(...) nicht für den Großteil der Patienten“ (IA3, 2022, Z. 140) notwendig.

Zu den Voraussetzungen für die Initiierung einer ergotherapeutischen Behandlung meint IA4 unter anderem: „Für die Ergo muss der Patient kognitiv schon in der Lage sein, zu verstehen, was man von ihm will. Was der Unterschied bei einer Physio ist, da reicht es ja, wenn du ihn durchbewegst oder sonst was“ (IA4, 2022, Z. 200-202). In der nachfolgenden Tabelle 9 werden alle Voraussetzungen der Patient*innen für eine ergotherapeutische Behandlung aus der Sicht des ärztlichen Personals zusammengefasst:

Tabelle 9 Voraussetzungen für die Ergotherapie aus Sicht des ärztlichen Personals

• Wach (IA1, IA2, IA3, IA4) • Ansprechbar (IA1, IA3) • Kommuniziert (IA1) • Bewusste Aktionen setzen (IA2, IA4) • Grundmotorik (IA3): teilweise Bewegungen der Extremitäten (IA2) • Kognitive Leistungen: „verstehen, was man von ihm will“ (IA4, 2022, Z. 200-201), minimale Aufmerksamkeitsspanne (IA2), größtenteils orientiert (IA4) • Kooperativ (IA4) • Nicht aggressiv (IA4)

(Eigene Darstellung, 2022)

Es fehlen Angaben von IA5, welche als Voraussetzung für die Initiierung einer Ergotherapie lediglich definiert: „(...), wenn Patienten anfangen mitzumachen“ (IA5, 2022, Z. 14-15). „Aber ansonsten haben wir auch bei der Mobilisation überhaupt keine Einschränkungen mehr“ (IA5, 2022, Z. 190-191).

Kontraindikationen

Im Allgemeinen werden für die Durchführung einer ergotherapeutischen Behandlung seitens der Patient*innen zunächst keine Kontraindikationen erwähnt wie die Aussagen von IA3 und IA5 zeigen: „Kann ich mir nicht vorstellen im Moment“ (IA3, 2022, Z. 162). „Also da sind ja der Mobilisation keine Grenzen gesetzt und drum denke ich auch, dass der Ergotherapie nur Kapazitätsgrenzen gesetzt sind“ (IA5, 2022, Z. 150-152).

Zwei Teilnehmer*innen gehen näher auf Patient*innen mit schweren neurologischen Defiziten ein:

„(...) in der Spasmusphase, die SAB⁴s, da ist Ergo wahrscheinlich nicht sinnvoll und möglicherweise kontraindiziert“ (IA3, 2022, Z. 164-167),

„(...), mit Ausnahme derer, die an schwersten hypoxischen Hirnschaden haben oder vom Hirndruck bedroht sind. Einfach ein massives cerebrales Ereignis haben, wo wirklich auch die ganze kognitive Seite weg ist“ (IA5, 2022, Z. 186-188).

⁴ SAB= Subarachnoidalblutung.

Diese Kontraindikationen werden nicht nur für die Ergotherapie beschrieben: „Weil die dürfen ja auch keine Physiotherapie und gar nichts machen. Die liegen im Bett und machen sonst gar nichts“ (IA3, 2022, Z. 166-167).

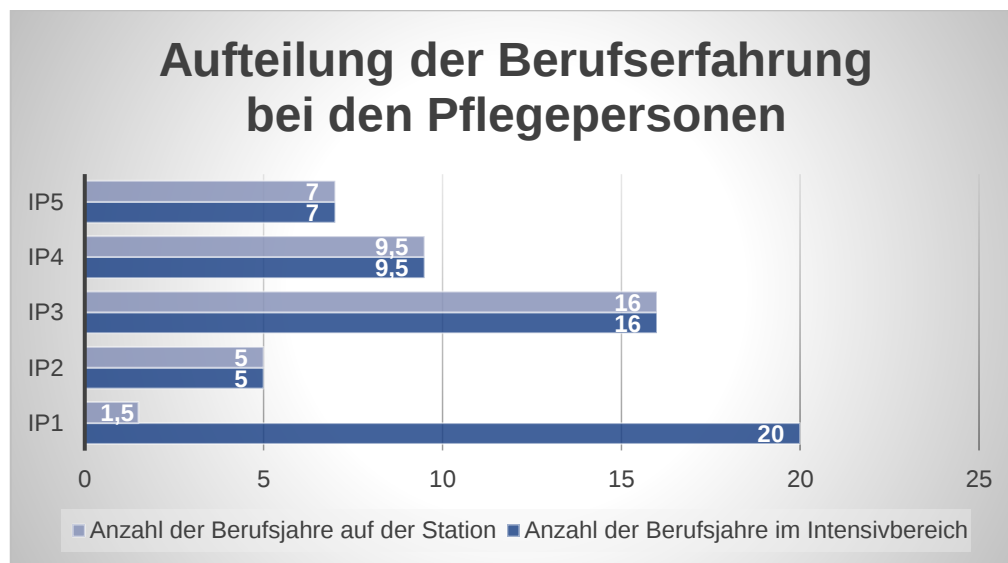
IA2 betont dabei, dass es wichtig ist abzustimmen,

„(...), ob die Patienten gerade in einer Stressphase sind, gerade vom Weaning oder von der allgemeinen Koordination (...). Oder von der vegetativen Symptomatik damit schon umgehen können oder damit überfordert sind, das ist einmal ganz wichtig. Weil wenn es auf zu viel Input, ist es für die Patienten ja auch oft überfordernd. Das darf nicht mehr da sein“ (IA2, 2022, Z. 144-149).

3.3 Pflegepersonen

Es wurden drei männliche und zwei weibliche Pflegepersonen befragt. Die durchschnittliche Berufserfahrung im Intensivbereich betrug zum Zeitpunkt der Erhebung 11,5 Jahre mit einer Schwankung von fünf bis 20 Jahren. Für die Erfahrung auf der jeweiligen Intensivstation variierte die Anzahl an Jahren von mindestens eineinhalb bis maximal 16 Jahren, mit einer durchschnittlichen Anzahl von zirka acht Jahren. Eine befragte Pflegeperson war in der Position der Stationsleitung tätig. In der nachfolgenden Abbildung 6 wird die Aufteilung der Berufserfahrung bei den Pflegepersonen dargestellt.

Abbildung 6 Aufteilung der Berufserfahrung bei den Pflegepersonen



(Eigene Darstellung, 2022)

Für die Gruppe der Pflegepersonen konnte nach einer entsprechenden Überarbeitungsschleife wie unter 2.7.3 Analysetechnik beschrieben, zunächst das Kategoriensystem des ärztlichen Personals übernommen werden. Es wurden jedoch drei zusätzliche Unterkategorien aus dem Material gebildet, welche in der nachfolgenden Tabelle 10 rot hervorgehoben sind.

Tabelle 10 Kategoriensystem der Pflegepersonen

Oberkategorie	Unterkategorie
1. Berufsbild der Ergotherapie	Bekanntheitsgrad
	Fehlerhaftes bzw. mangelhaftes Wissen
	Verwechslung mit Aufgabenbereichen anderer Berufsgruppen
	Beitrag zur Frührehabilitation
2. Wirksamkeit der ergotherapeutischen Behandlung	Funktionelle Verbesserungen der Patient*innen
	Vergleich mit anderen Behandlungsformen
3. Kommunikation / Austausch	Kommunikation mit anderen Berufsgruppen
	Kommunikationsausmaß
	Relevante Informationen
4. Zusammenarbeit / Interprofessionelle Beziehungen	Vergleich mit Physiotherapie
	Übernahme von Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen
	Organisatorische Abläufe
	Direkte Zusammenarbeit an Patient*innen
5. Wahrnehmungen und Einstellungen	Positive Einstellungen
	Selbstwahrnehmung/-reflexion
	Negative Einstellungen
6. Sichtbarkeit und Verfügbarkeit	Präsenz auf der Intensivstation
	Ressourcen
	Systemische Ebene
7. Zuweisung zur Ergotherapie	Zuständigkeit/Verantwortung
	Zeitpunkt für Ergotherapie
	Voraussetzungen der Patient*innen
	Kontraindikationen
Unterkategorien mit roter Farbe wurden bei der Datenauswertung neu gebildet	

(Eigene Darstellung, 2022)

Berufsbild der Ergotherapie

Innerhalb dieser Kategorie werden die Vorstellungen und das Wissen über ergotherapeutische Aufgaben und Kompetenzen sowohl im Intensivbereich als generell für die Berufsgruppe der Ergotherapie beschrieben.

Die Aufgaben und Kompetenzen der Ergotherapie liegen laut IP2: „Hauptsächlich in der Rehabilitation“ (2022, Z. 91) und in der Wiederherstellung „ursprünglicher Abläufe im Organismus“ (IP5, 2022, Z. 94), um Patient*innen wieder „alltagsfit“ zu machen (IP4, 2022, Z. 129). Mehrere Pflegepersonen beschreiben den Alltag somit als Kernkompetenz der Ergotherapie:

„(...) für mich ist es erstens ein Training, um wieder dann besser im Leben mit Kleinigkeiten zurecht zu kommen“ (IP1, 2022, Z. 106-107).

„(...) einfach den Patienten wieder so fit zu machen, dass er wieder viele Dinge selbständig kann (...)“ (IP4, 2022, Z. 82-83).

Das Essen wird dabei von zwei Teilnehmer*innen als ergotherapeutische Tätigkeit mit Patient*innen zur Wiedererlangung der Selbständigkeit beispielhaft erwähnt. IP4 beschreibt im Folgenden:

„Zum Beispiel Nahrungsaufnahme, die dann oft über die Ergotherapie halt auch gespielt wird, weil das oft natürlich gut dazu passt, sage ich, für uns und auch für, glaube ich, die Ergotherapie, um mit dem Patienten Sachen wieder zu erlernen beziehungsweise zu üben“ (IP4, 2022, Z. 21-24).

IP1 beschreibt das eigene Bild von der Ergotherapie anhand eines Vergleichs mit der Physiotherapie: „Also für mich ist Ergotherapie eine zusätzliche Form der Physiotherapie. Halt für mich persönlich“ (IP1, 2022, Z. 99-100).

„Ich würde sagen, Physiotherapie wie vergleiche ich es, ist robuster, Ergotherapie finde ich ist feiner“ (IP1, 2022, Z. 123-125).

Es werden einige ergotherapeutische Maßnahmen genannt, die in der Praxis beobachtet wurden oder der eigenen Vorstellungen über die Ergotherapie entsprechen. Dabei beziehen sich drei von fünf Teilnehmer*innen auf Maßnahmen zur Verbesserung der Motorik der oberen Extremität (IP1, 2022, Z. 109-116, 154-157; IP2,

2022, Z. 52-54; IP4, 2022, Z. 82-85). IP1 zählt mehrere Maßnahmen bzw. Aufgabenbereiche der Ergotherapie auf, welche zur leichteren Lesbarkeit in der nachfolgenden Aufzählung beschrieben werden:

- Körpergrenzen kennenlernen
- „Feinmotorik oder Motorik der Hände“ (IP1, 2022, Z. 112)
zum Beispiel: Besteck, Glas greifen
- Steife Gelenke und verkürzte Sehnen
- „Greifen von Dingen“ (IP1, 2022, Z. 154)
- Dinge, wo sich der Patient konzentrieren muss (IP1, 2022, Z. 157-160)
- Muskelentspannung
- Kräftigung

(IP1, 2022, Z. 107-116; 154-163)

In Zusammenhang mit der Ergotherapie an Patient*innen beschreiben zwei Teilnehmer*innen die verschiedenen Materialien, die dabei zum Einsatz kommen:

„(...) Utensilien, die ihr mithabt oder halt auch, sehr individuell am Patienten angepasst, aber ich finde, dass von Utensilien mehr gibt als wie noch vor, weiß nicht, vor einigen Jahren“ (IP1, 2022, Z. 33-35).

„(...) Besteck speziell angefertigtes, das dickere Griffe hat (...)“ (IP4, 2022, Z. 93-94).

„Die verschiedenen Ringe, mit verschiedenen Größen oder sind es Kugeln, die einfach zum Greifen lernen, die Stressbälle“ (IP4, Z. 95-97).

Die Verwendung von Spielmaterialien wird von zwei Teilnehmer*innen beschrieben:

„(...) es passiert vieles spielerisch, ja, weil das halt einfach auch, ich glaube, da kann man unsere Patienten auch gut abholen damit“ (IP4, 2022, Z. 91-93).

„(...) Mensch ärgere dich nicht spielen (...)“ (IP3, 2022, Z. 57).

Unter den Teilnehmer*innen beschreibt IP1 in mehreren Aussagen verschiedene kommunikative und soziale Kompetenzen der Ergotherapeut*innen wie Geduld,

Ergebnisse

Motivation (IP1, 2022, Z. 164-170), die Fähigkeit auf Patient*innen eingehen zu können (IP1, 2022, Z. 136-141) und mit diesen in Interaktion zu treten (IP1, 2022, Z. 144-149).

Bekanntheitsgrad

Diese Unterkategorie befasst sich mit dem Bekanntheitsgrad der ergotherapeutischen Berufsgruppe im Allgemeinen als auch im Intensivbereich.

Die zunehmende Bedeutung der Ergotherapie im Intensivbereich und eine Etablierung dieser in den letzten Jahren wird von zwei Teilnehmer*innen angesprochen (IP1, 2022, Z. 18-19; IP5, 2022, Z. 243-245). Während eine Pflegeperson angibt die Ergotherapie nur aus dem eigenen Arbeitsfeld der Intensivstation zu kennen (IP2, 2022, Z. 104-106), beschreibt IP3 Erfahrungen mit der Ergotherapie nicht nur aus dem Arbeitsablauf auf der Intensivstation, sondern aus der eigenen Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege:

„Ja, in der Ausbildung lernt man halt so diese Tricks und so. Und dann ist so gesagt worden, na, und da gibt es diesen Schmäh von der Ergotherapie, dass man den Griff verdickt, damit sich der Patient halt leichter tut beim Löffelstiel nehmen oder so was“ (IP3, 2022, Z. 32-35).

Fehlerhaftes bzw. mangelhaftes Wissen:

Diese Unterkategorie beinhaltet Aussagen zu fehlendem oder auch mangelnden Wissen über ergotherapeutische Aufgaben und Kompetenzen.

Vier der fünf Teilnehmer*innen geben an, mit den Hintergründen der beobachteten ergotherapeutischen Maßnahmen nicht vertraut zu sein. Zwei Teilnehmer*innen bezeichnen dabei die Ergotherapie nicht als ihr „Fachgebiet“ (IP3, 2022, Z. 141; IP5, 2022, Z. 119-120).

„Natürlich siehst du auch, was gemacht wird, aber genauso wie es ist bei anderen Berufsgruppen, ich weiß nicht immer alles, was genau gemacht wird“ (IP5, 2022, Z. 127-129).

„Mit dem Hintergrund habe ich mich noch nicht so damit beschäftigt (...)“ (IP4, 2022, Z. 104-105).

„(...) wir wissen auch gar nicht so viel, was ihr eigentlich alles bietet den Patienten. Ihr seid da noch ein bisschen oder wir sind noch sehr schlecht informiert (...)“ (IP3, Z. 119-121).

Verwechslung mit Aufgabenbereichen anderer Berufsgruppen

Unter den Pflegepersonen zählt nur IP5 eine Maßnahme als ergotherapeutische Kompetenz auf, welche in den Aufgabenbereich der Physiotherapie und Logopädie fallen: „(...) die simpelsten Übungen und diese Atemtherapien (...)“ (IP5, 2022, Z. 121).

Beitrag zur Frührehabilitation

In dieser Kategorie wird die Bedeutung und der Beitrag der Ergotherapie in der frühestmöglichen Behandlung von Intensivpatient*innen beschrieben.

Die Bedeutung der Frührehabilitation im Allgemeinen wird von IP3 wie folgt beschrieben: „(...) die Frührehabilitation und so weiter ist sehr wichtig und elementar. Man kommt auch jetzt immer wieder auf mehr drauf“ (IP3, 2022, Z. 206-208).

Drei Teilnehmer*innen erwähnen in diesem Zusammenhang den Beginn von Maßnahmen der Frührehabilitation auf der Intensivstation bei Patient*innen mit langen Intensivaufenthalten, welche grundlegende Fähigkeiten verlernt haben (IP1, 2022, Z. 101-109; IP3, 2022, Z. 54-55; IP5, 2022, Z. 98-102).

„(...) nehmen wir mal die Patienten, die liegen monatelang, vielleicht auch jetzt in der Pandemiesituation bei uns und haben irgendwelche Grundabläufe mechanische verlernt. Wie die einfachsten Dinge, es geht einfach immer um die einfachsten Dinge. Einfach nur einen Becher halten oder eine Zahnbürste halten“ (IP5, 2022, Z. 98-101).

Zwei Teilnehmer*innen zählen dabei einige Maßnahmen der Ergotherapie in der Frührehabilitation auf, welche sich mit jenen in der Kategorie: Berufsbild der Ergotherapie bereits beschriebenen, decken (IP1, 2022, Z. 101-109; IP3, 2022, Z. 84-85, 96-100). Dabei wird von IP3 explizit das ergotherapeutische Wissen in der Hilfsmittelversorgung hervorgehoben: „(...) wenn es jetzt dann um Schienen und

sonstige Hilfsmittel geht, da kenne ich mich auch gar nicht so gut aus und da bin ich halt über jede Hilfestellung immer erfreut (...)“ (IP3, 2022, Z. 43-45).

Innerhalb der Frührehabilitation von Intensivpatient*innen beschreibt IP4 die Ergotherapie als Teil des Gesamtprozesses und setzt sie an den Beginn der Wiedereingliederung von Patient*innen: „Prinzipiell erlebe ich die Ergotherapie als eine Berufsgruppe, die natürlich zum Gesamtprozess da heroben dazu gehört“ (IP4, 2022, Z. 5-6). „(...) schon Beginn von eigentlich Wiedereingliederungsprozess für unsere Patienten, vor allem für die, die sehr lange daliegen“ (IP4, 2022, Z. 8-10).

Das therapeutische Hauptziel innerhalb der Frührehabilitation wird von IP5 wie folgt beschrieben:

„Das ist schwer zu definieren, es geht eigentlich nur um gewisse Verbesserungspotenziale sich herauszusuchen und da auch wirklich anzusetzen, was auch zu verbessern ist“ (IP5, 2022, Z. 156-158).

Wirksamkeit der ergotherapeutischen Behandlung

Diese Oberkategorie beschreibt Erfahrungen und Erlebnisse mit der Effektivität einer ergotherapeutischen Behandlung von Intensivpatient*innen.

Alle fünf Pflegepersonen beschreiben positive Erfahrungen mit der ergotherapeutischen Behandlung auf der Intensivstation und berichten von Therapiefortschritten und -erfolgen in der täglichen Praxis:

„Und man sieht wie die Ergotherapie, also dem Patienten wirklich hilft und (unv.) wenn man einen Vergleich hat, wenn ein Patient startet und oft nach wenigen Tagen oder wenigen Therapiesitzungen, wenn ich es so bezeichnen darf, was der Patient für Fortschritte macht“ (IP1, 2022, Z. 11-14).

„Und ja die Patienten profitieren eigentlich nur davon. Ich hätte noch nie was anderes erlebt“ (IP2, 2022, Z. 48-49).

IP5 verweist in der folgenden Aussage auf die vorhandene Evidenz zur Wirksamkeit der Ergotherapie: „Man sieht ja in verschiedenen Literaturen, dass das einen enormen Benefit bringt (...)“ (IP5, 2022, Z. 216-217).

Es werden mehrere Vorteile einer ergotherapeutischen Behandlung beschrieben. IP4 und IP5 gehen dabei auch auf die Auswirkungen dieser Vorteile auf den Krankheitsverlauf der Patient*innen selbst, als auch für das Gesundheitssystem ein. IP5 nennt diese Auswirkungen „Indikatoren des Qualitätsmanagements“ (2022, Z. 218). In der nachfolgenden Tabelle 11 sind die positiven Veränderungen und Auswirkungen einer ergotherapeutischen Behandlung auf Ebene der Patient*innen und für das System dargestellt.

Tabelle 11 Vorteile und Auswirkungen einer ergotherapeutischen Behandlung aus Sicht der Pflegepersonen

Vorteile für Patient*innen	Auswirkungen auf das System
• Abwechslung vom Stationsalltag (IP2) • Verbesserung des Wohlbefindens (IP3) • Schneller wieder selbständig und „alltagstauglich“ (IP4, 2022, Z. 153) • „Stärkung des Selbstmanagements“ (IP5, 2022, Z. 284)	• Kürzere Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation und im Krankenhaus allgemein (IP4, IP5) • Vermeidung einer Rehospitalisierung (IP5) • Geringere Gefahr von Folgekomplikationen (IP4) • „medizinisch-pflegerischer Benefit“ (IP4, 2022, Z. 289)

(Eigene Darstellung, 2022)

Zwei Teilnehmer*innen beschreiben eine fehlende Wirksamkeit der Ergotherapie, wenn sie zu früh eingesetzt wird bei Patient*innen, die noch nicht mitarbeiten können. IP2 beschreibt dazu eine persönliche Erfahrung:

„Ich habe schon bei Patienten erlebt, neurochirurgische, die einfach geistig noch nicht die Wahrnehmung gehabt haben, dass da jetzt wirklich bei die Übungen dabei sind und ich habe den Eindruck, dass da halt wenig dann bringt für den Patienten“ (IP2, 2022, Z. 127-130).

In einem Interview wird die Bedeutung von messbaren Indikatoren für die Qualität und Wirksamkeit einer Behandlung hervorgehoben. Hierbei beschreibt IP5 seine Unsicherheit, ob es messbare Indikatoren für die Wirksamkeit einer ergotherapeutischen Behandlung im eigenen Arbeitsumfeld gibt:

„Ob man das jetzt wirklich hundertprozentig messen kann oder ob es Indikatoren gibt, das weiß ich leider nicht. Sicher wird es irgendwas geben, nur das ist natürlich auch die Frage, wird das jetzt in dem Haus oder wird das in der

Institution oder auf der Station oder was auch immer dann auch festgehalten, gibt es da irgendwas Messbares, tatsächlich Messbares, damit man wirklich rechtfertigen kann, ob das gut ist oder ob das nicht gut ist (IP5, 2022, Z. 276-281).

Abschließend ergänzt IP5 jedoch die Bedeutung des subjektiven Empfindens von Patient*innen als bedeutsam bei der Feststellung der Wirksamkeit einer Behandlung:

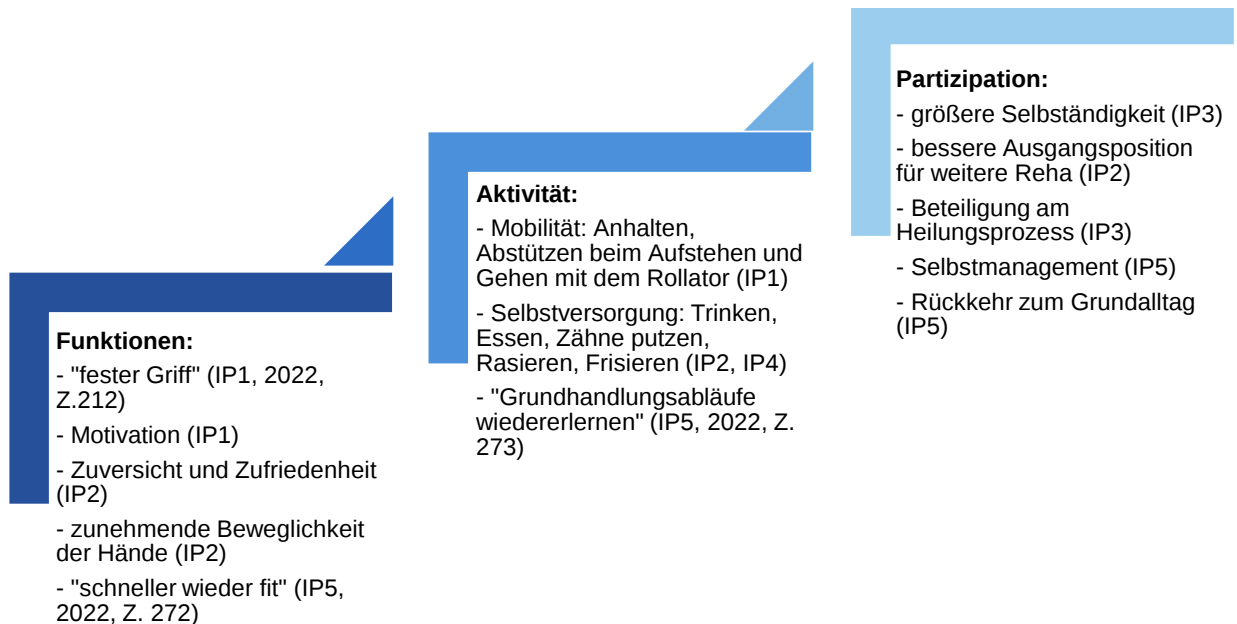
„(...) aber ich glaube, man kann ja schonmal davon sagen, wenn wir alle, die in einem Gesundheitsberuf arbeiten und mit Menschen zu tun hat, wenn einfach ein Patient schon sagt, ihm geht es durch das besser, dann ist das auch schon gut“ (IP5, 2022, Z. 296-298).

Funktionelle Verbesserungen der Patient*innen

In dieser Kategorie werden alle Aussagen zu konkreten Verbesserungen der Patient*innen mithilfe der Ergotherapie zusammengefasst.

Die Verbesserungen der Patient*innen werden auf den Ebenen der Funktion, Aktivität und der Partizipation beschrieben. Abbildung 7 veranschaulicht diese Verbesserungen auf den verschiedenen Ebenen in Form eines aufeinander aufbauenden Prozesses. Alle gesetzten Maßnahmen und die damit verbundenen Verbesserungen fördern laut IP5: „(...) den gesamten Gesundheitsaspekt dieser Patientinnen und Patienten“ (2022, Z. 275).

Abbildung 7 Verbesserungen der Patient*innen auf Ebenen der Funktion, Aktivität und Partizipation



(Eigene Darstellung, 2022)

Der Großteil der Teilnehmer*innen empfindet diese Verbesserungen als schön und einprägsam und erläutert anhand von Beispielen woran sie diese in der Arbeit mit den Patient*innen feststellen:

„Ich finde, du merkst du es bei Banalitäten, selbst, wenn ich einen Patienten aufsetze, wie er greift, wie er sich festhalten kann, wie er seinen Körper abstützen kann, wie er seinen Körper auch wahrnimmt (...)“ (IP1, 2022, Z. 207-209).

„(...) sehe halt auch, dass es dem Patienten guttut. Also von dem her, wenn was weitergeht. Das ist halt immer das Schönste. Wenn sich was tut. Dass er Montag noch nicht können hat, aber am Freitag schon (...)“ (IP3, 2022, Z. 46-48).

„(...) wo auch wir von der Pflege her oft nach der Ergotherapie, oft mit dem Patienten besser arbeiten können, weil einfach viele Dinge wieder möglich sind, wie das Anhalten irgendwo oder auch das selber Essen, Zähne putzen, Frisieren, was auch immer“ (IP4, 2022, Z. 33-36).

Vergleich mit anderen Behandlungsformen

In dieser Kategorie wird die Ergotherapie mit anderen Behandlungsformen auf der Intensivstation verglichen. Zwei Teilnehmer*innen vergleichen Physio- und Ergotherapie miteinander. IP1 bezieht sich auf den versetzten Beginn beider Therapiemaßnahmen und betrachtet einen gleichzeitigen Beginn der Ergotherapie dabei noch nicht als wirksam:

„Für Physiotherapie kann der Patient auch sediert sein, kann ich ihn passiv durchbewegen. Wird die Ergotherapie, sage ich, dem Patienten noch nicht recht viel bringen“ (IP1, 2022, Z. 226-228).

Auch IP4 beschreibt die Ergotherapie eher als Zusatz zu anderen bestehenden Möglichkeiten in der Patient*innenversorgung:

„(...) denen reicht, sage ich, geringere Unterstützung vielleicht durch das Diplompflegepersonal oder durch die Physiotherapie und die brauchen nicht diesen noch zusätzlichen Push“ (IP4, 2022, Z. 196-198).

Im Gegensatz dazu beschreibt IP2 in der nachfolgenden Aussage den Unterschied im Umgang mit den Fähigkeiten von Patient*innen zwischen der Pflege und der Ergotherapie:

„Weil manchmal bei der Pflege, muss man sagen, lassen sie sich schon gern bisschen bedienen und die Ergotherapie fordert ihn dann doch eher und man sieht dann, okay, eigentlich würde da schon ein bisschen mehr gehen“ (IP2, 2022, Z. 83-86).

„(...) mit einer wirklichen Reha (...)“ (2022, Z. 88) ist die Ergotherapie auf einer Intensivstation laut IP3 „(...) nicht vergleichbar (...)“ (2022, Z. 88).

Kommunikation/Austausch

Diese Oberkategorie umfasst allgemeine Ansichten zur Kommunikation mit der Ergotherapie auf der Intensivstation sowie verfügbare Möglichkeiten zum gemeinsamen Austausch.

Zwei Teilnehmer*innen betonen in ihren Aussagen die Wichtigkeit von Kommunikation im Setting der Intensivstation und die Bedeutung eines Austausches zwischen Pflege und Ergotherapie im Speziellen:

„(...) wichtig ist, glaube ich, dass ihr den Diskurs, also das Gespräch auch mit uns sucht. Das ist uns auch immer sehr wichtig, weil wir erstens selber neugierig sind und zweitens auch gern austauschen, also die meisten von uns, glaube ich“ (IP3, 2022, Z. 219-222).

„Also Kommunikation in dem Fall als wichtiges Tool, wo man auch die Erfahrungen, die oft die Pflege, die ja den Patienten 24 Stunden am Tag eigentlich beobachtet oder miterlebt gut weitergeben kann, was kann der Patient eigentlich schon“ (IP4, 2022, Z. 232-235).

IP1 und IP5 erwähnen das digitale Dokumentationssystem auf den Intensivstationen, das sogenannte „Metavision“, als eine Quelle für den Informationsgewinn über ergotherapeutische Ziele und Maßnahmen. IP5 spricht sich dabei für eine Nutzung dieser Möglichkeiten im Zuge des interprofessionellen Austausches aus:

„Im Sinne dieser Digitalisierung und diesem Health Care 4.0, wenn wir schon die Möglichkeit haben in unserem System so Sachen zu hinterlegen, wo jeder drauf zugreifen kann, jede Berufsgruppe, dann sollte man das vielleicht auch ausnützen“ (IP5, 2022, Z. 388-390).

Kommunikation mit anderen Berufsgruppen

In dieser Unterkategorie werden Aussagen über die bestehende Kommunikation mit anderen Berufsgruppen beschrieben. Nur zwei Teilnehmer*innen erwähnen den fachlichen Austausch mit anderen Berufsgruppen auf der Intensivstation. In beiden Fällen steht diese in Zusammenhang mit der Ergotherapie:

„(...) die Physiotherapeuten, die dann berichten, was ihr euch untereinander übergebt (...)“ (IP1, 2022, Z. 46-47).

IP5 erwähnt die Weitergabe von Informationen der Ergotherapie an das ärztliche Personal: „(...) was geben wir vielleicht einem Arzt weiter, weil der Arzt ja direkt nicht anwesend ist, vielleicht auch oft“ (IP5, 2022, Z. 34-35).

Kommunikationsausmaß

In dieser Unterkategorie befinden sich Aussagen zum vorhandenen und dem gewünschten Kommunikationsausmaß mit der Ergotherapie aus Sicht der Pflegepersonen. In nahezu allen Aussagen der Teilnehmer*innen ($n = 4$) wird ein kurzer Austausch im Zimmer der Patient*innen erwähnt. Dieser Austausch sei laut IP2 jedoch auch von den involvierten Personen abhängig:

„Das ist, glaube ich, individuell abhängig vom Therapeuten und von der Pflegeperson, je nachdem, ob die eher zur Kommunikation miteinander neigen oder nicht. Also leider sehr individuell (...)“ (IP2, 2022, Z. 177-179).

Drei Teilnehmer*innen sehen darin einen Verbesserungsbedarf und wünschen sich eine gezieltere und professionellere Form der Kommunikation (IP2, 2022, Z. 218-219; IP3, 2022, Z. 195-198; IP4, 2022, Z. 253-256). Alle fünf Teilnehmer*innen schlagen einen regelmäßigen Austausch über den aktuellen Stand der Patient*innen in Form von ergotherapeutischen Visiten oder Fallbesprechungen vor (IP1, 2022, Z. 248-255; IP2, 2022, Z. 218-219; IP3, 2022, Z. 198-201; IP4, 2022, Z. 256-259; IP5, 2022, Z. 378-380).

Relevante Informationen

In dieser Kategorie werden Informationen beschrieben, welche laut Teilnehmer*innen von der Pflege selbst an die Ergotherapeut*innen weitergegeben werden, mit der Ergotherapie ausgetauscht und welche als wichtig und wünschenswert erachtet werden.

IP3 bezieht sich in ihrer Aussage auf die Notwendigkeit in der Mitteilung von Fortschritten der Patient*innen an die Ergotherapeut*innen:

„Wenn ihr jetzt ein Wochenende nicht da wart oder so und wir aber festgestellt haben, da hat sich was getan, da hat sich was getan, wenn man euch das

nicht sagt, also wenn da nicht die Kommunikation herrscht, dann ist ja blöd für euch“ (IP3, 2022, Z. 180-183).

In der Kommunikation mit den Ergotherapeut*innen werden laut drei Teilnehmer*innen folgende Informationen ausgetauscht:

- Absprachen über die Lagerung der Patient*innen (IP2),
- den derzeitigen Stand und die Fortschritte der Therapie (IP2, IP4, IP5),
- Änderungen oder Anpassungen der Therapie in Absprache mit dem ärztlichen Personal (IP5).

Als wünschenswerte noch fehlende Informationen beschreibt IP2 die Besprechung von Zielen für die Patient*innen (IP2, 2022, Z. 185-187). IP5 schlägt dabei erneut eine Verwendung des schriftlichen Dokumentationssystems „Metavision“ vor, um Trainingsaufgaben der Ergotherapie für die Patient*innen an die Pflegepersonen zu stellen (IP5, 2022, Z. 380-385).

Zusammenarbeit / Interprofessionelle Beziehungen

In dieser Oberkategorie werden die Kontakt- und Berührungspunkte mit der Ergotherapie auf der Intensivstation und der Stellenwert dieser Berufsgruppe innerhalb des Teams erläutert.

Eine interprofessionelle Zusammenarbeit zum Erreichen gemeinsamer Ziele für die Patient*innen wird von zwei Teilnehmer*innen beschrieben (IP4, 2022, Z. 283-288; IP5, 2022, Z. 53-57, 69-71). IP4 beschreibt das allgemeine Ziel der interprofessionellen Bemühungen auf der Intensivstation wie folgt:

„(...) das Ziel ist die Gesundung von die Patienten beziehungsweise die eh frühe Reha und frühes Wiedereingliedern (...)“ (IP4, 2022, Z. 244-246).

Der Stellenwert der Ergotherapie innerhalb dieses interprofessionellen Teams wird von drei Teilnehmer*innen als gleichwertig mit anderen Berufsgruppen beschrieben:

„Und das finde ich von den Therapeutinnen, die wir auf der Station haben, (...), in Kombination mit eben der Ergotherapie und der medizinischen Seite, der physikalischen und ich kenne es auch von nicht allzu langer Vergangenheit.

Also maximale Steigerung der Qualität, Quantität und Qualität“ (IP1, 2022, Z. 86-90).

„(...) in erster Linie ist bei uns medizinisch-pflegerische Versorgung, die oft den Patienten das Leben rettet, aber gerade dann im weiteren Verlauf brauche ich die weiteren interdisziplinären Berufsgruppen, im Sinne der Ergotherapie, Logotherapie, Physiotherapie, die dem Patienten beim Wiedereingliedern helfen“ (IP4, 2022, Z. 284-288).

„(...) ihr seid da genauso wichtig, wie weiß ich nicht, die Physiotherapeuten, finde ich“ (IP3, 2022, Z. 208-209).

In mehreren Aussagen wird auf das kollegiale Verhältnis und den Umgang auf der Station eingegangen. Während IP1 von sich selbst aus den Kontakt zur Ergotherapie verstärkt suchen möchte: „(...) ich habe mir gedacht, ich möchte prä-senter sein, wenn ihr da seid, einfach auf euch zugehen, was braucht ihr“ (IP1, 2022, Z. 276-277), beschreiben IP2 und IP4 einen freundschaftlichen Umgang miteinander:

„Also persönlich, finde ich, dass es immer recht angenehm ist mit euch. Weil ihr eigentlich alle sehr freundlich seid und auch der Umgang mit dem Patienten gut passt“ (IP2, 2022, Z. 9-11).

„(...) auf Mitarbeiterebene, das ist eigentlich sehr freundschaftlich, täte ich schon fast sagen“ (IP5, 2022, Z. 27-28).

Die Zusammenarbeit mit der Ergotherapie funktioniert laut zwei Teilnehmer*innen sehr gut (IP3, 2022, Z. 169-174; IP5, 2022, Z. 15, 75-77), findet jedoch wiederum laut zwei anderen Teilnehmer*innen aufgrund fehlender Kontakt- und Berührungspunkte nicht immer statt wie IP4 beschreibt:

„(...) wenn ich bei einem Patienten, der länger da ist, der eine Ergotherapie hat, eingeteilt bin, komme ich sicher öfter mit der Ergotherapie in Kontakt, aber oft auch sicher mal längere Zeit nicht, wenn ich halt Patienten habe, die eher zum Durchschleusen auf der Intensivstation sind“ (IP4, 2022, Z. 43-46).

IP1 beschreibt ein positives Erlebnis in der Zusammenarbeit zwischen Physio- und Ergotherapie anhand eines Patientenbeispiels:

„Da war für mich auch sehr faszinierend das Zusammenspiel Physio mit Ergo. Man merkt auch, dass bei euch so wirkt es, eine Harmonie da ist, dass eine gute Zusammenarbeit ist, und das habe im Zusammenhang mit dem, was ihr gemacht habt am Patienten auch so faszinierend und prägend gefunden“ (IP1, 2022, Z. 79-83).

Vergleich mit Physiotherapie

Der Vergleich mit der Physiotherapie in der täglichen Zusammenarbeit wird von drei Teilnehmer*innen beschrieben.

„(...) Physio ist halt viel präsenter bei uns auf der Station allgemein (...)“ (IP3, 2022, Z. 19-20).

Der Kontakt zur Ergotherapie und die Einteilung derselben erfolgt laut zwei Teilnehmer*innen über die Physiotherapie:

„(...) dass ihr schon irgendwie für uns vom Bild her ein bisschen im selben Boot sitzt, weil die Einteilung und das alles auch über, viel mit der Physio gemeinsam passiert (...)“ (IP4, 2022, Z. 55-57).

„Nicht direkt, interessanterweise, sondern über die Physiotherapie. Ja, was aber jetzt nicht störend ist“ (IP2, 2022, Z. 19-20).

Übernahme von Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen

In dieser Kategorie wird die Übernahme von diversen Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen sowie mögliche Überschneidungen von Aufgabenbereichen innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit thematisiert.

Die Übernahme ergotherapeutischer Maßnahmen durch die Pflege wird von drei Teilnehmer*innen unterschiedlich beschrieben. Während IP2 in ihrer Aussage das Miteinbeziehen der Pflege in die ergotherapeutische Arbeit für die Patient*innen als förderlich ansieht, um verschiedenste Übungen im restlichen Alltag mitfließen zu lassen:

„Und sicher aber auch Interaktion und Briefing, weil dann kann ich das mit dem Patienten auch ausführen oder üben vielleicht, wenn es passt“ (IP2, 2022, Z. 86-88),

beschreibt IP3 in der folgenden Aussage den Einfluss der ergotherapeutischen Ansätze auf sich selbst:

„Was ich so ein bisschen für mich selbst mitgenommen habe halt, dass ich ergonomisch arbeite halt, dass ich halt schaue, dass ich selber irgendwie die ergotherapeutischen Ansätze bisschen einfließen lasse, auch für mich selber“ (IP3, 2022, Z. 75-78).

IP5 beschreibt die Übernahme ergotherapeutischer Maßnahmen durch die Pflege vor allem dann, wenn die Ergotherapie nicht auf der Station verfügbar ist und Patient*innen dennoch üben wollen:

„(...) weil wir oft auch ergotherapeutische Maßnahmen als Pfleger und Pflegerinnen auf der Station machen, weil der Patient einfach vielleicht sagt, er will es haben (...)“ (IP5, 2022, Z. 331-333).

Zwei Teilnehmer*innen beschreiben das Überschneiden und das Abgeben von Aufgabenbereichen zwischen verschiedensten Professionen innerhalb der Zusammenarbeit:

„(...) die Pflege hat auch einen eigenen Kompetenzbereich und überschneidet sich dann auch viel mit dem ärztlichen Bereich. Ich nehme mal stark an, dass sowas bei euch auch sein wird, mit eigenverantwortlichen und mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich. Und auch interdisziplinär natürlich“ (IP4, 2022, Z. 119-122).

„(...) im Sinne der Multiprofessionalität und ist auch nicht zielführend. Ich muss gewisse Aufgaben abgeben und deshalb gibt es auch andere Berufsgruppen und das ist ja das, warum sich das Ganze so entwickelt hat“ (IP5, 2022, Z. 136-138).

In einem Interview wurde die Unterstützung der Pflege durch die therapeutischen Berufsgruppen wie Ergo- und Physiotherapie thematisiert und als „enorme Arbeitserleichterung“ (IP5, 2022, Z. 85) bezeichnet.

„(...) Ergotherapie, Physiotherapie, andere Berufsgruppen können, wenn es drum geht, dass wir als Intensivpflegerinnen und Pfleger relativ ausgelastet sind, auch gewisse Tätigkeiten schnell einmal machen (...)“ (IP5, 2022, Z. 78-80).

Organisatorische Abläufe

Diese Kategorie umfasst alle Aussagen rund um die organisatorischen Abläufe in Zusammenhang mit der ergotherapeutischen Patient*innenversorgung auf der Intensivstation.

Innerhalb der Aussagen von vier Teilnehmer*innen wird das zeitliche Management sowie die Vorbereitung der Patient*innen auf die Ergotherapie durch die Pflege erläutert. IP4 bezeichnet diese organisatorischen Abläufe vor der Ergotherapie als Aufgabe der Pflege:

„Und das ist natürlich eines, was sicher der Pflege mit Aufgabe ist oder wir schauen, dass dieser Zeitrahmen auch so abgesprochen ist, dass nicht gerade ärztliche Untersuchungen sind, dass der Patient vielleicht nicht gerade nicht auf der Station ist“ (IP4, 2022, Z. 222-225).

„Was angenehm ist, dass man einen fixen Termin hat, wo man wirklich auch als Pflege sich nach was richten kann, weil ja der Patient oft auch vorbereitet werden muss, in Form von Lagerung oder Mobilisation oder so. Dass man da wirklich eine fixen Zeitpunkt hat“ (IP2, 2022, Z. 20-23).

Direkte Zusammenarbeit an Patient*innen

Unter diese Kategorie fallen Aussagen zur Zusammenarbeit der Pflegepersonen mit den Ergotherapeut*innen direkt an den Patient*innen.

Drei Teilnehmer*innen erläutern, dass keine direkte Zusammenarbeit stattfindet, wobei die Gründe hierfür unterschiedlich beschrieben werden:

„(...) dadurch, dass ich Stationsleitung bin und nicht direkt am Patienten arbeite (...)“ (IP1, 2022, Z. 23-24).

„Erstens schaue ich gar nicht so viel zu, weil ich dann halt meistens draußen bin und euch alleine lasse“ (IP3, 2022, Z. 66-67).

Ergebnisse

„Weil wir nicht aktiv miteingebunden sind, weil das eher so eine Interaktion zwischen Patient und Therapeut ist und da jetzt die zuständige Pflegeperson nicht wirklich aktiv miteingebunden ist eigentlich (...)“ (IP2, 2022, Z. 61-63).

Im Gegensatz dazu beschreiben IP4 und IP5 eine direkte Zusammenarbeit mit der Ergotherapie bei den Patient*innen in Form einer Unterstützung und Hilfestellung „(...) wenn es halt irgendwas gerade Pflegerisches zu tun ist, sei es, wenn der Patient abzusaugen ist oder wenn doch irgendwelche Werte momentan nicht passen (...)“ (IP4, 2022, Z. 235-237), oder „(...) den Patienten so und so lagern vielleicht, dass das für ihn angenehmer ist“ (IP5, 2022, Z. 42-43).

IP2 wünscht sich ebenfalls eine vermehrt direkte Zusammenarbeit von Pflege und Ergotherapie bei den Patient*innen und beschreibt dies in folgender Aussage:

„Ja, bei die Mahlzeiten könnte ich es mir gut vorstellen, beim Essen. Weil man eben, glaube ich, da auch aufs Briefing gut hinarbeiten könnte, dass auch die Pflege sieht, okay, wo kann ich beim Patienten oder wie kann ich meinen Patienten da am besten unterstützen, wo braucht er vielleicht Hilfe, was kann er vielleicht schon selber“ (IP2, 2022, Z. 202-206).

Wahrnehmungen und Einstellungen

Diese Oberkategorie umfasst drei Unterkategorien welche positive und negative Werthaltungen der Pflege gegenüber der Ergotherapie beinhalten sowie Äußerungen zur eigenen Selbstwahrnehmung.

Positive Einstellungen

Alle fünf Teilnehmer*innen haben einen positiven Eindruck über die Ergotherapie. Zwei Teilnehmer*innen bezeichnen die Ergotherapeut*innen als „Profis“ (IP4, 2022, Z. 105-106) und „Spezialisten“ (IP3, 2022, Z. 8-9), „(...) die auch wissen, warum sie das machen (...)“ (IP4, 2022, Z. 105-106).

Die Wichtigkeit und Bedeutung auf der Intensivstation und als Teil der Rehabilitation von Patient*innen wird dabei von zwei Teilnehmer*innen erwähnt. IP1 äußert des Weiteren seine Zufriedenheit mit der Ergotherapie:

„(...) ich bin froh, dass ihr da seid und dass es euch gibt. Und ihr macht einen super Job (...)“ (IP1, 2022, Z. 291-292).

Selbstwahrnehmung/-reflexion

In dieser Unterkategorie werden Äußerungen über die Teilnehmer*innen selbst, deren Werte und Meinungen zusammengefasst.

IP1 reflektiert im Interview über die eigene Wahrnehmung der Ergotherapie und dass diese erst durch das Interview wieder ins Bewusstsein gelangt ist (IP1, 2022, Z. 239-241, 265-268).

IP5 hingegen teilt mehrere persönliche Ansichten wie beispielsweise über den „Workload“ auf der Intensivstation, bei dem „man sich nicht um alles kümmern“ kann (IP5, 2022, Z. 145-146), aber auch über den Perspektivenwechsel in der Intensivpflege in Folge einer zunehmenden interprofessionellen Zusammenarbeit:

„(...) aus meiner Sicht der Intensivpfleger und Pflegerinnen hat man sich vielleicht schon ein bisschen von der Sichtweise abgehoben, (...), dass man den Patienten von der Station runterkriegt. Was ja oft primär wünschenswert ist, sondern dass man auch schaut, den Patienten irgendwas Gutes mitzugeben und dass man dem wirklich auch in seinem Selbstmanagement stärkt“ (IP5, 2022, Z. 63-68).

Negative Einstellungen

Es wurden nur in einem Interview negative Äußerungen gegenüber der Ergotherapie getroffen. IP3 beschreibt dabei eine fehlende Wahrnehmung dieser Berufsgruppe, die unter anderem dazu führt, „(...) dass wir euch oft auch vergessen quasi. Dass es eigentlich euch auch noch gibt (...)“ (IP3, 2022, Z. 117-118).

„(...) ihr geht ein bisschen unter, weil von uns seid sicher noch ein bisschen stiefkindlich unterwegs im Intensivbereich“ (IP3, 2022, Z. 209-210).

Sichtbarkeit und Verfügbarkeit

Die Teilnehmer*innen beschreiben innerhalb dieser Oberkategorie ihre Sichtweise zur Sichtbarkeit der Ergotherapie in Form der Präsenz auf der Intensivstation sowie Aspekte rund um die Verfügbarkeit der Ergotherapie in der Patient*innenversorgung.

Präsenz auf der Intensivstation

Diese Kategorie beinhaltet Wahrnehmungen der Teilnehmer*innen zur physischen Präsenz der Ergotherapie auf der Intensivstation.

Drei von fünf Teilnehmer*innen nehmen die Anwesenheit der Ergotherapeut*innen auf der Station nur „aus der Ferne“ (IP1, 2022, Z. 45), „nebenbei“ (IP2, 2022, Z. 57) oder „selten“ (IP3, 2022, Z. 5) wahr. IP1 und IP3 begründen dies damit, dass die Ergotherapie nur selten bis gar nicht auf der Station ist:

„Aber prinzipiell, ich glaube, ihr seid noch ein bisschen unterrepräsentiert hier auf der Station generell. Also ich glaube, ihr seid zu selten da“ (IP3, 2022, Z. 85-87).

Im Gegensatz zu den erwähnten drei Pflegepersonen erlebt IP5 die Ergotherapie auf der Station als „sehr präsent“ (IP5, 2022, Z. 11-12) und ergänzt:

„(...) ich sehe euch eigentlich nur herumschurreln und ihr habt viel zu tun (...)“ (IP5, 2022, Z. 316-317).

Ressourcen

In dieser Kategorie werden die zur Verfügung stehenden Ressourcen in Zusammenhang mit einer ergotherapeutischen Versorgung sowohl auf Seiten der Ergotherapie selbst als auch der jeweiligen Intensivstation beschrieben. Innerhalb der Aussagen der fünf Teilnehmer*innen wird vor allem von zeitlichen und personellen Ressourcen der Pflege und der Ergotherapie gesprochen.

IP1 versucht in seiner Aussage den Umgang mit den Ressourcen in der Praxis zu erklären:

„Es gibt zeitliche oder personelle Ressourcen (...) und manchmal muss man auch triagieren, welcher Patient mehr davon profitiert, das ist überall so. Die Ressourcen, die man hat, muss man eben vernünftig einsetzen“ (IP1, 2022, Z. 91-94).

IP4 nimmt ebenfalls Bezug zum Einsatz von Ressourcen und spricht dabei aus der Perspektive einer Pflegeperson:

„(...) ich kann nur für die Pflege als Berufsgruppe sprechen, die genauso dann dazu neigt natürlich sehr schnell zu sagen, es fehlen uns die Ressourcen, aber auf der anderen Seite dann wieder, wenn die Ressourcen da sind, vielleicht diese auch nicht gut einsetzt“ (IP4, 2022, Z. 268-271).

Zwei weitere Teilnehmer*innen gehen in ihren Beschreibungen auf die eigenen Ressourcen als Pflegeperson auf der Intensivstation ein und sprechen von einem fehlenden Zeitfaktor (IP2, 2022, Z. 75-76; IP5, 2022, Z. 44-47) und einem hohen Betreuungsbedarf auf einer Intensivstation.

„(...) oft so ist, dass ich einen, keine Ahnung, einen multimorbiden Schwererkranken habe, der einen hohen Maschinenaufwand hat oder sonst irgendwas, um den ich mich jetzt vielleicht mehr kümmern muss, als um den, der gerade eine Ergotherapie braucht (...)“ (IP5, 2022, Z. 47-50).

Die fehlenden Ressourcen der Ergotherapie werden von zwei Teilnehmer*innen angesprochen:

„Ich glaube auch dadurch, dass natürlich die Ressourcen auch die Ergotherapie in so einem großen Krankenhaus leider doch begrenzt sind oft auch“ (IP4, 2022, Z. 166-168).

„Das was ich sehe auf einer Intensivstation und allgemein im Krankenhaus ist das, dass ihr sehr ausgelastet seid, dass ihr mit sehr viel Patienten zu tun habt“ (IP5, 2022, Z. 311-313).

Die fehlenden zeitlichen und personellen Ressourcen der Ergotherapie wirken sich auch auf die Versorgung von Intensivpatient*innen aus, wodurch laut drei Teilnehmer*innen nicht alle Patient*innen, welche davon profitieren würden,

diese auch tatsächlich erhalten. Exemplarisch wird hier die Aussage von IP4 zitiert:

„Natürlich wird das dann oft, wenn fünf Kandidaten zur Auswahl stehen und nur für drei Ressourcen da sind, auf die drei beschränkt. Und die anderen zwei Patienten, die vielleicht auch davon profitieren werden, kommen dann vielleicht ein bisschen kürzer“ (IP4, 2022, Z. 177-180).

Ergänzend dazu meint IP5:

„Und das muss ich sagen, das ist leider auch in jeder Berufsgruppe so, dass wir uns oft nicht auf ein Ausmaß der Gesundheitsförderung konzentrieren können, das wir vielleicht selber anstreben und das auch wirklich wünschenswert wäre um den optimalen Benefit für den Patienten zu erreichen“ (IP5, 2022, Z. 313-316).

Zum Schluss beschreiben zwei Teilnehmer*innen, dass ein*e eigene*r Ergotherapeut*in für jede Intensivstation sinnvoll und wünschenswert wäre, um einen größeren Anteil von Patient*innen damit versorgen zu können (IP4, 2022, Z. 173-177; IP5, 2022, Z. 329-331). IP5 beschreibt dazu die Berechnung eines entsprechenden Personalschlüssels:

„Da wäre es auch wirklich sinnvoll, dass man das auch erhebt und sagt, wir brauchen für die und die Leute, so und so viele Ergotherapeuten oder wir brauchen auf der Intensivstation mindestens einen Ergotherapeuten, der sich um unsere Patienten kümmert“ (IP5, 2022, Z. 320-323).

Systemische Ebene

Innerhalb dieser Kategorie finden sich die Aussagen von IP5, die sich auf die vorhandenen Gegebenheiten des Systems, sowohl des Krankenhauses als Institution, als auch des Gesundheitswesens als Ganzes, beziehen.

IP5 sieht einen großen Veränderungsbedarf als Reaktion auf das sich immer rasanter entwickelnde Gesundheitssystem als erforderlich. Dabei wirkt sich die „(...) starre Struktur in unserem System oft ein bisschen hinderlich (...)“ (IP5,

2022, Z. 181-182) aus „(...) in Bezug auf, wer implementiert mir was, wer sagt, ist das gut, wenn ich das implementiere (...)“ (IP5, 2022, Z. 182-183).

Als Ausblick für die Zukunft beschreibt IP5:

„Man muss sich einfach in Zukunft Gedanken machen, wie man das ganze System so verändert, dass es für jeden ein gewisses Ausmaß oder gewisses Ausmaß an Therapien zur Verfügung gestellt werden kann, das muss einfach jetzt in Zukunft passieren (...)“ (IP5, 2022, Z. 326-329).

Zuweisung zur Ergotherapie

Diese Oberkategorie beinhaltet jegliche Stellungnahmen der Teilnehmer*innen die den Prozess der Initiierung einer ergotherapeutischen Behandlung für Patient*innen beinhalten. Dazu gehören Beschreibungen über die Zuständigkeit für eine Ausschreibung der Ergotherapie, Aussagen zum richtigen Zeitpunkt sowie Voraussetzungen und Kontraindikationen der Patient*innen für eine ergotherapeutische Behandlung.

IP5 beschreibt mit der folgenden Aussage eine mögliche Optimierung dieses Zuweisungsprozesses:

„(...) meine Meinung ist, vielleicht kann man das Ganze noch ein bisschen mehr forcieren und da irgendeinen Standard ausarbeiten, der dann von selber, wie soll ich sagen, anläuft. Dass man sagt, Patient hat die Kriterien erfüllt, wir machen da sofort eine Ergotherapie aus, ab Stichtag so und so und das wird dann halt auch durchgeführt“ (IP5, 2022, Z. 20-24).

Zuständigkeit/Verantwortung

In dieser Kategorie wird die Zuständigkeit für die Ausschreibung einer ergotherapeutischen Behandlung diskutiert.

Drei von vier Teilnehmer*innen welche diesen Aspekt beschreiben, ordnen die ergotherapeutische Zuweisung dem Verantwortungsbereich des ärztlichen Personals zu (IP1, 2022, Z. 228, 232; IP4, 2022, Z. 191-194; IP5, 2022, Z. 230-231). IP3 hingegen beschreibt die Rolle der Physiotherapie bei der Initiierung einer Ergotherapie bei Patient*innen:

„(...) da wird einfach das diskutiert, wenn es einmal an der Zeit ist und die sagen dann immer, ja, passt wir werden das in die Wege leiten, die Ergotherapie“ (IP3, 2022, Z. 20-22).

Zwei Teilnehmer*innen erwähnen die Visiten gemeinsam mit den Physiotherapeut*innen, bei welchem über eine ergotherapeutische Zuweisung entschieden wird:

„(...) so wie es halt mit den Physiotherapeuten passiert, ehrlich gesagt (...), weil ihr da ja auch zu einem gewissen Grad angehängt seid in meinen Eindruck an die Physiotherapie, wird genauso dort auch mitentschieden, wer könnte mehr von der Ergotherapie profitieren bei diesen Physiovisiten eigentlich“ (IP4, 2022, Z. 259-263).

„Auch natürlich ist das eine Konsensentscheidung und da ist ärztlich, pflegerisch und Physio wird da mitspielen und im Endeffekt natürlich dann auch die Ergotherapie, die noch immer sagen kann, okay, der Patient ist eigentlich nichts für uns oder der ist zu gut oder zu schlecht für uns“ (IP4, 2022, Z. 203-207).

Die Empfehlungen für eine ergotherapeutische Behandlung kommen laut zwei Teilnehmer*innen neben der Physiotherapie vor allem von der Pflege selbst:

„Wir sind natürlich in der Pflege auch sehr gefordert, besonders auf unserer Station, auch selbst auf das zu schauen und die Ärzte drauf hinzuweisen“ (IP5, 2022, Z. 12-14).

„(...) eben ärztlich dann bei der Visite, dass man sagt, bitte schreibt es nochmal aus, das wäre bei dem Patienten jetzt, glaube ich, Zeit“ (IP3, 2022, Z. 22-23).

Zeitpunkt für Ergotherapie

„Es ist, glaube ich, das Schwierigste zu erkennen, wann ist der frühestmögliche Zeitpunkt (...)“ (IP1, 2022, Z. 187-188). Diese Unterkategorie umfasst jegliche Überlegungen den richtigen Zeitpunkt für den Beginn einer ergotherapeutischen Behandlung auf der Intensivstation betreffend.

Drei Teilnehmer*innen sprechen sich unter anderem mit Zitaten wie „je früher, desto besser“ (IP1, 2022, Z. 180; IP4, 2022, Z. 151) für einen möglichst frühen Einsatz der Ergotherapie aus, ohne genaue zeitliche Angaben zu treffen, während IP3 dem mit folgender Aussage widerspricht: „Wenn ich einen in der Akutphase habe, seid ihr natürlich ein bisschen nachrangig (...)“ (IP3, 2022, Z. 204-205).

Ein Beispiel für Patient*innen in einer „Akutphase“ gibt IP4:

„(...) der herzchirurgische Patient, dem es sehr schlecht geht am ersten postoperativen Tag, wird noch nicht von einer Ergotherapie profitieren, aber vielleicht der andere Patient, dem es nach zwei, drei Tagen wieder relativ gut geht nach der Herzoperation und der eure Unterstützung braucht (...)“ (IP4, 2022, Z. 154-158).

In der Praxis stellen zwei Teilnehmer*innen aufgrund verschiedenster Gründe einen späteren Einsatz der Ergotherapie fest, unter anderem beschreibt IP1:

„Sie setzt halt ein bisschen später an, weil es einfach andere Voraussetzungen für die Ergotherapie gibt, die der Patient mitbringen muss“ (IP1, 2022, Z. 224-226).

Voraussetzungen der Patient*innen

In dieser Kategorie werden die Voraussetzungen und damit Kriterien für eine ergotherapeutische Behandlung von Patient*innen beschrieben.

Die Bestimmung von Patient*innen welche für eine Ergotherapie geeignet bzw. von dieser profitieren könnten, beruht zwei Teilnehmer*innen zufolge, auf Erfahrungswerten (IP4, 2022, Z. 107-109; IP5, 2022, Z. 241-242).

In der nachfolgenden Aufzählung werden bestimmte Diagnosen und Krankheitsbilder angeführt, bei welchen laut zwei Teilnehmer*innen eine ergotherapeutische Behandlung als besonders wichtig erachtet wird:

- Neurologische und neurochirurgische Patient*innen (IP2)
- Lungenerkrankungen (COPD) (IP5)
- Systemisch stark einschränkende Krankheitsverläufe (IP5)

- „Herzgeschichten“ (IP5, 2022, Z. 255)

Im Gegensatz dazu zählen sehr schwer erkrankte Patient*innen aufgrund ihrer reduzierten Belastbarkeit sowie Patient*innen deren Überlebenschancen als gering eingestuft werden nicht zum ergotherapeutischen Patient*innengut (IP3, 2022, Z. 90-94; IP5, 2022, Z. 259-265). IP4 erwähnt zusätzlich sogenannte

„Bed and Breakfast Kurzaufnahmen, die jetzt keine Ergotherapie brauchen bei uns, weil sie an einem Tag Narkose jetzt nicht so weit abgebaut haben, dass sie wieder viel Unterstützung brauchen (...)“ (IP4, 2022, Z. 47-49).

In Tabelle 12 werden alle angesprochenen funktionellen Voraussetzungen der Patient*innen dargestellt. In Bezug auf diese Voraussetzungen erwähnt IP1, dass diese für aktive Maßnahmen gelten, bei welcher Patient*innen mitarbeiten und sich somit unterscheiden von Voraussetzungen für passive Therapiemaßnahmen (IP1, 2022, Z. 199-204).

Tabelle 12 Voraussetzungen der Patient*innen aus Sicht der Pflegepersonen

• Entsprechende Vigilanz (IP1, IP3) • Kognitive Voraussetzungen: Mitdenken (IP2), Verstehen (IP1), Orientierung muss nicht gegeben sein (IP3) • Schmerzfreiheit (IP3) • Patientenwille, Motivation (IP2, IP4) • Bereits vorhandene Bewegungen und Sensibilität (IP2) • Akzeptanz von Patient*innenseite (IP3) • Zwischen zu viel Aktivität (Agitiertheit) und fehlende Aktivität (IP4)
--

(Eigene Darstellung, 2022)

Kontraindikationen

Mögliche Kontraindikationen für eine ergotherapeutische Behandlung bei Intensivpatient*innen werden unter den fünf Pflegepersonen nur von IP5 beschrieben.

Es gibt laut IP5 keine genauen Richtlinien, woran es festzumachen ist, dass eine ergotherapeutische Versorgung kontraindiziert ist. Dennoch beschreibt IP5 im Speziellen für die eigene Intensivstation eine hohe Gesamt mortalität der Patient*innen in Folge von schweren Krankheitsverläufen und formuliert daraus eine mögliche Kontraindikation für die Ergotherapie:

Ergebnisse

„(...) bei einem der komplett multimorbid ist und wo man eigentlich, ich will nicht sagen weiß, aber wo die Tendenz einfach eher in Richtung ist, der hat ein viel schlechteres Outcome und wir wissen auch gar nicht, ob er es überlebt (...)“ (IP5, 2022, Z. 256-258).

4 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse anhand der vorhandenen Literatur interpretiert und das methodische Vorgehen dieser Arbeit sowie mögliche Implikationen für die Praxis und weitere Forschung diskutiert.

4.1 Methodisches Vorgehen und Beantwortung der Forschungsfrage

Diese Arbeit befasst sich mit der Forschungsfrage nach den Einstellungen und Erfahrungen des ärztlichen Personals und der Pflegepersonen gegenüber der Ergotherapie auf Intensivstationen. Durch die Beantwortung der Forschungsfrage konnte ein Überblick über die momentanen Sichtweisen dieser beiden Berufsgruppen über die Aufgaben und Kompetenzen der Ergotherapie und deren Bedeutung in der Frührehabilitation von erwachsenen Intensivpatient*innen gegeben werden.

Die Auswahl eines qualitativen Forschungsdesign erwies sich auch rückblickend als am besten geeignet zur Beantwortung der Forschungsfrage. Innerhalb dieser Arbeit wurden Einzelinterviews als Methode zur Datenerhebung gewählt. Eine weitere Möglichkeit wäre die Durchführung von Fokusgruppeninterviews gewesen. Der Vorteil von Fokusgruppen besteht darin, dass eine größere Anzahl an Personen inkludiert und damit eine größere Bandbreite an Informationen generiert werden kann (Ritschl et al., 2016).

In Bezug auf das Forschungsziel dieser Arbeit, die Darstellung subjektiver Sichtweisen, wurden Fokusgruppeninterviews nicht als zielführend angesehen. In Gruppensituationen können soziale Dynamiken entstehen wodurch sich die Teilnehmer*innen gegenseitig beeinflussen können (Ritschl et al., 2016). Es besteht die Gefahr, dass die Teilnehmer*innen gegenüber anderen Professionsangehörigen ihre eigene Meinung nicht preisgeben oder diese zu Gunsten der vorherrschenden Gruppenmeinung anpassen. Während die Inhalte von Fokusgruppen mehr in die Breite gehen, erfordert die Forschungsfrage das Eintauchen in das subjektive Empfinden der Teilnehmer*innen. Die terminliche Koordination von Fokusgruppen gestaltet sich im Hinblick auf die variablen Dienstzeiten der involvierten Berufsgruppen als

äußerst aufwendig und schwierig. Das Patient*innengut macht es ebenfalls nicht immer möglich die Station für längere Zeit zu verlassen. Zusätzlich ist aufgrund der nach wie vor anhaltenden COVID-19 Pandemie ein persönliches Zusammentreffen mehrerer Personen weder von der Institution selbst gewünscht noch ratsam. Durch die Einzelinterviews, welche auf der jeweiligen Station und in der Arbeitszeit der Teilnehmer*innen durchgeführt wurden, konnte auf diese Umstände eingegangen werden.

Die Auswahl der beiden Berufsgruppen als Stichprobe erfolgte ausgehend von theoretischen und praktischen Überlegungen. Die Pflegepersonen stehen bis zu 24 Stunden in einem direkten Kontakt zu den Patient*innen und sind dabei in alle Behandlungsprozesse der Patient*innen involviert. Das ärztliche Personal trifft häufig in Absprache mit der Pflege Entscheidungen über die Behandlung und dabei auch die therapeutische Versorgung von Patient*innen. Da therapeutische Berufsgruppen wie Physio- und Ergotherapie sowie ärztliches Personal aus anderen Fachbereichen nicht permanent auf der Intensivstation tätig sind und nur konsiliarisch eingebunden werden, wurde das Kernteam der Intensivstation als Stichprobe festgelegt, welche in alle Aspekte der Behandlung und Betreuung von Intensivpatient*innen involviert ist.

Die Auswertung der Daten mithilfe eines vorab entwickelten Kategoriensystem erwies sich retrospektiv als geeignet um die Einstellungen und Erfahrungen der Teilnehmer*innen in Themenbereiche einteilen zu können. Dadurch konnten die theoretischen und praktischen Vorerkenntnisse in Zusammenhang gebracht werden und mögliche Einflussfaktoren dieser auf die Etablierung der Ergotherapie auf mehreren Ebenen herausgearbeitet werden.

Die unter 1.6 Vorannahmen der Forscherin beschriebenen Vorannahmen konnten teilweise bestätigt werden. Einem großen Anteil der Teilnehmer*innen fehlt es an Wissen über ergotherapeutische Aufgaben und Kompetenzen. Einige äußerten sich zudem negativ gegenüber der Ergotherapie und ihrem Stellenwert auf der Intensivstation.

4.2 Inhaltliche Diskussion der Ergebnisse

Diese Arbeit setzt sich mit der Ergotherapie als Teil der Frührehabilitation von erwachsenen Intensivpatient*innen auseinander. Eine erfolgreiche Etablierung der Ergotherapie in diesem Setting ist zu einem großen Teil von den Einstellungen und Erfahrungen des Intensivpersonals abhängig (Algeo & Aitken, 2019; Bombarda et al., 2016; Costigan et al., 2019; Dinglas et al., 2013; Foreman, 2005). Aus diesem Grund wurde die Sichtweise des Kernteams auf einer Intensivstation, bestehend aus dem ärztlichen Personal und den Pflegepersonen, mithilfe von Interviews erhoben, um einen Überblick über deren momentanen Wissensstand sowie deren Haltung gegenüber der Ergotherapie in der Frührehabilitation zu bekommen. Die zentralen Themen innerhalb der vorliegenden Ergebnisse wie sie in Abbildung 8 dargestellt sind, werden mithilfe der vorhandenen Literatur, diskutiert.

Abbildung 8 Zentrale Themen des Kernteams



(Eigene Darstellung, 2022)

Wissensstand über die Ergotherapie

Die Ergotherapie war allen Teilnehmer*innen bekannt, sowohl aufgrund persönlicher Erfahrungen mit dieser im eigenen Arbeitsumfeld als auch aus anderen Fachbereichen, wobei vor allem die Pädiatrie genannt wurde. Dies steht im Gegensatz zu den Arbeiten von Alotaibi et al. (2019) und Bombarda et al. (2016), in welchen

die Mehrheit der Befragten, unter anderem auch ärztliches Personal und Pflegepersonen, angab, zuvor noch keinerlei Berührungspunkte mit Angehörigen der Ergotherapie gehabt zu haben.

In Zusammenhang mit ergotherapeutischen Aufgaben und Kompetenzen wurden das Wiedererlernen von Fähigkeiten zur Ausführung von ATLS und damit das Wiedererlangen größtmöglicher Selbständigkeit von Patient*innen von sieben der zehn Teilnehmer*innen als Kernkompetenz der Ergotherapie beschrieben. Dies entspricht jenen Grundannahmen der ergotherapeutischen Profession, welche sowohl von Ergotherapeut*innen selbst als auch deren Interessensvertretungen definiert werden (Algeo & Aitken, 2019; Ergotherapie Austria, 2021; DACHS, 2007). Die beschriebenen Maßnahmen und Ansätze der Teilnehmer*innen werden auch in der vorhandenen ergotherapeutischen Literatur für den Intensivbereich beschrieben (Affleck et al., 1986; Algeo & Aitken, 2019; Costigan et al., 2019; Foreman, 2005). Ein überwiegender Anteil der Teilnehmer*innen erwähnte vor allem funktionelle Maßnahmen zur Verbesserung der Motorik der oberen Extremität insbesondere der Feinmotorik. Laut Costigan et al. (2019) wird dieser Aspekt auch in der vorhandenen Literatur vermehrt in Zusammenhang mit der Ergotherapie auf Intensivstationen beschrieben. Allerdings wird dadurch eine Vielzahl an Möglichkeiten der ergotherapeutischen Behandlung von Intensivpatient*innen wie zum Beispiel kognitive Interventionen und der Einsatz assistiver Technologien ausgelassen (Costigan et al., 2019). Während kognitive Interventionen und die Unterstützung von deliranten Patient*innen zur Förderung der Orientierung von vielen Teilnehmer*innen ebenfalls als ergotherapeutische Aufgaben und Kompetenzen angesehen wurden, fehlten beispielsweise Äußerungen zu umweltbezogenen Maßnahmen oder Angehörigenberatung.

Obwohl beide Berufsgruppen verschiedene Maßnahmen beschreiben konnten, die tatsächlich auch in den Zuständigkeitsbereich der Ergotherapie fallen, wurde der eigene Wissensstand über die Ergotherapie von acht der zehn Teilnehmer*innen als fehlerhaft oder gering eingeschätzt. Das bloße Aufzählen von ergotherapeutischen Maßnahmen kann also nicht mit einem entsprechend hohen Wissen über die Ergotherapie gleichgesetzt werden. Dem Großteil der Befragten fehlte es laut eige-

nen Angaben an Wissen und Informationen über die Hintergründe und Zielsetzungen der beobachteten Maßnahmen. Zwei Teilnehmer*innen verwechselten dabei auch den Aufgabenbereich der Ergotherapie mit jenem der Physiotherapie, Logopädie und Elektrotherapie. Der Wissensstand unterschiedlicher Berufsgruppen über Aufgaben und Kompetenzen der Ergotherapie sowie deren Tätigkeitsbereiche und Berufsphilosophie wird auch in der vorhandenen Literatur als gering beschrieben (Alotaibi et al., 2019; Atwal, 2002; Bombarda et al., 2016; Smith & Mackenzie, 2011).

Die Physiotherapie scheint bei den Teilnehmer*innen deutlich präsenter auf Intensivstationen zu sein, was sich sowohl an der von Teilnehmer*innen beschriebenen intensiveren und besseren Zusammenarbeit zeigt als auch am Stellenwert der beiden Berufsgruppen auf der Intensivstation. Obwohl einige Teilnehmer*innen beide Berufsgruppen als gleichwertig in der Frührehabilitation ansahen, reihten viele den Behandlungsbeginn der Ergotherapie jedoch zeitlich hinter die Physiotherapie. In der Akutphase auf einer Intensivstation sahen gleich drei Teilnehmer*innen die Ergotherapie als nachrangig an.

Die Gründe für derartige Sichtweisen könnten wie in der Literatur beschrieben, sowohl im fehlenden Wissen über die ergotherapeutischen Aufgaben und Kompetenzen (Alotaibi et al., 2019; Atwal, 2002; Smith & Mackenzie, 2011), als auch in einer unzureichenden Rollenbeschreibung der Ergotherapie für das Intensivsetting selbst, bestehen (Algeo & Aitken, 2019; Costigan et al., 2019; Foreman, 2005; Weinreich et al., 2017). Der Stellenwert der Physiotherapie in der Frührehabilitation wurde nicht nur von den Teilnehmer*innen mehrfach erwähnt, sondern wird auch in der Literatur hervorgehoben (Bein et al., 2015; Gosselink et al., 2011; Sommers et al., 2015; Stiller, 2013) und in Studien als sicher und wirksam bewiesen (Fuest & Schaller, 2019; Kayambu et al., 2015; Morris et al., 2008; Schreiber et al., 2019; Wang et al., 2018; Zeppos et al., 2007). Dies zeigt sich auch im Wissen und den Einstellungen von Pflegepersonen über die Bedeutung der Physiotherapie auf der Intensivstation. In einer Studie von Gupte und Swaminathan (2016) konnten die befragten Intensivpflegepersonen verschiedenste physiotherapeutische Maßnahmen

nennen und waren sich sowohl der physiotherapeutischen Bedeutung in der Frührehabilitation als auch der Wirksamkeit der Maßnahmen bewusst (Gupte & Swaminathan, 2016).

Die Wirksamkeit einer ergotherapeutischen Behandlung von Intensivpatient*innen wurde von vielen Teilnehmer*innen anhand von konkreten Patient*innenbeispielen aus der Praxis beschrieben. Dabei wurden insbesondere neurologische Krankheitsbilder sowie Patient*innen mit einer langen Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation von mehreren Teilnehmer*innen angesprochen. Patient*innen werden laut Teilnehmer*innen mithilfe der Ergotherapie selbständiger, aktiver und können dadurch die Intensivstation und das Krankenhaus schneller verlassen. Eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer durch frühzeitige Ergo- und Physiotherapie konnte auch in der Literatur bereits bewiesen werden (Nessizius & Rottensteiner, 2017; Pandullo et al., 2015; Schweickert et al., 2009; Sosnowski et al., 2015). Die Pflegepersonen sahen den Vorteil der Ergotherapie vor allem darin, dass Tätigkeiten mit den Patient*innen trainiert werden, welche die Patient*innen im Stationsalltag zunehmend selbständig ausführen können und damit zu einer Arbeitserleichterung für die Pflege führen. Zwei Teilnehmer*innen erwähnten die Vorteile von kognitiven Interventionen der Ergotherapie bei Patient*innen mit Delir, welche in einer Studie von Alvarez et al. (2017) auch bereits als wirksam nachgewiesen werden konnten. Zwei Teilnehmer*innen sprachen in ihren Aussagen die fehlende Messbarkeit der Ergebnisse, sowie Unsicherheiten über die Erfolge der Ergotherapie an. Auch in der vorhandenen Literatur wird die geringe Anzahl an Wirksamkeitsstudien zur Ergotherapie bei Intensivpatient*innen diskutiert (Costigan et al., 2019; Weinreich et al., 2017). Nur eine Teilnehmerin gab an, mehr Vorteile in der physiotherapeutischen Behandlung von Intensivpatient*innen zu sehen.

Die Zusammenarbeit und interprofessionelle Beziehung

Die Zusammenarbeit mit der Ergotherapie auf der Intensivstation wurde von den beiden Berufsgruppen unterschiedlich wahrgenommen. Das ärztliche Personal gab an im Tagesablauf auf der Intensivstation nur wenige Berührungspunkte mit der Ergotherapie zu haben, die eher auf zufälligen Begegnungen beruhen. Ein möglicher

Grund seien laut Teilnehmer*innen der zeitliche Ablauf auf der Intensivstation, sowie die selbständige Arbeitsweise der Ergotherapeut*innen. An dieser Stelle sei darauf hinzuweisen, dass vier der fünf Teilnehmer*innen zum Zeitpunkt der Erhebung als leitende*r Oberarzt*Oberärztin tätig waren. Die Mehrheit des ärztlichen Personals unterhielt einen intensiveren Kontakt zur Physiotherapie. Dennoch wurde die Ergotherapie von zwei Teilnehmer*innen gemeinsam mit anderen therapeutischen Berufsgruppen als essenzieller Bestandteil in der Frührehabilitation von Intensivpatient*innen betrachtet. Zwei Teilnehmer*innen vertraten die Meinung, dass der ergotherapeutische Kompetenzbereich kaum von anderen Berufsgruppen übernommen werden könne. Anhand der Beschreibungen des ärztlichen Personals wird die Form der Zusammenarbeit als multiprofessionelle Zusammenarbeit beschrieben, bei welcher unterschiedliche Berufsgruppen ihre eigenen Kernkompetenzen haben und zwar Informationen austauschen, aber ansonsten unabhängig voneinander arbeiten.

Im Gegensatz dazu standen die Pflegepersonen vor allem direkt bei den Patient*innen in Kontakt mit den Ergotherapeut*innen. Die Pflege ist aufgrund des vorgeschriebenen Betreuungsschlüssels von 1,5 : 1 (Pflegeperson : Bett) (BMSGPK, 2021) nicht nur zahlenmäßig größer (Riessen et al., 2011), sondern dadurch auch in alle Prozesse rund um den*die zugewiesene*n Patienten*in eingebunden (Donovan et al., 2018; Ervin et al., 2018), weswegen die Zusammenarbeit und der Austausch mit der Pflege von großer Bedeutung ist. Innerhalb dieser Arbeit beschrieben die Pflegepersonen die zeitliche Organisation und Vorbereitung der Patient*innen im Vorfeld einer ergotherapeutischen Behandlung sowie die Unterstützung der Ergotherapeut*innen während der Therapiesituation zum Beispiel beim Lagern und Positionieren der Patient*innen als Zusammenarbeit mit den Ergotherapeut*innen.

Die Pflegepersonen sprachen sich im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit für das Abgeben von Aufgaben und das Ineinandergreifen der Kompetenzbereiche unterschiedlicher Berufsgruppen aus. Diese Haltung unterscheidet sich von den Auffassungen der Pflegepersonen in einer Studie von Smith und Mackenzie (2011) welche sich durch die Ergotherapie in ihren eigenen Kompetenzen bedroht fühlten. Rollenüberschneidungen werden auch in anderen Arbeiten mit Unsicher-

heiten der involvierten Personengruppen beschrieben (Atwal, 2002). Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird in der vorhandenen Literatur jedoch mehrfach als geeignete Form der Zusammenarbeit in großen Teams, insbesondere im Intensivsetting, beschrieben (Mahler et al., 2014; Donovan et al., 2018; Jakobsen, 2011; Nancarrow et al., 2013). Die Pflegepersonen innerhalb dieser Arbeit beschrieben die Beziehung zu den Ergotherapeut*innen als freundschaftlich und wertschätzend und äußerten teilweise sogar den Wunsch mehr in die Ergotherapie miteinbezogen zu werden, um zu einem späteren Zeitpunkt mit den Patient*innen weiter trainieren zu können. Diese positive Haltung der Pflege deckt sich mit den Ergebnissen von Gupte und Swaminathan (2016), welche ebenfalls positive Einstellungen und eine gute Beziehung zu Physiotherapeut*innen aus Sicht der Pflege beschreiben.

Die Zusammenarbeit wurde insgesamt von beiden Berufsgruppen als zufriedenstellend und gut bezeichnet, wobei der Großteil das momentane Ausmaß der Zusammenarbeit als zu gering ansieht und wesentlich stärker mit der Physiotherapie interagiert als mit der Ergotherapie. Die Bereitschaft und der Wunsch nach mehr Zusammenarbeit sind bei allen Teilnehmer*innen mit Ausnahme einer Ärztin gegeben, welche den Kontakt zur Ergotherapie weiterhin ausschließlich über die Physiotherapie auf der Station spielen möchte.

Kommunikation

Eine effektive Kommunikation wird nicht nur in der Literatur als zentrales Kriterium für eine gelungene Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen beschrieben (Ervin et al., 2018; Nancarrow et al., 2013; Suter et al., 2009; Xyrichis & Ream, 2008; Yeager, 2005), sondern wurde auch von allen Teilnehmer*innen dieser Arbeit als wichtigstes Werkzeug in der Zusammenarbeit hervorgehoben.

Das ärztliche Personal gab an, dass nur wenig bis gar keine Kommunikation mit den Ergotherapeut*innen in Form von gelegentlichem Erkundigen nach Therapiefortschritten auf der Intensivstation stattfindet. Die Pflegepersonen beschrieben vor allem den kurzen Austausch über den Zustand von Patient*innen, das Gespräch neben den Patient*innen im Zimmer selbst und die Zusammenfassung der Therapieergebnisse nach der Einheit als vorhandenes Kommunikationsausmaß. Der vorhandene Austausch mit den Ergotherapeut*innen wurde von beiden Berufsgruppen

im Vergleich zur Kommunikation mit anderen Berufsgruppen als nicht zielgerichtet und professionell beschrieben. Die fehlende Kommunikation mit der Ergotherapie wird auch in der vorhandenen Literatur für verschiedenste Settings beschrieben (Atwal, 2002; Smith & Mackenzie, 2011). Solche interpersonellen Kommunikationsschwierigkeiten werden von einer befragten Pflegeperson als häufig vorkommende Fehlerquellen in der Zusammenarbeit beschrieben (IP4, 2022, Z. 246-249) und stellen einen wesentlichen Faktor für Konflikte innerhalb von Intensivteams mit Auswirkungen auf die Qualität der Patient*innenversorgung dar (Fassier & Azoulay, 2010).

Beide Berufsgruppen nahmen in ihren Aussagen zur Kommunikation Bezug auf die einmal wöchentlich stattfindende interprofessionelle Visite des Intensivteams mit den Physiotherapeut*innen und dem ärztlichen Personal des Klinischen Instituts für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Solche Besprechungen werden innerhalb der Literatur als wichtige Form der interprofessionellen Kommunikation beschrieben, innerhalb derer gemeinsame Ziele für die Patient*innen, die Therapiegestaltung, Dokumentation und Evaluierung der gesetzten Maßnahmen besprochen werden (Franz et al., 2020). Interprofessionelle Besprechungen bieten den einzelnen Teammitgliedern die Möglichkeit ihre Fähigkeiten einzubringen (Ervin et al., 2018; Franz et al., 2020; Riessen et al., 2011) und können die Zusammenarbeit sowie das Verständnis für die unterschiedlichen Kompetenzbereiche, in diesem Zusammenhang vor allem der ergotherapeutischen Aufgaben und Kompetenzen, verbessern (Bombarda et al., 2016; Ervin et al., 2018; Franz et al., 2020; Riessen et al., 2011). Eine wöchentliche Teambesprechung unter fachärztlicher Leitung mit Vertreter*innen der Pflege sowie der Therapiebereiche: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychologie wird in Deutschland sogar gesetzlich als Mindestmerkmal einer frührehabilitativen Patient*innenversorgung vorgeschrieben (BfArM, 2021).

Auf den fünf Intensivstationen des Universitätsklinikum St. Pölzens finden diese Besprechungen zurzeit ohne die Ergotherapie statt, da die ergotherapeutische Versorgung der Intensivstationen durch mehrere Ergotherapeut*innen erfolgt und es keine fixe Zuteilung zu einer Station gibt. Der Austausch über ergotherapeutische Inhalte oder die Zuweisung zur Ergotherapie erfolgt daher vorwiegend mit anderen Berufsgruppen, wodurch vorherrschende Unklarheiten über die ergotherapeutischen Aufgabenbereiche nicht geklärt werden können und es damit laut Literatur häufig zu

unpassenden Zuweisungen kommt (Algeo & Aitken, 2019; Foreman, 2005). Vor allem jene fünf Teilnehmer*innen, die sich in einer leitenden Position befanden, sprachen sich für eine Teilnahme der Ergotherapie an diesen Besprechungen aus.

Interprofessionelle Besprechungen fördern das Zugehörigkeits- und Gruppengefühl innerhalb eines Teams (Ervin et al., 2018; Franz et al., 2020), wie in diesem Fall der Zusammenhalt des ärztlichen Personals, der Pflegepersonen und der Physiotherapeut*innen. Es besteht jedoch die Gefahr, dass es zu einer Distanzierung und Ausgrenzung nicht beteiligter Gruppen wie der Ergotherapie kommt (Ervin et al., 2018).

Beide Berufsgruppen wünschen sich einen vermehrten Austausch mit der Ergotherapie und entsprechende Rückmeldung über die Fortschritte von Patient*innen. Der Austausch von Informationen könnte wie bereits von zwei Pflegepersonen vorgeschlagen auch in schriftlicher Form über das Dokumentationssystem „Metavision“ auf den Intensivstationen stattfinden.

Ressourcenknappheit

Die fehlende Kommunikation und geringe Zusammenarbeit mit der Ergotherapie wurden von der Mehrheit der Teilnehmer*innen auf fehlende zeitliche Ressourcen zurückgeführt. Zeit stellt laut vorhandener Literatur einen erheblichen Faktor dar, welcher sich auf Möglichkeiten zur Kommunikation und Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen auswirkt (Alotaibi et al., 2019; Foreman, 2005; Gupte & Swaminathan, 2016; Smith & Mackenzie, 2011).

Vor allem die Pflegepersonen erwähnten Wartezeiten aufgrund der langen Wege, welche die Ergotherapeut*innen zurücklegen müssen, da diese mehrere Stationen unterschiedlichster Fachbereiche im gesamten Krankenhaus betreuen. Lange Wege wirken sich hinderlich auf die Produktivität des therapeutischen Teams aus (Stucki et al., 2002). Ein weiterer erschwerender Faktor ist der hohe organisatorische Aufwand in der zeitlichen Abstimmung mit der Ergotherapie. Diese muss sich sowohl an den zeitlichen Kapazitäten der Ergotherapie orientieren als auch an den individuellen Gegebenheiten auf den Intensivstationen (geplante Untersuchungen, andere Therapien, pflegerische Maßnahmen). Die Organisation jeglicher Maßnah-

men der Frührehabilitation in einem Ausmaß von mehr als zwei bis drei Therapieeinheiten mit mehr als zwei Berufsgruppen gestaltet sich auch laut Literatur als äußerst schwierig für das Intensivpersonal (Stucki et al., 2002).

Beide Berufsgruppen erwähnten neben den zeitlichen Engpässen auch fehlende personelle Ressourcen wodurch nicht alle Intensivpatient*innen, die davon profitieren würden, eine ergotherapeutische Behandlung bekommen. Dies könnte eine mögliche Ursache, für die in der Literatur diskutierte, späte oder fehlende Initiierung einer Ergotherapie bei Intensivpatient*innen darstellen (Dinglas et al., 2013; Foreman, 2005). Die personelle Ausstattung des Intensivbereichs mit einem oder einer eigenen Ergotherapeut*in wurde dabei von vier der zehn Teilnehmer*innen als zielführend zur Deckung des ergotherapeutischen Bedarfs auf den Intensivstationen angesehen. Im österreichischen Gesundheitswesen gibt es derzeit keine gesetzlichen Grundlagen was eine Mindestpersonalausstattung der Ergotherapie für den Intensivbereich betrifft (BMSGPK, 2021). Für die Physiotherapie gibt es diesbezüglich zumindest erste Empfehlungen (Joannidis et al., 2018). Defizite in der personellen Besetzung der Ergotherapie auf Intensivstationen werden auch für deutsche Akutkrankenhäuser (Stucki et al., 2002) sowie in einer englischen Studie beschrieben, laut der ein gesetzlich vorgeschriebener Personalschlüssel in der Praxis nicht eingehalten wird (Algeo & Aitken, 2019).

Etablierung der Ergotherapie in der Frührehabilitation

Die Etablierung der Ergotherapie als Teil der Frührehabilitation erwachsener Intensivpatient*innen wurde innerhalb der Stichprobe unterschiedlich diskutiert. Die Hälfte der Befragten gab an, dass sowohl die Frührehabilitation als auch die Ergotherapie als Teil dieses Konzeptes in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen haben und dadurch auch vermehrt ergotherapeutische Behandlungen auf der Intensivstation forciert wurden.

Im Gegensatz dazu wurde die Bedeutung der Ergotherapie in diesem Bereich von der anderen Hälfte als zu gering wahrgenommen. Dies führten viele Teilnehmer*innen auf die fehlende Sichtbarkeit und Präsenz dieser Berufsgruppe auf den Stationen zurück. Eine fehlende Sichtbarkeit und Interaktion wird auch in anderen Arbei-

ten mit einem niedrigen Wissensstand und fehlendem Verständnis über die Kompetenzen und damit die Bedeutung einer Berufsgruppe für die Behandlung assoziiert (Alotaibi et al., 2019; Foreman, 2005; Smith & Mackenzie, 2011). Zwei Teilnehmer*innen machten wiederum die starren Strukturen des Gesundheitssystems und institutionelle Gegebenheiten verantwortlich für eine fehlende Etablierung der Ergotherapie im Intensivbereich. Dies zeigt sich darin, dass Ergotherapie als Berufsgruppe in verschiedenen Leitlinien und gesetzlichen Dokumenten zur Intensivbehandlung häufig nicht erwähnt wird (Bein et al., 2015; BMSGPK, 2021; Joannidis et al., 2018). Die Ergebnisse dieser Arbeit machen somit deutlich, wie bereits von Costigan et al. (2019) beschrieben, dass die Ergotherapie auf den Intensivstationen noch nicht weitverbreitet und implementiert ist. Dies hängt größtenteils wie auch anhand dieser Ergebnisse ersichtlich, mit dem Wissen der Teammitglieder über die Bedeutung der Ergotherapie für das Intensivsetting zusammen (Costigan et al., 2019).

Obwohl sich die Mehrheit der Befragten positiv und wertschätzend gegenüber der Ergotherapie äußert, bestanden unter manchen Teilnehmer*innen auch negative Einstellungen und Vorurteile gegenüber der Ergotherapie. Ähnlich zu den Ergebnissen von Smith und Mackenzie (2011) wurde die Ergotherapie als eine Form der Beschäftigung beschrieben, die in einem Akutbereich wie der Intensivstation keinen Platz hat. Die Etablierung der Ergotherapie auf der Intensivstation wurde von einer Ärztin als Aufgabe der Ergotherapeut*innen betrachtet. Derzeit agieren Ergotherapeut*innen laut einer weiteren Aussage aus dem ärztlichen Personal noch unter der Wahrnehmungsschwelle und sollten von sich aus aktiv auf das Intensivpersonal zugehen, um sich auf den Stationen zu positionieren.

Die Zuständigkeit für eine Ausschreibung und Initiierung der Ergotherapie wurde von den Teilnehmer*innen zunehmend bei anderen Berufsgruppen gesehen, die nicht zum Kernteam einer Intensivstation gehören. Dabei wurden vor allem die Physiotherapeut*innen und das ärztliche Personal des Klinischen Instituts für Physikalische Medizin und Rehabilitation genannt. Auch in der Literatur kommen die Empfehlungen für Ergotherapie bei Intensivpatient*innen häufig von diesen beiden Berufsgruppen (Algeo & Aitken, 2019; Foreman, 2005). Die Pflegepersonen in dieser Arbeit gaben jedoch an, dass sie ebenfalls Empfehlungen für die Ergotherapie bei

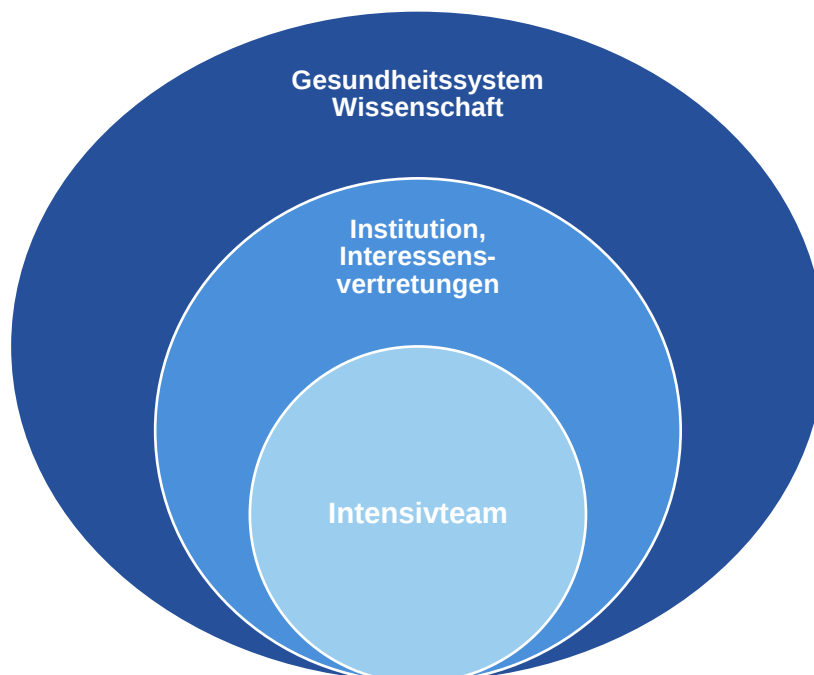
den ärztlichen Visiten aussprechen. Sowohl das ärztliche als auch das Pflegepersonal waren sich unsicher in der Formulierung des richtigen Zeitpunkts für den Beginn einer ergotherapeutischen Behandlung, wodurch es zu Verzögerungen in der Ausschreibung und damit nicht zu einer zeitgerechten ergotherapeutischen Versorgung kommen kann, wie es auch die Literatur beschreibt (Algeo & Aitken, 2019; Foreman, 2005). Zusätzlich fehle es laut einigen Teilnehmer*innen an einheitlichen Kriterien, die ein*e Patient*in erfüllen muss, um als geeignet für die Ergotherapie zu gelten, was eine entsprechende Zuweisung erleichtern und beschleunigen würde.

Zusammenfassend ist die Mehrheit der Teilnehmer*innen trotz des fehlenden Hintergrundwissens über die Ergotherapie positiv gegenüber dieser eingestellt. Die positiven Erlebnisse durch die Wirksamkeit der Behandlung bei Patient*innen, die persönlichen Erfahrungen mit der Berufsgruppe und die wertschätzende Haltung gegenüber dieser können sich förderlich auf eine zunehmende Etablierung der Ergotherapie als Teil der Frührehabilitation auswirken. Positive Einstellungen gegenüber der Ergotherapie gehen trotz einem niedrigen Wissensstand laut Literatur mit einer größeren Bereitschaft zur Zuweisung einher (Alotaibi et al., 2019) als negative Einstellungen, die zu fehlenden oder unpassenden Zuweisungen führen (Smith & Mackenzie, 2011).

4.3 Implikationen für Praxis und Forschung

Die vorliegenden Ergebnisse haben gezeigt, dass es Bemühungen auf verschiedensten Ebenen wie in Abbildung 9 dargestellt braucht, um die Ergotherapie als festen Bestandteil der Frührehabilitation erwachsener Intensivpatient*innen zu etablieren.

Abbildung 9 Praktische Implikationen auf Mikro-, Meso- und Makroebene



(Eigene Darstellung, 2022)

Mikroebene: Das Intensivteam

Die Bestrebungen sollten in Richtung einer vermehrt interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen dem Intensivteam selbst und den involvierten Berufsgruppen gehen, wie es auch von der Literatur empfohlen wird (Donovan et al., 2018). Die komplexen Bedürfnisse kritisch kranker Intensivpatient*innen bedürfen der Expertise von mehr als nur einer Berufsgruppe (Beyer et al., 2015; Beyer & Seidel, 2017; Ervin et al., 2018; Nancarrow et al., 2013; Riessen et al., 2011; Stucki et al., 2002).

Der momentane Wissensstand über die Ergotherapie ist beim Kernteam gering und es bedarf einer Vermittlung von Informationen über die Aufgaben und Kompetenzen der Ergotherapie und deren Beitrag in der Frührehabilitation. Ein erster Schritt könnte die Vorstellung der Ergotherapie in Form eines Vortrages sein um Basiswissen über ergotherapeutische Aufgaben und Kompetenzen sowie die Hintergründe ergotherapeutischen Handelns zu vermitteln. Im Zuge eines darauffolgenden interprofessionellen Workshops mit den Pflegepersonen und dem ärztlichen Personal kann das Wissen weiter vertieft werden und die eigenen Annahmen über das Be-

rufsbild der Ergotherapie in Einklang mit dem tatsächlichen Kompetenzprofil der Ergotherapie gebracht werden. Der Transfer des erworbenen Wissens in die eigene tägliche Praxis kann durch das Hospitieren bei ergotherapeutischen Einheiten auf der Station selbst geschehen. Durch diese Maßnahmen kann das Wissen des Intensivteams sowohl in Theorie als auch Praxis erweitert werden. Es ist dabei von großer Bedeutung, dass Ergotherapeut*innen selbst diese Aufgabe übernehmen, ihre Rolle auf der Intensivstation aktiv bewerben und auf andere Berufsgruppen zugehen (Algeo & Aitken, 2019; Alotaibi et al., 2019). Die Notwendigkeit von Aufklärungs- und Bildungsmaßnahmen wie hier beschrieben wird auch von anderen Autor*innen empfohlen (Alotaibi et al., 2019; Beyer & Seidel, 2017; Costigan et al., 2019).

Ein weiterer derzeit noch hinderlicher Faktor für effektive Zusammenarbeit sind die fehlenden Kommunikationsmöglichkeiten mit der Ergotherapie. Neben den informellen Gesprächen während der Anwesenheit von Ergotherapeut*innen auf den Stationen braucht es einen zeitlich festgelegten, professionellen Rahmen für die Besprechung von Patient*innen, um deren Versorgung qualitativ hochwertig gestalten zu können. Die Teilnahme von Ergotherapeut*innen bei wöchentlich stattfindenden interprofessionellen Fallbesprechungen auf der Intensivstation wurde nicht nur von den Teilnehmer*innen selbst vorgeschlagen, sondern wird auch von der Literatur empfohlen (Franz et al., 2020; Riessen et al., 2011). Effektive Kommunikation in interprofessionellen Teams trägt wesentlich zu einer Verbesserung der Patient*innenversorgung bei (Alotaibi et al., 2019; Ervin et al., 2018; Franz et al., 2020; Körner & Bengel, 2004; Xyrichis & Ream, 2008).

Indem der Wissensstand des Kernteams über die Ergotherapie erhöht wird und Kommunikationsmöglichkeiten mit dieser sichergestellt werden, könnte daraus auch eine größere Anzahl an ergotherapeutischen Zuweisungen vom Kernteam erreicht werden. Schulungen und Kommunikation innerhalb eines interprofessionellen Teams können laut Literatur zu mehr gewünschten Zuweisungen zur Ergotherapie führen (Alotaibi et al., 2019). Zusätzlich bedarf es der Erarbeitung möglicher Indikatoren für eine ergotherapeutische Behandlung in Zusammenarbeit mit dem zuweisenden ärztlichen Personal sowie den Pflegepersonen, welche häufig Empfehlun-

gen dazu aussprechen. Dies könnte durch Workshops mit Angehörigen beider Professionen aus allen fünf Intensivstationen sowie der Ergotherapie und dem Klinischen Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation geschehen. Die Implementierung einer standardisierten Vorgehensweise bei der Ausschreibung von Ergotherapie im Intensivbereich könnte eine hilfreiche Maßnahme darstellen, um die vom Kernteam ausgehende Zahl der Ausschreibungen zu erhöhen und damit eine größere Patient*innenanzahl ergotherapeutisch versorgen zu können.

Mesoebene: Institution, Interessensvertretungen

Die doch sehr zeit- und personalaufwendigen Maßnahmen auf Mikroebene erfordern die Bereitstellung entsprechender Ressourcen von der Institution. Allerdings lohnt sich eine Investition in die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit vor allem in einem physisch und psychisch stark belastenden Umfeld wie der Intensivstation auf mehreren Ebenen:

- Gesteigerte Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter*innen
- Höhere Motivation im Team
- Bessere Patient*innenversorgung
- Weniger Personalwechsel durch Fluktuation
- Wirksamkeit der Frührehabilitation und damit verbunden kürzere Aufenthaltsdauern und Kostensenkung für das System

(Beyer & Seidel, 2017; Xyrichis & Ream, 2008).

Das beschriebene Fehlen von personellen und zeitlichen Ressourcen der Ergotherapie für die Versorgung der Intensivstationen bedarf einer Reaktion verschiedener Einrichtungen des Gesundheitswesens auf diese Umstände. Die vorhandenen Ressourcen müssen somit an den bestehenden Bedarf für Ergotherapie angepasst werden, damit es nicht zu einem Triagieren, wie von den Teilnehmer*innen beschrieben, kommt. In einer Studie von Algeo und Aitken (2019) gaben Ergotherapeut*innen ebenfalls an, den steigenden Bedarf auf den Intensivstationen personell nicht abdecken zu können.

Das Bewusstsein für die Bedeutung der Ergotherapie als Teil der Frührehabilitation darf nicht ausschließlich auf einer Mikroebene und innerhalb einer einzelnen Institution geschaffen werden. Vielmehr bedarf es einer umfassenden Bewerbung der ergotherapeutischen Rolle im Intensivbereich durch nationale und internationale Interessensvertretungen wie den Berufsverband der österreichischen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapie Austria) und den Weltverband „World Federation of Occupational Therapists“. Die Erstellung und Herausgabe eines Positionspapiers zur Bedeutung der Ergotherapie in der Frührehabilitation von Intensivpatient*innen könnte eine erste Möglichkeit sein, das Bewusstsein verschiedener Professionen des Gesundheitswesens, der Sozialversicherungsträger, Politik und auch der Patient*innen und ihrer Angehörigen selbst dafür zu erweitern.

Makroebene: Gesundheitssystem, Wissenschaft

Der zunehmende Anspruch einer Steigerung von Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen und damit verbunden eine Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung bei entsprechender Finanzierbarkeit dieser Leistungen führt dazu, dass vermehrt vorhandene Evidenzen als Grundlage für Entscheidungen im Gesundheitssystem herangezogen werden (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2017). Es bedarf somit in erster Linie einer Erforschung der Effektivität verschiedenster ergotherapeutischer Maßnahmen in der Frührehabilitation, um eine Etablierung der Ergotherapie im Intensivbereich auch auf Makroebene erreichen zu können. Zum derzeitigen Zeitpunkt ist hier nur die Arbeit von Alvarez et al. (2017) zu erwähnen. Es fehlt an einer Vielzahl von Arbeiten, welche sich ausschließlich mit der Wirksamkeit verschiedenster ergotherapeutischer Maßnahmen beschäftigen (Costigan et al., 2019; Weinreich et al., 2017).

Die Durchführung von Wirksamkeitsstudien wie unter anderem randomisiert kontrollierte Studien stellt eine Notwendigkeit dar, um die Ergotherapie in bestehende Leitlinien und Evidenzen für die Behandlung von Intensivpatient*innen integrieren zu können. Diese Erkenntnisse können für die Argumentation vor Krankenhausträgern sowie der Gesetzgebung herangezogen werden. Die Präsentation von Forschungsergebnissen zur Effektivität von Ergotherapie auf Intensivstationen in Form von Publikationen, auf Kongressen und vor anderen Berufsgruppen kann ebenfalls

zu einem größeren Verständnis unterschiedlicher Gesundheitsberufe für die Bedeutung der Ergotherapie im Intensivbereich führen (Costigan et al., 2019).

Die derzeitigen Prognosen über den geschätzten Bedarf unterschiedlicher Gesundheitsberufe bis zum Jahr 2030 sehen einen kumulierten Mehrbedarf an 1.317 Personen für die Ergotherapie vor (Rappold & Mathis-Edenhofer, 2020). Dieser Mehrbedarf wird jedoch nicht auf einzelne Fachbereiche aufgeteilt beschrieben und somit können diese Prognosen nicht auf die personelle Ausstattung von Intensivstationen übertragen werden. Es braucht daher eine Bedarfserhebung in österreichischen Kliniken zur ergotherapeutischen Versorgung auf Intensivstationen, um das benötigte Personal innerhalb geltender gesetzlicher Empfehlungen definieren zu können. In Deutschland sowie in Großbritannien gibt es bereits gesetzliche Grundlagen zum ergotherapeutischen Personalschlüssel im Intensivbereich (BfArM, 2021; Faculty of Intensive Care Medicine and Intensive Care Society, 2019). Das in Österreich geltende LKF- Modell beinhaltet zum jetzigen Zeitpunkt keinerlei Vorgaben zum therapeutischen Personal auf Intensivstationen (BMSGPK, 2021). Derartige Grundlagen sind jedoch erforderlich, um eine qualitativ hochwertige Frührehabilitation und damit die bestmögliche Versorgung von Intensivpatient*innen unter Miteinbeziehung sämtlicher erforderlicher Berufsgruppen sicherstellen zu können.

4.4 Limitationen

Trotz einer hohen Sorgfalt und der Orientierung an wissenschaftlichen Gütekriterien bei der Auswahl der Methode und in der Vorgehensweise während des gesamten Forschungsprozesses wie unter 2.8 Strategien zum Erreichen der Gütekriterien beschrieben, weist diese Masterarbeit einige Limitationen auf. In diesem Abschnitt werden jene wissenschaftlichen Gütekriterien qualitativer Forschung beschrieben, welche trotz entsprechender Bemühungen nicht eingehalten werden konnten.

Das Kriterium der Glaubwürdigkeit beinhaltet unter anderem die Datensättigung, welche vorsieht, dass die Datenerhebung so lange durchgeführt wird, bis keine neuen Erkenntnisse mehr aus den Interviews generiert werden können (Höhs, 2016). Eine Datensättigung konnte aufgrund fehlender zeitlicher und personeller

Ressourcen der Forscherin nicht erfüllt werden. Die erreichte Anzahl von zehn Interviews kann somit nicht zur Entwicklung einer für eine größere Grundgesamtheit geltenden Theorie herangezogen werden. Dieser Anspruch wurde allerdings weder von der Forscherin noch dem gewählten Forschungsansatz erhoben. Dennoch könnte die Durchführung einer größeren Anzahl von Interviews rückblickend von Vorteil sein, um eine größere Bandbreite an Einstellungen und Erfahrungen mit der Ergotherapie im Intensivsetting gewinnen zu können.

Die Überprüfung der Ergebnisse im Zuge der referenziellen Angemessenheit sowie die Durchführung einer Negativfallanalyse als weitere Strategien der Glaubwürdigkeit konnten ebenfalls nicht umgesetzt werden. Aufgrund der fehlenden Erfahrung der Forscherin in der Anwendung dieser Strategien hätte der Einsatz dieser während des Forschungsprozess einen erheblichen zeitlichen Mehraufwand dargestellt. Dieser könnte bei zukünftigen Arbeiten bereits im Vorfeld miteingerechnet werden, damit mehrere Strategien zur Glaubwürdigkeit umgesetzt werden können.

Die Forscherin selbst stellte aufgrund ihrer subjektiven Befangenheit und Position als Ergotherapeutin im Forschungsfeld ein hohes Risiko für eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse während des gesamten Prozesses dar. Qualitative Forschung erhebt zwar keinen Anspruch auf Objektivität, aber auf eine reflektierte Subjektivität der Forschungspersonen, welche über den gesamten Forschungsprozess dieser Arbeit hinweg erläutert wurde. Dennoch besteht die Möglichkeit, dass die Teilnehmer*innen aufgrund des Naheverhältnisses zur Forscherin innerhalb der Interviewsituation nur jene Sichtweisen äußerten, welche von diesen als angemessen oder von Interesse für die Forscherin bewertet wurden. Dadurch könnte eine Vielzahl an Einstellungen, vor allem stark polarisierender negativer Haltungen, verloren gegangen sein. Dies lässt sich allerdings auch mit anderen qualitativen Methoden nur schwer feststellen. Eine mögliche Beeinflussung der Äußerungen durch das Naheverhältnis zwischen Interviewerin und Befragten könnte zukünftig durch das Hinzuziehen einer externen Forschungsperson für die Interviewdurchführung reduziert werden.

Die Gesamtlänge des erhobenen Datenmaterials für die Auswertung betrug 221 Minuten, was in Vergleich zu anderen Arbeiten möglicherweise als zu kurz angesehen

werden kann. Durch die Verwendung eines strukturierten Interviewleitfadens konnten dennoch alle relevanten und notwendigen Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage erhoben und trotz der kurzen Interviewdauer aussagekräftige Ergebnisse gewonnen werden. Einige Teilnehmer*innen gaben sehr kurze, aber eindeutige Antworten auf die gestellten Fragen. Auf Nachfragen, die allein der Aufrechterhaltung des Gesprächs dienten, wurde verzichtet. Dies wäre weder für die Aussagekraft der Ergebnisse von Vorteil gewesen, noch hätten diese weitere forschungsrelevante Erkenntnisse gebracht. Im Nachhinein stellte sich die durchschnittliche Interviewdauer von 22 Minuten für die Teilnehmer*innen und die Station selbst als vorteilhaft heraus. Da die Interviews während der Dienstzeit auf den jeweiligen Intensivstationen geführt wurden, bot die Teilnahme an der Studie den Anreiz einer kurzen Pause vom Arbeitsalltag. Im Sinne eines reibungslosen Stationsablaufs wurden die Teilnehmer*innen auch nicht zu lange von ihrer Arbeit abgehalten.

Die erhobenen Einstellungen und Erfahrungen spiegeln die Sichtweisen einzelner Personen wider und können somit weder auf die Gesamtheit des Intensivpersonals am Universitätsklinikum St. Pölten noch auf die Sichtweisen des ärztlichen Personals und der Pflegepersonen auf Intensivstationen in anderen Einrichtungen der NÖ LGA übertragen werden. Ebenso wenig ist eine Generalisierung der vorliegenden Ergebnisse auf die Gesamtpopulation des österreichischen Intensivpersonals möglich. Dies macht den Bedarf nach weiteren Studien wie dieser auf anderen Intensivstationen deutlich, um die Ergebnisse miteinander vergleichen zu können und das Gesamtbild über die Sichtweisen des interprofessionellen Intensivteams gegenüber der Ergotherapie zu vervollständigen.

Die ausführliche und systematische Beschreibung der Methodik innerhalb dieser Arbeit ermöglicht eine Übertragbarkeit des methodischen Vorgehens auf andere Situationen und Teilnehmer*innen. Die Auswahl der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) als streng regelgeleitete, theoriegeleitete Auswertungsmethode stellt eine Maßnahme zur Erhöhung der Übertragbarkeit dar (Mayring, 2015). Die von Mayring definierten spezifischen inhaltsanalytischen Gütekriterien der Reliabilität und Validität konnten teilweise erreicht werden. Die Reproduzierbarkeit der Ana-

lyse wurde durch eine exakte und systematische Beschreibung der Vorgehensweise unter 2.7 Datenauswertung sichergestellt. Das Herstellen einer Inter- und Intrakoderreliabilität wären im Zuge dieser Masterarbeit mit einem unverhältnismäßig hohen Arbeits- und Zeitaufwand der Forscherin einhergegangen. Alle Schritte des Forschungsprozesses wurden von der Forscherin allein ausgeführt, das Hinzuziehen einer zweiten Forschungsperson mit entsprechender Erfahrung in der qualitativen Inhaltsanalyse zur Herstellung einer Interkoderreliabilität wäre zeitlich und finanziell nicht erstrebenswert für den Abschluss der Arbeit durch die Forscherin gewesen. Die Intrakoderreliabilität wurde ebenfalls als zeitlich zu aufwendig für die Durchführung im Rahmen einer Masterarbeit angesehen und wird auch von der Literatur als seltene Maßnahme beschrieben (Mayring, 2015).

Der Vergleich der Ergebnisse mit vorhandenen Forschungsarbeiten im Sinne einer Theorientriangulation wurde unter 4.2 Inhaltliche Diskussion der Ergebnisse umfangreich beschrieben und stellt eine Maßnahme zur Sicherung der externen Ergebnisvalidität dar. Weitere Strategien der Triangulation wurden nicht umgesetzt. Eine Methodentriangulation unter Einsatz einer quantitativen Forschungsmethode wie beispielsweise die Verwendung eines Fragebogens zur Erhebung des momentanen Wissensstand der Teilnehmer*innen über die Ergotherapie wäre eine Möglichkeit zur Steigerung der methodischen Qualität dieser Arbeit als auch eine ideale Ergänzung zu den Interviews gewesen. Zukünftige Forschungsarbeiten zu diesem Thema könnten entweder quantitativ vorgehen oder unter Anwendung der hier ausführlich beschriebenen qualitativen Methode einen Mixed-Methods Ansatz verfolgen.

Die Stichprobe zeigte eine große Bandbreite in Bezug auf die Berufserfahrung und konnte beide Geschlechter und Berufsgruppen sowie alle fünf Intensivstationen entsprechend abbilden. Die Zusammensetzung der Stichprobe wies jedoch auch Schwächen auf, die im Vorfeld nicht bedacht wurden. Die Hälfte der Befragten war zum Zeitpunkt der Erhebung in einer leitenden Position tätig. Eine leitende Position kann einen erheblichen Einfluss auf Einstellungen und Erfahrungen mit anderen Berufsgruppen haben. Die ärztliche und pflegerische Stationsleitung beinhaltet andere Arbeitsanforderungen und -tätigkeiten als die Ausübung einer ärztlichen oder

pflegerischen Tätigkeit auf der Intensivstation. Kontaktmöglichkeiten zu stationsfremden Berufsgruppen während des täglichen Stationsablaufs könnten dadurch verlorengehen. Die Sichtweisen von Leitungspersonen entsprechen somit nicht unbedingt jenen des Personals, welches direkt an den Patient*innen tätig ist und dabei auch in Kontakt mit anderen behandelnden Berufsgruppen steht. Dennoch kann durch das Ausüben einer leitenden Funktion eine umfassendere Perspektive über die Situation auf der gesamten Station und nicht nur auf Einzelfälle geben. Im Vorfeld der Rekrutierung müssen daher verschiedene Einflussfaktoren, wie die berufliche Position der Teilnehmer*innen, auf deren Sichtweisen bedacht werden.

Das ärztliche Personal und die Pflegepersonen stellen zwei unterschiedliche Berufsgruppen mit unterschiedlichen Kompetenzen, fachlichen Hintergründen und Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen dar. Innerhalb dieser Arbeit wurde durch eine separate Auswertung beider Berufsgruppen darauf geachtet, dass die Besonderheiten und individuellen Unterschiede in den Sichtweisen entsprechend aus dem Material herausgearbeitet werden können. Aufgrund vieler Überschneidungen in den Sichtweisen wurden in dieser Arbeit die Ergebnisse beider Berufsgruppen gemeinsam diskutiert. Damit die Besonderheiten in der Sichtweise der jeweiligen Berufsgruppe besser untersucht werden können, bedarf es weiterer Arbeiten, die sich ausschließlich mit den Sichtweisen einer Berufsgruppe beschäftigen.

Das Interesse an der Ergotherapie sowie der persönliche Bezug zu dieser könnten ein Hauptgrund für die Motivation zur Teilnahme an dieser Arbeit gewesen sein. Dies könnte ein Grund dafür sein, warum überwiegend positive Einstellungen gegenüber der Ergotherapie erhoben wurden. Dadurch gehen die Meinungen jener Personen verloren, welche kein Wissen über die Ergotherapie haben, sich nicht dafür interessieren oder vermehrt negative Einstellungen gegenüber dieser haben. Aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme ist es allerdings schwierig diese Personen zu erreichen. Durch die Verwendung eines Fragebogens und die damit verbundene Anonymität könnten die Meinungen dieser Personen zwar inkludiert werden, allerdings eignen sich quantitative Methoden nicht um das subjektive Empfinden von Menschen sowie deren Hintergründe zu erheben.

Diskussion

Diese Arbeit weist einige Limitationen auf, welche jedoch bei der Durchführung zukünftiger Arbeiten genutzt werden können. Weitere Arbeiten sollten sich auf andere Intensivstationen sowie den Einsatz unterschiedlicher Forschungsmethoden beziehen um den Forschungsgegenstand umfassend darstellen zu können.

5 Konklusion

Im Zuge dieser Arbeit konnten unterschiedliche Einstellungen und Erfahrungen mit der Ergotherapie im Setting der Intensivstation beschrieben werden. Diese geben einen Überblick über die momentane Sichtweise des ärztlichen Personals und der Pflegepersonen gegenüber der Ergotherapie als Teil der Frührehabilitation von erwachsenen Intensivpatient*innen. Zusammengefasst ist die Mehrheit des interprofessionellen Kernteams positiv gegenüber der Ergotherapie eingestellt, während der Wissensstand über ergotherapeutische Aufgaben und Kompetenzen jedoch als fehlerhaft und niedrig eingeschätzt wird.

Das Kernteam äußert verschiedene Aspekte, welche sich sowohl förderlich als auch hinderlich auf eine mögliche Etablierung der Ergotherapie auf der Intensivstation auswirken. Die positive Haltung gegenüber der Ergotherapie und die Bereitschaft zu einer vermehrten Zusammenarbeit wirken sich förderlich auf die Etablierung der Ergotherapie in diesem Bereich aus. Als hinderliche Faktoren werden unter anderem fehlende zeitliche und personelle Ressourcen der Ergotherapie erwähnt, welche für die fehlende Sichtbarkeit auf der Station verantwortlich gemacht werden. Dadurch gehen auch Möglichkeiten zur Kommunikation mit dieser Berufsgruppe verloren, welche vom Team als besonders wichtig für eine effektive Zusammenarbeit und die Qualität der Patient*innenversorgung erachtet wird.

Die Zuweisungen zur Ergotherapie kommen hauptsächlich durch gemeinsame Absprachen mit der Physiotherapie und dem Klinischen Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation zustande. Es bedarf einer entsprechenden Wissensvermittlung über Indikationen für eine ergotherapeutische Behandlung sowie deren Maßnahmen damit die Ergotherapie auf den Stationen mehr etabliert werden kann und somit eine größere Anzahl an Zuweisungen vom Kernteam selbst ausgeht.

Neben Aufklärungsmaßnahmen zur Steigerung des Wissens des Kernteams bedarf es auch einer Anpassung der Rahmenbedingungen, welche eine bessere Zusammenarbeit sicherstellen sollen. Weitere Forschung zur Effektivität ergotherapeutischer Maßnahmen auf der Intensivstation und gesetzliche Grundlagen zur personellen Gestaltung der Frührehabilitation auf Intensivstationen sind erforderlich, um

Konklusion

die Ergotherapie als Teil der Frührehabilitation erfolgreich etablieren zu können. Ähnliche Arbeiten wie diese auf anderen Intensivstationen können dazu beitragen ein einheitliches Bild über die Sichtweisen des interprofessionellen Intensivteams gegenüber der Ergotherapie zu bekommen und damit entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zu planen, die letztlich zu einer besseren Patient*innenversorgung führt.

Um es abschließend mit den Worten einer Teilnehmerin zu sagen:

„Intensivmedizin kann nur Teamarbeit sein“ (IA5, 2022, Z. 205).

Literaturverzeichnis

- Affleck, A. T., Lieberman, S., Polon, J., & Rohrkemper, K. (1986, May). Providing Occupational Therapy in an Intensive Care Unit. *The American Journal of Occupational Therapy*, 40(5), 323-332. <https://doi.org/10.5014/ajot.40.5.323>
- Akreml, L. (2019). Stichprobenziehung in der qualitativen Forschung. In N. Baur & J. Blaser (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. vollständig überarb. und erweiterte Aufl., S. 313-331.). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4>
- Al Mohammedali, Z., O'Dwyer, T. K., & Broderick, J. M. (2016). The emerging role of respiratory physiotherapy: A profile of the attitudes of nurses and physicians in Saudi Arabia. *Annals of Thoracic Medicine*, 11(4), 243-248. <https://doi.org/10.4103/1817-1737.191873>
- Algeo, N., & Aitken, L. M. (2019). The evolving role of occupational therapists in adult critical care in England. *Irish Journal of Occupational Therapy*, 47(2), 74-94. <https://doi.org/10.1108/ijot-04-2019-0005>
- Alotaibi, N. M., Manee, F. S., Murphy, L. J., & Rassafiani, M. (2019). Knowledge about and Attitudes of Interdisciplinary Team Members toward Occupational Therapy Practice: Implications and Future Directions. *Medical Principles and Practice*, 28(2), 158-166. <https://doi.org/10.1159/000495915>
- Alvarez, E. A., Garrido, M. A., Tobar, E. A., Prieto, S. A., Vergara, S. O., Briceno, C. D., & Gonzalez, F. J. (2017, February). Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial. *Journal of Critical Care*, 37, 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.09.002>
- Atwal, A. (2002, October 1). A World Apart: How Occupational Therapists, Nurses and Care Managers Perceive Each Other in Acute Health Care. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(10), 446-452. <https://doi.org/10.1177/030802260206501003>
- Bein, T., Bischoff, M., Brückner, U., Gebhardt, K., Henzler, D., Hermes, C., Lewandowski, K., Max, M., Nothacker, M., Staudinger, Th., Tryba, M., Weber-Carstens, S., & Wrigge, H. (2015). *S2e-Leitlinie: Lagerungstherapie und Frühmobilisation zur Prophylaxe oder Therapie von pulmonalen Funktionsstörungen*. S2e-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-015l_S2e_Lagerungstherapie_Fruehmobilisation_pulmonale_Funktionsstoe_rungen_2015-05-abgelaufen.pdf
- Beyer, J., Berliner, M., Glaesener, J. J., Liebl, M., Reiners, A., Reißhauer, A., Römer, A., Seidel, E., Schwarzkopf, S., Taufmann, I., Smolenski, U., & Gutenbrunner, C. (2015). Positionspapier zur Fachübergreifenden

- Frührehabilitation. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 25(05), 260-280. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1564089>
- Beyer, J., & Seidel, E. J. (2017, 24. August). Frührehabilitation ist erstes Glied einer nahtlosen Rehabilitationskette. *Rehabilitation (Stuttg)*, 56(04), 272-285. <https://doi.org/10.1055/s-0043-112071>
- Bjurling-Sjöberg, P., Wadensten, B., Pöder, U., Jansson, I., & Nordgren, L. (2017, March). Balancing intertwined responsibilities: A grounded theory study of teamwork in everyday intensive care unit practice. *Journal of Interprofessional Care*, 31(2), 233-244. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1255184>
- Bombarda, T. B., Lanza, A. L., Santos, C. A. V., & Joaquim, R. H. V. T. (2016). Terapia Ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e as percepções da equipe [The Occupational Therapy in adult Intensive Care Unit (ICU) and team perceptions]. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 24(4), 827-835. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0861>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). (2021). *Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2022 - Kapitel 8: Nicht Operative Therapeutische Maßnahmen 8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation*. Abgerufen am 28. Februar 2022 von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/block-8-55...8-60.htm#code8-56>
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2017). *Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen Version 2.0*. Aktualisierung der Qualitätsstrategie. Wien. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetsversicherung/Qualitaetsstrategie-fuer-das-oesterreichische-Gesundheitswesen.html>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2016). *UN-Behindertenrechtskonvention. Deutsche Übersetzung der Konvention und des Fakultativprotokolls*. Wien. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=19>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2021, September). *LKF-Modell 2022 für den stationären Bereich*. Wien. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2022.html>
- Costigan, F. A., Duffett, M., Harris, J. E., Baptiste, S., & Kho, M. E. (2019). Occupational Therapy in the ICU: A Scoping Review of 221 Documents. *Critical Care Medicine*, 47(12), 1014-1021. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003999>

- DACHS (2007). Ergotherapie – Was bietet sie heute und in Zukunft?.
CLAUDIANA-Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe, Bozen.
https://www.claudiana.bz.it/downloads/DACHS_deutsch.pdf
- Dinglas, V. D., Colantuoni, E., Ciesla, N., Mendez-Tellez, P. A., Shanholtz, C., & Needham, D. M. (2013, May). Occupational Therapy for Patients With Acute Lung Injury: Factors Associated With Time to First Intervention in the Intensive Care Unit. *The American Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 355-362. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.007807>
- Donovan, A. L., Aldrich, J. M., Gross, A. K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., Gropper, M. A., & Lipshutz, A. K. M. (2018, June). Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(6), 980-990. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003067>
- Döring, N., & Bortz, J. (Hrsg.). (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. vollständig überarb., akt. und erweiterte Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Aufl.). Eigenverlag. https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2020/11/Praxisbuch_08_01_web.pdf
- Ergotherapie Austria. (2021). *Definition der Ergotherapie*. Abgerufen am 20. Mai 2021 von <https://www.ergotherapie.at/definition-der-ergotherapie>
- Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R., & Weingart, L. R. (2018, May). Teamwork in the intensive care unit. *American Psychologist*, 73(4), 468-477. <https://doi.org/10.1037/amp0000247>
- Faculty of Intensive Care Medicine and Intensive Care Society. (2019). Guidelines for the Provision of Intensive Care Services (2nd Ed.). <https://www.ficm.ac.uk/standardssafetyguidelinesstandards/guidelines-for-the-provision-of-intensive-care-services>
- Fassier, T., & Azoulay, E. (2010, December). Conflicts and communication gaps in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, 16(6), 654-665. <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e32834044f0>
- Flick, U. (2019). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur, & J. Blaser (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2., vollständig überarb. und erweiterte Aufl., S.473-488). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4>
- Foreman, J. (2005, March/April). Occupational therapists' roles in intensive care. *Occupational Therapy Now*, 7(2), 15-18. https://caot.in1touch.org/document/3880/OTNow_Mar_05.pdf
- Franz, S., Muser, J., Thielhorn, U., Wallesch, C. W., & Behrens, J. (2020, Juni). Interprofessionelle Kommunikation zwischen therapeutisch Pflegenden und anderen therapeutischen Berufsangehörigen (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) in der neurologischen

- Frührehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)*, 59(3), 149-156.
<https://doi.org/10.1055/a-1024-8271>
- Fuest K., & Schaller, S.J. (2019). Frühmobilisation auf der Intensivstation - Wie ist die Evidenz? *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin* (114), 759-764. <https://doi.org/10.1007/s00063-019-0605-4>
- Gupte, P., & Swaminathan, N. (2016, March). Nurse's perceptions of physiotherapists in critical care team: Report of a qualitative study. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 20(3), 141-145.
<https://doi.org/10.4103/0972-5229.178176>
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.).VS.
<https://doi.org/10.1007/978-3-531-91858-7>
- Helfferich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blaser (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2., vollständig überarb. und erweiterte Aufl., S.669-686).Springer VS.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4>
- Herridge, M. S., Tansey, C. M., Matté, A., Tomlinson, G., Diaz-Granados, N., Cooper, A., Guest, C. B., Mazer, C. D., Mehta, S., Stewart, T. E., Kudlow, P., Cook, D., Slutsky, A. S., & Cheung, A. M. (2011, April 7). Functional Disability 5 Years after Acute Respiratory Distress Syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 364(14), 1293-1304.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1011802>
- Höhl, B. (2016). Gütekriterien für qualitative Forschung. In Ritschl V., Weigl R., & Stamm, T. (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 127-135). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Hopkins, R. O., Suchyta, M. R., Kamdar, B. B., Darowski, E., Jackson, J. C., & Needham, D. M. (2017, Auguste). Instrumental Activities of Daily Living after Critical Illness: A Systematic Review. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(8), 1332-1343. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201701-059SR>
- Jakobsen, F. (2011). *Learning with, from and about each other: Outcomes from an interprofessional training unit* [Doctoral Dissertation, Faculty of Health Sciences Aarhus University Center for Medical Education].
https://www.fysio.dk/globalassets/documents/fafo/afhandlinger/phd/2011/phd_flemming_jakobsen_2011.pdf
- Joannidis, M., Klein, S. J., Metnitz, P., & Valentin, A. (2018, Februar). Vergütung intensivmedizinischer Leistungen in Österreich: Einsatz des LKF-Systems. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 113(1), 28-32. <https://doi.org/10.1007/s00063-017-0391-9>

- Jones, A. Y.-M. (2001). Intensive Care Physiotherapy — Medical Staff Perceptions. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 19(1), 9-16.
[https://doi.org/10.1016/S1013-7025\(09\)70018-1](https://doi.org/10.1016/S1013-7025(09)70018-1)
- Kayambu, G., Boots, R., & Paratz, J. (2015, May). Early physical rehabilitation in intensive care patients with sepsis syndromes: a pilot randomised controlled trial. *Intensive Care Medicine*, 41(5), 865-874.
<https://doi.org/10.1007/s00134-015-3763-8>
- Körner, M., & Bengel, J. (2004). Teamarbeit und Teamerfolg bei multi- und interdisziplinären Teams in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)*, 43(6), 348-357. <https://doi.org/10.1055/s-2004-828533>
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S., & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 31(4), 1-10.
<https://doi.org/10.3205/zma000932>
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, 1(2).
<https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1089>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12. überarb. Aufl.). Beltz.
- Mayring, P., & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blaser (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2., vollständig überarb. und erweiterte Aufl., S. 633-647). Springer VS.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4>
- McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice - a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 419-428.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00495.x>
- Morris, P. E., Goad, A., Thompson, C., Taylor, K., Harry, B., Passmore, L., Ross, A., Anderson, L., Baker, S., Sanchez, M., Penley, L., Howard, A., Dixon, L., Leach, S., Small, R., Hite, R. D., & Haponik, E. (2008, August). Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Critical Care Medicine*, 36(8), 2238-2243.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318180b90e>
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013, May 10). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11, 19. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- Nessizius S., & Rottensteiner, C. (2017). Frührehabilitation. In S. Nessizius, C. Rottensteiner, & P. Nydahl (Hrsg.), *Frührehabilitation in der Intensivmedizin-Interprofessionelles Management* (1. Auflage, S. 1-4). Elsevier.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD/European Union). (2020, Dezember). *Health at a Glance: Europe*

- 2020: *State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris.
<https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- Pandullo, S. M., Spilman, S. K., Smith, J. A., Kingery, L. K., Pille, S. M., Rondinelli, R. D., & Sahr, S. M. (2015, December). Time for critically ill patients to regain mobility after early mobilization in the intensive care unit and transition to a general inpatient floor. *Journal of Critical Care*, 30(6), 1238-1242. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.08.007>
- Perkhofer, S., Gebhart, V. & Tucek, G. (2016). Was ist qualitative Forschung? In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S.68-69). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Pohlman, M. C., Schweickert, W. D., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L., Spears, L., Miller, M., Franczyk, M., Deprizio, D., Schmidt, G. A., Bowman, A., Barr, R., McCallister, K., Hall, J. B., & Kress, J. P. (2010, November). Feasibility of physical and occupational therapy beginning from initiation of mechanical ventilation. *Crit Care Med*, 38(11), 2089-2094. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181f270c3>
- Rappold E., & Mathis-Edenhofer, S. (2020). *MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030*. Gesundheit Österreich, Wien.
https://www.arbeiterkammer.at/service/studien/gesundheitundpflege/MTD-Personalprognose_fuer_Oesterreich_bis_2030.html
- Reiter, D., Fülöp, G., Pochobradsky, E., Röthlin, F., & Stoppacher, A. (2020). *Rehabilitationsplan 2020*. Gesundheit Österreich, Wien.
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.742311&version=1611835415>
- Riessen, R., Tränkle, P., Schwabbauer, N., Wolf, K., & Haap, M. (2011). Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit auf der Intensivstation. *Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 48(5), 389-395.
<https://doi.org/10.1007/s00390-010-0242-x>
- Ritschl, V., Ritschl, H., Höhsl, B., Prinz-Buchberger B., & Stamm, T. (2016). Tab. 6.9 Unterschiede zwischen Einzelinterview und Fokusgruppe. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S.123). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Ritschl, V., & Stamm, T. (2016). Interpretative phänomenologische Analyse. In Ritschl V., Weigl R., & Stamm, T. (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 78). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Rogers, A. T., Bai, G., Lavin, R. A., & Anderson, G. F. (2017, December). Higher Hospital Spending on Occupational Therapy Is Associated With Lower Readmission Rates. *Medical Care Research and Review*, 74(6), 668-686. <https://doi.org/10.1177/1077558716666981>

- Ruin, S. (2017). Ansätze und Verfahren der Kategorienbildung in der qualitativen Inhaltsanalyse. In H. Aschebrock, & G. Stibbe. (Hrsg.), *Schulsportforschung – wissenschaftstheoretische und methodologische Reflexionen* (S. 119–134). Waxmann.
- Rydenfält, C., Borell, J., & Erlingsdottir, G. (2019). What do doctors mean when they talk about teamwork? Possible implications for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 33(6), 714-723.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1538943>
- Scheele, B., & Groeben, N. (1988). *Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien: die Heidelberger Struktur-Layout-Technik (SLT), konsuale Ziel-Mittel-Argumentation und kommunikative Flußdiagramm-Beschreibung von Handlungen*. Tübingen: Francke.
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-10293>
- Schreiber, A. F., Ceriana, P., Ambrosino, N., Malovini, A., & Nava, S. (2019, January). Physiotherapy and Weaning From Prolonged Mechanical Ventilation. *Respiratory Care*, 64(1), 17-25.
<https://doi.org/10.4187/respcare.06280>
- Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L., Spears, L., Miller, M., Franczyk, M., Deprizio, D., Schmidt, G. A., Bowman, A., Barr, R., McCallister, K. E., Hall, J. B., & Kress, J. P. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 373(9678), 1874-1882. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60658-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60658-9)
- Smith, E., & Mackenzie, L. (2011, August). How occupational therapists are perceived within inpatient mental health settings: the perceptions of seven Australian nurses. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(4), 251-260. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00944.x>
- Sommers, J., Engelbert, R. H., Dettling-Ihnenfeldt, D., Gosselink, R., Spronk, P. E., Nollet, F., & van der Schaaf, M. (2015, November). Physiotherapy in the intensive care unit: an evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommendations. *Clinical Rehabilitation*, 29(11), 1051-1063. <https://doi.org/10.1177/0269215514567156>
- Sosnowski, K., Lin, F., Mitchell, M. L., & White, H. (2015, November). Early rehabilitation in the intensive care unit: an integrative literature review. *Australian Critical Care*, 28(4), 216-225.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.05.002>
- Statistik Austria. (2021a). Österreichischer Zahlenspiegel - Dezember 2021.
https://www.statistik.at/web_de/services/oesterreichischerzahlenspiegel/index.html
- Statistik Austria. (2021b, 29. September). Bettennutzung in Krankenanstalten 2020 nach Fachabteilung und Bundesland. Abgerufen am 28. Februar 2021 von
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesu

[ndheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/index.html](#)

- Stiller, K. (2013, September). Physiotherapy in intensive care: an updated systematic review. *Chest Journal*, 144(3), 825-847. <https://doi.org/10.1378/chest.12-2930>
- Stucki, G., Stier-Jarmer, M., Gadomski, M., Berleth, B., & Smolenski, U. C. (2002, 8. Juli). Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 12(03), 134-145. <https://doi.org/10.1055/s-2002-32719>
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009, January). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 41-51. <https://doi.org/10.1080/13561820802338579>
- Wang, T. H., Wu, C. P., & Wang, L. Y. (2018, November). Chest physiotherapy with early mobilization may improve extubation outcome in critically ill patients in the intensive care units. *The Clinical Respiratory Journal*, 12(11), 2613-2621. <https://doi.org/10.1111/crj.12965>
- Weigl, R. (2016). Phänomenologie. In Ritschl V., Weigl R., & Stamm, T. (Hrsg.). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S.69-78). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Weinreich, M., Herman, J., Dickason, S., & Mayo, H. (2017, July). Occupational Therapy in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Occupational Therapy in Health Care*, 31(3), 205-213. <https://doi.org/10.1080/07380577.2017.1340690>
- Weltärztebund, World Medical Association (WMA). (2013, 27. November). *WMA Deklaration von Helsinki – Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen*. 64. WMA-Generalversammlung Fortaleza, Brasilien. <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>
- World Health Organization (WHO). (2017). *Rehabilitation in health systems*. World Health Organization. Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254506>
- Xyrichis, A., & Ream, E. (2008, January). Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 232-241. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x>
- Yeager, S. (2005, June). Interdisciplinary collaboration: the heart and soul of health care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17(2), 143-148. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2005.01.003>
- Zeppos, L., Patman, S., Berney, S., Adsett, J. A., Bridson, J. M., & Paratz, J. D. (2007). Physiotherapy in intensive care is safe: an observational study.

Australian Journal of Physiotherapy, 53(4), 279-283.
[https://doi.org/10.1016/s0004-9514\(07\)70009-0](https://doi.org/10.1016/s0004-9514(07)70009-0)

Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang 1 Studieninformation und Einwilligungserklärung	138
Anhang 2 Unbedenklichkeitsbescheid der Karl Landsteiner Privatuniversität	147
Anhang 3 Interviewleitfaden	148
Anhang 4 Prüfbogen	151
Anhang 5 Kodierleitfaden	152

Anhang 1 Studieninformation und Einwilligungserklärung

Studieninformation und Einwilligungserklärung

zur Teilnahme an der qualitativen Studie

Die Erfahrungen und Einstellungen des interdisziplinären Intensivteams zur Ergotherapie in der Frührehabilitation erwachsener Intensivpatient*innen

Durchführung von Einzelinterviews

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Ich lade Sie ein an der oben genannten Studie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen Gespräch.

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können ohne Angabe von Gründen bis zum Abschluss der Datenaufbereitung aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie haben keine nachteiligen Folgen für die weitere Zusammenarbeit.

Qualitative Studien sind notwendig, um Informationen über das persönliche Erleben, die Einstellungen und Erfahrungen von Personen zu einem bestimmten Sachverhalt gewinnen und daraus weitere Erkenntnisse gewinnen zu können. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer qualitativen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der qualitativen Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer*in an dieser Studie im Klaren sind.

Zu dieser Studie, sowie zur vorliegenden Studieninformation und Einwilligungserklärung, wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck der Studie?

Diese qualitative Studie wird als Abschlussarbeit der durchführenden Forscherin im Rahmen des Masterstudiums „Angewandte Gesundheitswissenschaften“ an der IMC Fachhochschule Krems durchgeführt. Der Zweck dieser Studie besteht darin, das Wissen über die Aufgaben und Kompetenzen der Ergotherapie, sowie die Bedeutung der Ergotherapie in der Frührehabilitation von erwachsenen Intensivpatient*innen aus der Sicht von Ärzt*innen und Intensivpflegepersonen an den fünf Intensivstationen am Universitätsklinikum St. Pölten anhand deren Einstellungen und Erfahrungen zu erheben.

Dieser Einblick in die individuellen Sichtweisen der Ärzt*innen und Pflegepersonen soll Aufschluss über die Erfahrungen beider Berufsgruppen in der Zusammenarbeit mit der Ergotherapie geben, als auch mögliche förderliche/hinderliche Einstellungen gegenüber dieser aufdecken. Dadurch können Erkenntnisse über die Bedeutung der Ergotherapie aus Sicht des Intensivteams gewonnen und Maßnahmen zu einer möglichen Verbesserung der Implementierung von Ergotherapie als Maßnahme der Frührehabilitation auf Intensivstationen gesetzt werden.

2. Wie läuft die klinische Studie ab?

Diese Studie wird an den fünf Intensivstationen am Universitätsklinikum St. Pölten durchgeführt, und es werden insgesamt ungefähr fünf Ärzt*innen und fünf Pflegepersonen daran teilnehmen.

Ihre Teilnahme an dieser Studie wird voraussichtlich 30 Minuten dauern.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Während dieser klinischen Studie werden im Zeitraum von Dezember 2021 bis Februar 2022 einmalig die folgenden Untersuchungen durchgeführt:

- Dezember 2021 – Jänner 2022: Es werden Ärzt*innen und Pflegepersonen, welche auf den Intensivstationen des Klinikums tätig sind, einmalig im Zuge von Einzelinterviews zu ihren Erfahrungen und Einstellungen mit der Ergotherapie im Intensivsetting befragt. Die Interviews werden von der Forscherin auf der jeweiligen Abteilung selbst oder nach Wunsch des*der Teilnehmers*in in den Räumlichkeiten des Klinischen Instituts für Physikalische Medizin und Rehabilitation am Universitätsklinikum St. Pölten durchgeführt. Die Interviews

werden mithilfe von elektronischen Diktiergeräten aufgezeichnet und im Anschluss verschriftlicht. Zusätzlich werden während des Interviews Notizen angefertigt.

- Februar 2022: Nach Verschriftlichung der Interviews werden die erstellten Transkripte an die jeweiligen Teilnehmer*innen übermittelt, mit der Bitte um Überprüfung und gegebenenfalls Korrektur ihrer Aussagen. Dadurch können Sie selbst nochmals überprüfen, ob Ihre Erfahrungen und Einstellungen korrekt wiedergegeben wurden.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser Studie irgendeinen Nutzen ziehen werden.

Allerdings können die Forschungsergebnisse dazu genutzt werden, die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf den Intensivstationen zu verbessern und damit eine bestmögliche Versorgung von erwachsenen Intensivpatient*innen im Rahmen der Frührehabilitation zu gewährleisten.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Es gibt keine Risiken, Beschwerden oder Begleiterscheinungen, die durch die Teilnahme an den Interviews entstehen können.

5. Wann wird die Studie vorzeitig beendet?

Sie können Ihre Teilnahme aus der Studie bis zum Beginn der Datenauswertung ohne Angabe von Gründen jederzeit zurückziehen ohne dass dabei Nachteile für Sie entstehen. Danach ist ein Ausscheiden aus der Studie nicht mehr möglich, da jegliche Daten, welche einen Rückschluss auf Ihre Person möglich machen würden, nach Abschluss der Verschriftlichung der Interviews sowie Ihrer Rückmeldung zum Transkript, vernichtet werden. Dadurch liegt eine vollständige Anonymisierung vor.

Die Forscherin wird Sie über alle neuen Erkenntnisse, die in Bezug auf diese Studie bekannt werden, und für Sie wesentlich werden könnten, umgehend informieren.

Es ist aber auch möglich, dass die Forscherin entscheidet, Ihre Teilnahme an der Studie vorzeitig zu beenden, ohne vorher Ihr Einverständnis einzuholen. Die Gründe hierfür können sein:

- a) Sie können den Erfordernissen der Studie nicht entsprechen;
- b) Die Forscherin hat den Eindruck, dass eine weitere Teilnahme an der Studie nicht in Ihrem Interesse ist;
- c) Die Forscherin bricht das Masterstudium und damit diese qualitative Studie als Abschlussarbeit ab.

10. Datenschutz

Sofern gesetzlich nicht etwas anderes vorgesehen ist, haben nur die Forscherin und deren unmittelbar in die Studie involvierte Betreuungspersonen Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. Diese Personen unterliegen der Schweigepflicht.

Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken und Sie werden ausnahmslos nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen oder Präsentationen der Daten dieser Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

Bei den Daten, die über Sie im Rahmen dieser Studie erhoben und verarbeitet werden, ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen

- 1) jenen personenbezogenen Daten, anhand derer Sie direkt identifizierbar sind (z.B. Name, Beruf, Abteilung...),
- 2) pseudonymisierten (verschlüsselten) personenbezogenen Daten, bei denen alle Informationen, die direkte Rückschlüsse auf Ihre Identität zulassen, durch einen Code (z. B. eine Zahl, ein Buchstabe) ersetzt werden. Dies bewirkt, dass die Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen und ohne unverhältnismäßig großen Aufwand nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können und
- 3) anonymisierten Daten, bei denen eine Rückführung auf Ihre Person nicht mehr möglich ist.

Der Code zur Verschlüsselung wird von den verschlüsselten Datensätzen streng getrennt und verschlüsselt am Computer der Forscherin aufbewahrt. Dieses Schlüsseldokument wird nur bis zum Beginn der Datenauswertung aufbewahrt, um Ihnen eine schriftliche Kopie Ihres Interviewtransskripts zukommen lassen zu können, zu welchem Sie Rückmeldung geben

können. Nachdem Sie die verschriftlichte Form des Interviews freigegeben haben, wird das zugehörige Schlüsseldokument zur Identifikation Ihrer Person vernichtet und damit jeglicher Versuch eines Rückschlusses auf Ihre Person nicht mehr möglich.

Zugang zu Ihren nicht verschlüsselten Daten haben die Forscherin und die unmittelbar in die Studie involvierten Betreuungspersonen, sofern dies erforderlich ist. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt. Zusätzlich können autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Beauftragte von in- und/oder ausländischen Gesundheitsbehörden und jeweils zuständige Ethikkommissionen, in die nicht verschlüsselten Daten Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Studie notwendig bzw. vorgeschrieben ist.

Eine Weitergabe der Daten erfolgt nur in verschlüsselter oder anonymisierter Form. Auch für etwaige Publikationen werden nur die verschlüsselten oder anonymisierten Daten verwendet.

Sämtliche Personen, die Zugang zu Ihren verschlüsselten und nicht verschlüsselten Daten erhalten, unterliegen im Umgang mit den Daten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie den österreichischen Anpassungsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung.

Im Rahmen dieser qualitativen Studie ist keine Weitergabe von Daten in Länder außerhalb der EU vorgesehen.

Sie können Ihre Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten bis zum Beginn der Datenauswertung jederzeit widerrufen. Nach Ihrem Widerruf werden keine weiteren Daten mehr über Sie erhoben. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten können allerdings weiter im Rahmen dieser Studie verwendet werden.

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben haben Sie außerdem, sofern dies nicht die Durchführung der Studie voraussichtlich unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt, das Recht auf Einsicht in die Ihre Person betreffenden Daten und die Möglichkeit der Berichtigung, falls Sie Fehler feststellen.

Sie haben auch das Recht, bei der österreichischen Datenschutzbehörde eine Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten einzubringen (www.dsb.gv.at).

Die voraussichtliche Dauer dieser qualitativen Studie beträgt 12 Monate (Juni 2021 – Juni 2022). Die Dauer der Speicherung Ihrer Daten über das Ende der qualitativen Studie hinaus ist durch Rechtsvorschriften geregelt.

Jegliche digitale und handschriftliche Aufzeichnungen in Zusammenhang mit der qualitativen Studie werden verschlüsselt und verschlossen von der Forscherin aufbewahrt und für den Fall einer Publikation zu einem späteren Zeitpunkt für eine vorgeschriebene Dauer von mindestens zehn Jahren aufbewahrt.

Falls Sie Fragen zum Umgang mit Ihren Daten in dieser Studie haben, wenden Sie sich an die Forscherin, Jasmin Poschmaier; 13IMC10109@fh-krems.ac.at.

11. Entstehen für die Teilnehmer Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Durch Ihre Teilnahme an dieser qualitativen Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten.

Sie erhalten keinen Kostenersatz und keine Vergütung für Ihre Teilnahme an der Studie.

12. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser qualitativen Studie stehen Ihnen die Forscherin sowie deren Betreuerin gern zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Teilnehmer*in an dieser Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet. Sobald allgemeine Ergebnisse dieser Studie vorliegen, können Sie ebenfalls darüber informiert werden, falls Sie dies wünschen.

Name der Forscherin

Jasmin Poschmaier, BSc.

Ständig erreichbar unter:

Telefon: 0699/11909790

E-Mail: 13IMC10109@fh-krems.ac.at

Anhang

Name der Betreuerin und Vorgesetzten

Prim. Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Karin Pieber

Leitung Klinisches Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation

Ständig erreichbar unter:

Universitätsklinikum St. Pölten – Lilienfeld

Standort St. Pölten

Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften

Dunant-Platz 1, 3100 St. Pölten

Telefon: 02742 9004-23470

E-Mail: karin.pieber@stpoelten.lknoe.at

13. Einwilligungserklärung zum Interview

Studie: „Die Erfahrungen und Einstellungen des interdisziplinären Intensivteams zur Ergotherapie in der Frührehabilitation erwachsener Intensivpatient*innen“

Interviewerin:

Interviewdatum:

Name der*des Teilnehmers*in (in Blockbuchstaben):

Geb.Datum:

Ich erkläre mich hiermit dazu bereit, im Rahmen der oben genannten qualitativen Studie, an einem Interview teilzunehmen.

Ich bin von Frauausführlich und verständlich über die Studie, mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Ziel, Bedeutung und Ablauf der Studie, sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Studieninformation und Einwilligungserklärung, die insgesamt 8 Seiten umfasst gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir von der Forscherin verständlich und ausreichend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Beim Umgang der im Rahmen der qualitativen Studie erhobenen Daten werden die geltenden Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie des österreichischen Datenschutzgesetz (DSG) beachtet. Alle Personen, die auf Grund ihrer beruflichen Tätigkeit Zugang zu diesen Daten haben, sind - unbeschadet anderer gesetzlicher Verpflichtungen – zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Ich stimme zu, dass meine im Rahmen und zum Zweck dieser Studie ermittelten personenbezogenen Daten (Name, Beruf, Abteilung, Berufserfahrung) verarbeitet werden und ausschließlich für Zwecke dieser Studie zunächst in pseudonymisierter Form mittels einer Identifikationsnummer gespeichert werden. Zugang zu diesen verschlüsselten sowie meinen per-

Anhang

sonenbezogenen Daten haben nur die Forscherin und ihre Betreuungspersonen. Nach Verschriftlichung der Interviews und meiner erfolgten Freigabe des angefertigten Transkripts werden jegliche pseudonymisierte Daten gelöscht und somit umgehend anonymisiert.

Mir ist bekannt, dass zur Überprüfung der Richtigkeit der Datenaufzeichnung Beauftragte der zuständigen Behörden und der Ethikkommissionen bei der Forscherin Einblick in die Daten nehmen dürfen.

Mir ist auch bekannt, dass ich meine Zustimmung zur Datenverwendung ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen bis zum Beginn der Datenauswertung widerrufen kann, wobei ein Widerruf grundsätzlich die Unzulässigkeit der weiteren Verwendung der Daten bewirkt, sofern nicht andere gesetzliche Vorschriften oder überwiegende berechnigte Interessen die Datenverwendung weiterhin zulässig machen.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine im Rahmen dieser qualitativen Studie erhobenen Daten wie im Abschnitt „Datenschutz“ dieses Dokuments beschrieben, verwendet werden.

Eine Kopie dieser Studieninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Forscherin.

.....

(Datum und Unterschrift des*der Teilnehmers*in)

.....

(Datum, Name und Unterschrift der verantwortlichen Forscherin)

Anhang 2 Unbedenklichkeitsbescheid der Karl Landsteiner Privatuniversität



**KOMMISSION FÜR SCIENTIFIC INTEGRITY
UND ETHIK**
Univ.-Prof. Dr. Franz Trautinger
Vorsitzender
ethikkommission@kl.ac.at

BESTÄTIGUNG/CERTIFICATE

Krems an der Donau, 28.08.2021

Projekttitel/*Project Title*: Die Erfahrungen und Einstellungen des interdisziplinären Intensivteams zur Ergotherapie in der Frührehabilitation erwachsener Intensivpatient*innen

Projektnummer/*Project Number*: 1079/2021

Die Stellungnahme der Kommission erfolgte aufgrund folgender eingereichter Unterlagen:
The Commission's statement was based on the following submitted documents:

Dokument	Version	Datum
<i>Document</i>	<i>Version</i>	<i>Date</i>
Antragsformular 1079/2021	2	16.08.2021
Studieninformation + Einwilligungserklärung	1	12.08.2021
Poschmaier_Jasmin_Exposé_ETHIK	1	01.06.2021
Selbsteinschätzung nicht ethikkommissionspflichtiger Kriterien	1	12.08.2021

Der Antrag wurde formal geprüft und festgestellt, dass entsprechend den Kriterien* der Kommission für Scientific Integrity und Ethik der Karl Landsteiner Privatuniversität eine weitere Begutachtung durch die Kommission nicht erforderlich ist.

Es bestehen keine medizinethischen Bedenken gegen die Durchführung der Studie und die Kommission wünscht den Antragstellern viel Erfolg bei ihrem Forschungsvorhaben.

The project was formally examined, and it was found that in accordance with the criteria of the Commission for Scientific Integrity and Ethics of the Karl Landsteiner Private University a further review by the commission is not required.*

There are no medical ethical concerns about the conduct of the project and the Commission wishes the applicants every success with their research.

Univ.-Prof. Dr. Franz Trautinger
Vorsitzender/*Chairman*

*Kriterien für einen Entfall der Begutachtungspflicht eines Projektes durch die Ethikkommission:
(i) Vollständige Anonymisierung
(ii) Keine Erfassung gesundheitsbezogener Daten
(iii) Kein Einschluss von Patientinnen/Patienten (d.h. Probanden, die aufgrund einer bestimmten Erkrankung als Studienteilnehmer ausgewählt werden)
(vi) Kein Einschluss von Probanden aus vulnerablen Gruppen im Sinne der Helsinki-Deklaration

* Criteria for waiving the obligation to submit a project for review by the ethics committee:
(i) Complete anonymization
(ii) No collection of health-related data
(iii) No inclusion of patients (i.e. subjects who are selected as study participants due to a specific medical condition)
(vi) No inclusion of persons from vulnerable groups as defined in the Helsinki Declaration

KARL LANDSTEINER PRIVATUNIVERSITÄT
FÜR GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN GmbH
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
A-3500 Krems an der Donau

T: +43 2732 72090-0
F: +43 2732 72090-500
office@kl.ac.at
www.kl.ac.at

Landesgericht Krems an der Donau
FN 383169 I
DVR 4009896
UID-Nr. ATU 67837709

- Information und Aufklärung
- Unterzeichnung der Informierten Einverständniserklärung
- Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?
- Wie lange sind Sie bereits im Intensivbereich tätig?
- Auf welcher Intensivstation arbeiten Sie und seit wann sind Sie dort tätig?

148

Teil 2: Wissen über ergotherapeutische Kompetenzen und Aufgaben Welche ergotherapeutischen Interventionen kennen Sie bzw. welche verbinden Sie mit der Ergotherapie?	Vorstellungen, Überzeugungen Ergotherapeutische Interventionen Kernaspekte der Ergotherapie Aufgaben und Kompetenzen der Ergotherapie	Welche Vorstellungen haben Sie von der Ergotherapie? Welche Aufgaben und Kompetenzen hat die Ergotherapie Ihrer Meinung nach in der Behandlung von erwachsenen Intensivpatient*innen?	Was kommt Ihnen als Erstes in den Sinn, wenn Sie an Ergotherapie denken? →Frage nach Interventionen Entspricht dies dem was Sie von der Ergotherapie auf der Intensivstation erleben?
Teil 3: Bedeutung der ET für die Frührehabilitation „Frührehabilitation“ ist die „frühestmöglich einsetzende Kombination aus akutmedizinischer und rehabilitationsmedizinischer Behandlung von Krankenhauspatienten. Hauptziel dieser ist Wiederherstellung der körperlichen und mentalen Funktionen der Patienten und somit der Vermeidung bleibender Beeinträchtigungen nach einem Intensivaufenthalt. Wie wichtig ist in diesem Zusammenhang die frühestmöglich einsetzende Ergotherapie in der Behandlung von Intensivpatient*innen?	Persönliche Meinungsäußerung Professioneller Standpunkt Interdisziplinarität (Haltung hierzu)	Welche Voraussetzungen sollte Ihrer Meinung nach ein Patient*in mitbringen um einer Ergotherapie zugewiesen zu werden? Welche Vorteile bringt Ihrer Meinung nach eine frühzeitige ergotherapeutische Behandlung für die Intensivpatient*innen?	

Teil 4: Zusammenarbeit/Beziehung Es braucht eine effektive Zusammenarbeit aller beteiligter Professionen, um bestmögliche Versorgung gewährleisten zu können. Wie wichtig ist Ihnen die ergotherapeutische Profession als Teil des interdisziplinären Teams zur Versorgung von Intensivpatient*innen?	Kommunikation/Austausch Informeller/Formeller Umgang mit Ergotherapie Position/Stellenwert im Team	Wie sieht Ihre Zusammenarbeit mit der Ergotherapie am Patienten*in aus z.B.: beim Lagern, Essen, Pflegetätigkeiten etc.? Wie häufig und in welchem Ausmaß stehen Sie im Austausch mit Kolleg*innen der Ergotherapie?	Wie wichtig ist Ihnen die Zusammenarbeit mit der ET? Können Sie mir ein konkretes Beispiel Ihrer Zusammenarbeit beschreiben? Fehlende Zusammenarbeit oder Missstände in dieser: Woran könnte das liegen? Können Sie näher darauf eingehen?
---	---	--	---

ABSCHLUSS:

- Wollen Sie zum Schluss noch etwas anmerken oder ergänzen, was nicht angesprochen wurde?

Anhang 4 Prüfbogen

PRÜFBOGEN

Name	E-Mail (für Übermittlung des Transkripts)
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Berufsgruppe	☐ Ärztlicher Dienst ☐ Pflege
Berufserfahrung in Jahren (Intensivbereich)	
Zugehörige Station	

Kontaktaufnahme erfolgt am:

- Über: ☐ Telefon
☐ Persönlich (auf der Station)
☐ E-Mail
☐ Weiterempfehlung

Überprüfung der Einschlusskriterien:

Ärztliches Personal	Pflegepersonen
Tätigkeit auf der jeweiligen Intensivstation seit mindestens 6 Monaten	Tätigkeit auf der jeweiligen Intensivstation seit mindestens 6 Monaten
Abgeschlossene Facharztausbildung in der Anästhesiologie und Intensivmedizin	Diplomierte*r Gesundheits- und Krankenpfleger*innen oder abgeschlossenes Bachelorstudium in der Gesundheits- und Krankenpflege mit Sonderausbildung in der Intensivpflege
Mindestens 1 Jahr Berufserfahrung im Intensivbereich	Mindestens 1 Jahr Berufserfahrung im Intensivbereich

Studieninformation + Einwilligungserklärung übermittelt: ☐

Interviewtermin:

Aufklärung erfolgt + Einwilligungserklärung unterzeichnet: ☐

Interview transkribiert: ☐

Transkript an TN übermittelt: ☐

Rückmeldung zum Transkript erhalten: ☐

Anhang 5 Kodierleitfaden

Kategorie	Definition	Unterkategorie	Ankerbeispiele	Kodierregeln
OK1: Berufsbild der Ergotherapie	Vorstellungen und Erwartungen über das Berufsbild der Ergotherapie - im Setting der Intensivstation - auch aus anderen Fachbereichen Die Ergotherapie als Teil der Frührehabilitation beschreiben. Bekanntheitsgrad der Ergotherapie bei den Teilnehmer*innen - Kenntnis über die Berufsgruppe der Ergotherapie auf der Intensivstation - Generelle Bekanntheit der Berufsgruppe als Gesundheitsberuf	UK1.1.: Bekanntheitsgrad UK1.2: Fehlerhaftes bzw. mangelhaftes Wissen UK1.3: Verwechslung mit Aufgabenbereichen anderer Berufsgruppen UK1.4.: Beitrag zur Frührehabilitation	„Ich glaube, es geht um schon viel Hände, aber so Fähigkeiten im Alltag, die man braucht. Kochlöffel oder Löffel halten, sowas zum Beispiel“ (IA1, Z. 52-54) „...,ich weiß eigentlich nicht genau, was Ergotherapeuten machen“ (IA1, Z.47-48)	Die Äußerungen über die Profession der Ergotherapie beziehen sich auf - subjektive Vorstellungen über das, was Ergotherapie ist bzw. sein und tun könnte (Ansätze, Konzepte) - Wissen und Kenntnisse über ergotherapeutische Maßnahmen, Materialien etc. - die Bekanntheit als Gesundheitsberuf im Setting der Intensivstation und darüber hinaus - den Beitrag zur (Früh-)rehabilitation von Intensivpatient*innen und deren Implementierung
OK2: Wirksamkeit der ergotherapeutischen Behandlung	Wahrgenommene Ergebnisse oder Veränderungen bei den Patient*innen werden beschrieben, d.h.: - Erzählungen oder Erfahrungen aus der täglichen Praxis mit	UK2.1.: Funktionelle Verbesserungen der Patient*innen UK2.2.: Vergleich mit anderen Behandlungsformen	„Also dass hin und wieder schon die Erfolge auch mitgeteilt werden und dann hergezeigt werden. Also gerade bei jungen Schädel-Hirntrauma-Patienten, ja, wo man dann	Diese Kategorie umfasst Textstellen welche - Aussagen über Therapieerfolge und Funktionen der Patient*innen mit Ergotherapie betreffen.

	Patient*innen, welche Ergotherapie bekommen haben - über den Vergleich mit anderen Therapien oder Behandlungsformen Effektivität der Ergotherapie Alles was die Behandlung von Patient*innen betrifft.		sieht, das bringt was“ (IA2, Z. 33-35) „Dass bisher noch zu wenig Erfolg gesehen wurde, wahrscheinlich. Was das bringen kann überhaupt“ (IA3, Z. 228-229) „Weil manchmal bei der Pflege, muss man sagen, lassen sie sich schon gern bisschen bedienen und die Ergotherapie fordert ihn dann doch eher und man sieht dann, okay, eigentlich würde da schon ein bisschen mehr gehen“ (IP2, Z. 22)	- Vorteile/ Nachteile einer Ergotherapie für Patient*innen bzw. bestimmte Diagnosegruppen
OK3: Kommunikation/Austausch	Jegliche Kommunikation (formell und/oder informell) in mündlicher und/oder schriftlicher Form - mit Kolleg*innen der Ergotherapie - über die Ergotherapie mit anderen Berufsgruppen im Setting der Intensivstation zum Zweck des Informationsaustausches inklusive Inhalte der Kommunikation.	UK3.1.: Kommunikation mit anderen Berufsgruppen UK3.2.: Kommunikationsaustausch UK3.3.: Relevante Informationen	„Das ist vielleicht gleich ein Wunsch an der Stelle, dass die Ergotherapeutinnen vielleicht manchmal ein bisschen mehr Rückmeldung geben“ (IA2, Z. 50-52) „Wir haben einmal in der Woche eine Visite mit der physikalischen Medizin, da kommen alle Therapeuten, die hier auf der Station arbeiten und die Leitung von der Physikalischen, wir	Aussagen über die Art und Weise des Arbeitens mit der Ergotherapie gehören zur OK4: Zusammenarbeit Hier gehören alle Textstellen hin, welche sich mit Kommunikation unter- oder übereinander befassen. Dabei werden sowohl Aussagen über den Ist- als auch einen gewünschten Soll-Zustand zugeordnet. Auch Inhalte und

	Beschreibung der Kommunikationsform als auch das konkrete Ausmaß werden angegeben, z.B.: Besprechungen einmal wöchentlich. Vorstellungen über gewünschte Form und Ausmaß der Kommunikation bzw. des Informationsaustausches		besprechen kurz die Patienten durch“ (IA3, Z. 254-256)	Informationen die dabei besprochen oder benötigt werden. Organisatorische Maßnahmen in Zusammenhang mit der Ergotherapie sind nicht dieser Kategorie zuzuordnen.
OK4: Zusammenarbeit/interprofessionelle Beziehungen	Position der Ergotherapie innerhalb des Teams auf der Intensivstation - Einschätzung der zwischenmenschlichen Beziehung zu den Ergotherapeut*innen - Bezug zu anderen Berufsgruppen im Intensivsetting - Vergleich mit anderen Berufsgruppen Ist-Stand der vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Zusammenarbeit, aber auch eine mögliche gewünschte Zusammenarbeit - Kontakt- und Berührungspunkte mit der Ergotherapie in der Arbeitssituation	UK4.1.: Vergleich mit Physiotherapie UK4.2.: Übernahme von Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen UK4.3.: Organisatorische Abläufe UK4.4.: Direkte Zusammenarbeit an Patient*innen	„Also vom Stellenwert her, halte ich die Physiotherapie für höherrangig“ (IA3, Z. 160) „So der direkte Kontakt mit der Ergotherapie ist für mich halt eher beim Patienten. Dass wir dann uns am Patienten eigentlich treffen und die Hintergrundeinteilung schon passiert ist oft“ (IP4, Z.65-67) „Also dieses Ausmachen, dieses Fixieren von Terminen, finde ich gut, weil man halt Pflege gezielt hinarbeiten kann und einen Zeitpunkt hat, an dem man sich festhalten kann“ (IP2, Z. 60)	Die Textstellen, welche dieser Kategorie zugeordnet werden, enthalten Aussagen über: - Das gemeinsame Arbeiten direkt an Patient*innen - Maßnahmen/Vorkehrungen, die in Zusammenhang mit bzw. für die Ergotherapie gesetzt werden - Verfolgen gemeinsamer Zielsetzungen - Umsetzung ergotherapeutischer Empfehlungen für Patient*innen - Das kollegiale Miteinander und den Umgang mit der Ergotherapie

	Organisation, Vorbereitung und Unterstützung von Abläufen an oder um Patient*innen in Zusammenhang mit der Ergotherapie.			- Der Stellenwert der Ergotherapie im Vergleich zu anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen
OK5: Wahrnehmungen und Einstellungen	Positive, neutrale oder negative Aussagen über die Ergotherapie auf der Intensivstation Wertehaltungen stellvertretend für die jeweilige Berufsgruppe aussprechend Persönliche Meinungsäußerung und Standpunkt zur Ergotherapie wird dargelegt	UK1: Positive Einstellungen UK2: Selbstwahrnehmung/-reflexion UK3: Negative Einstellungen	„Intensivmedizin da hat die Ergo oft nicht wirklich Platz“ (IA3, Z. 59-60) „wenn ich es mal ganz plakativ sage, es ist auf jeden Fall eine Form der Beschäftigung“ (IA3, Z. 187-188) „Ich freue mich immer, wenn ich höre, dass jemand Ergotherapie bekommt oder dass jemand von euch da ist“ (IA1, Z. 5-6) „ich bin zufrieden mit allem, was da passiert“ (IA4, Z. 340) „auch an unserer eigenen Wahrnehmung, dass wir euch oft auch vergessen quasi“ (IP3, Z. 117-118)	Die Textstelle muss eindeutig einer Wertehaltung gegenüber der Ergotherapie zugeordnet werden können z.B.: in Form von geäußerten Gefühlen wie Freude oder Ablehnung Unter negativen Einstellungen werden Stereotypen, Vorurteile, Missverständnisse und eine ablehnende Haltung gegenüber der Ergotherapie verstanden. Unter Selbstwahrnehmung/-reflexion fallen jene Textstellen in welchen die Befragte klare Äußerungen über sich selbst, ihre Werte, Meinungen und Hintergründe anstellen. Die Position der Ergotherapie innerhalb des Intensivteams

				und in Beziehung zu anderen Professionen auf der Station gehört zur OK4.
OK6: Sichtbarkeit und Verfügbarkeit	Die Präsenz der Ergotherapie auf der Station und Wahrnehmung dieser. Vorhandene/nicht vorhandene Ressourcen für Ergotherapie im System auf organisatorischer Ebene (persönlich, zeitlich) Institutionelle und das Gesundheitssystem betreffende Gegebenheiten Ergotherapeutischer Bedarf auf der Station: - Deckung des Bedarfs möglich/nicht möglich - Umgang mit bestehendem Bedarf	UK6.1.: Präsenz auf der Intensivstation UK6.2.: Ressourcen UK6.3.: Systemische Ebene (Gesundheitssystem, Institution)	„Die Ergotherapeutinnen, die versäume ich meistens. Muss ich sagen. Da kriege ich die Arbeit meistens nicht mit, die sie tun“ (IA2, Z. 7-8) „ich weiß, dass schon das etwas ist, was immer wieder Überwindung kostet, sich die Zeit zu nehmen, weil einfach Zeit, Ressourcen, Energie sehr eng gesteckt sind“ (IA3, Z. 256-258)	Aussagen, welche sich auf die physische Anwesenheit der Ergotherapeut*innen auf der Intensivstation beziehen. Aussagen über die Verfügbarkeit der Ergotherapie: - Vorhandene Kapazitäten für den ergotherapeutischen Bedarf auf der Station Textstellen, welche sich auf Ressourcen der Ergotherapie und/oder der Station selbst beziehen: - Zeitlich - Personell - Finanziell - Physisch (Hilfsmittel, Geräte etc.) Aussagen über die Institutions- und Versorgungspolitik Aussagen über das Gesundheitssystem, die Institution, Abteilung und die Umsetzung der Ergotherapie innerhalb dieser

				Aussagen über persönliche Ressourcen, Meinungen, Werte etc. fallen unter OK5.
OK7: Zuweisung zur Ergotherapie	(Kontra-)Indikationen für eine ergotherapeutische Behandlung seitens der Patient*innen (Wer braucht ET/Wer nicht) Zeitpunkt der ergotherapeutischen Zuweisung Initiierung der Ergotherapie: - Empfehlung - Ausschreibung	UK1: Zuständigkeit/Verantwortung UK2: Zeitpunkt für Ergotherapie UK3: Voraussetzungen der Patient*innen UK4: Kontraindikationen	„die Physikalische schreibt das aus, wenn es sinnvoll ist für wen“ (IA1, Z. Pos. 8-9) „aber in einer sehr heiklen neurologischen Phase sind, in der Spasmusphase, die SABs, da ist Ergo wahrscheinlich nicht sinnvoll und möglicherweise kontraindiziert“ (IA3, Z. 164-166)	Es werden Kriterien bzw. Voraussetzungen oder Kontraindikationen für eine ergotherapeutische Behandlung aus der Patient*innensicht beschrieben. Aussagen über den Zeitpunkt der Zuweisung z.B.: erster postoperativer Tag, frühestmöglich (zeitliche Angabe) Alle Aussagen den Prozess der ergotherapeutischen Zuweisung betreffend (auf der Station geltende Vorgehensweisen): - Idee einer möglichen Zuweisung (Von wem kommt die Empfehlung) - Ausschreibung selbst (Wer schreibt aus?)