

**ERFAHRUNGEN VON DIÄTOLOG*INNEN IN
PRIMÄRVERSORGUNGSZENTREN
HINSICHTLICH DER INTERDISZIPLINÄREN
ZUSAMMENARBEIT**

MASTERARBEIT

eingereicht an der
IMC Fachhochschule Krems



University of
Applied Sciences
Krems

**Fachhochschul-Masterstudiengang
*Angewandte Gesundheitswissenschaften***

von

Alexandra FEILMAYR, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science in Health Studies (MSc)

Betreuerin: Prof. (FH) Jessica Janssen, PhD, MSc, BH

Eingereicht am 19.05.2024

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: 19.05.2024

Alexandra Feilmayr

Unterschrift

Vorwort

„Interdisziplinarität ist der Schlüssel zur Beantwortung der Zukunftsfragen. Denn die Welt ist zu komplex geworden, um nur aus einer Sichtweise erklärbar zu sein.“

- Azra Akšamija -

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, welche mich bei der Erstellung dieser Masterarbeit unterstützt haben. Ein besonderer Dank geht an meine Betreuerin Frau Prof. (FH) Jessica Janssen, PhD, MSc, BH für die fachliche Unterstützung und stets hilfreichen Inputs den gesamten Forschungsprozess über. Vielen Dank, dass Sie mich immer wieder auf den richtigen Weg geleitet haben!

Ebenso bedanke ich mich herzlich bei allen Interviewteilnehmer*innen, deren freiwillige Teilnahme diese Masterarbeit erst möglich gemacht hat. Abschließend möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freund*innen für die Unterstützung während des gesamten Masterstudiums bedanken.

Abstract Deutsch

Einleitung: In Österreich werden überdurchschnittlich viele Leistungen in Krankenhäusern erbracht. Die aktuell geförderten Primärversorgungszentren können die sekundäre Versorgungsebene entlasten. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen in diesen Zentren ergibt sich für die Patient*innen eine Vielzahl an Vorteilen. Da die Ernährung Einfluss auf viele Erkrankungen nimmt, ist die Einbindung der Diätologie in die Primärversorgung wesentlich. Ziel dieser Forschung ist es, die Erfahrungen von Diätolog*innen in Primärversorgungszentren hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit zu identifizieren.

Design und Methode: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Design, die Phänomenologie, gewählt. Es wurden halbstrukturierte leitfadengestützte Expert*inneninterviews mit Diätolog*innen in Primärversorgungszentren durchgeführt. Die gewonnenen Daten wurden transkribiert und anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker analysiert.

Ergebnisse: Die Forschung konnte aufzeigen, wie die Berufsgruppen in den Primärversorgungszentren miteinander kommunizieren und wie der allgemeine Umgang im Team ist. Weiters konnten Wege zur Kommunikationsförderung sowie Kommunikationsbarrieren eruiert werden und die Wichtigkeit des Wissens über die eigenen fachlichen Kompetenzen wurde deutlich. Um erfolgreich interdisziplinär arbeiten zu können, braucht es Eigeninitiative, Kommunikationsfähigkeit und ein ausreichendes Rollenverständnis der unterschiedlichen Berufsgruppen.

Diskussion: Regelmäßiger Austausch und eine gute Beziehungsebene sind essenzielle Faktoren für eine erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit. Aus Zeitmangel ist die Umsetzung in der Praxis oft erschwert. Es braucht also das Erschaffen idealer struktureller Rahmenbedingungen, die den Austausch ermöglichen.

Schlussfolgerung: Grundsätzlich ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit erfolgreich, sie weist dennoch Optimierungsbedarf auf. Zukünftige Forschung könnte sich darauf fokussieren, die Wünsche der Gesundheitsberufe dahingehend zu eruieren.

Schlüsselwörter: Primärversorgungszentrum, Primärversorgung, Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Interdisziplinarität, Diätologie

Abstract English

Introduction: In Austria, an above-average number of services are provided in hospitals. However, the primary healthcare centers, which are currently promoted, hold the potential to relieve the secondary level of care. The interdisciplinary collaboration between different healthcare professionals is not just advantageous but essential for patient care. As nutrition has an influence on many diseases, the integration of dietitians into primary care is essential. The aim of this study is to identify the experiences of dietitians working in primary healthcare centers concerning the interdisciplinary collaboration.

Design and methodology: A qualitative design, the phenomenology, was chosen to answer the research question. Semi-structured guideline-based expert interviews were conducted with dietitians in primary healthcare centers. The collected data was transcribed and then analyzed using the qualitative content analysis following the method of Kuckartz and Rädiker.

Findings: The research was able to demonstrate the communication patterns and team dynamics among healthcare professionals in primary healthcare centers. Furthermore, strategies to enhance communication and overcome barriers were identified and the importance of knowing one's own professional skill became clear. Successful interdisciplinary work requires self-initiative, communication skills and a sufficient understanding of the roles of the different professional groups.

Discussion: Regular exchange and a good relationship are essential factors for successful interdisciplinary collaboration. However, in practice, these are often hindered by a lack of time. Therefore, it is crucial to establish ideal structural conditions that not only facilitate but also encourage this exchange.

Conclusion: While interdisciplinary collaboration is successful in principle, there is still room for optimization. Future research could focus on identifying the specific needs and desires of healthcare professionals in this regard.

Key Words: primary healthcare center, primary healthcare, interdisciplinary collaboration, interdisciplinarity, dietetics

Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung	I
Vorwort	II
Danksagung.....	III
Abstract Deutsch	IV
Abstract English	V
Inhaltsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
Abkürzungsverzeichnis	X
1 Einleitung.....	1
1.1 Primär- Sekundär- und Tertiärversorgung	3
1.2 Primärversorgungseinheiten.....	4
1.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	7
1.4 Literaturübersicht und Stand der Forschung	13
1.5 Forschungsfrage und -ziel	16
2 Methodik	17
2.1 Studiendesign	17
2.2 Methode der Stichprobengewinnung	18
2.3 Methode der Datensammlung	20
2.4 Methode der Datenanalyse	23
2.5 Einhaltung der Gütekriterien.....	26
2.6 Ethik und Datenschutz.....	28
3 Ergebnisse.....	30
3.1 Darstellung der Stichprobe	30
3.2 Darstellung der Ergebnisse	31
3.3 Initiative zum Austausch.....	33
3.4 Wissensintegration	40
3.5 Reflexion der eigenen Fachdisziplin	43
3.6 Zielgruppenspezifische Kommunikation	45
3.7 Kolleg*innen	49
4 Diskussion	56
4.1 Beantwortung der Forschungsfrage	56
4.2 Diskussion der Ergebnisse	56
4.3 Diskussion der Methodik	72

4.4	Limitationen.....	76
4.5	Implikationen.....	78
5	Schlussfolgerung.....	80
	Literaturverzeichnis.....	81
	Anhang.....	92
Anhang A	[Suchstrategie].....	93
Anhang B	[PRISMA Flow Diagramm].....	94
Anhang C	[Rekrutierungstext].....	95
Anhang D	[Interviewleitfaden].....	96
Anhang E	[Einwilligungserklärung].....	99
Anhang F	[Ethikkommissionsbescheid].....	102
Anhang G	[Codesystem].....	103
Anhang H	[Codierung am Beispiel "Kommunikationsbarrieren"].....	104

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kompetenzmodell nach McLaney et al. (2022).....	8
Abbildung 2: Kompetenzmodell nach Brandstädter und Sonntag (2015)	9
Abbildung 3: Kompetenzmodell nach Claus und Wiese (2021)	10
Abbildung 4: Hauptthemen der Analyse	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenarbeit in der Primärversorgung nach Gesundheit Österreich GmbH (2023)	11
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien	18
Tabelle 3: Regeln für die Interviewführung nach Gläser und Laudel (2010)	23
Tabelle 4: Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022)	24
Tabelle 5: Hauptkategorien der Inhaltsanalyse	25
Tabelle 6: Darstellung der Stichprobe	30
Tabelle 7: Darstellung der Haupt- und Subkategorien	31
Tabelle 8: Suchbegriffe und -konzepte	93
Tabelle 9: Suchstrategie	93

Abkürzungsverzeichnis

EU	Europäische Union
MeSH	medical subject heading, medizinische Schlagwörter
MTD	Medizinisch-technische Dienste

1 Einleitung

In der Erklärung von Alma-Ata, dem Abschlussdokument einer internationalen Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung (World Health Organization, 1978), wurde die Gesundheit des Menschen als grundlegendes Menschenrecht deklariert. Grundsätzlich wird in der Gesundheitsversorgung zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung unterschieden (Klauber et al., 2021). Die medizinische Versorgung findet in der Primärversorgung durch die Hausärzt*innen, in der Sekundärversorgung durch niedergelassene Fachärzt*innen oder in Form von stationären Behandlungen und in der Tertiärversorgung im Rahmen einer stationären Behandlung mit hochkomplexen medizinischen Leistungen statt. Die primäre Gesundheitsversorgung gilt als Schlüssel, um das Ziel „Gesundheit für alle“ zu erreichen (World Health Organization, 1978).

In Österreich steigt laut Statistik Austria (2023) die Bevölkerungszahl nicht nur immer weiter an, die Bevölkerung wird zudem zunehmend älter. Durch diesen Anstieg ergibt sich ein erhöhter Bedarf an Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitspersonal. Laut Personalprognose der medizinisch-technischen Dienste (MTD) (Rappold & Mathis-Edenhofer, 2020), kann dieser Mehrbedarf der MTD-Berufe allerdings nicht in allen Berufsgruppen gedeckt werden. Auch bei den Ärzt*innen wird der Bedarf in den nächsten Jahren ansteigen (Österreichische Ärztekammer, 2023). Ende des Jahres 2022 gab es in Österreich 47.722 Ärzt*innen, davon 11.394 Allgemeinmediziner*innen. Rund ein Drittel (32,7 %) aller Ärzt*innen sind 55 Jahre oder älter, werden somit voraussichtlich in den nächsten 10 Jahren aus dem Amt ausscheiden und müssen nachbesetzt werden. Laut Ausschreibungen der Österreichischen Gesundheitskasse (Österreichische Gesundheitskasse, 2024) sind allerdings bereits zum jetzigen Zeitpunkt viele Kassenstellen für Allgemeinmediziner*innen in Österreich unbesetzt.

Betrachtet man die Gesundheitsversorgung, werden in Österreich überdurchschnittlich viele Leistungen in Krankenhäusern erbracht (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019). Österreich zählt damit im Verhältnis zur Bevölkerungsanzahl, zu den Staaten der Europäischen Union (EU) mit

den meisten Krankenhausbetten. Hinsichtlich der Krankenhaushäufigkeit liegt Österreich im EU-Vergleich auf dem zweiten Platz (Bachner et al., 2019).

Laut der Erklärung von Alma-Ata (World Health Organization, 1978) sind die jeweiligen Regierungen für die Gesundheit der Bevölkerung verantwortlich. Mit dem Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (PrimVG, 2023) wurden 2017 die Rahmenbedingungen und gesetzlichen Grundlagen zum Ausbau der Primärversorgung in Österreich geschaffen. Durch die Etablierung von Primärversorgungseinheiten soll eine nachhaltige, wohnortnahe, innovative und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung angeboten werden (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023). Neben Ärzt*innen und diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen können in diesen Zentren auch Diätolog*innen, Physiotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und andere Angehörige des medizinischen Personals tätig sein. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit ergibt sich für die Patient*innen eine umfassende Versorgung, wobei Wartezeiten verkürzt und doppelte Wege vermieden werden.

Evaluationsberichte von Primärversorgungseinheiten (Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit, 2022; Fröschl & Antony, 2017; Simek & Edelmann, 2023) geben Hinweise darauf, dass die Patient*innen der Primärversorgungseinheiten seltener stationär aufgenommen werden und seltener Fachärzt*innen aufsuchen. Somit kann die sekundäre Versorgungsebene entlastet werden.

Der Berufsgruppe der Diätologie ist in den Primärversorgungszentren eine wesentliche Rolle zuzusprechen (Verband der Diätologen Österreichs, 2019). Diätolog*innen dürfen laut dem MTD-Gesetz (MTD-G, 2022, § 2, Abs. 4, S. 4) neben Ärzt*innen als einzige Berufsgruppe ernährungsmedizinische Beratungen an kranken Personen durchführen. Die Ernährung nimmt Einfluss auf eine Vielzahl an Erkrankungen und kann diese positiv beeinflussen (Mitchell et al., 2017). Daher ist die Einbindung der Diätologie in die Primärversorgung von entscheidender Bedeutung.

1.1 Primär- Sekundär- und Tertiärversorgung

Die primäre Gesundheitsversorgung bzw. Primärversorgung wird in der Erklärung von Alma-Ata (World Health Organization, 1978) als die erste Ebene des Gesundheitswesens beschrieben. Sie stellt die erste Anlaufstelle des nationalen Gesundheitssystems für Einzelpersonen und Familien dar und soll diesen in jeder Lebensphase bezahlbar und wohnortnah bereitgestellt werden sowie die wichtigsten gesundheitlichen Probleme der Gesellschaft abdecken. Zur Primärversorgung zählen neben der Gesundheitsförderung auch Angebote zur Prävention sowie Heil- und Rehabilitationsangebote. Die Primärversorgung wird in Österreich überwiegend durch die Hausärzt*innen erbracht (Klauber et al., 2021). Starfield (2001) definiert die Primärversorgung als jenen Aspekt des Gesundheitssystems, der die erste medizinische Versorgung gewährleistet und eine personenzentrierte Betreuung sicherstellt. Die Betreuung soll so umfassend angeboten werden, dass nur seltene oder ungewöhnliche Manifestationen von Krankheiten an weitere Stellen überwiesen werden müssen. Wie gut die Primärversorgung funktioniert, lässt sich laut Starfield et al. (2005) anhand von folgenden vier Merkmalen messen:

- Zugang zum Erstkontakt bei neuen gesundheitlichen Bedürfnissen
- Langfristige personenorientierte (und nicht krankheitsorientierte) Betreuung
- Umfassende Betreuung für die meisten Gesundheitsbedürfnisse
- Koordinierung der Betreuung, wenn sie anderweitig gesucht werden muss

Klauber et al. (2021) unterscheiden in der Sekundärversorgung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. In der ambulanten Sekundärversorgung werden die Leistungen von Spezialist*innen nach einer Überweisung aus der Primärversorgung erbracht. Beispiele hierfür sind Fachärzt*innen, Fachpersonal in Krankenhausambulanzen oder Einzel- und Gruppenpraxen. Die stationäre Sekundärversorgung ist die Behandlung in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen, wobei eine Aufnahme über mindestens eine Nacht Voraussetzung ist. Die Tertiärversorgung findet laut Klauber et al. (2021) in spezialisierten Krankenhäusern statt und es werden, nach Überweisung von Fachärzt*innen aus der Sekundärversorgung, hochkomplexe medizinische Leistungen erbracht.

1.2 Primärversorgungseinheiten

Laut dem Primärversorgungsgesetz (PrimVG, 2023) ist die Primärversorgungseinheit folgendermaßen definiert:

Eine Primärversorgungseinheit nach diesem Bundesgesetz ist eine durch verbindliche und strukturierte Zusammenarbeit gemäß dem Versorgungskonzept (§ 6) nach außen, vor allem gegenüber der Bevölkerung im Einzugsgebiet, als Einheit auftretende Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem und hat als solche Angebote zur Förderung von Gesundheit und Prävention von Krankheiten und für eine umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen zur Verfügung zu stellen sowie die für eine gesamtheitliche und kontinuierliche Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung erforderlichen Maßnahmen zu koordinieren. (PrimVG, 2023, § 2, Abs. 1, S. 1)

Grundsätzlich wird bei den Primärversorgungseinheiten zwischen zwei Organisationsformen unterschieden (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022). Einerseits gibt es die Primärversorgungszentren, in denen die Ärzt*innen und die weiteren Gesundheitsberufe unter einem Dach arbeiten. Andererseits gibt es die Primärversorgungsnetzwerke, bei denen die Ärzt*innen und die weiteren Gesundheitsberufe an verschiedenen Standorten tätig und vertraglich miteinander verbunden sind. Die vorliegende Forschung konzentriert sich auf die direkte interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, weshalb besonders die Primärversorgungszentren, wo die Zusammenarbeit unter einem Dach stattfindet, von Interesse sind.

Im Kernteam einer Primärversorgungseinheit arbeiten mindestens zwei Allgemeinmediziner*innen, ein*e diplomierte*r Gesundheits- und Krankenpfleger*in und ein*e Ordinationsassistent*in (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022). Je nach Bedarf der Region kann das Kernteam durch ein sogenanntes erweitertes Team ausgebaut werden. Teil des erweiterten Teams können Hebammen, Primärversorgungseinheiten-Manager*innen, Klinische

Psycholog*innen, Gesundheitspsycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen und Diätolog*innen sein. Der Fokus liegt dabei immer auf den Patient*innen.

1.2.1 Diätologie in Primärversorgungseinheiten

Diätolog*innen dürfen, nach ärztlicher Anordnung, eigenverantwortlich besondere Kostformen von kranken oder krankheitsverdächtigen Personen auswählen, zusammenstellen, berechnen und diese beraten (MTD-G, 2022, § 2, Abs. 4, S. 4). Die Berufsgruppe ist in den Primärversorgungseinheiten entweder freiberuflich oder in einem Angestelltenverhältnis tätig (Verband der Diätologen Österreichs, 2019). Diätolog*innen können eine Vielzahl an Leistungen in Primärversorgungszentren erbringen. Mögliche Leistungen sind:

- Ernährungsanamnese zur Identifikation von Ernährungsproblemen (z.B. Ess- und Trinkprotokoll, Wiegeprotokoll)
- Ernährungsscreening und -assessment mit Erhebung des Ernährungszustandes (z.B.: Ernährungsscores, Gewichtsverlauf, Körperzusammensetzung)
- Festlegung des individuellen Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarfs sowie Abschätzung des Ernährungsrisikos (z.B.: Mangelernährung)
- Erstellung eines individuellen Therapiekonzepts mit Patient*innen und deren Angehörigen
- Aufbereitung von Ernährungsinformationen für Einzelpersonen und Gruppen
- Ernährungsberatung und Schulung von Patient*innen und Angehörigen
- Durchführung von Wasserstoff (H₂)-Atemtests zur Austestung von Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Diabetesschulung und -beratung
- Planung und Durchführung von Ernährungsprojekten (z.B.: in Kindergärten, geriatrischen Einrichtungen)
- Betriebliche Gesundheitsförderung (z.B.: Beratung und Schulung von Mitarbeiter*innen)
- Ernährungsworkshops, Kochworkshops und Seminare

1.2.2 Lage in Österreich und Vorteile der Primärversorgungseinheiten

In Österreich gibt es aktuell 60 Primärversorgungseinheiten, aufgeteilt auf acht Bundesländer (Gesundheit Österreich GmbH, 2022). Der Großteil davon befindet sich in Wien (20), der Steiermark (12), Oberösterreich (11) und in Niederösterreich (10). Derzeit ist Tirol das einzige österreichische Bundesland, in welchem es noch keinen Zugang zu Primärversorgungseinheiten gibt, es bestehen jedoch bereits Umsetzungspläne (Herrmann, 2023). Das Ziel sei es, bis 2025 sechs Primärversorgungseinheiten in Tirol zu etablieren. Der Ausbau von Primärversorgungseinheiten wird aktuell jedoch nicht nur im Bundesland Tirol forciert, bis 2025 soll durch den Einsatz von EU-Fördermitteln die Anzahl der Primärversorgungseinheiten in Österreich auf 121 erhöht werden (Karner, 2023).

Primärversorgungseinheiten bringen nicht nur Vorteile für die Patient*innen, sondern auch für das Gesundheitspersonal und das Gesundheitssystem (Österreichische Gesundheitskasse, 2023). Für die Patient*innen bieten Primärversorgungseinheiten eine gut erreichbare erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem, eine umfassende Versorgung bei akuten und chronischen Erkrankungen, eine wohnortnahe Versorgung mit kurzen Wegen, erweiterte Öffnungszeiten sowie Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention (Österreichische Gesundheitskasse, 2023). Die Patient*innen können somit während des gesamten Behandlungsweges begleitet und umfassend betreut werden sowie von verkürzten Wartezeiten profitieren (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023). Die Gesundheitsberufe erfahren durch die Primärversorgungseinheiten eine erleichterte Arbeits- und Urlaubsplanung und dadurch eine bessere Work-Life-Balance, eine strukturierte Zusammenarbeit im Team, eine abgestimmte Betreuung der Patient*innen und eine Entlastung administrativer Aufgaben, da diese durch die Strukturen der Primärversorgungseinheit abgedeckt werden (Österreichische Gesundheitskasse, 2023). Es kommt zu einer starken Vernetzung von Allgemeinmediziner*innen mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen, bei welcher die Betreuung der Patient*innen im Fokus liegt (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023).

1.3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Unter Interdisziplinarität versteht man eine fächerübergreifende Zusammenarbeit (Claus & Wiese, 2021). Laut der National Academy of Sciences (2005) besteht eine Interdisziplinarität, wenn die Informationen und Perspektiven von zwei oder mehreren Disziplinen integriert werden und, wenn für die Lösung von Problemen die Zusammenarbeit von mehreren Disziplinen benötigt wird. Studien zeigen, dass sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Gesundheitswesen auf verschiedenen Wegen positiv auf die behandelten Patient*innen auswirkt (Martin et al., 2010; Reeves et al., 2018). Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsberufe kann zu verkürzten Krankenhausaufenthalten, einer Reduktion der Mortalitätsrate, einer höheren Zufriedenheit mit der Behandlung und einer verbesserten Lebensqualität der Patient*innen führen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen wird dabei von vielen Faktoren beeinflusst (Rich et al., 2021). Einerseits von den vorgegebenen Strukturen, wie etwa der Möglichkeit der Kontaktaufnahme und den örtlichen Begebenheiten. Liegen die Büroräume nebeneinander, kann ein spontaner und opportunistischer Austausch stattfinden. Ist dies nicht der Fall, ist der Austausch zeitaufwendiger und beeinträchtigt. Andererseits resultieren eine klare Aufgabenverteilung sowie ein Verständnis für die anderen Berufsgruppen in einer gesteigerten Selbstsicherheit in der Kommunikation und somit einer höheren Bereitschaft für den Austausch. Personen mit längerer Berufserfahrung zeigen eine höhere Zufriedenheit mit der interdisziplinären Zusammenarbeit als Personen mit kürzerer Berufserfahrung (Šanc & Prosen, 2022). Bosch und Mansell (2015) beschreiben fünf essenzielle Bestandteile für Erfolg im interdisziplinären Team. Als ersten Punkt nennen sie die klare Rollenaufteilung. Jedes Teammitglied hat seine eigenen Kompetenzen, die in das Team eingebracht werden sollen. Als zweiten Punkt werden Vertrauen und Selbstbewusstsein genannt. Je intensiver die Zusammenarbeit im Team ist, umso mehr Selbstbewusstsein entwickeln die einzelnen Teammitglieder im interdisziplinären Austausch. Der dritte Punkt beschreibt die Kompetenz, als Team Widrigkeiten wie schwierigen Fällen oder Personalknappheit zu trotzen und ihnen als Team zu begegnen. Die Fähigkeit, persönliche Differenzen außen vor zu lassen und die Patient*innen stets zu priorisieren wird als vierter Punkt genannt. Ein kollaborativer Führungsstil mit flachen Hierarchien stellt den fünften Punkt dar.

1.3.1 Kompetenzmodell nach McLaney et al. (2022)

Das Sunnybrook-Modell wurde entwickelt, um einen Rahmen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Krankenhäusern zu schaffen (McLaney et al., 2022). Es wurden, anhand von bereits publizierter Literatur, Kompetenzen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit ausfindig gemacht und diese in mehreren Feedbackrunden auf die sechs wichtigsten Hauptkompetenzen reduziert. Abbildung 1 zeigt das entwickelte Modell.

Abbildung 1

Kompetenzmodell nach McLaney et al. (2022)



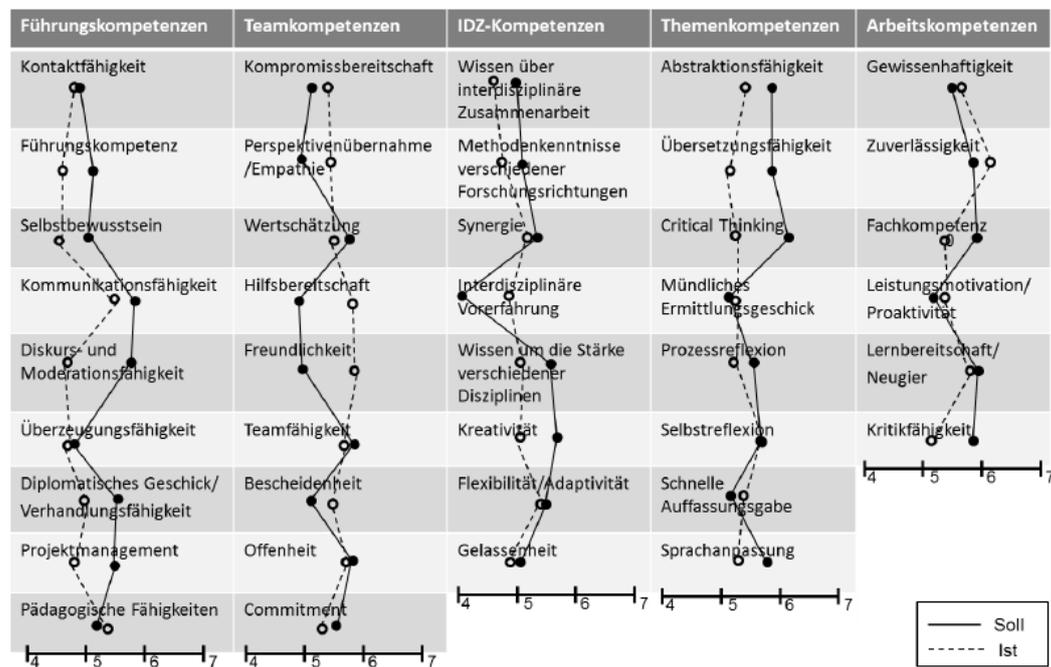
1.3.2 Kompetenzmodell nach Brandstädter und Sonntag (2015)

Das Ziel von Brandstädter und Sonntag (2015) war die Eruiierung der benötigten Kompetenzen für eine erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit und das Aufzeigen möglicher Defizite. In einer qualitativen Vorstudie wurden im Zuge von Expert*innenworkshops und halbstandardisierten Interviews interdisziplinär arbeitende Personen nach förderlichen und hinderlichen Verhaltensweisen befragt. Die dadurch identifizierten Kompetenzen wurden von Projektleiter*innen interdisziplinär-

rer Projekte hinsichtlich ihrer Relevanz eingeschätzt. Zusätzlich wurde das tatsächliche Kompetenzniveau von Mitarbeiter*innen interdisziplinärer Projekte erhoben. Abbildung 2 zeigt das daraus entwickelte Kompetenzmodell.

Abbildung 2

Kompetenzmodell nach Brandstädter und Sonntag (2015)



1.3.3 Kompetenzmodell nach Claus und Wiese (2021)

Um eine erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen gewährleisten zu können, benötigt es laut Claus und Wiese (2021) spezifische kommunikative Kompetenzen. Hierfür entwickelten sie ein Modell für interdisziplinäre Kompetenzen. Im Zuge von Expert*inneninterviews wurden Personen mit langjähriger Erfahrung in der interdisziplinären Zusammenarbeit gebeten, einerseits von Schlüsselereignissen zu erzählen, in denen interdisziplinäre Anforderungen erfolgreich gemeistert wurden, andererseits auch von Situationen mit mangelnden interdisziplinären Kompetenzen. Von diesen Schilderungen wurden förderliche Verhaltensweisen abgeleitet, welche anschließend im Rahmen eines Workshops mit Expert*innen aus der Anforderungsanalyse klassifiziert wurden. Daraus ergaben sich folgende vier Kompetenzdimensionen: Initiative zum Austausch, Zielgruppen-

spezifische Kommunikation, Wissensintegration und Reflexion der eigenen Fachdisziplin. Spielen diese vier Dimensionen zusammen, können interdisziplinäre Arbeitsherausforderungen erfolgreich bewältigt und das Potenzial interdisziplinärer Teams bestmöglich entfaltet werden. Abbildung 3 zeigt die Kompetenzdimensionen mit jeweiligen Verhaltensbeispielen.

Abbildung 3

Kompetenzmodell nach Claus und Wiese (2021)



Für die Auswertung der vorliegenden Forschung wurde das Modell von Claus und Wiese (2021) herangezogen, da es übersichtlich und dennoch spezifisch ist und der Fokus auf dem interdisziplinären Austausch liegt. Der Fokus von Brandstädter und Sonntag (2015) liegt auf den benötigten Eigenschaften, während die Kompetenzen bei Claus und Wiese (2021) freier interpretiert werden können. Das Modell von McLaney et al. (2022) ist zwar sehr umfangreich, bietet allerdings ebenfalls weniger Interpretationsspielraum in den einzelnen Kompetenzen. In der vorliegenden Forschung wurden die subjektiven Erfahrungen erfragt, weshalb bei der Auswertung mehr Freiraum in den Definitionen benötigt wurde.

1.3.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Primärversorgung

Auf der „Plattform Primärversorgung“ der Gesundheit Österreich GmbH (2023) finden sich Empfehlungen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Primärversorgung. Interdisziplinarität wird dabei als ein andauernder Prozess beschrieben, welcher aktiv gesteuert werden muss. Die Empfehlungen aus Tabelle 1 richten sich dabei an das gesamte Team der Primärversorgungseinheit.

Tabelle 1

Zusammenarbeit in der Primärversorgung nach Gesundheit Österreich GmbH (2023)

Empfehlung	Maßnahmen
Kompetenzen und Arbeitsschwerpunkte von anderen Teamkolleg*innen und Berufsgruppen kennen	Neue Mitarbeiter*innen verbringen einige Stunden mit anderen Berufsgruppen; Vorstellungsrunde mit Präsentation der Tätigkeitsfelder
Positive Haltung gegenüber der Teamarbeit mitbringen und Begegnungen auf Augenhöhe fördern	Haltung gegenüber der Teamarbeit bereits im Bewerbungsprozess prüfen; gemeinsames Feiern im Team stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl
Kommunikationsstrategien entwickeln	Tür-und-Angel-Gespräche; gemeinsame Dokumentation; Nutzung gemeinsamer Kommunikationskanäle (z.B.: Einsatz von Apps); regelmäßige News (z.B.: Schwarzes Brett)
Gemeinsame Teamsitzungen gestalten	Klare Agenda vorab ermöglicht gute Vorbereitung; zusätzlich themenspezifische Kleinteambesprechungen; Dokumentation der Teamsitzungen zur Informationsweitergabe
Räumlichkeiten für interprofessionelle Zusammenarbeit bereitstellen/nützen	Einbindung bereits in der Planungsphase; Sozialräume; Besprechungsräume
Kontinuierlich Fortbildungen und Trainings zur interprofessionellen Zusammenarbeit besuchen	Qualitätszirkel; Supervision; Teambuildings; Kommunikationstrainings

Hierarchische Strukturen überdenken und Handlungs- und Entscheidungsrahmen der einzelnen Gesundheitsberufe maximieren	Handlungsrahmen ausschöpfen (aktiv in Behandlungsprozesse einbringen); Subteams mit Verantwortlichkeiten (für organisationsbezogene Aufgabenbereiche)
Strukturierte Begleitung für neue Mitarbeiter*innen etablieren	Willkommensmappe mit allen relevanten Informationen
Erfolgsfaktoren und häufige Barrieren für funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit kennen	Bewusstsein für Einflussfaktoren (durch Fortbildungen und Workshops zur Thematik)
Gemeinsame Teamvision entwickeln	Kennenlernen vor der Eröffnung; Teamklausur

1.3.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Diätologie

Asher et al. (2022) untersuchten in ihrer Studie mit Hilfe einer Online-Umfrage die Erfahrungen von kanadischen Diätolog*innen hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit. Die Teilnehmer*innen waren in unterschiedlichen Settings tätig. Der Großteil arbeitete im Krankenhaus, in der Primärversorgung, in der Langzeitpflege, im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, einem Diabetesprogramm oder im privaten Sektor. Es gaben 61 % der Diätolog*innen an, dass sie im vergangenen Jahr gerne öfter mit anderen Gesundheitsberufen zusammengearbeitet hätten. Den meisten Austausch berichteten die befragten Diätolog*innen mit den diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen. Die wenigste Zusammenarbeit wurde mit Psycholog*innen, Physiotherapeut*innen und Ergotherapeut*innen angegeben. Dabei gaben Diätolog*innen im klinischen Setting die intensivste Zusammenarbeit an. Die in der Primärversorgung tätigen Diätolog*innen lagen hinsichtlich der Intensität der Zusammenarbeit nach den Krankenhäusern und der Öffentlichkeitsarbeit auf dem dritten Platz. Knapp die Hälfte der teilnehmenden Diätolog*innen gab an, dass die anderen Gesundheitsberufe ihre Rolle wertschätzten, 95,4 % erwähnten allerdings auch, dass mehr Bewusstsein für die Rolle der Diätolog*innen geschaffen werden muss. Als Hindernisse für die Zusammenarbeit wurden vor allem die fehlende Zeit, mangelnde Kommunikation, fehlendes Wissen über die Rolle der Diätolog*innen und unzureichende Möglichkeiten angegeben.

1.4 Literaturübersicht und Stand der Forschung

Mit der Suchfrage „*Welche Erfahrungen haben Diätolog*innen im Bereich der Primärversorgungszentren?*“ wurde in den Datenbanken Pubmed, CINAHL und ScienceDirect systematisch nach Hintergrundliteratur recherchiert. Eine genauere Darstellung der Suchbegriffe und Suchstrategie findet sich in Anhang A. Ein Flow Diagramm nach Page et al. (2021) inklusive der erzielten Treffer ist in Anhang B zu finden.

Aus der systematischen Literatursuche ergab sich primär Literatur über die Diätologie in der Primärversorgung allgemein. Es wurde die Wirksamkeit der diätologischen Intervention bei unterschiedlichen Indikationen wie Übergewicht (Verberne et al., 2019), Reizdarm (Seamark et al., 2021) oder Mangelernährung (Geraghty et al., 2021) untersucht und der Nutzen bewiesen. In dem Systematic Review von Howatson et al. (2015) kamen die Autor*innen ebenfalls zu dem Schluss, dass die diätologische Intervention sowohl Übergewicht als auch Mangelernährung positiv beeinflussen kann und wirtschaftliche Vorteile mit sich bringt. Casas-Agustench et al. (2020) bezeichnen die Einbindung der Diätologie in die Primärversorgung als eine Investition in die Gesundheit. Die eben genannten Studien zeigen die Wichtigkeit der Diätologie in der Primärversorgung, es wurde allerdings in keiner die Sichtweise der Berufsgruppe beleuchtet oder Diätolog*innen über ihre Erfahrungen befragt.

Die Erfahrungen von Diätolog*innen in der Primärversorgung wurden in zwei der identifizierten Studien untersucht. Beckingsale et al. (2016b) führten im Zuge ihrer qualitativen Studie halbstrukturierte Interviews mit Diätolog*innen durch und befragten diese über ihre Arbeit in der Primärversorgung. Die interviewten Diätolog*innen arbeiteten in Primärversorgungsorganisationen, Bezirksgesundheitsämtern, Sportvereinen und Praxen von Ärzt*innen. Das Ziel der Studie war es, die Arbeitsfelder der Diätologie in der Primärversorgung zu beschreiben und Faktoren herauszufinden, die ihre Arbeit beeinflussen. Eine gute Integration in das interdisziplinäre Team, flexible Verträge und eine ausreichende diätologische Expertise wurden als die drei Hauptfaktoren für ein erfolgreiches Arbeiten identifiziert. Der Großteil der befragten Diätolog*innen fühlte sich gut in die Praxis integriert. Besonders der Zugang zu den

elektronischen Akten der Patient*innen, die Möglichkeit der Raumnutzung sowie eine gute Kommunikation mit dem Praxisteam wurden dabei als positiv bewertet. Um in das Team integriert und wertgeschätzt zu werden, war es von Bedeutung, in der Praxis präsent zu sein und regelmäßig gesehen zu werden. Einige Diätolog*innen waren nur einen Tag pro Woche in der Praxis, weshalb ihnen der Austausch und das Gefühl der Integration fehlte. Aufgrund des fehlenden Einblicks in die Krankenakten und der fehlenden Integration in die Teammeetings waren die Informationen über die Patient*innen sehr limitiert, was wiederum die Qualität ihrer Arbeit beeinflusste.

In einer weiteren Studie von Beckingsale et al. (2016a) wurden Diätolog*innen in der Primärversorgung über die erhaltene professionelle Unterstützung befragt. Zusätzlich wurde eruiert, inwieweit noch weitere Unterstützung benötigt wird, um effektiver arbeiten zu können. Die befragten Diätolog*innen arbeiteten in unterschiedlichen Bereichen der Primärversorgung (Primärversorgungsorganisationen, Bezirksgesundheitsämter, Sportvereine, Praxen von Ärzt*innen). Es ergaben sich zwei Hauptthemen. Einerseits die Unterstützung anderer Diätolog*innen (intraprofessionelle Unterstützung) und andererseits die Unterstützung anderer Kolleg*innen in der Primärversorgung (interprofessionelle Unterstützung). Die intraprofessionelle Unterstützung wurde als wesentlicher Aspekt identifiziert, da durch den Austausch mit Berufskolleg*innen nicht nur herausfordernde Patient*innen besprochen, sondern auch von ihnen gelernt werden kann. Zwei der interviewten Diätolog*innen hatten keine Berufskolleg*innen und beschrieben dies als „professionelle Isolation“. Sie hatten zwar regelmäßig Kontakt mit Diätolog*innen, die in anderen Bereichen tätig waren, dennoch fehlte ihnen der persönliche Austausch. Hinsichtlich des interdisziplinären Teams beschrieben die Diätolog*innen folgende Vorteile: Erweiterung des Wissens über andere Gesundheitsberufe, besseres Verständnis für die Rollen der anderen Gesundheitsberufe und Ansprechpartner*innen für Anliegen außerhalb ihres Kompetenzbereichs zu haben. Außerdem ermöglicht die interdisziplinäre Betreuung der Patient*innen ein effizienteres Lösen komplexerer Fälle.

Aufgrund der begrenzten Studienanzahl über die Erfahrungen der Diätolog*innen in der Primärversorgung wurde auch in anderen Professionen nach Literatur recherchiert. Maharaj et al. (2018) führten Interviews mit Physiotherapeut*innen durch und

ermittelten ihre Integration in die interdisziplinären Teams von Primärversorgungsorganisationen. Der Großteil der Physiotherapeut*innen gab an, dass eine gute Zusammenarbeit mit den anderen Professionen die Integration in die Primärversorgungsorganisation förderte. Als wichtige Kompetenzen hierfür wurden Kommunikationsfähigkeit, Eigeninitiative und Führungsqualitäten genannt. Ebenso war es von Bedeutung, die eigene Rolle und die eigenen Fachkompetenzen klarzustellen, um bei Bedarf zur Behandlung der Patient*innen hinzugezogen werden zu können. In einer weiteren qualitativen Studie haben Rouch et al. (2022) Interviews mit Ergotherapeut*innen in der Primärversorgung durchgeführt und sie zu ihren Erfahrungen und ihrer Rolle im interdisziplinären Team befragt. Als wichtig wurde der Beziehungsaufbau mit Kolleg*innen und ein ausreichendes Rollenverständnis angegeben. Das fehlende Wissen über die Arbeit der Ergotherapie resultierte in unpassenden Zuweisungen. Die Kolleg*innen überwiesen lieber alle ihre Patient*innen zur Ergotherapie anstatt zu differenzieren, welche Patient*innen wirklich von ihrer Kompetenz profitierten. Andererseits wurde auch berichtet, dass das geringe Wissen über die Ergotherapie zu einer geringen Anzahl an Zuweisungen führte. Die Präsenz im Büro und regelmäßig gesehen zu werden, wurden als wichtige Punkte identifiziert, um Zuweisungen zu bekommen.

Aus dem bisherigen Forschungsstand kann abgeleitet werden, dass die Diätologie in der Primärversorgung von Bedeutung ist und Vorteile sowohl für die Patient*innen, als auch für das Gesundheitssystem bringt (Geraghty et al., 2021; Howatson et al., 2015; Seamark et al., 2021; Verberne et al., 2019). Auch Jortberg und Fleming (2014) sind der Meinung, dass Diätolog*innen ein integrierter und wertgeschätzter Bestandteil des Teams der Primärversorgung sein sollen und essentiell für die Gesundheit der Bevölkerung sind. Dabei ist besonders die Integration in ein interdisziplinäres Team wesentlich, um bestmöglich arbeiten zu können (Beckingsale et al., 2016a, 2016b). Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit, die Eigeninitiative sowie das Klarstellen der eigenen Rolle sind dabei bedeutende Faktoren, die eine Integration erleichtern (Maharaj et al., 2018). Studien zeigten, dass sich eine fehlende interdisziplinäre Zusammenarbeit sowohl negativ auf die Behandlung der Patient*innen, als auch die Zufriedenheit der Diätolog*innen auswirken kann (Beckingsale et al., 2016a, 2016b). Lackie und Murphy (2020) erzielten in ihrer Studie die Erkenntnis,

dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Gesundheitszentrum die Produktivität des Teams erhöht und somit Kosten eingespart werden können. Die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit steht auch in den Primärversorgungszentren im Fokus, welche in Österreich aktuell vorangetrieben werden (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023). In diesen soll durch das interdisziplinäre Team eine umfassende Versorgung der Patient*innen angeboten werden können.

1.5 Forschungsfrage und -ziel

In der bisherigen Literatur wurde die Diätologie hauptsächlich in der Freiberuflichkeit, in Praxen von Ärzt*innen, Gesundheitsämtern und in anderen Settings der Primärversorgung betrachtet. In Anbetracht der dargelegten Erkenntnisse ist eine Beleuchtung der Erfahrungen von Diätolog*innen in Primärversorgungszentren von Interesse. Da die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Literatur als ein wesentlicher Bestandteil beschrieben wurde, wird diese im Fokus dieser Forschung liegen. Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

*Welche Erfahrungen haben Diätolog*innen in Primärversorgungszentren hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit?*

Das Ziel dieser Forschung ist es, die Erfahrungen von Diätolog*innen in Primärversorgungszentren hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit zu identifizieren. Somit gibt die Forschung einen Überblick über die Integration von Diätolog*innen in das Team der Primärversorgungszentren und könnte Aufschlüsse über die Rolle der Berufsgruppe in interdisziplinären Teams geben. Die Erfahrungen hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit könnten positive Aspekte aufzeigen sowie mögliche Herausforderungen, wodurch sich Handlungsempfehlungen ableiten lassen könnten.

2 Methodik

Im nachfolgenden Abschnitt werden das Studiendesign und die Methoden der Stichprobengewinnung, Datensammlung und der Datenanalyse beschrieben. Außerdem werden die Gütekriterien und ethischen Überlegungen dargestellt.

2.1 Studiendesign

Für die Durchführung der vorliegenden Forschung wurde ein qualitatives Forschungsparadigma verwendet. Laut Döring und Bortz (2016) werden dabei offene Forschungsfragen an wenigen Proband*innen sehr detailliert untersucht. Als Ziel nennen sie die Beschreibung des Gegenstands inklusive Theoriebildung. Qualitative Forschung hat laut Flick et al. (2000) den Anspruch, die Lebenswelten aus Sicht der handelnden Menschen, also von innen heraus, zu beschreiben. Sie beschäftigt sich mit dem Erleben, Erfahren und Wissen (Ritschl et al., 2016). Dabei wird das subjektive Erleben der Betroffenen in den Vordergrund gestellt, um dieses zu verstehen. Von Interesse ist das, was die Menschen für wahr halten und nicht das, was objektiv wahr ist. Es sollen neue Erkenntnisse gewonnen und daraus Theorien entwickelt werden, weshalb man auch von einem explorativen Ansatz spricht (Ritschl et al., 2016). Explorative Studien erkunden und beschreiben einen Sachverhalt, um wissenschaftliche Forschungsfragen, Hypothesen und Theorien zu entwickeln (Döring & Bortz, 2016). Die Erkundung erfolgt durch das Sammeln von Daten. Diese Art von Studie wird oft als Interviewstudie durchgeführt. Bisher wurden keine Studien zur untersuchten Thematik durchgeführt, weshalb das qualitative Forschungsparadigma herangezogen wurde. Als Studiendesign wurde das qualitative Design der Phänomenologie gewählt. In diesem Design steht die Auseinandersetzung mit persönlichen Erfahrungen des Menschen im Vordergrund (Brandenburg et al., 2023). Es handelt sich dabei um eine wissenschaftliche Methode, die das menschliche Erleben erforscht und sich darauf konzentriert, wie bestimmte Situationen erlebt werden (Ritschl et al., 2016). Da im Zuge dieser Forschung die Erfahrungen von Diätolog*innen generiert werden wollen und die Phänomenologie die Strukturen des Erlebten besser verstehen und Zusammenhänge nachvollziehen möchte (Döring & Bortz, 2016), wurde dies als das entsprechende Design gewählt.

2.2 Methode der Stichprobengewinnung

Für die Stichprobengewinnung wurde die Methode der Gelegenheitsauswahl verwendet. In dieser Methode wird auf die am leichtesten zu erreichenden Personen zugegriffen (Hulley et al., 2013). Da die Anzahl an Diätolog*innen in Primärversorgungszentren begrenzt ist (Gesundheit Österreich GmbH, 2022) und möglichst alle erreichbaren Interviewpartner*innen angesprochen werden sollten, war die Gelegenheitsauswahl am geeignetsten.

Einbezogen in die Studie wurden Diätolog*innen, welche zum Zeitpunkt der Rekrutierung in einem Primärversorgungszentrum arbeiteten. Da für das Forschungsvorhaben die Erfahrungen hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit generiert werden wollten, wurden ausschließlich Diätolog*innen, welche in Primärversorgungszentren arbeiteten, eingeschlossen. Diätolog*innen, welche in Primärversorgungsnetzwerken tätig waren, wurden als Ausschlusskriterium definiert. In Primärversorgungsnetzwerken arbeiten die Ärzt*innen und Therapeut*innen an unterschiedlichen Standorten und nicht unter einem Dach (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022), weshalb diese für die vorliegende Forschung nicht von Interesse sind. Eine genauere Auflistung der Ein- und Ausschlusskriterien ist Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Diätolog*innen mit abgeschlossener Berufsausbildung	Ernährungsberater*innen, Ernährungstrainer*innen, welche kein Diätologie-Studium absolviert haben
Diätolog*innen, welche zum Zeitpunkt der Rekrutierung in einem Primärversorgungszentrum arbeiteten	Diätolog*innen, welche zum Zeitpunkt der Rekrutierung in einem Primärversorgungsnetzwerk arbeiteten
Mindestens sechs Monate Berufserfahrung in einem Primärversorgungszentrum	

Als Grundlage für die Rekrutierung diente die Landkarte über Primärversorgungseinheiten auf der „Plattform Primärversorgung“ der Gesundheit Österreich GmbH (2022), auf welcher alle Primärversorgungszentren und Primärversorgungsnetzwerke in Österreich aufgelistet sind. Zum Zeitpunkt der Rekrutierung gab es in Österreich 60 Primärversorgungseinheiten. Für die Forschung waren nur jene von Interesse, welche Diätolog*innen im Team hatten. Deshalb wurden im ersten Schritt 17 Primärversorgungseinheiten ausgeschlossen, da diese keine Diätologie beinhalten. Somit verblieben noch 43 Primärversorgungseinheiten. In einem weiteren Schritt wurden diese begutachtet und alle Primärversorgungsnetzwerke ausgeschlossen. Schlussendlich waren 37 Primärversorgungszentren für die vorliegende Forschung von Interesse und wurden mittels E-Mails kontaktiert. Die Ausschreibung erfolgte im Jänner 2024. Der verwendete Rekrutierungstext lässt sich dem Anhang C entnehmen. Insgesamt konnten durch die Ausschreibung per E-Mail 10 Rückmeldungen erreicht werden. In zwei Fällen handelte es sich um Diätolog*innen, welche in einem neu eröffneten Primärversorgungszentrum arbeiteten und somit nicht dem Einschlusskriterium von mindestens sechs Monaten Berufserfahrung im Primärversorgungszentrum entsprachen. Da durch die Ausschreibung dadurch nur acht passende Teilnehmer*innen generiert werden konnten, wurde im Laufe der Rekrutierung zusätzlich auf das Schneeballverfahren zurückgegriffen. Einige der Teilnehmer*innen kannten noch weitere Diätolog*innen, welche in einem Primärversorgungszentrum tätig waren und leiteten den Rekrutierungstext an diese weiter. Durch diese Methode konnten zusätzlich drei weitere Teilnehmer*innen rekrutiert werden. Nach 11 Interviews konnte keine Erweiterung der Ergebnisse mehr festgestellt werden, weshalb die Datensättigung erreicht, und eine Repräsentativität erzielt wurde. Laut Döring und Bortz (2016) sind 10-20 Interviews für eine qualitative Befragungsstudie optimal und die Rekrutierung wurde somit beendet.

2.3 Methode der Datensammlung

Zur Datensammlung wurde die Methode der Befragung, in Form von Interviews, angewandt. Im Vergleich zu anderen Methoden kann in Interviews das subjektive Erleben erhoben werden und auch nicht direkt beobachtbare Ereignisse und Verhaltensweisen erfasst werden (Döring & Bortz, 2016). Darüber hinaus bietet das Setting eine persönliche Atmosphäre, wodurch die Möglichkeit besteht, in kürzester Zeit auch tiefgründigere Informationen zu generieren. Im Zentrum dieser Forschung stehen die Erfahrungen der Diätolog*innen, weshalb Interviews am geeignetsten sind. Es wurden halbstrukturierte Expert*inneninterviews, anhand eines Leitfadens, durchgeführt. Als Expert*innen dienten jene Diätolog*innen, welche den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen. Diese verfügen über ein spezielles Wissen in einem bestimmten Bereich, welcher nicht Teil des Allgemeinwissens ist (Misoch, 2019). Laut Gläser und Laudel (2010) kann jede Person Expert*in sein, abhängig davon, welches Wissen für die jeweilige Untersuchung relevant ist. Die Aufgabe der Expert*inneninterviews ist es, dieses spezifische Wissen zu erschließen. Um dies zu erreichen, ist die Konzentration auf die interviewte Person von Bedeutung, weshalb Einzelinterviews zweckmäßig sind.

2.3.1 Interviewleitfaden

Laut Kruse (2015) sind Leitfadeninterviews durch einen Interviewleitfaden strukturiert, sodass der Interviewende einem vorgegebenen Weg folgen kann. Inwieweit die Fragen vorgegeben sind, hängt vom Niveau der Strukturierung ab. Ist der Interviewleitfaden unstrukturiert, so haben die Interviewpartner*innen mehr Freiheit und können den Gesprächsfluss selbst steuern. Mit einem strukturierten Interviewleitfaden kann der Interviewende das Interview stärker steuern, da durch eine Vielzahl an Fragen in eine bestimmte Richtung geleitet werden kann. Im Zuge dieser Forschung wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Dabei dient der Interviewleitfaden als Grundgerüst, um eine Vergleichbarkeit der durchgeführten Interviews zu gewährleisten (Döring & Bortz, 2016). Wie die Fragen formuliert und in welcher Reihenfolge sie gestellt werden, ist laut Gläser und Laudel (2010) dabei nicht vorgegeben. Dadurch soll ein natürlicher Gesprächsverlauf entstehen, welcher es der

interviewenden Person ermöglicht, auch spontane Fragen, passend zur Situation, stellen zu können. Individuelles Nachfragen kann dabei so lange erfolgen, bis die Antwort ausreichend verstanden wurde und alle relevanten Informationen erhoben wurden (Döring & Bortz, 2016).

Der Interviewleitfaden wurde von der Forscherin, mit Hilfe von bereits vorhandenen Leitfäden erstellt und befindet sich in Anhang D. Es wurden Fragen von den bereits beschriebenen Studien von Beckingsale et al. (2016a), Beckingsale et al. (2016b) und Maharaj et al. (2018) verwendet und diese um Fragen der Forscherin ergänzt. Der Leitfaden gliedert sich, wie von Gläser und Laudel (2010) beschrieben, in Hauptfragen und Detailfragen. Die Hauptfragen sollen dabei möglichst offen gestellt werden und dienen als Erzählanregungen. Die Detailfragen können optional als Rückfragen gestellt werden, falls die Interviewpartner*innen diese nicht ohnehin bereits im Zuge der Hauptfrage beantworten. Bei der Formulierung der Fragen wurden die Prinzipien der Offenheit, Neutralität, Klarheit und Einfachheit von Gläser und Laudel (2010) berücksichtigt. In der Pilotphase wurde das Interview mit drei Diätolog*innen getestet, welche den Ein- und Ausschlusskriterien nicht entsprachen. Die Pilotphase dient laut Döring und Bortz (2016) der Überprüfung der Verständlichkeit und Vollständigkeit der Fragen sowie der Dauer des Interviews. Danach wurde der Interviewleitfaden überarbeitet und finalisiert.

Der Interviewleitfaden soll laut Gläser und Laudel (2010) ein bis zwei Seiten lang sein und acht bis 15 Fragen umfassen. Weiters nennen die Autor*innen bestimmte Punkte, welche unbedingt vor der Durchführung des Interviews besprochen werden sollen. Die Interviewpartner*innen müssen über das Ziel der Forschung sowie die Rolle des Interviews für das Erreichen des Ziels aufgeklärt werden. Darüber hinaus muss angegeben werden, wie die persönlichen Daten geschützt werden und die Anonymität gesichert wird. Um diesen Punkten gerecht zu werden, beinhaltet der Interviewleitfaden zu Beginn einen Vorspann mit den entsprechenden Informationen. Beim thematischen Aufbau des Interviewleitfadens wurden die Empfehlungen von Döring und Bortz (2016) beachtet. Zu Beginn wurden biografische Grundinformationen wie die Alterskategorie und die Dauer der Berufsausübung erfragt, um einen ersten Eindruck von der befragten Person zu erhalten und folglich gut auf sie eingehen zu können. Anschließend wurden allgemeine Fragen über die Arbeit im

Primärversorgungszentrum gestellt. Die Befragten wurden beispielsweise gebeten, über ihren ersten Arbeitstag im Primärversorgungszentrum zu erzählen und ihre Rolle darin zu beschreiben. Darauf aufbauend kamen detaillierte Fragen über das interdisziplinäre Team und die Zusammenarbeit im Team. Als Abschluss und Ausblick wurde noch nach möglichen Chancen der Primärversorgungszentren für die Berufsgruppe der Diätologie gefragt. Um keine wichtigen Informationen auszuschließen, wurde zum Schluss die Frage gestellt, ob die interviewte Person noch etwas ergänzen möchte.

2.3.2 Interviewführung

Die Datensammlung erfolgte von Jänner bis Februar 2024. Insgesamt wurden 11 Interviews geführt. Den Teilnehmer*innen wurde angeboten das Interview persönlich oder online durchzuführen, wobei sich alle für das Online-Interview entschieden. Die Interviews wurden über Jitsi Meet abgehalten, einer Software für sichere Videokonferenzen (<https://meet.jit.si/>). Es wurden vorab Konferenzen von der Forscherin erstellt und der Link an die Teilnehmer*innen geschickt. Diese konnten ohne Benutzerkonto und ohne Angabe persönlicher Daten in die Konferenz einsteigen. Die Aufzeichnung erfolgte ebenfalls über Jitsi Meet. Vorab wurde den Teilnehmer*innen die Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung, welche sich in Anhang E befindet, zugeschickt und darauf hingewiesen, diese aufmerksam durchzulesen und unterschrieben zu retournieren.

Die Dauer der Interviews betrug zwischen 23:10 und 51:25 Minuten. Zu Beginn wurde über das Vorhaben aufgeklärt und darauf hingewiesen, dass jederzeit die Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung besteht. Nach der Einführung und dem erneuten Einholen des Einverständnisses zur Aufnahme des Interviews wurde die Aufnahme gestartet und mit den Fragen begonnen. Bei der Interviewführung wurden die Regeln aus Tabelle 3 laut Gläser und Laudel (2010) berücksichtigt.

Tabelle 3

Regeln für die Interviewführung nach Gläser und Laudel (2010)

Regeln für die Interviewführung	
Aktives Zuhören	Sich auf den Inhalt der Ausführungen konzentrieren; ihnen zu verstehen geben, dass sie verstanden werden (Blickkontakt, Kopfnicken, „hm“); nicht unterbrechen; Pausen zulassen
Flexibel Fragen	Interviewfragen flexibel an die Antworten anpassen; natürliche Gesprächssituation aufrechterhalten; elegante Übergänge zwischen den Themen finden
Nicht Verstandenes klären	Um vertiefende Erklärungen bitten; Interesse am Verstehen des Gesagten deutlich machen
Details erfragen	Offene Fragen erhalten oft offene Antworten; besondere Fragestrategien, um die Details zu erfragen
Kurze und eindeutige Nachfragen stellen	Nicht mehrere Fragen hintereinander stellen; bereits beim Erstellen des Leitfadens beachten
Kompetenz zeigen	Interviewpartner*innen sollen spüren, dass die Antworten verstanden werden; gutes Maß zwischen Laie und Expert*in finden (nicht zu viel Wissen zeigen, dass sich die Interviewpartner*innen nicht kontrolliert fühlen)
Bewertungen vermeiden	Positive oder negative Wertung der Antworten bewirken ein Anpassungs- oder Widerspruchsverhalten; beeinflusst die Antworten

2.4 Methode der Datenanalyse

Die Transkription erfolgte mit Hilfe der Software Amberscript (<https://www.amberscript.com/de/>). Dabei handelt es sich um eine Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)-konforme Software, mit der die Daten automatisch transkribiert werden können (Amberscript Global B.V., 2024). Die Interviews wurden mittels der Software transkribiert und die erstellten Transkripte anschließend von der Forscherin auf ihre Richtigkeit überprüft und überarbeitet. Bei der Transkription wurde das semantisch-inhaltliche Transkriptionssystem von Dresing und Pehl (2018) angewandt. Es wurde wörtlich transkribiert und Dialekte dabei möglichst genau ins Hochdeutsche über-

setzt. Stottern wurde ausgelassen, abgebrochene Wörter ignoriert und Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“ wurden nicht transkribiert. Pausen ab ca. drei Sekunden wurden durch „(...)“ markiert und emotionale nonverbale Äußerungen, welche die Aussage verdeutlichen, wurden in Klammern notiert (lachen, seufzen etc.). Die interviewende Person wurde durch ein „I“ und die befragte Person durch ein „B“ gekennzeichnet. Die Interviewteilnehmer*innen wurden dabei von B1 bis B11 durchnummeriert.

Die Datenanalyse erfolgte mittels der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022), wobei sowohl deduktiv als auch induktiv Kategorien gebildet wurden. Eine Übersicht der einzelnen Schritte der Analyse ist Tabelle 4 zu entnehmen. Die sieben vorgegebenen Phasen wurden von der Forscherin für die vorliegende Forschung adaptiert und die Phasen 2 und 3 jeweils in Phase a und Phase b unterteilt.

Tabelle 4

Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022)

Phase 1	Initiierende Textarbeit, Memos, Fallzusammenfassungen
Phase 2a	Hauptkategorien entwickeln (deduktiv)
Phase 2b	Daten mit Hauptkategorien codieren (1. Codierprozess)
Phase 3a	Hauptkategorien entwickeln (induktiv)
Phase 3b	Daten mit Hauptkategorien codieren (2. Codierprozess)
Phase 4	Induktiv Subkategorien bilden
Phase 5	Daten mit Subkategorien codieren (3. Codierprozess)
Phase 6	Einfache Analysen
Phase 7	Ergebnisse verschriftlichen, Vorgehen dokumentieren

In **Phase 1** wurden die transkribierten Texte sorgfältig gelesen und wichtige Textpassagen bereits markiert. Im Anschluss wurde von jedem Interview eine kurze Fallzusammenfassung geschrieben, um eine erste Übersicht des Datenmaterials zu erlangen. In **Phase 2a** empfehlen Kuckartz und Rädiker (2022) eine deduktive Kate-

gorienbildung aus einem theoretischen Bezugsrahmen. Für die vorliegende Forschung wurde dabei das Modell interdisziplinärer Kompetenzen von Claus und Wiese (2021) herangezogen und daraus vier Hauptkategorien definiert. Zur Überprüfung der Anwendbarkeit des Modells wurde in einem Probedurchlauf die Hälfte der Interviews anhand des Modells codiert. Danach erfolgte in **Phase 2b** der erste Codierprozess. Dabei wurde das gesamte Datenmaterial durchgesehen und jeder relevante Textabschnitt einer oder mehreren Kategorien zugeordnet. Im Zuge von **Phase 3a** wurde zunächst noch eine weitere Hauptkategorie induktiv gebildet, da einige Textabschnitte nicht dem Modell zugeordnet werden konnten. Eine Übersicht über die finalen fünf Hauptkategorien inklusive Definitionen ist in Tabelle 5 zu finden. In **Phase 3b** wurden die Daten mit der neu gebildeten Hauptkategorie erneut codiert. Anschließend erfolgte in **Phase 4** die induktive Bildung von Subkategorien, wobei für die Hauptkategorien mehrere Unterkategorien gebildet wurden. In **Phase 5** folgte ein dritter Codierprozess, in welchem die Daten den Subkategorien zugeordnet wurden. In **Phase 6** wurde durch eine kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien bereits die Ergebnispräsentation vorbereitet. Es wurde eine Themenmatrix als Übersicht erstellt, welche als Hilfestellung für die Verschriftlichung der Ergebnisse in **Phase 7** diente.

Tabelle 5

Hauptkategorien der Inhaltsanalyse

	Hauptkategorie	Definition
deduktiv	Initiative zum Austausch	<ul style="list-style-type: none"> • Vorschläge einbringen, Lösungen anbieten, Diskussionen initiieren • Aktiv sein, auf andere zugehen • Barrieren, Förderfaktoren des Austausches • Möglichkeiten bzw. Rahmenbedingungen für den Austausch
	Wissensintegration	<ul style="list-style-type: none"> • Suche nach Querverbindungen, Offenheit für die Argumente anderer • aktive Integration von Perspektiven bzw. anderen Disziplinen, Wissen über die anderen Disziplinen

	Reflexion der eigenen Fachdisziplin	<ul style="list-style-type: none"> • Grenzen der eigenen Disziplin kennen, Akzeptanz anderer
	Zielgruppenspezifische Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Flexible Anpassung an die Zuhörer*innen, Dolmetschen zwischen Disziplinen, Kommunikation untereinander • Dokumentation
induktiv	Kolleg*innen	<ul style="list-style-type: none"> • Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit • Überweisung der Patient*innen • Umgang im Team

2.5 Einhaltung der Gütekriterien

Gütekriterien beschreiben die Güte, also die wissenschaftliche Exaktheit, einer Studie (Ritschl et al., 2016) und sollen die Vertrauenswürdigkeit in der qualitativen Forschung erhöhen (Cope, 2014). Für die vorliegende Forschung wurden folgende fünf Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1994, zitiert nach Cope, 2014) eingehalten:

Glaubwürdigkeit: Die Ergebnisse der Studie sind vertrauenswürdig und wahr. Dieses Kriterium wurde erfüllt, indem die Daten sorgfältig erhoben und interpretiert wurden. Die Datenerhebung wurde so lange durchgeführt, bis die Datensättigung eingetreten ist. Außerdem wurden die Methoden der Stichprobengewinnung, Datensammlung und Datenanalyse ausführlich beschrieben und die gesamte Methodik mit einer Fachkollegin besprochen.

Übertragbarkeit: Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen sind auf andere Kontexte übertragbar. Durch die ausführliche Beschreibung der untersuchten Personen und Kontextbedingungen, kann eine mögliche Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Personen und Kontexte abgeschätzt werden.

Zuverlässigkeit: Der Forschungsprozess ist nachvollziehbar. Um das Kriterium der Zuverlässigkeit sicherzustellen, wurden Gespräche mit externen Personen geführt, welche nicht mit der Thematik vertraut waren, um zu überprüfen, ob der Forschungsprozess für sie schlüssig erscheint.

Bestätigbarkeit: Die Ergebnisse sind nicht durch die Vorurteile, Interessen und Perspektiven der Forscherin beeinflusst. Das Kriterium der Bestätigbarkeit wurde erfüllt, indem die gewonnenen Daten und Dokumentationen gespeichert wurden und jederzeit vorgelegt werden können. Die Daten spiegeln die tatsächlichen Aussagen der Teilnehmer*innen wider und sind nicht durch die Meinung der Forscherin beeinflusst. Die Interviews wurden sorgfältig transkribiert und die Transkripte inklusive der Aufnahmen abgespeichert. Das Einfügen aller Transkripte und Codierungen hätte aus Sicht der Forscherin das Maß überschritten. Zur Erhöhung der Transparenz wurden dennoch die gesamten codierten Segmente einer beispielhaften Subkategorie eingefügt.

Authentizität: Die Wahrnehmung und Gefühle der Teilnehmer*innen werden in einer angemessenen Weise beschrieben. Um das Kriterium der Authentizität zu erreichen, wurden bei der Transkription Pausen durch „(...)“ markiert und emotionale nonverbale Äußerungen in Klammern notiert (lachen, seufzen etc.). Durch das Einfügen direkter Zitate konnten die Erfahrungen authentisch dargestellt werden.

Zusätzlich zu den primären Gütekriterien beschrieb Cope (2014) noch sekundäre Gütekriterien, welche für bestimmte Studien relevant sein können. Die **Deutlichkeit** meint die Aufrechterhaltung von Aufzeichnungen und Entscheidungswegen. Die **Klarheit** umfasst die Darstellung von ausführlichen und klaren Schilderungen. Es wurden sowohl die Aufzeichnungen der Interviews als auch die Transkripte aufbewahrt und die Ergebnisse der Interviews ausführlich beschrieben, wodurch diese beiden Gütekriterien erfüllt wurden. Die **Gründlichkeit** bezieht sich auf eine adäquate Stichprobenziehung sowie eine ausführliche Erforschung des Fachbereichs. Dieses Gütekriterium wurde erfüllt, indem bei der Rekrutierung alle Primärversorgungszentren mit Diätolog*innen in Österreich kontaktiert wurden und keine wesentlich ausgeschlossen wurden. Somit konnte eine flächendeckende Rekrutierung ermöglicht werden. Die **Kongruenz** umfasst die Übereinstimmung zwischen der Forschungsfrage und der Methodik, der Datensammlung und der Datenanalyse, der Studie und bereits vorhandener Literatur sowie der Ergebnisse und der Implikationen der Studie. Es erfolgte ein strenges Vorgehen nach wissenschaftlichen Standards, wodurch dieses Gütekriterium sichergestellt werden konnte.

2.6 Ethik und Datenschutz

Das Forschungsvorhaben wurde vor der Rekrutierung der Teilnehmer*innen bei der niederösterreichischen Ethikkommission eingereicht. Die Bestätigung, dass für das Forschungsvorhaben keine gesetzliche Einreichpflicht besteht, befindet sich in Anhang F. Weiters wurden im Zuge dieser Forschung die ethischen Grundsätze der Deklaration von Helsinki (World Medical Association, 2013) berücksichtigt.

Risiken, Belastungen und Nutzen: Im Rahmen der Forschung entstehen für die Teilnehmer*innen keine persönlichen oder beruflichen Risiken. Ebenso ist nicht zu erwarten, dass aus der Teilnahme ein beruflicher Nutzen gezogen werden kann. Zur Schaffung angenehmer Rahmenbedingungen für die Teilnehmer*innen, wurden die Orts- und Terminwünsche für die Interviewdurchführung berücksichtigt. Vor dem Interview wurden die Teilnehmer*innen darauf hingewiesen, dass Fragen jederzeit übersprungen werden können und das Interview stets pausiert oder abgebrochen werden kann. Durch die Pseudonymisierung und die datenschutzkonforme Verarbeitung der Daten können keine Rückschlüsse auf die Personen gezogen werden.

Vulnerable Personen: Bei den Teilnehmer*innen (Diätolog*innen, welche in einem Primärversorgungszentrum arbeiten) handelt es sich um keine vulnerable Personengruppe.

Privatsphäre und Vertraulichkeit: Bei der Durchführung der Forschung wurde stets auf die Wahrung der Privatsphäre der Teilnehmer*innen geachtet. Die Interviews wurden über Jitsi Meet, einer Software für sichere Videokonferenzen, durchgeführt. Die Teilnehmer*innen wurden darauf hingewiesen, dass jegliche personenbezogenen Daten bzw. Namen, welche sie im Laufe des Interviews erwähnen, pseudonymisiert werden. Die Daten wurden zur Verarbeitung auf einem passwortgeschützten Laptop gespeichert und nach Beendigung der Forschung zum Nachweis guter wissenschaftlicher Praxis 10 Jahre auf einem externen Speichergerät verwahrt.

Informierte Einwilligung: Die Teilnahme an dieser Forschung beruhte auf dem freiwilligen Einverständnis einwilligungsfähiger Personen. Im Rahmen der Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung, welche die Teilnehmer*innen vorab zugesendet bekamen und unterschrieben retournierten, erhielten sie alle relevanten Informationen über die Forschung. Sie wurden über die Ziele, Methoden, institutionelle Verbindungen, den erwarteten Nutzen und potenzielle Risiken der Studie aufgeklärt. Weiters wurden sie darüber informiert, dass die Einwilligung jederzeit und ohne die Entstehung jeglicher Nachteile widerrufen werden kann. Vor Beginn der Interviews wurden die wichtigsten Punkte nochmals wiederholt und für die Teilnehmer*innen bestand die Möglichkeit, noch offene Fragen zu stellen.

Publikation: Die Teilnehmer*innen wurden auf eine mögliche Publikation hingewiesen, wobei keine Rückschlüsse auf ihre Person gezogen werden können. Aufgrund des Rechts auf Information über den Ausgang der Studie, wurden jenen Teilnehmer*innen, welche diesbezüglich Interesse äußerten, die Ergebnisse der Forschung nach deren Beendigung zugeschickt.

3 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt wird zunächst die Stichprobe beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse der Datenanalyse anhand der Kategorien dargestellt.

3.1 Darstellung der Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich aus 11 Diätolog*innen zusammen, welche in einem Primärversorgungszentrum arbeiten. Vor Beginn der Aufzeichnung der Interviews wurden persönliche bzw. demographische Daten der Teilnehmer*innen erhoben. Alle Interviewpartner*innen waren in dem Primärversorgungszentrum angestellt und hatten dort mindestens sechs Monate Berufserfahrung. Die Teilnehmer*innen arbeiteten in vier verschiedenen Bundesländern. Jeweils drei waren in Oberösterreich, Wien und der Steiermark tätig und zwei waren in Niederösterreich tätig. Eine ausführliche Beschreibung der Stichprobe findet sich in Tabelle 6.

Tabelle 6

Darstellung der Stichprobe

Pseudonym	Geschlecht	Alterskategorie (Jahre)	Berufserfahrung (Jahre)	Berufserfahrung im PVZ (Jahre)	Stundenausmaß (h)	Berufskolleg*innen
B1	weiblich	18-29	1	1	22	0
B2	weiblich	30-39	15	1,5	8	1
B3	weiblich	18-29	1,5	1,5	16	1
B4	weiblich	30-39	10	1,5	20	0
B5	weiblich	30-39	8	5,5	30	0
B6	weiblich	18-29	6	4,5	20	0
B7	weiblich	18-29	1,5	1	16	1
B8	weiblich	18-29	2,5	2	15	2
B9	weiblich	30-39	7	1	15	1
B10	männlich	18-29	4,5	4	14	1
B11	weiblich	18-29	1,5	0,5	16	2

Anmerkung. PVZ = Primärversorgungszentrum

3.2 Darstellung der Ergebnisse

Anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) konnten deduktiv sowie induktiv fünf Hauptkategorien inklusive Subkategorien gebildet werden. Eine genauere Übersicht über die gebildeten Haupt- und Subkategorien inklusive jeweiligem Beispiel befindet sich in Tabelle 7. Eine Auflistung des Codesystems befindet sich in Anhang G.

Tabelle 7

Darstellung der Haupt- und Subkategorien

	Hauptkategorie	Subkategorie	Beispiel
deduktiv	Initiative zum Austausch	Kommunikationswege	Wir haben immer die Möglichkeit, dass wir uns austauschen zwischen Tür und Angel oder anrufen gegenseitig oder wenn wir uns im Sozialraum treffen. Also es gibt schon genug Austauschmöglichkeiten. (B5, Pos. 58)
		Kommunikationsförderung	Was vielleicht hilfreich war, war einfach diese Offenheit im Team, dass man sich auch austauschen kann, wenn man das Gefühl hat, man ist irgendwie überfordert oder man kennt sich irgendwo nicht aus oder so. (B5, Pos. 42)
		Kommunikationsbarrieren	Was problematisch ist, ist, dass ich die Physiotherapeutin bis jetzt nie gesehen habe, weil die mit mir einen Raum teilt. Also, wir haben denselben Raum, wir sind leider nur Teilzeit und das ist schwierig. (B6, Pos. 21)
		Eigeninitiative	Und das finde ich jetzt so ein ganz großes Ding, dass man da halt wirklich aktiv sein muss. Für mich zieht sich das durch das ganze Primärversorgungsthema so durch. (B8, Pos. 57)
	Wissensintegration	Integration der Berufsgruppen	Ja, also bringt einfach definitiv etwas, wenn man einfach wieder von einer anderen Seite oder von einer anderen Disziplin, also von einer anderen Berufsgruppe, eine Sichtweise erfährt, an die man wahrscheinlich selbst nicht denken würde. (B4, Pos. 17)
		Wissen über die Berufsgruppen	Das ist meine Hürde, weil das sind unsere Zuweiser und eigentlich wissen sie nicht, warum sie zuweisen. (B9, Pos. 61)

	Reflexion der eigenen Fachdisziplin		Ich finde aber wichtig, dass jeder in seinem Beruf seine Kompetenzen kennen soll und auch weiß, wann ist jetzt meine Kompetenz zu Ende und jetzt gebe ich weiter an die Psychologin oder die Krankenschwester oder auch wieder an den Arzt retour. (B9, Pos. 43)
	Zielgruppenspezifische Kommunikation	Kommunikation untereinander	Ich glaube, dass auf jeden Fall Kommunikation ein großer Punkt ist. Jetzt nicht nur mit Patienten, sondern auch im Team. (B1, Pos. 25)
		Sprache	Also allgemein verständliche Sprache auf jeden Fall. Jetzt in keine großartigen Details gehen, sondern auf das Wesentliche beschränken, was jetzt für die anderen Berufsgruppen relevant ist, würde ich sagen. Kurz und prägnant. (B1, Pos. 47)
		Dokumentation	Wichtig finde ich, dass man vor allem gut dokumentiert. Nicht nur in dem Sinne, dass man die Dokumentationspflicht natürlich erfüllt, sondern vor allem auch, dass das ganze interdisziplinäre Team gut eingeweiht ist. (B10, Pos. 30)
induktiv	Kolleg*innen	Berufskolleg*innen	Naja, also (...) es ist psychisch auch anstrengend, wenn man sich nicht austauschen kann mit der eigenen Berufsgruppe und es ist schon so, dass man dann eigentlich viel bedenken muss. Aber sonst ist es eher einfach das Fachliche hauptsächlich. (B5, Pos. 81)
		Weitere Kolleg*innen	Die häufigste Verbindung in meinem Fall ist eher, dass eine Connection zur Psychologie oder zur Physiotherapie hergestellt wird. Also aus diätologischer Sicht würde ich sagen, es gibt Fachbereiche, mit denen arbeitet man häufiger zusammen und manche mit denen arbeitet man nicht so häufig zusammen. (B10, Pos. 32)
		Umgang im Team	Also es ist ein total netter Umgang gewesen von Anfang an, auch von den Ärzten her. Da haben wir wirklich ein Glück. (B1, Pos. 15)
		Überweisung	Ja, also wenn sie bei uns Patient sind, können wir an alle Professionen zuweisen. (B11, Pos. 65)

3.3 Initiative zum Austausch

In der Hauptkategorie „Initiative zum Austausch“ werden Aussagen der Interviewteilnehmer*innen miteinbezogen, welche hinsichtlich der Möglichkeiten des Austausches sowie fördernder oder hinderlicher Faktoren getroffen wurden. Auch die Eigeninitiative wird in dieser Hauptkategorie behandelt.

3.3.1 Kommunikationswege

Die Interviewteilnehmer*innen beschrieben unterschiedliche Möglichkeiten, um miteinander zu kommunizieren und sich auszutauschen. Teammeetings bzw. Fallbesprechungen wurden dabei von allen 11 interviewten Personen genannt.

Ja es gibt Teammeetings, wo wirklich alle beieinander sitzen, wo sehr viel Organisatorisches besprochen wird. Dann gibt es eben gezielt diese Fallbesprechungen und die laufen nach Bedarf ab. (B2, Pos. 55)

Zwei der Interviewteilnehmer*innen berichteten von Teammeetings alle ein bis zwei Monate, in denen keine Patient*innen besprochen werden, sondern allgemeine Themen wie Organisatorisches, Abläufe oder Veränderungen im Team (B7, Pos. 49; B8, Pos. 43). Die restlichen Interviewteilnehmer*innen nannten regelmäßige Fallbesprechungen, wo auch aktiv Patient*innen im Team diskutiert werden. Die Dauer und die Häufigkeit dieser variieren allerdings stark zwischen den einzelnen Primärversorgungszentren. Von täglich kurzen Fallbesprechungen (B6, Pos. 3), über einmal (B9, Pos. 3; B11, Pos. 41) oder mehrmals (B10, Pos. 3) pro Woche bis hin zu ein- bis zweimal pro Monat (B1, Pos. 41; B2, Pos. 39; B3, Pos. 21; B4, Pos. 31; B5, Pos. 50) ist die Frequenz sehr unterschiedlich.

Wir haben einmal in der Woche, am Dienstag, Fallbesprechungen. Das hat auch immer eigentlich eine fixe Zeit und wer dann Zeit hat, von 12:00 bis 12:30 gibt es Fallbesprechungen. Da ist wirklich jeder herzlich willkommen. Das ist halt im laufenden Ordinationsbetrieb nicht immer so einfach, dass natürlich alle Zeit haben, weil es natürlich Akutbetrieb auch ist. Aber da schauen wir eigentlich, dass wir das regelmäßig machen. (B9, Pos. 3)

Für diese Besprechungen gibt es eine gemeinsame Liste gibt, wo jederzeit Patient*innen aufgeschrieben werden können, bei denen Bedarf für eine Besprechung besteht (B3, Pos. 23; B7, Pos. 65). Diese Liste dient als Grundlage der Fallbesprechungen.

Wir haben ein gemeinsames Dokument, also das ist eine Exceldatei, wo wir Fälle reinschreiben können, die wir bei der Besprechung besprechen wollen. Wir schreiben kurz den Namen von der Patientin rein und mit wem wir das besprechen wollen und ganz kurz, worum es geht, damit wir uns selbst erinnern. (B7, Pos. 65)

Außerhalb der Teammeetings wurde die Mittagspause als eine Möglichkeit zum Austausch mit anderen Berufsgruppen angegeben (B2, Pos. 39; B10, Pos. 42). Da normalerweise jeder in seiner Ordination sitzt und Patient*innen hat, „sieht man im Laufe des Tages keinen“ (B2, Pos. 39). Deshalb wird meistens in der Mittagspause über Patient*innen gesprochen, „was jetzt auch nicht der Sinn und Zweck einer Mittagspause sein soll“ (B2, Pos. 43).

Jeder sitzt in seiner Ordination drinnen und macht seine Patienten. Wirklich zusammenkommen tun wir eigentlich nur in der Mittagspause. (B2, Pos. 39)

Sieben der Interviewteilnehmer*innen beschrieben zusätzlich noch weitere Kommunikationswege (B2, Pos. 39; B3, Pos. 33; B5, Pos. 58; B7, Pos. 3; B8, Pos. 45; B10, Pos. 60; B11, Pos. 45). Tür-und-Angel-Gespräche finden häufig zwischendurch statt, wenn jemand den Eindruck hat, es wird der Austausch mit einer bestimmten Berufsgruppe benötigt (B3, Pos. 33). Die Büros sind oft Tür an Tür, wodurch ein direkter Austausch ermöglicht wird (B11, Pos. 51). Es wird kurz an der Tür geklopft und wenn die Person freie Ressourcen hat, können die jeweiligen Patient*innen gemeinsam besprochen werden (B8, Pos. 45).

Ich habe oft aber Pausen, also ich laufe nicht am Rad sozusagen. Ich kann immer zu anderen Kolleginnen in die Räume gehen, wenn die auch gerade keine Patienten haben und mich direkt austauschen. (B7, Pos. 3)

B8 (Pos. 45) und B11 (Pos. 45) berichteten, dass sie Rückfragen oft auch telefonisch lösen, da dies als schneller und einfacher Weg empfunden wird. Wenn es eine Berufsgruppe betrifft, die nicht am selben Tag arbeitet, wird ebenfalls der telefonische Weg bevorzugt, um sich auszutauschen (B3, Pos. 35). B2 (Pos. 51) tauscht sich gerne mittels E-Mails mit den Kolleg*innen aus. Ein weiterer Weg ist die Dokumentation, wie eine Interviewteilnehmerin beschreibt: „Aber wir dokumentieren relativ genau und geben uns so die Informationen weiter.“ (B11, Pos. 15)

3.3.2 Kommunikationsförderung

Zwei der Interviewteilnehmer*innen sind seit der Eröffnung des Primärversorgungszentrums dort angestellt und waren in dessen Aufbau involviert. B5 (Pos. 16) berichtete darüber, dass das erweiterte Team bereits zwei Monate vor der Eröffnung des Primärversorgungszentrums startete und somit die Möglichkeit bestand, Vorbereitungen zu treffen und sich gegenseitig besser kennenzulernen. Dies wurde als „voll der Luxus“ (B5, Pos. 18) beschrieben und es war „richtig cool zum Starten“ (B5, Pos. 18).

Da war die Ordination noch eine komplette Baustelle und wir haben uns im Sozialraum getroffen quasi, da war ein großer Tisch. Wir haben nicht einmal WLAN gehabt in der ersten Woche und haben an dem Tisch gesessen und haben uns einmal kennengelernt. Ja das war der erste Arbeitstag. (B5, Pos. 14)

Auch B7 (Pos. 13) berichtete über eine Einführungswoche. In dieser bekam das erweiterte Team eine Einführung in das Dokumentationssystem und es wurden Teambuilding-Maßnahmen durchgeführt.

Wir vom erweiterten Team haben da eigentlich sehr viel Zeit gehabt, dass wir uns überhaupt kennenlernen und dass wir miteinander sprechen, Wünsche formulieren, was wir gern machen möchten. Und sonst haben wir auch eine Klausur schon gehabt. Das war ca. vier Monate nachdem das Primärversorgungszentrum gegründet worden ist, da haben wir ein Teambuilding Wochenende gehabt. (B7, Pos. 15)

Hinsichtlich Teambuilding gab auch B4 (Pos. 21) an, dass die Vorgesetzten auf regelmäßige Treffen achten. Einmal im Quartal gebe es ein Treffen außerhalb des Primärversorgungszentrums wie beispielsweise den Besuch eines Escape-Rooms und ein gemeinsames Essen. Dabei werde immer auf eine gute Durchmischung des Teams geachtet. Eine Empfehlung der Vorgesetzten lautet laut B4 (Pos. 21) folgendermaßen: „Nimm dir genug Zeit, dass du die anderen kennenlernst“.

Die Mittagspause ist laut B1 (Pos. 5) ebenfalls eine gute Möglichkeit, um mit den anderen Berufsgruppen in Kontakt zu treten. B1 (Pos. 5) und B7 (Pos. 3) berichteten über eine gemeinsame Mittagspause, in welcher die Ordination geschlossen ist und kein Patient*innenverkehr herrscht. B5 (Pos. 60) empfindet es als wichtig, dass die Strukturen den Austausch ermöglichen und gab an, dass es den Vorgesetzten wichtig ist, „dass wir dieses Primärversorgungssystem wirklich leben, also das Multiprofessionelle“ (B5, Pos. 20). Auch B4 (Pos. 25) gab im Interview an, dass bei ihnen ein umfassender Austausch zwischen den Berufsgruppen erwünscht ist.

Eine weitere Möglichkeit der Kommunikationsförderung ist die von B5 (Pos. 62) beschriebene „offene Tür Regel“. Wenn eine Person gerade keine Patient*innen hat, lässt diese normalerweise die Bürotür offen, dass die Kolleg*innen wissen, falls sie etwas brauchen, könnten sie sich jetzt austauschen. Die Interviewteilnehmerin beschrieb weiters ein „Onboarding System“.

Wir haben zum Beispiel so ein Onboarding System, wo alle die neu kommen, einmal bei jeder Berufsgruppe dabei sein müssen. Das gilt auch für Ärzte, das gilt auch für Turnusärzte, die bei uns immer ein halbes Jahr sind und die müssen auch am Anfang einmal bei jeder Berufsgruppe dabei sein. (B5, Pos. 69)

Ein Punkt, welcher ebenfalls als fördernder Faktor angegeben wurde, ist, dass die Berufsgruppen tatsächlich im Primärversorgungszentrum angestellt und nicht freiberuflich dort tätig sind (B5, Pos. 60). Dadurch sei man ständig in der Ordination und könne sich jederzeit austauschen sowie multiprofessionelle Prozesse erarbei-

ten. B6 (Pos. 11) empfindet einen guten Zugang zu den Kolleg*innen als sehr wichtig und B10 (Pos. 58) erlebt, dass im Team ein ganz anderer Elan da ist, die Patient*innen zu betreuen.

3.3.3 Kommunikationsbarrieren

Eine Barriere, welche von zwei der Interviewteilnehmer*innen genannt wurde, ist der durchgetaktete Tagesablauf (B1, Pos. 15; B6, Pos. 9). Ein Großteil der Interviewteilnehmer*innen berichtete über Beratungstermine im Halbstunden- oder Stundentakt.

Dadurch, dass halt jeder seine Patiententermine hat den ganzen Tag, sieht man sich jetzt auch nicht so viel. Und am Anfang war auch diese einstündige Mittagspause noch nicht und ich war am Tag fünf Stunden da. Das heißt, ich habe auch keine Pause gehabt. Also ich bin her, habe fünf Patiententermine gemacht und bin dann wieder heimgegangen. Das heißt, es war keine Aufenthaltszeit mit Kollegen. (B1, Pos. 15)

Die Schwierigkeit, alle Termine unterzubekommen und gleichzeitig den Kontakt mit den anderen Berufsgruppen zu pflegen wurde von B6 (Pos. 9) beschrieben. Gleichzeitig beschrieb die interviewte Person die persönliche Kommunikation als „noch herausfordernd“, da auch die Zeit in der Mittagspause oft zu kurz ist, um in den Austausch zu treten (B6, Pos. 21).

Prinzipiell mal gut, gleichzeitig herausfordernd, weil du quasi immer viel alleine im Büro bist und schauen musst, dass du auch mit den Ordinationsassistentinnen und den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen eine gute Basis aufbaust. (B6, Pos. 9)

Die Stundenanzahl und die unterschiedlichen Arbeitstage wurden ebenso von vier der Interviewteilnehmer*innen als herausfordernd genannt. Aufgrund der häufigen Teilzeitanstellungen kann es sein, dass manche Berufsgruppen im Berufsalltag nie aufeinandertreffen (B2, Pos. 9; B6, Pos. 21; B8, Pos. 41; B11, Pos. 15). Zwei der Interviewteilnehmer*innen beschrieben dies folgendermaßen:

Natürlich, gerade wenn ich an die Sozialarbeiterin denke. Ich habe mich früher mit ihr jeden Mittwoch überschritten, jetzt habe ich meine Tage geändert auf Dienstag und Donnerstag und sehe sie jetzt quasi nie. (B11, Pos. 15)

Dann gibt es zwei Ärzte, die ich noch nie im Dienst gesehen habe, weil die sind einfach nie am Mittwoch da. Ich bin halt immer am Mittwoch da und die sind nie am Mittwoch da. Wir haben natürlich Besprechungen, da haben wir uns schon gesehen, aber jetzt so klassisch in der Routine und im Alltag nicht. Das ist ein Nachteil und das hindert dann natürlich auch ein bisschen das Kennenlernen oder die Aufnahme ins Team. (B2, Pos. 9)

In Bezug auf die Räumlichkeiten wurden ebenfalls hinderliche Faktoren identifiziert. B2 (Pos. 13) und B5 (Pos. 66) erklärten, dass sie zwar mit manchen Berufsgruppen am selben Tag anwesend sind, allerdings ihr Büro in einem anderen Stockwerk haben. Dadurch kann es sein, dass sie sich den ganzen Tag nicht begegnen, was wiederum den Austausch erschwert. B6 (Pos. 21) teilt sich das Büro mit einer anderen Berufsgruppe, wodurch sich die Dienste nie überschneiden und sie sich somit noch nie gesehen haben. Herausforderungen im Austausch mit den Ärzt*innen nannten drei der Interviewteilnehmer*innen. B5 (Pos. 73) beschrieb, dass der Kontakt zwischen den Gesundheitsberufen und den Ärzt*innen zu Beginn sehr limitiert war, da die Ärzt*innen ständig im Stress waren und wenig verfügbare Zeit außerhalb ihrer Patient*innentermine hatten. Laut B7 (Pos. 71) sind die Ärzt*innen oft schwer erreichbar, da ihre Termine sehr getaktet sind, weshalb auch die Teilnahme an den Teammeetings oft nicht möglich ist. B2 (Pos. 45) empfindet den Austausch mit den Ärzt*innen als schwierig, da immer verschiedene Ärzt*innen vor Ort sind und nicht einer der Ärzt*innen den Gesamtüberblick hat.

Und das macht es, finde ich, teilweise auch ein bisschen schwieriger, dass man dann mit dem diensthabenden Arzt vielleicht über einen Patienten reden muss, der bei einem ganz anderen Arzt war. (B2, Pos. 45)

In Anhang H befindet sich eine Übersicht über alle codierten Segmente dieser Subkategorie. Dies dient der Erhöhung der Transparenz.

3.3.4 Eigeninitiative

Die Eigeninitiative und die Offenheit wurden als wesentliche Kompetenzen genannt, welche für eine Tätigkeit im Primärversorgungszentrum benötigt werden. B9 (Pos. 25) beschrieb die Offenheit und Kommunikationsfähigkeit sogar als wichtigste Eigenschaften. Damit ist beispielsweise gemeint, dass man sich aktiv in das Team einbringt (B5, Pos. 48), sichtbar ist (B8, Pos. 23), Interesse am Austausch und der Zusammenarbeit zeigt (B5, Pos. 60) und auch aktiv auf Personen zugeht, wenn es etwas zu besprechen gibt (B5, Pos. 28). Eine Interviewteilnehmerin beschrieb dies folgendermaßen:

Ich sage halt immer, ich glaube, ganz viel Eigeninitiative. Es braucht eher Personen, die halt auch gerne präsent sind in der Primärversorgung. Ich glaube, es läuft halt besser, wenn man jetzt nicht eine Person ist, die halt gerne im Raum sitzt und so ihr Ding macht für sich selber und das eher gerne still abarbeiten möchte. Sondern ich glaube, dass halt für eine Zusammenarbeit, und ich finde, dass die Primärversorgung von der Zusammenarbeit lebt, einfach wichtig ist, dass man schon auch kommunikativ ist und sich wirklich auch traut, eben rauszugehen und auch auf andere Berufsgruppen zuzugehen. (B8, Pos. 21)

Zwei der Interviewteilnehmer*innen achten darauf, regelmäßig mit den diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen oder den Mitarbeiter*innen bei der Anmeldung im Austausch zu sein, um zu Netzwerken und Präsenz zu zeigen, um folglich mehr Zuweisungen zu bekommen (B4, Pos. 15; B6, Pos. 3). B5 (Pos. 26) hat aufgrund der geringen Anzahl an Zuweisungen damit begonnen, die Patient*innen durchzusehen und aktiv auf die Ärzt*innen zuzugehen und rückzumelden, welche Patient*innen sie zuweisen hätten können. Auch B3 (Pos. 17) empfindet die Eigeninitiative als sehr wichtig.

Bei uns sind natürlich die Ärzte recht eingespannt und dass man da dann eben einmal die Eigeninitiative ergreift und hingeht und sagt "wegen dem und dem Patienten würde ich ganz kurz nochmal sprechen" oder so. (B3, Pos. 17)

3.4 Wissensintegration

In die Hauptkategorie „Wissensintegration“ fallen Aussagen hinsichtlich der Integration anderer Berufsgruppen. Weiters wurde in dieser Hauptkategorie das Wissen über die Kompetenzen der weiteren Berufsgruppen behandelt.

3.4.1 Integration der Berufsgruppen

Sechs der Interviewteilnehmer*innen empfinden die Integration der Perspektiven anderer Berufsgruppen als sehr wertvoll und bereichernd (B3, Pos. 21; B4, Pos. 17; B5, Pos. 75; B7, Pos. 57; B9, Pos. 49; B10, Pos. 48). Durch die Integration hat man die Blickwinkel anderer Berufsgruppen, an die man selbst nicht denken würde (B4, Pos. 17) und ist nicht auf sich allein gestellt (B3, Pos. 21).

Das ist eigentlich ein sehr schönes Arbeiten, muss ich sagen. Weil man einfach auch nicht auf sich alleine gestellt ist, weil man die Blickwinkel anderer Berufsgruppen dabei hat und das hat man halt sonst nirgends so, auch im freiberuflichen Setting hat man das halt einfach nicht in der Form wie in einem Primärversorgungszentrum. (B3, Pos. 21)

Auch bei den Teammeetings empfinden die Teilnehmer*innen die aktive Integration ihrer Kolleg*innen als wichtig. B7 (Pos. 57) beschrieb es als sehr bereichernd, dass bei den Teammeetings alle Berufsgruppen ihre Meinung zu einem Fall äußern. Laut B5 (Pos. 58) werden die Fälle gemeinsam im Team bearbeitet, Ziele definiert und überlegt, wie man diese multiprofessionell erreichen kann. B9 (Pos. 31) ist sehr bedacht auf die Integration aller Berufsgruppen in die Besprechungen. Einerseits sollen die Berufsgruppen auch dann teilnehmen, wenn sie keine eigenen Fälle zu besprechen haben, da ihre Sichtweisen auch für andere Fälle bereichernd sind (B9, Pos. 31). Andererseits fragt sie auch aktiv nach der Meinung anderer (B9, Pos. 55).

Ich beziehe einfach immer gerne alle mit ein. Wenn wir zum Beispiel Fallbesprechungen haben, viele sitzen dann so dabei und bringen sich nicht ein und ich frage dann immer gerne aktiv: "Hast du vielleicht neue Ideen?" (B9, Pos. 55)

Durch diesen intensiven Austausch können die Patient*innen auf allen Ebenen versorgt werden, es brauche dafür aber die verschiedenen Disziplinen (B5, Pos. 75). Neben den Patient*innen profitieren auch die unterschiedlichen Berufsgruppen von diesem Wissen und dem Austausch (B10, Pos. 48). B9 (Pos. 49) beschrieb die Integration der Berufsgruppen folgendermaßen:

Es war einfach das gemeinsame, dass der Arzt denkt, er schickt zur Diätologin und die Diätologin denkt, vielleicht ziehen wir noch die Physiotherapie hinzu und dann hatte sie nochmal eine Narbenentstörung und dann ist sie noch einmal zu mir Retour. Einfach zu wissen, wann braucht es wen in welcher Phase. (B9, Pos. 49)

Die Interviewteilnehmer*innen gaben auch an, dass sie in ihrem Berufsalltag aktiv an andere Berufsgruppen denken und die Patient*innen bei Bedarf weitervermitteln (B2, Pos. 39; B3, Pos. 21; B7, Pos. 37; B9, Pos. 3; B10, Pos. 58). Dabei ist laut B7 (Pos. 37) besonders die Teamfähigkeit wichtig und dass man bewusst daran denkt, welche Berufsgruppen es im Primärversorgungszentrum gibt und von welcher Berufsgruppe die Patient*innen profitieren könnten.

Da muss man sich auch selber manchmal an der Nase nehmen, dass man selber ein bisschen an die anderen denkt, wenn man einen Patienten vor sich sitzen hat. Dass man sagt „Okay, der würde vielleicht etwas von der Sozialarbeit brauchen oder Psychotherapie“. (B2, Pos. 39)

Einige der Interviewteilnehmer*innen werden auch in die Diagnostik miteinbezogen. Beispielsweise werden Patient*innen ohne Diagnose zugewiesen und sie werden von ärztlicher Seite gebeten eine Einschätzung rückzumelden. (B6, Pos. 15; B9, Pos. 25).

Gleichzeitig bin ich sehr viel auch involviert in Abklärung der Diagnose, weil sie einfach auch oft nicht wissen, welche Laborparameter brauchen wir jetzt, um dieses Krankheitsbild auch abzuklären. (B6, Pos. 15)

Die aktive Einbindung aller Berufsgruppen ist essenziell und hat großen Mehrwert für die Patient*innen. Eine Interviewteilnehmerin hat dies folgendermaßen formuliert: „Und auch ein Ernährungsthema ist selten nur ein Ernährungsthema (lacht), und es ist meistens irgendetwas im Hintergrund“ (B5, Pos. 75).

3.4.2 Wissen über die Berufsgruppen

Das Wissen über die Kompetenzen und Aufgabengebiete der einzelnen Berufsgruppen wurde einerseits als wesentlicher Faktor für einen erfolgreichen Austausch genannt und andererseits als Herausforderung (B2, Pos. 25; B3, Pos. 41; B6, Pos. 7; B8, Pos. 25; B9, Pos. 9). Die Interviewteilnehmer*innen berichteten, dass es eine Zeit gedauert hat, bis das gesamte Team wusste, was sie „eigentlich alles machen und abdecken können“ (B3, Pos. 41) und sie sich ihre Stellung erkämpfen mussten (B2, Pos. 25). In manchen Bereichen sei es immer noch schwierig, klarzustellen für welche Tätigkeitsbereiche die Diätolog*innen eingesetzt werden können (B9, Pos. 9), es werde allerdings immer besser und der Arbeitsablauf dadurch automatisierter (B9, Pos. 29). Als „großes Ding“ bezeichnete B8 (Pos. 25), dass viele der Kolleg*innen noch nie mit Diätolog*innen zusammengearbeitet haben und nur Übergewicht bzw. den Speiseplan „am Schirm“ haben, wenn sie an die Diätologie denken.

Die Leute glauben halt Zuweisung Diätologie für Adipositas und Diabetes. Und da musst du dir einmal im Team erarbeiten, was wir alles können und welche Themen wir alle abdecken können. (B6, Pos. 7)

Die Interviewteilnehmer*innen nannten unterschiedliche Strategien, um die Kompetenzen ihrer Berufsgruppe zu kommunizieren. Einerseits durch Gespräche und aufmerksam machen, welche Indikationen die Diätologie betreffen (B2, Pos. 21; B3, Pos. 47). B9 (Pos. 29) findet besonders den Austausch als essenziell, um die Unterschiede der einzelnen Berufsgruppen verständlich zu machen. Andererseits berichteten zwei der Interviewteilnehmer*innen, dass sie Indikationslisten erstellt haben und diese mit den anderen Berufsgruppen besprochen und ausgeteilt haben (B5, Pos. 26; B11, Pos. 69). Weitere genannte Maßnahmen sind Fortbildungen für

das Team (B2, Pos. 21) und Vorstellungsrunden unter den Berufsgruppen (B5, Pos. 16). B5 (Pos. 69) beschrieb ein „Onboarding System“.

Dass sie quasi mal beim Beratungsgespräch zum Beispiel dabei sind und dass sie dann direkt von dieser Berufsgruppe erklärt bekommen, was sie im Haus machen, damit sie dann, wenn sie sechs Monate im Haus sind, uns die Patienten zuweisen können. Und das gilt aber auch dafür, wenn eine neue Ordinationsassistentin kommt, dann soll die genauso bei allen Berufsgruppen einmal dabei sein. Wichtig ist eben, dass man weiß, was macht jeder im Haus. (B5, Pos. 69)

3.5 Reflexion der eigenen Fachdisziplin

Da die Hauptkategorie „Reflexion der eigenen Fachdisziplin“ bereits spezifisch formuliert ist und sich im Zuge der Analyse keine Subkategorien herausstellten, werden im folgenden Abschnitt alle Aussagen zum Kennen der eigenen Grenzen und ernst nehmen von anderen Disziplinen zusammengefasst.

Zehn der 11 Interviewteilnehmer*innen nannten im Zuge der Interviews die Reflexion der eigenen Fachdisziplin und das Wissen, wann man an eine andere Berufsgruppe weiterverweisen muss, als essenziell (B1, Pos. 49; B2, Pos. 51; B4, Pos. 31; B5, Pos. 24; B6, Pos. 23; B7, Pos. 55; B8, Pos. 21; B9, Pos. 27; B10, Pos. 76; B11, Pos. 29). In diesem Zusammenhang wurde besonders die Eigeneinschätzung genannt (B6, Pos. 23; B8, Pos. 21; B9, Pos. 27). Einerseits das Abschätzen, wie weit man gehen kann (B9, Pos. 27) und andererseits das Wissen über die eigenen Kompetenzen (B8, Pos. 21). Dies wurde wie folgt beschrieben: „Wenn ich weiß, meine Kompetenzen sind da begrenzt, halt weitervermitteln oder sich weiter informieren, also die Eigeneinschätzung auch“ (B8, Pos. 21). Das Abgrenzen der Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen wird als wesentlich erachtet. Es soll klar sein, wer Expert*in für welchen Fachbereich ist und es muss deutlich erkennbare Grenzen geben (B5, Pos. 24). Ist der Ernährungsteil abgedeckt und immer noch Bedarf vorhanden, soll an andere Berufsgruppen verwiesen werden (B4, Pos. 31).

B1 (Pos. 49) beschrieb als Hauptinhalt der Teammeetings, dass einer der Therapeut*innen die Rahmen ausgeschöpft hat und einen weiteren Bedarf in einem anderen Fachbereich sieht.

Ich finde aber wichtig, dass jeder in seinem Beruf seine Kompetenzen kennen soll und auch weiß, wann ist jetzt meine Kompetenz zu Ende und jetzt gebe ich weiter an die Psychologin oder die Krankenschwester oder auch wieder an den Arzt retour. (B9, Pos. 49)

Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Erkennen der Sinnhaftigkeit und Grenzen der diätologischen Betreuung. Oft ist die Ernährungsberatung mehr Belastung als Hilfe für die Patient*innen (B7, Pos. 55), weil zum aktuellen Zeitpunkt andere Themen im Vordergrund stehen (B10, Pos. 76) und die Ernährung nicht die oberste Priorität darstellt (B11, Pos. 29). Um dies zu erkennen ist eine ausführliche Anamnese (B10, Pos. 76) sowie ein gutes Maß an Empathie (B11, Pos. 29) notwendig.

Ich selber habe vorige Woche oder vor zwei Wochen einen Patienten gehabt, der halt wirklich psychisch gerade massive Probleme hat und wo ich einfach gemerkt habe, wir kommen da jetzt sowieso nicht weiter, da muss man jetzt ganz woanders ansetzen. (B2, Pos. 51)

Hinsichtlich der Einhaltung der Grenzen der eigenen Fachdisziplin berichteten die Interviewteilnehmer*innen von unterschiedlichen Erfahrungen. B6 (Pos. 9) erzählte von einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin, welche selbstständig eine Beratungsunterlage zum Thema Obstipation erstellt und auch Beratungen diesbezüglich durchgeführt hat. Die Kompetenz, eine Ernährungsberatung durchzuführen ist laut B6 (Pos. 13) sehr schwer abzugrenzen und wird leicht überschritten.

Sie hat heute gesagt, sie findet, dass jeder so weit gehen kann, wie er glaubt, dass seine Kompetenzen sind. Und wenn sie glaubt, sie kennt sich aus bei Obstipation, dann kann sie da auch beraten. Das war ihr Zugang. (B6, Pos. 13)

Auch B9 (Pos. 41) machte ähnliche Erfahrungen mit einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin, welche Beratungen zum Thema Eisenmangel durchführt, anstatt an die Diätologie weiter zu verweisen. B4 (Pos. 27) wiederum leitet in ihrer Tätigkeit als Diätologin auch selbstständig Atementspannungen an und beschreibt die Vermischung der Grenzen als „sehr schön“.

Ich denke jetzt nur an meinen Reizdarmpatienten, wo ich auch eine Atementspannung anleite, was jetzt zwar nicht meine Profession an sich ist, aber das durchaus auch erlaubt ist, weil ich mich damit auskenne. Und ich denke jetzt mal in diesem Setting ist es gut möglich, was ich mache, wenn ich mich damit wohlfühle. (B4, Pos. 27)

B9 (Pos. 49) ist zusätzlich ausgebildete Masseurin, verweist die Patient*innen aber dementsprechend bei Bedarf an die Masseur*innen im Primärversorgungszentrum weiter und sieht ihre fachliche Kompetenz in diesem Setting klar in der Diätologie. Sie beschrieb dies folgendermaßen: „Aber da habe ich gewusst, ich bin Masseurin, aber ich bin dort Diätologin, für das habe ich meine Kollegin“ (B9, Pos. 49).

Zusammenfassend sind die Zugänge zu dieser Thematik sehr unterschiedlich. B6 (Pos. 15) empfindet die Aufgabenverteilung als sehr wichtig, da somit klar geregelt ist, was jeder macht. Wenn jeder seine Kompetenzen kennt, würde man sich sicherer fühlen und könnte die Patient*innen umfassender betreuen.

3.6 Zielgruppenspezifische Kommunikation

Die Hauptkategorie „Zielgruppenspezifische Kommunikation“ umfasst die Aussagen der Interviewteilnehmer*innen hinsichtlich der Kommunikation untereinander sowie der verwendeten Sprache. Zusätzlich werden Aussagen zur Dokumentation der Patient*innen miteinbezogen.

3.6.1 Kommunikation untereinander

Die Kommunikation untereinander wurde von B1 (Pos. 27) als wichtigster Punkt in der Zusammenarbeit genannt. Eine Interviewteilnehmerin hat vor der Arbeit im Primärversorgungszentrum in einem Rehabilitationszentrum und in einem Krankenhaus gearbeitet und beschreibt die Kommunikation folgendermaßen:

Also was definitiv jetzt anders ist oder viel intensiver, ist die Interdisziplinarität, also dieser Austausch mit anderen Berufsgruppen, den erlebe ich als sehr intensiv. Das habe ich weder in der Reha noch im Krankenhaus in dieser Form erlebt und auch mit den Ärzten, dass da wirklich auch ein regelmäßiger Austausch auf Augenhöhe mit offenen Ohren vorhanden ist. (B4, Pos. 13)

Eine Interviewteilnehmerin hingegen beschrieb die Kommunikation mit den Ärzt*innen als „fürchterlich“ (B6, Pos. 21). Der fachliche Austausch funktioniere wunderbar, die Kommunikation an sich sei „immer noch am Entwickeln“. Als Grund sieht sie die hohe Arbeitslast der Ärzt*innen und die folglich geringe Zeit für den Austausch im Team. Ebenso als schwierig empfindet die Interviewteilnehmerin die Kommunikation zwischen diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und dem interdisziplinären Team. Hier gebe es nämlich „kaum Kommunikation“ (B6, Pos. 21). Diese seien einerseits bei den Dienstmeetings nicht dabei und andererseits würde es eine hohe Fluktuationsrate in der Berufsgruppe geben.

Hinsichtlich der Kommunikation mit den Ärzt*innen sehen zwei Interviewteilnehmer*innen (B8, Pos. 39; B9, Pos. 17) Unterschiede im Alter. B8 (Pos. 39) empfindet den Austausch mit Ärzt*innen, welche schon lange im Berufsleben stehen, schwieriger als mit jüngeren Ärzt*innen. B9 (Pos. 17) beschrieb die Kommunikation mit den älteren Ärzt*innen als erschwert, da diese auf das „Sie“ bestehen würden und mit den jüngeren Ärzt*innen seien alle per „Du“.

Also da merkt man zwei Ebenen, die eigentlich komplett verschieden sind. Da habe ich schon gemerkt, da habe ich reinkommen müssen. Und reinfinden, wer tut mit wem wie? Dass man sich einfach in das Gesamtkonstrukt irgendwie anpasst. (B9, Pos. 17)

B10 (Pos. 13) empfindet besonders die Mischung aus beruflichem und sozialem Austausch wertvoll und gab in diesem Zusammenhang an: „so kann man die Patienten oft einfach am allerbesten betreuen“. B9 (Pos. 55) achtet auf eine regelmäßige Wertschätzung, indem sie den Kolleg*innen Rückmeldungen gibt wie „Danke“, „Du machst das super“ oder „Das hat mir weitergeholfen in meinem Arbeiten“.

3.6.2 Sprache

Vier der Interviewteilnehmer*innen verwenden im Austausch mit anderen Berufsgruppen eine allgemein verständliche Sprache (B1, Pos. 47; B2 Pos. 63; B5, Pos. 66, B10, Pos. 50). Eine Interviewteilnehmerin empfindet es als wichtig, „dass man als Team so eine Sprache findet“ (B5, Pos. 66). Eine weitere Interviewteilnehmerin beschrieb die Sprache sogar als „laienhaft, dass das jeder andere auch versteht“ (B2, Pos. 63). Darauf würde nicht explizit geachtet werden, „das ergibt sich einfach irgendwie so“ (B2, Pos. 63). B8 (Pos. 49) würde sprachlich so reden, wie im Interview, also nichts Besonderes beachten.

Also grundsätzlich will ich mal sagen, wichtig ist, wie immer, dass es verständlich ist. Wir haben ja als Experten in unserem Fach ein hohes Fachwissen. Wir reden natürlich dadurch auch auf einem höheren Level, haben Fachvokabular, welches wahrscheinlich Leute, die nicht aus einem Gesundheitsberuf kommen, nicht verstehen. Trotzdem gibt es sicher zwischen einem Arzt und einem Therapeuten nochmal unterschiedliche Levels an Fachwissen und an lateinischem Vokabular und an der Art und Weise, wie ich etwas erkläre. (B10, Pos. 50)

Eine Interviewteilnehmerin hingegen berichtete, dass sie im Austausch mit anderen Berufsgruppen bevorzugt Fachvokabular verwendet. Weiters wurde beschrieben, dass dies in ihrem Team allgemein bevorzugt wird (B3, Pos. 43).

Wobei ehrlicherweise schaue ich schon auch immer darauf, mich dann gewählter auszudrücken und da schon einen gewissen Fachjargon zu verwenden, weil das andere genauso tun. (B3, Pos. 43)

Das Beschränken auf die wesentlichen Punkte wird von zwei der Interviewteilnehmer*innen als wichtig erachtet, da die Zeit oft knapp ist und in kürzester Zeit das Wichtigste besprochen werden muss (B1, Pos. 47; B4, Pos. 35).

Dass man wirklich sein Fallbeispiel oder sein Thema in ein bis zwei Sätzen prägnant formuliert, was man braucht. Das habe ich schon gelernt, nicht rundherum zu erzählen, sondern auf den Punkt zu kommen. (B4, Pos. 35)

Sollte im Rahmen des Austausches etwas nicht verstanden werden, besteht die Möglichkeit, dies durch eine einfache Rückfrage zu klären (B1, Pos. 45; B4, Pos. 37; B10, Pos. 52; B11, Pos.83). B10 (Pos. 52) beschrieb es sogar als positiv, wenn im Austausch unverständliche Wörter verwendet werden, denn durch das Nachfragen und Erklären „hat man eigentlich einen Wissenszuwachs“.

3.6.3 Dokumentation

Drei der Interviewteilnehmer*innen empfinden die Dokumentation als sehr wichtig (B2, Pos. 47; B10, Pos. 30; B11, Pos. 15). Durch eine ausführliche Dokumentation der Therapie, kann auf diesem Weg ein Informationsaustausch stattfinden (B11, Pos. 15), das gesamte interdisziplinäre Team in die Behandlung eingeweiht (B10, Pos. 30) und die Arbeit verbessert werden (B2, Pos. 47).

Aber es verbessert schon die Arbeit sehr, weil dann weiß man, der hat vor einem Jahr vielleicht Probleme gehabt mit Divertikel oder Depressionen. Dann hat man einen ganz anderen Zugang zu dem Menschen, weil man einfach ein bisschen mehr von seiner Geschichte weiß, als was er da erzählt in der Anamnese. Also das macht es schon viel, viel leichter. (B2, Pos. 47)

Als essenziell wurde in diesem Zusammenhang von B10 (Pos. 30) das ausführliche Dokumentieren aller Berufsgruppen genannt, dass jeder im interdisziplinären Team über den aktuellen Stand der Patient*innen informiert ist. Der Interviewteilnehmer äußerte folgendes: „Ab dem Moment, wo jeder für sich selbst dokumentiert und keine Einsicht hat, bringt es mir ja auch wieder nichts. Der Austausch muss da sein“ (B10, Pos. 66).

B2 (Pos. 67) empfindet außerdem als wichtig, „dass man was anfangen kann damit“ und es für alle verständlich ist. Es müsse nicht immer Fachjargon verwendet werden und die Dokumentation professionell aussehen, sondern es soll jede Person etwas mitnehmen können. B11 (Pos. 87) äußerte, dass die Dokumentation nicht immer problemlos funktioniere. Der Großteil der Berufsgruppen würde recht genau dokumentieren, „aber mit den Ärzten funktioniert das nicht immer, da gibt es manche, die genauer dokumentieren und bei manchen ist es ein bisschen eine Überraschung“ (B11, Pos. 87).

3.7 Kolleg*innen

Die Hauptkategorie „Kolleg*innen“ umfasst Aussagen im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Berufskolleg*innen sowie mit weiteren Berufsgruppen im Primärversorgungszentrum. Darüber hinaus werden der Umgang im Team und die Überweisungen zwischen den Berufsgruppen beschrieben.

3.7.1 Berufskolleg*innen

Vier Interviewteilnehmerinnen haben keine Berufskolleg*innen, sondern sind jeweils die einzige Diätologin im Primärversorgungszentrum. Alle vier beschrieben dies als schwierig und herausfordernd.

Was schwierig war, war, dass ich alleine da bin. Ich habe keine Kollegin gehabt, die schon erfahren ist, die mich irgendwie bei gewissen Themen vielleicht mal unterstützen kann oder wenn ich irgendwas nicht weiß, dass man sich nicht austauschen kann. Das war nicht so leicht. (B5, Pos. 42)

Wenn man keine Berufskolleg*innen hat, ist es wichtig selbstständig arbeiten zu können und damit zurechtzukommen, dass man kein Team hat und sich seinen Weg allein durchschlagen muss (B1, Pos. 25). Weiters ist die Berufserfahrung wesentlich, „weil man eben nicht schnell jemanden Fragen kann“ (B4, Pos. 13). Primär wurden die Rahmenbedingungen (B1, Pos.10) und der fehlende fachliche Austausch (B4, Pos. 13; B5, Pos. 42; B6, Pos. 19) als herausfordernd beschrieben und weniger der soziale Aspekt.

Naja, also (...) es ist psychisch auch anstrengend, wenn man sich nicht austauschen kann mit der eigenen Berufsgruppe und es ist schon so, dass man dann eigentlich viel bedenken muss. Aber sonst ist es eher einfach das Fachliche hauptsächlich. (B5, Pos. 81)

Für die Interviewteilnehmer*innen ist es dennoch wichtig, sich mit Berufskolleg*innen in anderen Primärversorgungszentren auszutauschen, wofür sie unterschiedliche Möglichkeiten nannten. Einerseits gibt es den „Arbeitskreis Primärversorgung“ vom Verband der Diätologen Österreichs, wo regelmäßige Treffen stattfinden (B1, Pos. 35; B5, Pos. 42, B6, Pos. 33). Andererseits gibt es die „Plattform Primärversorgung“, auf der man sich bei möglichen Fragen ebenfalls informieren kann (B1, Pos. 35). In Oberösterreich gibt es zusätzlich eine Online-Gruppe der Diätolog*innen in den Primärversorgungszentren, wo quartalsmäßig ein Austausch in virtueller Form stattfindet, in welchem sowohl Fälle aus dem Berufsalltag als auch grundlegende strukturelle Themen besprochen werden können (B4, Pos. 7).

Und auch den Arbeitskreis kann ich nur jedem ans Herz legen, der anfängt in der Primärversorgung. Weil du da einfach Kolleginnen hast, die das gleiche machen wie du jeden Tag, aber halt nicht im gleichen Haus sitzen, sondern woanders. (B1, Pos. 57)

Drei der Interviewteilnehmer*innen haben zwar Berufskolleg*innen im Primärversorgungszentrum, beschrieben den Austausch dennoch als unzureichend, besonders im Vergleich zur Arbeit im klinischen Setting (B2, Pos. 29; B8, Pos. 51; B9, Pos. 3). Aufgrund der begrenzten Stundenzahl für die Diätologie in den Primärversorgungszentren, sind die Arbeitstage der Diätolog*innen meist aufgeteilt und es gibt kaum gemeinsame Dienste. (B2, Pos. 29; B9, Pos. 3).

Also wir haben nie gleichzeitig die Stunden, sondern zum Beispiel, wenn ich Vormittag hatte, hat sie den Nachmittag. Dass wir eigentlich die Woche ganz gut abdecken, dass sozusagen in einem Zeitfenster von 30 Stunden, eigentlich eine Diätologin da ist. (B9, Pos. 3)

Ein weiterer Punkt ist die Größe der Teams. Nur zwei der 11 Interviewteilnehmer*innen haben zumindest zwei Berufskolleg*innen, bei den restlichen acht sind maximal zwei Diätolog*innen im Primärversorgungszentrum angestellt. Dadurch fehlt die Möglichkeit sich abzusprechen und es werden ausreichend Selbstsicherheit und ein ausgeprägtes Fachwissen benötigt (B2, Pos. 29; B8, Pos. 21).

Dass man nicht sagen kann, ich lasse mich am Anfang ein bisschen mittragen von dem Team oder kann vielleicht noch Rücksprache halten. Man ist dann wirklich von 0 auf 100 auf sich gestellt. (B2, Pos. 29)

Besonders geschätzt wird der fachliche Austausch mit den Berufskolleg*innen (B2, Pos. 17; B7, Pos. 35; B9, Pos. 19). Zwar soll jeder dasselbe Basiswissen haben, dennoch ist es von Vorteil, wenn die Fachbereiche aufgeteilt oder Patient*innen bei Bedarf weitervermittelt werden können, da vielleicht die Sympathie nicht gegeben ist (B9, Pos. 19) oder bestimmtes Fachwissen fehlt (B7, Pos. 35). Eine Interviewteilnehmerin gab in diesem Zusammenhang folgendes an: „Und von dem her gebe ich auch gerne Patienten gelegentlich weiter an meinen Kollegen, der in dem Bereich spezialisiert ist oder ich frage, was er für Erfahrungen damit hat“ (B7, Pos. 35). Wenn zumindest zwei Diätolog*innen in einem Primärversorgungszentrum arbeiten, würden laut B9 (Pos. 19) alle davon profitieren. Dadurch, dass die Diätolog*innen trotzdem an unterschiedlichen Tagen arbeiten, arbeitet prinzipiell jeder für sich, aber man „hat halt noch jemanden im Team und ist quasi nicht wirklich eine Einzelkämpferin“ (B3, Pos. 9).

Die Interviewteilnehmerin B7 (Pos. 33) hat beispielsweise ein Angebot auf Stunden-erhöhung abgelehnt, da ihr ein*e Fachkolleg*in zum Austausch wichtiger war als die Erhöhung ihrer eigenen Stundenanzahl. B10 (Pos. 70) beschrieb die Vorteile folgendermaßen:

Irrsinnig positiv. Erstens weil die Kollegin mir natürlich alles vom Ablauf, diätologisch zeigen konnte, aber umso wichtiger eigentlich aus persönlicher Sichtweise, weil sie mich ins soziale Team noch mal besser einbauen konnte. Es ist immer gut, jemanden zu kennen, der schon dort ist, mit dem man zu

den Teammeetings gehen kann. Umso leichter kommt man dann auch in Kontakt mit den anderen Kolleginnen und Kollegen. Wenn man jetzt ein Einzelkämpfer ist und ins große Team dazukommt als Neuer, ist es tendenziell schwieriger, sich in ein Team einzubauen oder anzukommen, als wenn man schon eine Kollegin hat, die man ein bisschen enger kennt. (B10 Pos. 70)

3.7.2 Weitere Kolleg*innen

Die am häufigsten genannte Berufsgruppe hinsichtlich der Zusammenarbeit ist die Psychotherapie bzw. Psychologie. Sechs der Interviewteilnehmer*innen gaben an, dass mit dieser Berufsgruppe am meisten Austausch stattfindet (B1, Pos. 31; B3, Pos. 35; B7, Pos. 55; B8, Pos. 29; B9, Pos. 37; B10, Pos. 32). Dabei handelt es sich meist um adipöse Patient*innen oder Patient*innen mit Depressionen (B7, Pos. 55). Die am zweithäufigsten genannte Berufsgruppe ist die Sozialarbeit. Fünf der Interviewteilnehmer*innen gaben einen häufigen Kontakt mit der Berufsgruppe an (B1, Pos. 31; B2, Pos. 57; B6, Pos. 23; B8, Pos. 29; B9, Pos. 37). Beispiele für die Zusammenarbeit sind Kinder aus schwierigen Familienverhältnissen (B2, Pos. 57), Patient*innen mit traumatisierender Kriegserfahrung und Schwierigkeiten bei der Compliance (B6, Pos. 23) und alle Themen, welche das häusliche Setting betreffen (B9, Pos. 37). Keiner der interviewten Personen gab die Sozialarbeit oder die Psychotherapie bzw. Psychologie als seltene Kontaktstelle an.

Die Physiotherapie wurde von zwei der Interviewteilnehmer*innen als seltene Kontaktstelle genannt (B1, Pos. 31; B6, Pos. 23), zwei weitere hingegen gaben an, dass sie häufig mit der Physiotherapie zusammenarbeiten (B7, Pos. 59; B10, Pos. 32).

Ganz häufig ist die Kontaktstelle zwischen Physiotherapie und Diätologie, weil Bewegung und Ernährung sich einfach unglaublich wichtig ergänzen. Aber umso mehr man wirklich auch in die Richtung Verhaltenstherapie geht, wenn der Patient eh schon viel weiß, aber es nicht umsetzen kann aufgrund von sozialen Themen, Alltagsthemen oder Stressthemen. (B10, Pos. 32)

Weiters wurden noch die Ärzt*innen als häufige Kontaktstelle genannt (B7, Pos. 61; B8, Pos. 29). Der Austausch mit den Logopäd*innen wurde einerseits als häufig (B7, Pos. 59) und andererseits als selten (B10, Pos. 32) eingestuft. Als Berufsgruppen, mit denen die Interviewteilnehmer*innen kaum Berührungspunkte haben, wurden die Hebammen (B1, Pos. 31), die Ergotherapie (B7, Pos. 61; B10, Pos. 32) und die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (B11, Pos. 51) genannt.

Zusammenfassend gibt es Berufsgruppen, mit denen die teilnehmenden Diätolog*innen mehr zusammenarbeiten und Professionen, mit denen es weniger Austausch gibt. Grundsätzlich gehören die Psychotherapie bzw. Psychologie und die Sozialarbeit zu den Berufsgruppen mit denen die Diätolog*innen in den Primärversorgungszentren am häufigsten zusammenarbeiten. Es lassen sich allerdings Unterschiede je nach Zentrum und Gebiet erkennen, weshalb eine differenzierte Betrachtung erforderlich ist.

3.7.3 Umgang im Team

Der Umgang im Team wurde von 10 der 11 Interviewteilnehmer*innen als sehr positiv beschrieben. Die Aufnahme ins Team wurde als „irrsinnig herzlich“ (B10, Pos. 11) und „voll nett“ (B10, Pos. 11) empfunden.

Dadurch, dass ich erst ein halbes Jahr dabei bin, bin ich aber trotzdem voll offen aufgenommen worden. Es ist jeder sehr respektvoll. Ich finde, es schätzt uns auch jeder, also uns als Berufsgruppe. Ich finde, da haben wir schon einen wichtigen Stellenwert bei uns in der Primärversorgungseinheit. (B11, Pos. 55)

Der allgemeine Umgang im Team sei „total nett“ (B1, Pos. 15), „herzlich und freundlich“ (B3, Pos. 7), „locker, freundlich und motiviert“ (B7, Pos. 19), „offen, herzlich, neugierig“ (B9, Pos. 15) und „wertschätzend“ (B3, Pos. 19; B4, Pos. 5; B7, Pos. 47; B8, Pos. 31; B10, Pos. 48; B11, Pos. 55). Auch das Arbeiten auf Augenhöhe wurde als positiver Faktor beschrieben (B1, Pos. 33; B2, Pos. 39).

Es ist bei uns sehr interessant, weil wir, glaube ich einen Altersschnitt von, wenn überhaupt, 40 Jahren haben. Es ist ein sehr, sehr, sehr, sehr junges Team und das hat irgendwie so eine eigene Dynamik, kommt mir vor. Es ziehen irgendwie alle am gleichen Strang, obwohl jeder für sich arbeitet. Aber trotzdem ist das eine totale Augenhöhe. (B2, Pos. 39)

3.7.4 Überweisung

Die Überweisungen zwischen den Berufsgruppen werden in den Primärversorgungszentren unterschiedlich gehandhabt. B2 (Pos. 39) berichtete, dass die Zuweisungen immer über die Ärzt*innen erfolgen müssen. Als erschwerender Faktor wurde dabei beschrieben, dass sich die Therapeut*innen die Patient*innen nicht „so leicht hin und her einteilen“ können (B2, Pos. 39).

Weil die Zuweisungen sollen ja immer über einen Arzt laufen. Das heißt, wir müssen den Patienten wieder zurückschicken zum Arzt und sagen "reden Sie mit ihm, ob da vielleicht eine Physiotherapie auch gut wäre oder eine Psychotherapie". (B2, Pos. 39)

Die Therapeut*innen im Primärversorgungszentrum von B10 (Pos. 38) dürfen sich die Termine untereinander einteilen. Allerdings müssen sie zuvor bei den Ärzt*innen um die Freigabe beten.

Grundsätzlich muss bei uns einmal vom Arzt zugewiesen werden zum Gesundheitsberuf, dass hier ein Bedarf besteht an therapeutischer Leistung und wenn der Therapeut entscheidet, da wäre eine andere oder eine zusätzliche Betreuung sinnvoll, dann kann hier eine Zuweisung zu einem anderen Kollegen stattfinden. Man muss aber ganz kurz noch eben vom Arzt auch das Okay einholen, ob das eh passt. Das ist aber meistens nur die Formalität, solange genug zeitliche Ressourcen da sind. (B10, Pos. 34)

Zwei der Interviewteilnehmer*innen berichteten, dass sich die Therapeut*innen die Patient*innen untereinander zuweisen können, wenn sie das Gefühl haben, es wird noch weitere Therapie benötigt (B4, Pos.3; B11, Pos. 65). Die Erstzuweisung muss

dabei von den Ärzt*innen erfolgen, die Therapeut*innen dürfen dann weiterverweisen (B4, Pos. 3). Die Überweisung wird dabei als sehr niederschwellig beschrieben.

Dann mache ich den Kalender von der Psychologie auf und teile einen Termin ein. Das ist ein sehr einfacher Weg hier Patienten umfassend betreuen zu können, wenn sie möchten. (B4, Pos. 27)

Zum Beispiel, wenn ich mit der Patientin vereinbare wegen Psychotherapie oder Sozialarbeit, dass ich dann direkt den Termin bei der Kollegin eintrage. (B11, Pos. 71).

4 Diskussion

In diesem Abschnitt wird zunächst die Forschungsfrage beantwortet. Anschließend werden die Ergebnisse in Verbindung mit dem Wissen aus der vorangegangenen Literatur diskutiert und interpretiert. Es folgt die Reflexion der methodischen Vorgehensweise sowie das Aufzeigen von Limitationen der Forschung. Abschließend werden Implikationen für Forschung, Lehre und Praxis beschrieben.

4.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Im Zuge der vorliegenden Forschung wurde die Forschungsfrage, welche Erfahrungen Diätolog*innen in Primärversorgungszentren hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit haben, beantwortet. Es konnte ein Einblick geschaffen werden, wie die Diätolog*innen mit den weiteren Berufsgruppen im Primärversorgungszentrum kommunizieren und wie der allgemeine Umgang im Team ist. Die Interviewteilnehmer*innen stellten sowohl förderliche als auch hinderliche Faktoren für die interdisziplinäre Zusammenarbeit dar und beschrieben die Wichtigkeit der Integration anderer Berufsgruppen. Es wurde deutlich, dass die Eigeninitiative, das Rollenverständnis und die Kommunikationsfähigkeit essenziell sind, um erfolgreich interdisziplinär zu arbeiten.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der 11 durchgeführten Expert*inneninterviews geben einen Einblick in die Erfahrungen von Diätolog*innen in Primärversorgungszentren hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit. Durch die Analyse der Interviews konnten sowohl deduktiv als auch induktiv Kategorien gebildet und die Textabschnitte den jeweiligen Kategorien zugeordnet werden. Abbildung 4 gibt eine Übersicht über die fünf Hauptthemen, welche sich durch die Analyse ergaben.

Abbildung 4*Hauptthemen der Analyse*

Diese fünf Hauptkategorien wurden durch induktiv gebildete Subkategorien spezifiziert und dienten als Grundlage der Ergebnisdarstellung. In der Hauptkategorie „Initiative zum Austausch“ wurden Aussagen der Interviewteilnehmer*innen über die Kommunikationswege sowie fördernde und hinderliche Faktoren des Austausches zusammengefasst. Auch das aktive Einbringen und Initiative zeigen wurden in dieser Kategorie behandelt. Die Hauptkategorie „Wissensintegration“ umfasst alle Aussagen hinsichtlich der Integration anderer Berufsgruppen und des Wissens über andere Berufsgruppen. Zur Hauptkategorie „Reflexion der eigenen Fachdisziplin“ wurden keine Subkategorien gebildet. Sie umfasst Aussagen über das Kennen der eigenen fachlichen Kompetenzen und das Wissen, wann an eine andere Disziplin überwiesen werden muss. In der Hauptkategorie „Zielgruppenspezifische Kommunikation“ wird die Kommunikation untereinander beschrieben und aufgezeigt, welche Sprache verwendet und wie die Dokumentation gehandhabt wird. Die induktiv gebildete Hauptkategorie „Kolleg*innen“ enthält Aussagen über Berufskolleg*innen sowie weitere Kolleg*innen im Primärversorgungszentrum, beschreibt den Umgang im Team und gibt Einblicke, wie sich die Therapeut*innen die Patient*innen gegenseitig überweisen können. Diese fünf Hauptkategorien gliedern die Diskussion ebenfalls in die folgenden fünf Abschnitte.

4.2.1 Initiative zum Austausch

Als eine der primären **Kommunikationswege** wurden von allen 11 Interviewteilnehmer*innen die Teammeetings bzw. Fallbesprechungen genannt. Teammeetings dienen laut Lackie und Murphy (2020) nicht nur dem Informationsaustausch, sondern auch einem gegenseitigen Wissensaustausch. Gleichzeitig steigert die regelmäßige Teilnahme an Teammeetings das Zugehörigkeitsgefühl zum interdisziplinären Team (Beckingsale et al., 2016b). Die Häufigkeit der Teammeetings variiert in den Primärversorgungszentren von täglich kurzen Fallbesprechungen (B6, Pos. 3) bis hin zu ein- bis zweimal pro Monat (B1, Pos. 41; B2, Pos. 39; B3, Pos. 21; B4, Pos. 31; B5, Pos. 50). Dadurch variiert auch die Möglichkeit zum Austausch stark und es müssen gegebenenfalls andere Kommunikationswege für eine regelmäßigen Interaktion herangezogen werden. Der Berufsalltag ist meist sehr durchgetaktet, wodurch oft nur die Mittagspause bleibt, um Patient*innen zu besprechen (B2, Pos. 39). Eine Interviewteilnehmerin sieht das eher kritisch, da der Sinn und Zweck einer Mittagspause nicht sein sollte, Patient*innen zu besprechen (B2, Pos. 43). Weiters bietet die Mittagspause laut Literatur eine gute Möglichkeit, persönlich in Kontakt zu treten und eine Beziehung aufzubauen, was wiederum die Zusammenarbeit stärkt (Beckingsale et al., 2016b; Gucciardi et al., 2016).

Eine adäquatere Austauschmöglichkeit bieten die von den Interviewteilnehmer*innen beschriebenen Tür-und-Angel-Gespräche (B3, Pos. 33; B7, Pos. 3; B8, Pos. 45; B11, Pos. 51). Diese finden im Laufe des Berufsalltags je nach Bedarf statt und bieten einen direkten Austausch. Da in Primärversorgungszentren alle Professionen unter einem Dach (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022) und die Büros oft Tür an Tür sind (B11, Pos. 51), ist diese Art des Austausches niederschwellig und effizient möglich. Auch Rich et al. (2021) beschreiben den Vorteil von nebeneinanderliegenden Büros, um einen bedarfsorientierten spontanen Dialog zu generieren. Vermeir et al. (2015) empfehlen ebenfalls die persönliche Kommunikation, denn sie sehen die Körpersprache als essenziell, um die Bedeutung des Gesagten besser zu verstehen. Durch den persönlichen Austausch ist außerdem eine bessere patient*innenorientierte Versorgung möglich (Gucciardi et al., 2016). Dennoch bevorzugen zwei der Interviewteilnehmer*innen

den telefonischen Weg für Rückfragen, da sie dies als zeitsparender und praktikabler empfinden (B8, Pos. 45; B11, Pos. 45). Eine Interviewteilnehmerin gab an, dass sie sich gerne über E-Mails austauscht, was von Bromme et al. (2003) als eher kritisch gesehen wird, da dabei viele Informationen fehlen oder verloren gehen können. Laut Vermeir et al. (2015) ist die schriftliche Kommunikation die häufigste Kommunikationsform zwischen Gesundheitsberufen und es werden elektronische Patient*innenakten zu deren Verbesserung empfohlen. In Primärversorgungszentren werden unterschiedliche Kommunikationswege mit jeweiligen Vor- und Nachteilen angewandt. Nach Einschätzung der Forscherin scheint es hierbei wichtig zu sein, diese bedarfsorientiert einzusetzen und sich allen Möglichkeiten bewusst zu sein.

Im Zuge der Interviews wurden sowohl Wege zur **Kommunikationsförderung** als auch **Kommunikationsbarrieren** genannt. Als förderlich wurde eine anfängliche Kennenlernzeit bzw. Einführungswoche genannt (B5, Pos. 15; B7, Pos. 13), in der sich das erweiterte Team kennenlernen kann. Auch Teambuilding und regelmäßige Treffen außerhalb des Primärversorgungszentrums fördern die Zusammenarbeit (B4, Pos. 21). Das Schaffen einer gemeinsamen persönlichen Ebene wird auch in der Literatur als zentraler Punkt für eine erfolgreiche Zusammenarbeit beschrieben (Beckingsale et al., 2016b; Gucciardi et al., 2016). Wichtig ist laut B5 (Pos. 60), dass die Strukturen den Austausch ermöglichen, wie beispielsweise eine gemeinsame Mittagspause (B1, Pos. 5) oder die „offene Tür Regel“, die besagt, dass die Bürotüren immer offenstehen sollen, wenn gerade kein Patient*innenkontakt herrscht, um den Austausch zu erleichtern (B5, Pos. 62). Auch laut Jacobs et al. (2020) ist es von Bedeutung, dass die strukturellen Bedingungen die Zusammenarbeit ermöglichen und auch die Kompetenz, im Team arbeiten zu können wird als essenziell gesehen. Aus Sicht der Forscherin weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass in Zukunft der Fokus mehr auf die Förderung optimaler struktureller Bedingungen gelegt werden soll. Durch die Einplanung von ausreichend Zeit vor der Eröffnung der Primärversorgungszentren hat das erweiterte Team die Möglichkeit eine Beziehungsebene aufzubauen, was die Zusammenarbeit fördert und schlussendlich den Patient*innen zugutekommt.

Als Barriere für den Austausch wurde der durchgetaktete Tagesablauf und die dadurch geringe Zeit genannt (B1, Pos. 15; B6, Pos. 9). Auch die von B1 (Pos. 5)

als förderlich genannte Mittagspause wird von B6 (Pos. 21) als zu kurz beschrieben, um tatsächlich in den Austausch zu treten. Der Faktor Zeit scheint für eine erfolgreiche Zusammenarbeit eine große Rolle zu spielen. Einerseits ist die Zusammenarbeit durch die fehlende Zeit für den Austausch eingeschränkt (Asher et al., 2022) und andererseits wird die seltene Anwesenheit in der Ordination als limitierender Faktor beschrieben (Asselin et al., 2016). Eine hohe Arbeitslast, welche auch von einigen der Interviewteilnehmer*innen beschrieben wurde, resultiert ebenfalls in einer mangelnden Zeit für den Austausch (Lackie & Murphy, 2020). Weitere Punkte sind die Stundenanzahl und die unterschiedlichen Arbeitstage (B2, Pos. 9; B6, Pos. 21; B8, Pos. 42; B11, Pos. 15). Durch häufige Teilzeitanstellungen treffen manche Kolleg*innen im Berufsalltag nie aufeinander, was wiederum den Austausch hemmt. Die Räumlichkeiten können ebenfalls eine Barriere darstellen (B2, Pos. 13; B5, Pos. 66). Zwar befindet sich alles unter einem Dach, jedoch kann es sein, dass die Büros in unterschiedlichen Stockwerken sind, wodurch sich die Berufsgruppen im Berufsalltag nie sehen. Auch Lackie und Murphy (2020) beschreiben die räumliche Trennung als Hindernis für die Zusammenarbeit. Laut den Autorinnen spart die Zusammenarbeit zwar Zeit, für die Zusammenarbeit wird allerdings ausreichend Zeit benötigt. Basierend auf der Betrachtung der Forscherin bedeuten diese Ergebnisse, dass ein Ausbau der Stundenanzahl eine Verbesserung der Zusammenarbeit bewirken kann, indem die Arbeitslast der einzelnen Personen reduziert und somit mehr Zeit für einen intensiven Austausch generiert werden kann. Darüber hinaus könnte bei der Planung von Primärversorgungszentren die Raumaufteilung beachtet werden, indem sich beispielsweise alle Büros der Therapeut*innen nach Möglichkeit im selben Stockwerk befinden oder Gemeinschaftsräume geschaffen werden.

Im Zuge der Interviews wurden auch die Themen **Eigeninitiative**, Offenheit und Selbstbewusstsein angesprochen und als wesentliche Kompetenzen genannt. Das aktive Einbringen in das Team (B5, Pos. 48), sichtbar sein (B8, Pos. 23) und Interesse am Austausch zeigen (B5, Pos. 60) wurden dabei als wichtige Verhaltensweisen beschrieben. Auch in der Literatur gibt es Hinweise darauf, dass es in der Primärversorgung wichtig ist, aktiv zu sein. Hinsichtlich der Integration von Diätolog*innen in ein interdisziplinäres Team in der Primärversorgung ist es laut Beckingsale et al. (2016b) wichtig, selbstbewusst zu sein und sich selbst sichtbar zu machen.

Maharaj et al. (2018) kamen zu ähnlichen Ergebnissen in der Physiotherapie. Laut den Autor*innen sind eine starke Kommunikation und das Ergreifen der Initiative essenziell für die Integration in das interdisziplinäre Team. Gucciardi et al. (2016) nennen als wichtigste Eigenschaften, um im Team arbeiten zu können, die Flexibilität, das Selbstbewusstsein und umgänglich zu sein. Besonders zu Beginn scheint es von besonderer Bedeutung zu sein, sich aktiv einzubringen und Präsenz zu zeigen. Auch im Arbeitsalltag beschrieb eine Interviewteilnehmerin die Eigeninitiative, Kommunikationsfähigkeit und das Selbstbewusstsein als wesentlich (B8, Pos. 21). In der Literatur wird dies häufig im Hinblick auf die Zuweisungen beschrieben. Je aktiver man sich in das Team einbringt und je präsenter man ist, umso mehr Zuweisungen bekommt man von den Kolleg*innen (Gucciardi et al., 2016; Rouch et al., 2022). Um also die interdisziplinäre Zusammenarbeit bestmöglich zu gestalten, benötigt es Personen, die aktiv sind und Interesse am Austausch haben. Aufgrund dieser Erkenntnis scheint es aus Sicht der Forscherin sinnvoll, diese Kompetenzen bereits in der Ausbildung zu vermitteln und auch im Zuge der Arbeit im Primärversorgungszentrum Fortbildungen zu diesem Thema anzubieten.

4.2.2 Wissensintegration

Hinsichtlich der **Integration der Berufsgruppen** gaben die Interviewteilnehmer*innen an, dass sie diese als sehr wertvoll und bereichernd erleben. Einerseits ist man nicht auf sich allein gestellt (B3, Pos. 21) und andererseits hat man die Blickwinkel anderer Berufsgruppen dabei, an die man selbst nicht denken würde (B4, Pos. 17). Besonders bei den Teammeetings wird dies als sehr positiv empfunden, da die Patient*innen im Team gemeinsam bearbeitet werden (B5, Pos. 58) und alle Berufsgruppen ihre Meinung zu einem Fall äußern können (B7, Pos. 57). Auch außerhalb der Teammeetings denken die Interviewteilnehmer*innen aktiv an die anderen Berufsgruppen und vermitteln ihre Patient*innen bei Bedarf weiter (B2, Pos. 39; B3, Pos. 21; B7, Pos. 37; B9, Pos. 3; B10, Pos. 58). Die Forscherin hatte im Zuge der Interviews den Eindruck, dass der Großteil der Interviewteilnehmer*innen interdisziplinär zusammenarbeitete und dies auch schätzte. In der Studie von Lackie und Murphy (2020) gaben allerdings 87 % der befragten Gesundheitsberufe an, dass

sie in ihrer Arbeit in den Gesundheitszentren kaum interdisziplinär zusammenarbeiteten. Auch bei Beckingsale et al. (2016b) beschrieben nur wenige der befragten Diätolog*innen ein Zugehörigkeitsgefühl zum interdisziplinären Team. In dieser Studie waren die Diätolog*innen in Primärversorgungsorganisationen, Gesundheitsämtern, Sportvereinen und Praxen von Ärzt*innen tätig. Aus Sicht der Forscherin deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die Zusammenarbeit in Primärversorgungszentren intensiver ist als in anderen Settings in der Primärversorgung. Gründe dafür könnten die Rahmenbedingungen sein. In Primärversorgungszentren arbeiten die Gesundheitsberufe unter einem Dach und die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird gewünscht und gefördert (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022). In der Zusammenarbeit mit Praxen von Ärzt*innen ist man als Diätolog*in meist freiberuflich tätig und hat wenig Einblick in die Abläufe. Auch in den Interviews wurde erwähnt, dass eine Anstellung im Primärversorgungszentrum förderlich ist, da durch die längere Aufenthaltszeit in der Ordination mehr Austauschmöglichkeiten entstehen, als wenn man nur zu den einzelnen Patient*in-terminen kommt (B5, Pos. 60).

B5 (Pos. 75) ist der Meinung, dass die Patient*innen durch diesen intensiven Austausch auf allen Ebenen versorgt werden können. Um im Berufsalltag aktiv daran zu denken, welche Berufsgruppen es sonst noch im Primärversorgungszentrum gibt und von welchen Disziplinen die Patient*innen profitieren könnten, ist besonders die Teamfähigkeit wichtig (B7, Pos. 37). Die Teamfähigkeit wird auch in der Literatur als wichtige Eigenschaft beschrieben. Jacobs et al. (2020) nennen die Fähigkeit zur interprofessionellen Kommunikation und zur Zusammenarbeit im Team als notwendige interprofessionelle Kompetenzen. Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsberufe ist Grundvoraussetzung für eine patient*innenorientierte Versorgung und soll die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung verbessern (Jacobs et al., 2020; Lackie & Murphy, 2020).

Die Interviewteilnehmer*innen nannten das **Wissen über die Berufsgruppen** einerseits als Voraussetzung für einen erfolgreichen Austausch und gleichzeitig als Herausforderung. Die aktuelle Literatur zeigt klar die Wichtigkeit des Rollenverständnisses anderer Berufsgruppen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf. In der Studie von Asher et al. (2022) gaben 95,4 % der befragten Diätolog*innen an,

dass mehr Bewusstsein für die Rolle der Diätologie in interdisziplinären Teams geschaffen werden muss. Ein geringes Wissen über die Diätologie stellt demnach ein Hindernis für die interdisziplinäre Zusammenarbeit dar. B8 (Pos. 25) berichtete im Interview darüber, dass viele Kolleg*innen nur Übergewicht mit der Diätologie in Verbindung bringen und ansonsten wenig Wissen über die Berufsgruppe vorhanden ist. Weiters wurde berichtet, dass sich die Diätolog*innen ihre Stellung erkämpfen mussten (B2, Pos. 25) und das Klarstellen der Rolle einige Zeit in Anspruch genommen hat (B3, Pos. 41). Die befragten Physiotherapeut*innen bei Maharaj et al. (2018) hatten ebenfalls den Eindruck, dass die anderen Therapeut*innen ihre Rolle und Zuständigkeiten nicht verstanden haben. Sie waren der Meinung, dass eine intensive Zusammenarbeit im Team zu einem besseren Verständnis der Rolle führte und sie dadurch auch passendere Zuweisungen bekamen. Auch Asselin et al. (2016) und Rouch et al. (2022) kamen zu dem Entschluss, dass das Rollenverständnis eng mit den Zuweisungen verbunden ist. Gleichzeitig verbessert ausreichendes Wissen über die Berufsgruppen die Patient*innenversorgung, da die Patient*innen dadurch die tatsächlich benötigten Therapien bekommen (Rouch et al., 2022). Um dieses Wissen zu generieren, benötigt es laut Asselin et al. (2016) Fortbildungen für die Berufsgruppen. Eine Interviewteilnehmerin berichtete über solche Fortbildungen für das Team (B2, Pos. 21) und eine weitere nannte Vorstellrunden unter den Disziplinen als Maßnahme (B5, Pos. 16) zur Verbesserung des Rollenverständnisses. Auch die restlichen Interviewteilnehmer*innen nannten unterschiedliche Strategien, um das Wissen über ihre Berufsgruppe zu steigern. Einerseits durch Gespräche, in denen sie aufzeigten, welche Indikationen sie betreffen (B2, Pos. 21; B3, Pos. 47) und andererseits durch Indikationslisten, welche erstellt und ausgeteilt wurden (B5, Pos. 26; B11, Pos. 69). Das bessere Rollenverständnis führt laut Rich et al. (2021) zu mehr Selbstbewusstsein der Therapeut*innen in der Kommunikation untereinander, was wiederum die Zusammenarbeit erleichtert.

Werden die bisherigen Erkenntnisse gesammelt betrachtet, lassen sich für die Forscherin sich gegenseitig beeinflussende Zusammenhänge erkennen. Die intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit ist essenziell, um die Rolle der einzelnen Berufsgruppen besser zu verstehen (Maharaj et al., 2018). Das Wissen über die Diszipli-

nen ist wiederum wichtig, um adäquate Zuweisungen zu tätigen und so die Patient*innen noch besser zu versorgen (Asselin et al., 2016; Rouch et al., 2022). Gleichzeitig führt das Wissen zu mehr Selbstbewusstsein in der Kommunikation (Rich et al., 2021), was laut Gucciardi et al. (2016) eine bedeutende Voraussetzung für das Arbeiten im interdisziplinären Team ist. Aus Sicht der Forscherin ist es hierbei erneut wichtig, dass die Strukturen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ermöglichen. Das Bewusstsein darüber, dass sich vieles gegenseitig beeinflusst und das Wissen über die positiven Auswirkungen scheinen hierbei eine wesentliche Entscheidungsgrundlage darzustellen.

4.2.3 Reflexion der eigenen Fachdisziplin

Die Reflexion der eigenen Fachdisziplin und das Wissen, wann an eine andere Berufsgruppe weiterverwiesen werden muss, wird vom Großteil der Interviewteilnehmer*innen als essenziell angesehen (B1, Pos. 49; B2, Pos. 51; B4, Pos. 31; B5, Pos. 24; B6, Pos. 23; B7, Pos. 55; B8, Pos. 21; B9, Pos. 27; B10, Pos. 76; B11, Pos. 29). Einerseits geht es dabei um die Einschätzung, wie weit man gehen kann (B9, Pos. 27), andererseits um das Wissen über die eigenen Kompetenzen (B8, Pos. 21) und das Wissen, wann man seinen Rahmen ausgeschöpft hat und weiterverweisen muss (B4, Pos. 31). Diese genaue Rollendefinition wird auch in der Literatur als hilfreich beschrieben. Wenn jede*r Therapeut*in die eigene Rolle und die Rolle der Kolleg*innen kennt, ist die Zusammenarbeit nicht nur einfacher (Rich et al., 2021), sondern auch besser und erfolgreicher (Gucciardi et al., 2016). Die klare Aufgabenverteilung untereinander ist dabei essenziell (Rich et al., 2021).

Hinsichtlich der Reflexion der eigenen Fachdisziplin berichteten die Interviewteilnehmer*innen von unterschiedlichen Erfahrungen. Eine Interviewteilnehmerin erzählte von einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin, welche im Primärversorgungszentrum Beratungen zum Thema Obstipation durchführt (B6, Pos. 9). Eine weitere Interviewteilnehmerin berichtete ebenfalls von einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin, welche Beratungen zum Thema Eisenmangel anbietet anstatt an die Diätologie zu überweisen. Dahingegen gab B4 (Pos. 27) an, dass sie selbst in ihrer Tätigkeit als Diätologin im Primärversorgungszentrum Atementspannungen anleitet, obwohl dies nicht in ihrem Kompetenzbereich liegt. B9

(Pos. 49) berichtete wiederum von einem anderen Zugang. Sie ist selbst ausgebildete Masseurin, verweist die Patient*innen im Primärversorgungszentrum allerdings an die Masseur*innen weiter, weil sie weiß, dass sie dort als Diätologin angestellt ist und es für alles Weitere andere Therapeut*innen gibt. Nach Einschätzung der Forscherin weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass die Grenzen der Fachdisziplinen im Primärversorgungszentrum verschwimmen können. Dabei liegt es im Aufgabengebiet jedes Einzelnen, seine Kompetenzen selbst zu reflektieren und seine Aufgabengebiete laut dem MTD-Gesetz (MTD-G, 2022) zu kennen. In diesem Bundesgesetz sind die Berufsrechte und -pflichten aller MTD-Berufe genau definiert, die Umsetzung liegt in der Verantwortung der einzelnen Person. Es ist auch möglich, dass dieses Verschwimmen der Grenzen die Zusammenarbeit hindert, indem sich die Berufsgruppen zu wenig wertgeschätzt fühlen. Jeder Gesundheitsberuf hat seine Kompetenzen und Aufgabengebiete, sollten diese nicht respektiert und Grenzen überschritten werden, könnte dies zu einer negativen Stimmung im Team und dadurch zu einer reduzierten Zusammenarbeit führen. Die Forscherin weist darauf hin, dass sich in den Primärversorgungszentren alle Therapeut*innen unter einem Dach befinden und dieses Privileg genutzt und geschätzt werden sollte.

4.2.4 Zielgruppenspezifische Kommunikation

Die **Kommunikation untereinander** im Team wird je nach Berufsgruppe unterschiedlich empfunden. Besonders die Kommunikation mit den Ärzt*innen und den diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen muss sich laut B6 (Pos. 21) noch entwickeln, da aufgrund von Zeitmangel und hoher Fluktuationsrate der Austausch eingeschränkt ist. Auch Jacobs et al. (2020) nennen häufige Personalwechsel als große Herausforderung für eine erfolgreiche Teamarbeit. Die Wichtigkeit der Stabilität des Teams in Hinblick auf die Kommunikation wird auch von Gucciardi et al. (2016) beschrieben. Als weiterer wesentlicher Punkt wurde der soziale Aspekt in den Interviews genannt (B10, Pos. 13). Um im Beruf als Team zu funktionieren, benötigt es eine gute Basis (Lackie & Murphy, 2020). Eine Interviewteilnehmerin beschrieb dies ähnlich und empfindet, dass das „Du“ die Kommunikation erleichtert und das „Sie“ eine Barriere darstellt (B9, Pos. 17). Der Aufbau einer zwischen-

menschlichen Beziehung und Vertrauen vereinfacht dabei die Kommunikation untereinander (Lackie & Murphy, 2020). Laut Gucciardi et al. (2016) kann die Beziehungsebene durch informelle Interaktionen wie eine gemeinsame Mittagspause oder persönliche Gespräche zwischendurch gestärkt werden. Basierend auf der Betrachtung der Forscherin ist die Förderung der persönlichen Ebene unter den Disziplinen wesentlich. Dies kann durch eine gemeinsame Mittagspause, regelmäßiges Teambuilding und informellen Aktivitäten wie Betriebsausflügen erreicht werden.

Hinsichtlich der verwendeten **Sprache** wurden unterschiedliche Zugänge beschrieben. Einerseits wird im Umgang mit anderen Berufsgruppen eine allgemein verständliche Sprache verwendet (B1, Pos. 47; B2, Pos. 63; B5, Pos. 66; B10; Pos. 50). Andererseits wurde berichtet, dass eher Fachvokabular verwendet wird (B3, Pos. 43). Bromme et al. (2003) beschreiben die interdisziplinäre Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation. Das Ziel ist, dass die Laien, aufbauend auf der Kommunikation mit den Expert*innen, informierte Entscheidungen treffen können. Findet die Kommunikation zwischen Expert*innen mit unterschiedlichem Fachwissen statt, kann die Rolle der Expert*innen und Laien je nach Gesprächssituation variieren. Im Austausch mit anderen Professionen, kann es also sein, dass die Diätolog*innen zunächst Expert*innen für ihre Thematik sind und bei bestimmten Fragestellungen an eine andere Berufsgruppe wiederum als Laie fungieren. Wesentlich für eine erfolgreiche Experten-Laien-Kommunikation ist dabei die Adaption der Sprache an die Kommunikationspartner*innen (Bromme et al., 2003). Eine Interviewteilnehmerin beschrieb die Kommunikation untereinander als „laienhaft“ (B2, Pos. 63) und es würde auf eine allgemeine Verständlichkeit geachtet werden. Bromme et al. (2004) nennen als Grundvoraussetzung erfolgreicher Kommunikation unter anderem ausreichend Zeit sowie das Schaffen von geeigneten Rahmenbedingungen. In den Interviews wurde allerdings berichtet, dass besonders die Zeit für den Austausch oft limitiert ist (B1, Pos. 47; B4, Pos. 35). Um trotzdem das jeweilige Expert*innenwissen an Kolleg*innen mit anderem Fachwissen verständlich vermitteln zu können, empfehlen Bromme et al. (2004) ein Training zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit. Auch die Empfehlungen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Primärversorgung beinhalten das Besuchen von Fortbildungen wie Kommunikationstrainings (Gesundheit Österreich GmbH, 2023).

Die **Dokumentation** wird von den Interviewteilnehmer*innen als wichtig empfunden, da auf diesem Weg ein Informationsaustausch über die Patient*innen stattfinden kann (B11, Pos. 15) und das gesamte interdisziplinäre Team in die Behandlung eingeweiht wird (B10, Pos. 30). Laut B2 (Pos. 47) wird dadurch die Arbeit verbessert, da durch eine Vielzahl an Informationen über die Patient*innen eine umfangreichere Betreuung ermöglicht wird. MTD-Berufe sind laut dem MTD-Gesetz (MTD-G, 2022, § 11a, Abs. 1, S. 13) zur Dokumentation der von ihnen gesetzten Maßnahmen verpflichtet. Vermeir et al. (2015) empfehlen die Dokumentation in elektronischen Patient*innenakten. Wichtig dabei ist der Zugriff aller Berufsgruppen auf die Dokumentation der Kolleg*innen. Die Einsicht in die elektronischen Patient*innenakten wurde in der Studie von Beckingsale et al. (2016b) als wichtiger Faktor für die Integration in das interdisziplinäre Team identifiziert. Weiters berichteten die Diätolog*innen in der Studie, dass sie durch die Informationen der Patient*innenakten eine professionellere Leistung erbringen konnten. B11 (Pos. 87) äußerte, dass der Großteil der Disziplinen sehr genau dokumentieren würde, die Dokumentation aus ärztlicher Sicht allerdings oft nicht eindeutig sei. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Wichtigkeit einer ausführlichen Dokumentation. Die gesetzliche Grundlage dafür ist bereits im MTD-Gesetz geregelt, die Umsetzung obliegt den Gesundheitsberufen selbst. Eine Interviewteilnehmerin nannte im Zuge dessen die Wichtigkeit einer verständlichen Sprache, damit alle Beteiligten davon profitieren können (B2, Pos. 67).

4.2.5 Kolleg*innen

Von den 11 Interviewteilnehmer*innen gaben vier an, dass sie im Primärversorgungszentrum keine **Berufskolleg*innen** haben. Dies wurde von allen vier als herausfordernd beschrieben. Berufserfahrung (B4, Pos. 13) und Selbstständigkeit (B1, Pos. 25) wurden als wesentliche Faktoren genannt, wenn man keine Berufskolleg*innen hat. Besonders der fehlende fachliche Dialog (B4, Pos. 13; B5, Pos. 42; B6, Pos. 19) wird als herausfordernd angesehen. In der Literatur wird der fehlende Austausch als professionelle Isolation beschrieben, wobei vorrangig mehr persönlicher Kontakt gewünscht wird (Beckingsale et al., 2016a). Um dennoch mit Berufskolleg*innen aus anderen Primärversorgungszentren zu kommunizieren, nannten die Interviewteilnehmer*innen unterschiedliche Möglichkeiten. Einerseits gibt es

den „Arbeitskreis Primärversorgung“ (B1, Pos. 35; B5, Pos. 42; B6, Pos. 33) und andererseits die „Plattform Primärversorgung“ (B1, Pos. 35). Zusätzlich berichtete eine Interviewteilnehmerin von einer Online-Gruppe, wo sich Diätolog*innen aus unterschiedlichen Primärversorgungszentren austauschen können (B4, Pos. 7). Eine Interviewteilnehmerin empfindet ihre Situation zwar als „psychisch anstrengend“ (B5, Pos. 81), die Forscherin hatte allerdings nicht den Eindruck, dass sich die Diätolog*innen ohne Berufskolleg*innen professionell isoliert fühlen, da sie den Austausch über die Netzwerke nutzen und diesen als sehr bereichernd beschrieben. Die Wichtigkeit der Unterstützung von Berufskolleg*innen in der Primärversorgung wird auch von aktueller Literatur unterstrichen (Beckingsale et al., 2016a; Maharaj et al., 2018). Alle der befragten Diätolog*innen in der Studie von Beckingsale et al. (2016a) erachteten es als sehr wichtig, dass man zumindest ein*e Berufskolleg*in für den Austausch hat, da die Primärversorgung ein sehr herausfordernder Arbeitsbereich ist. Die Autorinnen der Studie schlussfolgerten, dass zumindest ein Team von zwei Diätolog*innen vorteilhaft ist. Von diesen Erkenntnissen kann die Wichtigkeit der intraprofessionellen Unterstützung und der Schaffung von Austauschmöglichkeiten für Diätolog*innen in der Primärversorgung abgeleitet werden.

Einige Interviewteilnehmer*innen mit Berufskolleg*innen beschrieben den Austausch trotzdem als unzureichend. In Primärversorgungszentren gibt es für die Berufsgruppe der Diätologie meist ein begrenztes Stundenkontingent, wodurch die Arbeitstage aufgeteilt werden und die Diätolog*innen nie zeitgleich arbeiten (B2, Pos. 29; B9, Pos. 3). Darüber hinaus berichteten die Interviewteilnehmer*innen von kleinen Teams mit maximal zwei bis drei Diätolog*innen, wodurch der Austausch ebenfalls begrenzt ist (B2, Pos. 29; B8, Pos. 21). Als positiv wird besonders der fachliche Austausch mit den Berufskolleg*innen empfunden (B2, Pos. 17; B7, Pos. 35; B9, Pos. 19) und dass man die Patient*innen bei Bedarf weitervermitteln kann, wenn die Sympathie nicht passt (B9, Pos. 19) oder Fachwissen fehlt (B7, Pos. 35). Laut B9 (Pos. 19) würden alle davon profitieren, wenn zumindest zwei Diätolog*innen in den Primärversorgungszentren angestellt wären. Eine Interviewteilnehmerin hätte die Möglichkeit auf eine Stundenerhöhung gehabt, diese allerdings abgelehnt, da sie ein*e Fachkolleg*in zum Austausch bevorzugte (B7, Pos. 33).

In Anbetracht dieser Erkenntnisse kann die Forscherin schlussfolgern, dass das alleinige Arbeiten in Primärversorgungszentren für Diätolog*innen suboptimal ist. Berufskolleg*innen zu haben ist sowohl für den fachlichen Austausch als auch für den persönlichen Kontakt wertvoll, allerdings nicht immer umsetzbar. Um flächendeckend zumindest zwei Diätolog*innen in den Primärversorgungszentren anstellen zu können, benötigt es eine Erhöhung der vorgesehenen Stunden für die Diätologie. Zudem müsste bei der Eröffnung neuer Primärversorgungszentren von den Verantwortlichen bedacht werden, ob eine Person Vollzeit oder zwei Personen Teilzeit eingestellt werden. Die Erkenntnisse dieser Forschung könnten hierfür eine Entscheidungsgrundlage bieten und geben Hinweise darauf, dass es von Vorteil ist, zwei Personen Teilzeit anzustellen. Als weiterer wichtiger Punkt erscheint die Förderung der Arbeitskreise, da diese wichtige Anlaufstellen für Diätolog*innen in den Primärversorgungszentren sind.

Hinsichtlich der **weiteren Kolleg*innen**, mit denen die Interviewteilnehmer*innen im Primärversorgungszentrum zusammenarbeiten, wurden unterschiedliche Angaben bezüglich der Häufigkeit gemacht. Die am häufigsten genannte Berufsgruppe ist die Psychotherapie bzw. Psychologie (B1, Pos. 31; B3, Pos. 35; B7, Pos. 55; B8, Pos. 29; B9, Pos. 37; B10, Pos. 32), gefolgt von der Sozialarbeit (B1, Pos. 31; B2, Pos. 57; B6, Pos. 23; B8, Pos. 29; B9, Pos. 37) und den Ärzt*innen (B7, Pos. 61; B8, Pos. 29). Bei der Physiotherapie und der Logopädie wurden gegensätzliche Angaben gemacht. Einige der Interviewteilnehmer*innen haben häufigen Kontakt mit diesen Berufsgruppen (B7, Pos. 59; B10, Pos. 32), andere wiederum sehr selten (B1, Pos. 31; B6, Pos. 23; B10, Pos. 32). Die Hebammen (B1, Pos. 31), die Ergotherapie (B7, Pos. 61; B10, Pos. 32) und die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege (B11, Pos. 51) wurden als Disziplinen mit wenigen Berührungspunkten von den Diätolog*innen eingestuft.

Asher et al. (2022) befragten ebenfalls Diätolog*innen über die Häufigkeit der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen und kamen zu anderen Ergebnissen. Anders als in der vorliegenden Forschung, gaben die Diätolog*innen den häufigsten Kontakt mit den diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und den wenigsten mit den Psycholog*innen an. Übereinstimmende Erfahrungen gaben die Diätolog*innen im häufigen Kontakt mit den Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen

sowie dem seltenen Kontakt mit den Ergotherapeut*innen an. Diese Ergebnisse könnten dadurch begründet sein, dass die Diätolog*innen in der Studie von Asher et al. (2022) sowohl in der Primärversorgung als auch in anderen Settings tätig waren. Besonders im klinischen Setting sind häufig die diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen wichtige Ansprechpersonen für Diätolog*innen, während der Kontakt in den Primärversorgungszentren als eher spärlich beschrieben wurde. Die intensivste Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen findet laut Asher et al. (2022) im klinischen Setting statt. Hinsichtlich der Intensität der Zusammenarbeit liegt die Arbeit in der Primärversorgung auf dem dritten Platz. Hierbei ist allerdings anzumerken, dass in der Studie unter Primärversorgung auch die Arbeit in der Freiberuflichkeit und in weiteren Gesundheitszentren zählt, was wiederum hinsichtlich der Zusammenarbeit nicht mit den Primärversorgungszentren vergleichbar ist.

Die Interviewteilnehmer*innen haben den **Umgang im Team** durchgängig als positiv beschrieben. Besonders häufig wurden die Wörter „wertschätzend“ (B3, Pos. 19; B4, Pos.5; B7, Pos. 47; B8, Pos. 31; B10, Pos. 48; B11, Pos. 55), „herzlich“ (B3, Pos. 7, B9, Pos. 15) und „freundlich“ (B3, Pos. 7; B7, Pos. 19) genannt. Zwar wurden im Zuge der Interviews einige Diskrepanzen hinsichtlich der Zuweisungen und der Kommunikation erkannt, grundsätzlich entstand jedoch der Eindruck, dass es zwischen den Berufsgruppen auf der persönlichen Ebene harmonieren zu scheint. Ein Interviewteilnehmer berichtete von der Aufnahme in das Team und gab an, dass diese „irrsinnig herzlich“ und „voll nett“ war (B10, Pos. 11). Die befragten Physiotherapeut*innen bei Maharaj et al. (2018) berichteten von ähnlichen Erfahrungen. Sie gaben eine angenehme Atmosphäre und eine positive Aufnahme in das Team der Primärversorgungsorganisationen an. Die Wichtigkeit einer guten Integration in das interdisziplinäre Team wird auch von Beckingsale et al. (2016b) bestätigt. Durch eine gute Integration konnten die Diätolog*innen in der Studie kollaborativer und koordinierter arbeiten. Um die Integration zu fördern betonten die befragten Physiotherapeut*innen bei Maharaj et al. (2018) eine starke Kommunikation, Führungsqualitäten, Eigeninitiative und das Klarstellen der eigenen Rolle. Diese Fähigkeiten konnten auch im Zuge der vorliegenden Forschung als wichtig identifiziert werden. Nach Einschätzung der Forscherin deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass für

eine erfolgreiche interdisziplinäre Arbeit in Primärversorgungszentren die Kommunikationsfähigkeit, die Eigeninitiative und das Klarstellen der eigenen Rolle bedeutende Kompetenzen sind.

Die gegenseitige **Überweisung** wird in den Primärversorgungszentren sehr unterschiedlich gehandhabt. Eine Interviewteilnehmerin gab an, dass lediglich die Ärzt*innen Zuweisungen schreiben dürfen, was als Hindernis angesehen wird (B2, Pos. 39). Ein weiterer Interviewteilnehmer erzählte, dass sich die Therapeut*innen zwar die Termine untereinander einplanen dürfen, allerdings zuvor bei den Ärzt*innen um die Freigabe bitten müssen (B10, Pos. 38). Eine dritte Möglichkeit wurde von zwei weiteren Interviewteilnehmerinnen genannt (B4, Pos. 3; B11, Pos. 65). Die Erstzuweisung muss immer von den Ärzt*innen kommen, danach können sich die Therapeut*innen die Patient*innen untereinander zuweisen. Aus aktueller Literatur geht hervor, dass eine längere Aufenthaltsdauer in der Ordination zu mehr Zuweisungen führt (Gucciardi et al., 2016; Rouch et al., 2022). Gucciardi et al. (2016) nennen dabei als besonders relevant, von den Zuweiser*innen gesehen zu werden und regelmäßig mit ihnen zu kommunizieren. Auch das Verständnis der Rolle wird von Maharaj et al. (2018) und Rouch et al. (2022) als wesentlich beschrieben, um ausreichend und insbesondere adäquate Zuweisungen zu bekommen. Die Erkenntnisse aus der Literatur stimmen mit den Ergebnissen dieser Forschung überein. Einige der Interviewteilnehmer*innen berichteten anfänglich ebenfalls über nur wenige Zuweisungen (B3, Pos. 47; B5, Pos. 26; B6, Pos. 15). Auch das Wissen über die Rolle der Diätologie wurde von einigen als unzureichend eingeschätzt (B3, Pos. 42; B2, Pos. 25; B8, Pos. 25; B9, Pos. 9). Durch Klarstellen der Rolle und Eigeninitiative konnte die Anzahl an Zuweisungen verbessert werden (B5, Pos. 26). Zwei der Interviewteilnehmer*innen versuchen in ihrem Berufsalltag regelmäßig mit den diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen Kontakt aufzunehmen, um präsent zu sein und mehr Zuweisungen zu bekommen (B4, Pos. 15; B6, Pos. 3).

Aus Sicht der Forscherin stellt die Überweisung rein über die Ärzt*innen eine Barriere im Arbeiten dar. Die Interviewteilnehmer*innen, welche selbst Zuweisungen schreiben durften, beschrieben dies als sehr niederschwellig (B4, Pos. 27; B11, Pos. 71). Die Schwierigkeit die Patient*innen nicht direkt überweisen zu können,

wird auch bei Rich et al. (2021) angegeben. Wenn die Patient*innen wiederholt zurück zu den Ärzt*innen müssen, nimmt dies viel Zeit in Anspruch. Die Ergebnisse der vorliegenden Forschung zeigen allerdings, dass besonders die Ärzt*innen diese Zeit oft nicht haben (B5, Pos. 73; B7, Pos. 71). Es könnte den Arbeitsablauf erleichtern und die Patient*innenversorgung verbessern, wenn die Therapeut*innen direkt an weitere Gesundheitsberufe überweisen dürften. Darüber hinaus scheinen das Netzwerken und präsent sein wichtige Punkte darzustellen, um ausreichend sowie adäquate Zuweisungen zu erhalten. Dies ist jedoch im stressigen Berufsalltag oft nicht möglich, was wiederum die Sinnhaftigkeit der Erweiterung des Stundenkontingents für die Diätologie in den Primärversorgungszentren unterstreicht.

4.3 Diskussion der Methodik

Das Ziel dieser Forschung war die Identifikation der Erfahrungen von Diätolog*innen in Primärversorgungszentren hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives **Studiendesign**, die Phänomenologie, gewählt. Rückblickend war dies die richtige Wahl, weil in der Phänomenologie das menschliche Erleben erforscht wird (Ritschl et al., 2016) und die persönlichen Erfahrungen im Vordergrund stehen (Brandenburg et al., 2023).

Hinsichtlich der **Stichprobengewinnung** wurde die Methode der Gelegenheitsauswahl, also das Einbeziehen der am leichtesten erreichbaren Personen (Hulley et al., 2013) angewandt. Es wurden E-Mails an alle Primärversorgungszentren in Österreich, in denen Diätolog*innen beschäftigt waren, gesendet, wodurch sich eine eher schwache Rücklaufquote ergab. Es hätte eine zusätzliche telefonische Nachfrage über den Erhalt der E-Mail und eventuell bestehendes Interesse erfolgen können. Durch das Ergänzen des Schneeballverfahrens konnte schlussendlich dennoch bis zur Datensättigung rekrutiert werden. Zwei potenzielle Teilnehmer*innen mussten aufgrund mangelnder Berufserfahrung abgelehnt werden. Das Einschlusskriterium war mindestens sechs Monate Berufserfahrung, um ein umfassendes Spektrum an Erfahrungen hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit aufweisen zu können. Wäre eine ausreichende Rekrutierung nicht möglich gewesen, hätten die Ein- und Ausschlusskriterien adaptiert werden können.

Zur **Datensammlung** wurden Einzelinterviews, genauer gesagt leitfadengestützte Expert*inneninterviews herangezogen. Eine weitere Überlegung war eine Erhebung der Daten mittels Fokusgruppen. Fokusgruppen sind weniger aufwendig und die behandelten Themen können aufgrund verschiedenster Sichtweisen der Teilnehmer*innen breiter betrachtet werden (Ritschl et al., 2016). Allerdings sind sie in der Umsetzung komplizierter, da die Termin- und Ortvereinbarungen erschwert sind und durch Gruppendynamiken die Ergebnisse verzerrt werden könnten. Da Erfahrungen sehr subjektiv sind und individuell auf die Interviewteilnehmer*innen eingegangen werden wollte, waren Einzelinterviews die geeignetste Herangehensweise. Zwei der Interviewteilnehmer*innen wollten das Interview in Form eines Paarinterviews durchführen, da sie im selben Primärversorgungszentrum tätig waren. Davon wurde allerdings abgesehen, da laut Döring und Bortz (2016) durch Einzelinterviews die individuellen Sichtweisen unverzerrt erhoben werden können und keine wechselseitigen Beeinflussungen stattfinden.

Der **Interviewleitfaden** wurde vorab anhand der vorhandenen Literatur erstellt und um Fragen der Forscherin ergänzt. Nach Abschluss der Pilotphase wurden noch benötigte Anpassungen vorgenommen und der Leitfaden finalisiert. In der Interviewführung stellte sich der Leitfaden als passend und nützlich heraus, da darauf geachtet wurde, dass die Fragen zum Erzählen anregen und bei Bedarf mit Detailfragen noch weiter in die Tiefe gefragt werden konnte. Auf diesem Weg konnten alle relevanten Inhalte abgefragt werden. Eine flüssige **Interviewführung** wurde durch den Aufbau des Leitfadens nach Döring und Bortz (2016) gefördert. Nachdem zu Beginn sehr allgemeine Fragen gestellt wurden, konnten sich die Interviewteilnehmer*innen auf die Situation einstellen, bevor die thematisch wichtigeren Fragen zur interdisziplinären Zusammenarbeit gestellt wurden. Es zeigte sich dabei als Herausforderung, nicht vom eigentlichen Thema abzukommen. Einige der Interviewteilnehmer*innen waren bereits zu Beginn sehr redselig und es brauchte eine gute Lenkung der Forscherin. Als positiv ist anzumerken, dass die Terminvereinbarungen sehr komplikationslos verliefen und ein Großteil der Interviews innerhalb von zwei Wochen nach Kontaktaufnahme durchgeführt werden konnte. Eine Interviewteilnehmerin hat den Termin vergessen und es musste eine neue Terminfindung durchgeführt werden. Hier wäre es hilfreich gewesen, Erinnerungsmails auszusenden, um

eine ungehinderte Durchführung der Datensammlung zu gewährleisten. Alle Interviews wurden auf Wunsch der Teilnehmer*innen online durchgeführt, was sich als eine angenehme und zeiteffiziente Methode herausstellte. Einerseits war dadurch die Terminvereinbarung erleichtert, andererseits konnte die Vor- und Nachbereitung seitens der Forscherin direkt vor dem Interview bzw. im Anschluss des Interviews stattfinden. Die Tonaufnahme war von hoher Qualität, was wiederum die Transkription erleichterte. Außerdem wurde dadurch eine angenehme Atmosphäre für die Interviewteilnehmer*innen geschaffen, da sie in ihrer gewohnten Umgebung waren.

Für die **Datenanalyse** wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) angewandt. Ursprünglich wollte die Forscherin die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2022) verwenden, entschied sich jedoch im Laufe des Forschungsprozesses noch einmal um. Mayring (2022) beschreibt sehr klar und deutlich formulierte Regeln und Analyseschritte, während bei Kuckartz und Rädiker (2022) mehr Flexibilität möglich ist und auch zwischen den einzelnen Schritten vor und zurück gewechselt werden kann. Da es sich um ein noch wenig erforschtes Gebiet handelt und es deshalb mehr Freiheit benötigt, war die Flexibilität ein wichtiger Punkt für die Forscherin. Die Erfahrungen hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit sind sehr subjektiv und können nur schwer in ein fest vorgegebenes deduktives Kategoriensystem eingeordnet werden. Kuckartz und Rädiker (2022) sehen in ihrer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse das Bilden von sowohl deduktiven als auch induktiven Kategorien vor, wodurch die Analyse offener ist. Im Zuge der Analyse wurde zu den deduktiv gebildeten Kategorien auch eine zusätzliche Kategorie induktiv gebildet, da sich diese nicht in das vorab definierte deduktive Kategoriensystem einordnen ließ. Dadurch erwies sich diese Entscheidung als richtig.

Zur deduktiven **Kategorienbildung** wurde das Modell interdisziplinärer Kompetenzen von Claus und Wiese (2021) herangezogen, wobei erwähnt werden muss, dass diese Entscheidung auf einer subjektiven Einschätzung der Forscherin beruht. Anfangs wurde das Einordnen der Erfahrungen in dieses Modell als eher kritisch betrachtet, da Erfahrungen sehr individuell sind und viel umfassender als einzig die unterschiedlichen interdisziplinären Kompetenzen. Diese Befangenheit wurde allerdings im Zuge eines Probedurchlaufs widerlegt, da die Aussagen problemlos den

einzelnen Kategorien zugeordnet werden konnten und sich das Modell als geeignet herausstellte. Eine Limitation hinsichtlich des Codierprozesses ist das fehlende konsensuelle Codieren. Kuckartz und Rädiker (2022) beschreiben das konsensuelle Codieren als wichtig, um die Zuverlässigkeit der Codierungen zu verbessern. Dabei werden die Interviews von zwei Codierenden unabhängig voneinander bearbeitet und anschließend auf Übereinstimmungen und Differenzen geprüft. Da es sich bei der vorliegenden Forschung um eine Masterarbeit handelt, war dies ressourcentechnisch nicht machbar, weshalb es sein kann, dass andere Codierende einzelne Textabschnitte anders codieren würden.

Für die vorliegende Forschung wurden **Gütekriterien** nach Lincoln und Guba (1994, zitiert nach Cope, 2014) eingehalten. Das Kriterium der Glaubwürdigkeit wurde erfüllt, indem die Methodik detailliert beschrieben und mit einer Fachkollegin besprochen wurde. Die einzelnen Schritte der Datenanalyse hätten eventuell noch etwas genauer beschrieben werden können, wobei der Umfang von der Forscherin als passend erachtet wurde. Die Einhaltung der Übertragbarkeit kann von der Forscherin nur vermutet werden. Zwar wurden die untersuchten Personen und Kontextbedingungen ausführlich beschrieben, um gesicherte Aussagen über das Einhalten dieses Kriteriums treffen zu können, müssten die Leser*innen die Ergebnisse der Forschung mit ihren eigenen Erfahrungen assoziieren können. Durch das Führen von Gesprächen mit externen Personen über den Forschungsprozess wurde das Kriterium der Zuverlässigkeit eingehalten. Das Kriterium der Bestätigbarkeit wurde erfüllt, indem alle gewonnenen Daten sorgfältig abgespeichert wurden. Um zu beweisen, dass die Daten den tatsächlichen Aussagen der Interviewteilnehmer*innen entsprechen, können diese jederzeit vorgelegt werden. Die Forscherin hat im Laufe des Forschungsprozesses alle Schritte wie beschrieben eingehalten, um ihre persönlichen Ansichten und Meinungen nicht einfließen zu lassen. Durch das Einfügen direkter Zitate in die Ergebnisdarstellung konnte das Kriterium der Authentizität eingehalten werden. Zwar handelt es sich um von der Forscherin ausgewählte Zitate, allerdings wurde bei der Auswahl darauf geachtet, die jeweils passendsten auszuwählen und Zitate von allen Interviewteilnehmer*innen miteinzubeziehen.

4.4 Limitationen

Trotz Einhaltung wissenschaftlicher Standards und Gütekriterien weist die vorliegende Forschung einige Limitationen auf, welche im folgenden Abschnitt diskutiert werden. Durch die anfängliche systematische Literaturrecherche konnten nur zwei relevante Studien identifiziert werden. Um mögliche Fehlerquellen im Suchprozess auszuschließen, wurde die Literatursuche mit unterschiedlichen Suchbegriffen mehrmals wiederholt, es konnten allerdings keine weiteren Studien ausfindig gemacht werden. Aufgrund der begrenzten Anzahl an Studien über die Erfahrungen der Diätolog*innen in der Primärversorgung entschied sich die Forscherin auch in anderen Professionen zu recherchieren. Dadurch konnten zwei weitere Studien, in der Ergotherapie sowie der Physiotherapie, in die Literaturübersicht eingeschlossen werden. Dieses Vorgehen ist zwar nicht optimal, schien allerdings als ein geeigneter Weg, um einen Einblick in den aktuellen Forschungsstand zu erzielen. Da die Physiotherapie und Ergotherapie ebenfalls zu den MTD-Berufen zählen, kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse auf die Diätologie übertragbar sind.

Bei der Rekrutierung mussten zwei Interessentinnen abgelehnt werden, da sie das Einschlusskriterium von mindestens sechs Monaten Berufserfahrung nicht erfüllten. Durch die Methode der Gelegenheitsauswahl konnten dadurch nur acht passende Teilnehmer*innen generiert werden, weshalb zusätzlich auf das Schneeballverfahren zurückgegriffen werden musste. Alternativ hätten auch die Ein- und Ausschlusskriterien adaptiert und die beiden Interessentinnen miteingeschlossen werden können. Da für das Sammeln von Erfahrungen allerdings Zeit benötigt wird und ein Monat Berufserfahrung aus Sicht der Forscherin zu wenig war, stellte das Ausweiten der Rekrutierung durch das Schneeballverfahren die geeignete Methode dar. Hinsichtlich der Stichprobe besteht die Möglichkeit, dass sich nur Diätolog*innen mit positiver Erfahrung hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit gemeldet haben und somit wichtige Aspekte nicht erfahren wurden. Zwar wurden in den Interviews auch Herausforderungen genannt, trotzdem überwogen die positiven Erfahrungen.

Bei der Interviewführung entschieden sich alle Teilnehmer*innen dafür, das Interview online durchzuführen. Die Forscherin war bedacht, ihrerseits eine angenehme Umgebung ohne Hintergrundgeräusche und mit stabiler Internetverbindung zu schaffen. In zwei der Interviews kam es dennoch zu einer Unterbrechung aufgrund von Netzwerkproblemen. Darüber hinaus haben viele der Interviewteilnehmer*innen die Interviews am Arbeitsplatz durchgeführt. Bei einem Interview wurde der Gesprächsfluss unterbrochen, da eine Kollegin in den Raum kam und etwas mit der Interviewteilnehmerin besprechen wollte. Aufgrund dessen wäre möglicherweise ein anderes Setting angenehmer gewesen, um diesen Hürden vorzubeugen. Als positiv ist dabei anzumerken, dass die Interviews mit Video und nicht rein telefonisch erfolgten, da dadurch trotzdem ein Beziehungsaufbau möglich war und eine angenehme Gesprächssituation entstand. Die Länge der Interviews variierte stark zwischen 23:10 und 51:25 Minuten, wobei der Durchschnitt bei 36:03 Minuten lag. Manche Interviewteilnehmer*innen gaben sehr kurze und prägnante Antworten, was eventuell auch dem Setting zuzuschreiben ist. Für zukünftige Forschung sollte deshalb das persönliche Interview bevorzugt werden. Obwohl bis zur Datensättigung rekrutiert wurde, handelt es sich bei 11 Interviewteilnehmer*innen dennoch um eine kleine Stichprobe. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass nicht alle Ansichten berücksichtigt wurden. Um diese Verfälschung ausschließen zu können, benötigt es größer angelegte Studien.

Die Interviewteilnehmer*innen zeigten Ähnlichkeiten in der Alterskategorie. Der Großteil lag zwischen 18 und 29 Jahren, nur vier waren zwischen 30 und 39 Jahre alt. Weiters konnten nur vier von neun Bundesländer abgedeckt werden. Diesbezüglich wäre eine größere Diversität wünschenswert gewesen, um flächendeckend und in allen Altersklassen die Erfahrungen zu generieren. Zukünftige Forschung könnte Diätolog*innen aller Bundesländer und unterschiedlicher Alterskategorien miteinbeziehen. Der Codierungsprozess erfolgte aus ressourcentechnischen Gründen nur durch eine Person. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass manche Aussagen von weiteren Forscher*innen anders codiert werden würden. Des Weiteren war es aus zeitlichen Gründen nicht möglich, den Interviewteilnehmer*innen die fertigen Transkripte vorzulegen, um die Korrektheit ihrer Aussagen zu bestätigen.

4.5 Implikationen

Durch die vorliegende Forschung konnten die Erfahrungen von Diätolog*innen in Primärversorgungszentren hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit aufgezeigt werden. Zusätzlich zu den Einzelinterviews könnten in zukünftiger **Forschung** Fokusgruppen durchgeführt werden. Um die individuellen Erfahrungen zu generieren, sind aus Sicht der Forscherin die Einzelinterviews essenziell, die Fokusgruppen wären allerdings eine passende Ergänzung. Durch eine angeregte Diskussion werden vielleicht neue Themen angesprochen oder bereits bekanntes Wissen vertieft. Darüber hinaus könnten in einer weiteren qualitativen Forschung Diätolog*innen zu ihren Bedürfnissen und Optimierungsvorschlägen hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit befragt werden, um diese noch besser gestalten zu können. Von weiterem Interesse wäre auch, ob es Unterschiede in den Erfahrungen zwischen angestellten und freiberuflich tätigen Diätolog*innen gibt. Eine Interviewteilnehmerin gab die starke Empfehlung, dass sich die Diätolog*innen anstellen lassen sollten, um einen intensiveren Austausch zu generieren (B5, Pos. 60). Zukünftige Forschung könnte eruieren, ob tatsächlich ein Unterschied zwischen den beiden Varianten besteht. Weiters könnten auch die Unterschiede zwischen den Erfahrungen in Primärversorgungszentren und Primärversorgungsnetzwerken erforscht werden. Der Fokus dieser Forschung liegt auf den Primärversorgungszentren. Da in den Netzwerken die einzelnen Berufsgruppen an unterschiedlichen Standorten tätig sind (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022), wäre ein Vergleich der Erfahrungen von Interesse, wodurch mögliche Verbesserungsvorschläge abgeleitet werden könnten. Zusätzlich könnte die Forschung auf alle MTD-Berufe ausgeweitet werden und eventuell quantitativ mittels einer Umfrage die Erfahrungen der einzelnen Berufsgruppen erfragt werden.

Auch für die **Lehre** lassen sich durch die vorliegende Forschung Implikationen ableiten. In den Interviews wurde die Wichtigkeit des Wissens über die anderen Berufsgruppen deutlich (B2, Pos. 25; B3, Pos. 41; B6, Pos. 7; B8, Pos. 25; B9, Pos. 9). Es erscheint somit sinnvoll, dieses Wissen bereits in der Ausbildung zu vermitteln. Diätolog*innen in Ausbildung und auch alle weiteren MTD-Berufe sowie

Ärzt*innen in Ausbildung sollten im Zuge ihres Studiums über die einzelnen Berufsbilder sowie die Aufgabengebiete und Kompetenzen der Disziplinen lernen, um ein Verständnis zu schaffen. Unterstützend dazu könnten studienübergreifende interdisziplinäre Fächer implementiert werden, um die Zusammenarbeit der Berufsgruppen bereits in der Ausbildung zu fördern. Zusätzlich dazu sollte den Studierenden das eigene Berufsgesetz nähergebracht werden, um ihre eigene Rolle von anderen abgrenzen zu können. Wichtige Erkenntnisse dieser Forschung sind die Bedeutung der Kommunikationsfähigkeit, Eigeninitiative sowie das Klarstellen der eigenen Rolle. Um diese Kompetenzen frühzeitig zu fördern, sollten bereits im Studium Kommunikationstrainings und Fächer für die persönliche Weiterentwicklung integriert werden. Auch in den Primärversorgungszentren sollte die Möglichkeit bestehen, sich zu diesen Themen fortzubilden.

Für die **Praxis** scheint besonders die Förderung der Faktoren Zeit und Verfügbarkeit eine wesentliche Rolle zu spielen. Einerseits Zeit für den fachlichen Austausch und andererseits Zeit, um die Beziehungsebene zu stärken. Es sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, in denen sowohl regelmäßige Teammeetings als auch ausreichend Ressourcen für den persönlichen Austausch ermöglicht werden. Dabei könnte vor allem eine Stundenerhöhung hilfreich sein. Die Interviewteilnehmer*innen berichteten von einem sehr durchgetakteten Berufsalltag mit nur begrenzter Zeit für den interdisziplinären Austausch (B1, Pos. 15; B6, Pos. 9). Würden die Stunden der Diätolog*innen erhöht werden, hätten sie eine längere Aufenthaltsdauer im Primärversorgungszentrum und mehr zeitliche Ressourcen. Dabei sollte bedacht werden, ob eine Vollzeitstelle oder zwei Teilzeitstellen angeboten werden. Da die Interviewteilnehmer*innen den fachlichen Austausch mit den Berufskolleg*innen als sehr wichtig erachten (B4, Pos. 13; B5, Pos. 42; B6, Pos. 19), könnte es sinnvoll sein, zwei Personen Teilzeit einzustellen. Bei der Planung von Primärversorgungszentren sollte auch die räumliche Aufteilung beachtet werden. In Anbetracht der Erkenntnisse dieser Forschung macht es Sinn, die Büros der Therapeut*innen in ein gemeinsames Stockwerk zu planen, um die als positiv beschriebenen Tür-und-Angel-Gespräche (B3, Pos. 33; B7, Pos. 3; B8, Pos. 45; B11, Pos. 51) und allgemein die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern.

5 Schlussfolgerung

Die vorliegende Forschung zeigt erstmalig die Erfahrungen von Diätolog*innen in Primärversorgungszentren hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit. Durch die leitfadengestützten Expert*inneninterviews konnten sowohl Förderfaktoren als auch Barrieren im Austausch mit Kolleg*innen erfragt werden. Von den angegebenen Barrieren lassen sich konkrete Handlungsempfehlungen ableiten. Besonders die Faktoren Zeit und Verfügbarkeit scheinen dabei verbesserungswürdig zu sein. Einerseits Zeit für den fachlichen Austausch durch die Schaffung von regelmäßigen Teammeetings und andererseits Zeit für den persönlichen Austausch durch die Implementierung von gemeinsamen Mittagspausen und Teambuildingaktivitäten. Auch das Wissen über die Berufsgruppen stellte sich als wesentlicher Faktor heraus, um die Integration in das interdisziplinäre Team zu erleichtern und adäquate Zuweisungen zu bekommen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Rollen der einzelnen Berufsgruppen im Primärversorgungszentrum verschwimmen können, weshalb das Kennen der eigenen Kompetenzen und das Wissen, wann weiterverwiesen werden muss weitere wesentliche Punkte darstellen.

Zusammenfassend ergeben sich die Kommunikationsfähigkeit, die Eigeninitiative und das Klarstellen der eigenen Rolle als die wichtigsten Faktoren für eine erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit in Primärversorgungszentren. Aus den Ergebnissen der Interviews kann darauf geschlossen werden, dass die Zusammenarbeit grundsätzlich gut funktioniert, allerdings noch Optimierungsbedarf aufweist. Der persönliche Umgang im Team wird durchgängig als sehr wertschätzend beschrieben und kann als Ressource angesehen werden, dennoch gibt es einige Hürden, welche die Zusammenarbeit erschweren. Durch die Schaffung geeigneter struktureller Rahmenbedingungen, kann die Zusammenarbeit optimal gefördert werden.

Um diese Thematik zu vertiefen, könnte weitere Forschung die Wünsche von Diätolog*innen in Primärversorgungszentren hinsichtlich der Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit identifizieren, um so noch konkretere Handlungsempfehlungen ableiten zu können. Darauf aufbauend wäre eine Erforschung der Erfahrungen aller MTD-Berufe in Primärversorgungszentren hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit inklusive deren Wünsche zur Förderung von Interesse.

Literaturverzeichnis

Amberscript Global B.V. (2024). <https://www.amberscript.com/de/>

Asher, K. E., Doucet, S., & Luke, A. (2022). A pan-Canadian study of registered dietitians' perceptions and experiences of interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 36(3), 362–370.

<https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1900801>

Asselin, J., Osunlana, A. M., Ogunleye, A. A., Sharma, A. M., & Campbell-Scherer, D. (2016). Challenges in interdisciplinary weight management in primary care: lessons learned from the 5As Team study. *Clinical Obesity*, 6(2), 124–132. <https://doi.org/10.1111/cob.12133>

Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W., & Winkelmann, J. (2019). *Das österreichische Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen*.

Beckingsale, L., Fairbairn, K., & Morris, C. (2016a). 'Two working together is so much better than just one': Professional support needs of primary healthcare dietitians. *Nutrition & Dietetics*, 73(3), 220–228.

<https://doi.org/10.1111/1747-0080.12243>

Beckingsale, L., Fairbairn, K., & Morris, C. (2016b). Integrating dietitians into primary health care: benefits for patients, dietitians and the general practice team. *Journal of Primary Health Care*, 8(4), 372–380.

<https://doi.org/10.1071/HC16018>

- Bosch, B. & Mansell, H. (2015). Interprofessional collaboration in health care: Lessons to be learned from competitive sports. *Canadian Pharmacists Journal*, 148(4), 176–179. <https://doi.org/10.1177/1715163515588106>
- Brandenburg, H., Panfil, E.-M., Mayer, H., & Schrems, B. (Hrsg.). (2023). *Pflegewissenschaft 2: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (4. Aufl.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86225-000>
- Brandstädter, S. & Sonntag, K. (2015). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Wie kann der Dialog über die Fachgrenzen hinweg optimiert werden?* GfA-Press. <https://gfa2015.gesellschaft-fuer-arbeitswissenschaft.de/inhalt/A.4.1.pdf>
- Bromme, R., Jucks, R., & Rambow, R. (2004). *Experten-Laien-Kommunikation im Wissensmanagement*. Hogrefe. <https://doi.org/10.5445/IR/1000033993>
- Bromme, R., Jucks, R., & Rambow, R. (2003). *Wissenskommunikation über Fächergrenzen: Ein Trainingsprogramm*. GBI-Genios. <https://doi.org/10.5445/IR/1000034004>
- Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (2023). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20009948/PrimVG%2c%20Fassung%20vom%202017.04.2024.pdf>
- Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (2022). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10010701/MTD-Gesetz%2c%20Fassung%20vom%202017.04.2024.pdf>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

(Hrsg.). (2019). *Das österreichische Gesundheitssystem: Zahlen - Daten - Fakten* (3. Aufl.). <https://permalink.obvsg.at/AC15464178>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

(Hrsg.). (2022). *Handbuch zur Gründung einer PVE*. https://primaerversorgung.gv.at/sites/default/files/2022-09/20220912_Gr%C3%BCndungshandbuch_Version%20f%C3%BCr%20PPV_0.pdf

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

(2023). *Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung*. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html)

Casas-Agustench, P., Megías-Rangil, I., & Babio, N. (2020). Economic benefit of dietetic-nutritional treatment in the multidisciplinary primary care team.

Nutricion Hospitalaria, 37(4), 863–874. <https://doi.org/10.20960/nh.03025>

Claus, A. M. & Wiese, B. S. (2021). Interdisziplinäre Kompetenzen: Modellentwicklung und diagnostische Zugänge. *Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 52(2), 279–288.

<https://doi.org/10.1007/s11612-021-00578-6>

Cope, D. G. (2014). Methods and meanings: credibility and trustworthiness of qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(1), 89–91.

<https://doi.org/10.1188/14.ONF.89-91>

- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5.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/downloads/#praxisbuch>
- Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit. (2022). *Gesundheitszentren / Primärversorgungseinheiten in der Steiermark*. https://epig.at/sites/default/files/2022-06/Eval-PVE-Endbericht_20220525.pdf
- Flick, U., Kardorff, E. v., & Steinke, I. (Hrsg.). (2000). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (14. Aufl.). Rohwolt.
- Fröschl, B. & Antony, K. (2017). *Evaluation des Projekts PHC - Primärversorgungszentrum Medizin Mariahilf*. https://www.medizinmariahilf.at/wp-content/uploads/2017/06/kurzbericht_evaluierung_phc_mm_1_zb.pdf
- Geraghty, A. A., Browne, S., Reynolds, C. M. E., Kennelly, S., Kelly, L., McCallum, K., McBean, L., Clyne, B., Bury, G., Bradley, C., McCullagh, L., Bardon, L. A., Murrin, C., Perrotta, C., Gibney, E. R., Castro, P. D., & Corish, C. A. (2021). Malnutrition: A Misunderstood Diagnosis by Primary Care Health Care Professionals and Community-Dwelling Older Adults in Ireland. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 121(12), 2443–2453. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2021.05.021>

- Gesundheit Österreich GmbH. (2022). *PVE-Landkarte*. <https://primaerversorgung.gv.at/standorte-pve-landkarte>
- Gesundheit Österreich GmbH. (2023). *Empfehlungen für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Primärversorgung*.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Aufl.). Springer.
- Gucciardi, E., Espin, S., Morganti, A., & Dorado, L. (2016). Exploring interprofessional collaboration during the integration of diabetes teams into primary care. *BMC Family Practice*, 17, Artikel 12. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0407-1>
- Herrmann, G. (2023). *Primärversorgung startet 2024 in Tirol*. https://www.meinbezirk.at/innsbruck/c-politik/erstes-zentrum-kommt-im-stadtteil-reichenau-in-ibk_a6424247
- Howatson, A., Wall, C. R., & Turner-Benny, P. (2015). The contribution of dietitians to the primary health care workforce. *Journal of Primary Health Care*, 7(4), 324–332. <https://doi.org/10.1071/hc15324>
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2013). *Designing clinical research* (4. Aufl.).
- Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., & Schwinger, A. (2020). *Pflege-Report 2019*. Springer Nature. <https://directory.doab-ooks.org/handle/20.500.12854/56125>

- Jortberg, B. T. & Fleming, M. O. (2014). Registered Dietitian Nutritionists Bring Value to Emerging Health Care Delivery Models. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(12), 2017–2022.
<https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.08.025>
- Karner, M. (2023). *Primärversorgung wird bis 2025 verdreifacht*. https://www.meinbezirk.at/c-gesundheit/primaerversorgung-wird-bis-2025-verdreifacht_a6099651
- Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., & Mostert, C. (2021). *Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt*. Springer Nature.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2. Aufl.). Beltz.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden* (5. Aufl.). Beltz.
<https://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-6231-1.pdf>
- Lackie, K. & Murphy, G. T. (2020). The impact of interprofessional collaboration on productivity: Important considerations in health human resources planning. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 21(2), 100375.
<https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100375>
- Maharaj, S., Chung, C., Dhugge, I., Gayevski, M., Muradyan, A., McLeod, K. E., Smart, A., & Cott, C. A. (2018). Integrating Physiotherapists into Primary Health Care Organizations: The Physiotherapists' Perspective. *Physiotherapie Canada*, 70(2), 188–195. <https://doi.org/10.3138/ptc.2016-107.pc>

- Martin, J. S., Ummenhofer, W., Manser, T., & Spirig, R. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Medical Weekly*, *140*, Artikel w13062.
<https://doi.org/10.4414/smw.2010.13062>
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13. Aufl.). Beltz.
- McLaney, E., Morassaei, S., Hughes, L., Davies, R., Campbell, M., & Di Prospero, L. (2022). A framework for interprofessional team collaboration in a hospital setting: Advancing team competencies and behaviours. *Healthcare Management Forum*, *35*(2), 112–117.
<https://doi.org/10.1177/08404704211063584>
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews* (2. Aufl.). De Gruyter.
<https://doi.org/10.1515/9783110545982>
- Mitchell, L. J., Ball, L. E., Ross, L. J., Barnes, K. A., & Williams, L. T. (2017). Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *117*(12), 1941–1962.
<https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.06.364>
- National Academy of Sciences. (2005). *Facilitating interdisciplinary research*. The National Academies Press.

- Österreichische Ärztekammer (2023). *Ärztstatistik für Österreich zum 31.12.2023*. <https://www.aerztekammer.at/documents/261766/1815987/%C3%84rztestatik+2022.pdf/d5f2d988-8263-522a-88d1-ed8fd05fba12?t=1677234391410>
- Österreichische Gesundheitskasse. (2023). *Vorteile von Primärversorgungseinheiten*. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879328&portal=oegkvportal>
- Österreichische Gesundheitskasse. (2024). *Freie Kassenstellen für Allgemeinmediziner*. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879249&portal=oegkvportal>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, Artikel n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Rappold, E. & Mathis-Edenhofer, S. (2020). *MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030*. <https://wien.arbeiterkammer.at/service/studienundzeitschriften/studien/gesundheitundpflege/MTD-Prognose.pdf>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2018). Inter-professional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Library*, 2018(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>

- Rich, K., Murray, K., Smith, H., & Jelbart, N. (2021). Interprofessional practice in health: A qualitative study in psychologists, exercise physiologists, and dietitians. *Journal of Interprofessional Care*, 35(5), 682–690.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1803226>
- Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. (Hrsg.). (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (1. Aufl.). Springer.
- Rouch, S. A., Klinedinst, T. C., White, J. S., & Leland, N. E. (2022). Exploring Occupational Therapists' Experiences in U.S. Primary Care Settings: A Qualitative Study. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76(1).
<https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049001>
- Šanc, P. & Prosen, M. (2022). Interprofessional collaboration in interdisciplinary healthcare teams: A quantitative descriptive study. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 56(1), 9–21. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.1.3106>
- Seamark, L., Barclay, Y., Marchant, C., Williams, M., & Hickson, M. (2021). Long-term symptom severity in people with irritable bowel syndrome following dietetic treatment in primary care: A service evaluation. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 34(5), 890–900. <https://doi.org/10.1111/jhn.12860>
- Simek, M. & Edelmann, F. (2023). *Evaluierung der Primärversorgungseinrichtungen in Niederösterreich*. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.782942&version=1700566253>

- Starfield, B. (2001). Basic concepts in population health and health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(7), 452–454.
<https://doi.org/10.1136/jech.55.7.452>
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Statistik Austria. (2023). *Bevölkerung nach Alter/Geschlecht*. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-nach-alter/geschlecht>
- Verband der Diaetologen Österreichs. (2019). *Primärversorgung in Österreich: Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten von DiätologInnen in der Primärversorgung*. <https://www.diehausaezte.at/images/Therapien/Diaetologie/Diaetologie.pdf>
- Verberne, L. D. M., Leemrijse, C. J., Nielen, M. M. J., & Friele, R. D. (2019). Achievement of weight loss in patients with overweight during dietetic treatment in primary health care. *PLOS ONE*, 14(11), Artikel e0225065.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225065>
- Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., van Daele, S., Buylaert, W., & Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), 1257–1267.
<https://doi.org/10.1111/ijcp.12686>

World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata. *WHO Chronicle*, 32(11), 428–430.

World Medical Association. (2013). Deklaration von Helsinki: Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf

Anhang

Anhang A [Suchstrategie]

Aus den in Tabelle 8 stehenden Suchkonzepten wurden Suchbegriffe definiert. Die Wörter „primary health care“ und „nutritionists“ wurden bei der medical subject heading (MeSH)-Suche jeweils als Hauptsuchwort definiert. Um die Trefferanzahl zu erhöhen, wurden zusätzlich Trunkierungen gebildet und die Suchterms mit den Boole'schen Operatoren OR und AND verknüpft (Ritschl et al., 2016). Tabelle 9 zeigt die Suchstrategie.

Tabelle 8

Suchbegriffe und -konzepte

Primärversorgungs- zentrum	Diätolog*innen	Erfahrungen
<ul style="list-style-type: none"> • primary healthcare* (tw) • primary health care* (tw) • primary health care (MeSH) 	<ul style="list-style-type: none"> • dietitian (tw) • dietician (tw) • dietetic* • nutritionist* (tw) • nutritionists (MeSH) 	<ul style="list-style-type: none"> • experience • attitude • view • perception

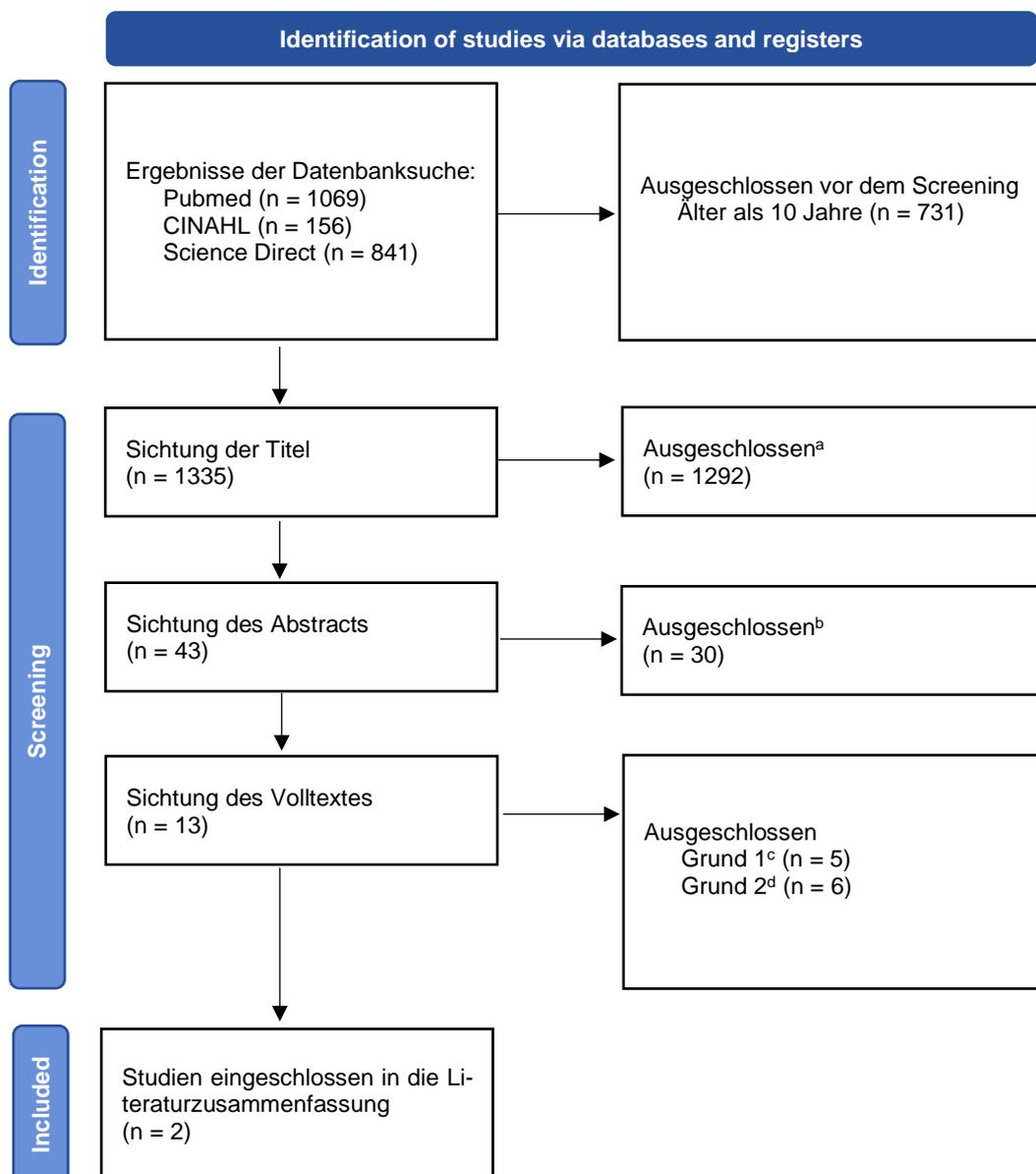
Anmerkung. tw = Textwort

Tabelle 9

Suchstrategie

Primärversor- gungszentrum	1. primary health care OR primary healthcare OR primary health care (MeSH)
Diätolog*innen	2. dietitian OR dietician OR dietetic* OR nutritionist OR nutritionists (MeSH)
Erfahrungen	3. experience OR attitude OR view OR perception
Full search	4. 1 AND 2 AND 3
Filter	5. 10 years

Anhang B [PRISMA Flow Diagramm]



^a Themenfeld oder Setting nicht passend

^b Berufsgruppe oder Setting nicht passend, nicht frei verfügbar

^c keine relevanten Ergebnisse

^d Studien über den Nutzen der Diätologie in Primärversorgung

Anhang C [Rekrutierungstext]

IMC Krems

*Für eine Studie zur Identifizierung der Erfahrungen von Diätolog*innen hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit in Primärversorgungszentren werden Teilnehmer*innen gesucht.*

Als Teilnehmer*in würden Sie über Ihre Arbeit als Diätolog*in im Primärversorgungszentrum befragt werden. Das Ziel der Studie ist es, die Erfahrungen von Diätolog*innen in Primärversorgungszentren hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit zu identifizieren.

Einschlusskriterien:

- Abgeschlossene Berufsausbildung der Diätologie
- Mindestens 6 Monate Berufserfahrung in einem Primärversorgungszentrum

Das Interview wird ungefähr 45 Minuten dauern. Ihre persönlichen Ort- und Terminwünsche werden gerne berücksichtigt. Es besteht auch die Möglichkeit, das Interview online durchzuführen.

Die gesammelten Daten werden nach den Interviews digital gespeichert. Hierbei wird auf die Wahrung der Datenschutzrichtlinien sowie der Datenschutzgrundverordnung geachtet, diese können Sie der Einwilligungserklärung entnehmen.

Wenn Sie sich für eine Teilnahme interessieren oder noch weitere Informationen benötigen, kontaktieren Sie bitte:

Alexandra Feilmayr, Studierende im Masterstudiengang AGW am IMC Krems,
unter [REDACTED] oder [REDACTED]

Die Studie wurde von der Niederösterreichischen Ethikkommission begutachtet und genehmigt.

Anhang D [Interviewleitfaden]

Zu Beginn möchte ich Sie recht herzlich zum Interview begrüßen und mich für Ihre Zeit bedanken. Um es kurz zusammenzufassen: das Ziel der Studie ist es, die Erfahrungen von Diätolog*innen in Primärversorgungszentren hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit zu identifizieren. Ich freue mich, dass Sie als Expert*in in diesem Bereich heute Ihr Wissen dazu beitragen. Meine Fragen sind sehr offen gestellt, um Ihnen einen Rahmen zum Erzählen zu geben.

Vorab möchte ich gerne noch ein paar organisatorische Punkte mit Ihnen besprechen. Mit Ihrem Einverständnis werde ich das Gespräch aufzeichnen, um es im Anschluss analysieren zu können. Ihre Aussagen werden später pseudonymisiert, um keine Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen zu können. Ich werde mir im Laufe des Gespräches immer wieder Punkte notieren, um Nachfragen stellen zu können und Wichtiges hervorzuheben. Bitte lassen Sie sich davon nicht irritieren.

Falls Sie zwischendurch eine Pause benötigen, können wir die Aufnahme gerne jederzeit stoppen. Falls es Fragen gibt, die Sie nicht beantworten möchten, bitte teilen Sie mir das einfach mit und wir gehen weiter zur nächsten Frage. Sie können jederzeit Ihre Einwilligung widerrufen und das Interview abbrechen.

Das Interview wird 45-60 Minuten dauern. Ich werde zu Beginn ein paar allgemeine Fragen stellen und dann die Aufnahme starten. Haben Sie noch Fragen bevor wir starten?

Einstiegsfragen: (Allgemeine Informationen von den Teilnehmer*innen)

- 1) Wie lange arbeiten Sie bereits als Diätolog*in?
- 2) Wie lange sind Sie bereits im Primärversorgungszentrum tätig?
 - a. Angestellt oder freiberuflich?
 - b. Stundenausmaß?
 - c. Berufskolleg*innen?
- 3) Zu welcher Alterskategorie gehören Sie?
 - a. 18-29
 - b. 30-39
 - c. 40-49
 - d. 50-59
 - e. 60 oder älter

Ich werde jetzt die Aufnahme starten

- 4) Wie sieht ein typischer Arbeitstag bei Ihnen aus?

Hauptfragen mit den Detailfragen:

Frage 1: Können Sie mir von Ihrem ersten Tag im Primärversorgungszentrum erzählen?

- Wie empfanden Sie die Aufnahme in das Team?

Frage 2: Hat sich Ihre Rolle im Primärversorgungszentrum mit der Zeit verändert?

- Sind eventuell neue Aufgaben hinzugekommen bzw. weggekommen?
- Gibt es etwas, dass es Ihnen vereinfacht/erschwert hat, Ihre Rolle als Diätologin im Primärversorgungszentrum zu etablieren?

Frage 3: Welche Ressourcen und Kompetenzen sind aus Ihrer Sicht notwendig, um als Diätolog*in in einem Primärversorgungszentrum zu arbeiten?

- Haben Sie Ratschläge für Diätolog*innen, welche neu in einem Primärversorgungszentrum zu arbeiten beginnen?

Frage 4: Können Sie mir etwas über das interdisziplinäre Team erzählen, in dem Sie arbeiten?

- Welche Professionen gibt es im Primärversorgungszentrum?
- Wie würden Sie den Umgang im Team untereinander beschreiben?
- Wie empfinden Sie das, dass sie ein*e/kein*e Berufskolleg*in haben?

Frage 5: Können Sie mir von einem Fall erzählen, den Sie gemeinsam mit einer anderen oder mit mehreren Berufsgruppen betreut haben?

- Wie empfanden Sie den Informationsaustausch untereinander?
- Wie denken Sie, hat sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf den Behandlungserfolg ausgewirkt?

Frage 6: Wie empfinden Sie den Austausch mit anderen Professionen, auch Ärzt*innen, im Primärversorgungszentrum?

- Findet ein regelmäßiger Austausch, eventuell in Form von Teambesprechungen statt?
- Können Sie mir eventuelle Hindernisse beim Austausch beschreiben? (*Kommunikation, Verständnis, Fremdwörter, Abkürzungen, Krankheitsbilder*)

Frage 7: Sind Ihnen in Ihrem Berufsalltag bereits Hürden begegnet? Können Sie mir diese beschreiben? (*fehlende Supervision/Integration/Berufskolleg*innen?*)

- Wie haben Sie diese Hürden gemeistert? (*Strategien etc.*)

Frage 8: Sehen Sie Chancen für die Berufsgruppe durch die neu etablierten Primärversorgungszentren?

Viele Dank für die Beantwortung der Fragen. Gibt es noch etwas, dass Sie ergänzen möchten?

Anhang E [Einwilligungserklärung]

Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme am leitfadengestützten, halbstrukturierten Expert*inneninter- view über Erfahrungen von Diätolog*innen in Primärversorgungszentren hin- sichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit

Sehr geehrte Teilnehmer*innen!

Ich lade Sie ein am oben genannten leitfadengestützten, halbstrukturierten Expert*inneninterview teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen Gespräch.

Ihre Teilnahme an diesem Interview erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen.

Im Zuge der Interviews werden Daten aufgezeichnet und ausgewertet. Diese sind notwendig, um Erkenntnisse und Erfahrungen über bereits bestehende Systeme, wie zum Beispiel Primärversorgungszentren, zu gewinnen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf des Interviews vollständig verstanden haben und
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen

Zu diesem Interview, sowie zur Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck dieser Studie?

Der Zweck der Interviews ist es, die Erfahrungen von Diätolog*innen in Primärversorgungszentren hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit zu identifizieren.

2. Wie läuft die Studie ab?

Das Interview wird entweder am IMC Krems oder an einem von Ihnen gewünschten Ort durchgeführt. Möglich ist auch, das Interview online durchzuführen.

Das Interview wird voraussichtlich 45-60 Minuten dauern.

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

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an diesem Interview einen beruflichen Nutzen ziehen werden. Die Erfahrungen hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit können positive Aspekte zeigen sowie mögliche Herausforderungen, wodurch sich Handlungsempfehlungen ableiten lassen könnten. Außerdem kann die Forschung Aufschlüsse über die Rolle der Diätologie in interdisziplinären Teams bzw. in Primärversorgungszentren geben.

4. Gibt es Risiken?

Nein

5. In welcher Weise werden die gesammelten Daten verwendet?

Die im Zuge des Interviews gewonnenen Daten werden zur Weiterverarbeitung gespeichert, pseudonymisiert und zum Nachweis guter wissenschaftlicher Praxis 10 Jahre aufbewahrt. Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu statistischen Zwecken und Sie werden ausnahmslos nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

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

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Je nach Ort des Interviews können für Sie lediglich die Fahrtkosten anfallen.

7. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie steht Ihnen die Forscherin gern zur Verfügung.

Name der Kontaktperson: Diätologin Alexandra Feilmayr, BSc

Ständig erreichbar unter: [REDACTED]

8. Einwilligungserklärung

Name der/des Teilnehmer*in in Druckbuchstaben

Geb.Datum:

Ich erkläre mich bereit, an der Studie „Erfahrungen von Diätolog*innen in Primärversorgungszentren hinsichtlich der interdisziplinären Zusammenarbeit“ teilzunehmen.

Ich bin von der Forscherin ausführlich und verständlich über das Vorhaben der Studie aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser

Teilnehmer*innenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt drei Seiten umfasst gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir von der Forscherin verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich behalte mir das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass daraus Nachteile für mich entstehen.

Beim Umgang der im Rahmen der Studie erhobenen Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000 beachtet. Alle Personen, die auf Grund ihrer beruflichen Tätigkeit Zugang zu diesen Daten haben, sind - unbeschadet anderer gesetzlicher Verpflichtungen - gemäß § 15 DSG 2000 an das Datengeheimnis gebunden.

Nach dem DSG 2000 sind „personenbezogene Daten“ Angaben über Studienteilnehmer*innen, durch die deren Identität bestimmt oder bestimmbar ist. Unter „indirekt personenbezogenen Daten“ versteht das DSG 2000 Daten, deren Personenbezug derart ist, dass die Identität der Studienteilnehmer*innen mit rechtlich zulässigen Mitteln nicht ermittelt werden kann.

Eine Kopie dieser Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Forscherin.

.....
(Datum und Unterschrift der/des Teilnehmer*in)

.....
(Datum und Unterschrift der Forscherin)

Anhang F [Ethikkommissionsbescheid]

Bruckner Robert (GS1) <robert.bruckner@noel.gv.at>



An: Alexandra Feilmayr

Di, 02.01.2024 09:14

Sie erhalten nicht oft eine E-Mail von robert.bruckner@noel.gv.at. [Erfahren Sie, warum dies wichtig ist](#)

Sehr geehrte Frau Feilmayr,

Bezugnehmend auf Ihre Anfrage darf ich hiermit im Namen der NÖ Ethikkommission bestätigen, dass für das geplante Forschungsprojekt zum Thema

„ERFAHRUNGEN VON DIÄTOLOG*INNEN IN PRIMÄRVERSORGUNGSZENTREN HINSICHTLICH DER INTERDISZIPLINÄREN ZUSAMMENARBEIT keine gesetzliche Einreichpflicht besteht.

Wir wünschen alles Gute für die Studiendurchführung !

Hinweis:

Mit dieser Bestätigung ist keine inhaltliche Begutachtung des Forschungsvorhabens durch die NÖ Ethikkommission verbunden.

Mit freundlichen Grüßen
wHR Mag. Robert Bruckner
NÖ Ethikkommission
Vorsitzender

Anhang G [Codesystem]

Liste der Codes	Häufigkeit
Codesystem	584
Initiative zum Austausch	94
Kommunikationswege	41
Kommunikationsförderung	19
Kommunikationsbarrieren	18
Eigeninitiative	16
Wissensintegration	60
Integration der Berufsgruppen	38
Wissen über die Berufsgruppen	22
Reflexion der eigenen Fachdisziplin	26
Zielgruppenspezifische Kommunikation	36
Kommunikation untereinander	16
Sprache	12
Dokumentation	8
Kolleg*innen	89
Berufskolleg*innen	31
Weitere Kolleg*innen	20
Umgang im Team	25
Überweisungen	13

Anhang H [Codierung am Beispiel "Kommunikationsbarrieren"]

Dadurch, dass halt jeder seine Patiententermine hat den ganzen Tag, sieht man sich jetzt auch nicht so viel. Und am Anfang war auch diese einstündige Mittagspause noch nicht und ich war am Tag fünf Stunden da. Das heißt, ich habe auch keine Pause gehabt. Also ich bin her, habe fünf Patiententermine gemacht und bin dann wieder heimgegangen. Das heißt, es war keine Aufenthaltszeit mit Kollegen. Nur in der Früh beim Reinkommen kurz "Hallo, morgen, wie geht's?".

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B1 Position: 15 - 15

(...) ab und zu Kommunikation mit Ordinationsassistenz, was Terminvereinbarungen angeht, Doppelbuchungen zum Beispiel.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B1 Position: 51 - 51

Natürlich ist es ein bisschen schwierig, wenn man nur einen Tag da ist. Das macht natürlich jetzt einen Unterschied, ob ich 20 Stunden alleine abdecke oder ob wir sie uns aufteilen. Bis ich selber einmal gewusst habe, wer gehört eigentlich zum Team. Dann gibt es zwei Ärzte, die ich noch nie im Dienst gesehen haben, weil die sind einfach nie am Mittwoch da. Ich bin halt immer am Mittwoch da und die sind nie am Mittwoch da. Wir haben natürlich Besprechungen, da haben wir uns schon gesehen, aber jetzt so klassisch in der Routine und im Alltag nicht. Das ist ein Nachteil und das hindert dann natürlich auch ein bisschen das Kennenlernen oder die Aufnahme ins Team.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B2 Position: 9 - 9

Und natürlich räumlich. Ich bin zum Beispiel schon mit einer Physiotherapeutin am selben Tag da, aber sie arbeitet quasi einen Stock unter mir und der Psychotherapeut einen Stock ober mir und wenn wir uns nicht zufällig in der Mittagspause kreuzen, sehe ich die Therapeuten nicht, auch wenn sie am selben Tag da sind.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B2 Position: 13 - 13

Eine Hemmschwelle in der Hinsicht, dass man sich denkt "soll ich da jetzt wirklich rüber gehen, stören und anklopfen?". Wie gesagt, wir können eh alles haben von unseren Ärzten. Ich bin mir noch nie so vorgekommen, dass ich wirklich störe. Aber ja, es ist eine Hemmschwelle, dass man sagt, ist es jetzt wirklich so wichtig, dass ich da jetzt störe? Also ich empfinde es so. Ich krieg es nicht vermittelt, dass ich störe, aber es ist trotzdem irgendwie im Ablauf ein bisschen ungut.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B2 Position: 41 - 41

Und das macht es, finde ich, teilweise auch ein bisschen schwieriger, dass man dann mit dem diensthabenden Arzt vielleicht über einen Patienten reden muss, der bei einem ganz anderen Arzt war. Also das ist manchmal ein Nachteil im PVZ. Weil einfach mehrere Ärzte da sind und nicht ein Arzt den Überblick hat.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B2 Position: 45 - 45

Bei uns zum Beispiel sind die Sozialarbeiterin, im zweiten Stock und die Therapeutinnen auch und der Rest ist im ersten Stock und im Erdgeschoss. Das heißt, man läuft sich nicht so leicht über den Weg. Das ist hinderlich (...) und ich glaube, wenn man jetzt das Wissen über andere Gesundheitsberufe nicht hat, dann ist es sicher auch nicht so gut, weil man dann einfach auch nicht weiß, warum man sich überhaupt austauschen könnte oder wo man jemanden brauchen könnte.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B5 Position: 66 - 66

(...) weil das war am Anfang schon ein bisschen ein Problem, dass die Ärzte nicht so viel Kontakt zu den Gesundheitsberufen gehabt haben, weil einfach die Ärzte die ganze Zeit im Stress sind und die Gesundheitsberufe das nicht so kennen, dass man da einfach reinplatzen darf in das Zimmer und sich austauschen kann. Und da war es dann schon so, dass die oft lange keinen Kontakt haben, außer vielleicht in den Teammeetings und so. Das läuft jetzt viel besser, weil wir einfach diese Bereichsleiter jetzt im ganzen Haus haben und dadurch einfach viel mehr Austausch haben und viel mehr darauf schauen, dass das läuft und passt.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B5 Position: 73 - 73

Prinzipiell mal gut, gleichzeitig herausfordernd, weil du quasi immer viel alleine im Büro bist und schauen musst, dass du auch mit den Ordinationsassistentinnen und den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen eine gute Basis aufbaust.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B6 Position: 9 - 9

Was problematisch ist, ist, dass ich die Physiotherapeutin bis jetzt nie gesehen habe, weil die mit mir einen Raum teilt. Also, wir haben denselben Raum, wir sind leider nur Teilzeit und das ist schwierig.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B6 Position: 21 - 21

(...) da ist die Kommunikation leider viel zu schlecht, die sind auch nur bei dem monatlichen Dienstmeeting dabei, wo man dann aber nicht über die Themen redet, die die Diätologie und die DGKP angeht. Das geht mir sehr ab.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B6 Position: 21 - 21

(...) und der persönliche Austausch ist noch herausfordernd, das zu schaffen, weil du bist ja Non-Stop in Beratungen. Wir haben halt dafür die Mittagspause, aber das ist auch oft zu kurz.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B6 Position: 21 - 21

Ich glaube der Plan wäre, dass einmal in der Woche irgendwer von den Ärzten dabei ist, weil wir ja auch mit den Ärzten gemeinsam Patientinnen oder Patienten haben. Das funktioniert so mittelgut, muss ich sagen. Also da ist oft dann doch keiner da oder so und ein Hindernis oder eine Herausforderung ist teilweise, dass wir die Ärzte erreichen. Die sind sehr durchgetaktet, das sind Hausärzte, das heißt, da ist, alle drei Minuten wer neuer drinnen. Ich kann theoretisch jederzeit in den Raum, also in die Ordination von den Ärzten reingehen, aber das ist oft ein bisschen eine Herausforderung.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B7 Position: 71 - 71

Zum Beispiel, in dem einen Zentrum ist die Sozialarbeiterin 25 Stunden angestellt und in dem anderen Zentrum kommt die Sozialarbeiterin alle zwei Wochen so einen

halben Tag. Und das macht schon auch den Unterschied. Natürlich wie oft ich die Person so im Team sehe, wie da die Zusammenarbeit ist, aber gar nicht so berufs-personenmäßig, sondern eher die Umstände.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B8 Position: 41 - 41

Ja und vor allem sind wir natürlich viel Damen. Ich bin voll dafür für eine gute Mischung, aber es ist halt leichter gesagt als getan. Ich merke natürlich schon manchmal diese Meinungsverschiedenheiten oder vielleicht dann manchmal bisschen Streitigkeiten, die es dann gibt in der Ordination.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B9 Position: 29 - 29

Beim Zentrum war das eine bestehende Hausarztordination mit einer Ärztin und plötzlich kommen da Leute dazu und da hat es diesen Start nicht so gegeben, das gemeinsam zu erarbeiten. Da sind wir dazugekommen, Diätologie kommt dazu, die kriegt einfach 30 Stunden, ein paar Schwestern mehr und ein paar Ärzte mehr und dann wird einfach weitergefahren und da hat man auch gemerkt, da hat dieses Anfangsgefüge gefehlt

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B9 Position: 37 - 37

Es ist nur schwierig, weil wir ja alle an unterschiedlichen Tagen da sind. Und ich habe, seit ich dort angestellt bin, meine Tage schon mal geändert. Deswegen habe ich jetzt so Berührungspunkte wieder mit anderen Berufsgruppen, was total super ist.

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B11 Position: 11 - 11

Natürlich, gerade wenn ich an die Sozialarbeiterin denke. Ich habe mich früher mit ihr jeden Mittwoch überschritten, jetzt habe ich meine Tage geändert auf Dienstag und Donnerstag und sehe sie jetzt quasi nie

Code: Initiative zum Austausch > Kommunikationsbarrieren
B11 Position: 15 - 15