

Bundesamt für Gesundheit BAG

PT1-2-01 Berufsausübung: Potenziale für Interprofessionalität

Schlussbericht
26. Juni 2019

In Zusammenarbeit mit:



Institut universitaire de formation
et de recherche en soins - IURFS



UNIL | Université de Lausanne

Prof. Dr. Manuela Eicher
Professeure Associée Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins
Infirmière consultante en recherche, Département Oncologie
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
Université de Lausanne
Biopôle 2, Route de la Corniche 10
CH-1010 Lausanne
+41 21 314 87 60 / +41 79 937 95 10

Das vorliegende Forschungsprojekt wurde durch das Bundesamt für Gesundheit BAG im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesens» finanziert. Es wurde seitens BAG durch folgende Vertreter/innen der Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe begleitet: Nico van der Heiden, Co-Sektionsleiter, Cinzia Zeltner, wissenschaftliche Mitarbeiterin sowie Lara De Simone, wissenschaftliche Projektassistentin.

Erarbeitet durch

econcept AG, Gerechtigkeitsgasse 20, CH-8002 Zürich
www.econcept.ch / + 41 44 286 75 75

Autorinnen

Nicole Kaiser, MA UZH in Sozialwissenschaften, Politologin
Flavia Amann, MA UZH in Erziehungswissenschaft
Nora Meier, Master in Public Administration (MPA), Portland State University
Laura Inderbitzi, MA UNIGE in Politikwissenschaften
Barbara Haering, Prof. Dr. sc. nat. ETH, Dr. h. c. sc. pol., Raumplanerin ETH/NDS

und

Institut universitaire de formation et recherche en soins (IFS), UNIL
Route de la Corniche 10, CH-1010 Lausanne
www.unil.ch/sciences-infirmieres / +41 21 314 58 15

Autorinnen

Prof. Dr. Manuela Eicher, Inf., Professeure associée
Jelena Stanic, MA Assistante universitaire

Inhalt

	Zusammenfassung	i
1	Hintergrund und Ziele des Forschungsprojekts	1
1.1	Ausgangslage und Auftrag	1
1.2	Forschungsziele und Forschungskonsortium	2
2	Forschungsdesign und Methodik	1
2.1	Wirkungsmodell	1
2.2	Forschungsfragestellungen	3
2.3	Forschungsdesign und Forschungsmethoden	4
2.3.1	Forschungsdesign im Überblick	4
2.3.2	Forschungsmethoden	5
2.4	Methodische Grenzen und Robustheit der Resultate	9
3	Interprofessionelle Zusammenarbeit: Standortbestimmung	11
3.1	Verständnis von interprofessioneller Zusammenarbeit	11
3.2	Formate der interprofessionellen Zusammenarbeit	12
3.3	Bedarf an interprofessioneller Zusammenarbeit	13
3.4	Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit	15
4	Wirkungen interprofessioneller Zusammenarbeit	17
4.1	Wirkungen von IPZ bei den Patienten/innen	17
4.2	Wirkungen von IPZ auf die Fachpersonen	19
4.3	Wirkungen von IPZ auf die Versorgungsqualität	21
4.4	Wirkungen von IPZ auf den Fachkräftemangel	22
4.5	Wirkungen von IPZ auf die Effizienz	23
4.6	Einschätzung zu return on investment der IPZ	24
5	Einflussfaktoren von interprofessioneller Zusammenarbeit	25
5.1	Einflussfaktoren auf individueller Ebene	25
5.2	Einflussfaktoren auf Ebene Fachpersonen sowie Spezifitäten von medizinischen Fachbereichen	26
5.3	Einflussfaktoren auf institutioneller Ebene	28
6	Interprofessionelle Zusammenarbeit auf politischer Ebene	31
6.1	Evaluationsinstrumente	31
6.2	Rolle des Bundes in der politischen Steuerung der IPZ und Prioritäten	32

7	Synthese der Potenziale von interprofessioneller Zusammenarbeit	36
7.1	Potenziale von IPZ für die Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit	36
7.2	Potenziale von IPZ für die Reduktion des Fachkräftemangels	36
7.3	Potenziale von IPZ für die Kostensenkung resp. Effizienzsteigerung	37
7.4	Synthese der identifizierten Potenziale von interprofessioneller Zusammenarbeit	38
7.5	Barrieren der interprofessionellen Zusammenarbeit	40
7.6	Fördernde Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit	41
8	Schlussfolgerungen zuhanden des BAG	42
8.1	Beantwortung der übergeordneten Fragestellung	42
8.2	Handlungsempfehlungen zuhanden des BAG	43
	Anhang	47
A-1	Leitfaden Telefoninterviews mit strategischer Ebene	47
A-2	Beobachtungsbogen Go-Alongs	50
A-3	Debriefing-Leitfaden	60
A-4	Leitfaden Vertiefende Interviews	63
A-5	Beobachtete Formate der IPZ (umfassende Zusammenstellung)	65
	Literatur	74

Zusammenfassung

Einleitung

Eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) im Gesundheitswesen ist für die Bewältigung der anstehenden Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung unabdingbar. IPZ gilt als zentrale Massnahme, um der steigenden Komplexität der Medizin, den damit einhergehenden hohen Qualitätsanforderungen wie auch dem Fachkräftemangel und dem ökonomischen Druck zu begegnen. Im Schweizer Gesundheitssystem orientieren sich weiterhin viele Organisationen an tradierten Arbeitsmodellen, die auf Abläufe an der Perspektive einzelner Professionen in einzelnen Settings ausrichten (Scharli 2017, Martin 2010). In den letzten Jahren wurde die Thematik IPZ im Gesundheitswesen durch diverse Akteure des Schweizer Gesundheitssystems aufgenommen und gefördert.

In diesem Zusammenhang ist auch das Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020» zu sehen, das der Bundesrat 2016 im Rahmen der Fachkräfteinitiative beschlossen hat. Das BAG ist mit dessen Umsetzung beauftragt. Das Förderprogramm gliedert sich in einen ersten Teil «Forschung», wobei neue, praxisnahe Wissensgrundlagen erarbeitet werden. Der zweite Teil «Modelle guter Praxis» dient der Dokumentation von IPZ-Modellen, um so weiteren Akteuren als Grundlage für die Implementierung oder Weiterentwicklung eigener interprofessionellen Modelle zu dienen. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um ein Forschungsprojekt im ersten Teil des Förderprogramms, das Bedarf und Potenzial von IPZ in verschiedenen Settings erhob.

Forschungsprojekt «Potenziale von IPZ in der Berufsausübung»

Das Forschungsprojekt adressierte folgende übergeordnete Forschungsfrage:

Welches Potenzial hat interprofessionelle Zusammenarbeit der im schweizerischen Gesundheitswesen tätigen Fachpersonen hinsichtlich Verbesserung der Versorgungsqualität, Reduktion des Fachkräftemangels und Kostensenkung (Effizienzsteigerung)?

Dabei wurden drei Ziele mit dem Projekt verfolgt:

- Erkenntnisgewinn zum Bedarf an IPZ je Setting (ambulant, intermediär, stationär) mit Blick auf eine verbesserte Versorgungsqualität;
- Erkenntnisgewinn zu setting-spezifischen Potenzialen (ambulant, intermediär, stationär) der IPZ mit Blick auf die Ziele Versorgungsqualität, Reduktion des Fachkräftemangels und Effizienzsteigerung (bestes Kosten-Nutzen-Verhältnis, Beitrag zu Kostensenkungen).
- Handlungsempfehlungen an das BAG zur Förderung von IPZ, die den grössten Wirkungsgrad aufzeigen mit Blick auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität, Reduktion des Fachkräftemangels und die Effizienzsteigerung.

Um den Forschungsgegenstand klar zu definieren, wurde im Rahmen des Forschungsprojektes ein umfassendes Wirkungsmodell zur Interprofessionalität im Gesundheitswesen

entwickelt (vgl. Kap. 2.1). Das Wirkungsmodell identifiziert die für eine erfolgreiche Interprofessionalität im Gesundheitswesen relevanten Faktoren und Wirkungszusammenhänge und diente als konzeptioneller Rahmen für die Bearbeitung dieses Forschungsprojekts.

Methodisches Vorgehen

Das Forschungsprojekt folgte einem multimethodischen und multiperspektivischen Ansatz.

Vorstudie

Die Vorstudie umfasste eine Literatur- und Dokumentenanalyse auf nationaler und internationaler Ebene als Grundlage für die konzeptionellen Arbeiten. Zudem wurden als Vorbereitung der Haupterhebungsphase acht explorative Gespräche mit Vertretern/innen nationaler Organisationen des Gesundheitswesens geführt.

Haupterhebungsphase

Die Haupterhebung umfasste in einem ersten Schritt Telefoninterviews mit Mitgliedern von Spitalleitungen. Kernstück der Erhebungen waren Beobachtungsinterviews in Form von «Go-Alongs» – ein qualitatives Forschungsinstrument der Feldforschung, welches gekoppelt an ein klassisches Beobachtungsinterview eingesetzt wurde. Dabei begleiteten die Forscher/innen interprofessionell tätige Fachpersonen im Gesundheitswesen in alltäglichen Situationen und konnten durch eine Kombination aus Fragen, Zuhören und Beobachten Handlungen in der Arbeitswelt dieser Fachpersonen beobachten und verstehen. Nach Abschluss des Go-Along fand ein «Debriefing» statt, ein leitfadengestütztes Gruppengespräch mit den Leitungspersonen der während des Go-Alongs begleiteten interdisziplinären Teams.

Synthese und Validierung

Die Ergebnisse der Hauptphase wurden synthetisiert, wobei die Potenziale mit Blick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität, Reduktion des Fachkräftemangels und Effizienzsteigerung herausgearbeitet wurden. Spezifischer Bedarf an Vertiefung und Expertise der gewonnenen Erkenntnisse wurde über zusätzliche Interviews gedeckt. Zudem wurden die vorliegenden Erkenntnisse im Rahmen eines Workshops validiert und die Rolle und der Beitrag des Bundes als Grundlage für Handlungsempfehlungen diskutiert. Im vorliegenden Schlussbericht werden die Ergebnisse sowie Schlussfolgerungen präsentiert. Zudem wurden konkrete Handlungsempfehlungen für die Rolle und den Beitrag des Bundes bezüglich der identifizierten Potenziale von IPZ formuliert.

Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Die übergeordnete Forschungsfrage kann folgendermassen beantwortet werden:

Verbesserung von Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit

Die Interprofessionelle Zusammenarbeit hat deutliches Potenzial für die Verbesserung der Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit. Ausschlaggebend sind dabei insbesondere folgende Aspekte:

- umfassendere Erfassung und Berücksichtigung von Informationen zum/r Patienten/in und zu seinem Gesundheitszustand,
- breiter abgestützte und besser fundierte Diagnosen und Entscheide bzgl. allfälliger Interventionen und kohärentere Umsetzung derselben sowie eine
- bessere Koordination an Schnittstellen von Diagnose und Behandlung.

Diese potenziellen Wirkungen von IPZ standen bei der Einführung von IPZ bei allen analysierten Institutionen im Fokus und waren ein explizit angestrebtes Ziel von IPZ.

Keine kurzfristige Reduktion des Fachkräftemangels dank IPZ

Die interprofessionelle Zusammenarbeit hat kein unmittelbares Potenzial als Massnahme gegen den Fachkräftemangel – und dies obwohl neue Berufsbilder teilweise eingeführt wurden, um Kapazitätsengpässe zu beheben. IPZ kann aber dazu beitragen, die Situation der Fachkräfteverfügbarkeit zu stabilisieren, weil sie positiven Einfluss auf die Berufsverweildauer der Fachkräfte auch innerhalb einer Institution haben kann. Gründe dafür sind insbesondere erhöhte Arbeitszufriedenheit aufgrund der Wertschätzung aller Berufe, der gemeinsamen Entscheidungsfindung und dem kontinuierlichen Lernen im Beruf.

Unmittelbare Effizienzsteigerung und Kostensenkungen nicht im Fokus von IPZ

Interprofessionelle Zusammenarbeit wurde von den Institutionen nicht mit dem Ziel der unmittelbaren Kostenreduktion eingeführt, sondern um Versorgungsqualität und Patientensicherheit zu steigern. IPZ hat Potenzial in der Effektivität der Versorgungsleistung (z.B. kohärente Umsetzung der Entscheide, Vermeiden von Wiedereintritten). Dies führte auf Ebene der einzelnen Institution bisher kaum zu unmittelbar erhöhter Kosteneffizienz. Allerdings hat IPZ neben der Effektivitätssteigerung auch Potenzial für eine Effizienzsteigerung auf Ebene des gesamten Gesundheitssystems. Zudem wurde die längere Verweildauer von Gesundheitsfachpersonen im Beruf als ein Faktor der Effizienzsteigerung innerhalb des gesamten Gesundheitssystems identifiziert.

Basierend auf den Erkenntnissen der vorliegenden Studie formuliert das Forschungsteam folgende Handlungsempfehlungen an das BAG:

Handlungsempfehlung 1: Wissensaustausch und Implementierungshilfen sowie Wissensgenerierung zu IPZ-Formaten fördern

Die identifizierten Formate von IPZ konnten in unterschiedlichen Phasen ihrer Einführung beobachtet werden: teilweise sind sie noch im Aufbau, teilweise sind sie bereits umgesetzt und evaluiert. Auffällig war, dass sich die Institutionen für die Einführung von IPZ in aller

Regel auf ihre eigenen Erfahrungen stützten und selten Kenntnisse von vergleichbaren oder anderen IPZ-Formaten beizogen.

- *Erkenntnisse teilen:* Zur Förderung von IPZ erachten wir eine aktive Kommunikation des BAG zu Best Practice-Beispielen von IPZ-Formaten und entsprechenden Kontaktpersonen als wichtig.¹ Dies erleichtert den Informationszugang für Institutionen, die IPZ einführen möchten, und sensibilisiert andere Institutionen. Aufbauend auf den bisherigen Aktivitäten des Förderprogramms Interprofessionalität erachten wir die Entwicklung einer «Toolbox» von Implementierungsstrategien als einen wichtigen nächsten Schritt. Eine Toolbox könnte beispielsweise Assessment Tools zur Evaluation der bestehenden IPZ in einer Organisation oder Leitfäden und Instrumente für die Umsetzung von IPZ in spezifischen Settings und in der Aus-, Fort- und Weiterbildung beinhalten, wie dies bereits in anderen Ländern praktiziert wird.² Dies würde gerade kleineren und mittelgrossen Institutionen ermöglichen, eigene IPZ-Formate ohne grossen Ressourcenaufwand zu implementieren und ohne an bekannten Barrieren zu scheitern.
- *Weitere Erkenntnisse gewinnen:* Wir empfehlen dem BAG, Forschung zu Aufwand, Nutzen und Qualität einer auf IPZ basierenden Gesundheitsversorgung zu fördern. Eine Möglichkeit wäre, neue IPZ-Modelle³ zu pilotieren (vgl. Handlungsempfehlung 2) und dabei kontinuierlich einem Monitoring zu unterziehen. Eine andere Möglichkeit bietet sich in der breiteren Messung der IPZ, z.B. über die Einführung von spezifischen IPZ-Qualitätsindikatoren und -kriterien. Diese können zu einer verstärkten Implementierung und Verbesserung der IPZ in der Schweiz führen und erlauben gleichzeitig empirisch abgestütztes Wissen auf breiter Datenbasis zu generieren.

Handlungsempfehlung 2: Gezielte finanzielle Unterstützung zur Einführung von IPZ

Fehlende Ressourcen der Institution wurden oft als Grund dafür genannt, dass IPZ nicht eingeführt oder weiterentwickelt wurde. In der Einführungsphase führt IPZ kurzfristig zu höherem Ressourcenbedarf. Angesichts knapper Ressourcen der Gesundheitsinstitutionen – gerade auch bei kleineren und mittelgrossen Institutionen – kann eine gezielte finanzielle Unterstützung (z.B. in Form von wissenschaftlich begleiteten Pilotprojekten) die Einführung und Weiterentwicklung von IPZ-Formaten fördern.

Wir empfehlen dem BAG, Pilotprojekte für die Einführung und/oder Weiterentwicklung von IPZ gemeinsam mit Kantonen zu lancieren, wobei der Bund die wissenschaftliche Begleitung der Projekte sicherstellen könnte (siehe oben). Dabei kann entweder auf die Versorgung in einer Region (z.B. ländliches Gebiet) oder aber auf einen Bereich der Medizin (z.B.

¹ Diese Aktivität wird bereits im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen, Teil 2: Modelle guter Praxis» verfolgt.

² Beispiele aus den USA (vgl. <http://www.interprofessionalprofessionalism.org/toolkit.html> [Stand URL: 6.5.2019]) oder aus Kanada (vgl. <https://ipe.utoronto.ca/tools-resources/tools-toolkits> [Stand URL: 6.5.2019]).

³ Z.B. als Projekt über den Experimentierartikel, um ausserhalb des KVG-Rahmens innovative und kostendämpfende Projekte zu ermöglichen. Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html> [Stand URL: 18.04.2019].

Betreuung von älteren, multimorbiden Personen) fokussiert werden. Dies würde Institutionen mit Bereitschaft zur Einführung von IPZ unterstützen und könnte überdies für andere Institutionen Anreiz zur Einführung von IPZ sein.

Handlungsempfehlung 3: Rechtliche Abklärungen betreffend IPZ

Aktuell haben Institutionen IPZ-Formate eigenständig eingeführt, wobei vereinzelte Institutionen Abklärungen vornahmen, inwiefern Aktivitäten der interprofessionellen Zusammenarbeit im aktuellen rechtlichen Rahmen erlaubt sind. Es ist den Institutionen oft nicht klar, inwiefern sich ihr Handeln innerhalb des rechtlichen Spielraums bewegt. So stellen sich insbesondere Fragen zur Klärung...

- der flexibleren Verteilung von Aufgaben zwischen den Berufen des Gesundheitswesens (z.B. Fallführung oder Übernahme von medizinischen Leistungen durch nicht-ärztliche Berufe) und der entsprechenden Abrechnung der Leistungen;
- der Rollen, Kompetenzen und rechtlichen Verantwortlichkeiten, z.B. der Advanced Practice Nurse (APN)⁴;

Wir empfehlen dem BAG, rechtliche Unklarheiten zu beseitigen. Institutionen, die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern, benötigen Rechtssicherheit, um ihre Angebote umsetzen und weiterentwickeln zu können. Zudem brauchen angehende Fachpersonen, die sich für Ausbildungen sowie Weiter- und Fortbildungen interessieren, eine sichere Zukunftsperspektive für den gewählten Beruf.

Handlungsempfehlung 4: Abrechnungsmöglichkeiten von Leistungen der IPZ innerhalb des aktuell gültigen Tarifsystems klären

Die bestehenden Tarifsysteme sowie die Abrechnung von Leistungen an Schnittstellen der Versorgung (ambulant-ambulant oder ambulant-stationär) sind kritisch in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, insbesondere im ambulanten Bereich. Austausch- und Koordinationsleistungen, die interprofessionell stattfinden, können nur vom Arzt/von der Ärztin abgerechnet werden. Dies führt zu Unsicherheit bei den Institutionen, wie sie medizinische Leistungen abrechnen können, wenn sie von nicht-ärztlichen Berufen des Gesundheitswesens durchgeführt werden.

Wir empfehlen dem BAG, die tariflichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sie die IPZ nicht erschweren, sondern begünstigen. Dabei stehen insbesondere geeignete Rahmenbedingungen für Pauschalen im ambulanten Setting über Tarifpartnerschaften im Fokus, aber auch die Abrechnungsmodalitäten des stationären Settings sollten für eine nachhaltige Etablierung der IPZ überdacht werden.

⁴ In diesem Zusammenhang ist auf das Projekt APN-CH zur Reglementierung der Rolle der APN hinzuweisen, vgl. Projektauftrag https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/bildung/APN/2018_08_17_Projektauftrag.pdf [Stand URL: 19.2.2019].

Handlungsempfehlung 5: IPZ in der Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Berufe des Gesundheitswesens integrieren und das lebenslange Lernen fördern

Die Ausbildung und die Weiter- und Fortbildung aller Berufe des Gesundheitswesens integriert die interprofessionelle Zusammenarbeit erst seit Kurzem. Die beobachteten Institutionen weisen darauf hin, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit vor allem im Berufsleben zum Thema werde. Vereinzelt führen die beobachteten Institutionen eigene Weiter- oder Fortbildungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit durch. Mit der Einführung des Gesundheitsberufegesetzes sind Anpassungen bei Berufen mit tertiärer Ausbildung vorgesehen, so wird z.B. das lebenslange Lernen rechtlich verankert. Die Auswirkungen des neuen Gesetzes werden in den nächsten Jahren sichtbar werden.

Zum jetzigen Zeitpunkt empfehlen wir dem BAG, die Weiter- und Fortbildung von Berufen des Gesundheitswesens sowie ein lebenslanges Lernen bei allen Berufen des Gesundheitswesens zu fördern, um die Fachpersonen, die aktuell im Gesundheitswesen tätig sind, zur interprofessionellen Zusammenarbeit zu befähigen. Gleichzeitig ist auch die Finanzierung der Weiter- und Fortbildungen, insbesondere der nicht-ärztlichen Berufe des Gesundheitswesens, zu klären.

Handlungsempfehlung 6: Förderung einer Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit über eine Sensibilisierung aller Fachpersonen

Die interprofessionelle Zusammenarbeit hat sich in den beobachteten Gesundheitsinstitutionen oft auch im Rahmen einer Zusammenbeitskultur etabliert und dies nicht nur aus der Notwendigkeit heraus, Versorgungslücken zu decken. In einer solchen Zusammenbeitskultur wissen die Fachpersonen voneinander, über welche Kompetenzen sie verfügen, pflegen einen intensiveren Wissens- und Erfahrungsaustausch und schaffen damit auch die Voraussetzung, die Fachpersonen gemäss ihrem Wissen und ihren Kompetenzen einzusetzen.

Wir empfehlen dem BAG, insgesamt eine Sensibilisierung für eine verstärkte Kultur der Offenheit, des Respekts und der partnerschaftlichen Zusammenarbeit über die verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen zu betreiben, wobei es gleichzeitig wichtig ist, die Identitäten und damit das Selbstbewusstsein der verschiedenen Berufe zu wahren.

Handlungsempfehlung 7: Förderung der IPZ flankierend über Schnittstellen mit laufenden oder geplanten Vorhaben

Aufgrund der Tatsache, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit ein Querschnittsthema ist, das in den verschiedenen Settings und in einer Vielzahl von Fachbereichen von Relevanz ist, kann die IPZ auch flankierend über andere Entwicklungen gefördert werden.

- Interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein Faktor zur Qualitätssicherung / Förderung der Patientensicherheit in den Versorgungsleistungen. So bestehen im Rahmen des Tarifsystems Anforderungen an Leistungsgruppen, eine interprofessionelle Konferenz

oder Abklärung (z.B. Tumorboard) durchzuführen. Dies könnte auch bei weiteren Leistungen eingeführt werden. Parallel dazu wäre es sinnvoll, zu prüfen, welche Auswirkungen die interprofessionelle Zusammenarbeit auf den Outcome der Behandlung hat.

- Die Förderung einer patientenzentrierten Versorgung adressiert ebenfalls Elemente von IPZ. Eine Versorgung, welche den/die Patienten/in ins Zentrum stellt, erfordert eine funktionierende Zusammenarbeit über die Berufsgruppen hinweg und eine Absprache betreffend der zu erbringenden Dienstleistungen.
- Die Förderung einer integrierten Versorgung – gerade im ambulanten Setting – verlangt eine intensive Zusammenarbeit und Koordination über Berufsgruppen hinweg, um eine hohe Versorgungsqualität und eine effiziente Versorgung sicherzustellen.
- Von den Gesundheitsinstitutionen kann Effizienz bezüglich des Einsatzes von Humankapital eingefordert werden: alle Personen sollten gemäss ihren Fähigkeiten und Kompetenzen arbeiten können – unabhängig ihres Berufes.
- Elektronische Patientendossiers sowie weitere Möglichkeiten zum Datenaustausch über Institutionen hinweg (insb. in der ambulanten Versorgung) sind neben ihren vielen anderen Vorteilen eine Bedingung für funktionierende IPZ, da der Zugang von allen Fachpersonen zu den Patienteninformationen die interprofessionelle Zusammenarbeit und Koordination erleichtert. Über die Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen kann somit eine Voraussetzung für die Förderung von IPZ geschaffen werden.

1 Hintergrund und Ziele des Forschungsprojekts

1.1 Ausgangslage und Auftrag

Eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) von Fachleuten im Gesundheitswesen wird für die Bewältigung der anstehenden Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung als bedeutsam erachtet. IPZ wird als zentrale Voraussetzung gesehen, um der steigenden Komplexität der Medizin, den damit einhergehenden hohen Qualitätsanforderungen wie auch dem Fachkräftemangel und dem ökonomischen Druck zu begegnen. Im internationalen Vergleich hat sich die Schweiz der Förderung von IPZ im Gesundheitswesen relativ spät zugewandt.

Heute liegen weltweit zahlreiche Primärstudien zur IPZ vor, die bereits in mehreren Meta-Analysen zusammengefasst wurden: Zum Funktionieren der IPZ (Hewitt et al. 2014, Hewitt et al. 2015a, Hewitt et al. 2015b, Sims et al. 2015a, Sims et al. 2015b, Zwarenstein et al. 2009, Suter et al. 2009) einerseits und zu deren Wirkungen z.B. Qualität der Gesundheitsversorgung (Tsakitzidis et al., 2016, Martinez-González et al. 2014 sowie Sottas & Kissmann 2016) andererseits. Darüber hinaus befassen sich viele Studien und Massnahmen mit der Förderung der für die IPZ notwendigen Kompetenzen – und zwar in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachleuten im Gesundheitswesen; hier wird von «Interprofessional Education» (IPE) gesprochen (Committee on Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes; Board on Global Health; Institute of Medicine 2015; WHO 2010). Zunehmend zeichnet sich ab, dass neben den Herausforderungen einer gelingenden IPZ auch das Funktionieren der inter-organisationalen Zusammenarbeit berücksichtigt werden muss, finden sich doch zahlreiche überschneidende Faktoren, die letztlich gemeinsam zu einer Verbesserung der Outcomes im Gesundheitssystem beitragen (Karam et al. 2018).

Im Schweizer Gesundheitssystem orientieren sich aber weiterhin viele Organisationen an tradierten Arbeitsmodellen, die auf Abläufe einzelner Professionen in einzelnen Settings ausgerichtet sind (Scharli 2017, Martin 2010). Doch in den letzten Jahren wurde die Thematik IPZ im Gesundheitswesen durch diverse Akteure aufgenommen. Aktiv sind insbesondere das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektoren/innen (GDK), die Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW), die nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) sowie das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI). Im Rahmen der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung»⁵ wurde eine Themengruppe «Interprofessionalität» lanciert, die 2013 eine erste Bestandsaufnahme publizierte (BAG 2013). Weitere wichtige Berichte stammen direkt oder indirekt von der SAMW, so die «Charta – Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen» (SAMW 2014), das Rechtsgutachten «Die ärztliche Haftung im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit» (Burgat & Guillod 2015)

⁵ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/plattform-zukunft-aerztliche-bildung.html> [Stand URL: 04.04.2019].

sowie die Studie «Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit» (Atzeni et al. 2017). Seitens des SBFI wurde der «Masterplan Bildung Pflegeberufe» ab 2010 in Zusammenarbeit mit den weiteren zentralen Akteuren erarbeitet und im Januar 2016 ein Schlussbericht als Bericht des Bundesrates veröffentlicht (SBFI 2016).

Schliesslich hat der Bundesrat 2016 im Rahmen der Fachkräfteinitiative das BAG mit der Durchführung des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020» beauftragt (BAG 2017). Das Förderprogramm gliedert sich in einen ersten Teil «Forschung», wobei im Rahmen von Forschungsprojekten neue, praxisnahe Wissensgrundlagen erarbeitet werden, die der Förderung von Interprofessionalität dienen sollen. Der zweite Teil «Modelle guter Praxis» des Förderprogramms dient der Dokumentation von Modellen guter Praxis zu IPZ, um so weiteren Akteuren als Grundlage für die Implementierung oder Weiterentwicklung eigener interprofessionellen Modelle zu dienen und die Verbreitung von interprofessionellen Modellen in der Schweiz zu fördern.

Diese Studie ist im ersten Teil «Forschung» im Forschungsbereich Berufsausübung angegliedert und adressiert die «Potenziale der Interprofessionalität im Gesundheitswesen».

1.2 Forschungsziele und Forschungskonsortium

Die Ziele des Projekts können wie folgt zusammengefasst werden:

- Erkenntnisgewinn zum Bedarf an IPZ je Setting (ambulant, intermediär, stationär) mit Blick auf eine verbesserte Versorgungsqualität.
- Erkenntnisgewinn zu setting-spezifischen Potenzialen (ambulant, intermediär, stationär) der IPZ mit Blick auf die Ziele Versorgungsqualität, Reduktion des Fachkräftemangels und Effizienzsteigerung (bestes Kosten-Nutzen-Verhältnis, Beitrag zu Kostensenkungen).
- Handlungsempfehlungen an das BAG zur Förderung von IPZ, die den grössten Wirkungsgrad aufzeigen mit Blick auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität, Reduktion des Fachkräftemangels und die Effizienzsteigerung.

Die Studie wurde von einem Forschungskonsortium bearbeitet, das Evaluationsexpertise und Expertise des Gesundheitswesens, insbesondere im Bereich Pflege, verbindet.

Konsortium des Forschungsprojekts «Potenziale der Interprofessionalität im Gesundheitswesen»	
Prof. Dr. Dr. h.c. Barbara Haering	econcept AG Beratung / Forschung / Evaluation, Zürich
Nicole Kaiser, MA Politikwissenschaften	
Flavia Amann, MA Erziehungswissenschaften	
Laura Inderbitzi, MA Politikwissenschaften	
Prof. Dr. Manuela Eicher, Inf., Professeure associée	Inf., Professeure associée, Institut universitaire de formation et de la recherche en soin IUFRS, CHUV UNIL
Jelena Stanic, MA Assistante universitaire	

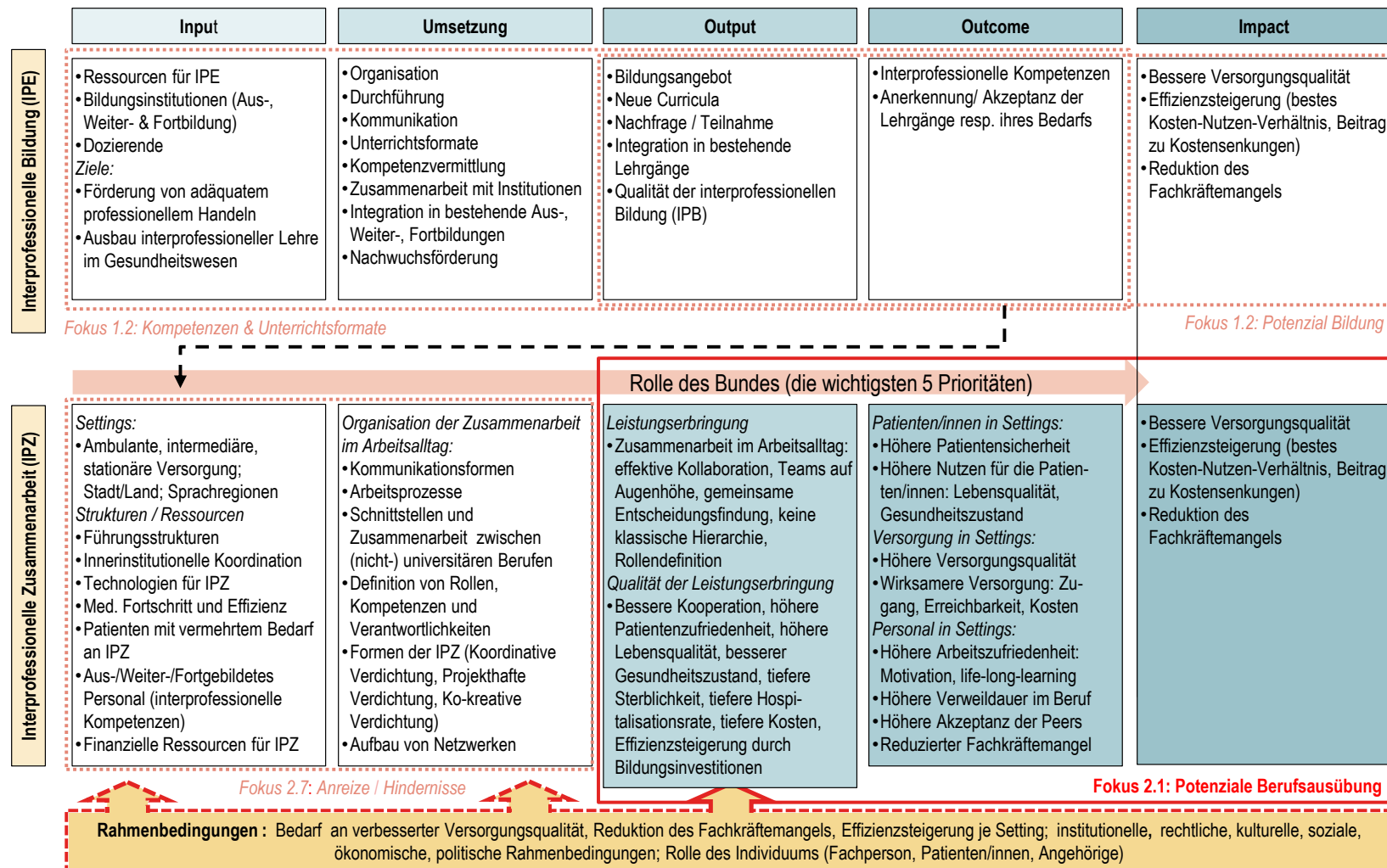
Tabelle 1: Forschungskonsortium Potenziale zur Interprofessionalität

2 Forschungsdesign und Methodik

2.1 Wirkungsmodell

Als Grundlage und Ausgangspunkt zum Forschungsdesign wurde nachfolgendes, zweistufiges Wirkungsmodell zum Forschungsgegenstand der Interprofessionalität im Gesundheitswesen erarbeitet. Es stellt die Aspekte der Interprofessionalität sowohl auf Ebene der interprofessionellen Bildung (IPE) wie auch auf Ebene der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Berufsausübung in ihre Wirkungszusammenhänge und ermöglichte es so, den Forschungsgegenstand klar zu definieren.

Das Wirkungsmodell identifiziert die für eine erfolgreiche Interprofessionalität im Gesundheitswesen relevanten Elemente und Wirkungszusammenhänge und diente als konzeptioneller Rahmen für die Bearbeitung dieses Forschungsprojekts. Der Forschungsgegenstand der vorliegenden Studie ist durch eine rote Linie eingegrenzt (vgl. Figur 1).



Figur 1: Wirkungsmodell zur Interprofessionalität im Gesundheitswesen

2.2 Forschungsfragestellungen

Mit Blick auf die parallel initiierten Forschungsmandate liegt das Erkenntnisinteresse des BAG für die vorliegende Studie in folgender übergeordneten Forschungsfrage:

Übergeordnete Forschungsfrage: Welches Potenzial hat interprofessionelle Zusammenarbeit der im schweizerischen Gesundheitswesen tätigen Berufe hinsichtlich Verbesserung der Versorgungsqualität, Reduktion des Fachkräftemangels und Kostensenkung (Effizienzsteigerung)?

Ausgehend von dieser übergeordneten Forschungsfragestellung formulierte das BAG detaillierte Forschungsfragen. Nachstehende Tabelle gibt dazu einen Überblick, wobei die Forschungsfragen gemäss Wirkungsmodell strukturiert wurden.

Detaillierte Forschungsfragestellungen	
1 Forschungsfragestellungen zum Output	
1.1	In welchen Institutionen eignen sich welche Settings (ambulante, intermediäre, stationäre Versorgung) besonders für Formen der IPZ?
1.2	Welche Formen der IPZ (effektive Kollaboration, Teams auf Augenhöhe, gemeinsame Entscheidungsfindung, keine klassische Hierarchie, Rollendefinition, weitere?) sind in welchen Settings (ambulante, intermediäre, stationäre Versorgung) bekannt?
1.3	In welchen Settings (ambulante, intermediäre, stationäre Versorgung) besteht der grösste Bedarf hinsichtlich: a) Verbesserung der Versorgungsqualität b) Reduktion des Fachkräftemangels c) Kostensenkung (Effizienzsteigerung)
1.4	Inwiefern fördern verschiedene Formen der IPZ die Versorgungsqualität? Unterscheiden sich diese Wirkungen jeweils in den unterschiedlichen Settings?
1.5	Inwiefern reduzieren Formen der IPZ den Fachkräftemangel? Unterscheiden sich diese Wirkungen jeweils in den unterschiedlichen Settings?
1.6	Inwiefern senken resp. steigern Formen der IPZ die Kosten im Gesundheitswesen (Effizienzsteigerung)? Unterscheiden sich diese Wirkungen jeweils in den unterschiedlichen Settings?
1.7	Inwiefern führen Investitionen in Formen der IPZ zu positiven Wirkungen (Einschätzung zu return on investment)?
1.8	Inwiefern stossen Formen der IPZ auf Hindernisse und weshalb? In welchen Settings sind die Widerstände am grössten?
1.9	Inwiefern fördern, resp. hindern institutionelle, rechtliche, kulturelle, soziale, ökonomische und politische Rahmenbedingungen die IPZ in den verschiedenen Settings (ambulante, intermediäre, stationäre Versorgung)?
1.10	Inwiefern fördert, resp. hindert die individuelle Rolle des Individuums (Fachperson, Patient/in, Angehörige) die IPZ in den verschiedenen Settings (ambulante, intermediäre, stationäre Versorgung)?
2 Forschungsfragestellungen zum Outcome	
2.1	Was ist das Potenzial der verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit in den einzelnen oben genannten Bereichen (Verbesserung der Versorgungsqualität, Reduktion des Fachkräftemangels und Kostensenkung (Effizienzsteigerung) hinsichtlich der Problemlösung in diesem Bereich?
2.2	Welche positive resp. negative Wirkung hat IPZ auf die Patienten/innen (höhere Versorgungsqualität, wirksamere Versorgung, höhere Patientensicherheit, höhere Lebensqualität, besserer Gesundheitszustand, höhere Akzeptanz der Patienten/innen, weitere)?
2.3	Welche positive resp. negative Wirkung hat IPZ auf die unterschiedlich ausgebildeten Fachpersonen (höhere Arbeitszufriedenheit, bessere Motivation, life-long-learning, höhere Verweildauer im Beruf, höhere Akzeptanz seitens Peers, reduzierter Fachkräftemangel, weitere)?

Detaillierte Forschungsfragestellungen	
2.4	Inwiefern beeinflussen diese positiven resp. negativen Wirkungen der IPZ die Verbesserung der Versorgungsqualität? Unterscheiden sich diese Wirkungen jeweils in den unterschiedlichen Settings (ambulante, intermediäre, stationäre Versorgung)?
2.5	Inwiefern beeinflussen diese positiven resp. negativen Wirkungen der IPZ die Reduktion des Fachkräftemangels? Unterscheiden sich diese Wirkungen jeweils in den unterschiedlichen Settings (ambulante, intermediäre, stationäre Versorgung)?
2.6	Inwiefern beeinflussen diese positiven resp. negativen Wirkungen der IPZ die Effizienzsteigerung (bestes Kosten-Nutzen-Verhältnis, Beitrag zu Kostensenkungen)? Unterscheiden sich diese Wirkungen jeweils in den unterschiedlichen Settings (ambulante, intermediäre, stationäre Versorgung)?
3 Forschungsfragestellungen zu Empfehlungen	
3.1	Welche Evaluationsinstrumente können empfohlen werden, um den Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit der im Gesundheitswesen tätigen Berufe hinsichtlich der Verbesserung der Versorgungsqualität, Reduktion des Fachkräftemangels und Kostensenkung (Effizienzsteigerung) darzustellen?
3.2	Ausgehend von den Detailfragen 1 und 2: Wo sollen im Hinblick auf die gesamte Gesundheitsversorgung Prioritäten gesetzt werden, um den grössten Wirkungsgrad auf folgende Ziele zu erreichen? a) Verbesserung der Versorgungsqualität b) Reduktion des Fachkräftemangels c) Kostensenkung (Effizienzsteigerung)
3.3	Unter Berücksichtigung seines Handlungsspielraums: Welche Rolle soll der Bund bei den wichtigsten fünf Prioritäten übernehmen?

Tabelle 2: Detaillierte Forschungsfragestellungen

2.3 Forschungsdesign und Forschungsmethoden

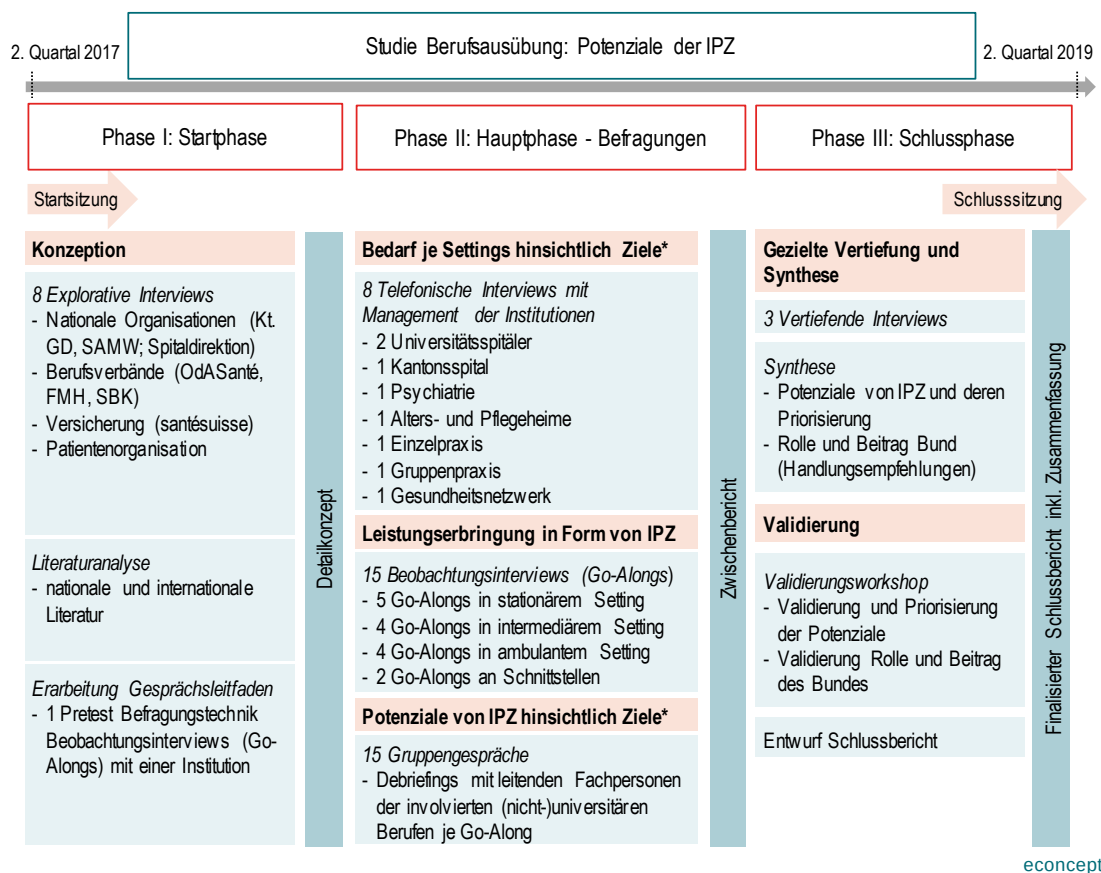
2.3.1 Forschungsdesign im Überblick

Das Forschungsprojekt wurde in drei Phasen gegliedert und verfolgte einen multimethodischen und multiperspektivischen Ansatz (vgl. Figur 2).

- Phase I: Basierend auf explorativen Interviews mit zentralen Stakeholdern sowie einer Literaturanalyse wurden die Befragungsinstrumente für die Erhebungen der Phase II entwickelt und in einem Detailkonzept konsolidiert. Zudem wurden erste Ergebnisse zum Forschungsgegenstand festgehalten.
- Phase II: Kernelemente der Haupterhebung waren 15 Go-Alongs in den Settings «ambulant», «intermediär» sowie «stationär» – verbunden mit Gruppengesprächen als Debriefings dieser Go-Alongs.
- Phase III: Der Schlussbericht legt Bedarf und Potenzial der IPZ dar und beinhaltet Empfehlungen hinsichtlich Massnahmen zur Förderung der IPZ mit dem grössten Wirkungsgrad sowie hinsichtlich der Rolle des Bundes.

Nachfolgende Grafik gibt einen Überblick über unser Forschungsdesign in drei Phasen.

Forschungsdesign im Überblick



econcept

Figur 2: Forschungsdesign im Überblick

2.3.2 Forschungsmethoden

Literaturanalyse

Eine Literaturanalyse der relevanten nationalen und internationalen Literatur diene der Darstellung des aktuellen Stands der Forschung und als Basis für die Entwicklung der Erhebungsinstrumente für die Hauptphase.

Explorative Interviews

Explorative Interviews dienten der Annäherung an den Untersuchungsgegenstand und der Entwicklung der Erhebungsinstrumente für die Hauptphase. Acht Vertreter/innen nationaler Organisationen stellten sich für ein rund einstündiges, leitfadengestütztes Telefoninterview zur Verfügung.

Institutionen	Personen und ihre Funktion
SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften	Daniel Scheidegger, Präsident
FMH Berufsverband der Schweizer Ärzte/innen FMH	Carlos Quinto, Mitglied des FMH-Zentralvorstands
GD ZH Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich	Kathrin Müller, Abteilungsleiterin Gesundheitsberufe und Bewilligungen

Institutionen	Personen und ihre Funktion
OdASanté Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit	Urs Sieber, Geschäftsführer
santésuisse Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer	Paul Rhyn, Leiter Kommunikation
SBK Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Roswitha Koch, Leiterin der Abteilung Pflegeentwicklung
SWZ Stadtspital Waid Zürich	Lukas S. Furler, Spitaldirektor
SPO Patientenschutz	Annina Hess-Cabalzar, Präsidentin Gönnerverein SPO und Stiftungsrätin

Tabelle 3: Gesprächspartner/innen der explorativen Interviews

Interviews mit Management-Vertreter/innen von Institutionen im Gesundheitswesen

Um den Bedarf nach verbesserter Versorgungsqualität, Reduktion des Fachkräftemangels sowie Effizienzsteigerung (bestes Kosten-Nutzen-Verhältnis, Beitrag zu Kostensenkung) je Setting zu identifizieren, wurden telefonische Gespräche mit dem Management von Institutionen (Spitäler, Psychiatrie, Alters- und Pflegeheime sowie Einzel- und Gruppenpraxen) durchgeführt. Es wurden im Dezember 2017 und Januar 2018 leitfadengestützte Telefoninterviews von ca. 60 Minuten geführt (vgl. Leitfaden in Anhang A-1). Die Angaben der Befragten wurden protokolliert und mit Blick auf die Beantwortung der Forschungsfragen ausgewertet. Es wurden Interviews mit acht Personen durchgeführt; die Auswahl der Gesprächspartner/innen erfolgte in Absprache mit dem Auftraggeber.

Institution	Person und Funktion
MediZentrum Schüpfen	Hansulrich Blunier, Geschäftsführer
Zentrum Schönberg, Bern	Katrin Bucher, Geschäftsführerin
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV, Lausanne	Isabelle Lehn, Directrice des Soins
Integrierte Psychiatrie Winterthur	Hanspeter Conrad, Spitaldirektor
rundum Onkologie, Sargans	Stefan Greuter, Geschäftsleitung und leitender Arzt
Inselspital Bern	Uwe C. Jocham, Direktionspräsident Insel Gruppe
Kantonsspital Winterthur	Susanna Oechsli, Leiterin Pflegedienst
Réseau Delta	Philippe Schaller, Responsable médical et administratif

Tabelle 4: Gesprächspartner/innen der Interviews auf Ebene Führung der Institution

Go-Alongs und Debriefings

Kernstück der Hauptphase bildeten Beobachtungsinterviews, sogenannte «Go-Alongs» in unterschiedlichen Settings verbunden mit anschliessenden Debriefing-Gesprächen. Die Go-Alongs in 15 Institutionen dienten der Erhebung von Leistungen von IPZ sowie deren Wirkungen auf die Zielgruppen – Fachpersonal als direkt Befragte und Patienten/innen und Angehörige als indirekt Befragte.

Die Auswahl der Institutionen erfolgte gemäss folgenden Kriterien:

Kriterium	Beschreibung
Setting	Ausgewogene Anzahl von Institutionen je Setting: – 5 Institutionen im stationären Setting – 4 Institutionen im intermediären Setting – 4 Institutionen im ambulanten Setting – 2 Institutionen an der Schnittstelle stationär-ambulant
Typen von Institutionen	Je Setting unterschiedliche Typen von Institutionen: – Stationär: Universitätsspital, Kantonsspital, Regionalspital – Intermediär: Psychiatrie, Altersheim, Pflegeheim – Ambulant: Einzelpraxis, Gruppenpraxis – Schnittstelle: Spitex, institutionsinterne Schnittstelle
Regionen der Schweiz	Ausgewogene Vertretung der Regionen der Schweiz
APN	Auswahl von drei Institutionen mit Versorgungsmodellen, die APN integrieren.

Tabelle 5: Auswahlkriterien der Institutionen für die Go-Alongs

Die Auswahl der spezifischen Institutionen erfolgte mithilfe von Inputs des Auftraggebers, basierend auf Vorkenntnissen des Forschungskonsortiums sowie entsprechend der zeitlichen Verfügbarkeit der Institutionen. Die Beobachtungsinterviews fanden bei nachfolgend aufgeführten Institutionen statt:

Setting	Institution	Zeitpunkt
Stationär	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV , Centre des tumeurs thoraciques Beobachtetes Format: Interprofessionelle Konferenz «Care Board» (stationär, ambulant)	Sept. 2018
	Inselspital Bern : Universitäres Notfallzentrum; Universitätsklinik für Intensivmedizin Beobachtetes Format: Begleitung Assistenzärztin und Stationsleitung Pflege	Juli 2018
	Inselspital Bern : Universitätsklinik für Intensivmedizin Beobachtetes Format: Begleitung der Zonenleitung (Oberarzt und Pflege)	August 2018
	Kantonsspital Winterthur : Departement Chirurgie Beobachtetes Format: Begleitung Klinische Fachspezialistin auf Station	April 2018
	Stadtspital Waid Zürich : Akutgeriatrie Beobachtetes Format: Interdisziplinärer Rapport	Oktober 2017
Intermediär	Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW) Beobachtetes Format: Begleitung einer Stationsleitung	Mai 2018
	Zentrum Schönberg, Bern Beobachtetes Format: Standortgespräch	April 2018
	Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil Beobachtetes Format: Eintrittsgespräch	April 2018
	Réseau Santé Nord Broye, Le Centre Gériatrie Beobachtetes Format: Interprofessionelle Konferenz	Sept. 2018
Ambulant	rundum Onkologie am Bahnhofpark, Sargans Beobachtetes Format: Sprechstunde und Einsatz von APN	April 2018
	MediZentrum Schüpfen Beobachtetes Format: Interprofessionelle Patientenkonferenz und Arbeit APN im Setting der Grundversorgung	Mai 2018
	Sanacare Praxis, Bern Beobachtetes Format: Chronic Care Management	Mai 2018
	Hopitaux Universitaires de Genève HUG , Consultation de médecine interne générale ambulatoire (Quartiers) (Teil des Netzwerks Prism) Beobachtetes Format: Gemeinsame Konsultation (Arzt – Pflegefachperson) und interprofessionelle Konferenz	Sept. 2018

Schnittstelle	Kispex / Universitäres Kinderspital Zürich (stationär-ambulant) Beobachtetes Format: Triage Kispex mit Kinderspital	Mai 2018
	Betagtenzentrum Laupen: Stationär-ambulant Beobachtetes Format: Interprofessionelle Fallbesprechung	Mai 2018

Tabelle 6: Übersicht über Settings und Institutionen, in denen Go-Alongs durchgeführt wurden

Im Rahmen dieser Go-Alongs begleiteten die Forscherinnen des vorliegenden Forschungsprojektes Fachpersonen der im schweizerischen Gesundheitswesen tätigen Berufe während rund eines halben Tages bei ihrer jeweiligen Arbeit. Die Go-Alongs wurden mithilfe eines Auswertungsrasters protokolliert (vgl. Anhang A-2) und mit Blick auf die Beantwortung der Forschungsfragestellungen ausgewertet.

Direkt im Anschluss an jedes Go-Along wurde ein Debriefing in Form eines Gruppengesprächs mit den leitenden Fachpersonen je begleitetem Fall durchgeführt. Das Debriefing diente dazu, die Beobachtungen der Forscherinnen punktuell zu vervollständigen, Verständnisfragen zu klären sowie gemeinsam mit den leitenden Fachpersonen Potenziale der beobachteten IPZ hinsichtlich Bedarf an verbesserter Versorgungsqualität, Reduktion des Fachkräftemangels sowie die Effizienzsteigerung zu explorieren und gegebenenfalls zu priorisieren. So konnten die im Go-Along gewonnenen Erkenntnisse bereits zu diesem Zeitpunkt auf systemischer Ebene reflektiert werden. Die leitfadengestützten Gruppengespräche (vgl. Anhang A-3 für Leitfaden) wurden jeweils mit einer bis maximal sieben (leitenden) Fachpersonen je begleitetem Case durchgeführt; mehrheitlich waren 2-3 leitende Fachpersonen am Gespräch dabei. Die Gespräche wurden protokolliert und mit Blick auf die Beantwortung der Forschungsfragestellungen ausgewertet.

Die Organisation der Go-Alongs erwies sich als Herausforderung, da die Gesundheitseinstitutionen generell von einer hohen Arbeitslast und diversen Aufgaben betroffen sind. Die Beteiligung an Forschungsprojekten entspricht nicht einer Priorität. Trotzdem waren alle Fachpersonen während den Beobachtungsinterviews sehr offen und flexibel und engagierten sich für die Durchführung der Beobachtungsinterviews und der Debriefings gemäss den Vorgaben des Forschungskonsortiums.

Vertiefende Interviews

Die vertiefenden Interviews wurden auf den Bedarf an Vertiefung und Expertise der gewonnenen Erkenntnisse ausgerichtet. Zur Schärfung der Potenziale und zur Präzisierung der Rolle und des Beitrags des Bundes wurden mit den folgenden drei Experten/innen im Februar und März 2019 vertiefende Interviews von ca. 45-60 Minuten geführt.

Person	
1	Roswitha Koch, Leiterin Bereich Pflegeentwicklung und Internationales SBK
2	Dr. med. Carlos Quinto, Mitglied des Zentralvorstandes der FMH, zuständig für Public Health und Gesundheitsberufe
3	Prof. Dr. Urs Brügger, Direktor Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule BFH

Tabelle 7: Gesprächspartner/innen der vertiefenden Interviews

Synthese und Priorisierung

Die Ergebnisse der Hauptphase wurden synthetisiert, wobei die Potenziale mit Blick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität, Reduktion des Fachkräftemangels und Effizienzsteigerung herausgearbeitet und priorisiert wurden (vgl. Kapitel 7). In diesem Rahmen wurden auch Hinweise zu hinderlichen und förderlichen Faktoren bei der Umsetzung der Potenziale sowie zu zentralen Kontextfaktoren gemacht. Die Synthesearbeiten wurden basierend auf den vertiefenden Interviews geschärft.

Validierungsworkshop

Im Rahmen des Validierungswshops wurden die vorliegenden Erkenntnisse und die Schlussfolgerungen bezüglich Potenziale von IPZ validiert. Zudem wurden die Rolle und der Beitrag des Bundes als Grundlage für Handlungsempfehlungen diskutiert und validiert.

Der Validierungsworkshop wurde gemeinsam mit dem Forschungsprojekt «Berufsausübung: Anreize»⁶ im März 2019 durchgeführt. Dazu wurden Vertreter/innen des BAG, weitere Stakeholder und ausgewählte Experten/innen interprofessioneller Zusammenarbeit eingeladen. Die Ergebnisse des Workshops flossen in den Schlussbericht und insbesondere in die Handlungsempfehlungen ein.

Schlussbericht

Der vorliegende Schlussbericht umfasst die Ergebnisse und die Synthese aus allen Phasen des Forschungsprojektes. Er enthält Schlussfolgerungen zu den Potenzialen von IPZ hinsichtlich Verbesserung der Versorgungsqualität, Reduktion des Fachkräftemangels sowie Effizienzsteigerung. Zudem werden konkrete Handlungsempfehlungen für die Rolle und den Beitrag des Bundes bezüglich der identifizierten Potenziale von IPZ formuliert.

2.4 Methodische Grenzen und Robustheit der Resultate

Unterschiedliches Verständnis und Bewusstsein von IPZ

Bei den Gesprächen mit den Vertretern/innen der Institutionen wie auch bei den Go-Alongs in den Gesundheitsinstitutionen konnten unterschiedliche Verständnisse von IPZ wahrgenommen werden. Dies führte dazu, dass einige Personen/Institutionen interprofessionelle Zusammenarbeit stärker betonten als andere. Dabei spielte u.a. eine Rolle, wie stark institutionalisiert die interprofessionelle Zusammenarbeit in den jeweiligen Institutionen ist, wie lange die interprofessionelle Zusammenarbeit bereits gelebt wird und wie bewusst neue Gefässe eingeführt wurden. Die unterschiedlichen Einschätzungen hatten auch einen Einfluss auf die Vorschläge zu beobachtender IPZ-Situationen. Inwieweit es sich dabei um die aufschlussreichste IPZ-Situation der Institution handelte, war jedoch im Vornherein nicht klar. Erst in den Gesprächen vor Ort konnten die verschiedenen IPZ-Situationen einer Institution und ihre Umsetzung identifiziert werden.

⁶ Das Forschungsprojekt wird geleitet von Prof. Dr. Sebastian Gurtner, Leiter Institut Innovation and Entrepreneurship, Berner Fachhochschule BFH, Wirtschaft.

Unvorhersehbare Natur des medizinischen Alltags

Die Arbeit in Institutionen des Gesundheitswesens ist geprägt von der Unvorhersehbarkeit der medizinischen Fälle. Da die Go-Alongs dieses Forschungsprojekts zu einem geplanten Termin stattfanden, bildeten sie auch zufällige Momente ab. Nicht immer konnten dabei prototypische Situationen direkt beobachtet werden, sondern mussten über Nacherzählungen aufgenommen werden. Die Go-Alongs bildeten also spezifische Momente ab; in Ergänzung dazu wurden die Debriefings genutzt, um die IPZ über diese Momentaufnahme hinaus zu beleuchten.

Subjektive Beurteilung / Interpretation der Situation durch die Beobachtenden

Bei einem Go-Along handelt es sich um eine qualitative Erhebungsmethode, wobei trotz standardisiertem Erhebungsraster und Gesprächsleitfaden nicht verhindert werden kann, dass subjektive Eindrücke und persönliche Interpretationen von Situationen durch die Beobachtenden in die Erhebungen einfließen.⁷ Um dieser Herausforderung zu begegnen, waren bei allen Go-Alongs immer zwei Personen anwesend, die Beobachtungen austauschen und reflektieren konnten.

⁷ Als Beispiel kann die Frage nach der Akzeptanz der Person im Lead durch Mitarbeiter/innen genannt werden. Diese wurde von den Beobachtenden in den meisten Fällen aufgrund der Umstände subjektiv beurteilt. Nur in wenigen Fällen konnten die am anschließenden Debriefing anwesenden Mitarbeiter/innen explizit dazu befragt werden.

3 Interprofessionelle Zusammenarbeit: Standortbestimmung

3.1 Verständnis von interprofessioneller Zusammenarbeit

Für die Definition des Begriffs Interprofessionalität orientiert sich die vorliegende Studie an der Definition des BAG bzw. der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Definition WHO: «Die WHO definiert Interprofessionalität als Lehre und Tätigkeit, die zustande kommt, wenn Fachleute von mindestens zwei Professionen gemeinsam arbeiten und voneinander lernen im Sinne einer effektiven Kollaboration, welche die Gesundheitsresultate verbessert (WHO 2010). [...] Der Begriff der Interprofessionalität geht somit über das klassische Miteinander und Nebeneinander der Gesundheitsberufe rund um die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Sinne einer einfachen «Bündelung der Kompetenzen» hinaus. Mitglieder interprofessioneller Teams begegnen sich auf Augenhöhe und engagieren sich für die gemeinsame Entscheidungsfindung in der Gesundheitsversorgung. Dies ergibt sich aus der Notwendigkeit, dass keine Profession für sich alleine eine umfassende Gesundheitsversorgung leisten kann. Je nach Aufgabe übernimmt in interprofessionellen Teams die dafür am besten qualifizierte Person die Führung. Die klassische, starre Hierarchie existiert somit nicht.» (BAG 2017)

Einschätzungen aus den explorativen Gesprächen

Die befragten Vertreter/innen nationaler Organisationen der Berufe des Gesundheitswesens stützten obige Definition der Interprofessionalität. Insbesondere wurde betont, wie zentral Kommunikation und Austausch für gelingende Interprofessionalität sei. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass in vielen Berufen des Gesundheitswesens starre Rollenbilder vorherrschten, die für Aspekte wie «auf gleicher Augenhöhe», «gemeinsame Entscheidungsfindung» und «Auflösung der klassischen, starren Hierarchie» hinderlich seien.

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

Der Grossteil der befragten Management-Vertreter/innen sagte aus, dass es an ihrer Institution keine formelle Definition von IPZ gebe, dass aber IPZ dennoch wichtiger Bestandteil des Berufsalltags sei. IPZ sei eher eine Kultur- und Interessensfrage als eine Frage der Definition. Allerdings hätten einige Institutionen IPZ in ihre Behandlungs- und Patientenprozesse Konzepte und Strukturen integriert, wie z.B. den Beschrieb der Austauschgefässe oder die Verteilung von Kompetenzen, Aufgaben und Verantwortung. In einigen Fällen war festzustellen, dass Interdisziplinarität und Interprofessionalität nicht explizit unterschieden wurde. Auch wenn bei vielen Institutionen eine explizite Definition von IPZ fehlte, orientierten sie sich doch alle an drei vergleichbaren Elementen, die ihrerseits den einzelnen Aspekten der WHO Definition nahekamen:

- *Gleichberechtigte Zusammenarbeit:* Eine gleichberechtigte Zusammenarbeit auf Augenhöhe wird als Voraussetzung für eine erfolgreiche IPZ angesehen. Die von gegenseitigem Respekt geprägte Kommunikation zwischen unterschiedlichen Professionen, Fachbereichen und Qualifikationsstufen führt gemäss mehr als der Hälfte der Befragten

zu den nachhaltigsten Lösungen. In diesem Zusammenhang machte ein/e Gesprächspartner/in gleichzeitig auch auf die rechtliche Verantwortung des/r Arztes/Ärztin aufmerksam, welche die gleichberechtigte Zusammenarbeit erschwere.

- *Gemeinsame Entscheidungsfindung*: Es wurde auf die Wichtigkeit gemeinsamer Entscheidungsfindung hingewiesen. Dies könne durch spezifische Austauschgefässe erleichtert werden. Inwiefern eine gemeinsame Entscheidungsfindung möglich und erfolgreich sein kann, ist laut einigen der befragten Managementvertretern/innen aber personen- und fachbereichsbezogen.
- *Optimale Versorgung im Fokus*: Die optimale und umfassende Versorgung der Patienten/innen wurde als wichtiges Element von IPZ bezeichnet. Dabei sollte jeweils die für eine Aufgabe am besten qualifizierte Person diese auch übernehmen also nicht immer der/die Arzt/Ärztin. Viele Aufgaben könnten beispielsweise besser von einer Pflegeperson ausgeführt werden, da diese von den Patienten/innen im Alltag oft stärker als Vertrauensperson wahrgenommen werde und ein umfassenderes Bild der Patientensituation habe. Eine allfällige Rücksprache mit dem/r Arzt/Ärztin sei dabei möglich.

Diese in der Praxis konsolidierten Elemente wurden im Rahmen dieser Evaluation zur Analyse und Beschreibung der IPZ beigezogen.

3.2 Formate der interprofessionellen Zusammenarbeit

Nachfolgend werden Formate von IPZ präsentiert, wie sie über Go-Alongs und Debriefings ermittelt wurden. Die Formate werden in zwei Kategorien – ohne Einbezug oder mit Einbezug der Patienten/innen – eingeteilt. Eine detaillierte Beschreibung der beobachteten Formate findet sich in Anhang A-4.

Format	Mögliche Zwecke und Häufigkeit	Involvierte	Setting
Fachlicher Austausch ohne Einbezug der Patienten/innen			
Rapport oder Fallbesprechung (auch Rundtischgespräche, Board)	– Information zu Patienten/innen – Übergabe von Patienten/innen – Besprechung von Patienten/innen – Besprechung spezieller, komplexer Fällen oder herausfordernder Situationen – Gemeinsame Entscheidungsfindung – Wissenstransfer – Aufgabenteilung – Häufigkeit: mehrmals täglich / monatlich	– Je nach Institution unterschiedliche Zusammensetzung – Mind. zwei Professionen – Max. alle tätigen Professionen – Ggf. auch Externe	– Akut-stationär – Langzeit-stationär (Versorgung inkl. Psychiatrie, Pflege) – Ambulant – Schnittstellen
Fachlicher Austausch unter Einbezug der Patienten/innen			
Gespräch	– Vermittlung von Informationen – Beurteilung der Situation mit Patient/in – Gemeinsame Entscheidungsfindung – Organisation der Behandlung/Betreuung – Beantwortung von Fragen – Häufigkeit: wöchentlich bis unregelmässig/nach Bedarf	– Je nach Institution unterschiedlich – Mit Patient/in und/oder Angehörigen – Mind. zwei Professionen – Max. alle tätigen Professionen – Ggf. auch Externe	– Akut-stationär – Langzeit-stationär (Versorgung inkl. Psychiatrie, Pflege) – Ambulant – Schnittstellen

Tabelle 8: Übersicht Formate der IPZ: Fachlicher Austausch ohne und unter Einbezug der Patienten/innen

Zusätzlich sind nachfolgend weitere Aspekte aufgeführt, die bei den beobachteten Institutionen als Grundlage von IPZ genannt wurden, so gemeinsame Dokumentationsformen wie auch strukturbezogene Anpassungen. Weiterführende Informationen finden sich in Anhang A-4.

Aspekt	Mögliche Zwecke und Häufigkeit	Involvierte	Setting
Gemeinsame Dokumentationsformen			
Gemeinsame elektronische Patientenakte	– Krankengeschichte (Zugang für versch. Professionen) – Ggf. mit integriertem Nachrichtensystem	– Mehrere oder alle Berufsgruppen einer Institution	– Akut-stationär – Langzeit-stationär inkl. Pflege – Ambulant
Weitere Dokumentation für Fachpersonen	– Gemeinsame Informationsübersicht über Patient/in für Rapport/Fallbesprechung oder Schnittstelle – Gemeinsame Übersicht über Organisation Team für Koordination/ Kenntnisse der Ansprechpersonen – Berichtssystem zur Meldung kritischer Ereignisse	– Mehrere oder alle Berufsgruppen einer Institution	– Akut-stationär – Langzeit-stationär inkl. Pflege – Ambulant
Weitere Dokumentation für Patienten/innen	– Gemeinsame Information für Patient/in und Fachpersonen	– Mehrere oder alle Berufsgruppen einer Institution	– Akut-stationär – Langzeit-stationär inkl. Pflege – Ambulant
Strukturbezogene Formate			
Einführung neue Berufsbilder	– Übernahme von Aufgaben anderer Fachpersonen – Verbesserung der Versorgungsqualität	Unter anderem – Advanced Practice Nurse – Klinische Fachspezialisten/innen – Chronic Care Management (CCM)-Coach	– Akut-stationär – Langzeit-stationär – Ambulant
Organisationale Anpassungen	– Anpassung der Führungsstrukturen – Anpassung des Angebots – Anpassung des Versorgungsmodells – Verbesserung der Zusammenarbeit – Verbesserung der Versorgungsqualität	– Eine, mehrere oder alle Berufsgruppen einer Institution	– Akut-stationär – Langzeit-stationär – Ambulant

Tabelle 9: Übersicht weitere Aspekte, die Grundlagen von Formaten der IPZ darstellen.

3.3 Bedarf an interprofessioneller Zusammenarbeit

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

Der Bedarf nach IPZ ist gemäss der Mehrheit der befragten Management-Vertreter/innen in allen drei Settings (ambulante, stationäre und intermediäre Versorgung) in vergleichbarem Masse vorhanden.

- *Ambulant:* Im ambulanten Bereich gibt es laut Befragung insbesondere Nachholbedarf bezüglich des Einsatzes von Tools und IT-Infrastruktur zur Planung von IPZ, zur Regelung der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sowie der verbesserten Kommunikation. Der Erfahrungsaustausch mit anderen Institutionen wäre hierbei hilfreich.

- *Stationär:* Im stationären Setting sei IPZ bis anhin dort eingeführt worden, wo Prozesse klar definierbar seien. Dies sei z. B. in der Neurologie, der Neurochirurgie, aber auch der Akut-Reha oder der Nachversorgung nach Behandlung in einer anderen Klinik oder Institution möglich. Zwei Teilnehmer formulierten, dass der Bedarf nach IPZ insbesondere in traditionell organisierten Strukturen vorhanden sind, die effizienter gestaltet werden könnten.
- *Intermediär:* Im intermediären Setting wird Bedarf in der integrierten Versorgung, d.h. an der Schnittstelle von ambulanter Versorgung und Langzeitpflege, geortet. Es brauche einen besseren Austausch über die Grenzen von Institutionen hinaus und zwischen involvierten Fachpersonen unterschiedlicher Institutionen. Dies vor allem um sicherzustellen, dass die Patienteninformationen allen Fachpersonen zur Verfügung stünden und die Patienten sich auch bei Wechsel der betreuenden Fachpersonen aufgehoben fühlten.

Mit Blick auf die spezifischen Fragestellungen des BAG können aufgrund der Befragungen zum Bedarf und zum Potenzial von IPZ folgende Aussagen gemacht werden.

- *Versorgungsqualität:* Im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität wurde der Bedarf an IPZ klar bejaht. Die Zunahme an komplexen Fällen erhöhe den Bedarf nach einer umfassenden Erfassung der Patientensituation und Diagnostik und einer ganzheitlichen Versorgung. Gerade bei komplexen Fällen sei es wichtig, über Berufsgruppen hinweg zusammenzuarbeiten und einen Austausch zu pflegen. So könne sichergestellt werden, dass Patienten/innen jeweils von jener Fachperson behandelt würden, die über die spezifisch benötigten Kompetenzen verfüge. Zudem könne damit eine optimale Nachversorgung gewährleistet werden. Dennoch sei bei IPZ nicht zu vergessen, dass Patienten/innen eine verantwortliche Ansprechperson benötigen.
- *Fachkräftemangel:* Auch mit Blick auf die Reduktion des Fachkräftemangels machten Befragte einen Bedarf nach IPZ aus, so zur Linderung spezifischer Fachkräftemängel (z.B. Psychiatrie) über die Umverteilung von Aufgaben zwischen Berufen. Auch gebe es einen Bedarf nach IPZ mit Blick auf den Fachkräftemangel in der Pflege. Dies wird damit begründet, dass IPZ zu einer höheren Arbeitszufriedenheit führen könne und so die Attraktivität der Pflegeberufe wie auch die Verweildauer bei einer Institution und im Beruf erhöhe. Zudem trage IPZ dazu bei, das Profil der Hausärzte/innen attraktiver zu machen, weil Hausärzte/innen durch die IPZ und die Übernahme von Aufgaben z.B. durch Pflegefachpersonen entlastet und zielorientierter arbeiten können.
- *Kosteneffizienz:* Der Mehrwert der IPZ liege kaum in der Effizienzsteigerung in monetärem Sinne, sondern primär in einer Verbesserung der Qualität durch eine gestärkte Arbeitskultur und Kultur der Zusammenarbeit. Dennoch wurde ein klarer Mehrwert in einer potentiellen indirekten Kostensenkung erkannt, wenn z. B. Notfälle und Hospitalisierungen durch IPZ verhindert werden könnten. Die Vertretung einer kleineren Institution sah die Möglichkeit zur Kostensenkung aufgrund verbesserter Schnittstellen zwischen Berufsgruppen bei interprofessioneller Behandlung von Patienten/innen.

Einschätzungen aus den Debriefing-Gesprächen

Im Rahmen der Debriefings wurde klar ein zusätzlicher Bedarf an IPZ geäussert – konkret genannt wurden beispielsweise der vermehrte Einsatz interprofessioneller Fallbesprechungen oder Standortgespräche. Teilweise wurde ein Bedarf an der Übernahme von neuen Aufgaben, z.B. dem Einsatz von APN, formuliert.

Vertreter/innen der Langzeitpflege beschrieben insbesondere an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Betreuung einen grossen Bedarf an IPZ, so beispielsweise wenn eine Person vor Eintritt in die Institution ambulant oder in einem Spital betreut worden sei. Koordination zwischen den verschiedenen Fachpersonen könnte auf proaktive Art einen nahtlosen Übergang sowie Zeitersparnisse ermöglichen. Wenn immer möglich, werde heute vorgängig ein Besuch zu Hause durchgeführt oder es werde angestrebt, den Übergang über Angehörige einerseits und Bewohner/innen der Institution andererseits sicherzustellen.

Weiter wurde in einem Gespräch die Wichtigkeit der Arbeit der APN innerhalb des interprofessionellen Teams in der Grundversorgung unterstrichen. Der Einsatz von APNs sei eine zweckmässige und sinnvolle Lösung für den erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf in der Grundversorgung ausserhalb urbaner Zentren. Ziele des Einsatzes von APN sei die Entlastung der Hausärzte/innen, eine höhere Kapazität der Betreuung und somit eine bessere Antwort auf den Betreuungsbedarf, insbesondere von betagten Personen.

3.4 Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit

Dieses Kapitel präsentiert Gründe und Wege zur Einführung und Förderung von IPZ, so wie sie in den Interviews mit den Management-Vertretern/innen genannt wurden.

- *Komplexität:* Gemäss der Befragung erfordert die Zunahme besonders vulnerabler und / oder polymorbider Patienten/innen sowie die zunehmende Komplexität von Behandlungen eine Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen. Dank IPZ werde die vielfältige Expertise in komplexen Fällen nutzbar.
- *Erhöhte Versorgungsqualität:* Als weiterer Grund zur Einführung von IPZ, wurde die erhöhte Versorgungsqualität inklusive die verbesserte Sicherheit, Patientenzentriertheit und Zufriedenheit der Patienten/innen genannt.
- *Motivation des Personals:* Zudem habe IPZ das Potenzial, die Arbeitszufriedenheit und Motivation der Mitarbeitenden zu stärken, was zu einer längeren Verweildauer im Beruf führe und damit hinsichtlich des Fachkräftemangels bedeutsam sei.

Zur Einführung und Förderung von IPZ wurden seitens der befragten Management-Vertretern/innen unterschiedliche Massnahmen getroffen.

- *Strukturelle und prozessuale Massnahmen:* Mehr als die Hälfte der befragten Personen wählten strukturelle, prozessuale sowie organisationspsychologische Massnahmen zur Einführung und Förderung der IPZ. So wurden eine gemeinsame Vision zu IPZ sowie

deren Institutionalisierung, im Praxis- und Versorgungsmodell, eine Matrixorganisation, welche die interprofessionelle Zusammenarbeit über alle Hierarchiestufen hinweg institutionalisiert sowie die formelle Einführung des Vier-Augen-Prinzips von Arzt/Ärztin und Pfleger/in genannt.

- *Aus-, Weiter- und Fortbildung:* Ein Grossteil der Gesprächspartner/innen wies darauf hin, dass sie in die Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitarbeitenden, v. a. des Pflegepersonals, investieren würden, um diese auf IPZ vorzubereiten. So würden eigene Kurse oder Module angeboten, die auch fachübergreifende Normen und Ziele vermittelten. Zudem werde finanzielle Unterstützung für Zusatzausbildungen geboten oder in einem konkreten beobachteten Fall ein on-the-job-learning für Pflegefachpersonen durch den Arzt in körperlicher Untersuchungstechnik durchgeführt.

Insgesamt wichtig sei, dass IPZ organisiert sei und im Sinne einer spezifischen IPZ-Kultur gelebt werde.

4 Wirkungen interprofessioneller Zusammenarbeit

4.1 Wirkungen von IPZ bei den Patienten/innen⁸

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

Gemäss einiger Befragten ist die Wirkung von IPZ bei den Patienten/innen nicht setting-abhängig. Aus den Gesprächen ergibt sich, dass IPZ zu einer stärkeren Kontinuität und Qualität in der Versorgung führe und dass die Patientenzufriedenheit dank IPZ generell zunehme. IPZ könne aufgrund der koordinierten Beteiligung mehrerer Fachpersonen zu einem höheren Wohlbefinden, einem stärkeren Gefühl aufgehoben zu sein und damit zu einer grösseren Zufriedenheit der Patienten/innen führen. Auch das Vertrauen der Patienten/innen und Angehörigen steige, da der Austausch der Fachpersonen wahrgenommen werde. IPZ erhöhe die sozialmedizinische Versorgung, vor allem für ältere Patienten/innen und führe zu einer verbesserten Kommunikation. In Bezug auf die Versorgung führe IPZ und der regelmässige fachliche Austausch unter den Berufsgruppen generell zu einer Verbesserung und zu einer reduzierten Fehlerquote. Auch die Behandlungsdauer könne dank IPZ reduziert werden. So könnten Patienten/innen früher zu ihren Hausärzten/innen entlassen werden. Allerdings wurde auch darauf hingewiesen, dass es Zeit und Aufklärungsarbeit gebraucht habe, bis IPZ von den Patienten/innen akzeptiert worden sei.

Ergebnisse aus den Go-Alongs und den Debriefings

Aus den Go-Alongs und den anschliessenden Debriefings ist zu erkennen, dass die wichtigsten Wirkungen von IPZ bei Patienten/innen in der verbesserten Versorgungsqualität, Patientensicherheit und der höheren Zufriedenheit liegen. In mehreren Institutionen und Settings wurde deutlich, dass Patienten/innen mehr Kontinuität in Versorgung und Betreuung geboten werden kann, wenn z.B. eine gemeinsame Fallbesprechung und Abstimmung der Behandlung stattfindet. Die verbesserte Versorgungsqualität äussert sich je nach Setting in weniger Zwischenkonsultationen, weniger notfallmässigen Spitaleintritten, weniger Austrittsverschiebungen sowie einer besseren Stabilität des Gesundheitszustands chronisch kranker Patienten/innen – diese Indikatoren sind aber bisher nicht erhoben worden.

Konkretisierung an Beispielen aus den Go-Alongs

Stationäre Versorgung, Langzeitpflege: In der Betreuung chronisch kranker, teils polymorbider Patienten/innen übernimmt ein Betreuungsteam von Arzt/Ärztin und CCM-Coach vielfältige Aufgaben in der Betreuung, Beratung und Überwachung des Gesundheitszustandes des/r Patienten/in, auch unterstützt durch institutionalisierte und geprüfte Prozesse.

Akut-stationär: Der Arzt meint, dass der Patient in keines der beiden vorgeschlagenen Pflegeheime versetzt werden möchte. Der Sozialarbeiter, der sich intensiver mit der Situation auseinandergesetzt hat sowie Gespräche mit Patient und Angehörigen geführt hat, widerspricht dem Arzt. Der Arzt anerkennt die Expertise des Sozialarbeiters und befürwortet die Versetzung ins Pflegeheim.

⁸ Zu diesem Thema finden im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität 2017-2020» folgende weitere Forschungsprojekte statt: M12 Berufsausübung Patientinnen und Patienten A, M12 Berufsausübung Patientinnen und Patienten B (vgl. Teil 1: Forschung auf der Webseite www.bag.admin.ch/fpinterprof).

Gemäss den Befragten zweier stationären Institutionen resultieren die positiven Wirkungen auf Patienten/innen insbesondere darin, dass ein besseres Gesamtbild des/der Patient/in gewonnen werden kann. So setze sich jede Berufsvertretung proaktiv dafür ein, dass ein geplanter Austrittstermin eingehalten werden könne. In einer stationären Institution wurden die Prozesse zugunsten von IPZ angepasst, wobei die Patienten/innen-Zufriedenheit zugenommen habe. Ebenfalls wirkt es sich gemäss Debriefing in einer langzeit-stationären Institution positiv auf Patienten/innen aus, wenn Erwartungen beim Eintritt geklärt werden. Bei der ambulanten Versorgung chronisch kranker Patienten/innen ergebe sich eine bessere Versorgungsqualität auch durch das Vermitteln von Wissen zum Umgang mit der Krankheit an die Patienten/innen selber. Zudem hätten APN, klinische Fachspezialisten/innen und CCM⁹-Coaches mehr Zeit für die Versorgung der Patienten/innen und teilweise auch mehr Verständnis für deren Belange als Ärzte/innen. Insbesondere der psychosoziale Aspekt der «Patientennähe» sei bedeutend in Versorgung und Betreuung und führe dazu, dass sich Patienten/innen besser wahrgenommen fühlten. Nach einer eventuellen Phase der Unsicherheit bzgl. der Frage, wieso nicht der/die Arzt/Ärztin die Versorgung übernehme, würden die neuen Berufsbilder von den Patienten/innen gut akzeptiert. Insgesamt könne ein ganzheitliches Bild des/der Patienten/in gewonnen werden, da diese der APN bzw. CCM-Coach einerseits sowie dem/der Arzt/Ärztin andererseits je unterschiedliche Fakten anvertrauten.

Konkretisierung an Beispielen aus Go-Alongs

Ambulante Versorgung: Der Einsatz von APN in der ambulanten, hausärztlichen Versorgung, im Speziellen in der Versorgung von betagten oder chronisch kranken Patienten/innen gewährleistet mehrere Vorteile. So hat eine APN im Vergleich mit einem/r Arzt/Ärztin mehr Zeit für Behandlung, Betreuung und Kontrolle des/r Patienten/in und dies zu einem niedrigeren Tarif. Damit kann sie – gerade auch auf dem Land – zweckmässig für Haus- und Heimbesuche eingesetzt werden. Da eine APN im Vergleich zu einem/r Arzt/Ärztin mehr Zeit für den/die Patienten/in hat, kann eine bessere psychosoziale Betreuung und mehr Patientennähe sichergestellt werden. Hinzu kommt, dass insbesondere auch die Kontinuität der Betreuung durch dieselbe Person und ggf. Absprachen mit Pflegefachpersonen vor Ort in einem Heim zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führt.

Ambulante geriatrische Primärversorgung: Aufgrund von Problemen einer Patientin mit einer Zahnprothese schlägt der Hausarzt vor, einen Termin beim Zahnarzt zu vereinbaren. In der interprofessionellen Fallbesprechung wirft die Pflegefachperson die Frage auf, ob eine vom Hausarzt geplante Therapie ein Problem bei der zahnärztlichen Versorgung darstelle. Dies führt zu einer Diskussion über die geplante Therapieform, wobei der Hausarzt über potenzielle Gefahren dieser Therapie informiert. Auf Vorschlag der Pflegefachperson treffen alle anwesenden Fachpersonen gemeinsam die Entscheidung, die Patientin zunächst in die zahnärztliche Therapie zu überweisen und erst dann mit der geplanten Therapie zu beginnen.

Ambulante geriatrische Primärversorgung: Geriaterin stellt eine Patientin vor und beschreibt eine zunehmende kognitive Beeinträchtigung, Angstzustände und eine Verweigerung von Pflegeleistungen. Die Geriaterin stützt sich dabei auf die Einschätzung des Sohnes. In der interprofessionellen Fallbesprechung stellt sich heraus, dass die Patientin seit langem einmal wöchentlich durch die Ergotherapeutin betreut wird, welche sie nie verweigert. Diese schätzt ein, dass die Patienten durch zu viele soziale Kontakte überfordert sei und ein sehr angespanntes Verhältnis zum Sohn habe. Die

⁹ Chronic Care Management

Pflegefachperson, die ebenfalls seit längerer Zeit Kontakt mit dieser Patientin hat, bestätigt diese Einschätzung. Es wird eine gemeinsame Abstimmung des Pflegeplans zwischen der Ergotherapie, Pflege und dem Hausarzt unter Einbezug der Angehörigen vereinbart.

IPZ zeige auch Wirkungen bei den Angehörigen. Gemäss einem Debriefing profitieren Eltern von einem gut geplanten Übergang von stationärer zu ambulanter Betreuung eines kranken Kindes. Wenn der Knowhow-Transfer und eine qualitativ gute Pflege zu Hause sichergestellt würden, müssten Eltern, welche bereits von der Gesamtsituation beansprucht seien, weniger Verantwortung an dieser Schnittstelle tragen. In einem anderen Fall schätzten Angehörige die Absprache unter den Fachpersonen.

Konkretisierung an einem Beispiel aus einem Go-Along

Langzeit-stationär: Der Sozialdienst sucht nach einer geeigneten Wohnsituation für die Person nach Austritt. Falls keine geeignete Wohnsituation gefunden werden kann, braucht es einen anderen Plan, um dennoch den geplanten Austritt sicherstellen zu können.

4.2 Wirkungen von IPZ auf die Fachpersonen

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

IPZ wird auch Wirkungen auf die Fachpersonen zugesprochen. So erklärte ein/e Gesprächspartner/in, dass die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen einfacher geworden sei. Es gebe aber noch immer ein Gefälle zwischen den ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen. Allgemein wurde festgestellt, dass in Bereichen, in denen IPZ verankert sei, ein offeneres Arbeitsklima herrsche und die Fluktuation kleiner sei. Strukturen ohne IPZ seien oft starr und wenig anpassungsfähig. Auch wurde festgestellt, dass IPZ die Kommunikation verbessere und eine Teamkultur entstehe. IPZ habe zudem den Berufsstolz gestärkt, indem Berufsgruppen, die früher weniger sichtbar waren, nun verstärkt als Fachpersonen wahrgenommen würden. Auch führe IPZ und der damit verbundene Austausch zu Wissenstransfer und Kompetenzerweiterung. Dies stärke auch die Attraktivität bestimmter Berufsgruppen.

Im ambulanten Bereich wurde von einer Person ein durch IPZ verbessertes Arbeitsklima festgestellt. Da alle im gleichen Boot sitze würden, fühle man sich als Team; die Zufriedenheit der Mitarbeitenden nehme zu. Jede Berufsgattung werde geschätzt und man helfe sich gegenseitig mit Blick auf das Wohl der Patienten/innen. Erwähnt wurde in diesem Zusammenhang auch der Fachkräftemangel. Vor allem das Einsetzen der APN entlaste Hausärzte/-ärztinnen, da diese u. a. Angehörigengespräche leiten würden. Dabei wurde festgestellt, dass der Austausch der Angehörigen mit APN sogar besser sein könne als mit Ärzten/innen, die teilweise noch immer als Respektspersonen angesehen würden.

Ergebnisse aus den Go-Alongs und den Debriefings

Die Fachpersonen schätzen den stetigen Austausch und die verbesserte Kommunikation zwischen den Professionen. Dies verbessere die Informationskette, z. B. von einer Arbeitsschicht zur nächsten und reduziere Fehler. Weitere Kommunikationsgefässe adressieren

auch die Organisation der Arbeit; eine klare Aufteilung der Patienten/innen erlaube auch Klarheit betreffend Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Ebenfalls unterstützten Austauschgefässe Motivation, Wertschätzung und Visibilität der Fachprofessionen. So steigere ein interprofessioneller Rapport die Motivation der Fachpersonen, da die gemeinsamen Ziele deutlich und gegenseitige Unterstützung möglich würden. Auch könnten Professionen voneinander lernen, wenn unterschiedliche Sichtweisen auf ein Problem diskutiert werden. Dies helfe auch, dass die Fachpersonen Herausforderungen vermehrt aus ganzheitlicher Perspektive angingen. Nicht zuletzt könnten Austauschgefässe in schwierigen Situationen entlastend wirken, da Herausforderungen gemeinsam gemeistert werden können. Soweit in den Go-Alongs beobachtbar, fühlten sich die Fachpersonen jeweils von den anderen Professionen akzeptiert.

Konkretisierung an einem Beispiel aus einem Go-Along

Akut-stationäre Versorgung: Die Ärztin holt die Einschätzungen anderer Berufsgruppen ab, ob diese es ebenfalls als sinnvoll erachten, den geplanten Austritt des Patienten um einige Tage nach hinten zu verschieben. Die Physiotherapeutin unterstützt diese Einschätzung. Dass alle Berufsgruppen an der interprofessionellen Fallbesprechung teilnehmen, erzeugt ein Gemeinschaftsgefühl und macht bewusst, dass verschiedene Berufsgruppen mit ihrer Arbeit und Expertise dasselbe Ziel verfolgen.

IPZ könne auch zur Entlastung bestimmter Berufsgruppen führen. So ist die Entlastung der Ärzte/innen gemäss gut der Hälfte der Go-Alongs und Debriefings wichtig. Je nach Setting geschehe die Entlastung durch den Einsatz von APN, klinischen Fachspezialisten/innen, CCM-Coaches oder den Einsatz von Pflegefachpersonen für bestimmte Aufgaben. Auch könne der Fachkräftemangel gemindert werden. Generell könnten sich Ärzte/innen dank Entlastung durch andere Professionen, stärker auf Diagnose und Therapie fokussieren.

Auf Grund der starken Belastung der Ärzte/innen und dank der Übernahme von Aufgaben durch weitere Professionen hätten sich verschiedene interessante Berufsbilder entwickelt. Den Pflegefachpersonen erlaube die Arbeit als APN, neben pflegerischen auch medizinische Aufgaben zu übernehmen. Auch MPA, welche nur wenige Weiterbildungsmöglichkeiten in ihrem Feld haben, können dank der Ausbildung zum CCM-Coach attraktive zusätzliche Aufgaben übernehmen. Für APN, klinische Fachspezialisten/innen und CCM-Coaches hat die Übernahme zusätzlicher Verantwortlichkeiten auch Auswirkungen auf die Entlohnung. Dank speziellen Gefässen zur Professionsentwicklung werden die Prozesse an einer der besuchten Institutionen in der ambulanten Versorgung laufend angepasst und das Berufsbild der APN weiterentwickelt.

Weiter wurde aus mehreren Go-Alongs und Debriefings deutlich, dass auch weitere Berufsgruppen wie Physio- und Ergotherapeuten/innen oder Sozialarbeiter/innen in gemeinsamen Austauschformaten Visibilität und Akzeptanz erhalten. Und auch sie würden von den Sichtweisen anderer Professionen profitieren.

4.3 Wirkungen von IPZ auf die Versorgungsqualität

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

Erwähnt wurde, dass der Einsatz von Pflegefachpersonen bei Angehörigengesprächen zu einem umfassenderen Krankheitsbild und damit zu einer umfassenderen Versorgung der Patienten/innen führen könne. Zudem wies eine Person auf den Vorteil hin, dass Personen mit unterschiedlicher Expertise eine umfassendere Versorgung garantieren könnten, vor allem bei multimorbiden Patienten/innen. Allerdings sei es von Vorteil, sagte eine andere Person, in einem komplexen Behandlungsprozess eine klare Zuteilung von Verantwortungen zu haben.

Ergebnisse aus den Go-Alongs und den Debriefings

In allen Go-Alongs und Debriefings wurde auf die Verbesserung der Versorgungsqualität auf Grund von IPZ hingewiesen; dies sei die Hauptwirkung von IPZ. Die verbesserte Versorgungsqualität kann gemäss den beobachteten und befragten Personen an folgenden Aspekten ausgemacht werden:

- *Ganzheitliche Betrachtung des/der Patienten/in:* Eine gelingende IPZ inkl. Absprachen und Austausch zwischen den unterschiedlichen Fachpersonen erlaubt eine ganzheitliche Betrachtung des/der Patienten/in. Dies konnte insbesondere in Formaten beobachtet werden, in denen sich unterschiedliche Fachpersonen auf Augenhöhe über eine/n Patienten/in ausgetauscht haben und dabei die Perspektive ihrer Profession einbrachten. Dabei konnten anstehende Herausforderungen gemeinsam diskutiert und angegangen werden.
- *Ansprechpersonen besser verfügbar:* Der Einsatz neuer Professionen verbessert die Zugänglichkeit von Ansprechpersonen, da diese Fachleute in der Regel mehr Zeit für Patienten/innen haben als Ärzte/innen. Zudem würden Patienten/innen diesen Fachpersonen teilweise wichtige Informationen anvertrauen und Fragen stellen, die sie dem/der Arzt/Ärztin auf Grund knapper Zeit oder Autoritätsverhältnis nicht mitteilen würden. Durch den Austausch zwischen den Fachpersonen können zudem Doppelspurigkeiten in der Kommunikation mit dem/r Patienten/in sowie den Angehörigen vermieden werden.

Konkretisierung an einem Beispiel aus einem Go-Along

Akut-stationär: Ein/e klinische/r Fachspezialist/in / hat mehr Zeit für die Versorgung eines/r Patienten/in als ein/e Arzt/Ärztin. So kann sie in einer komplexen Situation, in der nicht gleich ein/e Arzt/Ärztin zur Stelle ist, erste Massnahmen initialisieren. Sobald ein/e Arzt/Ärztin zur Stelle ist, kann diese/r übernehmen. Ein/e Patient/in kann schneller versorgt werden, was die Versorgungsqualität steigert. Die Verbesserung der Versorgungsqualität ist bspw. an einer kürzeren Aufenthaltsdauer, einer kürzeren Wartezeit oder dem frühzeitigen Erkennen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes erkennbar.

- *Geringere Wartezeiten und Aufenthaltsdauer:* Weiter könne eine gelingende IPZ Wartezeiten für Patienten/innen sowie Aufenthaltsdauern bei stationärer Behandlung reduzieren. In einer der besuchten langzeit-stationären Institution konnte nachgewiesen

werden, dass dank IPZ weniger Austrittsverschiebungen aufgetreten seien. Wichtig dafür sei, dass Erwartungen direkt bei Eintritt geklärt und die Ziele vereinbart würden.

Konkretisierung an einem Beispiel aus einem Go-Along

Langzeit-stationär: Bei Eintritt, Halbzeit und Abschluss wird ein Gespräch mit allen beteiligten Fachpersonen sowie dem/r Patienten/in und ggf. den Angehörigen durchgeführt. Das Gespräch dient zur Information und Klärung von Fragen betreffend Gesundheitszustand, Behandlung und Aufenthalt. Ebenfalls werden die Erwartungen geklärt sowie ein Gesamtziel und Ziele pro Bereich festgelegt. Die Ziele werden an einem Patientenboard im Zimmer festgehalten und sind Grundlage für die kurzen interprofessionellen Fallbesprechungen, die alle zwei Wochen mit dem/r Patienten/in stattfinden. Indem alle Fachpersonen je eigene klare Ziele sowie ein Gesamtziel verfolgen, kann der geplante Austrittstermin mit grösserer Wahrscheinlichkeit eingehalten werden.

- *Vermeidung von Komplikationen bzw. bessere Stabilisierung:* IPZ trage dazu bei, dass in der Langzeitpflege sowie bei ambulanter Versorgung bspw. Hospitalisierungen oder andere (notfallmässige) Zwischenfälle vermieden werden könnten. Ebenfalls können Patienten/innen tendenziell schneller stabilisiert werden, wenn alle Fachpersonen in geeigneter Weise zusammenarbeiteten. Dies bestätigte die Mehrheit der Befragten.
- *Bessere Qualität der Pflege zu Hause:* Der Übergang eines/r Patienten/in von stationärer zu ambulanter Pflege könne mit Absprachen zwischen der stationären Institution und der Spitex optimiert werden. So könne die Qualität der Pflege zu Hause sichergestellt werden, was den Gesundheitszustand des/r Patienten/in wie auch die Autonomie der Angehörigen verbessern könne.
- *Steigerung der Lebensqualität:* In der stationären Langzeitpflege sei insbesondere Ziel, für die Bewohner/innen die Lebensqualität zu steigern und ein Zuhause zu schaffen, in dem sie sich wohlfühlten. Dieses Ziel werde mit gelinder IPZ unterstützt. Eine zentrale Aufgabe von CCM-Coaches ist es, den Patienten/innen zu einer geeigneten Lebensstilanpassung zu vermitteln. Durch den Wissens- und Kompetenzzuwachs auf Seiten Patienten/innen können diese ihr Wohlbefinden steigern.

4.4 Wirkungen von IPZ auf den Fachkräftemangel

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

Einige Befragte erklärten, dass IPZ den Fachkräftemangel entschärfe resp. dass der erweiterte Einsatz anderer Berufsgruppen Ärzte/innen entlasten könne. Ein/e Gesprächspartner/in wies allerdings darauf hin, dass der Fachkräftemangel zu gross sei, als dass er durch IPZ ausreichend reduziert werden könne.

Ergebnisse aus den Go-Alongs und den Debriefings

Gemäss der grossen Mehrheit der Befragten im Rahmen der Go-Alongs und der Debriefings bewirkt IPZ keine generelle Reduktion des Fachkräftemangels. Viele Institutionen erwarten aber als Folge gelingender IPZ weniger Fluktuation. Ein gutes Arbeitsklima dank IPZ könne die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden fördern. Dazu trage der Austausch

und eine bessere Zusammenarbeit der Fachpersonen sowie die vermehrte Übernahme von Verantwortung durch vielfältige Berufsgruppen bei. Ebenfalls würde die Arbeitszufriedenheit gesteigert, da APN, klinische/r Fachspezialist/in oder CCM-Coach neue Karriereperspektiven ermöglichen, welche auch mit einer verbesserten finanziellen Entlohnung einhergehen. Über die Zusammenarbeit und Wertschätzung der individuellen Fähigkeiten und Expertise könnten Fachpersonen trotz der belastenden Arbeit und dem im Vergleich zu Privatspitälern tieferen Lohn gehalten werden.

Ärzte/innen können gemäss Go-Alongs und Debriefings durch die Einführung neuer Berufsbilder in gewissen Bereichen entlastet werden. So wurde in einem Gesundheitszentrum ein Teil der Patientenanamnese ambulanter, geriatrischer Patienten durch eine Pflegefachperson durchgeführt um den Hausarzt zu entlasten. In einem Pflegeheim wurden Ärzte/innen auch entlastet, indem Gespräche mit Angehörigen durch den Sozialdienst oder die Pflege geführt wurden. Allerdings wurde klar geäußert, dass solche Modelle nicht zur Reduktion des Fachkräftemangels beitragen können, sondern vielmehr eine Verschiebung der Zuständigkeiten bedeuten. Gemäss einer Institution kann teilweise Zeit eingespart werden, gleichzeitig sei die Absprache zwischen Fachpersonen zeitaufwändig, womit keine Fachkräfte eingespart werden können.

Konkretisierung an einem Beispiel aus einem Go-Along

Akut-stationär: Ein/e klinische/r Fachspezialist/in übernimmt die Anamnese ambulanter geriatrischer Patienten/innen. Die Fälle werden zwischen Arzt und Pflege diskutiert. Die Diagnostik und pharmakologische Interventionen sind in der Verantwortung der Ärzte/innen.

4.5 Wirkungen von IPZ auf die Effizienz

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

Die Meinungen der Befragten zur Wirkung von IPZ auf die Effizienz resp. auf Kostensenkungen gingen auseinander. Dieses Anliegen dürfe nicht im Vordergrund stehen, wurde geäußert – und ebenso die Einschätzung, dass die Einführung von IPZ zusätzliche Ressourcen verlange. Absprachen bräuchten Zeit und seien mit Kosten verbunden, da viele tertiär ausgebildete Berufsgruppen involviert seien. Zudem führe die Erweiterung von Kompetenzen zu einer höheren Entschädigung. Dennoch sei die Einführung von IPZ eine nachhaltige Investition: Es gehe um längerfristige und systemische Effizienz, da gut implementierte IPZ Modelle in Zeitersparnis, Vermeidung von Doppelspurigkeiten, höherer Patientensicherheit und Vermeidung von unerwünschten Ereignissen resultierten.

Ergebnisse aus den Go-Alongs und den Debriefings

Die Befragten waren unterschiedlicher Meinung, inwiefern mit IPZ eine Effizienzsteigerung oder gar Kostensenkung möglich sei. Die Mehrheit der beobachteten und befragten Institutionen war der Meinung, dass eine gelingende IPZ primär zu einer Steigerung der Versorgungsqualität und -sicherheit führe; was auch das Hauptziel vieler Institutionen sei. Dadurch könnten ggf. spätere Folgebehandlungen, Hospitalisierungen, Komplikationen o-

der Notfälle vermindert werden. Ebenfalls belegten Studien eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer durch IPZ. Somit sei indirekt eine gewisse Effizienzsteigerung möglich und gemäss Aussagen in knapp der Hälfte der Institutionen auch eine Kostensenkung pro Patient/in. Im ambulanten Bereich könne insbesondere die Anpassung des Versorgungsmodells, d. h. der Einsatz von APN bzw. CCM-Coaches, eine Effizienzsteigerung und ggf. Kostensenkung ermöglichen. Denn die Betreuung in der ambulanten Grundversorgung sei günstiger als die Zentrumsmedizin oder eine Hospitalisierung.

Ein Teil der Institutionen war skeptisch, inwiefern IPZ mit einer Kostensenkung einhergehe. Gemäss einem Pflegeheim ist keine Effizienzsteigerung und Kostensenkung möglich, u. a. auf Grund des zusätzlich anfallenden Koordinationsaufwandes. Manchmal sei aber eine mündliche Koordination zeit- und kostensparend. Nicht zuletzt könne IPZ gemäss einer Institution dazu führen, dass die Kostensteigerung gebremst werde.

4.6 Einschätzung zu return on investment der IPZ¹⁰

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

Ein return on investment der IPZ ergibt sich gemäss befragten Personen, wenn Spezialisten/innen nur dann spezifisch hinzugezogen werden, wenn sie tatsächlich gebraucht werden. Nur so könnten die Kosten in einem bestimmten Rahmen gehalten werden. Es müsse also möglich sein, dass insbesondere Pflegefachpersonen lernten, selber Entscheidungen zu treffen. Dazu brauche es einen Wissenstransfer und eine Kompetenzerweiterung bei diesen Personen. Dank IPZ könnten auch mehr Teilzeit-Pensen geschaffen werden, was wichtig sei für die Attraktivität der Berufe des Gesundheitswesens und sich auszahlen könnte. Zudem wurde auf die Wichtigkeit der Infrastruktur für IPZ hingewiesen. Man sollte im Bereich IT, wie z.B. e-health oder Hospital 4.0, aber auch in struktureller Hinsicht, wie Prozesse oder Schulungen zur Organisation- und Führungskultur Anpassungen vornehmen. Wenn man solche Änderungen mache, werde sich das rentieren und indirekt auch das Arbeitsklima beeinflussen.

¹⁰ Zu diesem Thema findet im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität 2017-2020» folgendes weiteres Forschungsprojekt statt: M9 Kosten-Nutzen-Analyse von IPZ (vgl. Teil 1: Forschung auf der Webseite www.bag.admin.ch/fpin-terprof).

5 Einflussfaktoren von interprofessioneller Zusammenarbeit

5.1 Einflussfaktoren auf individueller Ebene

Einschätzungen aus den explorativen Gesprächen

Die Vertreter/innen der befragten nationalen Organisationen beobachten, dass insbesondere Fachpersonen mit Führungsverantwortung, einen grossen Einfluss auf das Gelingen von IPZ haben. Nebst fachlichen Qualifikationen sei das Gelingen von IPZ abhängig von den persönlichen und sozialen Kompetenzen der beteiligten Gesundheitsfachpersonen. Nur Fachpersonen mit einem klaren professionellen Profil und Selbstsicherheit könnten akzeptieren, dass auch andere Wissen und Kompetenzen hätten.

In den explorativen Gesprächen wurden zudem mehrmals erwähnt, dass die Schweizer Bevölkerung ebenfalls Verantwortung trage, Formen von IPZ zu unterstützen und zu fördern. Ansprüche, jederzeit vom/ von der Fachspezialisten/in behandelt zu werden, würden dazu beitragen, dass gerade im ambulanten Setting die Nachfrage nach IPZ und somit auch der Anreiz seitens Gesundheitsfachpersonen, neue Konzepte zu entwickeln, noch zu gering sei. In der Bevölkerung müsse ein Umdenken erreicht werden: weg vom/von der Spezialisten/in mit eigener Praxis, hin zu interprofessionellen Ansätzen in Zentren oder Gemeinschaftspraxen.

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

Die Persönlichkeit spiele im Rahmen von IPZ eine bedeutende Rolle. Einige Befragte machten darauf aufmerksam, dass nicht jede Fachperson für IPZ geeignet sei. So müssten die an der IPZ Beteiligten überzeugt sein, dass im Diskurs gute Lösungen gefunden und gute Entscheide gefällt werden können. Es brauche neugierige, interessierte und lernfreudige Personen, damit IPZ als Chance und nicht als Bedrohung wahrgenommen werde.

Ergebnisse aus den Go-Alongs und den Debriefings

Auf individueller Ebene hänge die interprofessionelle Zusammenarbeit von den fachlichen Kompetenzen und Erfahrungen der Fachpersonen ab: Je nach Kompetenz- und Erfahrungsniveau sei die Rollenaufteilung in der interprofessionellen Zusammenarbeit unterschiedlich. So kann gemäss mehreren Debriefings eine erfahrene Pflegefachperson in einer stationären Institution Situationen teilweise besser einschätzen, als ein/e Assistenzarzt/ärztin mit wenig Erfahrung. Beim Einsatz klinischer Fachspezialisten/innen sei angesichts des Delegationsprinzips insbesondere das Vertrauen zwischen Oberarzt/ärztin und klinischem/r Fachspezialisten/in bestimmend dafür, welche Aufgaben geteilt würden. Gemäss einem weiteren Debriefing könnten nicht alle Fachpersonen ihr Potenzial gleich gut abrufen. Insgesamt müsse immer wieder aufs Neue erlernt werden, wie man sich ergänzen bzw. was man delegieren und wie die Zusammenarbeit optimiert werden könne.

Neben Fachkompetenzen seien auch Soft Skills in Form von Selbst- und Sozialkompetenzen wichtig für IPZ.¹¹ Die nötigen Soft Skills würden oft nicht im Studium vermittelt, sondern erst am Arbeitsplatz gelernt, bspw. der Umgang der Fachpersonen mit Patienten/innen, Angehörigen aber auch anderen Professionen. Es sei also auch eine Frage des Charakters jeder einzelnen Fachperson.

5.2 Einflussfaktoren auf Ebene Fachpersonen sowie Spezifitäten von medizinischen Fachbereichen

Einschätzungen aus den explorativen Gesprächen

Nebst der Rolle des Individuums sei auch das Berufsverständnis ein wichtiger Faktor für IPZ. Es sei Widerstand zu beobachten, sobald Kompetenzen an andere Berufsgruppen übertragen werden sollen. So entstand bei Pflegefachleuten in einem Spital Widerstand, als der Essensservice durch einen Restaurantbetrieb übernommen werden sollte. Obschon dies eine Entlastung der Pflege bedeutete, hätten sich die Pflegefachpersonen mit dem Argument dagegen ausgesprochen, dies sei der einzige regelmässige Patientenkontakt und dürfe nicht verloren gehen.

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

Hinderlich für IPZ seien gemäss einzelnen Management-Vertreter/innen der Mangel an Vertrauen und ein starres oder veraltetes Rollenverständnis. Zwei weitere Befragte wiesen auf die hierarchische Struktur und unterschiedliche Hierarchieverständnisse hin. Diese Hindernisse könnten in allen Bereichen (ambulant, stationär oder intermediär) vorgefunden werden und behinderten die Umsetzung von IPZ, da sie die gemeinsame Zusammenarbeit auf Augenhöhe erschwerten. Weiter meinten einige Befragte, dass die Angst vor veränderten Berufsbildern und vor einer Übernahme von Kompetenzen für IPZ hinderlich sei. Dies komme vermehrt im stationären Bereich vor, da es sich dort häufiger um ältere, etablierte Strukturen handelt.

Ergebnisse aus den Go-Alongs und den Debriefings

Gemäss mehreren Debriefings lernten Ärzte/innen, die vor Jahren ihr Studium absolviert haben, die interprofessionelle Zusammenarbeit und den gemeinsamen Austausch erst am Arbeitsplatz; je später die Auseinandersetzung mit der interprofessionellen Zusammenarbeit beginne, desto höher das Hindernis.

Insbesondere die Ärzte/innen hätten gemäss mehreren Befragten an Institutionen mit neuen Berufsbildern wie APN, klinische Fachspezialisten/innen oder CCM-Coaches Zeit gebraucht, um die Fachpersonen der neuen Berufsbilder anzuerkennen.¹² Oft habe es eine

¹¹ Zu diesem Thema findet im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität 2017-2020» folgendes weiteres Forschungsprojekt statt: M11 Kompetenzen von Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen im Umgang mit betreuenden Angehörigen (vgl. Teil 1: Forschung auf der Webseite www.bag.admin.ch/fpinterprof).

¹² Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird heute zunehmend in Studium, Weiter- und Fortbildung der Ärzte/innen und Pflegefachpersonen integriert. Diese Generation an Fachpersonen wird zeigen, inwiefern diese ergänzte Ausbildung eine Auswirkung auf die IPZ hat.

Art Schlüsselergebnis mit einer Fachperson einer neuen Berufsgruppe gebraucht, damit einzelne Ärzte/innen aber auch weitere Berufsgruppen wie bspw. MTRA die neuen Berufsbilder akzeptiert hätten. An einer Institution seien u. a. auf Grund der fehlenden Akzeptanz von Ärzten/innen (noch) keine APN eingeführt worden. Es werde aber erkannt, dass gewisse Aufgaben besser durch Pflegepersonen als durch Ärzte/innen durchgeführt werden, da diese im Alltag oft ein umfassenderes Bild der Patientensituation haben, da sie bspw. im Spital mehr Zeit am Patientenbett verbringen. Wenn also ein Mehrwert erkannt wird, scheint es im IPZ-Team eine grosse Bereitschaft zu geben, IPZ zu praktizieren. So äuserten sich insbesondere Ärzte sehr positiv über die neugewonnenen Erkenntnisse über Patientensituationen, insbesondere im psychosozialen Bereich, durch eine interprofessionelle Fallbesprechung und wollten daher dieses Format der IPZ unbedingt beibehalten.

Gefragt nach dem Konkurrenzverhalten zwischen den Professionen wiesen mehrere Vertreter/innen unterschiedlicher Institutionen darauf hin, dass dies vereinzelt vorkomme. So seien gewisse Ärzte/innen gegenüber der Übernahme von Aufgaben durch APN, klinische Fachspezialisten/innen oder CCM-Coaches skeptisch. Auch fürchteten Ärzte/innen, in der Weiterbildung weniger Lernmöglichkeiten zu haben. Wenn aber ausreichend Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um die Rollen gemeinsam weiterzuentwickeln und zu verstehen, ist die Bereitschaft zur IPZ auch mit neu verteilten Kompetenzen sehr hoch. Auch gemeinsame Weiter- resp. Fortbildungen (z. B. im Bereich der Geriatrie) stärken die Umsetzung von IPZ im Alltag.

In Bezug auf die interprofessionelle Entscheidungsfindung wurde jedoch mehrfach Kritik an der Dominanz der ärztlichen Perspektive («discours médico-délégué») geäußert, der eine Barriere für die optimale Versorgung insbesondere im Bereich der chronischen Erkrankungen und der Versorgung betagter Menschen darstellen kann.

Teilweise können Arbeitszeitregelungen die Übernahme von Aufgaben einschränken. Beispielsweise hätten die klinischen Fachspezialisten/innen eine Arbeitszeitbeschränkung von 42 Stunden, während diese bei den Assistenzärzten/innen bei 50 Stunden angesetzt sei. Sie übernähmen deshalb bei einer Institution die Stationsarbeit, nicht aber die Sprechstunden und die Arbeit im Operationssaal, was weiterhin die Assistenzärzte/innen tun.

Weiter wiesen mehrere Befragte aus stationären und ambulanten Institutionen darauf hin, dass Ärzte/innen teilweise ein anderes Verständnis von Hierarchie hätten, wobei der/die Arzt/Ärztin klar die hierarchisch höchste Position einnehme. Ein traditionelles Verständnis des Arztes, der an andere Fachpersonen Aufgaben delegiert, wird als hindernder Faktor für die IPZ beschrieben. Ebenfalls berichteten mehrere Befragte aus stationären Institutionen, dass sich der Austausch und das Bewusstsein für die Wichtigkeit von IPZ auch je nach medizinischem Fachbereich der Ärzte/innen unterscheide. So seien sich gewisse medizinische Fachbereiche der Schnittstelle zur Spitex unterschiedlich bewusst. Umso wichtiger seien interprofessionelle Fallbesprechungen und Rapporte. In diesen würde eine Kultur der gegenseitigen Anerkennung der disziplinären Kompetenzen entwickelt. Die verschiedenen Fachpersonen können am konkreten Fall voneinander lernen und die Entscheidungsprozesse der anderen Professionen besser nachvollziehen.

Einzelne Vertreter/innen von Institutionen wiesen im Debriefing darauf hin, welche innovativen Ansätze sie gesucht und gefunden hätten, um IPZ an ihrer Institution besser umzusetzen. Andere legten dar, dass Einzelpersonen oder ganze Abteilungen eher skeptisch auf Anpassungen der Prozesse hinzu mehr IPZ reagierten bzw. dem Einsatz von neuen Berufsbildern wie bspw. APN oder klinische/r Fachspezialist/in kritisch gegenüberstanden.

Mehrere Befragte wiesen auf die Gefahr hin, dass sich Professionen über die Berufsverbände politisch als Gegenspieler betrachteten; insbesondere gebe es teilweise Spannungen zwischen dem Berufsbild Pflege und dem Beruf des/der Arztes/Ärztin. So würden gewisse Personen insbesondere für die Stärkung des eigenen Berufsbildes kämpfen, anstelle eines gemeinsamen Engagements für die Verbesserung der Aufgabenteilung und Patientenversorgung.

5.3 Einflussfaktoren auf institutioneller Ebene

Einschätzungen aus den explorativen Gesprächen

Auf die Frage, welche institutionellen Investitionen IPZ stärken können, nannten die befragten Vertreter/innen der nationalen Gesundheitsorganisationen an erster Stelle Koordinations- und Kommunikationsmassnahmen auf der strategischen Ebene der Institution. Z.B. sollte Überzeugungsarbeit dahingehend geleistet werden, das Berufsverständnis der eigenen Berufsgruppen so zu schärfen, dass Verständnis für andere Gesundheitsprofessionen entwickelt werden könne. Weiter wurde in den Gesprächen betont, dass eine Sensibilisierung der Bevölkerung als sinnvoll erachtet werde, um die Nachfrage nach IPZ und somit den Druck auf die Institutionen und Fachpersonen des Gesundheitswesens zu stärken, damit Formen von IPZ in allen Settings entwickelt und gefördert würden.

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

Befragte äusserten, dass IPZ «top-down» eingefordert und gefördert werden sollte. So wurde erwähnt, dass die fachliche und die betriebliche Führung einer Institution gemeinsam die strategischen Prioritäten hinsichtlich der IPZ entwickeln und an deren Umsetzung und Evaluation beteiligt sein sollten. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Wichtigkeit der Aus-, Weiter- und Fortbildung als Teil der institutionellen Strategie im Rahmen der IPZ hingewiesen. Zudem wurde betont, dass IPZ nur «bottom-up» entstehen könne, da es sich in erster Linie um ein Kulturthema handle. Top-down Prozesse und Steuerungselemente sollten erst nachgelagert eingeführt werden. Alle Befragten erachteten IPZ als spezifische Kulturfrage. Diese werde vom respektvollen Austausch auf Augenhöhe und unter Fachpersonen geprägt, meinten einzelne Befragte. Mehrere Gesprächspartner/innen meinten, dass dabei die Führungsebene eine wichtige Rolle spiele, indem sie diese Kultur vorleben und tragen müsse. Dies sei nicht immer einfach. Gerade in länger etablierten und grösseren Institutionen sei eine übergeordnete Koordination von IPZ schwierig.

Zudem sei auch für das IPZ-Team eine klare Führung essentiell. Ohne klare Verteilung der Verantwortung sowie Definition der Struktur und Prozesse werde die IPZ (z. B. gemeinsame Rapporte oder interprofessionelle Kolloquien) schnell im Alltag durch andere Aufgaben verdrängt und verliere an Bedeutung.

Damit IPZ nachhaltig gelebt werden könne, brauche es formelle Gefässe, definierte Prozesse und eine entsprechende Organisationsstruktur, so einige Management-Vertreter/innen. Es müsse möglich sein, den Fokus der Arbeit auf den eigentlichen Versorgungsprozess und somit auf das Wohl der Patienten/innen auszurichten, meinten gewisse weitere Befragte. Dabei sei es aber wichtig, dass sich alle Beteiligten ihrer Kompetenzen bewusst seien, weil dies die Effizienz der Zusammenarbeit steigern.

Als problematisch wurde die Tarifierung der Leistungen nicht-ärztlicher Fachpersonen im ambulanten Bereich geschildert. Bei einer Übernahme von ärztlichen Leistungen durch nicht-ärztliche Fachpersonen führe diese zu einer Verminderung der Vergütung der Leistungen. In diesem Sinne führte die Einführung der IPZ zu einer Verschlechterung der direkten Einnahmen für die Organisation. So konnte eine Organisation die anfallenden Personalkosten nicht mehr in gleicher Masse decken, nachdem eine Pflegefachperson die ursprünglichen ärztlichen Leistungen übernommen hatte.

Ergebnisse aus den Go-Alongs und den Debriefings

Aufgrund der Go-Alongs und der entsprechenden Debriefings können folgende fördernde und hindernde Faktoren für IPZ auf institutioneller Ebene erkannt werden.

- *Anpassung oder Neuentwicklung von Prozessen:* Ein Grossteil der besuchten Institutionen hat Prozesse unterschiedlicher Art angepasst, was die Umsetzung von IPZ förderte. In einer ambulanten Institution gebe es bspw. eine zuständige Person und ein Austauschgefäss zur stetigen Verbesserung und Weiterentwicklung der Arbeitsprozesse, auch in Hinsicht auf den Einsatz von APN. In einer stationären Institution könnten neu Simulationen mit interprofessionellen Teams durchgeführt werden. Die Simulationen würden gefilmt und im Anschluss hinsichtlich Optimierungspotenzial geprüft und diskutiert. In weiteren Institutionen sind die Eckpunkte des Ablaufs einer interprofessionellen Fallbesprechung erarbeitet worden, um die Fallbesprechung möglichst effektiv und effizient zu gestalten. Eine ambulante Gruppenpraxis ging eine Partnerschaft mit Krankenkassen ein, damit das eingeführte CCM-Coaching bezahlt werden konnte, auch wenn Tarmed keine korrekte Position zur Verrechnung bot. Zwei Pflegeheime passten die Prozesse nicht an: sie sahen zwar einen hohen Nutzen in einem Case Management, jedoch fehlten die Mittel und Abrechnungsmodalitäten zur Umsetzung.
- *Investitionen in Aus-, Weiter- und Fortbildung:* Für IPZ und insgesamt für die Versorgungsqualität der Patienten/innen fördernd ist, dass mehrere der besuchten Institutionen die eigene Professionalisierung und Qualitätssteigerung vorantreiben. In einem Pflegeheim wurden Sozialarbeiter/innen angestellt, obwohl deren Leistungen nicht abgerechnet werden konnten. Zwei ambulante Institutionen investierten in die Ausbildung

der eigenen APN. Eine ambulante Institution entwickelte in Eigeninitiative ein Ausbildungskonzept und eine Akademie, um Assistenzärzte/innen auszubilden. Auch ein ambulantes Gesundheitszentrum würde gerne in die interprofessionelle Weiter- oder Fortbildung investieren, beschrieb aber keine Ressourcen hierfür zu haben. Neben dem persönlichen Engagement von Beteiligten spielte auch die Grösse der Institution eine Rolle, ob Investitionen getätigt wurde oder nicht. Bei kleinen Institutionen mit nur wenigen Personen wurde die Weiter- und Fortbildung einzelner Personen als entscheidender Erfolgsfaktor beschrieben, weshalb Investitionen getätigt wurden – allenfalls auch privat. Bei grösseren Institutionen bestand genügend finanzieller Spielraum, um Investitionen zur Förderung der IPZ zu sprechen. Bei mittel-grossen Institutionen wurden die grössten Schwierigkeiten beschrieben, finanzielle Mittel für Investitionen bereitzustellen.

- *Infrastruktur für den Austausch:* Für die Mehrheit der besuchten Institutionen ist wichtig, dass gemeinsame elektronische Plattformen zum Austausch der verschiedenen Fachgruppen genutzt werden. Einige Institutionen haben Formulare zur Unterstützung des Austausches entwickelt. Auch seien geeignete Räumlichkeiten für den interprofessionellen Austausch fördernd.
- *Teilweise Anpassung der Lohnstruktur:* Bei neuen Berufen wie APN, klinische Fachspezialisten/innen oder CCM-Coaches wurde der Lohn – innerhalb von gesetzten Grenzen – an das erweiterte Aufgabenprofil angepasst. Die Löhne der klinischen Fachspezialisten/innen durften z.B. auf Grund institutioneller Vorgaben nicht höher sein als diejenigen der Assistenzärzte/innen. Dies habe auch mit den unterschiedlichen gesetzlichen Arbeitszeiten zu tun. Im Gegensatz dazu, merkte eine Befragte aus einer stationären Einrichtung an, dass private Einrichtungen höhere Löhne zahlen könnten und auch attraktivere Arbeitszeiten anbieten könnten. Hier sei wichtig, mit anderen Anreizen wie einem guten Arbeitsklima die Fachpersonen in der Institution zu halten. Ein gutes Arbeitsklima könne u. a. auch eine Wirkung gelingender IPZ sein. Interprofessionelle Rapporte und Fallbesprechungen können im ambulanten Bereich nur sehr begrenzt verrechnet werden, als grosse Barriere für die IPZ erlebt wurde – insbesondere in kleineren Organisationen.

6 Interprofessionelle Zusammenarbeit auf politischer Ebene

6.1 Evaluationsinstrumente¹³

Aus den Debriefings ist bekannt, dass ein Teil der beobachteten Formate bereits evaluiert wurden, laufend evaluiert oder momentan evaluiert werden. Dabei werden verschiedene Evaluationsinstrumente angewendet (vgl. Tabelle 10). Bei den weiteren Institutionen fand bisher keine Evaluation der IPZ-Formate statt bzw. ist unklar, ob dies der Fall war.

Evaluationsinstrument	Beschreibung
Interne Evaluation und Controlling	Entwicklung und Evaluation der Prozesse bezüglich APN sowie neuer Berufsbilder als Aufgabe im Jobportfolio einer APN
	Laufendes Controlling der Prozesse (inkl. Zufriedenheit und Effizienz) und Berichterstattung darüber in der ganzen Institution. Darauf basierend stetige Weiterentwicklung und Verbesserung der Prozesse.
	Prüfung neuer IPZ-Prozesse durch Leitung der Institution, insbesondere vor Ausweitung der Prozesse auf andere Abteilungen.
	Stetige Überprüfung und Weiterentwicklung einer neuen IPZ-Struktur durch: – Feedbackrunde am Ende jeder Sitzung – Follow-up-Runde zu Beginn jeder Sitzung – Workshop mit Beteiligten zur Beurteilung der neuen IPZ-Struktur
	Stetige Überprüfungen von Prozessen zur Prozessoptimierung
	Interne Machbarkeitsanalyse für eine neu zu schaffende IPZ-Struktur
Externe Evaluation	Externe Evaluation durch ein Institut einer Fachhochschule
	Messung der Patientenzufriedenheit durch externe Firma, auch in Abteilungen mit neu eingeführten IPZ-Prozessen
	Externe Evaluation der Akzeptanz einer neu geschaffenen IPZ-Struktur

Tabelle 10: Evaluationsinstrumente bei den beobachteten Institutionen.

In mehreren beobachteten Institutionen wurden IPZ-Prozesse oder IPZ-Strukturen zuerst in einer Abteilung oder an einem von mehreren Standorten durchgeführt, um deren Tauglichkeit zu prüfen. Erst nach einer Pilotphase und einer Evaluation derselben fand eine Ausweitung auf andere Einheiten statt.

Gründe, weshalb spezifische externe Evaluationen in Auftrag gegeben wurden resp. noch keine internen Evaluationen durchgeführt worden seien, seien der hohe Aufwand und die Komplexität der Evaluationen. Zudem wurde von einer Institution auch auf die höhere Validität der Ergebnisse bei externen Evaluationen hingewiesen.

¹³ Zu diesem Thema findet im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität 2017-2020» folgendes weiteres Forschungsprojekt statt: M7 Evaluationsinstrumente (vgl. Teil 1: Forschung auf der Webseite www.bag.admin.ch/fpinterprof).

6.2 Rolle des Bundes in der politischen Steuerung der IPZ und Prioritäten

Einschätzungen aus den explorativen Gesprächen

Die Vertreter/innen der nationalen Organisationen sahen die Rolle des Bundes bei folgenden Aspekten:

- *Ressortforschung, aber auch finanzielle Unterstützung von innovativen Umsetzungsprojekten:* Es sei wichtig, dass der Bund den Nutzen von IPZ wie den positiven Einfluss auf den Fachkräftemangel oder eine verbesserte Fehlerkultur aufzeige.¹⁴ Aktuell noch wichtiger als Studien seien aber konkrete Pilot-Umsetzungsprojekte und gross angelegte Implementierungen.¹⁵ So versprach sich insbesondere eine befragte Person mehr vom Ansatz, dass Konzepte und Formen von IPZ aus dem beruflichen Alltag und von den Betrieben bottom-up kommen und gefördert werden sollten und nicht top-down von Bildungsinstitutionen.
- *Abbau von strukturellen Hürden:* Die Vertreter/innen der nationalen Organisationen sahen die Rolle des Bundes am ehesten darin, strukturelle Hürden für IPZ abzubauen. Eine zentrale Bedeutung wurde der Kompatibilität der Tarifsysteme zugeschrieben. Neben Ärzten/innen müssten weitere Leistungserbringer Leistungen abrechnen können, um IPZ nachhaltig zu implementieren. Zudem könnten die Schnittstellen vereinfacht und so die interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt werden, wobei hier einem elektronischen Patientendossier zentrale Bedeutung zugeschrieben wurde. Wichtig sei nicht zuletzt auch, dass der Bund sich dafür einsetze, dass hierarchische Hürden zwischen den Berufsgruppen resultierend aus einer Unkenntnis der Fachkompetenz der nicht-ärztlichen Fachberufe in der Schweizer Bevölkerung reduziert würden und sich diese besser vernetzen könnten.

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

- *IPZ in der Ausbildung:* Die Ausbildung und deren Inhalte nähmen in der Förderung von IPZ in der Gesundheitsversorgung eine prioritäre Stellung ein. IPZ solle bereits in der Ausbildung diskutiert und gelebt werden, um anschliessend die Umsetzung der IPZ in der Berufsausübung zu erleichtern. Der Bund sollte deshalb Grundlagen für geeignete, interprofessionelle Ausbildungen schaffen. Jedoch sollten dabei Fehlanreize, wie z. B. die zahlreichen Zertifizierungen, die die Qualität der Ausbildungen verwässern, beobachtet und allfällig unterbunden werden.
- *Akzeptanzförderung:* Im Zusammenhang mit der Ausbildung stehe auch die Akzeptanzförderung. Es müsse allgemein mehr Verständnis für IPZ geschaffen werden, auch auf Seiten der Politik, Spitäler und Patienten/innen. Zudem brauche es auch ein Verständnis dafür, dass die Einführung von IPZ Zeit und Ressourcen benötige.

¹⁴ Dies könnte über Projekte der Ressortforschung des BAG geschehen.

¹⁵ Allerdings kann das BAG mit den derzeitigen gesetzlichen Grundlagen keine finanzielle Unterstützung ausserhalb der Ressortforschung leisten.

- *Rechtliche Grundlagen:* Nebst der Ausbildung sollte der Bund auch das Bild der Zusammenarbeit ändern. Dieses Bild zeige sich u. a. auch in den gegenwärtigen rechtlichen Grundlagen (insb. KVG), in denen der/die Arzt/Ärztin als alleiniger Verantwortungsträger festgelegt werde. Die anderen Berufsgruppen seien nicht lediglich Hilfsberufe, sondern seien zunehmend auch auf akademischer Stufe ausgebildet. Es müsse also neu definiert werden, wer wo selbständig handeln dürfe, wer welche Kompetenzen und wer die Verantwortung habe. Dies würde auch die Zusammenarbeit auf Augenhöhe fördern. Gleichzeitig müsse aber vermieden werden, dass ein Konkurrenzdenken entstehe, sondern es müsse aufgezeigt werden, wie IPZ langfristig zu einer Steigerung der Effizienz führen könne. Dabei wurde auch die Stärkung der Berufsgruppe der APN als mögliche Priorität genannt. Die APN sollte gefördert werden, da sie als Schnittstelle zwischen der Ärzteschaft und der Pflege operieren könne.
- *Tarifsystem und Leistungsabrechnung:* Die Finanzierung und das bestehende Tarifsystem wurden als relevante Aspekte genannt. Die Abrechnung der Leistungen der einzelnen Berufsgruppen sei im Moment so geregelt, dass sie IPZ erschweren könne. Dies müsse geklärt und entsprechende Anreize geschaffen werden, die auch kosteneffizienteres Handeln unterstützen würden. So sollen auch Pflegefachpersonen, u. a. neue Berufsbilder wie APN oder Personen mit Zusatzausbildungen, als Leistungserbringer gelten und somit selbständig abrechnen können.
- *Integrierte Versorgung:* Der Bund könnte die integrierte Versorgung fördern, indem er z. B. die Krankenkassen und die Anbieter näher zusammenbringe oder aber die Zusammenarbeit an den Schnittstellen finanziell abgelden. Dazu würden auch Pilotprojekte dienlich sein.

Ergebnisse aus den Go-Alongs und den Debriefings

In den Debriefings wurden zahlreiche Aspekte genannt, in welchen sich die Befragten Optimierungen durch den Bund erhofften, damit die IPZ besser umgesetzt werden könne. Momentan handle es sich bei den verschiedenen Aspekten um Hindernisse bzw. Hemmnisse für eine gelingende IPZ.

- *Bildung:* Bereits das Studium bzw. die Ausbildung aller im Gesundheitswesen tätigen Berufe müsse interprofessionelle Anteile haben. Insbesondere in der Ausbildung der Ärzte/innen gebe es noch Nachholbedarf. So sollte bereits im Studium die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachprofessionen geschult werden. Dadurch würden sie eine gemeinsame Sprache entwickeln und lernen, sich auf Augenhöhe zu begegnen. Die Studiengänge sollten vermehrt gemeinsam und aufeinander abgestimmt entwickelt werden. Zudem könnten Pflege und Ärzte/innen in der Ausbildung gemeinsam das Durchführen von Angehörigengespräche erlernen. Alle im Gesundheitswesen tätigen Professionen – also von den Ärzten/innen bis zum Hausdienst – müssten vermehrt den Umgang mit anderen Professionen lernen.
- *Leistungsverrechnung bei neuen Berufsbildern oder neu involvierten Fachpersonen:* Es gebe Hindernisse im Tarifsystem und der Leistungsverrechnung bei Leistungen von

neuen Berufsbildern wie APN, klinische/r Fachspezialist/in und CCM-Coach. Je nach Institution würden die Leistungen als ärztliche Leistungen oder aber gemäss einem anderen z. B. technischen Tarif, der die tatsächlichen Leistungen aber nur bedingt abdeckt, abgerechnet. Gemäss einem rechtlichen Gutachten sei die Abrechnung über Tarmed zwar korrekt, wenn der/die Arzt/Ärztin die Aufgabe an die entsprechende Fachperson delegiert habe. Trotzdem soll das Tarifsysteem angepasst werden, damit die Leistungen der APN, klinische/r Fachspezialist/in und CCM-Coach mit den entsprechenden Tarifen abgerechnet werden und nicht nur über ärztliche Delegation erfolgen könnten. Im stationären und intermediären Setting muss die Vergütung von Leistungen von gewissen Fachpersonen innerhalb des finanziellen Spielraums der Institution geschehen. Ein Pflegeheim berichtete, dass die Arbeit der Sozialarbeiter/innen im Bereich Langzeitpflege nicht abgerechnet werden könne. Die Arbeit sei aber von grossem Nutzen für die Institution, weshalb man nicht darauf verzichten möchte und die Leistungen selber finanziere.

- *Leistungsverrechnung an Schnittstellen:* Die Abrechnung an Schnittstellen müsse geklärt und verbessert werden. An der Schnittstelle von ambulanter Pflege zu stationärer Pflege in einem Pflegeheim könne bspw. ein Gespräch, das vor Eintritt der Person zwischen den verschiedenen Fachprofessionen stattfinde, nur von den ambulant tätigen Fachpersonen wie z.B. der Spitex abgerechnet werden. Im Gegenzug könne die Spitex keine Leistung verrechnen, wenn sie an einem Eintrittsgespräch nach Eintritt der Person im Pflegeheim teilnehme. Dies sei insbesondere bei Patienten/innen mit tiefer Pflegestufe, die nur über eine Grundversicherung verfügten, problematisch. Der Austausch der Fachpersonen sei an diesen Schnittstellen im Sinne einer zielführenden Übergabe jedoch äusserst wichtig, insbesondere zur Verbesserung der Versorgungsqualität sowie bspw. zur Vermeidung eines allfälligen Zwischenfalls bzw. einer Hospitalisierung. Auch die Schnittstellen bei einem kantonalen Übertritt seien eine Herausforderung, da die Möglichkeiten zur Verrechnung je nach Kanton unterschiedlich seien.
- *Finanzielle Fehlanreize:* Das aktuelle System schaffe zum Teil Fehlanreize. So lohne sich, laut einer Person in der stationären Versorgung, eine effiziente und schnelle Versorgung auf Grund der Pauschalen¹⁶ in spezifischen Situationen nicht. Ebenso sei das «task-shifting» für eine Organisation unattraktiv, da nicht-ärztliche Berufe deutlich niedrigere Tarife abrechnen können.

Weitere Aspekte:

- Das Delegationsprinzip zwischen Ärzten/innen und Psychotherapeuten/innen sei überholt. Dass gesetzlich ein/e Arzt/Ärztin zur Verordnung von Psychotherapie verlangt werde, sei nicht zielführend. Arzt/Ärztin und Psychotherapeut sollten auf Augenhöhe miteinander arbeiten können.

¹⁶ Für Privatversicherte werden Honorare pro Tag bezahlt. Wenn der/die Patient/in früher entlassen werden könne, gebe es somit weniger Geld.

- Die interprofessionelle Zusammenarbeit werde gehemmt, solange kein geeigneter Datenaustausch zwischen Fachpersonen von verschiedenen Institutionen möglich sei. Heute verstreiche zu viel Zeit für die Organisation von bestimmten Dokumenten.
- Die Digitalisierung im Gesundheitssystem sei auf übergeordneter Ebene zu fördern, was positive Auswirkungen auf die Effizienz hätte. Heute überlasse man in diesem Bereich vieles den Institutionen, diese hätten aber teils veraltete Systeme.

7 Synthese der Potenziale von interprofessioneller Zusammenarbeit

7.1 Potenziale von IPZ für die Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit

Einschätzungen aus den explorativen Gesprächen

Die Befragten wiesen darauf hin, dass eine verbesserte Versorgungsqualität aufgrund verstärkter IPZ bspw. an einer verbesserten Fehlerkultur erkannt werden könne. Eine bessere Indikationsqualität und schnelle Behandlungspfade würden in kompetenteren Behandlung münden – Aspekte die auch von Patienten/innen wahrgenommen würden.

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

Zwei Management-Vertreter/innen sahen Potenzial im Austausch und Wissenstransfer unter Fachpersonen. Das durch den Austausch erworbene Wissen könne vor allem von nicht-ärztlichen Berufen als Entscheidungsgrundlage benutzt werden. Dies könne zu einer Kompetenzerweiterung und einer verbesserten Versorgungsqualität führen, was allerdings auch genügend Ressourcen und eine entsprechende Infrastruktur bedingen würden. Dies stelle gerade für kleinere Institutionen eine Herausforderung dar.

Zudem sei die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Settings resp. Institutionen, d. h. die integrierte Versorgung von grosser Bedeutung, so eine weitere befragte Person. Vor allem Über-, Ein- und Austritte stellten komplexe Anforderungen an die Versorgung und müssten sorgfältig koordiniert werden. IPZ habe in diesen Situationen grosses Potenzial, um Wiedereintritte zu vermindern und die Zufriedenheit der Patienten/innen zu erhöhen. Damit habe IPZ nicht nur innerhalb einer Institution Bedeutung, sondern auch zwischen Institutionen. Spezifisch im ambulanten Setting wird diesbezüglich Potenzial geortet, da viele Berufe aufeinanderträfen und es räumliche Distanz zwischen den Fachpersonen gebe. Durch frühzeitige und gute Koordination könne die Sicherheit der Patienten/innen erhöht werden.

Eine weitere Person sieht ein Potenzial von IPZ in der umfassenden Behandlung, die durch IPZ ermöglicht werde. Bei gelungener IPZ stehe der/die Patient/in im Zentrum und werde von jener Person betreut, die am kompetentesten sei. Dabei könne auch die Erweiterung der Kompetenzen z. B. auf Grund eines Wissenstransfers oder «on-the-job-learning» zusätzlich zu einer besseren Versorgungsqualität führen.

7.2 Potenziale von IPZ für die Reduktion des Fachkräftemangels

Einschätzungen aus den explorativen Gesprächen

Die Befragungen ergaben ein unterschiedliches Bild der Einschätzungen zum Potenzial von IPZ in der Reduktion des Fachkräftemangels. Eine Person stellte die Hypothese auf,

dass bspw. im Kanton Zürich aufgrund der hohen Ärztedichte praktisch alle Spezialisierungen vertreten seien bis auf die Spezialisierung der Hausarztmedizin. Gute IPZ-Konzepte im ambulanten Setting könnten diesen Mangel an Hausärzten/innen im Kanton Zürich entschärfen. Der finanzielle Anreiz, gerade bei ärztlich ausgebildeten Fachpersonen, eine lukrative Spezialisierung anzustreben, anstatt sich für die Spezialisierung zum/zur Hausarzt/ärztin auszubilden, sei hoch, so die befragte Person.

Wenn Fachärzte/innen ihre Kompetenzen gezielt einsetzten, könnten Doppelspurigkeiten reduziert und somit weniger Fachpersonen je Fall eingesetzt werden. Eine Kompetenzverlagerung bspw. von Ärzten/innen zur Pflege habe jedoch wiederum eine Kompetenzverlagerung von der Pflege weg zu anderem (Hilfs-) Personal zur Folge. Ebenfalls führte eine Person ins Feld, dass nicht-ärztliche Gesundheitsberufe attraktiver werden könnten, wenn sie mehr Autonomie im Berufsalltag hätten und ihr Wissen mehr wertgeschätzt würde. IPZ erlaube flachere Hierarchien, die wiederum zu einer höheren Arbeitszufriedenheit führten.

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

Das Potenzial von IPZ zur Reduktion des Fachkräftemangels bestehe darin, dass die Zufriedenheit und Motivation der einzelnen Berufsgruppen bei IPZ höher sei. Zudem könne Wissen erweitert und in der Praxis angewandt werden oder es entstünden neue Berufsbilder und damit neue Karrieremöglichkeiten. Dies führe insgesamt zu einer höheren Attraktivität der Gesundheitsberufe.

IPZ schaffe die Möglichkeit, Fachkräfte nur dann beizuziehen, wenn es die Situation erfordere. Dies sei wichtig, da der Zuzug eines/r Arzt/Ärztin in jeder Situation nicht mehr möglich sei. Es brauche somit eine patientennahe Betreuung, in der definiert sei, welche Fachperson wann hinzugezogen werden müsse. Gerade bei chronisch kranken Patienten/innen wäre es sinnvoll, wenn Pflegefachpersonen im Austausch mit ärztlichen Fachpersonen erweiterte Aufgaben wahrnehmen könnten und damit insbesondere Hausärzte/innen entlasten könnten. Konkret wurde die Rolle der APN als mögliche Schnittstellen-Rolle zwischen traditionell durch Ärzte übernommenen Leistungen und jenen der Pflege genannt.

7.3 Potenziale von IPZ für die Kostensenkung resp. Effizienzsteigerung

Einschätzungen aus den explorativen Gesprächen

Einen direkten Nachweis von Effizienzsteigerung aufgrund von IPZ erachteten alle Vertreter/innen der nationalen Organisationen als schwierig. Da die Wirkung von IPZ tendenziell mittel- bis langfristig eintrete, solle man IPZ nicht an (zu) kurzfristigen Erwartungen scheitern lassen. IPZ sei zu grossen Teilen eine Kulturfrage und bedürfe des Umdenkens – und dies brauche Zeit.

Ebenso wurde erwähnt, dass Zeitdruck als Argument gegen IPZ nicht zu akzeptieren sei. Die beschränkte Zeit, die nötig sei, um das Team zu konsultieren oder eine Entscheidung gemeinsam zu treffen, sei immer vorhanden, auch auf der Notfallaufnahme.

Einschätzungen aus den Interviews mit den Management-Vertretern/innen

Management-Vertreter/innen sahen Potenziale von IPZ zur Kostensenkung resp. Effizienzsteigerung. Mit zunehmender Delegation und Erweiterung von Kompetenzen könnten mit dem gleichen Personalstand umfassendere Leistungen erbracht werden, was Kosten senke, äusserten zwei der Befragten. Weiter wurde von einer Person genannt, dass durch IPZ die komplexen Fälle gesamtheitlicher behandelt und dadurch Komplikationen, Missverständnisse oder Doppelspurigkeiten tendenziell vermieden würden. So könnten ebenfalls Kosten gespart werden. Damit diese Potenziale der IPZ allerdings abgerufen werden könnten, müsse man bereits in der Ausbildung beginnen, IPZ zu institutionalisieren.

Nicht zuletzt sei auch die höhere Zufriedenheit und Attraktivität der Gesundheitsberufe Pflegeberufe wichtig, um Fluktuation bei diesen Fachpersonen niedrig zu halten. Dies steigere die Effizienz im Gesundheitssystem.

7.4 Synthese der identifizierten Potenziale von interprofessioneller Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit kann auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems Auswirkungen haben: so beim/bei der Patienten/in, bei bestimmten Patientengruppen, bei den Fachpersonen des Gesundheitswesens, bei den Gesundheitsinstitutionen und im Gesundheitssystem insgesamt. Potenzielle Auswirkungen sind voneinander abhängig sein und können sich gegenseitig verstärken.

Potenziale in allen Settings

Potenziale der interprofessionellen Zusammenarbeit konnten in allen Settings (ambulant, intermediär, stationär, Schnittstellen) identifiziert werden. Die Fragestellungen und das Untersuchungsdesign waren zwar darauf ausgerichtet, Unterschiede zwischen den Settings zu erkennen. Die Resultate legen allerdings nahe, dass zwischen den Settings keine prinzipiellen Unterschiede in Bezug auf das Vorhandensein von Potenzialen der interprofessionellen Zusammenarbeit festzustellen sind. Die Potenziale sollten aber auf setting-spezifische Art und Weise adressiert werden, um sie voll auszuschöpfen.

Basierend auf den Ergebnissen der ausführlichen Erhebungen lassen sich für die interprofessionelle Zusammenarbeit folgende Potenziale erkennen, die beim/bei der Patienten/in, Patientengruppen, bei Fachpersonen des Gesundheitswesens oder bei Institutionen wirken können:

Potenziale von IPZ, die bei dem/bei der Patienten/in oder bei Patientengruppenwirken

- *Gesteigerte Patientenzentriertheit:* IPZ ermöglicht es durch den Austausch zwischen verschiedenen Fachpersonen – teilweise den/die Patienten/in integrierend – stärker als Versorgung ohne IPZ, ein umfassendes Bild des/r Patienten/in zu gewinnen. Insbesondere die Verfügbarkeit von relevanteren Informationen führt zu einer geeigneteren Therapiewahl oder Versorgungsform.

- *Höhere Kohärenz und Qualität der Entscheidungen und deren Umsetzung:* Über den verstärkten Austausch und die gemeinsame Entscheidungsfindung in der interprofessionellen Zusammenarbeit nimmt die Kohärenz der Entscheidungen zu. Zum einen werden Entscheidungen getroffen, von denen alle beteiligten Fachpersonen überzeugt sind oder die sie unterstützen können. Zum anderen erhöht sich durch die Beteiligung der Fachpersonen an der Entscheidungsfindung die Qualität der Umsetzung der Entscheidungen.
- *Besseres Schnittstellenmanagement:* An Schnittstellen der Versorgung, insbesondere zwischen verschiedenen Institutionen, birgt interprofessionelle Zusammenarbeit ein enormes Potenzial. An den Schnittstellen sind diverse Fachpersonen und Institutionen beteiligt, die nicht alltäglich miteinander zusammenarbeiten. Interprofessionelle Zusammenarbeit erlaubt hier eine bessere Koordination in der Versorgung des/der Patienten/in und reduziert den Informationsverlust an den Schnittstellen. Dadurch fühlen sich Patienten/innen und Angehörige besser versorgt und erfahren weniger Druck, die Verantwortung des Schnittstellenmanagements selbst zu übernehmen, ohne sich dafür kompetent zu fühlen.

IPZ hat das Potenzial, in den einzelnen Settings sowie inter-organisational zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität zu führen und gleichzeitig Zufriedenheit und Sicherheit der Patienten/innen zu steigern.

Potenziale von IPZ, die bei den Fachpersonen oder der Institution wirken

- *Förderung des Lernens «On the job»:* Interprofessionelle Zusammenarbeit stärkt das Lernen und die Weiter- und Fortbildung «on the job» auch bei nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen. Dies erhöht insgesamt die vorhandenen Kompetenzen und erlaubt die vermehrte Delegation von ärztlichen Aufgaben an nicht-ärztliche Fachpersonen. Zudem erhöht das Lernen während der Arbeit die Arbeitszufriedenheit durch Wertschätzung und Befähigung.
- *Unterstützung des Peer Support:* Die interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht den Fachpersonen, emotional schwierige Situationen zu teilen. Gemeinsam kann die erlebte Situation besser verarbeitet werden und die Fachpersonen können sich gegenseitig unterstützen. Dadurch nimmt die Belastung der Fachpersonen ab.
- *Förderung der Mitarbeiterzufriedenheit:* Fachpersonen erfahren über IPZ eine höhere Wertschätzung ihrer Arbeit und pflegen einen tieferen Austausch, was sowohl zu gestärktem Selbstvertrauen im Beruf führe als auch die Zufriedenheit der Fachpersonen mit ihrer Stelle und ihrem Beruf erhöhen kann. Dies kann auch zu geringer Fluktuation bei den Mitarbeitenden führen.
- *Veränderung der Organisationskultur im Gesundheitswesen:* IPZ bedeutet nicht nur die Anpassung von Prozessen und Strukturen, sondern auch eine Veränderung der Organisationskultur, die von einer gegenseitigen Wertschätzung und einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit geprägt ist. Dies kann die Arbeitszufriedenheit der Fachpersonen erhöhen.

IPZ hat das Potenzial, die Effektivität der Versorgung zu erhöhen – sowohl über die Nutzung der Fähigkeiten aller Gesundheitsfachpersonen als auch über eine erhöhte Motivation und geringere Belastung der Fachpersonen, was die Fluktuation reduzieren und die Verweildauer im Beruf erhöhen kann. Eine erhöhte Effizienz des Gesundheitssystems könnte nachgelagert als Folge der veränderten Organisationskultur mit einer gegenseitigen Wertschätzung und erhöhten Effektivität eintreten.

7.5 Barrieren der interprofessionellen Zusammenarbeit¹⁷

Dass die Potenziale der interprofessionellen Zusammenarbeit noch nicht ausgeschöpft wurden, hängt zumindest teilweise mit spezifischen Barrieren zusammen.

- *Ärztlich dominierte Fachsprachen:* In Medizin, in Pflege und anderen Gesundheitsberufen (z.B. Sozialdienst, Physiotherapie) werden eigene Fachtermini, Klassifikationen und methodische Herangehensweisen verwendet. Dabei fällt auf, dass in der IPZ die medizinische Fachsprache vorherrscht. Dies liegt an der Verantwortung der Ärzte sowie an der internationalen Verankerung der medizinischen Fachsprache (z.B. Meldung von Patienteninformationen in internationalen Datenbanken). So fühlen sich aber nicht alle Berufe in der IPZ gleich repräsentiert und adressiert, wenn sie sich nicht die Freiheit nehmen, in ihrer eigenen Sprache zu sprechen, obschon diese von den Ärzten nicht vollständig verstanden wird. Dabei besteht die Gefahr, dass Spezialwissen der Pflege oder anderer Gesundheitsberufe in der IPZ untergeht.
- *Verantwortung der Ärzte/Ärztinnen:* Die Verantwortung für die medizinische Versorgung liegt juristisch bei Ärzten, auch wenn sie Aufgaben im Rahmen ihrer Delegationskompetenz übertragen können. Die klare Zuteilung von Verantwortung kann ein Hindernis für die Übernahme von Verantwortung durch andere Berufe sowie für einen Kulturwandel hin zu stärkerer IPZ darstellen.
- *Gesetzliche Grauzone betreffend Aufgabenübernahme innerhalb der Berufe des Gesundheitswesens und Abrechnungen:* Es fehlt gesetzliche Klarheit, inwiefern Aufgaben von Ärzten/innen auch durch andere Berufe des Gesundheitswesens wahrgenommen werden können. Gemäss rechtlichen Abklärungen der Institutionen können im Rahmen der Delegationskompetenz Aufgaben vom Arzt/von der Ärztin auf nicht-ärztliche Gesundheitsberufe übertragen werden. Unklarheit besteht aber bzgl. Abrechnung dieser Leistungen. Es zeichnet sich ab, dass die Delegation / Substitution ärztlicher Leistungen an andere Gesundheitsberufe mit heutiger Abrechnungspraxis zu finanziellen Einbussen der Institutionen führen kann, da diese weder im stationären Bereich (z.B. CHOPP) noch im ambulanten Bereich (TARMED) ausreichend abgebildet werden.
- *Auf ärztliche Leistungen ausgerichtetes Tarifsystem:* Das aktuelle Tarifsystem kann die IPZ erschweren, da viele Leistungen nur dann abgerechnet werden können, wenn sie

¹⁷ Zu diesem Thema fand im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität 2017-2020» folgendes weiteres Forschungsprojekt statt: M5 Berufsausübung: Anreize (vgl. Teil 1: Forschung auf der Webseite www.bag.admin.ch/fpinterprof).

von ärztlichen Berufen geleistet oder delegiert wurden. Massnahmen zur Förderung des Selbstmanagements von Patienten/innen sind nur sehr begrenzt abrechenbar.

- *Erhöhte Komplexität:* IPZ erhöht die Komplexität der Absprachen und Zuständigkeitsklärung in der Versorgung. Dies ist insbesondere der Fall, wenn mehrere Ärzte beteiligt sind, und damit die letzte Entscheidungskompetenz unklar ist. Bei zunehmender Entscheidungsautonomie weiterer Gesundheitsberufe ist mit einer Ausweitung dieses Hindernisses zu rechnen. Gleichzeitig kann eine gelingende IPZ dieser Barriere begegnen, indem im Vorfeld bestimmt wird, wer den Lead für einen Fall übernimmt.
- *Fehlende Ressourcen zur Implementierung der IPZ:* Gesundheitsinstitutionen fehlen die Ressourcen zur Einführung und/oder zur kontinuierlichen Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen der IPZ. Kurzfristig ist bei der Einführung von IPZ von einer zusätzlichen Ressourcenbelastung und Kostenzunahme auszugehen; langfristig könnten allerdings Ressourcen und Kosten eingespart werden, insbesondere bei Betrachtung des gesamten Versorgungssystems.

7.6 Fördernde Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit

Es konnten Faktoren identifiziert werden, welche die erfolgreiche Einführung und Umsetzung von IPZ fördern können. Diese lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

- *Commitment der beteiligten Fachpersonen:* Weil die interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur Strukturen und Prozesse betrifft, sondern auch die Kultur der Zusammenarbeit, ist sie auch abhängig vom «Commitment» aller beteiligten Fachpersonen. Hierbei ist die Rolle von Teamführern/innen, die ihre Mitarbeitenden motivieren und im Wandel begleiten, zentral.
- *Commitment des Managements:* Neben dem Engagement der Fachpersonen ist zudem auch das Commitment des Managements zu IPZ von Bedeutung, um es als Kultur in einer Organisation langfristig zu etablieren.
- *Aus-, Weiter- und Fortbildung für alle Fachpersonen:* Die Integration von interprofessioneller Zusammenarbeit in der Ausbildung aber auch in der Weiter- und Fortbildung der Fachpersonen kann die erfolgreiche Umsetzung von IPZ unterstützen.
- *Ressourcen zur spezifischen Förderung von IPZ:* Da die Einführung von IPZ, d.h. die Einführung neuer Prozesse, Strukturen, Ressourcen braucht, können gezielt für die IPZ eingesetzte Ressourcen die Einführung und Weiterentwicklung von IPZ fördern.
- *Kleine Institutionen als Pilote:* Kleine Institutionen verfügen über mehr Flexibilität in der Einführung von neuen Strukturen und Prozessen. In kleinen Institutionen (z.B. Praxis, Zentrum) kann oft Neues rascher eingeführt und weiterentwickelt werden als in grossen Gesundheitsinstitutionen, wie z.B. Spitälern.

8 Schlussfolgerungen zuhanden des BAG

8.1 Beantwortung der übergeordneten Fragestellung

Hauptfragestellung: Welches Potenzial hat die Interprofessionelle Zusammenarbeit der im schweizerischen Gesundheitswesen tätigen Berufe hinsichtlich der Verbesserung der Versorgungsqualität, der Reduktion des Fachkräftemangels und der Kostensenkung (Effizienzsteigerung)?

Verbesserung von Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit

Die Interprofessionelle Zusammenarbeit hat deutliches Potenzial für die Verbesserung der Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Patientenzufriedenheit. Ausschlaggebend sind dabei insbesondere folgende Aspekte:

- umfassendere Erfassung und Berücksichtigung von Informationen zum/r Patienten/in und zu seinem Gesundheitszustand,
- breiter abgestützte und besser fundierte Diagnosen und Entscheide bzgl. allfälliger Interventionen und kohärentere Umsetzung derselben sowie eine
- bessere Koordination an Schnittstellen von Diagnose und Behandlung.

Diese potenziellen Wirkungen von IPZ standen bei der Einführung von IPZ bei allen analysierten Institutionen im Fokus und waren ein explizit angestrebtes Ziel von IPZ.

Keine kurzfristige Reduktion des Fachkräftemangels dank IPZ

Die interprofessionelle Zusammenarbeit hat kein unmittelbares Potenzial als Massnahme gegen den Fachkräftemangel – und dies obwohl neue Berufsbilder teilweise eingeführt wurden, um Kapazitätsengpässe zu beheben. IPZ kann aber dazu beitragen, die Situation der Fachkräfteverfügbarkeit zu stabilisieren, weil sie positiven Einfluss auf die Berufsverweildauer der Fachkräfte auch innerhalb einer Institution haben kann. Gründe dafür sind insbesondere erhöhte Arbeitszufriedenheit aufgrund der Wertschätzung aller Berufe, der gemeinsamen Entscheidungsfindung und dem kontinuierlichen Lernen im Beruf.

Unmittelbare Effizienzsteigerung und Kostensenkungen nicht im Fokus von IPZ

Interprofessionelle Zusammenarbeit wurde von den Institutionen nicht mit dem Ziel der unmittelbaren Kostenreduktion eingeführt, sondern um Versorgungsqualität und Patientensicherheit zu steigern. IPZ hat Potenzial in der Effektivität der Versorgungsleistung (z.B. kohärente Umsetzung der Entscheide, Vermeiden von Wiedereintritten). Dies führte auf Ebene der einzelnen Institution bisher kaum zu unmittelbar erhöhter Kosteneffizienz. Allerdings hat IPZ neben der Effektivitätssteigerung auch Potenzial für eine Effizienzsteigerung auf Ebene des gesamten Gesundheitssystems. Zudem wurde die längere Verweildauer von Gesundheitsfachpersonen im Beruf als ein Faktor der Effizienzsteigerung innerhalb des gesamten Gesundheitssystems identifiziert.

8.2 Handlungsempfehlungen zuhanden des BAG

Basierend auf den Erkenntnissen der vorliegenden Studie formuliert das Forschungsteam folgende Handlungsempfehlungen an das BAG:

Handlungsempfehlung 1: Wissensaustausch und Implementierungshilfen sowie Wissensgenerierung zu IPZ-Formaten fördern

Die identifizierten Formate von IPZ konnten in unterschiedlichen Phasen ihrer Einführung beobachtet werden: teilweise sind sie noch im Aufbau oder in der Pilotphase, teilweise sind sie bereits umgesetzt und evaluiert. Auffällig war, dass sich die Institutionen für die Einführung von IPZ in aller Regel auf ihre eigenen Erfahrungen stützten und selten Kenntnisse von vergleichbaren oder anderen IPZ-Formaten beizogen.

- *Erkenntnisse teilen:* Zur Förderung von IPZ erachten wir eine aktive Kommunikation des BAG zu Best Practice-Beispielen von IPZ-Formaten und entsprechenden Kontaktpersonen als wichtig.¹⁸ Dies erleichtert den Informationszugang für Institutionen, die IPZ einführen möchten, und sensibilisiert andere Institutionen. Aufbauend auf den bisherigen Aktivitäten des Förderprogramms Interprofessionalität erachten wir die Entwicklung einer «Toolbox» von Implementierungsstrategien als einen wichtigen nächsten Schritt. Eine Toolbox könnte beispielsweise Assessment Tools zur Evaluation der bestehenden IPZ in einer Organisation oder Leitfäden und Instrumente für die Umsetzung von IPZ in spezifischen Settings und in der Aus-, Fort- und Weiterbildung beinhalten, wie dies bereits in anderen Ländern praktiziert wird.¹⁹ Dies würde gerade kleineren und mittelgrossen Institutionen ermöglichen, eigene IPZ-Formate ohne grossen Ressourcenaufwand zu implementieren und ohne an bekannten Barrieren zu scheitern.
- *Weitere Erkenntnisse gewinnen:* Wir empfehlen dem BAG, Forschung zu Aufwand, Nutzen und Qualität einer auf IPZ basierenden Gesundheitsversorgung zu fördern. Eine Möglichkeit wäre, neue IPZ-Modelle²⁰ zu pilotieren (vgl. Handlungsempfehlung 2) und dabei kontinuierlich einem Monitoring zu unterziehen. Eine andere Möglichkeit bietet sich in der breiteren Messung der IPZ, z.B. über die Einführung von spezifischen IPZ-Qualitätsindikatoren und -kriterien. Diese können zu einer verstärkten Implementierung und Verbesserung der IPZ in der Schweiz führen und erlauben gleichzeitig empirisch abgestütztes Wissen auf breiter Datenbasis zu generieren.

Handlungsempfehlung 2: Gezielte finanzielle Unterstützung zur Einführung von IPZ

Fehlende Ressourcen der Institution wurden oft als Grund dafür genannt, dass IPZ nicht eingeführt oder weiterentwickelt wurde. Gerade in der Einführungsphase führt IPZ kurzfris-

¹⁸ Diese Aktivität wird bereits im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen, Teil 2: Modelle guter Praxis» verfolgt.

¹⁹ Beispiele aus den USA (vgl. <http://www.interprofessionalprofessionalism.org/toolkit.html> [Stand URL: 6.5.2019]) oder aus Kanada (vgl. <https://ipe.utoronto.ca/tools-resources/tools-toolkits> [Stand URL: 6.5.2019]).

²⁰ Z.B. als Projekt über den Experimentierartikel, um ausserhalb des KVG-Rahmens innovative und kostendämpfende Projekte zu ermöglichen. Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html> [Stand URL: 18.04.2019].

tig zu höherem Ressourcenbedarf. Angesichts knapper Ressourcen der Gesundheitsinstitutionen – gerade auch bei kleineren und mittelgrossen Institutionen – kann eine gezielte finanzielle Unterstützung (z.B. in Form von wissenschaftlich begleiteten Pilotprojekten) die Einführung und Weiterentwicklung von IPZ-Formaten fördern.

Wir empfehlen dem BAG, Pilotprojekte für die Einführung und/oder Weiterentwicklung von IPZ gemeinsam mit Kantonen zu lancieren, wobei der Bund die wissenschaftliche Begleitung der Projekte sicherstellen könnte (siehe oben). Dabei kann entweder auf die Versorgung in einer Region (z.B. ländliches Gebiet) oder aber auf einen Bereich der Medizin (z.B. Betreuung von älteren, multimorbiden Personen) fokussiert werden. Dies würde Institutionen mit Bereitschaft zur Einführung von IPZ unterstützen und könnte überdies für andere Institutionen Anreiz zur Einführung von IPZ sein.

Handlungsempfehlung 3: Rechtliche Abklärungen betreffend IPZ

Aktuell haben Institutionen IPZ-Formate eigenständig eingeführt, wobei vereinzelte Institutionen Abklärungen vornahmen, inwiefern Aktivitäten der interprofessionellen Zusammenarbeit im aktuellen rechtlichen Rahmen erlaubt sind. Es ist den Institutionen oft nicht klar, inwiefern sich ihr Handeln innerhalb des rechtlichen Spielraums bewegt. So stellen sich insbesondere Fragen zur Klärung...

- der flexibleren Verteilung von Aufgaben zwischen den Berufen des Gesundheitswesens (z.B. Fallführung oder Übernahme von medizinischen Leistungen durch nicht-ärztliche Berufe) und der entsprechenden Abrechnung der Leistungen;
- der Rollen, Kompetenzen und rechtlichen Verantwortlichkeiten, z.B. der Advanced Practice Nurse (APN)²¹;

Wir empfehlen dem BAG, rechtliche Unklarheiten zu beseitigen. Institutionen, die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern, benötigen Rechtssicherheit, um ihre Angebote umsetzen und weiterentwickeln zu können. Zudem brauchen angehende Fachpersonen, die sich für Ausbildungen sowie Weiter- und Fortbildungen interessieren, eine sichere Zukunftsperspektive für den gewählten Beruf.

Handlungsempfehlung 4: Abrechnungsmöglichkeiten von Leistungen der IPZ innerhalb des aktuell gültigen Tarifsystems klären

Die bestehenden Tarifsysteme sowie die Abrechnung von Leistungen an Schnittstellen der Versorgung (ambulant-ambulant oder ambulant-stationär) sind kritisch in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, insbesondere im ambulanten Bereich. Austausch- und Koordinationsleistungen, die interprofessionell stattfinden, können nur vom Arzt/von der Ärztin abgerechnet werden. Dies führt zu Unsicherheit bei den Institutionen, wie sie medizinische Leistungen abrechnen können, wenn sie von nicht-ärztlichen Berufen des Gesundheitswesens durchgeführt werden.

²¹ In diesem Zusammenhang ist auf das Projekt APN-CH zur Reglementierung der Rolle der APN hinzuweisen, vgl. Projektauftrag https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/bildung/APN/2018_08_17_Projektauftrag.pdf [Stand URL: 19.2.2019].

Wir empfehlen dem BAG, die tariflichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass sie die IPZ nicht erschweren, sondern begünstigen. Dabei stehen insbesondere geeignete Rahmenbedingungen für Pauschalen im ambulanten Setting über Tarifpartnerschaften im Fokus, aber auch die Abrechnungsmodalitäten des stationären Settings sollten für eine nachhaltige Etablierung der IPZ überdacht werden.

Handlungsempfehlung 5: IPZ in der Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Berufe des Gesundheitswesens integrieren und das lebenslange Lernen fördern

Die Ausbildung und die Weiter- und Fortbildung aller Berufe des Gesundheitswesens integriert die interprofessionelle Zusammenarbeit erst seit Kurzem. Die beobachteten Institutionen weisen darauf hin, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit vor allem im Berufsleben zum Thema werde. Vereinzelt führen die beobachteten Institutionen eigene Weiter- oder Fortbildungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit durch. Mit der Einführung des Gesundheitsberufegesetzes sind Anpassungen bei Berufen mit tertiärer Ausbildung vorgesehen, so wird z.B. das lebenslange Lernen rechtlich verankert. Die Auswirkungen des neuen Gesetzes werden in den nächsten Jahren sichtbar werden.

Zum jetzigen Zeitpunkt empfehlen wir dem BAG, die Weiter- und Fortbildung von Berufen des Gesundheitswesens sowie ein lebenslanges Lernen bei allen Berufen des Gesundheitswesens zu fördern, um die Fachpersonen, die aktuell im Gesundheitswesen tätig sind, zur interprofessionellen Zusammenarbeit zu befähigen. Gleichzeitig ist auch die Finanzierung der Weiter- und Fortbildungen, insbesondere der nicht-ärztlichen Berufe des Gesundheitswesens, zu klären.

Handlungsempfehlung 6: Förderung einer Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit über eine Sensibilisierung aller Fachpersonen

Die interprofessionelle Zusammenarbeit hat sich in den beobachteten Gesundheitsinstitutionen oft auch im Rahmen einer Zusammenarbeitskultur etabliert und dies nicht nur aus der Notwendigkeit heraus, Versorgungslücken zu decken. In einer solchen Zusammenarbeitskultur wissen die Fachpersonen voneinander, über welche Kompetenzen sie verfügen, pflegen einen intensiveren Wissens- und Erfahrungsaustausch und schaffen damit auch die Voraussetzung, die Fachpersonen gemäss ihrem Wissen und ihren Kompetenzen einzusetzen.

Wir empfehlen dem BAG, insgesamt eine Sensibilisierung für eine verstärkte Kultur der Offenheit, des Respekts und der partnerschaftlichen Zusammenarbeit über die verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen zu betreiben, wobei es gleichzeitig wichtig ist, die Identitäten und damit das Selbstbewusstsein der verschiedenen Berufe zu wahren.

Handlungsempfehlung 7: Förderung der IPZ flankierend über Schnittstellen mit laufenden oder geplanten Vorhaben

Aufgrund der Tatsache, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit ein Querschnittsthema ist, das in den verschiedenen Settings und in einer Vielzahl von Fachbereichen von Relevanz ist, kann die IPZ auch flankierend über andere Entwicklungen gefördert werden.

- Interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein Faktor zur Qualitätssicherung / Förderung der Patientensicherheit in den Versorgungsleistungen. So bestehen im Rahmen des Tarifsystems Anforderungen an Leistungsgruppen, eine interprofessionelle Konferenz oder Abklärung (z.B. Tumorboard) durchzuführen. Dies könnte auch bei weiteren Leistungen eingeführt werden. Parallel dazu wäre es sinnvoll, zu prüfen, welche Auswirkungen die interprofessionelle Zusammenarbeit auf den Outcome der Behandlung hat.
- Die Förderung einer patientenzentrierten Versorgung adressiert ebenfalls Elemente von IPZ. Eine Versorgung, welche den/die Patienten/in ins Zentrum stellt, erfordert eine funktionierende Zusammenarbeit über die Berufsgruppen hinweg und eine Absprache betreffend der zu erbringenden Dienstleistungen.
- Die Förderung einer integrierten Versorgung – gerade im ambulanten Setting – verlangt eine intensive Zusammenarbeit und Koordination über Berufsgruppen hinweg, um eine hohe Versorgungsqualität und eine effiziente Versorgung sicherzustellen.
- Von den Gesundheitsinstitutionen kann Effizienz bezüglich des Einsatzes von Humankapital eingefordert werden: alle Personen sollten gemäss ihren Fähigkeiten und Kompetenzen arbeiten können – unabhängig ihres Berufes.
- Elektronische Patientendossiers sowie weitere Möglichkeiten zum Datenaustausch über Institutionen hinweg (insb. in der ambulanten Versorgung) sind neben ihren vielen anderen Vorteilen eine Bedingung für funktionierende IPZ, da der Zugang von allen Fachpersonen zu den Patienteninformationen die interprofessionelle Zusammenarbeit und Koordination erleichtert. Über die Förderung der Digitalisierung im Gesundheitswesen kann somit eine Voraussetzung für die Förderung von IPZ geschaffen werden.

Anhang

A-1 Leitfaden Telefoninterviews mit strategischer Ebene

Leitfaden Experten/innen-Interview zum Thema Potenziale in der Berufsausübung im Rahmen Interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ)

Person, Funktion, Institution

Datum, Uhrzeit

Definition Interprofessionelle Zusammenarbeit

Für die Definition des Begriffs *Interprofessionalität* orientieren wir uns an der Definition des BAG bzw. der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

«Die WHO definiert Interprofessionalität als Lehre und Tätigkeit, die zustande kommt, wenn Fachleute von mindestens zwei Professionen gemeinsam arbeiten und voneinander lernen im Sinne einer effektiven Kollaboration, welche die Gesundheitsresultate verbessert (WHO 2010). [...] Der Begriff der Interprofessionalität geht somit über das klassische Miteinander und Nebeneinander der Gesundheitsberufe rund um die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Sinne einer einfachen «Bündelung der Kompetenzen» hinaus. Mitglieder interprofessioneller Teams begegnen sich auf Augenhöhe und engagieren sich für die gemeinsame Entscheidungsfindung in der Gesundheitsversorgung. Dies ergibt sich aus der Notwendigkeit, dass keine Profession für sich alleine eine umfassende Gesundheitsversorgung leisten kann. Je nach Aufgabe übernimmt in interprofessionellen Teams die dafür am besten qualifizierte Person die Führung. Die klassische, starre Hierarchie existiert somit nicht.» (BAG 2017)

Darauf basierend werden wir IPZ für die weiteren Erhebungen operationalisieren.

- 1 Anhand welcher Aspekte definieren Sie an Ihrer Institution IPZ?
 - 2 Woran würden Sie erkennen, dass folgende Aspekte von IPZ erfolgreich gelebt werden?
 - effektive Kollaboration findet statt.
 - das Team arbeitet auf Augenhöhe
 - Entscheidungen werden gemeinsam getroffen
 - die am besten qualifizierten Personen ist identifiziert und übernimmt die Führung
- 2.1 Sehen Sie weitere Aspekte der IPZ, die unbedingt berücksichtigt werden müssen?

Formen von IPZ

- 3 Welche Ansätze Interprofessioneller Zusammenarbeit kennen Sie an Ihrer Institution?
 - 3.1 Aus welchen Gründen und mit welchen Zielen fördern Sie Interprofessionelle Zusammenarbeit an Ihrer Institution?
 - 3.2 Welche weiteren Formen der IPZ sind Ihnen im Allgemeinen (je in ambulanten, intermediären und stationären Settings) bekannt?
- 4 Wie organisieren bzw. leben Sie IPZ an Ihrer Institution?
 - 4.1 Welche weiteren informellen resp. institutionalisierten Abläufe gibt es an Ihrer Institution, die zu IPZ-Formen weiterentwickelt werden könnten?
 - 4.2 Inwiefern eignen sich Formen der IPZ insbesondere für Settings, in denen keine Zeitknappheit vorherrscht und die individuelle Betreuung im Zentrum steht (z.B. Palliativversorgung, Rehabilitation, Erstversorgung)?
 - 4.3 Welche davon beurteilen Sie als besonders zielführend?

Potenziale von IPZ und Bedarf an IPZ

- 5 In welchen Settings (ambulant, intermediär, stationär) besteht der grösste Bedarf hinsichtlich für IPZ?
 - insbesondere für die Verbesserung der Versorgungsqualität?
 - insbesondere für die Reduktion des Fachkräftemangels?
 - insbesondere für die Kostensenkung (Effizienzsteigerung)?
- 6 In welchen Settings (ambulant, intermediär, stationär) sind die Widerstände gegen IPZ am grössten, von wem und weshalb?
- 7 Inwiefern fördert resp. vermindert IPZ
 - die Versorgungsqualität?
 - den Fachkräftemangel?
 - Kosteneffizienzsteigerung
- 8 Inwiefern führen Investitionen in Formen der IPZ zu positiven Wirkungen (Einschätzung zu return on investment)?
 - 8.1 Welche Art von Investitionen braucht es, damit IPZ zu positiven Wirkungen führt?

Wirkungen von IPZ

- 9 Inwiefern nehmen Sie Veränderungen durch IPZ bei den (nicht-)universitär ausgebildeten Fachpersonen im Gesundheitswesen wahr, woran erkennen Sie diese?
- 10 Inwiefern nehmen die Patienten/innen IPZ wahr; woran erkennen Sie mögliche Veränderungen durch IPZ bei den Patienten/innen?
- 11 Inwiefern nehmen Sie Veränderungen durch IPZ bei den Angehörigen wahr; woran erkennen Sie diese?

Optimierungspotenziale

- 12 Welche Potenziale sehen Sie kurz- und mittelfristig für die Interprofessionelle Zusammenarbeit je nach Setting (ambulant, intermediär, stationär)?
- 13 Wo sollen in der Förderung von IPZ im Hinblick auf die gesamte Gesundheitsversorgung Prioritäten gesetzt werden, um den grössten Wirkungsgrad für nachfolgende Ziele zu erreichen?
- Verbesserung der Versorgungsqualität
 - Reduktion des Fachkräftemangels
 - Kostensenkung (Effizienzsteigerung)
- 14 Welche Rolle müsste dabei der Bund übernehmen?

Abschluss

- 15 Haben Sie weitere Anliegen, die wir bis anhin noch nicht angesprochen haben?

Hinweise für die weiteren Erhebungen

Nachgelagert zu diesen Gesprächen finden Go-Alongs in unterschiedlichen Settings statt.

«Go Alongs» sind ein qualitatives Forschungsinstrument der Feldforschung, welches wir gekoppelt an ein klassisches Beobachtungsinterview einsetzen werden. «Go-Alongs» sind Situationen (Cases), in denen Forscher/innen die Personen der Zielgruppe (vorliegend Fachpersonen mit (nicht)-universitären Ausbildung im Gesundheitswesen) in alltäglichen Situationen begleiten. Durch eine Kombination aus Fragen, Zuhören und Beobachten können Handlungen und Erfahrungen in der Arbeitswelt der betroffenen Person verstanden werden.

- 16 Können Sie uns Institutionen oder Personen vermitteln, bei denen wir allenfalls ein solches Go-Along durchführen könnten?

Vielen Dank!

A-2 Beobachtungsbogen Go-Alongs

Übersicht Themen/ Aspekte	Operationalisierung
Kontextangaben	
Datum: _____	
Zeitdauer des Go Alongs: von.....Uhr bis.....Uhr	
Name der Institution:.....	
Art der Institution: ☐ Universitätsspital ☐ Kantonsspital ☐ Regionalspital ☐ Privatklinik ☐ Praxis/Zentrum ☐ Tagesklinik ☐ Spitex ☐ anderes:.....	
Setting	☐ ambulant ☐ akut-stationär ☐ langzeit-stationär ☐ intermediär ☐ Schnittstelle:..... ☐ anderes:
Kurzbeschreibung des zu beobachtenden IPZ-Formats:	
Beobachtete Form von IPZ: ☐ Konsultation ☐ Untersuchung ☐ Rapport ☐ Fallbesprechung ☐ Operation ☐ Behandlung ☐ Therapie ☐ anderes:	
IPZ Format	Wird vorliegende Form von IPZ von der strategischen Führung unterstützt, gefördert, wenn ja, wie (offiziell / inoffiziell)? _____ _____ Wie relevant ist das Projekt für die Institution? _____ Welche Patienten-Zielgruppe wird adressiert? _____ _____
Ausprägung der IPZ	Zeitliche Komponente: ☐ kein Zeitdruck ☐ tiefer Zeitdruck ☐ mittlerer Zeitdruck ☐ hoher Zeitdruck Strukturelles Level der Zusammenarbeit ☐ ko-kreativ ☐ projekthaft ☐ koordinativ
Strukturen	Sind strukturelle Veränderungen zugunsten von IPZ getroffen worden? ☐ gemeinsame Räume ☐ IT-Infrastruktur ☐ anderes: _____ Regelmässigkeit des Formats: ☐ täglich ☐ wöchentlich ☐ unregelmässig ☐ anderes: Wie kam es zum IPZ-Format? ☐ Bottom-up ☐ Top-down

Übersicht Themen/ Aspekte	Operationalisierung
Berufsgruppen	Wer/welche Berufsgruppe ist am vorliegenden IPZ-Format massgeblich beteiligt (min. zwei Berufsgruppen inkl. Abteilung)? ☐ Facharzt/ärztin ☐ Pflege (☐ FH, ☐ HF ☐ FaGe Assistenz) ☐ Physio ☐ Apotheker/in ☐ Ernährungsberater/in ☐ MTRA ☐ weitere:

Übersicht Themen/ Aspekte	Operationalisierung
Zentrale Aufgaben und Tätigkeiten der involvierten Fachpersonen	
	Wer ist für was zuständig?
	Bleiben die Fachpersonen bei ihren disziplinären Tätigkeiten?
konkrete Tätigkeiten	Sind Fachpersonen über die Kompetenzen und Tätigkeiten der Fachpersonen aus anderen involvierten Berufsgruppen informiert?
	Wie wird die Aktualisierung bei Personalwechsel sichergestellt?
	Wie ist die Aufgabenteilung und ändert sich diese im Laufe des zu behandelnden Falls?
Tatsächliche Kollaboration	Wird besprochen, inwiefern Kompetenzen abgegeben/übernommen werden können und wer entscheidet darüber?
	Sind die Prozesse definiert, direkt, effizient und klar? direkt: ☐ ja ☐ nein effizient: ☐ ja ☐ nein klar: ☐ ja ☐ nein
Prozesse und Abläufe	Wo zeigen sich Probleme im Ablauf des Prozesses und innerhalb der einzelnen Prozessschritte?
	Welche Verbesserungen versprechen sie sich von interprofessionell abgestimmten Abläufen?
	Wie gestaltet sich die Vor- und Nachbereitung der IPZ und wer ist anwesend?
Umgang mit Patienten/innen	Wird der/die Patient/in und die Angehörigen gemeinsam informiert? ☐ ja ☐ nein; von wem genau?
	Treten Doppelspurigkeiten in der interprofessionellen Kommunikation mit dem/der Patientin auf? ☐ ja ☐ nein; wenn ja, inwiefern?

Übersicht Themen/ Aspekte	Operationalisierung
	Wird der/die Patient/in von der am besten geeigneten Person informiert, auch wenn dies nicht unbedingt die höchste in der Hierarchie ist? ☐ ja ☐ nein
	Wie oft wird der/die Patient/in zum selben Eingriff/Therapie informiert?
	Gibt es Hinweise auf eine Verbesserung der Wartezeiten und Aufenthaltsdauer? ☐ ja ☐ nein
	Wird Akzeptanz für IPZ vom/ von der Patienten/in wahrgenommen? ☐ ja ☐ nein
	Wo zeigt sich der Nutzen für den/die Patienten/in?
	Welches Potential sehen sie für die Patienten/innen?

Übersicht Themen/ Aspekte	Operationalisierung
Kommunikation	Wie gestaltet sich der Informationsfluss Häufigkeit: ☐ spärlich ☐ stetig ☐ intensiv Form: ☐ persönlich ☐ telefonisch ☐ schriftlich Welche Infrastruktur steht für den Informationsaustausch zur Verfügung? Finden persönliche Treffen zwischen den Fachpersonen statt? (insbesondere auch im ambulanten Bereich)? ☐ ja ☐ nein Werden gemeinsam Formulare erarbeitet? ☐ ja ☐ nein
Information	Werden gemeinsam Formulare verwendet? ☐ ja ☐ nein Wie wird dokumentiert? ☐ gemeinsam ☐ getrennt Wie ist der Datenaustausch organisiert? Sind die für IPZ erforderlichen med. Daten bereits vorher identifiziert? Welchen Nutzen und welches Potenzial bietet interprofessionell organisierte Information?
Koordination/ Kommunikation	Wird für die Koordination Zeit einberechnet? ☐ ja ☐ nein Wird höherer Aufwand für Controlling und Führung mitgedacht? ☐ ja ☐ nein Werden Behandlungs- resp. Therapieziele sowie individualisierter Patientenpfad vorab gemeinsam koordiniert? ☐ ja ☐ nein Werden die Aufgaben und Überschneidungen der beteiligten Berufsgruppen definiert? ☐ ja ☐ nein

Übersicht Themen/ Aspekte	Operationalisierung
	Welche Vorteile und welches Potenzial lassen sich aus der Koordination und Kommunikation, ableiten, wenn sie gelingt?
Hierarchie	Wie wird die Hierarchie erlebt (flach – steil)? ☐ flach ☐ mittel ☐ steil
	Erfolgt die Kommunikation nicht hierarchisch? ☐ ja ☐ nein
Team auf Augenhöhe	Kann Gleichwertigkeit beobachtet werden – insbesondere zwischen nichtuniversitären und universitären Berufen? ☐ ja ☐ nein
	Ist der Umgang von Respekt geprägt? ☐ ja ☐ nein
	Begegnen sich die Teammitglieder unterstützend und wertschätzend? ☐ ja ☐ nein
	Existieren explizite Verhaltensnormen unter den beteiligten Fachpersonen? ☐ ja ☐ nein
Entscheidungsfindung	Findet Austausch über bevorstehenden Entscheid statt? ☐ ja ☐ nein
	Wird ein Entscheid gemeinsam und unter Einbezug aller wichtigen Fachpersonen und Angehörigen gefällt? ☐ ja ☐ nein
	Ist ein Konfliktlösungsverfahren definiert? ☐ ja ☐ nein Wie ist die fallführende Person (dominant, glaubwürdig) und wechselt sie?
	Wird das Team nach anderen Lösungsansätzen gefragt? ☐ ja ☐ nein

Übersicht Themen/ Aspekte	Operationalisierung
Rollendefinition / Rollenklarheit	
Rollen	Sind die Verantwortlichkeiten definiert? ☐ ja ☐ nein
	Ist die Rollenaufteilung definiert? ☐ ja ☐ nein
Lead bei der am besten qualifizierten Person	Ist der Lead bei der für die aktuelle Phase am besten qualifizierten Person? ☐ ja ☐ nein
	Wechselt Lead ad hoc? ☐ ja ☐ nein
	Ist Person im Lead akzeptiert? ☐ ja ☐ nein
	Ist Person im Lead, je nach Situation hierarchisch nicht die höchste? ☐ ja ☐ nein
Aufgabenteilung	Wer ist wem gegenüber weisungsbefugt und wechselt dies ad hoc?
	Werden oder wurden seit IPZ Kompetenzen unter den Fachpersonen abgetreten / übernommen? ☐ ja ☐ nein
	Ist die Aufgabenteilung klar? ☐ ja ☐ nein
	Fühlen sich Fachpersonen in ihrem beruflichen Alltag dank IPZ entlastet? ☐ ja ☐ nein

Übersicht Themen/ Aspekte	Operationalisierung
Kultur	
	Ist die Kommunikation offen und wertschätzend? ☐ ja ☐ nein
	Äussern sich Teammitglieder ungefragt? ☐ ja ☐ nein
Vertrauenskultur	Wird Konkurrenzverhalten gemieden? ☐ ja ☐ nein
	Wird über die eigene Berufskultur diskutiert und wird diese weiterentwickelt? ☐ ja ☐ nein
Feedbackkultur	Ist das Feedback wertschätzend? ☐ ja ☐ nein
	Wird die Organisationskultur weiterentwickelt (Change Prozesse)? ☐ ja ☐ nein
Fehlerkultur	Werden Follow-ups gemacht? ☐ ja ☐ nein
	Werden Fehler oder Komplikationen besprochen? ☐ ja ☐ nein
	Haben Fehler abgenommen seit IPZ? ☐ ja ☐ nein
	Wie findet Qualitätskontrolle statt?
Team	Wie geht das Team mit Herausforderungen um?
	Erhalten Mitglieder Unterstützung bspw. bei psychischer Belastung, wenn ja, wie?
	Werden gemeinsame Team-Aktivitäten unternommen?

Übersicht Themen/ Aspekte	Operationalisierung
Individuum	
	Fühlen sich die Fachpersonen anderer Professionen akzeptiert und ernst genommen? ☐ ja ☐ nein
Arbeitszufriedenheit	Wird das Lohngefüge bei Übernahme neuer Kompetenzen angepasst? ☐ ja ☐ nein
	Wie gut fühlt sich jede Fachperson auf die IPZ vorbereitet?
	Kann jede Fachperson ihr Potenzial abrufen (full scope of practice)? ☐ ja ☐ nein
	Fühlt sich jede Fachperson optimal eingesetzt? ☐ ja ☐ nein
Individuelles Lernen / Weiterentwickeln	Werden fachlichen Kompetenzen durch IPZ weiterentwickelt? ☐ ja ☐ nein
	Werden die persönlichen und sozialen Kompetenzen durch IPZ weiterentwickelt? ☐ ja ☐ nein
	Wurden Weiterbildungen absolviert, um beim IPZ Format mitzuwirken? ☐ ja ☐ nein
	Wie ist die Einstellung der Führungsperson zu IPZ?
Einstellung zu IPZ	Wie ist die Einstellung der Mitarbeitenden zu IPZ?
	Wie ist die Einstellung der der strategischen Ebene zu IPZ?
	Was hat die Einführung des IPZ-Formats bewirkt mit Blick auf – Verbesserung der Versorgungsqualität?
	– Reduktion des Fachkräftemangels?
Wirkung(en) des IPZ-Formats	– Effizienzsteigerung?
	Was hat sich seit der Einführung des IPZ-Formats generell verbessert?
	Was sind Nachteile des IPZ-Formats?

A-3 Debriefing-Leitfaden

Leitfaden Debriefing Go-Along zum Thema Potenziale in der Berufsausübung im Rahmen Interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ)

Person, Funktion, Institution

Datum, Uhrzeit

IPZ-Format und Strukturen

Wir hatten Gelegenheit, nachfolgendes IPZ-Format im Rahmen eines Go-Alongs zu begleiten:

«Kurzbeschreibung des IPZ-Formats, welches im Go-Along beobachtet wurde»

- 1 Wird vorliegende Form von IPZ von der strategischen Führung unterstützt und gefördert, wenn ja, wie (offiziell / inoffiziell)?
 - 1.1 Wie relevant ist das Projekt für die Institution?
- 2 Sind strukturelle Veränderungen zugunsten dieses IPZ-Formats getroffen worden (bspw. gemeinsame Räume, IT-Infrastruktur)?
- 3 Waren rechtliche Massnahmen nötig, um dieses IPZ Format zu ermöglichen?
- 4 Wie ist das IPZ-Format entstanden (bottom-up, top-down)?
 - 4.1 Welche Berufsgruppen haben sich dafür engagiert?
- 5 Haben Sie das vorliegende IPZ-Format bereits einmal evaluiert, wenn ja, wie?
- 6 Inwiefern sehen Sie im vorliegenden IPZ-Format konkretes Potenzial?

Zentrale Aufgaben und Tätigkeiten der involvierten Fachpersonen

- 7 Inwiefern verlassen die Fachpersonen ihre disziplinären Tätigkeiten?
- 8 Sind Fachpersonen über die Kompetenzen und Tätigkeiten der Fachpersonen aus anderen involvierten Berufsgruppen informiert?
- 9 Wird der/die Patient/in von der am besten geeigneten Fachperson informiert, auch wenn dies nicht unbedingt die höchste in der Hierarchie ist?
 - 9.1 Wie oft wird der/die Patient/in zum selben Eingriff/ zur selben Therapie informiert?
 - 9.2 Gibt es Hinweise auf eine Verbesserung der Wartezeiten und Aufenthaltsdauer?
 - 9.3 Wird Akzeptanz für IPZ vom/ von der Patienten/in wahrgenommen?
 - 9.4 Wo zeigt sich der Nutzen für den/die Patienten/in?
- 10 Inwiefern sehen Sie Potenzial für die Patienten/innen?

Kommunikation

- 11 Wird im IPZ-Format für die Koordination Zeit eingerechnet?
- 12 Wird höherer Aufwand für Controlling und Führung mitgedacht?
- 13 Werden Behandlungs- resp. Therapieziele sowie der individualisierte Patientenpfad vorab gemeinsam koordiniert?
- 14 Werden die Aufgaben und Überschneidungen der beteiligten Berufsgruppen definiert?
- 15 Kann Gleichwertigkeit beobachtet werden – insbesondere zwischen nichtuniversitären und universitären Berufen?
 - 15.1 Existieren explizite Verhaltensnormen unter den beteiligten Fachpersonen?
- 16 Wurde ein Konfliktlösungsverfahren definiert?
- 17 Inwiefern sehen Sie Potenzial für IPZ-gestützte Kommunikation?

Rollendefinition und Rollenklarheit

- 18 Sind die Verantwortlichkeiten und Rollenaufteilungen klar definiert?
- 19 Werden oder wurden seit dem IPZ-Format Kompetenzen unter den Fachpersonen aus anderen Berufsgruppen abgetreten / übernommen und wer entscheidet darüber?
- 20 Fühlen sich Fachpersonen in ihrem beruflichen Alltag dank dem IPZ-Format entlastet?
- 21 Inwiefern sehen Sie Potenzial für die durch IPZ weiterentwickelten Rollenbilder?

Kultur

- 22 Wird über die eigene Berufskultur diskutiert und wird diese weiterentwickelt?
- 23 Wird die Organisationskultur weiterentwickelt (z.B. Change Prozesse)?
- 24 Existiert eine Fehlerkultur?
 - 24.1 Werden Follow-ups gemacht?
 - 24.2 Werden Fehler oder Komplikationen besprochen?
 - 24.3 Haben Fehler abgenommen seit Einführung des IPZ-Formats?
- 25 Wie finden Qualitätskontrollen statt?
- 26 Erhalten Fachpersonen im Rahmen des IPZ-Formats Unterstützung bspw. bei psychischer Belastung, wenn ja, wie?
- 27 Inwiefern sehen Sie Potenzial für die Weiterentwicklung interprofessioneller Kulturen?

Individuum

- 28 Wird das Lohngefüge bei Übernahme neuer Kompetenzen im Rahmen von IPZ angepasst?
- 29 Wurden Weiterbildungen absolviert, um beim IPZ Format mitzuwirken?
- 30 Wie ist die Einstellung der Führungsperson zu IPZ?
- 31 Wie ist die Einstellung der strategischen Ebene zu IPZ?
- 32 Inwiefern sehen Sie Potenzial für das Individuum?

Wirkungen von IPZ

- 33 Inwiefern nehmen Sie Veränderungen durch IPZ bei den (nicht-)universitär ausgebildeten Fachpersonen im Gesundheitswesen wahr, woran erkennen Sie diese?
- 34 Inwiefern nehmen die Patienten/innen IPZ wahr; woran erkennen Sie mögliche Veränderungen durch IPZ bei den Patienten/innen?
- 35 Inwiefern nehmen Sie Veränderungen durch IPZ bei den Angehörigen wahr; woran erkennen Sie diese?

Optimierungspotenziale

- 36 Welche Potenziale sehen Sie kurz- und mittelfristig für die IPZ und insbesondere für vorliegendes Format?
- 37 Wo sollen in der Förderung von IPZ im Hinblick auf die gesamte Gesundheitsversorgung Prioritäten gesetzt werden, um den grössten Wirkungsgrad für nachfolgende Ziele zu erreichen?
 - Verbesserung der Versorgungsqualität
 - Reduktion des Fachkräftemangels
 - Kostensenkung (Effizienzsteigerung)
- 38 Welche Rolle müsste dabei der Bund übernehmen?

Abschluss

- 39 Haben Sie weitere Anliegen, die wir bis anhin noch nicht angesprochen haben?

Vielen Dank!

A-4 Leitfaden Vertiefende Interviews

Vertiefende Fragen

Für die Formulierung von Handlungsempfehlungen an das BAG bitten wir Sie um Ihre Expertise zu folgenden vertiefenden Fragen. Die angesprochenen Themen erachten wir neben anderen (z.B. Wissensaustausch fördern, finanzielle Ressourcen für Pilotprojekte bereitstellen, Sensibilisierung der Fachpersonen, IPZ in der Aus- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe fördern) als Ansatzpunkte für Handlungsempfehlungen an das BAG.

Gemäss den rechtlichen Grundlagen²² wird den universitären Medizinalberufen²³ die Verantwortung für die Erbringung von gesundheitlichen Leistungen zugewiesen. Sie können eigene Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen. Leistungen, die von anderen Personen (z.B. Physiotherapeut/in, Ernährungsberater/in, Pflegefachleute) erbracht wurden, können nur dann zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden, wenn sie auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin erfolgen. Die Gesundheitsberufe tragen dementsprechend fachliche Verantwortung für die ihnen vom Arzt/von der Ärztin angeordneten Aufgaben.

- 1 Welche Möglichkeiten sehen Sie, innerhalb der derzeitigen rechtlichen Grundlagen eine partnerschaftliche Zusammenarbeit verschiedener Fachpersonen samt flexibler (Um-)Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten in der Patientenversorgung gemäss den Fähigkeiten der Fachpersonen und klar definierter Verantwortlichkeiten (→ gelingende IPZ) zu verfolgen?
- 2 Wo erfahren Sie Hindernisse und Grenzen für IPZ in der Berufsausübung aus rechtlicher Sicht?

Es wird diskutiert, neue Rolle von Berufsgruppen, wie beispielsweise den Advanced Practice Nurses, aufgrund ihrer Kompetenzen mit einer höheren Autonomie in der Berufsausübung auszustatten.

- 3 Welche Auswirkungen hätte dies generell auf IPZ in der Berufsausübung?
- 4 Welche neuen Optionen für IPZ würden dadurch eröffnet? Welche neuen Fragen würden sich stellen? Welche neuen Hindernisse für IPZ könnten sich ergeben?

Anforderungen an Aus- und Weiterbildung und Fortbildung sind für die nicht-universitären Gesundheitsberufe gemäss Gesetz grundlegend anders als für universitäre Gesundheitsberufe. Man könnte sich vorstellen, die Anforderungen an Aus-, Weiter- und Fortbildung

²² Insbesondere Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG), Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG).

²³ Als universitäre Medizinalberufe gelten gemäss Art. 2, Abs. 1 des Medizinalberufegesetzes u.a. Ärztinnen und Ärzte; Zahnärztinnen und Zahnärzte; Chiropraktorinnen und Chiropraktoren; Apothekerinnen und Apotheker.

der nicht-universitären Gesundheitsberufe zu erhöhen und im Sinne des lebenslangen Lernens an die Anforderungen der universitären Gesundheitsberufe anzugleichen.

- 5 Welche Auswirkungen hätten diese Modifikationen bzgl. Aus-, Weiter- und Fortbildung auf die verschiedenen Gesundheitsberufe und auf IPZ in der Berufsausübung?
- 6 Welche neuen Optionen für IPZ würden dadurch eröffnet? Welche neuen Fragen würden sich stellen? Welche neuen Hindernisse für IPZ könnten sich ergeben?

Mit der Einführung des neuen Arzttarifes TARMED im Jahr 2004 wurden die ärztlichen Leistungen in Abwesenheit des Patienten eingeführt. Darunter fallen auch gewisse Leistungen, die zur interprofessionellen Zusammenarbeit zählen, so z.B. Besprechungen mit Therapeuten und Betreuern, Tumorboard, Erkundigungen bei Dritten, Auskünfte an Angehörige oder andere Bezugspersonen des Patienten. Diese Leistungen haben in den letzten Jahren zugenommen.

- 7 Inwiefern konnte die IPZ in der Berufsausübung durch diese Leistungen gefördert werden?
- 8 Inwiefern stellten sich dadurch neue Fragen für die IPZ oder entwickelten sich neue Hindernisse für die IPZ?
- 9 Steht die Zunahme an Leistungen dieser Positionen in Zusammenhang mit IPZ?

Diskutiert werden Möglichkeiten, die IPZ über ein angepasstes Tarifsysteem zu fördern, so z.B. über eine eigenständige Abrechnung von Leistungen durch Gesundheitsfachpersonen oder über eine verstärkte Abgeltung von Austausch und Koordination zwischen den Fachpersonen.

- 10 Inwiefern könnte die IPZ in der Berufsausübung dadurch gefördert werden?
- 11 Inwiefern würden sich dadurch neue Fragen für IPZ stellen oder neue Hindernisse für IPZ entwickeln?
- 12 Lassen sich Auswirkungen auf die Gesundheitskosten abschätzen?
- 13 Gibt es weitere Aspekte in der Förderung von IPZ in der Berufsausübung, die durch den Bund angegangen werden könnten, um die Ziele Verbesserung der Versorgungsqualität, Reduktion des Fachkräftemangels und Kostensenkung (Effizienzsteigerung) zu erreichen?

A-5 Beobachtete Formate der IPZ (umfassende Zusammenstellung)

Nachfolgende Tabellen (Tabelle 11-Tabelle 14) führen detailliert auf, welche Beispiele von IPZ-Formaten und welche Grundlagen für IPZ-Formate beobachtet wurden.

IPZ-Formate

- Fachlicher Austausch ohne Einbezug der Patienten/innen
- Fachlicher Austausch unter Einbezug der Patienten/innen

Grundlagen für IPZ-Formate

- Gemeinsame Dokumentationsformen
- Strukturbezogene Formate

Format / Bezeichnung	Zweck, Beschreibung, Häufigkeit	Setting	Involvierte
Fachlicher Austausch ohne Einbezug der Patienten/innen			
Ärztterapport	– Übergabe von Patienten/innen von Nacht- zu Frühschicht – Kurzinformation zu den neuen Patienten/innen	Spital (stationär)	– Ärzte/innen (Chefarzt, Oberärzte/innen, Assistenz-ärzte/innen) – Clinical Nurse
Interdisziplinärer Rapport	– Übergabe von Patienten/innen bei Schichtende – Hinweise auf spezielle Fälle – Dreimal täglich; speziell: nach Morgenrapport zusätzliche Patienten/innen-Visite (Arzt/in und Pflege)	Spital (stationär)	– Ärzte/innen jeweils beide Schichten (Oberärzte/innen und Assistenzärzte/innen) – Schichtmanager/in Pflege
Interdisziplinärer Rapport in Akutgeriatrie	– Besprechung von Patienten/innen – Nach Hälfte des Rapports gibt es Lead-Wechsel von Personen verschiedener Berufsgruppen – Einmal wöchentlich	Spital (stationär)	– Ärzte/innen ((Chefärzte/innen und Assistenzärzte/innen) – Pflegefachleute – Physiotherapeuten/innen – Ernährungsberater/innen – Berufe der Sozialarbeit – Logopäden/innen
Rapport-Sitzung	– Gegenseitiges Update der Bettenbelegung – Informationen der einzelnen Stationen – Einmal täglich	Psychiatrie (akut-stationär)	– Ärzte/innen aller Stationen – Therapeutischer Leiter
Rapport-Sitzung der Station	– Besprechung der Patienten/innen der Station – Einmal täglich	Psychiatrie (akut-stationär)	– Pflege – Assistenzärzte/innen – Therapeutischer Leiter (Oberarzt)
Interdisziplinäres Gespräch	– Besprechung von komplexen Fällen zwischen verschiedenen Professionen – Auswahl der zu besprechenden Situation meist durch Pflege – Klar strukturierter Ablauf des Gesprächs – Zweimal wöchentlich	Langzeitpflege (stationär)	– Pflege – Arzt/Ärztin – Sozialarbeit – Ggf. Aktivierung und/oder Physiotherapie
Interdisziplinäre Fallbesprechung	– Besprechung einer herausfordernden Situation – Pro Fallbesprechung Besprechung eines/einer Patienten/in – Einmal monatlich (pro Wohngruppe), bzw. nach Bedarf und Verfügbarkeit der Berufsgruppen	Langzeitpflege (stationär)	– Verantwortliche Palliative Care – Bereichsleitung Pflege – Leiterin Wohngruppe – Team Pflege Nach Verfügbarkeit und Situation zusätzlich: – Administration – Seelsorge

Format / Bezeichnung	Zweck, Beschreibung, Häufigkeit	Setting	Involvierte
Fachlicher Austausch ohne Einbezug der Patienten/innen			
			– Hausarzt/ärztin – Küche – Hotellerie – Verantwortliche Bildung – Freiwilligenarbeiter/in
Interprofessionelle Fallbesprechung	– Diskussion komplexer Fälle mit chronischen Erkrankungen – Alle 2 Wochen	Ambulante Versorgung	– Medizinische Praxisassistentin – Arzt – Pflegefachperson – Sozialarbeit
Fallbesprechung inkl. Fach-austausch	– Wissenstransfer und Teaching – Mehrmals täglich	Praxis	– Arzt – Pflege
Fallbesprechung	– Diskussion des Falles (z.B. chronische Krankheit mit Migrationshintergrund / sans papiers) und Vorbereitung des Arzt-Patientengesprächs – Einmal wöchentlich	Ambulante Versorgung	– Arzt – Pflege
Rapport	– Aufgabenteilung – Besprechung des Tages für jede/n Patienten/in – Täglich	Praxis	– Arzt – Pflege
Interprofessionelles Colloquium	– Vorstellung komplexer Fälle – Gemeinsame Entscheidungsfindung über den weiteren Therapieplan – Verlaufsdiskussion	Gesundheitsnetzwerk	– Geriater/in – Hausarzt/ärztin – Ergotherapeut/in – Physiotherapeut/in – Ernährungsberater/in – Pflegefachperson – Psychiater/in
Care Board	– Vorstellung komplexer Fälle – Gemeinsame Entscheidungsfindung bezüglich der Supportive Care – Verlaufsdiskussion	Tumorzentrum	– Pflegeexpertin CTT (lead) – Onkologe/in des CTT – 2 Pflegefachpersonen (ambulant / stationär) – Sozialarbeiter/in – Palliative care Arzt/Ärztin

Format / Bezeichnung	Zweck, Beschreibung, Häufigkeit	Setting	Involvierte
Fachlicher Austausch ohne Einbezug der Patienten/innen			
			– Pflegefachperson oder Arzt/Arztin des Zentrums für integrative Medizin – Bei Bedarf: Ernährungsberater/in; Physiotherapeut/in
Fallbesprechung	– Optimale Regelung des Übertritts von Spital in ambulante Pflege zu Hause – Einmal wöchentlich	Spital (stationär) / Spital	– Kispex Triage – Pflege – APN
IPZ-Rundtischgespräche	– Besprechung von Patienten/innen	Spital (stationär) / Spital	– Kispex-Einsatzleiter/in – Ärzte/innen

Tabelle 11: Übersicht Formate der Kategorie «Fachlicher Austausch ohne Einbezug der Patienten/innen»

Format / Bezeichnung	Zweck, Beschreibung, Häufigkeit	Setting	Involvierte
Fachlicher Austausch unter Einbezug der Patienten/innen			
Rehabilitationsgespräch	– Umfassende Beurteilung der Situation des/der Patienten/in – Regelung des Ein- oder Austritts – Jeweils bei Ein- und Austritt, wenn nötig auch dazwischen – Erste halbe Stunde nur Fachpersonen, zweite halbe Stunde gemeinsam mit Patient/in und ggf. Angehörige	Spital (stationär) / Rehabilitation	– Facharzt/in – Pflege – Psychologe/in – Ergo- und Physiotherapie – Sozialarbeiter/in und Berufsfindung – Patient/in – Angehörige
Interprofessionelle Fallbesprechung	– Analyse der bisherigen Zielerreichung durch Patienten/in – Wöchentlich (2h); jeweils alle 2 Wochen halbe Station (alternierend) – Erste Stunde nur Fachpersonen, zweite Stunde direkt bei den Patienten/innen	Spital (stationär) / Rehabilitation	– Facharzt/in – Pflege – Fachbereich Therapie (Ergo-/Physiotherapie) – Sozialarbeit
Morgenrunde auf der Station	– Organisation der Betreuungsangebote für Patienten/innen (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie) – Vermittlung von allgemeinen Informationen, Hausordnung – Beobachtung des Zustandes der Patienten/innen – Einmal wöchentlich	Psychiatrie (akut-stationär)	– Eine Vertretung Pflege (Fallführung Morgenrunde) – Therapeutischer Leiter (Oberarzt) – Patienten/innen der Station

Format / Bezeichnung	Zweck, Beschreibung, Häufigkeit	Setting	Involvierte
Fachlicher Austausch unter Einbezug der Patienten/innen			
Erstgespräch mit Patient/in	– Beurteilung der Situation – Entscheid über Eintritt	Psychiatrie (akut-stationär)	– Therapeutischer Leiter (Oberarzt) – Pflege – Assistenzärzte – Patient/in
Standortgespräch	– Besprechung der Situation des/der Bewohnerin (z. B. bzgl. Definitiver Eintritt / Vertragsverlängerung)	Langzeitpflege (stationär)	– Sozialarbeit – Arzt/Ärztin – Pflege – Angehörige – Ggf. Bewohner/in
Sprechstunde CCM-Coach	– Vertiefte Aufklärung über Krankheit – Ausführliche Beantwortung aller Fragen – Wöchentlich	Praxis	– CCM-Coach – Patient/in
Assessments und Endergebnissitzungen	– Austausch zur Situation des/der Patienten/in – Einmal jährlich: Assessment (nach einem Jahr), Endergebnissitzung (nach zwei Jahren)	Praxis	– Arzt/Ärztin – CCM-Coach – Patient/in
Indirekte IPZ bei Patient/in zu Hause	– Betreuung der Patienten/innen	Spitex	z.B. – Physiotherapie – Ernährungsberatung – Pflege – Etc.

Tabelle 12: Übersicht Formate der Kategorie «Fachlicher Austausch unter Einbezug der Patienten/innen»

Aspekt	Zweck, Beschreibung, Häufigkeit	Setting	Involvierte
Gemeinsame Dokumentationsformen			
Huddle-Board	– Informationstafel zur Koordination der Station – Clinical Nurse werden laufend eingebunden – Leitung des Huddle-Boards ist vordefiniert und wechselt wöchentlich – Kurztreffen vor Huddle-Board jeden Morgen	Spital (stationär)	– Ärzte/innen – Pflegefachleute – Clinical Nurse
Gemeinsame elektronische Maske	– Gebrauch für gemeinsamen interdisziplinären Rapport – Zugang für alle – Einige Berufsgruppen füllen die Maske bereits vor Rapport aus, andere im Anschluss; Sekretariat ergänzt Maske während dem interdisziplinären Rapport	Spital (stationär)	– Ärzte/innen (Chef- und Assistenzarzt) – Pflegefachleute – Physiotherapeuten/innen – Ernährungsberater/innen – Berufe der Sozialarbeit – Logopäden/innen
Bildschirmübersicht anwesende Fachpersonen	– Bildschirme zur Übersicht der anwesenden Fachpersonen inkl. Name, Funktion, Bild – Erleichtert Übersicht bei stetig wechselnder Zusammensetzung des Teams	Spital (stationär)	– Ärzte/innen – Pflege
Patientenboard	– Festhalten der Ziele aller Fachbereiche sowie eines gemeinsamen Ziels – Eine Art Whiteboard im Patientenzimmer	Spital (stationär) / Rehabilitation	– Facharzt/in – Pflege – Fachbereich Therapie (Ergo-/Physiotherapie) – Sozialarbeit – Patient/in
Protokoll des Rehabilitationsgesprächs	– Protokollierung des Rehabilitationsgesprächs – Ermöglichung direkter Bezugnahme auf vorheriger Sitzung – Zugang für alle Beteiligten, inkl. Zustellung an Patient/in	Spital (stationär) / Rehabilitation	– Facharzt/in – Pflege – Fachbereich Therapie (Ergo-/Physiotherapie) – Sozialarbeit – Patient/in
Gemeinsame elektronische Patientenakte	– Gemeinsame elektronische Patientenakte / Patientendossier / Krankengeschichte für die verschiedenen Berufsgruppen	Spital (akut); Psychiatrie (akut-stationär); Praxis; Heim	Mehrere oder alle Berufsgruppen einer Institution
Gemeinsame elektronische Patientenakte	– Gemeinsame elektronische Patientenakte / Patientendossier / Krankengeschichte für die verschiedenen Berufsgruppen	Universitätsspital	– Pflegeexpertin CTT (lead) – Onkologe/in des CTT – 2 Pflegefachpersonen (ambulant / stationär) – Sozialarbeiter/in

Aspekt	Zweck, Beschreibung, Häufigkeit	Setting	Involvierte
Gemeinsame Dokumentationsformen			
			– Palliative care Arzt/Ärztin – Pflegefachperson oder Arzt/Ärztin des Zentrums für integrative Medizin Bei Bedarf: Ernährungsberater/in; Physiotherapeut/-in
Gemeinsames elektronisches Patientenakte inkl. Klingel-System	– Gemeinsame elektronische Patientenakte, wobei Pendenzen formuliert werden können und bei anderer Berufsgruppe als Kurznachricht erscheinen (Klingel-Funktion)	Praxis	– Arzt/Ärztin – APN
PILOT: gemeinsames elektronisches System zweier Institutionen	– Gemeinsames elektronisches System mit Zugriff durch zwei Institutionen/Organisationen	Spital (stationär) / Spitex	– MA Kinderspital – Mitarbeitende Kispex
Überweisungsrapport	– Formular der KISPEX, das vom überweisenden Arzt ausgefüllt werden muss – Je Patient/in bei Übergabe der Betreuung von der stationären Betreuung zur KISPEX	Spitex	– Arzt/Ärztin – teilweise Pflegefachperson mit tertiärer Zusatzausbildungen – KISPEX
Patientenordner	– Patientenordner, den alle Berufsgruppen einsehen und ergänzen können	Spitex	Jeweils alle Berufsgruppen
VeroMed: Elektronisches System für CCM	– Elektron. System mit Algorithmen und Checklisten, welches die Überschreitung der Kompetenzen durch die CCM-Coaches verhindert – Inkl. Elektronische Krankengesichte	Praxis	– Arzt/Ärztin – CCM-Coach
Gemeinsames Prozessdokument	– Vorgabe/ Struktur für Ablauf einer interprofessionellen Fallbesprechung in sechs Schritten inkl. Zeitangaben: 1) Stichwortbeschreibung der Situation, 2) Fragen und Unklarheiten, 3) wertneutrale Hypothesen, Analyse des Problems, 4) Ziele formulieren, 5) Massnahmen formulieren, 6) Schlussrunde	Heim	– Verantwortliche Palliative Care – Bereichsleitung Pflege – Leiterin Wohngruppe – Team Pflege – Weitere
CIRS: Critical Incident Report System	– Berichtssystem zur Meldung kritischer Ereignisse (Critical Incidents)	Spital (stationärer Bereich); Praxis	Spital: – Ärzte/innen / Pflege Praxis: – Ärzte/innen / MPA

Tabelle 13: Grundlagen von IPZ-Formaten im Bereich «Gemeinsame Dokumentationsformen»

Aspekt	Zweck, Beschreibung, Häufigkeit	Setting	Involvierte
Strukturbezogene Aspekte			
Einführung Berufsbild Advanced Practice Nurse (APN)	– Einführung Berufsbild Advanced Practice Nurse, mit den Verantwortlichkeiten: 1) Pflege spezifischer Patientengruppe mit hoher Qualität, 2) Übernahme von gewissen diagnostischen und therapeutischen Interventionen – APN verfügen über einen Master in Pflege sowie eine Zusatzausbildung zu APN	Praxis	--
Einführung Berufsbild Advanced Practice Nurse (APN)	– Einführung Berufsbild Advanced Practice Nurse, mit den Verantwortlichkeiten: 1) Pflegekonsultation von Patienten mit Lungenkarzinomen zur Erfassung und Koordination der «Supportive Care» 2) Organisation und Koordination des Care Boards zur interprofessionellen Abstimmung der «Supportive Care»	Spital (stationär/ambulant)	– Pflegeexpertin CTT (lead) – Onkologe/-in des CTT – 2 Pflegefachpersonen (ambulant / stationär) – Sozialarbeiter/-in – Palliative care Arzt / Ärztin – Pflegefachperson oder Arzt / Ärztin des Zentrums für integrative Medizin Bei Bedarf: Ernährungsberater/-in; Physiotherapeut/-in
Einführung Berufsbild Clinical Nurse (CN)	– Einführung Berufsbild Clinical Nurse 2014, mit den Zielen: 1) Entlastung der Ärzte/innen und 2) zur Verfügung stellen einer permanenten Ansprechperson für die Patienten/innen – Verantwortlichkeiten CN: 1) regelt im Auftrag und in Absprache mit dem behandelnden Arzt/Ärztin die Aufnahme und Entlassung von Patienten/innen, 2) organisiert diagnostische und therapeutische Massnahmen, 3) führt Visiten durch und 4) übernimmt Aufgaben in der Dokumentation und Koordination – CN verfügen über einen Bachelor in Pflege und ein CAS zum/r Klinischen/r Fachspezialisten/in	Spital (stationärer Bereich)	--
Einführung Berufsbild Chronical Care Management Coach (CCM-Coach)	– Einführung Berufsbild CCM-Coach, mit den Verantwortlichkeiten: 1) Coaching von chronisch kranken Patienten/innen inkl. Wissensvermittlung zu Ernährung, Lifestyle, Früherkennung, ... 2) Überwachung und Begleitung – CCM-Coaches verfügen über ein EFZ zum/r Medizinischen Praxisassistenten/in (MPA) sowie drei Mehrtageskurse	Spital (stationärer Bereich)	--

Aspekt	Zweck, Beschreibung, Häufigkeit	Setting	Involvierte
Strukturbezogene Aspekte			
Triage Pflege (Patientenkoordination)	– Koordination der Patienten/innen innerhalb des Notfallzentrums	Spital (stationärer Bereich)	– Pflege mit Zusatzausbildung Notfall
Arbeiten im Kernteam	– Kernteam bestehend aus Fallführer/in (Assistenzarzt/ärztin oder Psychologe/in) und Vertreter/in Pflege sowie Patienten/in – Ziel ist es, dass dort eigentliche Arbeit stattfindet inkl. Treffen von Entscheidungen sowie Festlegung des Kernprozesses für den/die Patienten/in; Oberarzt moderiert nur noch	Psychiatrie (akut-stationär)	– Assistenzarzt/ärztin – Pflege – Patient/in
Einführung Berufsbild therapeutische/r Leiter/in	– Therapeutische/r Leiter/in = Psychologe/in mit Funktion eines/r Oberarztes/ärztin – Jeweils Leitung von zwei Stationen	Psychiatrie (akut-stationär)	– Assistenzarzt/ärztin – Pflege Patient/in
Matrix-Struktur über gesamte Spitalorganisation	– Einführung einer Matrix-Struktur über gesamte Spitalorganisation – In der Folge Annäherung der unterschiedlichen Berufsgruppen, auch auf Führungsebene – Bspw. Betriebliche Unterstellung der leitenden Ärzte/innen durch die Pflege	Psychiatrie (akut-stationär)	Gesamte Organisation
Beratungs- und Kontaktstelle	– Umfassende <i>Beratungsstelle</i> rund um die Angebote der Langzeitpflege, Übergangsaufenthalte und Tagesbetreuung sowie zu den Schwerpunkten Demenz, Palliative Care und alterspsychiatrische Erkrankungen – Beantwortung von Fragen zu Dienstleistungsangeboten, Finanzierung, Eintrittsabklärungen oder Besichtigungen – <i>Kontaktstelle</i> für Menschen mit Demenz, deren Angehörige und weitere Betroffene – Angebot von Unterstützung und kontinuierlicher Begleitung bei Fragen und Anliegen zum Thema Demenz	Langzeitpflege (stationärer Bereich)	– Sozialarbeit – Patienten/innen, Angehörige, weitere Betroffene
Gründung Arbeitsgruppe Interprofessionelles Team, IPT	– IPT Zusammensetzung: jeweilige Leitungen aller Bereiche: Oberarzt/Stationsarzt/in, Ergo- und Physiotherapie, Pflege und Sozialarbeit sowie Projektleitung und Praktikant/in	Spital (stationär) / Rehabilitation	– Ober-/Stationsarzt/ärztin – Pflege – Ergo-/Physiotherapie – Sozialarbeit – Projektleitung – Praktikant/in

Tabelle 14: Grundlagen von IPZ-Formaten im Bereich «Strukturbezogene Aspekte»

Literatur

- Atzeni, G., Schmitz, C. & Berchtold, P. (2017): Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Studie im Auftrag der SAMW, Bern.
- BAG (2013): Bericht der Themengruppe «Interprofessionalität». Bundesamt für Gesundheit BAG, 28.10.2013, Bern.
- BAG, GDK & OdASanté (2016): Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016. Nachwuchsbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene. Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinne und -direktoren und OdASanté.
- BAG (2017): Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020. Bundesamt für Gesundheit, Januar 2017, Bern.
- Barr, N. et al. (2017): Impact of information and communication technology on interprofessional collaboration for chronic disease management: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 0(0), 1-8.
- Beywl, W., Kehr, J., Mäder, S., Niestroj, M. (2008): Evaluation Schritt für Schritt: Planung von Evaluationen. Münster: heidelberger institut beruf und arbeit hiba.
- Bookey-Bassett et al. (2016): Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), 71-84.
- Braithwaite, J. et al. (2012): Continuing differences between health professions' attitudes: the saga of accomplishing systems-wide interprofessionalism. *International Journal for Quality in Health Care*, 1-8.
- Brügger, S., Kohli, L. & Sottas B. (2016): Analyse von Good-Practice-Modellen im Bereich der spezialisierten, geriatrischen Versorgung. Sottas formative works, Bourguillon.
- Burgat, S. & Guillod, O. (2015): Die Ärztliche Haftung im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit. Rechtsgutachten, August 2015, Institut für Gesundheitsrecht, Universität Neuenburg, Neuenburg.
- Committee on Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes; Board on Global Health; Institute of Medicine (2015): Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes. [National Academies Press \(US\)](#), Dezember 2015, Washington DC.
- Cox, M., Cuff, P., Brandt, B., Reeves, S. & Zierler, B. (2016): Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 1-3.

- Dahlgaard, K. (2010): Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden – Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegende, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 104, 32-38.
- Delamaire, M. & Lafortune, G. (2010): Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing.
- Dunckel, H. (1999). Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Fougere, B., Morley, J.E., Decavel, F., Nourhashemi, F., Abele, P., Resnick, B. et al. (2016): Development and Implementation of the Advanced Practice Nurse Worldwide With an Interest in Geriatric Care. Journal of the American Medical Directors Association, 17(9), 782-788.
- Imhof, L., Naef, R., Wallhagen, M.I., Schwarz, J. & Mahrer-Imhof, R. (2012): Effects of an advanced practice nurse in-home health consultation program for community-dwelling persons aged 80 and older. Journal of the American Geriatrics Society, 60(12), 2223-2231.
- Hewitt, G., Sims, S. & Harris, R. (2014): Using realist synthesis to understand the mechanisms of interprofessional teamwork in health and social care. Journal of Interprofessional Care, 28(6), 501-506.
- Hewitt, G., Sims, S. & Harris, R. (2015a): Evidence of communication, influence and behavioural norms in interprofessional teams: a realist synthesis. Journal of Interprofessional Care, 29(2), 100-105.
- Hewitt, G., Sims, S., Greenwood, N., Jones, F., Ross, F. & Harris, R. (2015b): Interprofessional teamwork in stroke care: Is it visible or important to patients and carers? Journal of Interprofessional Care, 29(4), 331-339.
- Heyelmann, L. (2009): Magnet Hospitals – ein Überblick. Psychiatrische Dienste Thurgau, August 2009.
- Karam M, Brault I, Van Durme T, Macq J. (2018): Comparing interprofessional and inter-organizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. International Journal of Nursing Studies, March, 79: 70-83.
- Kusenbach, M. (2008). Mitgehen als Methode. Der Go-Along in der phänomenologischen Forschungspraxis. In: Raab, J., Pfadenhauer, M., Stegmaier, P., Dreher, J. & Schnettler, B. (Hg.). Phänomenologie und Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Martin, J.S., et al. (2010): Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. Swiss Med Wkly. 140: p. w13062.

- Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N. et al. (2015): Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ open*, 5(6), e007167.
- Martínez-González, N. A., Tandjung R., Djalali, S., Huber-Geismann, F., Markun, S. & Rosemann, T. (2014a): Effects of Physician-Nurse Substitution on Clinical Parameters: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 9(2).
- Martínez-González, N. A., Djalali, S., Tandjung R., Huber-Geismann, F., Markun, S., Wensing, M. & Rosemann, T. (2014b): Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14:214.
- Rathbone, A. P. et al. (2016): Qualitative study to conceptualise a model of interprofessional collaboration between pharmacists and general practitioners to support patients' adherence to medication. *BMJ Open*.
- Reeves, S. (2015): The Importance of Realist Synthesis for the Interprofessional Field. *Journal of Interprofessional Care*, 29(1), 1-2.
- Reeves, S. et al. (2017): Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.
- Retchin, S. M. (2008): A Conceptual Framework for Interprofessional and Co-Managed Care. *Academic Medicine*, 38(10), 929-933.
- SAMW (2014): Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen, Charta. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Basel.
- SBFI (2016): Schlussbericht Masterplan Bildung Pflegeberufe. Bericht des Bundesrates. Januar 2016, Bern.
- Scharli, M., et al. (2017): Interprofessional collaboration from nurses and physicians - A triangulation of quantitative and qualitative data. *Pflege*. 30(2): 53-63.
- Schweizer, A. et al. (2017E): Interprofessional collaboration and diabetes care in Switzerland: A mixed-methods study. *Journal of Interprofessional Care*, 31(3), 351-359.
- Schwendimann, R. & Koch R. (2013): Masterumfrage 2013. Basel, Bern. Available from: https://europa.unibas.ch/fileadmin/pflege/redaktion/News/2013_05_20_Masterumfrage_2013_Bericht_4S_final.pdf.
- Serena, A., Castellani, P., Fucina, N., Griesser, A. C., Jeanmonod, J., Peters, S. & Eicher, M. (2015): The role of advanced nursing in lung cancer: A framework based development. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*.
- Sims, S., Hewitt, G. & Harris, R. (2015a): Evidence of collaboration, pooling of resources, learning and role blurring in interprofessional healthcare teams: a realist synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 29(1), 20-25.

- Sims, S., Hewitt, G. & Harris R. (2015b): Evidence of shared purpose, critical reflection, innovation and leadership in interprofessional healthcare teams: a realist synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), 209-215.
- Sottas, B. (2016a): «Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten» – Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. In: Müller-Mielitz et al. (Hrsg.), *Innovationen in der Gesundheitswirtschaft*, Bibliomed Verlag, Melsungen.
- Sottas, B. (2016b): «Team» versus «Megatrends»: Gemeinsam besser reüssieren. Präsentation am Interprofessionellen Gesundheitskongress Dresden, 9.4.2016.
- Sottas, B. & Kissmann, S. (o.J.): «Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken Kosten» - zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. Sottas formative works, Bourguillon.
- Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E. & Armitage, G. (2009): Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly*, 13(Spec No), 16–23.
- Tsakitzidis, G., Timmermans, O., Callewaert, N., Verhoeven, V., Lopez-Hartmann, M., Truijten, S., Meulemans, H., Van Royen, P. (2016): Outcome Indicators on Interprof. Collab. Interv. *Elderly* 16 (2), 5. <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2017>.
- Vyt, A. (2017): Development and validation of a questionnaire to self-assess the quality of interprofessional team meetings in primary and community healthcare. *Journal of Interprofessional Care*, 31(2), 140-146.
- WHO (2010): *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. World Health Organization, Geneva.
- Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S. (2009): Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.