



Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen - Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung

Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» 2017–2020

Prof. Dr. Sebastian Gurtner
Miriam Wettstein, MSc Ec

30.07.2019

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung

1	Ausgangslage	7
2	Interprofessionalität im Gesundheitswesen	7
3	Zielsetzung und wissenschaftliches Grundmodell	8
3.1	Zielsetzung	8
3.2	Wissenschaftliches Grundmodell	9
3.3	Arbeitspakete	10
4	Ergebnisse	11
4.1	Arbeitspaket 1 – Identifikation von Einflussfaktoren	11
4.1.1	Fragestellung und Vorgehensweise	11
4.1.2	Ergebnisse	12
4.1.3	Interpretation	24
4.2	Arbeitspaket 2 – Relevanz der Einflussfaktoren	25
4.2.1	Fragestellung und Vorgehensweise	25
4.2.2	Ergebnisse	27
4.2.3	Interpretation	31
4.3	Arbeitspaket 3 – Effektivität von Steuerungsmassnahmen	32
4.3.1	Fragestellung und Vorgehensweise	32
4.3.2	Ergebnisse	34
4.3.3	Interpretation	41
4.4	Arbeitspaket 4 – Erarbeiten von Handlungsempfehlungen	41
4.4.1	Fragestellung und Vorgehensweise	41
4.4.2	Ergebnisse	43
5	Reflexion der Ergebnisse	45
6	Erkenntnisse und Handlungsfelder	47
6.1	Allgemeine Erkenntnisse	47
6.2	Handlungsfelder für Leistungserbringer im Gesundheitswesen	47
6.3	Handlungsfelder für die Politik	48
7	Abbildungsverzeichnis	51
8	Tabellenverzeichnis	51
9	Literaturverzeichnis	51
10	Anhang	53
	Anhang 1	53
	Anhang 2	54
	Anhang 3	58

Zusammenfassung

Die interprofessionelle Zusammenarbeit stellt einen Ansatz dar, um den vielen Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen. Obwohl seit Jahren bekannt ist, dass interprofessionelle Zusammenarbeit die Qualität der Versorgung optimieren und die wirtschaftliche Effizienz steigern kann, ist diese Art der Zusammenarbeit in heutigen Gesundheitssystemen noch keine Selbstverständlichkeit. Die vorliegende Studie ging dieser Problematik nach und untersuchte, welche **Anreize und Hindernisse hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit bestehen und welche konkreten Massnahmen dazu beitragen können, die Anreize zu fördern bzw. die Hindernisse zu mindern**. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde auf ein wissenschaftliches Grundmodell zurückgegriffen, welches sich mit Auslösern des Adoptionsprozesses von Innovationen beschäftigt – angewandt im Kontext der Interprofessionalität. Die Studie wurde in vier Arbeitspakete unterteilt, welche jeweils eine Detailfrage mit geeigneten wissenschaftlichen Methoden beantwortete.

Ergebnisse der Studie

In einem ersten Schritt wurden in insgesamt 45 qualitativen Interviews mit Fachpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen verschiedene Einflussfaktoren auf die interprofessionelle Zusammenarbeit identifiziert. Die identifizierten Konstrukte können konzeptionell in organisationale und individuelle Einflussfaktoren sowie gesetzliche Rahmenbedingungen unterteilt werden. Organisationale Einflussfaktoren beinhalten diejenigen Anreize, Barrieren und Auslöser, die sich in den Organisationsstrukturen der Institutionen widerspiegeln (z.B. räumliche Nähe oder klare Prozesse und Strukturen). Die individuellen Einflussfaktoren bezeichnen die spezifischen Eigenschaften von Individuen, die das interprofessionelle Teamverhalten beeinflussen (z.B. Selbstbewusstsein oder Fachkompetenz). Insgesamt konnten in der Studie **neun verschiedene organisationale und acht individuelle Einflussfaktoren** identifiziert werden, welche förderlich für eine interprofessionelle Zusammenarbeit sind. Als eine dritte Kategorie von Einflussfaktoren wurden das Gesetz und die Administration genannt. Darunter ist insbesondere die flexible Gestaltung von Verantwortungen, Tätigkeiten und Entlohnungen zu verstehen. Letztere Kategorie wurde in der weiteren Untersuchung nicht weiter einbezogen, da es im Vergleich zu den beiden anderen Kategorien nur sehr vereinzelt thematisiert wurde. In den Interviews liessen sich keine systematischen Unterschiede zwischen Berufsgruppen, Regionen oder Sektoren identifizieren. Die Ansichten der interviewten Personen waren sehr geprägt von ihren unmittelbaren Erfahrungen. Tabelle 1 fasst die identifizierten Einflussfaktoren zusammen.

Die identifizierten Einflussfaktoren wurden anschliessend mittels einer quantitativen Befragung mit insgesamt 456 Teilnehmenden auf deren Relevanz in unterschiedlichen Kontexten untersucht. Insgesamt wurden nahezu alle Einflussfaktoren mit einer überdurchschnittlichen Relevanz bewertet. Dennoch lässt sich festhalten, dass bei den organisationalen Einflussfaktoren insbesondere die Einflussfaktoren als sehr wichtig erachtet werden, welche strukturelle Veränderungen in der Organisation bedürfen. So sind die drei organisationalen Einflussfaktoren **klare Prozesse und Strukturen, Vorleben durch die Führung sowie Gefässe für den formellen Austausch**, die Faktoren, welche als am relevantesten bewertet wurden. Bei den individuellen Einflussfaktoren wurden **Offenheit und Kritikfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit und Vertrauen in die Teammitglieder** als am relevantesten bewertet. Die Studie zeigt im Detail, dass auf individueller Ebene zwar überwiegend „Soft Skills“ wie die Kommunikationsfähigkeit aber auch „Hard Skills“ wie fachliche Kompetenz relevante Voraussetzungen für Interprofessionalität darstellen.

Zielsetzung und Aufbau der Studie

Identifikation von Einflussfaktoren

Relevanz von Einflussfaktoren

Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen konnten in einer Gruppenvergleichsanalyse in Bezug auf den Arbeitssektor, die Sprachregion und der Berufsprofession, nicht für alle Einflussfaktoren festgestellt werden. Das Ergebnis legt nahe, dass viele Einflussfaktoren universell und unabhängig von Gruppenbesonderheiten als relevant erachtet werden.

Tabelle 1: Identifizierte Einflussfaktoren auf die interprofessionelle Zusammenarbeit

Organisationale Einflussfaktoren	Räumliche Nähe der Teammitglieder, gemeinsame Aus- und Weiterbildung, formelle Gefässe für regelmässigen Austausch, konstante Teams mit ausreichend Personal, kleine Teamgrössen, klare Prozesse und Strukturen für die Zusammenarbeit, Verankerung in Strategie und Vision, Vorleben von Interprofessionalität durch die Führung
Individuelle Einflussfaktoren	Selbstbewusstsein, fachliche Kompetenz, Offenheit und Kritikfähigkeit, Vertrauen in Teammitglieder, Kommunikationsfähigkeit, Kenntnis und Verständnis anderer Berufsgruppen, kein hierarchisches Denken, Kein Denken in traditionellen Rollen
Gesetzliche Rahmenbedingungen	Abrechnungsmodalitäten, flexible Gestaltung von Verantwortung

In einem weiteren Schritt wurden für die zwei von den Teilnehmenden als am relevantesten bewerteten organisationalen und individuellen Einflussfaktoren (*klare Prozesse und Strukturen, Vorleben durch die Führung, Kommunikationsfähigkeit, Offenheit und Kritikfähigkeit*) zwei konkrete Steuerungsmassnahmen erarbeitet. Diese wurden anschliessend in einem quasi-experimentellen Setting auf deren potentielle Wirksamkeit evaluiert. An der quantitativen Umfrage nahmen 79 Probanden teil. Die Szenarien wurden so beschrieben, dass sie die Anwendung einer solchen Massnahme in einer konkreten Arbeitssituation wiedergeben. Unter den Massnahmen sind z.B. ein Kommunikationstraining, ICT-unterstützte Kommunikation, formelle Gefässe mit der Führung oder die Visualisierung der Prozesse in der Arbeitsumgebung zu verstehen. Insgesamt kann festgehalten werden, dass alle entwickelten Massnahmen als förderlich angesehen werden und nach Einschätzung der Teilnehmenden zu einer **Steigerung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen 34 % und 61 %** führen würden. Wenngleich im Durchschnitt die **ICT-unterstützte Kommunikation** als die wirksamste Methode angesehen wurde, so scheint es der Kontext der Organisation zu sein, der am Ende ausschlaggebend für die Effektivität der Massnahme ist. Weiter wurde durch das Feedback der Teilnehmenden deutlich, dass der Erfolg der Umsetzung oftmals im Detail liegt. Eine Entwicklung von Leitfäden und Standards scheint deshalb wichtig.

Effektivität von
Steuerungsmass-
nahmen

Im letzten Teil der Studie wurden die erarbeiteten Massnahmen im Rahmen zweier Workshops mit Vertretern verschiedener Gesundheitsberufe sowie des Bundes, Kantone und Verbände evaluiert und diskutiert. Die Ergebnisse aus diesen Workshops wurden im Anschluss in konkrete Handlungsempfehlungen überführt. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Teilnehmenden die Ergebnisse bestätigten, allerdings auch klar formulierten, dass **Interprofessionalität kontextabhängig** ist und eine einheitliche Massnahme zur Erhöhung der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht sinnvoll erscheint. Weiter wurde angemerkt, dass die Gesetzgebung bezüglich Hierarchie und dem Spannungsfeld zwischen Verantwortung und Fachexpertise immer noch

Erarbeitung von
Handlungsfeldern

durch alte Muster geprägt ist. Es werden Kennzahlen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit gefordert, welche eine höhere Transparenz und eine offene Diskussion über die gelebte Interprofessionalität ermöglichen. Im zweiten Workshop mit Politikvertretern wurde thematisiert, dass Bildungsinstitutionen oder Berufsverbände die Rollen und Kompetenzen der Berufsbilder besser kommunizieren oder neu organisieren müssten. Als weiterer wichtiger Punkt wurde genannt, dass die zeitlichen Ressourcen für formelle Gefässe und informelle Austauschmöglichkeiten auch zur Verfügung gestellt werden müssten.

Handlungsfelder

Der Erfolg interprofessioneller Zusammenarbeit ist schlussendlich davon abhängig, dass Individuen befähigt werden, innerhalb der Strukturen von Gesundheitseinrichtungen und im Rahmen gesetzlicher Regelungen effektiv und zum Wohle des Pateinten zusammenzuarbeiten. Als Solches ist es ein gemeinsames Unterfangen aller Parteien, die direkt oder indirekt an der Leistungserstellung im Gesundheitswesen beteiligt sind. Diese Studie trägt mit ihren Erkenntnissen zum Verständnis bei, wie es möglich ist, interprofessionelle Zusammenarbeit auf den unterschiedlichen Ebenen (individuell, organisational, politisch) zu fördern und entsprechende Barrieren abzubauen. Sie stellt damit die Basis für konkrete Handlungsfelder, aber auch den Ausgangspunkt für weiterführende Studien, z. B. zur Effektivität einzelner Massnahmen in unterschiedlichen Kontexten, dar.

Die Handlungsfelder beruhen auf den Ergebnissen der vorherigen Arbeitspakete und sind als Synthese dieser zu verstehen. Allgemein ist festzuhalten, dass Interprofessionalität generell nicht als eigentliches Ziel angestrebt werden sollte, sondern als Mittel zur Verbesserung der Versorgungsqualität und des Patientenwohles. Die Einflussfaktoren sind teilweise voneinander abhängig und können nicht immer separat adressiert werden. Es braucht eine Kombination verschiedener Massnahmen, zugeschnitten auf den individuellen Kontext, um interprofessionelle Zusammenarbeit optimal zu fördern.

Leistungserbringer im Gesundheitswesen müssen in erster Linie **klare Prozesse und Strukturen schaffen**, im Sinne von klaren Regelungen von Verantwortung, Schnittstellen und Austauschmöglichkeiten, die in Leitlinien und Dokumentationen festgehalten werden. **Mitarbeitende** müssen ausserdem von der Organisation **befähigt werden**, effektiv und effizient in interprofessionellen Teams zu arbeiten. Dies sollte konkreter Bestandteil eines Mitarbeitenden-Entwicklungsprogramms sein. Dazu gehört zunächst das Erkennen von individuellen Weiterentwicklungsmöglichkeiten, aber auch die entsprechenden Massnahmen wie Trainings, Coachings oder technische Unterstützungssysteme, welche den Mitarbeitenden helfen, die Herausforderungen der interprofessionellen Zusammenarbeit zu meistern.

Handlungsfelder
für
Leistungserbringer

Für die Politik ergeben sich fünf Handlungsfelder. Zunächst ist es wichtig, das **Bewusstsein für die Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit**, für die Qualität der Patientenversorgung und der Bevölkerung allgemein, zu fördern. Dazu können unter anderem breit angelegte Informationskampagnen dienen. Der Bund könnte hier sowohl koordinierende Stelle, als auch übergeordneter Botschafter sein. Weiter könnte der Bund selbst eine Vorbildrolle einnehmen, um das Vorleben durch die Führung zu adressieren. Auch wenn der Bund nicht direkt eine Führungsrolle einnimmt, kann eine breitere Sensibilisierung für Interprofessionalität dadurch stattfinden, dass das Thema aus der Nische des Gesundheitswesens heraus exportiert wird, indem der Bund selbst zeigt, wie interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert. Wie bereits in den Workshops angedeutet wurde, sollte weiter eine konsequente **Messung der interprofessionellen Zusammenarbeit** etabliert werden. Der

Handlungsempfehlungen für die
Politik

Bund könnte hierbei auf institutioneller Ebene die Datenerhebung und -samm-
lung steuern sowie die Ergebnisse der Öffentlichkeit in Form eines Bench-
marks zugänglich machen. Dies sollte es den Stakeholdern wie Patienten, Ver-
sicherungen und Regulierungsbehörden ermöglichen, Leistungserbringer
entsprechend zu bewerten und zu vergleichen. Wobei es zu beachten gilt,
dass es sich bei interprofessioneller Zusammenarbeit nicht um eine Ergebnis-
kennzahl, sondern um eine Prozesskennzahl handelt. Sie ist also immer im
Kontext eines relevanten Outcomes wie Versorgungsqualität oder Patienten-
zufriedenheit zu interpretieren. In allen Arbeitspaketen wurde ebenfalls klar,
dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen die Realität der interprofessionel-
len Zusammenarbeit widerspiegeln müssen. Hierzu gehört insbesondere die
Regelung der rechtlichen Verantwortung. Alle Berufsgruppen müssen zum
Wohl des Patienten in die Lage versetzt werden, im Behandlungsprozess die
Verantwortung zu übernehmen. Weiter muss der Bund dafür sorgen, dass **An-
reize für interprofessionelle Zusammenarbeit** gesetzt werden, sowohl auf
individueller als auch auf organisationaler Ebene. Entsprechend eingesetzte
Anreize können dazu führen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit noch
stärker gelebt wird. Anreize können ein Kennzahlensystem sein, aber auch
Patienten, die von sich aus interprofessionelle Zusammenarbeit wünschen
und fordern. Es gibt aber auch finanzielle Anreize von Seiten der Versiche-
rungen oder gesetzliche Vorgaben bezüglich eines Mindestmasses an interpro-
fessioneller Zusammenarbeit. Aber auch auf individueller Ebene brauchen
Menschen Anreize, damit diese nach den Prinzipien interprofessioneller Zu-
sammenarbeit agieren. Solch ein Anreiz könnte bereits die Bereitstellung von
zeitlichen Ressourcen für interprofessionelle Zusammenarbeit sein. Hier ist
es die Aufgabe des Bundes, beispielsweise in Tarifmodellen der Berufsgrup-
pen, darauf zu achten, dass von allen relevanten Berufsgruppen entsprechend
Zeit für die interprofessionellen Tätigkeiten abgerechnet werden kann.
Schliesslich gilt es auch Seitens der Politik sicherzustellen, dass die **Mitarbei-
tenden befähigt werden**, interprofessionell zusammenzuarbeiten. Hierzu
zählt es, die Ausbildung und das Studium von Gesundheitsberufen neu zu
gestalten. Neben fachlichen Kenntnissen sollten zunehmend zwischen-
menschliche Fähigkeiten, wie die Fähigkeit zur Teamarbeit und zur effizien-
ten Lösung von Problemen, in den Mittelpunkt gestellt werden. Eine Revision
der Berufsausbildungen und Studieninhalte könnte eine wichtige Massnahme
sein, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern.

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass es sich bei interprofessioneller Zusammenarbeit
um ein multidimensionales Konstrukt handelt, zu dessen Realisierung das En-
gagement aller Stakeholder benötigt wird.

1 Ausgangslage

Das Gesundheitswesen der Schweiz sieht sich immer neuen Herausforderungen gegenüber. Gesellschaftliche Trends wie die stetige Alterung der Gesellschaft und der technologische und medizinische Fortschritt führen zu immer komplexeren Behandlungsprozessen. Diese sind heutzutage durch ständig neue Arbeitsschritte mit unterschiedlichen personellen Anforderungsprofilen gekennzeichnet. Den neuen Arbeitsanforderungen gegenüber steht ein sich verschärfender Fachkräftemangel und zunehmender ökonomischer Druck im Gesundheitswesen. Um die Chancen des innovativen Fortschrittes zu nutzen und den sich stellenden Herausforderungen der komplexer werdenden Arbeitsanforderungen zu begegnen, ist eine enge Zusammenarbeit von technisch ausgebildetem, pflegerischem und ärztlichem Personal notwendig.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit stellt einen Ansatz dar, mit den sich ändernden Arbeitsanforderungen bestmöglich umzugehen. Untersuchungen belegen, dass Interprofessionalität die Qualität der Versorgung optimieren und die wirtschaftliche Effizienz steigern kann. Auch die Arbeitszufriedenheit betroffener Berufsgruppen vermag sie zu erhöhen, was sich auch positiv auf eine geringe Fluktuation von Mitarbeitenden auswirkt (BAG/GDK¹ 2012; Sottas et al, 2016). Interprofessionalität wirkt sich nicht nur positiv auf die beteiligten Berufsgruppen aus; sie dient insbesondere auch dazu, den Nutzen für die Patienten² zu maximieren.

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist in heutigen Gesundheitssystemen jedoch noch keine Selbstverständlichkeit. An vielen Stellen existieren individuelle, organisatorische und soziale Hindernisse, die eine Zusammenarbeit über die Grenzen der eigenen Profession hinweg erschweren. Das bestehende System ist insbesondere durch eine starke Hierarchie über Professionen hinweg, eine strikte Trennung von Verantwortungsbereichen und ein rudimentäres Schnittstellenmanagement geprägt. Diese Charakteristiken stehen derzeit einer erfolgreichen interprofessionellen Zusammenarbeit im Wege. Um zu identifizieren, wie die Potentiale der interprofessionellen Zusammenarbeit genutzt werden können, untersucht die vorliegende Studie Hindernisse, Anreize und konkrete Massnahmen, die einen Einfluss auf die interprofessionelle Zusammenarbeit haben.

Das vorliegende Forschungsprojekt 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.

2 Interprofessionalität im Gesundheitswesen

Die Thematik der Interprofessionalität im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren, nicht zuletzt durch eine Verschärfung des Fachkräftemangels sowie des ökonomischen Drucks, an Bedeutung gewonnen. Mittlerweile gibt es zahlreiche Studien, Projekte, aber auch Plattformen und Förderungsmassnahmen mit dem Ziel, Interprofessionalität zu verstehen und zu fördern. In der Literatur findet man „zahlreiche Definitionen von interprofessioneller Zusam-

¹ Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (<https://www.gdk-cds.ch/de/>)

² Zur besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Bericht nur die männliche Form verwendet. Die entsprechenden Begriffe beziehen sich jeweils auf beide Geschlechter.

menarbeit, weil in der Literatur ganz unterschiedliche Zusammenarbeitsformen als interprofessionell bezeichnet werden“ (Sottas, 2016). So werden zum Teil Interprofessionalität und Interdisziplinarität als Synonyme verwendet, was der Bedeutung der Begriffe aber nicht gerecht wird. Unter Interprofessionalität versteht man die Zusammenarbeit verschiedener Professionen wie z.B. Pflegepersonal, ärztliches Personal und therapeutisches Personal, während die Interdisziplinarität die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen innerhalb einer Profession beschreibt.

In dieser Studie wurde insbesondere mit der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gearbeitet. Die WHO plädiert bereits seit den 70er Jahren für ein System jenseits von Hierarchie und mehr Partizipation (Sottas, 2016).

Die WHO definiert Interprofessionalität als:

“Interprofessional education IPE occurs when two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes. Collaborative practice IPP in health-care occurs when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, caregivers and communities to deliver the highest quality of care across settings” (WHO, 2010).

Der Begriff der Interprofessionalität geht somit über das klassische Miteinander und Nebeneinander der Gesundheitsberufe rund um die Versorgung der Patienten im Sinne einer einfachen Bündelung der Kompetenzen hinaus. Mitglieder interprofessioneller Teams begegnen sich auf Augenhöhe und engagieren sich für die gemeinsame Entscheidungsfindung. Diese Notwendigkeit ergibt sich aus der Tatsache, dass keine Profession für sich allein eine umfassende Gesundheitsversorgung gewährleisten kann. Je nach Aufgabe übernimmt in interprofessionellen Teams die dafür am besten qualifizierteste Person die Führung. Die klassische, starre Hierarchie existiert nicht.

Viele Studien belegen die Wirksamkeit und Effektivität von interprofessioneller Zusammenarbeit (z.B. Sottas, 2016; Barret et al, 2007; Borrill et al, 2002). Dennoch wird diese noch nicht überall umgesetzt und zum Teil gibt es diesbezüglich auch erhebliche Widerstände. Es gilt, diese Widerstände aus dem Weg zu räumen.

3 Zielsetzung und wissenschaftliches Grundmodell

3.1 Zielsetzung

Studien in verschiedenen Ländern und Kontexten belegen die positive Wirkung interprofessioneller Zusammenarbeit (z.B. Atzeni et al, 2017; Sottas, 2016). Funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit hat einen positiven Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung wie auch auf die wirtschaftliche Effizienz und die Arbeitszufriedenheit des Personals. Obwohl das Potential interprofessioneller Zusammenarbeit für das Gesundheitswesen hoch ist, ist deren Implementierung eine Herausforderung. Daher ist es das Ziel dieses Projektes zu untersuchen,

- welche konkreten Anreize und Hindernisse hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit der im schweizerischen Gesundheitswesen tätigen universitären und nicht-universitären Berufe bestehen und
- welche konkreten Massnahmen dazu beitragen können, die Anreize zu fördern bzw. die Hindernisse zu mindern.

3.2 Wissenschaftliches Grundmodell

Um ein umfassendes Verständnis von Einflussfaktoren auf die Umsetzung einer interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu erlangen, wurde der Ansatz von Reinhardt, Hietschold und Gurtner (2017) aus dem Innovationsmanagement genutzt, der sich mit den Auslösern des Adoptionsprozesses (d.h. Kauf und Nutzung) von Innovationen beschäftigt. Während die traditionelle Forschung sich entweder mit generellen Treibern der Adoption (bspw. Rogers, 2004) oder Barrieren der Adoption (bspw. Talke & Heidenreich, 2014) beschäftigt, kombiniert dieser Ansatz beide Perspektiven und untersucht, welche konkreten Auslöser Individuen dazu bewegen, sich vom Status des Nicht-Nutzers hin zum Status eines Nutzers zu entwickeln (Transformation). Dieser konzeptionelle Untersuchungsansatz wird auf den Kontext der Ausübung von Interprofessionalität übertragen. *Abbildung 1* illustriert das konzeptionelle Grundmodell im Kontext der Interprofessionalität. Die Individuen, welche noch nicht interprofessionell zusammenarbeiten, sehen sich Barrieren gegenüber (z.B. ausgeprägten Hierarchien zwischen einzelnen Professionen). Individuen hingegen, die Interprofessionalität in ihrem Arbeitskontext bereits leben, können von verschiedenen Treibern berichten, die die entsprechende Umsetzung unterstützen (z.B. partnerschaftliche Unternehmenskultur). Als ein möglicher Auslöser für die tatsächliche Umsetzung von Interprofessionalität könnte beispielsweise die Senkung der emotionalen und kognitiven Distanz zwischen Professionen (d.h. wie nahe man sich der jeweils anderen Profession gegenüber fühlt und wie gut man sich in diese hineinversetzen kann) angesehen werden, die durch konkrete Massnahmen wie gemeinsame Teamsitzungen erreicht werden könnte.

Eine multiperspektivische Sichtweise auf die Transformation hin zu interprofessioneller Zusammenarbeit bezieht sowohl Personen und Institutionen ein, die aktuell interprofessionelle Zusammenarbeit noch nicht umsetzen (Nicht-Nutzer) als auch Personen und Institutionen, die dies bereits erfolgreich tun (Nutzer)³. Die Betrachtung von Nutzern und Nicht-Nutzern erlaubt es, alle relevanten Aspekte – Barrieren, Treiber, Auslöser – einzubeziehen, um so ein umfassendes Modell des Adoptionsprozesses zu erstellen und passgenaue (politische) Handlungsempfehlungen formulieren zu können.

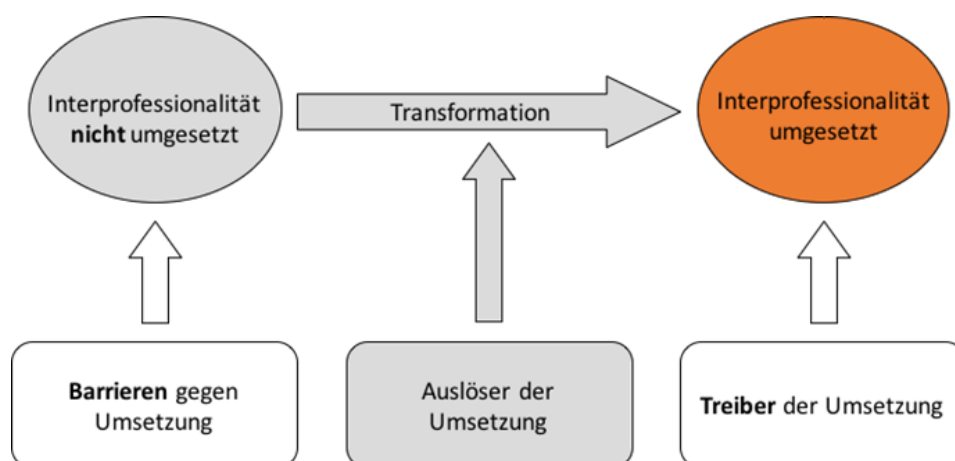


Abbildung 1: Auslöser im Zentrum der Transformation hin zur Interprofessionalität (in Anlehnung an Reinhardt et al. 2017)

³ Als Nicht-Nutzer werden im Kontext dieser Studie Individuen definiert, die nach eigenen Aussagen interprofessionelle Zusammenarbeit gar nicht oder nur in geringem Umfang umsetzen. Als Nutzer werden entsprechend alle Individuen bezeichnet, die in grossem oder vollem Umfang interprofessionell zusammenarbeiten.

3.3 Arbeitspakete

Um die Ziele gemäss der Zielsetzung (Kp. 3.1) erreichen zu können, definierte das Projekt vier Arbeitspakete, deren Ergebnisse im Detail in diesem Bericht aufgeführt werden.

In einem ersten Schritt wurden in qualitativen Interviews mit Personen aus unterschiedlichen Professionen verschiedene Einflussfaktoren auf die interprofessionelle Zusammenarbeit identifiziert. Die interviewten Personen aus diversen Gesundheitseinrichtungen der Schweiz wurden mit Hilfe eines Interviewleitfadens befragt, welche organisationalen, individuellen, sozialen und kontextspezifischen Einflussfaktoren bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit bestehen. Das Projektteam hat diese Einflussfaktoren anschliessend ausgewertet und in einem Kategoriensystem zusammengefasst.

Anschliessend wurden die identifizierten Einflussfaktoren in einer quantitativen Befragung im Hinblick auf deren Relevanz in der Praxis bewertet. Die Probanden mussten in einem ersten Schritt die vorgegebenen Einflussfaktoren nach Wichtigkeit ordnen und in einem zweiten Schritt jeden Einflussfaktor einzeln nach seiner Relevanz für die Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit bewerten. Die statistische Auswertung der Ergebnisse ermöglichte Aussagen bezüglich der subjektiv relevantesten Einflussfaktoren.

Im dritten Arbeitspaket wurden für die zwei als am relevantesten bewerteten Einflussfaktoren je Kategorie zwei konkrete Steuerungsmassnahmen erarbeitet. Anschliessend wurde die Wirksamkeit dieser Massnahmen in einem quasi-experimentellen Kontext evaluiert. Für die Steuerungsmassnahmen wurden Szenarien so beschrieben, dass sie die Anwendung einer solchen Massnahme in einer konkreten Arbeitssituation wiedergeben. Die Studienteilnehmenden schätzten dann ein, wie stark sich die interprofessionelle Zusammenarbeit in einem solchen Szenario verändern würde.

Im letzten Arbeitspaket wurden zwei Workshops durchgeführt, die zum Ziel hatten, Handlungsempfehlungen zu erarbeiten. In einem ersten Workshop mit Vertretern verschiedener Gesundheitsberufe wurden die im dritten Arbeitspaket erarbeiteten Massnahmen diskutiert. Insbesondere wurde in Gruppen diskutiert, an welcher Stelle eine Beteiligung des Bundes für notwendig bzw. sinnvoll erachtet wird. In einem zweiten Workshop wurden dann Vertreter des Bundes, der Kantone und Verbände eingeladen, um die Ergebnisse der Studien und des ersten Workshops zu diskutieren.

Abbildung 2:
Vorgehen im
Überblick



4 Ergebnisse

4.1 Arbeitspaket 1 – Identifikation von Einflussfaktoren

4.1.1 Fragestellung und Vorgehensweise

Folgende Fragestellung wurde im ersten Arbeitspaket wissenschaftlich beantwortet:

Fragestellung

„Welche Einflussfaktoren bestehen für die im Gesundheitswesen tätigen universitären und nicht-universitären Berufe hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit?“

Bezugnehmend auf diese Fragestellung und in Anlehnung an das wissenschaftliche Grundmodell widmete sich das Arbeitspaket 1

- der Identifikation von Barrieren, die zu einer Nichtumsetzung von Interprofessionalität im Gesundheitswesen führen
- der Identifikation von Treibern der Umsetzung von Interprofessionalität und
- der Identifikation von konkreten Auslösern.

Vorgehensweise

Bedingt durch die grosse Bandbreite an möglichen Einflussfaktoren, die unzureichende Konzeptualisierung in der Literatur und die Spezifität des Themas folgt dieses Arbeitspaket einer qualitativen Vorgehensweise. In leitfadengestützten Interviews wurden Personen, die zu einem geringen Grad interprofessionell zusammenarbeiten, bezüglich ihrer Barrieren und Personen, die umfassender interprofessionell zusammenarbeiten, bezüglich möglicher Treiber befragt. Durch direkte und indirekte Fragemechanismen wurden die letztendlichen Auslöser und mögliche Barrieren einer Umsetzung von interprofessioneller Zusammenarbeit identifiziert. Der Leitfaden (siehe Anhang 1) ging dabei insbesondere auf vier mögliche Kategorien von Barrieren und Treibern ein:

- individuelle Faktoren (z.B. Persönlichkeitsmerkmale, Emotionen)
- organisatorische Faktoren (z.B. institutionelle Rahmenbedingungen, Organisationsstrukturen)
- soziale Faktoren (z.B. Kultur und soziale Rahmenbedingungen, Religion, Sprache)
- Kontextfaktoren (z.B. gesetzliche Regulierungen)

Dabei wurde konkret nach Hindernissen und Treibern gefragt (Beispiele):

- *Was behindert denn eine interprofessionelle Arbeitsweise? Bzw. warum wird es nicht gemacht/umgesetzt?*
- *Wie müssen die Personen im Team sein, damit interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert?*
- *Welche organisatorischen Rahmenbedingungen müssen da sein, damit interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert?*

Bei den zu erfragenden Auslösern orientierte sich der Interviewleitfaden an den Kategorien von Reinhardt et al. (2017) und suchte insbesondere nach Auslösern, die

- die Attraktivität der interprofessionellen Zusammenarbeit erhöhen,
- vorhandene Barrieren reduzieren oder
- die Rahmenbedingungen der Umsetzung verändern.

So wurden im Interviewleitfaden insbesondere folgende Fragen bezüglich potentieller Auslöser gestellt, um zu erfahren, was sich ändern müsste, damit die Interprofessionalität besser funktioniert (Beispiele):

- *Gab es einen oder mehrere konkrete Auslöser, die diesen Wandel dann auch angestossen haben?*
- *Welchen Auslöser würde es denn brauchen?*

Der Leitfaden liess durch einführende offene Fragen entsprechend Spielraum für den Interviewer, um während des Interviews weitere Kategorien von Einflussfaktoren zu erkennen und zu ergänzen. Bei der Auswahl der Interviewpartner wurde auf ausreichende Heterogenität geachtet. Es wurden Personen diversen Geschlechts und Alters aus verschiedenen Institutionen, Professionen (universitär und nicht-universitär), hierarchischen Stellungen sowie aus verschiedenen geografischen Regionen der Schweiz befragt.

Tabelle 2: Datenerhebung Arbeitspaket 1

Anzahl Interviews		45
Interprofessionalität umgesetzt	Bereits umgesetzt	29
	Noch nicht umgesetzt oder mit Problemen	16
Berufsgruppe	Ärztliches Personal	14
	Pflegerisches Personal	19
	Therapeutisches Personal	6
	Technisches Personal	2
	Personal im Sozialdienst	1
	Administratives Personal	3
Region	Deutschschweiz	35
	Französischsprachige Schweiz	10
Sektor	Ambulant	10
	Stationär	35

Insgesamt wurden im Rahmen des Arbeitspaketes 45 Interviews in 9 verschiedenen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt. Eine Mehrheit von 64% der Interviewten hat dabei angegeben, bereits in einem interprofessionellen Team zu arbeiten bzw. dass das interprofessionelle Team gut funktioniert.

Die durchgeführten Interviews wurden transkribiert und gegebenenfalls ins Deutsche übersetzt. Dieser Vorgang resultierte in 609 DIN-A4-Seiten Text, welcher die Grundlage für die qualitative Inhaltsanalyse darstellte. Mit Hilfe der Software MaxQDA⁴ wurden insgesamt 1.453 Textstellen als Einflussfaktoren kodiert. Diese konnten anschliessend 18 übergeordneten Konstrukten zugeordnet werden.

4.1.2 Ergebnisse

Die identifizierten Konstrukte können konzeptionell organisationalen Einflussfaktoren, individuellen Einflussfaktoren und gesetzlichen Rahmenbedingungen zugeordnet werden und ergeben somit ein holistisches Kategoriensystem von Einflussfaktoren. Soziale Einflussfaktoren konnten in den Interviews kaum identifiziert werden. Lediglich eine Person sprach von Sprachschwierigkeiten bzw. kulturellen Unterschieden im Hierarchiedenken. Diese Aspekte wurden nach einer Analyse des Aussagekontextes den individuellen Einflussfaktoren zugeordnet. Die folgende Übersicht zeigt die einzelnen Ka-

⁴ MAXQDA ist eine Software der Firma VERBI zur computergestützten qualitativen Daten- und Textanalyse. Sie wird zur Unterstützung von wissenschaftlichen Projekten und Studien angewendet, bei denen Interviews, Texte und Medien wie Bild-, Audio- und Videodateien inhaltlich analysiert werden

tegorien und Einflussfaktoren, welche im Rahmen der qualitativen Studie herausgearbeitet wurden. Die Kategorien fassen jeweils immer Barrieren, Treiber und Auslöser zusammen, da diese auf einer aggregierten Ebene konzeptionell nicht differenziert werden können. So kann z.B. das Vorhandensein formeller Gefässe für den Austausch als Treiber wahrgenommen werden, gleichzeitig aber das Fehlen derartiger Gefässe an anderer Stelle als Barriere. Die Einführung eines formellen Gefässes wiederum könnte dann ein entsprechender Auslöser sein. Die Einflussfaktoren in der folgenden Übersicht sind dabei alle positiv, d.h. als Treiber, formuliert.

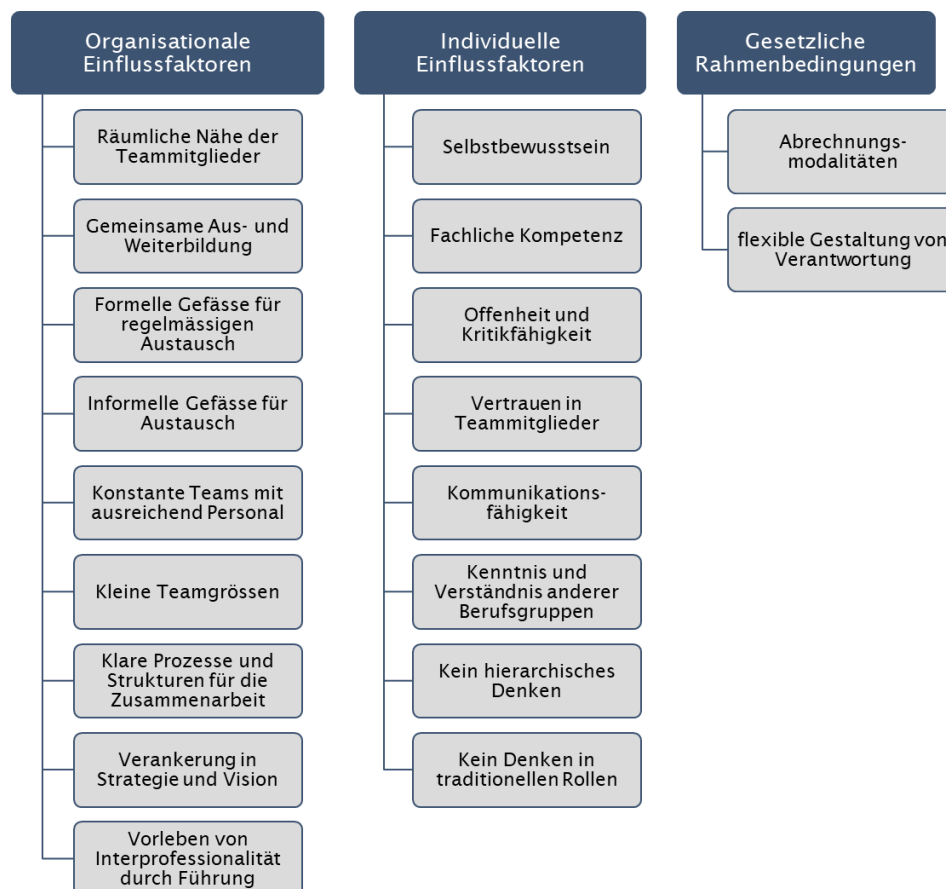


Abbildung 3: Kategoriensystem von Einflussfaktoren

Im Folgenden werden die Einflussfaktoren dargestellt und mit entsprechenden Zitaten aus den Interviews belegt. Diese Zitate sind nicht erschöpfend, sollen aber dazu dienen, eine Verbindung zwischen der konzeptionellen Ebene des Kategoriensystems und dem realen Kontext der Teilnehmenden herzustellen.

Organisatorische Einflussfaktoren

Organisatorische Einflussfaktoren beinhalten diejenigen Treiber, Barrieren und Auslöser, die sich in den Organisationsstrukturen der Institutionen widerspiegeln. Die Studie konnte neun verschiedene organisatorische Einflussfaktoren identifizieren.

Der Einflussfaktor, der von den interviewten Personen am häufigsten thematisiert wurde, bezieht sich auf die räumliche Nähe der Teammitglieder: „Also sicher die Nähe zueinander, wenn man jetzt räumlich auch nah beieinander ist“ (I:05_D; Z:167). Wenn die Berufsgruppen räumlich nah beieinander arbeiten, kommt man auch ohne formelle Treffen häufig in Kontakt miteinander: „man läuft sich über den Weg, man kennt sich“ (I: 03_F; Z:96). Einige Personen

Räumliche Nähe der Teammitglieder

suchen gern den persönlichen Kontakt und räumliche Nähe wirkt hier unterstützend: *„Ich mache solche Sachen auch nie schriftlich oder so. Ich gehe immer direkt, wenn etwas ist, ins Büro und diskutiere das aus“* (I: 03_F; Z: 96). Ist räumliche Nähe nicht gegeben, wird dies hingegen als Barriere für interprofessionelle Zusammenarbeit wahrgenommen: *„Deshalb ist es noch schwierig, also man trifft sich nicht automatisch am selben Ort, um dann ein Resümee zu machen“* (05_J; Z: 92). Wenn die räumliche Nähe nicht vorhanden ist, dann steigt die Relevanz der Kommunikation: *„Weil, wir sind nicht im Hauptgebäude. Wir sind in einem kleinen Aussenstandort. Umso wichtiger ist da eben auch die Kommunikation miteinander“* (I: 03_H; Z: 5). Die Kommunikation ist jedoch schwieriger umzusetzen, wenn die räumliche Nähe nicht gegeben ist und dies hindert letztendlich die interprofessionelle Zusammenarbeit.

„Ich verstehe nicht, wieso hat er das verordnet? Und wenn du halt dann einen Fünf-Minuten-Weg auf dich nehmen musst, um das zu fragen, denkst du dir auch, ja, wird schon seine Berechtigung haben, und fragst nicht nach (...) Ich denke, das würde manchmal schon helfen, dass man einfach räumlich keine Barriere dazwischen hat.“ (I: 05_J; Z: 102)

Gemeinsame Aus- und Weiterbildung

Als weiterer förderlicher Einflussfaktor wurde insbesondere die gemeinsame Aus- und Weiterbildung genannt. So wurde dargestellt, dass das Thema Interprofessionalität mittlerweile in die Ausbildung verstärkt mit einbezogen wird: *„Das ist das was sie bei uns lernen, die Studierenden Ergo und Physio lernen die Interprofessionalität“* (I: 02_B; Z: 22). Oder es wurde zumindest befürwortet, dass dies in die Ausbildung gehöre: *„Ich denke schon, dass dies einmal ein Thema gewesen ist. Aber ich wüsste jetzt nicht mehr in welchem Schwerpunkt, wo das ein Thema ist. So dieses Gärtchen-Denken finde ich, ist nicht vermittelt worden. Ich glaube schon, dass man dort die Interprofessionalität angesprochen hat“* (I: 02_C; Z: 47). Dies schien früher noch nicht der Fall gewesen zu sein:

„Was noch interessant ist, dass im Studium darin nichts vermittelt wird, oder (...) Also das lernt man irgendwie im Praktikum, oder sollte man (...)“ (I: 05_J; Z: 57-61)

In vielen Institutionen gibt es bereits gemeinsame Weiterbildungen für Personal unterschiedlicher Professionen. Dies wurde in fast allen Interviews erwähnt. Für einige der interviewten Personen sind diese Weiterbildungen sehr hilfreich, um Interprofessionalität zu fördern: *„Aber wir machen recht viel auch so interprofessionelle Ausbildung und von dem her glaube ich schon, dass das was ist, was wir relativ viel machen, oder dass es schon eher eine gute Zusammenarbeit ist“* (I: 05_F; Z: 35). Das gemeinsame Anschauen von Übungsfällen und Checklisten erlaubt neben der inhaltlichen Weiterbildung das Erlernen von interprofessioneller Kompetenz: *„So wie eine Kompetenz, wo man zusammen gelernt hat und dann zusammen macht. Und da ist es dann auch interprofessioneller in dem Moment. Und da klappt es auch gut“* (I: 05_F; Z: 43). Dabei wurde von mehreren interviewten Personen explizit erwähnt, dass diese Weiterbildungen nicht isoliert für die verschiedenen Professionen stattfinden dürfen. Dieser Ansatz scheitert aber häufig an der Umsetzung im Alltag, wo es insbesondere ärztlichem Personal häufig an Zeit oder dem Willen fehlt: *„Wobei schon in der Regel nur Pflegefachleute dabei sind halt [...] die Ärzte, die haben halt andere Themen. [...] Keine Zeit für sowas. Und wenn es von der Pflege her kommt erst recht nicht“* (I: 03_F; Z: 56-60). Zusätzlich dazu ist es keine leichte Aufgabe, für alle Berufsgruppen gleichermassen interessante Themenstellungen für die Weiterbildung zu finden. In einer Institution

wird darüber diskutiert, diese Art von Weiterbildungen obligatorisch zu machen und so Interprofessionalität zur Gewohnheit werden zu lassen: „Wir haben dann an dem und dem Tag mittags die Fortbildung. Ja, dass das wieder selbstverständlich wird. Ja, und die sind natürlich dann auch obligatorisch, die müssen teilgenommen werden, damit das wieder, wie soll ich sagen, in den Alltag integriert wird“ (I: 04_A; Z: 103). Die durchgeführten Weiterbildungen nehmen dabei verschiedene Formen an. Diese reichen von einem interprofessionellen Trainingstag über wöchentliche Kurz-Inputs bis hin zu gemeinsamen Teilnahmen an internationalen Kongressen. Auch Interprofessionalitätsworkshops werden durchgeführt: „Wir machen einen Workshop zu diesem Thema, dass wir verschiedene Sichten, (...), wer behandelt diese Diagnose wie, wer sieht seine Sicht wie, wer kann etwas zu dieser Diagnose beitragen“ (I: 02_B; Z: 54). In der Zeit der interprofessionellen Weiterbildung kommt es dann auch nicht nur zum fachlichen, sondern auch zum informellen Austausch.

Neben der räumlichen Nähe, die ungeplantes Aufeinandertreffen ermöglicht, sind auch strukturierte und regelmässige formelle Austauschgefässe notwendig. Dies wurde von fast allen interviewten Personen betont. Wenn es diese Gefässe nicht gibt, „dann ist das ein grosses Hindernis, um die Interprofessionalität leben zu können“ (I: 02_C; Z: 39). Diese formellen Gefässe müssen aktiv geschaffen werden: „Da gibt es ganz wenig Gefässe wo man natürlicherweise sowieso zusammen ist. Und ich denke, das ist auch etwas, was man schaffen muss, also aktiv“ (I: 06_B; Z: 11). Ein regelmässiges Zusammentreffen im Rahmen dieser formellen Gefässe führt dazu, dass der Austausch ernst genommen wird, jeder sich beteiligen kann und spezifische Fragen und Unklarheiten eine Anlaufstelle haben:

„Und ich denke, diese Donnerstagssitzung ist ein, finde ich ein sehr gutes Beispiel dafür, dass mit der Regelmässigkeit und klaren Signalen, dass da jeder auch den Beitrag dazu leisten kann und darf und soll, oder? Dass immer wieder diese Austauschmöglichkeit strukturell schon da ist. Das hat es extrem erleichtert, dass man dann auch langfristig dranbleiben kann. Und nicht Aufwand treiben muss, um sich überhaupt zu sehen, um etwas besprechen zu können. Sondern, das ist quasi immer klar, ah, das ist ein Thema, das kann ich nächsten Donnerstag vorstellen, Fragen bringen, und dann kommt man weiter, oder, weil das schon vorstrukturiert ist.“ (I: 06_B; Z: 11)

Um diese regelmässigen formellen Gefässe aktiv zu fördern, muss auch entsprechend Zeit zur Verfügung gestellt werden: „Das man sagt, es gibt interprofessionelle Rapporte, es gibt einen Raum, dass Visite einfach mehr Zeit hat. Es gibt explizit Strukturen, wo man auch sagt: Die Sicht der Profession ist auch wichtig. Und dass sie zugleich zusammensitzen. Nicht nacheinander, sondern miteinander. Das wären wichtige Strukturen“ (I: 03_G; Z: 21). Formelle Gefässe können von wöchentlichen Kurzrapporten zu zweiwöchigen grösseren Rapporten bis hin zu grösseren Fallbesprechungssitzungen reichen. So gibt es bei einer Organisation „einmal freitags morgens den Kurzrapport, dann haben wir einen, den haben wir auch eingerichtet, um diese Sachen zu vertiefen, wenn es auch so ein bisschen fachliche Probleme gibt nur zwischen Therapie, Pflege und Ärzten. Ein Rapport, den haben wir alle zwei Wochen, dann haben wir jetzt eingeführt die Therapie-Visite, das heisst, wir gehen jetzt auch zu den Therapeuten einmal die Woche und gucken, also alle können hingehen“ (I: 04_D; Z: 49). Weiter können in diesen formellen Gesprächen oder Fallbesprechungen immer wieder neue Themenschwerpunkte gewählt werden: „also ein Austausch mit immer wieder verschiedenen Schwerpunkten“ (I: 04_D; Z: 49). Jedoch gibt es auch negative Stimmen bezüglich der formellen Gefässe, denn diese seien mittlerweile an der Anzahl zu viele: „Ja,

Regelmässige formelle Gefässe

ich denke zweimal die Woche eine Visite würde ausreichen und so ist es schon dreimal die Woche am Bett eine Visite, und zweimal die Woche der interdisziplinäre Rapport, der geht auch noch gross eine Stunde. (...) Das heisst, jeden Tag ist etwas. Jeden Tag, es ist kein freier Tag ohne, und ich finde das zu viel, weil wir keine Akutklinik sind.“ (I: 04_A; Z: 77-79)

Informeller Austausch

Auch informelle Austauschmöglichkeiten eignen sich, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern. So trifft man sich bei gemeinsamen Kaffeepausen, beim Mittagessen oder auch bei privaten Anlässen nach Feierabend.

„Und wir sind dann manchmal auch zusammen in der Pause, das gibt es auch, da versuchen wir unser Wissen auch mehr miteinander auszutauschen. [...] Manchmal reden wir da völlig fachlich, manchmal aber auch einfach total privat.“ (I: 02_B; Z: 16)

Solch ein informeller Austausch kann beispielsweise gestärktes Vertrauen und Wertschätzung mit sich ziehen. Informelle Gefässe können auch direkt benutzt werden, um mit anderen Berufsgruppen in Kontakt zu kommen: *„Zum Beispiel haben wir die Idee, dass wir zum Beispiel am Mittagstisch jetzt so wie einen Tisch machen, wo einzelne Personen das Mittagessen einnehmen können. Damit man auch zum Beispiel mit einem von dem technischen Dienst in Kontakt kommt oder dass man so mal das Gespräch führt und nicht immer stur an seinem Platz sitzt. Das wäre eine Massnahme oder eine Idee.“ (I: 03_D; Z: 35)*

Konstante Teams mit ausreichend Personal

Ein grosses Hindernis bei der Umsetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit stellt bei vielen Organisationen der Fachkräftemangel sowie die Fluktuationsrate dar: *„Hindernis ist die, ja beinahe übliche Fluktuationsrate im Gesundheitsberuf“ (I: 04_G; Z: 71)*. Viele Institutionen beschäftigen temporäres Personal, welches zwar Flexibilität ermöglicht, aber häufig wechselt. Auch bei Institutionen, welche Personal ausbilden, wechseln die Teamzusammensetzungen ständig:

„Das wechselt sehr, sehr viel auf dem Notfall unter den Ärzten. Die meisten sind für drei Monate da. Und das ist sehr schade, weil in drei Monaten können wir schlussendlich sehr gut zusammenarbeiten, und dann fängt es von vorne an.“ (I: 05_H; Z: 5)

Entsprechend benötigen die neuen Mitarbeitenden *„am Anfang enorm viel Unterstützung und Hilfe“ (I: 05_H; Z: 39)*. Ein wichtiger Einflussfaktor sind somit konstante Teams mit ausreichend Personal. Wenn ein Personalmangel besteht, fehlt es auch an der Zeit für den interprofessionellen Austausch: *„Sicher, dass wir zu wenig Pflegepersonal im Moment haben und deswegen, dass sie auch nicht so viel Zeit haben, am Morgen mit uns zu bleiben beim Patienten. Weil ab und zu das Problem ist, dass der Patient schon parat ist, also schon gewaschen und so, und dann kommen wir. Aber das ist dann wieder nicht interprofessionell, denn wir sind nicht zusammen dort zum Beispiel“ (I: 04_F; Z: 59)*. Ein Problem der Zusammenarbeit stellt dabei auch das Schichtsystem dar, denn *„mit dem Schichtsystem kann es sein, dass du nicht parallel mit jemandem arbeitest, sondern nur einen Dienst“ (I: 05_J; Z: 118)*.

Kleine Teamgrössen

Ein Vorteil von konstanten Teams ist unter anderem, dass man einander persönlich und fachlich gut kennt. Dies wird auch durch kleinere Organisationseinheiten begünstigt: *„Weil, ich denke, wir sind da wirklich Face-to-Face. Man läuft sich über den Weg, man kennt sich“ (I: 03_F; Z: 96)*. Weiter sind in einem grösseren Spital *„die Grenzen schon ganz klar abgegrenzt, also gesteckt auch, wie weit darf man oder wie weit ist man in der Kompetenz. Und es sind auch irgendwo vielleicht ein bisschen altmodischere Ansichten als jetzt hier [in einem kleineren Spital]“ (I: 03_J; Z: 23)*. Aber auch kleine Teamgrössen sind von

Vorteil, denn es gibt nicht zu viele Beteiligte und eine Entscheidung kann schneller stattfinden. Ausserdem wird angemerkt, dass kleine Teams weniger von Hierarchien geprägt sind, da man sich besser kennt.

„Bei den kleinen Teams fördert es [die interprofessionelle Zusammenarbeit]. Grosse Teams sind mehr hierarchisch denkend.“ (I: 06_A; Z: 171)

Um eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit realisieren zu können, müssen ausserdem Grundabläufe definiert sein: *„Dass man Strukturen und Prozesse so anlegt, dass bestimmte Grundsätze nicht mehr diskutiert werden müssen“ (I: 03_G; Z: 19). „Wohldefinierte Prozesse können dazu beitragen, dass die Zeit effizient genutzt wird“ (I: 03_G; Z: 40).* Klare Prozesse und Strukturen erübrigen bereits Kommunikation über Abläufe und sparen entsprechend wertvolle Zeit für den Austausch. Unter ‚klare Prozesse und Strukturen‘ wird unter anderem verstanden, dass die Tagesabläufe, Kompetenzen und Aufgaben jedes einzelnen Teammitglieds für andere sichtbar sind: *„Ich glaube, wenn jeder weiss, was er zu tun hat, funktioniert das super“ (I: 05_H; Z: 37).* Eine gute Organisation ist dabei sehr wichtig, *„also, wenn jeder weiss, was er zu tun hat, was seine Kompetenzen sind und wo er sich überall einbringen muss, kann oder darf, ist das schon ein grosser Vorteil“ (I: 05_G; Z: 67).* *„Sowohl eben für diejenigen, die sich vielleicht weniger trauen, sich auch über ihre Berufsgrenzen hinaus zu äussern. Wenn sie wissen, sie dürfen oder können oder müssen das sogar, macht es das sicher einfacher für sie“ (I: 05_G; Z: 69).* Die ständig wechselnden berufsspezifischen Aus- und Weiterbildungen erschweren jedoch die Sichtbarkeit, insbesondere bei den Pflegeberufen. *„Ich glaube das steht, aber was das konkret ist? Ich meine, das hat sich in den letzten 10 Jahren schon fünfmal geändert“ (I: 05_J; Z: 184).* Dies macht es schwer, alle Kompetenzen der jeweiligen Teammitglieder zu kennen. Dennoch scheint es in vielen der interviewten Organisationen kein gravierendes Problem zu sein.

Klare Prozesse und Strukturen

Die Teammitglieder können durch die klar definierten Strukturen *„selbstständiger handeln in einem bestimmten Bereich“ (I: 03_G; Z: 41).* Auf der einen Seite müssen die Prozesse für Routineaufgaben fest sein, *„um die Kommunikation auf das Wesentliche zu konzentrieren. Auf der anderen Seite müssen diese Prozesse aber flexibel genug sein, um auf bestimmte Situationen reagieren zu können“ (I: 03_G; Z: 68).* Die Organisation sollte hinter den vorgegebenen Strukturen stehen und diese sollten auf höheren Hierarchieebenen autorisiert werden. Jedoch sollte die Entwicklung dieser Strukturen und Prozesse gemeinsam stattfinden.

Damit die interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert, braucht es weiter ein *„gemeinsames Gedankenkonstrukt. Was ist die interprofessionelle Zusammenarbeit und wie soll das sein? Dass man dasselbe darunter versteht“ (I: 04_G; Z: 63).* *„So grundsätzlich braucht es vor allem schon einmal das Bewusstsein, dass es das überhaupt gibt. Das Thema, dass das bekannt ist“ (I: 05_I; Z: 69).* Das Management der Organisation spielt hier eine zentrale Rolle. Interprofessionalität muss dementsprechend in der Strategie und der Vision der Organisation definiert und verankert sein. *„Weil, es muss wirklich, es muss ein Commitment von ganz oben geben“ (I: 06_C; Z: 59).* Die Verankerung in Strategie und Vision fördert eine Interprofessionalitätskultur:

Verankerung in Strategie und Vision

„Wir haben ja auch eine Betriebskultur, die definiert wurde, wir haben ein Logo, wir haben einfach alles, unseren Leitfaden für unseren Betrieb, nach welchen Kriterien wir leben wollen, wir arbeiten wollen, wie wir miteinander umgehen wollen, und das ist jetzt nicht nur bei den MTRAs [Medizinisch-technische Radiologieassistenten], sondern, das ist gemeinsam gewesen. Und das, das finde ich natürlich auch

wichtig. Und da müssen alle Parteien sich einig sein, dass sie das auch wollen.“ (I: 05_D; Z: 177)

Die Etablierung dieser Grundsätze braucht Zeit und diese muss gegeben werden: „Und ich denke, das ist zwar auch eine Art von Kulturchange [...] also es genügt nicht, dass man sagt, man ist interprofessionell, das muss man irgendwie auch spüren und sehen, oder?“ (I: 06_B; Z: 17)

Vorleben durch die Führung

Die interprofessionelle Zusammenarbeit allgemein sollte durch die Führung vorgelebt werden. Interprofessionalität ist am besten zu verwirklichen, „wenn der Chef der jeweiligen Abteilung, wenn die Leitungsebene und die höchste Leitungsebene voll dahinterstehen und das auch leben. Wenn diese nicht dahinterstehen, ob jetzt, sage ich mal, direkt oder indirekt, ist das kaum zu verwirklichen“ (I: 06_C; Z: 59). Führungspersonen sind in diesem Sinne aber nicht nur als die Vorgesetzten der eigenen Profession zu verstehen. Auch hierarchisch vermeintlich höher gestellte Professionen wie das ärztliche Personal werden oft als Führung herausgehoben. Bei der Arbeit in interprofessionellen Teams ist es zentral, dass die Leitungsebene flache Hierarchien innerhalb eines Behandlungsteams vorlebt, obwohl dies in der Praxis nicht immer einfach umzusetzen zu sein scheint: „Das ist natürlich auch immer eine Herausforderung für Ärzte (...), sage ich mal, diese Hierarchien eher abflachen zu lassen“ (I: 06_C; Z: 63). Wenn Leitungspersonen beispielsweise auch bei interprofessionellen Sitzungen mit dabei sind, dann ist das „führungsmässig auch ein klares Commitment und Signal: Das ist uns so wichtig, dass wir uns regelmässig für das Zeit nehmen“ (I: 06_B; Z: 11). Insbesondere im Kontext von Spitälern scheint es auch wichtig zu sein, „dass die treibende Kraft dafür, gemeinsam etwas zu machen, der Arzt ist. Weil das quasi die Machtposition ist. Es ist viel einfacher, wenn quasi die Initiative von den Ärzten herkommt“ (I: 06_B; Z: 87). Das Vorleben durch die Führung führt zur Übertragung des Verhaltens auf andere Mitarbeitende:

„Weil interprofessionelle Zusammenarbeit einerseits Strukturen sind, der andere Teil aber Kommunikation und Haltung ist. Und Haltung ist sehr persönlich und das kann ich nur selbst als Vorbild leben und nicht in dem Sinne verordnen.“ (I: 03_G; Z: 59)

Führungspersonal wie Chefärzte oder Chefärztinnen sollten sich Zeit nehmen, Anliegen zu besprechen und weiterzutragen: „Ich schaue noch mal auf unser Haus, wo wir auch mit den Chefärzten wirklich gut reden können. Sie sind präsent, man kennt sich. Sie kennen die Pflege. Da ist es doch sicher entscheidend, wie geht es auch, wie ist die Einstellung von oben nach unten. Also wenn sich Chefärzte sich auch nach unten öffnen können und die Menschen beim Namen kennen, ist vielleicht auch die Mauer nicht mehr so hoch“ (I: 03_F; Z: 156). Weiter wird unter Vorleben durch die Führung auch verstanden, dass diese jederzeit hinter ihren Mitarbeitenden steht und diesen den Rücken stärkt. „Mit Vorleben, mit Erlaubnis geben, mit, ja, und unterstützen [...], dass sie auch den Rücken stärkt dann von den betroffenen Personen.“ (I: 04_G; Z: 57)

Individuelle Einflussfaktoren

Individuelle Einflussfaktoren bezeichnen spezifische Eigenschaften von Individuen, die das interprofessionelle Teamverhalten beeinflussen.

Hohes Selbstbewusstsein

Als wichtiger individueller Einflussfaktor wurde von den interviewten Personen häufig das hohe Selbstbewusstsein der jeweiligen Teammitglieder genannt:

„Jeder muss ein gutes berufliches Selbstverständnis haben, das ist eine Voraussetzung, ist wie mit einem guten Selbstbewusstsein. Wenn man ein gutes Selbstbewusstsein hat, hat man es viel leichter, auch die andere Seite zu sehen, als wenn man kein gutes Selbstbewusstsein hat, weil dann muss man sich viel mehr abgrenzen.“ (I: 04_D; Z: 45)

Entsprechend muss man seine eigenen Kompetenzen kennen: *„Was kann ich? Was ist mein Aufgabengebiet? Und dann muss man das Gleiche natürlich auch dem anderen zugestehen, dass er das auch hat, und da muss man sich dann treffen“ (I: 04_D; Z: 45).* Für die interprofessionelle Zusammenarbeit braucht es Leute, die offen sind und ungehemmt ihre Gedanken mitteilen: *„Die keine Hemmungen haben sich zu äussern, ihre Ideen mitzuteilen, ohne unbedingt zwei- oder dreimal darüber nachgedacht zu haben, ob das jetzt gut oder schlecht ist. Das einfach mal in den Raum werfen. Solche Leute machen natürlich das Ganze einfacher“ (I: 05_G; Z: 55).* In den Interviews wird klar, dass ein selbstbewusstes Auftreten im Umgang mit Kollegen und Kolleginnen in interprofessionellen Teams überaus wichtig ist: *„Das Problem ist, sie melden sich nicht“ (I: 06_A; Z: 25).* Zum Teil wurde geäußert, dass Personen das Gefühl haben etwas Falsches zu sagen und daher lieber nichts einbringen: *„Und das ist noch mehr noch bei den weiblichen Berufen, ist einfach so, dass mehr die soziale Unsicherheit da ist. Ja, wie erscheine ich da in der Umgebung, sage ich etwas Blödes? Oder, wobei das nie so ist“ (I: 06_A; Z: 35).* Einige Berufsgruppen müssen zum Teil explizit ermutigt werden, sich einzubringen: *„[...] Ich will es nicht auf die Pflege schieben, aber ich habe schon teilweise das Gefühl, also ich kann nur von mir persönlich sprechen, aber ich würde es mehr akzeptieren bei der Pflege, wenn von ihnen mehr kommen würde wirklich, wie als Wunsch, oder Commitment“ (I: 05_F; Z: 59).* Dabei ist zu beachten, dass Extrovertiertheit von der Persönlichkeit abhängig ist und nicht unbedingt mit der Profession in Zusammenhang steht. Erfahrenere Fachpersonen sind zudem selbstbewusster; unter anderem, da sie ihre eigenen Kompetenzen besser einschätzen können.

Auch eine hohe fachliche Kompetenz kann ein wichtiger Einflussfaktor auf die interprofessionelle Zusammenarbeit sein. Individuen mit einer hohen fachlichen Kompetenz haben ein höheres Selbstbewusstsein und äussern sich entsprechend auch in grösseren Gruppen. Gleichzeitig erlaubt es fachliche Kompetenz, auch gegenüber anderen Fachgruppen offener zu sein:

Hohe fachliche Kompetenz

„Es macht ihn oft aus, wie sicher er sich in seiner Rolle fühlt. Wenn sich der Arzt sicher ist in seiner Rolle, lässt er viel mehr von der Pflege auch zu.“ (I: 03_D; Z: 9)

Fachliche Kompetenz wird dabei nicht nur über Hierarchien, sondern auch über Arbeitserfahrung definiert: *„Weil da ist es wirklich teilweise so, dass manche Skills, die der Assistenzarzt hat und die die langjährige Pflegekraft hat, sehr sich überschneiden und sehr die gleichen sind und da kann es dann durchaus zu der Position kommen, wo eigentlich die Pflege das jetzt seit 30 Jahren wesentlich besser macht, als der Arzt, dieser das Gefühl hat, er müsste es jetzt“ (I: 05_F; Z: 31); „Je älter, dass man ist oder je erfahrener, dass man ist, desto flacher sind die Hierarchien“ (I: 05_B; Z: 11).* Erfahrungskompetenz kann dabei auch höher gewichtet werden als formelle Kompetenz, beispielsweise bei einer langjährigen Pflegekraft im Vergleich zu assistenzärztlichem Personal: *„Und das stimmt natürlich rein diagnostisch, aber die Beurteilung des Patienten, in meinen Augen, ist nicht arzt- oder pflegefachpersonenabhängig, sondern erfahrungsabhängig“ (I: 05_B; Z: 33).* Das Übergeben von Verantwortung an kompetentes Personal kann jedoch im Extremfall interprofessionelles Zusammenarbeiten wieder einschränken: *„Bei solchen, die vier, fünf Jahre Erfahrung haben, gehe ich einmal pro Woche vorbei. Und das ist*

halt wirklich, dann nimmt man sich ein bisschen zurück, und dann ist man weniger im Kontakt mit der Pflege“ (I: 03_J; Z: 11). Insbesondere bieten viele Professionen heutzutage ein breites Ausbildungsspektrum (z.B. Studium der Pflegewissenschaften), die die Kompetenzen vormals klassischer Ausbildungsberufe deutlich erhöht. Gleichzeitig ist die traditionell geprägte Profession der Ärzteschaft teilweise noch nicht mit derartigen Änderungen vertraut, „dass die Pflege das Fachwissen hat.“ (I: 05_F; Z: 13).

Offenheit und Kritikfähigkeit

Als ebenfalls bedeutender Einflussfaktor auf Interprofessionalität wurden von den befragten Personen die persönlichen Eigenschaften der Offenheit und Kritikfähigkeit herausgestellt. Personen in einem interprofessionellen Team sollten offen gegenüber der Meinung und Kritik anderer Professionen sein:

„Es müssen offene Personen sein, die Interesse haben auch eben für die anderen Berufsgruppen.“ (I: 05_I; Z: 65)

Gleichzeitig bedeutet Offenheit auch Toleranz gegenüber neuen und anderen Ideen und Diagnosen von Mitarbeitenden in den Teams: *„[...] wenn jemand das mitbringt, die Idee, und dass dann halt auch die Akzeptanz da ist von den anderen und mitziehen wollen [...]“ (I: 03_J; Z: 122). Ebenfalls lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Offenheit der Teammitglieder und der wahrgenommenen Hierarchie erkennen: „Man muss schon offen sein und eben vielleicht nicht zu selbsteingenommen, dass man [...] akzeptiert, dass es ein bisschen flacher ist“ (I: 03_J; Z: 98); „[Es] müssen sich alle ein bisschen öffnen [für] diese Art der Zusammenarbeit“ (I: 05_J; Z: 165). In mehreren Interviews wurde jedoch deutlich, dass es schwierig ist Offenheit zu leben, weil einzelne Personen als sehr starrköpfig wahrgenommen werden. Offenheit wird für alle Berufsgruppen als relevante Eigenschaft herausgestellt. Jedoch scheint die Wichtigkeit eher für hierarchisch unterstelltes Personal (z.B. Pflegefachkräfte) eine besonders grosse Rolle zu spielen: „Also ich habe jedenfalls das Gefühl, die Ärzte müssen einfach noch ein bisschen mehr in Not kommen, dass sie einfach selber das gar nicht können. Und wenn sie es nicht mehr selbst stemmen können, dass dann wie klar ist, es lohnt sich“ (I: 06_B; Z: 101). Aber auch hierarchisch höhergestelltes Personal fordert Offenheit von anderen Professionen ein: „Bei mir wäre das Potenzial da, dass die Pflege mit mir auf Augenhöhe zusammenarbeiten könnte, [mehr] als sie es jetzt teilweise machen“ (I: 05_F; Z: 61). Entsprechend führt eine Erhöhung der Offenheit gegenüber hierarchisch unterstellten Professionen aber gleichzeitig zu mehr Übernahme von Verantwortung für diese: „Ich habe fast eher das Gefühl, dass es sogar ein Stück weit, jetzt bei uns konkret, dass es von der ärztlichen Seite mehr akzeptiert wird als von der Pflege. [...] Wenn man auf Augenhöhe zusammenarbeitet, muss man auch auf Augenhöhe die Verantwortung mitnehmen und das macht unter Umständen mehr Arbeit. [...] Also wie das auf Augenhöhe zusammenarbeiten anzunehmen, aber dafür auch zu akzeptieren, dass wenn man da auf Augenhöhe mitmacht, dass dann auch mit allen Konsequenzen machen muss.“ (I: 05_F; Z: 57)*

Neben der Offenheit ist auch die Kritikfähigkeit entscheidend für interprofessionelle Zusammenarbeit: *„Und man muss auch ein bisschen kritikfähig sein, also wenn man Kritik kriegt von der Pflege zum Beispiel, als Arzt“ (05_J; Z: 115). Diese Eigenschaft wird von den Interviewten der Persönlichkeit der Teammitglieder zugerechnet: „Es hängt natürlich auch ein wenig von der Persönlichkeit des Arztes ab, ob er selbstkritisch genug ist, eine andere Meinung zuzulassen. Ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Punkt“ (I: 05_B; Z: 69). Kritik sollte jedoch konstruktiver Natur sein, damit das Personal diese zur Weiterentwicklung ihrer Fähigkeiten nutzen kann. Positiv wird ausserdem wahrgenommen, wenn man „nicht zu Kreuze kriechen muss“ (I: 03_J; Z: 42). In diesem*

Zusammenhang ist eine Fehlerkultur wichtig, die eine Balance zwischen konstruktiver Kritik und Rücksichtnahme auf die zwischenmenschlichen Rahmenbedingungen der Teamarbeit ermöglicht.

Als weiterer individueller Einflussfaktor wurde das Vertrauen in die Teammitglieder identifiziert. Vertrauen ist eine wichtige Voraussetzung für die Arbeit in interprofessionellen Teams, denn nur so können einzelne Personen auch ihre Zuständigkeiten guten Gewissens in die Hände anderer legen: *„Das ist, wie viel man Vertrauen eben hat, und wie viel Vertrauen einem entgegengebracht wird (...) und wahrscheinlich je erfahrener man ist, desto weniger ist es ein Problem in meinen Augen“* (I: 05_B; Z: 44). Vertrauen haben bedeutet in diesem Sinne auch, dass *„man sich auch aufeinander verlassen kann“* (I: 02_A; Z: 29). Mitarbeitende müssen sich darauf verlassen können, dass die anderen Teammitglieder ihrer Arbeit auch nachkommen:

„Man muss sich aufeinander verlassen können. Also ich habe auch schon gemerkt, wenn ich ein Problem oder etwas habe, dann geht das ja über meine Teamleitung und wenn es dort zum Beispiel dann nicht weitergeht oder steckenbleibt, dann, ja, ich muss mich ja dann auf die andere Person verlassen können, dass es weitergeht.“ (I: 04_B; Z: 71)

Vertrauen erzeugt das Gefühl von Wertschätzung, welches Mitarbeitende motiviert, auch eigenständiger zu handeln und zu denken. *„Vertrauen geben und sagen ‚Mach das‘. Und nicht alles hinterfragen und überprüfen. Also ich habe recht viel Vertrauen in meine Leute und lasse diese einmal machen. Einfach zwischendurch einmal informieren, wo sie stehen“* (I: 02_B; Z: 52). Vereinzelt wurde angegeben, dass es insbesondere den Berufsgruppen mit viel Verantwortung schwerfällt Aufgaben zu delegieren. *„Irgendwann haben die Ärzte gemerkt, dass die Projekte einfach viel besser funktionieren, wenn eine Pflegeexpertin den Lead hat. Und dann plötzlich waren sie total gefragt. Dann waren sie bei jedem Projekt dabei. Weil man wie gemerkt hat, die haben das einfach organisatorisch viel besser im Griff, sie können es besser supporten“* (I: 06_B; Z: 101). Konstruktives Feedback ist auch hier wichtig, um eine positive Fehlerkultur zu entwickeln. *„Einfach so die Leute ins Boot holen, zum Mitarbeiten, und ein bisschen die Verantwortung abzugeben. Zutrauen, Verantwortung übergeben. Und dementsprechend, was sie gut machen, wirklich loben und wenn man einen Fehler gemacht hat, es gibt immer wieder Fehler, ich mache auch immer wieder Fehler, dann schreibt man einen Satz, dann schreibt man das und gut ist. Man darf wirklich auch Fehler machen.“* (I: 02_B; Z: 52)

Als nahezu allgegenwärtiger Einflussfaktor wurde die Kommunikationsfähigkeit der Teammitglieder genannt. Hierunter fallen sowohl Umfang als auch Art der Kommunikation. Die interprofessionelle Zusammenarbeit scheitert oftmals bereits daran, dass nicht alle Berufsgruppen den gleichen Wissensstand haben und viele Informationen an den Schnittstellen verloren gehen:

„Und was einfach auch ganz wichtig ist, dass man es miteinander diskutiert. Wenn man nichts sagt, dann laufen vielleicht Prozesse falsch oder holprig oder wie auch immer.“ (I: 03_F; Z: 120)

Kommunikativ zu sein wurde in verschiedenen Interviews als eine wichtige Grundeigenschaft von Personen in interprofessionellen Teams herausgestellt: *„Sicher kommunikationsfreudig und extrovertiert“* (I: 05_G; Z: 55). Kommunikationsfähigkeit bedeutet aber auch, dass man respektvoll mit anderen Berufsgruppen spricht und nicht in einem hierarchiegetriebenen Befehlston agiert: *„Das kommt immer auch darauf an, wie man miteinander umgeht, wie man das sagt. Es geht nicht darum, da von oben herab, sondern es ist ein*

Vertrauen in die Teammitglieder

Kommunikationsfähigkeit

Miteinander und wir haben wirklich, wie du gesagt hast, das auf Augenhöhe, dass man das miteinander versucht, auf einen gleichen Nenner zu bringen“ (I: 03_I; Z: 9). Wenn eine Berufsgruppe beispielsweise kommunikativ ausfällig wird, dann distanzieren Mitarbeitende sich eher, als sich einzubringen: „Weil wenn ein Arzt kommt, einmal lacht er, einmal schreit er nur noch, dann ja, dann distanzierst du dich automatisch.“ (I: 03_D; Z: 123)

Kenntnis und Verständnis anderer Berufsgruppen

Ein weiterer individueller Einflussfaktor, der immer wieder genannt wurde, ist die Kenntnis und das Verständnis für die anderen Berufsgruppen. Wenn man einander kennt und ein Grundverständnis für die Aufgaben, Kompetenzen und Sichtweisen der anderen Professionen hat, dann geht man meist auch respektvoller miteinander um. *„Also dieses Verständnis: Was machen die eigentlich dort? Dass wir es auch sehen, auch von der ärztlichen Seite die Assistenten sehen“ (I: 04_D; Z: 49). Die Einschätzung von Leistungsfähigkeit und Kompetenz ist in der gemeinsamen Entscheidungsfindung von interprofessionellen Teams unabdingbar und damit auch ein Schlüssel zum Erfolg:*

„Ja, man muss halt auch vielleicht realisieren, dass es andere Berufsgruppen gibt, die ein anderes Bild von der gleichen Situation haben und dass diese zweite Sicht eben sehr hilfreich sein kann.“ (I: 05_G; Z: 71)

Die Perspektive der anderen Profession einzunehmen, ist dafür wichtig, *„[...] dass man die anderen Perspektiven besser versteht“ (I: 06_B; Z: 5). Im Alltagsstress geht dieses Verständnis für den anderen oftmals unter: „Und ein bisschen auch das Verständnis für einander, finde ich, das ist auch wichtig. [...] Man merkt dann einfach, jeder denkt nur, ich habe Arbeit und der andere hat eigentlich nicht so viel zu tun. Und er könnte doch, und überhaupt. Das ist so. Das Verständnis füreinander ist enorm wichtig“ (I: 03_F; Z: 33). Tendenziell zeigt sich, dass Personen mit mehr Erfahrung auch die Kompetenzen der anderen Berufsgruppen besser einschätzen können: „Wenn ich daran denke, vor zehn Jahren, zu Beginn meiner Karriere sozusagen, da hatte ich schon noch weniger Ahnung eigentlich, so was die anderen Berufsgruppen da so machen“ (I: 05_I; Z: 43). Gleichwohl verändern sich aber auch die Kompetenzen und das Aufgabenspektrum von einzelnen Berufsgruppen und so ist ein stetiges Auseinandersetzen mit den individuellen Eigenschaften, Abläufen und Erfahrungen anderer Teammitglieder entscheidend.*

Kein hierarchisches Denken

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist geprägt durch Zusammenarbeit auf Augenhöhe und eine flachere Hierarchie. Deshalb erscheint es wichtig, dass die Personen, die in einem solchen Team zusammenarbeiten, kein zu starkes hierarchisches Denken mitbringen dürfen. In diesem Zusammenhang als problematisch angegeben werden oft solche Personen, *„[...] die halt sehr auf die Hierarchie beharren“ (I: 03_D; Z: 105). Insbesondere bei akademischen Berufen wird von den Interviewten Nachholbedarf herausgestellt: „Das ist ein Bereich, den man sehr noch entwickeln muss, dass Ärzte wirklich lernen, kollegial zu denken und nicht hierarchisch“ (I: 04_J; Z: 52). Oft wurde in den Interviews gesagt, dass dies auch im Zusammenhang mit Generationen stehe. Bei älteren und erfahreneren Teammitgliedern ist die Sicht auf die Professionen oft noch sehr hierarchisch geprägt, wohingegen bei jüngeren Teammitgliedern hier bereits ein Wandel hin zu weniger hierarchischem Denken stattzufinden scheint:*

„Also, ich denke, dass jetzt die alten Chefärzte sicher einen schwierigeren Stand haben, weil sie noch, also noch stärker so hierarchisch sozialisiert sind als vielleicht die Jüngeren, aber, also ich habe in allen Altersgruppen, ja, beides erlebt. Also nicht, dass das jetzt automatisch besser wird.“ (I: 06_B; Z: 95)

Das hierarchische Denken und Handeln wird als wichtiger Einflussfaktor insbesondere von den in der Hierarchie weiter untenstehenden Berufsgruppen aufgedeckt, da deren fachliche Integration darunter oft leidet: *„Weil wir viel mehr ein Team sind. Ich habe so viele Kollegen, die ich fragen kann, ohne dass ich irgendwie blossgestellt werde. Ich habe das Gefühl, ich weiss es ja nicht, aber ich habe das Gefühl, den Ärzten fehlt das manchmal. Dass sie wie sich auch nicht getrauen, den Kollegen zu fragen, was er jetzt machen würde oder sogar vielleicht in der Hierarchie tiefergestellte getrauen sie sich gar nicht zu fragen, obwohl die vielleicht die Antwort wüssten. Und das finde ich, machen wir in der Pflege schon.“* (I: 03_D; Z: 23)

Als finaler individueller Einflussfaktor, der aber gleichwohl mit dem letztgenannten verbunden ist, wurde das Nichtvorhandensein von Denken in traditionellen Rollen identifiziert. Hierbei geht es insbesondere darum, dass man Stereotype wie das der „weiblichen Krankenschwester“ und des „männlichen Oberarztes“ hinterfragt. Rollenmodelle, die es bereits seit Jahren gibt und die bisher gut funktioniert haben. *„Zum einen, die Rollenmodelle. Jemand, der da reingewachsen ist und auch nicht schlechte Erfahrungen gemacht hat. Ist ja nicht so, dass alles schlecht war, was bisher gelaufen ist“* (I: 06_A; Z: 160). Es wird aber angemerkt, dass eine Veränderung stattfindet. *„Es ist auch, ja, eine Generationenfrage. Sie sind noch anders erzogen worden. Die haben das ganz anders miterlebt und haben noch mehr diesen militärischen Führungsstil“* (I: 03_I; Z: 39). Es wird aber auch klar, dass Rollendenken auch mit bestimmten Kontexten zusammenhängt. Die Chirurgie ist zum Beispiel sehr männerdominiert. *„Das Team [in anderen Häusern] besteht nur aus wenigen Frauen, was hier wirklich mehr Frauen, deutlich mehr Frauen sind [...] Und ich denke, dass halt eben Männer mehr Karriere machen wollen, oder mehr darauf aus sind, in grossen Häusern die Karriere zu machen als jetzt hier [in einem kleinen Spital]“* (I: 03_J; Z: 104). In den letzten Jahrzehnten sind neue Berufe entstanden, Kompetenzen von bestehenden Berufsgruppen haben sich erweitert und verändert und alle Berufsgruppen sind von (Geschlechter-)Diversität geprägt. Dementsprechend ist es wichtig, dass Teammitglieder sich an den tatsächlichen Kompetenzen ihrer Kolleginnen und Kollegen orientieren und *„[...] quasi die [traditionelle] Hierarchie überwinden.“* (I: 06_B; Z: 89)

„Und das heisst nicht immer, dass in der Situation halt ein Arzt einen Fall führt, sondern das hängt von dem ab: Welche Kompetenzen sind jetzt in der Situation gefragt? Wer muss jetzt den Fall führen?“ (I: 03_G; Z: 77)

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Als eine dritte Kategorie von Einflussfaktoren wurden das Gesetz und die Administration genannt. Hier wurde von den interviewten Personen insbesondere als Barriere erwähnt, dass die flexible Gestaltung von Verantwortungen, Tätigkeiten und Entlohnungen, ausgerichtet am Wohl des Patienten, unter den aktuellen gesetzlichen Gegebenheiten erschwert wird:

„Zum einen ist das Gesetz fixiert, dass nur der Arzt Verordnungen machen kann und abbrechen kann. Das ist eine gesetzliche Ungerechtigkeit. [...] Von dem her ist es sozusagen illegal für die Pflegenden, das zu tun, was natürlich Unsinn ist.“ (I: 06_A; Z: 69)

Auch wenn ärztliches Personal gern Verantwortung abgeben würde, so darf es dies nicht von Gesetzes wegen: *„Und da sind wir von Gesetzes wegen und von standespolitischer Ebene sicher noch ganz unten“* (I: 06_A; Z: 127). Da die Therapeuten oder Pflegefachkräfte in bestimmten Fällen die für die Versorgung besseren Kompetenzen haben, ist es für diese schwer nachvollziehbar, warum am Ende der Arzt die Verordnung machen muss:

Denken in traditionellen Rollen

„Wenn die Physiotherapie etwas macht und das ist nicht gut oder wenn die Physiotherapie meint, er [A. d. A.: der Patient] braucht noch mehr Physiotherapie, dann verstehe ich nicht unbedingt, warum ich als Arzt mehr Physiotherapie verordnen muss. Dann könnte doch der Physiotherapeut diese Verordnung selber machen. Denn er weiss besser Bescheid, ob er noch etwas braucht oder nicht.“ (I: 02_A; Z: 37)

Informell laufen diese Prozesse zwar oft bereits interprofessionell ab, aber formell ist dies nur sehr eingeschränkt möglich: *„Informell sind wir gleichberechtigt, jeder trägt ein bisschen eine Verantwortung, aber formell läuft es über mich. Also es ist nicht unbedingt die Mentalität, sondern es ist eher die Umgebung, das Rechtliche, Administrative ist noch nicht gegeben und hinkt nach dem alten Muster [...] Die Realität fängt an, sich anzupassen, aber die Administration, das Gesetz und wer trägt die Verantwortung ist immer noch nach altem Muster.“ (I: 02_A; Z: 37)*

Weiter werden die fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten als Barriere für interprofessionelle Zusammenarbeit beklagt. Kritisiert wird insbesondere, dass man die Zeit, die man für interprofessionelle Tätigkeiten je nach Profession aufwendet, nicht abrechnen kann:

„Also jetzt neue Tarife für die Physio ist so ein Paradebeispiel. Es tritt am 1.1.18 in Kraft. Super, es wäre noch so nett, also wir sind nach wie vor die Berufsgruppe, die nicht verrechenbare Leistungen hat auf Interprofessionalität. Das finde ich gerade eine kleinere Katastrophe. Also wir können weder Berichte noch irgend so etwas effektiv abrechnen. Das heisst, diese Kosten werden da eigentlich immer defizitär gedeckt auf die Gesamtkosten. [...] Und die Ergo, die kann das, so die Massnahmen in Abwesenheit des Patienten kann die Ergo abrechnen, schon immer, Physio kann das nicht.“ (I: 02_B; Z: 50)

In der französischsprachigen Schweiz existiert diesbezüglich auch ein Unterschied zwischen Therapie und Pflege: *„In der Ergotherapie können wir die Zeit in Rechnung stellen. Als Pflegefachkraft ist es manchmal ein bisschen [schwierig] und dann vielleicht bei den Hilfskräften, den FaGe [A. d. A.: Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit], ist es die Frage, wie sie diese Zeit verrechnen können, wenn wir die Arbeit gemeinsam koordinieren“ (I: 01_A; Z: 93).* Insgesamt scheint es also einen Bedarf an berufsübergreifender und geografischer Homogenisierung und Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu geben, damit Interprofessionalität umgesetzt werden kann.

4.1.3 Interpretation

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass wichtige Einflussfaktoren auf die Interprofessionalität sowohl auf organisationaler, individueller und gesetzlicher Ebene zu finden sind. Insgesamt wurden die organisationalen Einflussfaktoren um ca. 40% häufiger genannt als die individuellen Einflussfaktoren. Jedoch ist zu beachten, dass die absolute Zahl der Nennungen von individuellen und organisationalen Einflussfaktoren auf eine hohe Bedeutung beider Kategorien schliessen lässt. Auf die dritte Kategorie der gesetzlichen Rahmenbedingungen wurde durch die interviewten Personen nur sehr sporadisch eingegangen. Hier ist insbesondere festzuhalten, dass die Gesetzgebung Rahmenbedingungen für die Übernahme von Verantwortung durch alle Berufsgruppen schaffen muss und Abrechnungsmodalitäten entsprechend gestaltet werden müssen. Insgesamt scheint dieser Aspekt in der Praxis der interprofessionellen Arbeit aber eine untergeordnete Rolle einzunehmen.

Obwohl diverse Ansichten bezüglich der Relevanz einzelner Einflussfaktoren existieren, lassen sich jedoch an dieser Stelle keine systematischen Unterschiede zwischen Berufsgruppen, Regionen oder Versorgungssektoren erkennen. Die Ansichten der interviewten Personen waren sehr geprägt von ihren unmittelbaren Erfahrungen und haben nur zum Teil einen grösseren Kontext reflektiert. Dennoch trat nach ca. 30 Interviews eine theoretische Sättigung ein und neue Einflussfaktoren konnten nicht mehr identifiziert werden. Die interviewten Personen sprachen immer wieder die gleichen Themen an, welche die interprofessionelle Zusammenarbeit entweder behindern oder begünstigen. Entsprechend konnte durch das Studiendesign sichergestellt werden, dass keine wichtigen Einflussfaktoren übersehen wurden.

Die Anzahl der Einflussfaktoren ist insgesamt grösser, als es die wissenschaftliche Literatur im Vorhinein vermuten liess. Aufgrund der Vielfältigkeit der Einflussfaktoren hätte eine weitere Konsolidierung der Faktoren wichtigen Informationsgehalt eliminiert. Das Kategoriensystem in Abbildung 3 spiegelt somit das sparsamste Modell ohne Datenverlust wider und stellt damit das zentrale Ergebnis des Arbeitspaketes 1 dar.

4.2 Arbeitspaket 2 – Relevanz der Einflussfaktoren

4.2.1 Fragestellung und Vorgehensweise

Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist geprägt durch Heterogenität und Vielfältigkeit. Situative und organisationale Besonderheiten sowie auch kulturelle und soziale Umstände können die Relevanz einzelner Einflussfaktoren auf die Interprofessionalität beeinflussen. Herauszufinden, welche Einflussfaktoren (Treiber, Barrieren, Auslöser) auf die Umsetzung von Interprofessionalität die grösste Relevanz haben und wie kontextuelle Besonderheiten die Relevanz dieser Einflussfaktoren moderieren, war deshalb das Ziel dieses Arbeitspaketes 2.

Fragestellung

Arbeitspaket 2 hatte das Ziel, die Relevanz von Einflussfaktoren auf die Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit in verschiedenen Kontexten zu analysieren. Hierzu sollte eine quantitative Befragung mit ca. 300 Personen aus Gesundheitsorganisationen durchgeführt werden.

Vorgehensweise

Ursprünglich war angedacht, die Relevanz der Einflussfaktoren mit der Methode des Analytic Hierarchy Process (AHP) (Saaty 1990, Gurtner 2014) zu erfassen. AHP ist eine im Gesundheitskontext häufig eingesetzte Methode, um die Relevanz einzelner Entscheidungsattribute zu bestimmen und in verschiedenen Gruppen zu vergleichen. Gegenüber der direkten Präferenzmessung hat AHP den Vorteil, dass sozial erwünschtes Antwortverhalten minimiert wird und durch intensiveren kognitiven Aufwand sowie das Zerlegen in einzelne Komponenten die tatsächlichen Präferenzen besser offengelegt werden können.

Die Methode des Analytic Hierarchy Process (AHP), welche durch den paarweisen Vergleich der einzelnen Kriterien gekennzeichnet ist, stiess jedoch in dieser Studie an ihre Grenzen. Die grosse Anzahl von Faktoren, die identifiziert wurden, hätten in dieser Studie eine Gesamtzahl von mind. 64 paarweisen Vergleichen für die Teilnehmenden bedeutet. Da jedoch das menschliche Aufnahmevermögen beschränkt ist und im Zuge langer Befragungen häufig die Aufmerksamkeit der Probanden sinkt und damit die Validität der Ergebnisse gefährdet wird, wurde hier von dem angedachten Vorgehen, den AHP anzuwenden, abgewichen. Wissenschaftliche Artikel empfehlen eine maximale Anzahl von sieben Kriterien (Saaty 2003); diese Studie hätte jedoch ca. 17 Krite-

rien einbeziehen müssen (neun organisationale und acht individuelle Kriterien, sowie einen übergeordneten Vergleich zwischen individuell, organisational und gesetzlichen Kriterien allgemein). In Absprache mit dem Auftraggeber wählte das Projektteam im zweiten Arbeitspaket eine unter diesen Umständen effizientere Vorgehensweise, basierend auf Ratingskalen und einer Sortieraufgabe (Ranking).

Jeder Teilnehmende bekam im Rahmen des Fragebogens (siehe Anhang 3) zunächst eine Sortieraufgabe. Die Sortieraufgabe sah für jede Kategorie von Einflussfaktoren folgende Frage vor: „Ordnen Sie die folgenden Einflussfaktoren nach ihrer Wichtigkeit für die Umsetzung einer interprofessionellen Zusammenarbeit.“ Auf diesem Weg wurden die Teilnehmenden zu einer vergleichenden direkten Bewertung der Einflussfaktoren angehalten, ohne allerdings das Ausmass der Abstände zwischen den Faktoren offen zu legen. Um diese Abstände zu erhalten und gleichzeitig die Ergebnisse der Sortierungsaufgabe zu validieren, wurden die Teilnehmenden zusätzlich gebeten, eine Bewertung jedes Faktors auf einer Ratingskala vorzunehmen (von 1= sehr unwichtig bis 5=sehr wichtig). Auf diese Weise konnten wir alle Faktoren des ursprünglichen Kategoriensystems bewerten lassen und haben dennoch einschliesslich der Gruppen- und Kontrollvariablen eine den Teilnehmenden zumutbare Gesamtfragebogenlänge von 15 Min. nicht überschritten.

Das Anschreiben zur Teilnahme an der quantitativen Studie wurde an alle Interviewteilnehmenden aus dem ersten Arbeitspaket sowie an weitere Kontaktpersonen aus dem Gesundheitsbereich (auch durch Unterstützung zweier Masterstudierender) versendet. Insgesamt haben 456 Probanden die Umfrage ausgefüllt, was die ursprünglich geplanten 300 Teilnehmenden um ca. 50% übersteigt. Auch in dieser Studie wurde auf eine ausreichende Heterogenität geachtet und es wurden Personen verschiedener Institutionen, Professionen, verschiedenen Geschlechts und Alters sowie aus verschiedenen geografischen Regionen angeschrieben. Die Arbeitserfahrung von durchschnittlich 15,58 Jahren zeigt, dass es sich bei den Teilnehmenden um eine aussagekräftige Gruppe von Mitarbeitenden in Gesundheitseinrichtungen handelt.

Tabelle 3: Datenerhebung Arbeitspaket 2

Gesamtstichprobe		456
Berufsgruppe	Ärztliches Personal	53
	Pflegerisches Personal	245
	Administratives Personal	54
	Sonstige*	104
Sprachregion	Deutschschweiz	393
	Französischsprachige Schweiz	62
	Andere**	1
Arbeitsgebiet	Ländlich	207
	Städtisch	248
	Nicht beantwortet	1
Sektor	Ambulant	113
	Stationär	340
	Nicht beantwortet***	3
Geschlecht	Männlich	96
	Weiblich	358
	Keine Angabe	2

* Soziale Arbeit, Sozial-/Heilpädagogik, Psychologie, Leitung/Geschäftsführung, Betreuung, Therapeuten, Gastronomie, etc.

** Deutsch-Französisch

*** nicht beantwortet, da die Teilnehmenden zum Teil in beiden Sektoren arbeiten

4.2.2 Ergebnisse

Insgesamt konnten wir im Rahmen dieser quantitativen Studie feststellen, dass nahezu alle Einflussfaktoren, organisationale und individuelle, mit einer überdurchschnittlichen Relevanz bewertet wurden (eine Ausnahme bildet die Kategorie „kleine Teamgrößen“, $m=2,7$). Die Wichtigkeit der Einflussfaktoren bestätigt die Ergebnisse unserer qualitativen Studie und validiert die Inhalte des entwickelten Kategoriensystems von Einflussfaktoren.

Im Folgenden werden in einem ersten Schritt die Ergebnisse für die organisationalen Einflussfaktoren sowie der individuellen Einflussfaktoren über alle Kategorien hinweg dargestellt. Anschliessend werden diese Ergebnisse in einer Gruppenvergleichsanalyse nach verschiedenen Kategorien wie Berufsgruppen, Sprachregionen oder Arbeitsgebiet aufgeschlüsselt.

Organisationale Einflussfaktoren

Die Ergebnisse der Ratingaufgabe zeigen, dass die drei relevantesten organisationalen Einflussfaktoren *klare Prozesse und Strukturen* ($m=4,45$), *Vorleben durch die Führung* ($m=4,25$) und *Gefässe für formellen Austausch* ($m=4,14$) sind. Dies untermauert die Aussagen von vielen Interviewteilnehmenden in Arbeitspaket 1, welche weitgehend unabhängig von kontextuellen Rahmenbedingungen angaben, dass interprofessionelle Teams klare Prozesse und Strukturen brauchen, welche die Zuständigkeit und die Art und Weise der Zusammenarbeit regeln. Gefässe für formellen Austausch sind dabei ebenso wichtig wie das Vorleben interprofessioneller Zusammenarbeit durch hierarchisch höher gestellte Personen und Berufsgruppen.

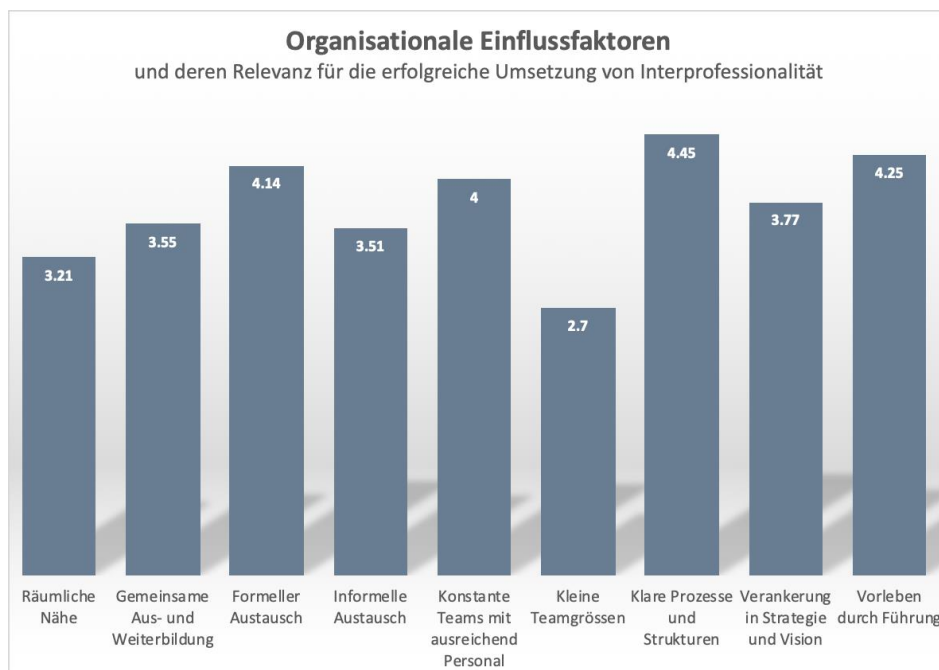


Abbildung 4: Relevanz organisationaler Einflussfaktoren (1= absolut unwichtig; 5=absolut wichtig)

Insbesondere *kleine Teamgrößen*, aber auch die *räumliche Nähe* wurden hingegen mit einer vergleichsweise geringeren Relevanz bewertet. Es ist davon auszugehen, dass hier persönliche und organisationale Rahmenbedingungen eine moderierende Rolle einnehmen und diese Faktoren insbesondere in spezifischen Kontexten zu berücksichtigen sind (z.B. in grossen Spitälern).

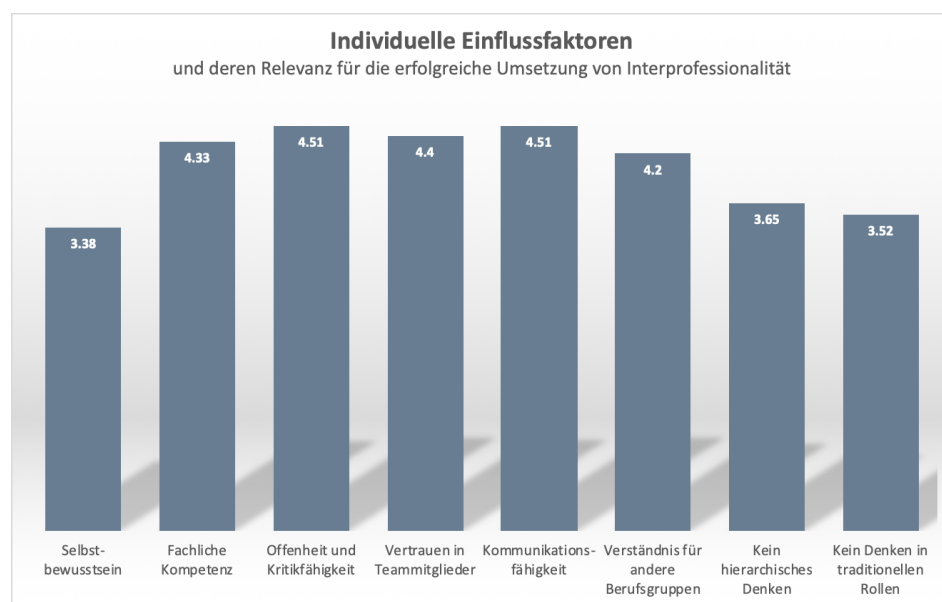
Die Ergebnisse der Sortieraufgabe bestätigen die grundsätzlichen Aussagen der Ratingskala. *Klare Prozesse und Strukturen* wurde von 125 Teilnehmenden als der wichtigste Einflussfaktor genannt (Rang 1), gefolgt von dem *Vorleben durch die Führung* mit 85 Nennungen. Zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Ranking und Rating wurde das Ranking in einen Score überführt, indem für jede Rangplatzierung entsprechende Punkte vergeben wurden (Rang 1=5 Punkte; Rang 2=4 Punkte; Rang 3=3 Punkte; Rang 4=2 Punkte, Rang 5=1 Punkt). Hierbei zeigte sich, dass mit einem durchschnittlichen Score von 3,13 *klare Prozesse und Strukturen* der wichtigste Einflussfaktor ist, gefolgt von *Gefässen für formellen Austausch* (Score=2,48) und dem *Vorleben durch die Führung* (Score=2,41).

Bezüglich der organisationalen Einflussfaktoren lässt sich also abschliessend feststellen, dass Interprofessionalität struktureller Verankerungen in der Organisation bedarf.

Individuelle Einflussfaktoren

Bei den individuellen Einflussfaktoren wurden *Offenheit und Kritikfähigkeit* ($m=4,51$), *Kommunikationsfähigkeit* ($m=4,51$) und *Vertrauen in die Teammitglieder* ($m=4,4$) als relevanteste Einflussfaktoren für die erfolgreiche Umsetzung von Interprofessionalität im Rahmen der Ratingaufgabe identifiziert.

Abbildung 5: Relevanz individueller Einflussfaktoren (1=absolut unwichtig; 5=absolut wichtig)



Als am wenigsten relevant bewerteten die Teilnehmenden den Einflussfaktor *Selbstbewusstsein* ($m=3,38$). Basierend auf den Aussagen in den qualitativen Interviews sowie auch auf der Diskussion mit Experten wird angenommen, dass kein linearer Zusammenhang zwischen Selbstbewusstsein und einer positiven interprofessionellen Zusammenarbeit besteht. Vielmehr liegt die Vermutung nahe, dass es sich um einen inversen U-förmigen Zusammenhang handelt, welcher besagt, dass sich Selbstbewusstsein bis zu einem bestimmten Level positiv auf Interprofessionalität auswirkt, zu viel Selbstbewusstsein aber wiederum eine negative Auswirkung haben kann (z.B. wahrgenommene Überheblichkeit).

Die Analyse der Sortieraufgabe brachte auch hier keine wesentlichen Unterschiede zum Vorschein. Die vier Einflussfaktoren, welche auf der Ratingskala am höchsten bewertet wurden, erwiesen sich auch beim Sortieren als die wichtigsten Faktoren, wenngleich die Reihenfolge hier geringfügig anders ist. Insgesamt gaben 141 Personen an, dass die *fachliche Kompetenz*

(Score=3,01) der Teammitglieder das wichtigste Kriterium für funktionierende interprofessionelle Teams ist, gefolgt von *Offenheit und Kritikfähigkeit* (Score=2,90) und *Kommunikationsfähigkeit* (Score=2,82).

Insgesamt zeigt die Studie, dass auf individueller Ebene zwar überwiegend „Soft Skills“ wie die Kommunikationsfähigkeit, aber auch „Hard Skills“ wie fachliche Kompetenz relevante Voraussetzungen für Interprofessionalität darstellen.

Gruppenvergleichsanalyse

Ausgehend von der zu erwartenden Heterogenität des Teilnehmendenfeldes in Bezug auf den Arbeitssektor, die Sprachregion und die Berufsgruppe haben wir mit Hilfe einer Analysis of Variance (ANOVA)⁵ eine Gruppenvergleichsanalyse (siehe Anhang 2) durchgeführt, um Unterschiede in der Relevanz der einzelnen Faktoren für verschiedene Gruppen der Studienteilnehmenden aufzudecken. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen konnten dabei nicht für alle Einflussfaktoren festgestellt werden. Das Ergebnis legt nahe, dass viele Einflussfaktoren universell und unabhängig von Gruppenbesonderheiten als relevant erachtet werden. Im Folgenden werden nur diejenigen Einflussfaktoren dargestellt, welche in ihrer Relevanz signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) aufweisen.

Zwischen dem ambulanten und stationären Sektor lassen sich bei drei Einflussfaktoren signifikante Unterschiede feststellen (siehe Abbildung 6).

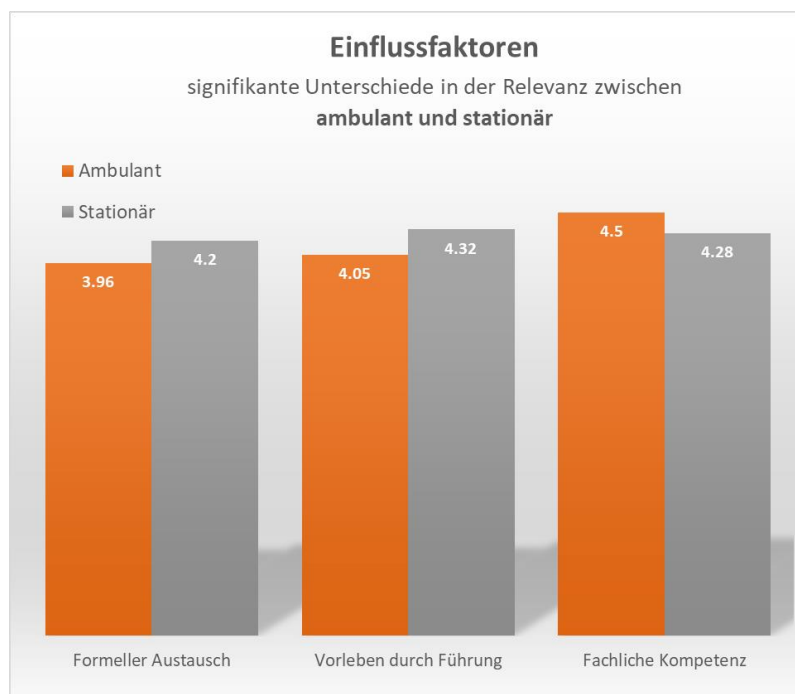


Abbildung 6: Vergleich der Sektoren

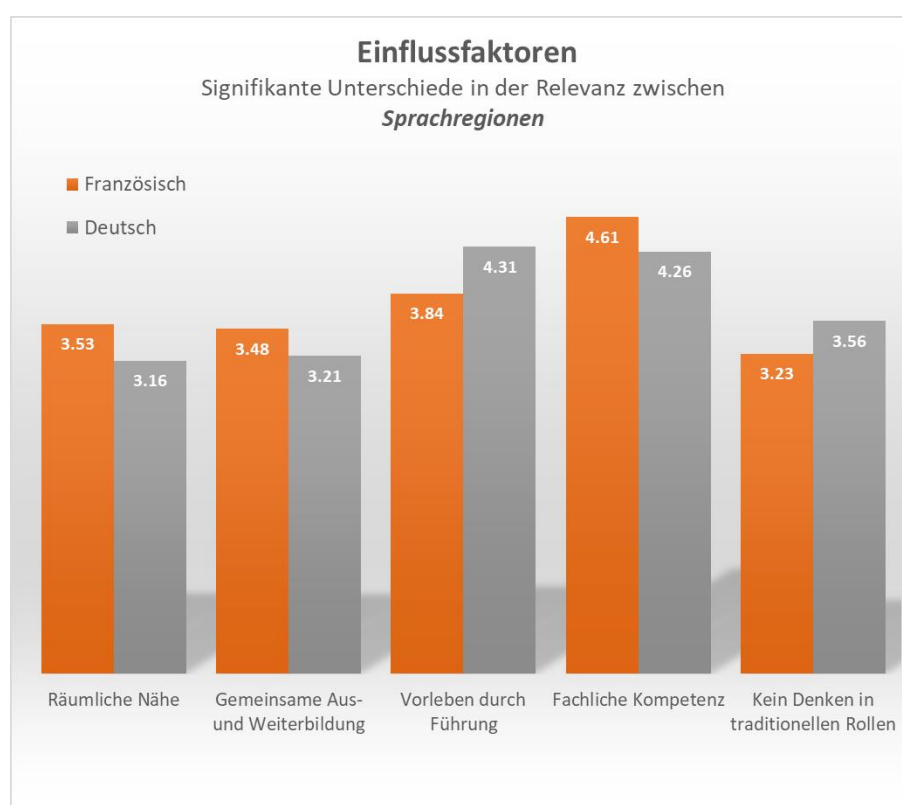
⁵ Als **Varianzanalyse**, kurz **VA** (englisch *analysis of variance*, kurz **ANOVA**) oder **Streuungszerlegung** bezeichnet man eine große Gruppe datenanalytischer und strukturprüfender statistischer Verfahren, die zahlreiche unterschiedliche Anwendungen zulassen. Ihnen gemeinsam ist, dass sie Varianzen und Prüfgrößen berechnen, um Aufschlüsse über die hinter den Daten steckenden Gesetzmäßigkeiten zu erlangen. Die Varianz einer oder mehrerer Zielvariablen wird dabei durch den Einfluss einer oder mehrerer Einflussvariablen erklärt. Die einfachste Form der Varianzanalyse testet den Einfluss einer einzelnen nominalskalierten auf eine intervallskalierte Variable, indem sie die Mittelwerte der abhängigen Variable innerhalb der durch die Kategorien der unabhängigen Variable definierten Gruppen vergleicht.

Während im ambulanten Sektor der individuelle Einflussfaktor *fachliche Kompetenz* einen höheren Stellenwert für die interprofessionellen Zusammenarbeit einnimmt, sind es im stationären Sektor eher organisationale Einflussfaktoren wie die *Gefässe für formellen Austausch* und das *Vorleben durch die Führung*, die als signifikant wichtiger wahrgenommen werden.

In Bezug auf die Sprachregion (Abbildung 7) werden in der Deutschschweiz das *Vorleben durch die Führung*, wie auch *fehlendes Denken in traditionellen Rollen* als wichtiger eingeschätzt als in der französischsprachigen Schweiz. Hingegen ist die *räumliche Nähe*, eine *gemeinsame Aus- und Weiterbildung* sowie die *fachliche Kompetenz* in der französischsprachigen Schweiz signifikant wichtiger.

Auf eine Analyse weiterer Schweizer Sprachregionen musste aufgrund der Datenlage verzichtet werden.

Abbildung 7: Vergleich von Sprachregionen



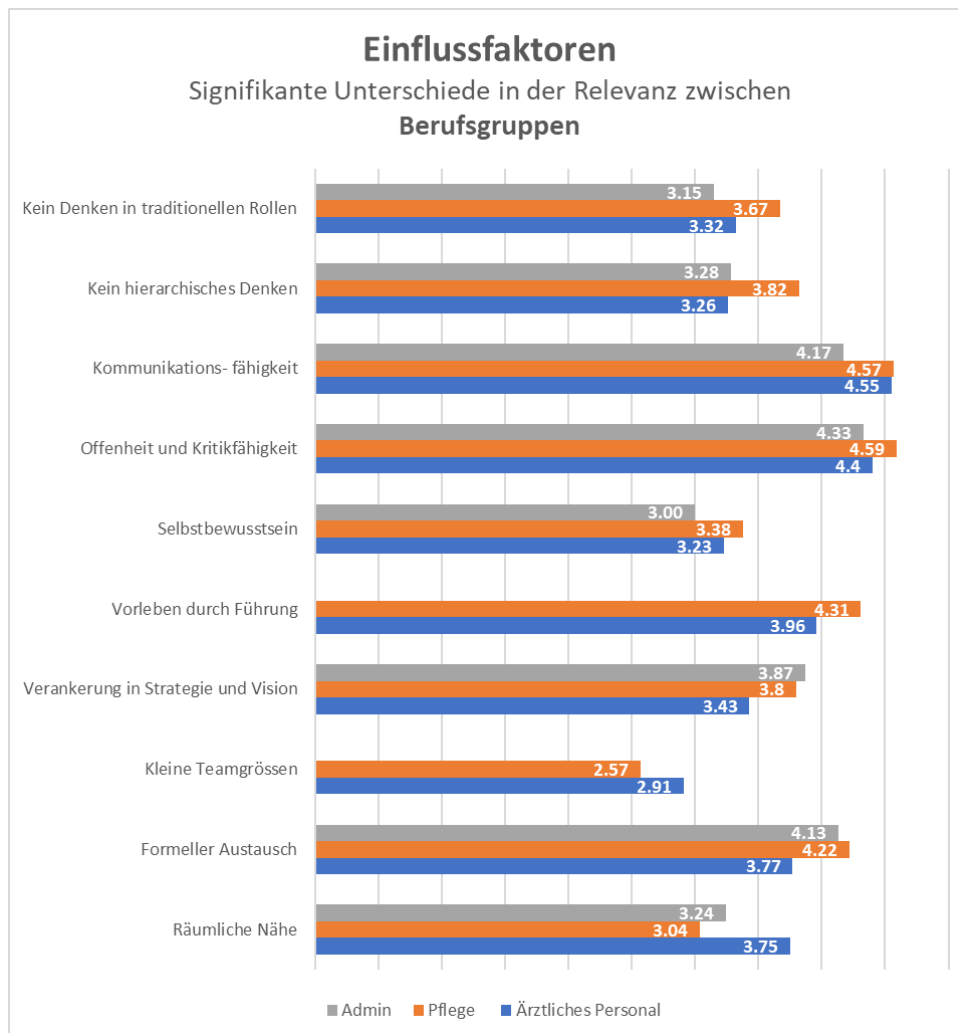
*Der Mittelwert der Gruppe „sonstige“ (n=1) wird zu Gewährleistung der Anonymität und aufgrund der fehlenden Aussagekraft nicht dargestellt.

Bei den Professionen konnten die meisten signifikanten Unterschiede bezüglich der Relevanz der einzelnen Einflussfaktoren festgestellt werden. In die Analyse sind basierend auf der Grösse der Untergruppen drei Berufsgruppen einbezogen worden: Pflegepersonal, ärztliches Personal und administratives Personal. Weitere Berufsgruppen wurden aufgrund kleiner Fallzahlen nicht separat analysiert. In Abbildung 8 sind die Unterschiede dargestellt, welche entweder zwischen zwei Gruppen signifikant sind (z.B. ärztliches Personal und Pflege) oder zwischen allen drei betrachteten Gruppen.

Für das ärztliche Personal sind insbesondere organisationale Aspekte wichtiger, welche sich in den Einflussfaktoren *räumliche Nähe* und *kleine Teamgrössen* manifestieren, während für das Pflegepersonal Aspekte im Zusammenhang mit hierarchischer Stellung relevant sind. Insbesondere die Einflussfaktoren *kein hierarchisches Denken* und *kein Denken in traditionellen Rollen*

sind für das Pflegepersonal signifikant wichtiger als für die Profession der Ärzte. Zudem bewerten sie den *formellen Austausch* als wichtiger und halten es für erforderlich, dass Vorgesetzte Interprofessionalität selbst auch leben (*Vorleben durch Führung*). Der Wunsch nach Zustimmung zum Thema Interprofessionalität wird auch dadurch deutlich, dass das Pflegepersonal und die Administration die Verankerung von Interprofessionalität in *Strategie und Vision* für wichtiger hält als dies die Ärzteschaft tut. Bezüglich der *Offenheit und Kritikfähigkeit*, der *Kommunikationsfähigkeit* und *Selbstbewusstsein* gibt es ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen.

Abbildung 8: Vergleich von Berufsgruppen



**bei der Berufsgruppe Admin gab es bei "Vorleben durch die Führung" und "kleine Teamgrößen" keine signifikanten Unterschiede, daher sind diese hier nicht ersichtlich.*

4.2.3 Interpretation

Ziel des Arbeitspaketes 2 war es, die relevantesten Einflussfaktoren der jeweiligen Kategorie zu identifizieren und dabei zu prüfen, inwiefern verschiedene Gruppen von Personen diese Faktoren unterschiedlich bewerten.

Die Dominanz von Faktoren im Zusammenhang mit organisationalen Einflussfaktoren, wie *klare Prozesse und Strukturen*, *Gefässe für formellen Austausch* und *Vorleben durch Führung*, deutet zum einen darauf hin, dass klar definierte Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit gegeben sein müssen.

Unsicherheit beseitigen

	Der Wandel hin zu interprofessionellen Teams ist für viele beteiligte Mitarbeitende auch mit Unsicherheit verbunden. Es stellen sich Fragen für die Mitarbeitenden, wie: Wann muss ich wen fragen? Wer trifft welche Entscheidungen? Wer trägt die Verantwortung? Viele Antworten auf solche Fragen können durch transparente Zuständigkeiten und Abläufe geregelt werden.
Individuelle Fähigkeit zum Austausch	Auf Ebene der individuellen Eigenschaften sind <i>Kommunikationsfähigkeit</i> sowie <i>Offenheit und Kritikfähigkeit</i> zentrale Eigenschaften, die den Erfolg interprofessioneller Teams determinieren. Interprofessionalität leben heisst, sich zwischen den Professionen auszutauschen, zielgerichtet zu diskutieren und gemeinsam eine Entscheidung zu treffen. Personen, denen dieser Austausch und konstruktive Kritik schwerfällt, werden tendenziell grössere Probleme haben, sich in interprofessionellen Teams zurecht zu finden.
Relevanz von Einflussfaktoren ist kontextabhängig	In den Gruppenvergleichsanalysen von Arbeitspaket 2 wird deutlich, dass es nicht immer eine einheitliche Sichtweise auf die Relevanz der einzelnen Einflussfaktoren auf Interprofessionalität gibt. Das Schweizer Gesundheitswesen ist geprägt von kontextueller Heterogenität. Entsprechend wird Interprofessionalität verschieden gelebt und auch die Einflussfaktoren variieren. Während das Kategoriensystem von Einflussfaktoren in Arbeitspaket 1 ein holistisches Bild über alle Kontexte zeichnet, sind es insbesondere die Gruppenunterschiede in Arbeitspaket 2, die deutlich machen, dass der Kontext bei der Ausgestaltung von Interprofessionalität eine entscheidende Rolle spielt. Zwar wurden alle identifizierten Einflussfaktoren bis auf wenige Ausnahmen auch in allen Kontexten als überdurchschnittlich relevant erachtet; gleichzeitig wird aber klar, dass Prioritäten variieren und ein differenziertes Vorgehen bei dem Schaffen von Voraussetzungen für Interprofessionalität sinnvoll sein kann.

4.3 Arbeitspaket 3 – Effektivität von Steuerungsmassnahmen

4.3.1 Fragestellung und Vorgehensweise

Fragestellung	Nicht alle Faktoren, die eine Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit beeinflussen, können gleich gut durch Steuerungsmassnahmen beeinflusst werden. Studien zeigen insbesondere, dass Persönlichkeitsmerkmale mittelfristig weitgehend konstant sind und eine Veränderung nur langfristig erreicht werden kann. Gleiches gilt für komplexe organisationale Strukturen in Gesundheitsorganisationen und im Gesundheitssystem. Aus diesem Grund sind die Einflussfaktoren für Steuerungsmassnahmen von grosser Bedeutung, die kurz- und mittelfristig beeinflusst werden können und gleichzeitig das Potential haben, die interprofessionelle Zusammenarbeit massgeblich zu beeinflussen. Ziel des Arbeitspaketes 3 ist die Analyse der Effektivität von mittelfristig gut implementierbaren Massnahmen, welche in Zusammenhang mit den identifizierten Einflussfaktoren stehen und über die Interprofessionalität positiv beeinflusst werden kann.
Vorgehensweise	Das Arbeitspaket 3 besteht aus zwei Schritten. In einem ersten Schritt wurden für alle Einflussfaktoren (organisational und individuell) zwei Massnahmen erarbeitet, die dazu beitragen können, die Umsetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit zu erhöhen. An dieser Stelle wurden insbesondere die Erkenntnisse zu Auslösern von Verhaltensänderungen aus den qualitativen Interviews (Arbeitspaket 1) berücksichtigt. Reinhardt et al. (2017) folgend können Massnahmen grundsätzlich unterschieden werden in

- Massnahmen, welche die Attraktivität von Interprofessionalität erhöhen
- Massnahmen, welche die Barrieren direkt reduzieren und
- Massnahmen, die das System (Rahmenbedingungen der Umsetzung) beeinflussen.

Die folgende Abbildung erläutert diese Konzeptualisierung mit der Analogie eines Balls (Interprofessionalität), welchem verschiedene Barrieren gegenüberstehen. In jedem der drei Fälle verändert sich ein Element (Innovation, Barrieren, System), während die anderen Elemente konstant bleiben.

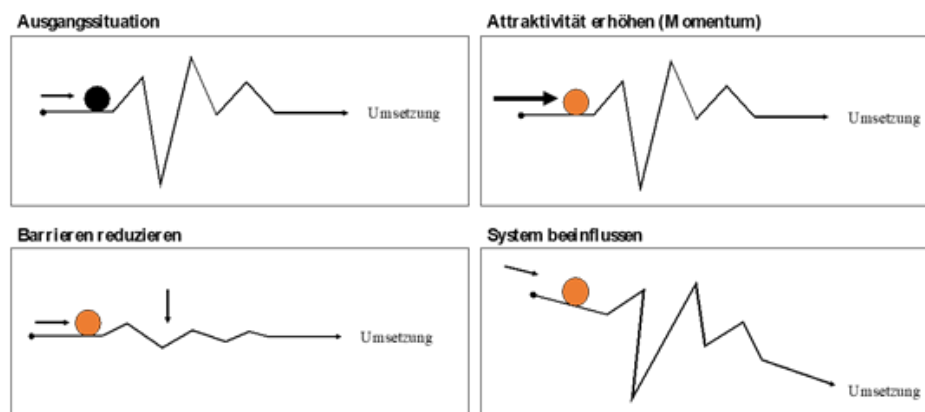


Abbildung 9: Schematische Darstellung, wie Kategorien von Massnahmen helfen, Barrieren zu überwinden

In einem zweiten Schritt wurden die entsprechenden Massnahmen für die beiden relevantesten Faktoren im Rahmen eines Quasi-Experiments (siehe Anhang 3) auf ihre Effektivität hin getestet. Die Probanden wurden hierfür im Verlauf der qualitativen sowie der quantitativen Studie rekrutiert. Für jede Massnahme wurde ein Szenario entwickelt. Die Zuordnung von Teilnehmenden zu den Szenarien erfolgte nicht randomisiert unter Berücksichtigung bestimmter demografischer Parameter, die eine homogene Verteilung innerhalb der Gruppen ermöglichten. Jeder Teilnehmende hat dabei entweder alle vier individuellen Massnahmen oder alle vier organisatorischen Massnahmen bewertet. Jedes Szenario wurde von mind. 30 Teilnehmenden bewertet. Bevor die Probanden das Szenario sehen konnten, wurden Sie gefragt, wie gut die interprofessionelle Zusammenarbeit in ihrem Team funktioniert (auf einer Skala von 0 bis 100%). Danach bekamen die Probanden das Szenario mit der jeweiligen Massnahme zu sehen und wurden gefragt, wie wahrscheinlich es ist, dass Sie durch die Massnahme zukünftig stärker interprofessionell zusammenarbeiten werden (siehe Abbildung 10).



Abbildung 10: Schematische Darstellung des Quasi-Experiments zur Analyse der Effektivität einzelner Massnahmen

Insgesamt wurden 79 Probanden für die Studie rekrutiert (siehe Tabelle 3). Mit einer Arbeitserfahrung von durchschnittlich 18,34 Jahren ist davon auszugehen, dass die Probanden ihre Profession hinreichend gut repräsentieren und die Arbeit in interprofessionellen Teams gut kennen.

Tabelle 4: Datenerhebung
Arbeitspaket 3

Gesamtstichprobe		79
Berufsgruppe	Ärztliches Personal	9
	Pflegerisches Personal	55
	Administratives Personal	2
	Therapeutisches Personal	7
	Technisches Personal	1
	Sonstige	5
Sektor	Ambulant	14
	Stationär	65
Geschlecht	Männlich	13
	Weiblich	66

4.3.2 Ergebnisse

Im ersten Schritt erfolgte die Definition zweier konkreter Massnahmen für jeden Einflussfaktor. Die Massnahmen basieren dabei grösstenteils auf Aussagen aus den Interviews aus Arbeitspaket 1, welche entweder bereits so umgesetzt und als sehr gut empfunden werden, oder sind Massnahmen, die von den interviewten Personen selber als zielführend vorgeschlagen wurden. Tabelle 5: Ideensammlung Massnahmenkatalog gibt einen Überblick über die erarbeiteten Ideen für spezifische Massnahmen.

Tabelle 5: Ideensammlung Massnahmenkatalog

Einflussfaktor	Massnahme 1	Massnahme 2
Organisationale Einflussfaktoren:		
Räumliche Nähe der Teammitglieder	Umgestaltung der Räumlichkeiten	Reorganisation von Teams
Gemeinsame Aus- und Weiterbildung	Punktesystem für Teilnahme an interprofessionellen Weiterbildungen als Teil der Leistungsvereinbarung	Monatliche interprofessionelle Patientensimulationen
Formelle Gefässe für regelmässigen Austausch	Wöchentliche interprofessionelle Rapporte	Monatliche Fallbesprechungen / Evaluationen
Informelle Gefässe für Austausch	Regelmässige Teamevents	Gemeinsame Kaffee- oder Mittagspausen
Konstante Teams mit ausreichend Personal	Employer Branding, um Fluktuation zu mindern	Einsetzen von mehr Personal in den Teams
Kleine Teamgrössen	Aufteilen in interprofessionelle Sub-Teams	Interprofessionelle Arbeit in kleinen Teams mit nur einem Stellvertreter jeder Profession delegieren
Klare Prozesse und Strukturen	Prozess- und Strukturhandbuch (elektronisches Wiki)*	Visualisierung der Prozesse in Arbeitsumgebung (Kanban Board)*

Verankerung in Strategie und Vision	Den Begriff der interprofessionellen Zusammenarbeit in die Vision integrieren	Im Rahmen einer neuen Strategieentwicklung die interprofessionelle Zusammenarbeit auf allen Ebenen positionieren
Vorleben durch Führung	<i>Formelle Gefässe zusammen mit der Führung*</i>	<i>Problemorientierte Workshops*</i>
Individuelle Einflussfaktoren:		
Selbstbewusstsein	Empowerment der Pflegenden mit Hilfe von Workshops	Coachings einzelner Personen
Fachliche Kompetenz	Aus- und Weiterbildungen fördern	Tandem-Teams bilden (Gegenseitiges Lernen fördern)
Offenheit und Kritikfähigkeit	<i>Assessmentverfahren bei Einstellung*</i>	<i>Coaching / Training mit Videofeedback*</i>
Vertrauen in Teammitglieder	Job-Shadowing	Kompetenzkataloge erstellen
Kommunikationsfähigkeit	<i>Weiterbildungskurs „Richtig kommunizieren“*</i>	<i>ICT-unterstützte Kommunikation an Schnittstellen*</i>
Kenntnis und Verständnis anderer Berufsgruppen	Kurzzeitige Job-Rotation zwischen den Professionen	Schnuppertage für andere Berufsgruppen
Kein hierarchisches Denken	Als Kriterium bei Assessment und Einstellung berücksichtigen	Workshops, die Zusammenarbeit auf Augenhöhe fokussieren
Kein Denken in traditionellen Rollen	Als Kriterium bei Einstellung berücksichtigen	Sensibilisierung über unternehmensinterne Medien (Kampagne)

* In Szenarien umgesetzte Massnahmen

Für die beiden relevantesten Einflussfaktoren in der individuellen und organisationalen Kategorie wurden jeweils Szenarien entwickelt, welche die beiden Massnahmen widerspiegeln. Die Szenarien wurden so gestaltet, dass diese konkreten Arbeitssituationen widergeben, welche möglichst realitätsnah sind, um am Ende objektivere Einschätzungen erhalten zu können. Die Szenarien sind dabei nicht immer überschneidungsfrei, bzw. adressieren diese teilweise mehrere sekundäre Einflussfaktoren, da auch in der Realität eine Differenzierung oft nicht möglich ist. Dennoch fokussiert jedes Szenario einen Haupteinflussfaktor (primärer Einflussfaktor) und eine entsprechende Massnahme.

Alle Szenarien werden im Folgenden vorgestellt:

Organisationale Einflussfaktoren

„Die neue Leitung hat entschieden, dass die Grundabläufe neu überdacht werden müssen. Bei der Entwicklung der neuen Prozesse und Strukturen sollen alle Berufsgruppen miteinbezogen werden, um etwaigen Unstimmigkeiten vorzubeugen. Die Leitung hat deshalb beschlossen einen Workshop durchzuführen, bei dem pro Berufsgruppe 2 Personen teilnehmen sollen.

Ziel dieses Workshops ist es zu erfassen, welche Arbeitsabläufe und Arbeitsweisen es gibt und wie man diese besser aufeinander abstimmen kann. Das Team, die Rollen und ihre

Szenario 1: Prozess- und Strukturhandbuch (elektronisches Wiki):

Rechte und Pflichten sollen dabei spezifisch in den Vordergrund gerückt werden. Insbesondere werden dabei auch die Ausbildungshintergründe und Fähigkeiten der Mitarbeitenden angeschaut und miteinbezogen. Weiter werden alle IT-Dokumentationssysteme und sonstigen Werkzeuge, welche die Mitarbeitenden für ihre Arbeit nutzen, aufgelistet. Durch den Einbezug aller Berufsgruppen können auch die Tätigkeitsfelder der anderen Bereiche besser verstanden werden. Gegebenenfalls können aufgrund der Fähigkeiten der Mitarbeitenden auch Aufgaben an andere Berufsgruppen ausgelagert werden, um Zeit einzusparen. Am Ende des Workshops sollen neue Grundabläufe definiert werden. Zusätzlich werden Termine, Vorgaben und Verantwortlichkeiten beschrieben sowie Hilfsblätter und Checklisten miteinbezogen.

Die erarbeiteten Prozesse und Strukturen sollen dokumentiert werden. Durch die Dokumentation der Prozesse und Strukturen entstehen einige Vorteile: Die Mitarbeitenden sind nun über die anfallenden Prozesse in der Organisation / Institution informiert und können bei Bedarf diese ebenfalls bearbeiten. Ebenso können einige Dokumentationen als Arbeitsplatzbeschreibungen verwendet werden, so dass neue Mitarbeitende einfacher eingearbeitet werden können. Am Ende soll ein elektronisches Prozess- und Strukturhandbuch zur Verfügung gestellt werden, so dass alle Mitarbeitende jederzeit auch Zugriff darauf haben. Dieses elektronische Prozess- und Strukturhandbuch soll den Mitarbeitenden eine Hilfestellung geben bei Unklarheiten in Arbeitsabläufen.»

Szenario 2: Visualisierung der Prozesse in Arbeitsumgebung (Canban Board)

„Aufgrund von Unstimmigkeiten im Team bei normalen Arbeitsabläufen hat ihr neuer Chef entschieden, dass die Grundabläufe neu definiert werden sollen. Bei der Definition der neuen Prozesse und Strukturen sollen alle Berufsgruppen miteinbezogen werden, um den bisherigen Unstimmigkeiten entgegenzuwirken.

In einer Retraite mit ihrem Team, wo alle Berufsgruppen und Hierarchiestufen vertreten sind, werden die wichtigsten Prozesse aller Berufsgruppen kurz aufgeschrieben. Daraufhin werden die relevanten Prozessereignisse sowie anfallenden Aufgaben und Tätigkeiten zusammengeführt und diese grafisch in einem zusammenhängenden Prozess dargestellt. Abschliessend überprüfen alle Berufsgruppen die Prozesse auf deren Richtigkeit.

In dieser Retraite kommt ausserdem hervor, dass die Teammitglieder keine Zeit haben, immer in eine Prozessdokumentation zu schauen, wenn es Unklarheiten gibt und eine detaillierte Prozessdokumentation deshalb keinen Sinn macht. Ein Teammitglied macht den Vorschlag, dass man die relevanten Prozesse und Strukturen deshalb an einer Wand oder verteilt im Gebäude visualisieren könnte. Somit wären die Prozesse für alle jederzeit ersichtlich.“

Szenario 3: Formelle Gefässe zusammen mit der Führung

„Sie bekommen einen neuen Chef. Beim ersten Teammeeting erklärt er Ihnen, dass er künftig jeden Donnerstag eine Stunde reserviert, um verschiedene Dinge besprechen zu können. Dieser Terminslot ist fix in seinem Kalender eingetragen und zu dieser Zeit wird er immer anwesend sein. Die Konsultationen können durch alle Berufsgruppen jederzeit einberufen werden. Die Teammitglieder können entweder spontan vorbeischauen oder vorab diesen Termin reservieren. Die Anliegen werden von ihm angehört und sie werden dabei auch ernst genommen. Dabei kann es sich um Unstimmigkeiten bei der Arbeit und Veränderungswünsche handeln oder Sie können auch Ideen einbringen. Diese Ideen werden gerne angehört und wenn möglich auch umgesetzt. Wenn etwas nicht umgesetzt werden kann, wird er es im Detail begründen, warum nicht.

Zusätzlich zu diesen fix reservierten Terminen stellen Sie fest, dass der Chef auch sonst an Sitzungen oder Rapporten teilnimmt und auch dort Ideen und Vorschläge gerne aufnimmt.“

„Um die Handhabung komplexer Probleme im Arbeitsalltag zu meistern, hat sich ihr Chef vorgenommen, einmal im Monat einen problemorientierten Workshop durchzuführen. Ihm ist es dabei sehr wichtig, dass in diese Workshops alle Berufsgruppen miteinbezogen werden und dass es in diesen Workshops keine Hierarchien gibt. Deshalb wird die Leitung des Workshops auch jeweils diejenige Person übernehmen, die das entsprechende Problem am meisten betrifft. Ihr Chef achtet spezifisch darauf, dass jede Berufsgruppe einmal die Leitung des Workshops innehat.

Bei diesen problemorientierten Workshops geht es um eine Erhöhung der Effektivität von Arbeitsabläufen durch eine grössere fachliche, methodische und soziale Kompetenz, die durch zusätzliches Know-how von aussen aufgabenbezogen integriert und direkt zur Bearbeitung anstehender Probleme angewandt und reflektiert wird. Es geht darum, dass alle von den anderen lernen können und Verständnis für deren Arbeit aufgebracht wird. Alle Berufsgruppen sollen Ideen, Vorschläge und Bedenken äussern dürfen und angehört werden. Wird eine innovative Idee eingebracht, soll diese auch gelobt werden. Ihr Chef nimmt an diesen Workshops auch jeweils Teil und motiviert alle Berufsgruppen sich einzubringen.“

Szenario 4: Problemorientierte Workshops

Individuelle Einflussfaktoren

„In Ihrem Berufsalltag gibt es immer wieder Situationen, in denen Ihre kommunikativen Kompetenzen speziell gefragt sind. Das Überbringen einer schwierigen Nachricht, das verständnisvolle Gespräch mit Menschen in einer Krise oder der klare Informationsaustausch mit den Berufskolleginnen in einer Stresssituation verlangen eine professionelle und klare Kommunikation. In Ihrem Team ist es bereits öfters vorgekommen, dass wichtige Informationen verloren gegangen sind. Zusätzlich kommt hinzu, dass in einer stressigen Arbeitssituation gerne einmal der Ton etwas schärfer ausfällt, dass man nicht genau hinhört oder man Aufgaben von oben herab einfach delegiert, statt zu erklären, warum dies so gemacht wird. Die Stimmung im Team ist deshalb ziemlich schlecht, da man sich auch nicht mehr traut, etwas zu fragen. Der Abteilungsleitung ist diese schlechte Teamstimmung aufgefallen. Beim nächsten Abteilungsmeeting macht sie Ihrem Team deshalb ein Kommunikationstraining schmackhaft.

In diesem Kommunikationstraining wird mit Fallbeispielen aus dem Berufsalltag das Thema konkret umgesetzt. Die Settings werden je nach aktuellem Bedürfnis gewählt und angelehnt an die beschriebenen Herausforderungen als Fallbeispiele gestaltet. Schauspielerinnen und Schauspieler übernehmen die Rolle der Gesprächspartnerinnen und -partner und ermöglichen den Teilnehmenden das Üben in einer praxisnahen Situation. Anschliessend an die Gesprächssituation legen die Schauspielerinnen und Schauspieler ihre Rollen ab und geben als Kommunikationstrainerinnen und -trainer konstruktive Rückmeldungen zum Gespräch. Im Kommunikationstraining können die Teilnehmenden:

1) Gesprächssituationen aus ihrem Alltag mit professionellen Schauspielerinnen und Schauspielern in kleinen Gruppen üben, 2) in Erfahrung bringen, wie ihre verbale und nonverbale Kommunikation auf ihren Gesprächspartner wirkt, 3) ihr Kommunikationsverhalten reflektieren, 4) Alternativen zu bekannten Gesprächsmustern ausprobieren und 5) Erfahrungen sammeln, die sie in ähnlichen Alltagssituationen umsetzen können.

Im Team beschliessen Sie, dass alle ein solches Kommunikationstraining absolvieren werden.“

Szenario 5: Kommunikationstraining

Szenario 6: ICT-unterstützte Kommunikation an Schlüsselstellen

„Seit Jahren ist Ihre Organisation bemüht, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zu verbessern. Die Kommunikationswege und Verordnungswege erweitern sich stetig. Viele Informationen laufen über Telefongespräche oder Emailkommunikation. So haben nicht alle beteiligten Berufsgruppen alle Informationen.

Die Geschäftsleitung hat deshalb ein IT-Programm eingeführt, in dem Sie alle gemeinsam dokumentieren können und nicht jeder für sich etwas dokumentiert. Alle Berufsgruppen (Pflege, Physiotherapeuten, Ärzte, etc.) dokumentieren darin all ihre Tätigkeiten am Patienten. Die jeweiligen Berufsgruppen haben alle ihre Farben. So sieht man rasch an den Farben, wer welche Einträge wann gemacht hat. Ziel eines gemeinsamen Dokumentationssystems ist es, dass keine Informationen mehr verloren gehen und dass alle beteiligten Berufsgruppen das gleiche Wissen haben. Elektronische Pflegedokumentationen bieten gegenüber Papierdokumentationen Vorteile: eine standardisierte Erfassung von Daten, bessere Lesbarkeit, eindeutige Begriffe, weniger Redundanzen und Zeitersparnis. Zudem können die Daten später für andere Fragestellungen wieder herangezogen werden.

Die Geschäftsleitung organisiert bei der Einführung des auf ICT basierenden Dokumentationssystems mehrere Schulungen, so dass sich für alle Berufsgruppen ein Zeitfenster dafür finden lässt. Ausserdem erstellt sie zusätzlich eine schriftliche Anleitung für das Programm. Eine richtige Erklärung, warum dieses System eingeführt wird und dass der Nutzen grösser ist als der Aufwand, wird zudem von der Geschäftsleitung vorgenommen.“

Szenario 7: Assessmentverfahren bei Rekrutierung

„In Ihrem Team ist eine Stelle frei geworden, die Sie neu besetzen müssen. Sie werden bei der Auswahl der passenden Kandidatin oder des passenden Kandidaten miteinbezogen. Die HR-Abteilung schlägt vor, dass bei der Rekrutierung ein Test eingeführt werden soll, welcher die Kandidatin/den Kandidaten in Bezug auf Offenheit und Kritikfähigkeit testen soll. Sie haben dafür eigens ein Assessmentverfahren entwickelt, das aufzeigen soll, wie offen bzw. kritikfähig die Kandidatin/der Kandidat in einer stressigen Alltagssituation tatsächlich ist. Die Aufgaben in diesem Assessment sollen die künftigen Tätigkeiten so gut wie möglich darstellen, um die Kandidatin/den Kandidaten fachlich und persönlich in einer konkreten Arbeitssituation beurteilen zu können. Es wurde bereits erwiesen, dass ein solches Assessmentverfahren dazu geführt hat, dass passende Teammitglieder gefunden werden konnten. In diesem Verfahren wird insbesondere darauf geachtet, ob die Kandidatin/der Kandidat:

1) sachlich bleiben kann und fähig ist, eine konstruktive Kritik zu tätigen, 2) aktiv um Feedback von anderen bitten kann, 3) stets freundlich bleibt und nicht aggressiv reagiert, 4) Erklärungen abgeben kann, warum etwas nicht zufriedenstellend abgelaufen ist und 5) aktiv Verbesserungsvorschläge vorbringen kann.

Weiter schlägt die HR-Abteilung vor, dass die Kandidatin/der Kandidat zusätzlich einen Persönlichkeitstest für Offenheit und Kritikfähigkeit ausfüllen muss. In diesem Persönlichkeitstest werden der Kandidatin/dem Kandidaten 10 Fragen gestellt, die sie/er mit „stimmt“, „stimmt manchmal“ oder „stimmt überhaupt nicht“ beantworten muss. Eine Frage könnte sein: „Ich habe oft Verbesserungsvorschläge und neue Ideen und scheue mich nicht, diese im Team hervorzubringen.“ Dieser Test wird daraufhin ausgewertet. Die Ergebnisse sollen aufzeigen, ob eine Person offen und kritikfähig ist.

Die HR-Abteilung ist überzeugt, dass durch eine solch aufwändige Rekrutierung die passendste Person für das interprofessionelle Team gefunden werden kann, so dass es an der Offenheit und Kritikfähigkeit der Person nicht scheitern wird.“

„In Ihrem Team ist eine Person tätig, die Mühe hat, Kritik von anderen Berufsgruppen anzunehmen. Sie ist überzeugt, dass ihre Meinung die einzig richtige ist, denn schliesslich ist er/sie der Chef/die Chefin. Diese Person interessiert sich nicht für die anderen Berufsgruppen und deren Meinungen und Ideen bei der Diagnose. Sie ist nicht offen, um Neues zu lernen. Dies macht die Zusammenarbeit im Team schwierig. Ihr Team hat sich daher bereits mehrmals bei der Leitung beschwert. Daher hat die Leitung beschlossen, dieses Teammitglied in ein Coaching bei einem Experten zu schicken und ist bereit, dafür die Kosten zu tragen. Ziel des Coachings ist die erfolgreiche Bewältigung alltäglicher stressiger Arbeitssituationen mit Einbezug des Teams. Der Fokus des Coachings liegt im speziellen auf dem Antrainieren der Soft Skills Offenheit und Kritikfähigkeit. Zentrales Element des Coachings sind Rollenspiele mit Videofeedback. Der Person soll dabei aufgezeigt werden, wie sie sich in spezifischen Alltagssituationen in der Zusammenarbeit verhält und wie sie damit auf die anderen Teammitglieder wirkt. Durch den Coach erhält er/sie praktische Hinweise, wie er/sie seine/ihre Kritikfähigkeitskompetenz und Offenheit gegenüber Neuem verbessern kann. Das Coaching wird über einen Zeitraum von 6 Monaten zur Verfügung gestellt. In diesen 6 Monaten sollte eine deutliche Verhaltensänderung des Teammitglieds erkennbar sein.“

Szenario 8: Coaching / Training mit Videofeedback

Auf einer Skala von 0 bis 100% konnten die Probanden angeben, um wie viele Prozent die Massnahmen die interprofessionelle Arbeit verbessern würden. Die Angaben beruhen dabei auf subjektiven Einschätzungen der Teilnehmenden.

Alle entwickelten Massnahmen werden von den Teilnehmenden der Studie als sehr förderlich angesehen. Am Ende würden alle Massnahmen zu einer Steigerung der interprofessionellen Zusammenarbeit führen, jedoch werden einige Massnahmen als wirkungsvoller als andere wahrgenommen.

Die folgenden Ergebnisse stellen die Durchschnittswerte der von den Probanden angegebenen Prozentangaben dar.



Abbildung 11: Förderliche Massnahmen für die Umsetzung der Interprofessionalität

ICT-gestützte Kommunikation verbessert interprofessionelle Zusammenarbeit um durchschnittlich 60%

Die vier effektivsten Massnahmen werden hier noch einmal näher beschrieben:

Die *ICT-unterstützte Kommunikation* wurde mit einem Verbesserungspotential von über 60% als die wirkungsvollste Massnahme zur Steigerung der interprofessionellen Zusammenarbeit bewertet. Als Begründung für diesen Wert wurden von den Teilnehmenden in einem offenen Antwortfeld u.a. die vereinfachte Verständigung, ein besserer Informationsstand aller Beteiligten, die bessere Nachvollziehbarkeit und die Zeit- und Kostenersparnis genannt. Weiter würde ein gemeinsames Dokumentationssystem auch dazu beitragen, dass das Arbeiten auf gleicher Augenhöhe ermöglicht wird. Die Dokumentation führt zu einer Minimierung von Fehlinformationen, da alle Mitarbeitenden jederzeit Zugriff auf das System haben. Nachteilig hingegen wird bei der Dokumentation gesehen, dass es oft zu IT-Problemen kommen kann und somit Kommunikation erschwert wird. Weiterhin wurde angemerkt, dass die ICT das direkte interprofessionelle Gespräch nicht ersetzen darf und lediglich als eine Unterstützung dienen sollte. Obwohl diese Massnahme als sehr zielführend eingeschätzt wird, gilt es zu beachten, dass die Bedienung des Systems simpel sein muss. Dazu wird eine gute Schulung und zeitnahe Unterstützung im Alltag sowie eine Anleitung, wie das System genutzt werden sollte, benötigt.

Formelle Gefässe mit der Führung verbessern interprofessionelle Zusammenarbeit um 55%

Formelle Gefässe mit der Führung wurde mit einem Verbesserungspotential bezüglich interprofessioneller Zusammenarbeit von ca. 55% bewertet. Dieses Szenario würde laut Einschätzung der Teilnehmenden dazu führen, dass die Hemmschwelle für Mitarbeitende, sich zu beteiligen, sinken würde, da ein niederschwelliger Zugang zum Vorgesetzten ermöglicht wird. Solche Gefässe vermitteln Wertschätzung und Interesse an der Person. Auch bietet sich der Vorteil für die Führung, stets auf dem Laufenden zu bleiben und zu verstehen, welche Bedürfnisse das Team gerade hat. Die proaktive Mitarbeit wird gefördert und die Verantwortung des Einzelnen steigt dadurch. Die Prozesse werden fortlaufend verbessert und Störungen im Arbeitsalltag können reduziert werden. Die Führung lebt Interprofessionalität in einer Vorbildfunktion vor. Als nachteilig angesehen werden dabei aber die benötigten zeitlichen Ressourcen und die schwierige Umsetzung von fixen Terminen im Alltag. Generell wird im Zusammenhang mit dieser Massnahme als wichtig betrachtet, dass durch formelle Gefässe eine tatsächliche Interaktion entsteht und dass die Mitarbeitenden Feedback zu geäusserten Vorschlägen bekommen können.

Problemorientierte Workshops verbessern interprofessionelle Zusammenarbeit um 51%

Weiter sehen die Befragten *problemorientierte Workshops* (ca. 51% Verbesserungspotential) als förderliche Massnahme an. Gemeinsame Workshops fördern die Zusammenarbeit und demonstrieren die Wichtigkeit der Thematik vonseiten der Vorgesetzten. Auch steigert ein solcher Workshop das Verständnis für andere Mitarbeitende. Die Mitarbeitenden übernehmen Verantwortung; Probleme werden geschildert, reflektiert und ausgetauscht. Ein weiterer Vorteil solcher Workshops ist die Erweiterung des Fachwissens aller Mitarbeitenden. Aber auch hier wird punktuell angemerkt, dass die zeitlichen Ressourcen für solche Massnahmen fehlen und der Aufwand sehr gross sei. Vorgegebene Themen für Workshops können zu sinkender Motivation bei Mitarbeitenden führen, die sich nicht für das Thema interessieren. Um den Erfolg zu gewährleisten, müssen sich alle Mitarbeitenden auf diese Massnahme einlassen. Einige Teilnehmende gaben zu bedenken, dass Mitarbeitende gehemmt sein könnten sich einzubringen, wenn hierarchisch höhergestellte Personen anwesend sind. Somit besteht die Gefahr, dass Lösungen nicht verhandelt, sondern nach Autoritäten festgelegt werden. Das Überwinden derartiger

Hindernisse stellt allerdings eine generelle Herausforderung in interprofessionellen Teams dar. Weiter wurde angemerkt, dass problemorientiertes Arbeiten nicht ohne Theoriewissen und Reflexionsfähigkeit der Teilnehmenden möglich ist. Als wichtig erscheint zudem die Einhaltung von vordefinierten Spiel- und Kommunikationsregeln. Ein solcher Workshop muss gut vorbereitet und für die Teilnehmenden verpflichtend sein. Die Effektivität der Massnahme könnte erhöht werden, wenn externe Personen bei der Moderation unterstützen.

Auch ein *Kommunikationstraining* könnte nach Meinung der Probanden dazu beitragen, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit um ca. 48% verbessert würde. Diese Massnahme sei gewinnbringend für das Team und die Wertschätzung unter den Professionen würde gesteigert werden. Ausserdem führt Kommunikationstraining zu einer verbesserten Selbstreflexion und konstruktivem Feedback. Durch regelmässiges Üben wird das Geben von konstruktivem Feedback mit der Zeit zur Selbstverständlichkeit. Die Umsetzung dieser Massnahme wird allerdings im stressigen Alltag als Herausforderung empfunden. Ausserdem sei das Üben mit Schauspielern unter Umständen zu abstrakt. Auch ein unterschiedliches Pflegeverständnis verschiedener Individuen und Nationalitäten macht die Umsetzung im Alltag schwierig. Regelmässige Wiederholung der Massnahme ist eine entscheidende Voraussetzung für deren nachhaltige Effektivität.

Kommunikationstraining verbessert interprofessionelle Zusammenarbeit um 48%

4.3.3 Interpretation

Generell konnte durch das Quasi-Experiment gezeigt werden, dass gezielte Massnahmen zur Steigerung der interprofessionellen Zusammenarbeit erfolgsversprechend sind. Gleichwohl scheint aber der Kontext der Organisation ausschlaggebend für die letztendliche Effektivität der Massnahme zu sein. Ein bedarfsorientiertes Vorgehen, welches die Rahmenbedingungen der Einrichtung und des Teams berücksichtigt, ist deshalb vonnöten.

Zudem wurde bereits bei der Formulierung der Massnahmen und der Szenarien deutlich, dass viele Einflussfaktoren miteinander verknüpft und in Konsequenz oftmals voneinander abhängig sind. Die Szenarien des Experimentes greifen diese Abhängigkeiten teilweise auf und adressieren mehrere Einflussfaktoren gleichzeitig (z.B. Vorleben durch die Führung und formelle Gefässe für Austausch in Szenario 3). Eine zentrale Herausforderung, die in allen Bereichen der Studie wiederkehrend von den Teilnehmenden erwähnt wurde, ist die benötigte Zeit für interprofessionelle Zusammenarbeit. Auch in den hier getesteten Massnahmen ist die Ressource Zeit eine notwendige Bedingung, ohne die eine Umsetzung schwierig erscheint.

Durch das Feedback der Teilnehmenden wurde weiterhin deutlich, dass der Erfolg der Umsetzung oftmals im Detail liegt. Die Art und Weise, wie Workshops moderiert werden und wer in welcher Rolle auftritt, kann ausschlaggebend dafür sein, ob sich alle Berufsgruppen an einem Austausch auf Augenhöhe beteiligen. Eine Entwicklung von Leitfäden und Standards für entsprechende Massnahmen zur Steigerung interprofessioneller Zusammenarbeit sowie das koordinierte Teilen von Good-Practice-Beispielen scheint deshalb wichtig.

4.4 Arbeitspaket 4 – Erarbeiten von Handlungsempfehlungen

4.4.1 Fragestellung und Vorgehensweise

Um komplexe Ziele wie die umfassende Umsetzung von Interprofessionalität zu erreichen, bedarf es in der Regel einer Beteiligung aller relevanten Stake-

Fragestellung

holder. Nur durch eine gesteuerte gemeinsame Vorgehensweise ist es möglich, den notwendigen Wandel effektiv und effizient zu gestalten. Dabei kommen den einzelnen Stakeholdern - Bund, Kantonen, Gemeinden, Organisationen, Individuen – verschiedene Aufgaben zu. Einige der im Rahmen der vorangegangenen Arbeitspakete identifizierten Massnahmen werden wahrscheinlich im konkreten Verantwortungsbereich einzelner Stakeholder liegen; andere bedürfen einer intensiveren Zusammenarbeit in Finanzierung und Umsetzung. Aufgabe dieses Arbeitspaketes ist es deshalb, insbesondere für den Bund herauszuarbeiten, an welchen Stellen ein Beitrag sinnvoll und wichtig ist.

Vorgehensweise

Um potentielle Beiträge des Bundes zu ermitteln, wurden zwei verschiedene Perspektiven in die Betrachtung einbezogen: die Bottom-Up- und die Top-Down-Perspektive. In der Bottom-Up-Perspektive wurden insbesondere die von der Umsetzung betroffenen Personen und Organisationen gefragt, an welcher Stelle sie eine Beteiligung des Bundes für notwendig bzw. sinnvoll halten. Die Top-Down-Perspektive ergänzte dann in einem zweiten Schritt die Sichtweise des Bundes auf seinen Beitrag selbst.

Beide Perspektiven wurden im Rahmen von Workshops erhoben und analysiert. Hierzu wurden Vertreter verschiedener Institutionen nach Bern eingeladen und im Rahmen einer halbtägigen Veranstaltung mit den Ergebnissen der Studie und der erarbeiteten Massnahmen konfrontiert. Anschliessend wurden in einer moderierten Diskussion gemeinsam Möglichkeiten erarbeitet, wie der Bund in den entsprechenden Massnahmen aktiv werden kann. Im ersten Workshop bestand der Kreis der Teilnehmenden aus Vertretern von Leistungserbringern verschiedener Professionen, während im zweiten Workshop Vertreter von Bund und verschiedenen Kantonen eingeladen wurden.

Am ersten Workshop haben neun Personen aus fünf verschiedenen Organisationen teilgenommen. Insgesamt waren vier Kantone vertreten. Die Gruppe setzte sich aus verschiedenen Professionen zusammen. So waren neben dem ärztlichen (1), pflegerischen (3) und therapeutischen (1) Personal auch eine Hebamme und eine Verantwortliche für Bildung der Pflegenden, eine Labormanagerin und ein Leiter OPS Perioperative Medizin anwesend.

Der zweite Workshop wurde gemeinsam mit der Firma econcept durchgeführt, welche ein anderes Mandat des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) innehatte. Die Ergebnisse des ersten Workshops dienten dabei als ergänzender Input für den zweiten, politikorientierten Workshop. Am zweiten Workshop haben insgesamt 10 Teilnehmende sowie fünf Vertreter/innen der Forschungsteams teilgenommen. Die teilnehmenden Experten und Expertinnen repräsentierten folgende Verbände/Institutionen/Kantone:

- FMH, Berufsverband der Schweizer Ärzte/Ärztinnen (2)
- SBK, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- Santésuisse, Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer
- Réseau de soins Delta
- SAMW, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
- Universitätsspital Basel, Ressort Pflege/MTT
- Kanton Basel-Stadt, Gesundheitsdepartement
- Kanton Bern, Fürsorge und Gesundheitsdirektion
- Bundesamt für Gesundheit, Förderprogramm Interprofessionalität

Die Ergebnisse wurden dokumentiert und im Anschluss an die Workshops in konkrete Handlungsempfehlungen überführt. Gemeinsam mit den Ergebnissen der anderen Arbeitspakete formen diese die Basis für diesen Abschlussbericht des Projektes.

4.4.2 Ergebnisse

Nachdem das Projektteam eine Einführung zum Projekt gegeben hatte und die zentralen Ergebnisse der einzelnen Studien vorgestellt wurden, gelangten die Teilnehmenden des ersten Workshops schnell in eine rege Diskussion und reflektierten die Ergebnisse in ihrem eigenen Kontext. Trotz genereller Zustimmung zu den Ergebnissen der Studie wurde schnell klar, dass man diese differenziert betrachten muss und eine einheitliche Massnahme zur Erhöhung der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht sinnvoll ist.

Geteilt in zwei Gruppen diskutierten die Teilnehmenden anschliessend über individuelle (Gruppe 1) und organisationale Einflussfaktoren (Gruppe 2). Das Team von Moderatoren versuchte dabei, die Diskussion auf die folgenden Fragen zu fokussieren:

- Welche Stakeholder spielen bei der Umsetzung einzelner Massnahmen eine Rolle?
- Welche Rolle hat der Bund in der Umsetzung dieser Massnahmen?

Bevor diese aber diskutiert werden konnten, äusserten die Teilnehmenden das Bedürfnis, noch einmal grundlegend Probleme und konkrete Massnahmen zu diskutieren. Grundlegende Probleme stellen insbesondere die Kontextabhängigkeit von Interprofessionalität dar. Weiter wurde angemerkt, dass die Gesetzgebung bezüglich Hierarchie und Fachexpertise immer noch durch alte Muster geprägt ist und diese überprüft werden sollten.

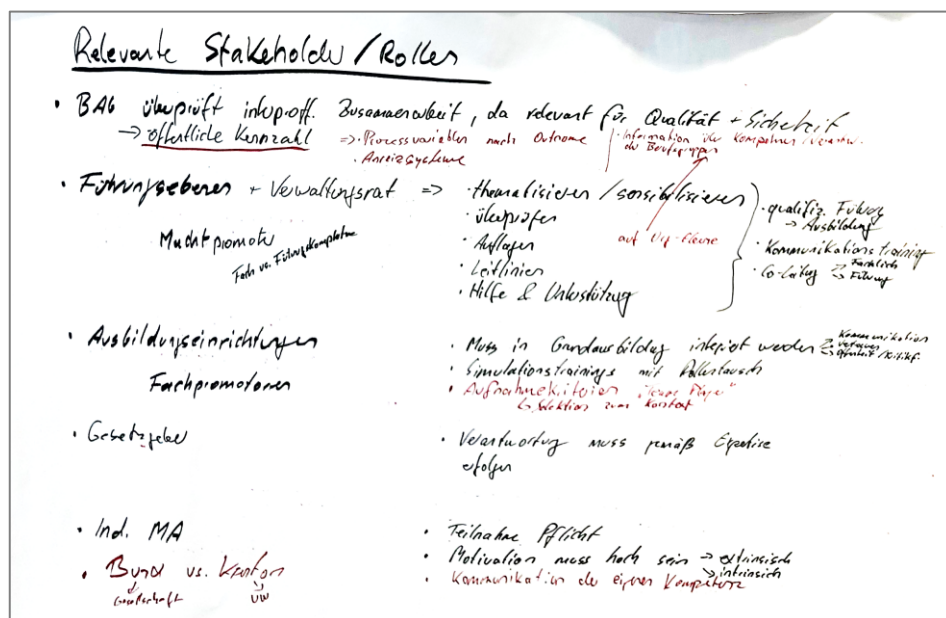


Abbildung 12: Teilergebnis einer Gruppendiskussion in Workshop 1

Im Folgenden werden nur einige Punkte aus der Diskussion des Workshops aufgegriffen. So erscheint zum Beispiel das Messen von Qualitätsmerkmalen für die Teilnehmenden des ersten Workshops als ein zentrales Instrument, um die interprofessionelle Zusammenarbeit verbessern zu können. Seit in anderen Bereichen mit Kennzahlen die Qualität gemessen wird, hat sich darin tatsächlich etwas verändert. Deswegen werden auch Kennzahlen bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit gefordert, welche das Bundesamt für Gesundheit überprüfen könnte. Als weiterer wichtiger Punkt wurde die Sensibilisierung von Führungspersönlichkeiten (und Verwaltungsrat) angesprochen. Es brauche eine qualifizierte Führung. Diese Kompetenzen können in einer Ausbildung oder in einem Training / Coaching erworben werden.

Der zweite Workshop mit Politikvertretern knüpfte an die Diskussion des ersten Workshops an. Zunächst wurden auch hier die Ergebnisse der Studien präsentiert. Nach einer anschliessenden kurzen Einstiegsdiskussion und Beiträgen der einzelnen Teilnehmenden wurde die Diskussion auf die Fragestellung fokussiert, welche Handlungsempfehlungen insbesondere für die Politik in den folgenden 4 Bereichen abgeleitet werden können:

- Organisation und Koordination interprofessioneller Zusammenarbeit
- Kultur und Kommunikation
- Ausbildung, Fort- und Weiterbildung
- Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Ergebnisse der Diskussionen wurden durch die Moderatoren entsprechend dokumentiert (siehe Abbildungen 12 und 13).

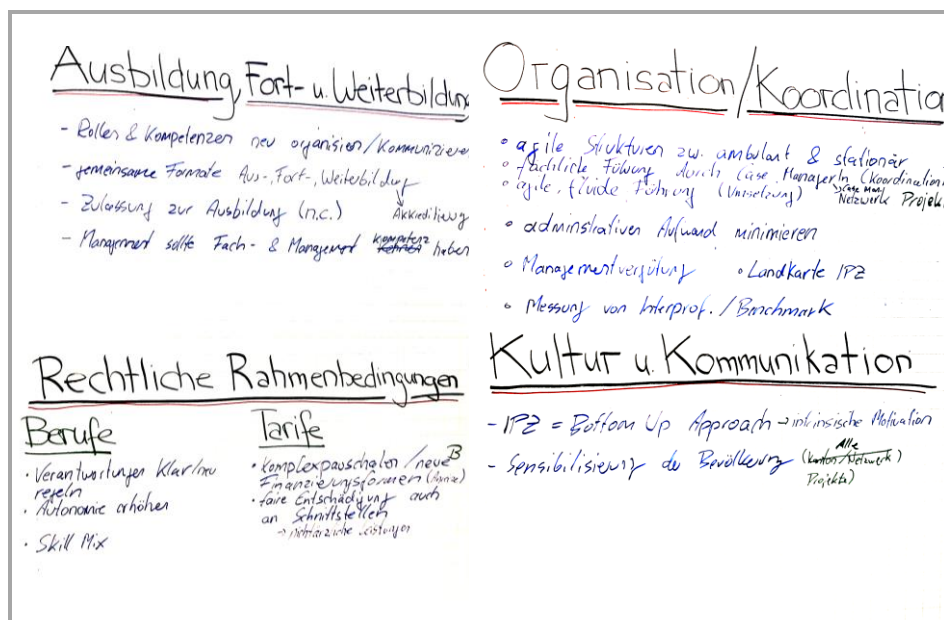


Abbildung 13: Teilergebnis der Gruppendiskussion in Workshop 2

Bei Aus- und Weiterbildung zum Beispiel waren sich die Teilnehmenden einig, dass die Bildungsinstitutionen oder Berufsverbände die Rollen und Kompetenzen der Berufsgruppen besser kommunizieren oder neu organisieren müssten. Auch die Selektion für die Ausbildung, insbesondere den Numerus Clausus, müsste man überdenken. Hinsichtlich der Organisation braucht es mehr Flexibilität, wie zum Beispiel agile Strukturen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Auch wurde klar, dass formalisierte Gefässe und informeller Austausch zwar wichtig sind, dies aber Zeit benötigt.

Auf eine dezidierte Darstellung der Diskussionen in den Workshops wird hier verzichtet, da diese sich direkt in den nachfolgenden Handlungsempfehlungen widerspiegeln.

5 Reflexion der Ergebnisse

In Gesundheitseinrichtungen arbeiten Menschen mit unterschiedlichen Normen und Werten, unterschiedlichem persönlichem Verhalten und unterschiedlichen Interessen interprofessionell zusammen. Der Erfolg interprofessioneller Zusammenarbeit ist daher schlussendlich davon abhängig, dass Individuen auch dazu befähigt werden, innerhalb der Strukturen von Gesundheitseinrichtungen und im Rahmen gesetzlicher Regelungen effektiv und zum Wohle des Patienten zusammenzuarbeiten. Als Solches ist es ein gemeinsames Unterfangen aller Parteien, die direkt oder indirekt an der Leistungserstellung im Gesundheitswesen beteiligt sind. Diese Studie trägt mit ihren Erkenntnissen zum Verständnis bei, wie es möglich ist, interprofessionelle Zusammenarbeit auf den unterschiedlichen Ebenen (individuell, organisational, politisch) zu fördern und entsprechende Barrieren abzubauen.

Die identifizierten Einflussfaktoren auf die interprofessionelle Zusammenarbeit stellen dabei keine überraschenden neuen Erkenntnisse dar, vielmehr spiegeln sie wider, was bereits vorhandene Studien über interprofessionelle Zusammenarbeit einerseits (z.B. D'Amour & Oandasan, 2005; Gerber et. al. 2018) und die allgemeine Literatur zu Teamwork andererseits über die letzten Jahre erarbeitet haben. So beschreiben D'Amour & Oandasan (2005) in ihrer Studie das von ihnen entwickelte IECPCP-Modell (Interprofessional Education

for Collaborative Patient-Centred Practice). In diesem Modell wird beschrieben, welche Determinanten und Prozesse im Gesundheitssystem die interprofessionelle Ausbildung und Berufspraxis beeinflussen. Dabei unterscheiden sie zwischen Mikro- (Ausbildungs-), Meso- (institutionellen) und Makrofaktoren (systemischen Faktoren), welche die Fähigkeit zur interprofessionellen Zusammenarbeit beeinflussen. Gerber et al. (2018) haben dieses Modell noch um weitere Einflussfaktoren ergänzt. Auch in diesem Modell wird zwischen organisationalen und interaktionalen Faktoren unterschieden. Organisationale Einflussfaktoren wie Organisationale Kultur, Hierarchische Struktur, Gemeinsame Gefässe und Tools, Physische Nähe werden auch in dieser Studie genannt. Zudem werden bei den interaktionalen Faktoren die Teamgrösse und Teamzusammensetzung, Koordination und Kommunikation oder persönliche und fachliche Wertschätzung genannt. Bei der allgemeinen Literatur zu Teamwork zeigen bereits Pullon et al. 2011, dass gute Kommunikation Teamwork entscheidend befähigt und dass Rollen, Prozesse und Verantwortungen klar definiert sein müssen, damit Teamwork effizient stattfinden kann. Jaruseviciene et al. 2013 finden ebenfalls, dass Kommunikation der Schlüssel zu gutem Teamwork ist, aber es genauso auf Vertrauen und Respekt zwischen den Professionen ankommt.

Wenn man auf konzeptioneller Ebene über den Tellerrand hinausschaut, so lassen sich durchaus Parallelen zur Forschung rund um den Zugang zu Innovation ziehen. Verschiedene Forscher, unter anderem Prahalad (2011), beschreiben, dass es nötig ist, sich auf vier A's (Awareness, Accessibility, Affordability, Acceptability) zu fokussieren, damit ein Ökosystem für die Nutzbarmachung von Innovation geschaffen werden kann. Interprofessionalität in vielerlei Hinsicht ist eine solche Innovation und das Framework ist entsprechend anwendbar. Das erste A beschreibt das Bewusstsein (Awareness), welches notwendig ist, um zu verstehen, dass es die Möglichkeit gibt, durch eine Veränderung wie Interprofessionalität Wert zu schaffen. So gesehen ist es sowohl die Aufgabe der Stakeholder wie der Gesundheitsversorger, aber auch der Politik, das Bewusstsein dafür zu schaffen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Versorgungsqualität, zur Patientenzufriedenheit, aber auch zur Mitarbeitendenzufriedenheit leisten kann. Eine Diskussion über den Nutzen von Interprofessionalität ist die Basis für die individuelle Auseinandersetzung mit dem Thema und die Motivation, an interprofessioneller Zusammenarbeit teilzunehmen. Der Zugang (Accessibility) stellt die zweite Ebene des von Prahalad beschriebenen Frameworks dar. Zugang meint in diesem Kontext die Möglichkeit, an interprofessioneller Zusammenarbeit teilzunehmen und schliesst damit auch die organisatorischen Strukturen und Prozesse mit ein. Wenn man das Bewusstsein für die Wichtigkeit und auch Zugang zur Teilnahme an interprofessionellen Teams hat, kann es aber immer noch sein, dass man es sich nicht leisten kann, interprofessionell zu arbeiten (Affordability). Hierunter fallen Aspekte wie fehlende Zeit zur Abstimmung und die fehlende Möglichkeit der Abrechnung entsprechender Stunden. Auch finanzielle Anreizsysteme als extrinsische Motivation beeinflussen die Umsetzung von Interprofessionalität auf dieser Ebene. Zu guter Letzt muss interprofessionelle Zusammenarbeit für die Mitarbeitenden auch akzeptabel sein (Acceptability). Die Anforderungen wie Offenheit und Kommunikationsfähigkeit können grundlegenden Charaktereigenschaften von Personen widersprechen, was ihnen eine effiziente Zusammenarbeit erschwert oder diese sogar verhindert.

Bezogen auf die Nachhaltigkeit von Verhaltensänderungen weisen Stephan et al. (2016) darauf hin, dass zwischen tiefgründigen und oberflächlichen Änderungen unterschieden werden muss. Während tiefgründige Veränderungen oft von intrinsischer Motivation, dem Aufbau von notwendigen Fähigkeiten

und unterstützenden organisationalen Praktiken geprägt sind, steht oberflächliche Verhaltensänderung oft in Zusammenhang mit extrinsischer Motivation, agnostischen Fähigkeiten und einer losen Verbindung mit organisationalen Prozessen. Da es vor allem die tiefgreifenden Veränderungen sind, die nachhaltig zu positiven Ergebnissen führen, sollte man vor allem diese ermöglichen, wenngleich diese eher langfristig entstehen. Bezogen auf die Interprofessionalität bedeutet dies, dass ein holistischer Ansatz, der organisationale und individuelle Einflussfaktoren vereint und eine langfristige Veränderung anstrebt, zu bevorzugen ist. Hierfür müssen alle relevanten Stakeholder zusammen agieren und beginnend mit dem Bewusstsein einen nachhaltigen Veränderungsprozess in Gang setzen.

6 Erkenntnisse und Handlungsfelder

Das nun folgende Kapitel ist als Synthese der einzelnen Arbeitspakete zu verstehen und fasst somit die Erkenntnisse aus den qualitativen Interviews, der quantitativen Befragung und den Workshops zusammen.

Die Handlungsfelder sollen dazu dienen, den relevanten Stakeholdern Ansatzpunkte für konkrete Handlungen zu liefern. Wir unterscheiden dabei allgemeine Erkenntnisse, Handlungsfelder für Leistungserbringer im Gesundheitswesen und Handlungsfelder für die Politik, wobei auf den Letzteren der auftragsbezogene Fokus des Berichtes liegt.

6.1 Allgemeine Erkenntnisse

Bevor konkrete Handlungsfelder für einzelne Gruppen vorgestellt werden, ist es wichtig, die wesentlichen Erkenntnisse zur Natur interprofessioneller Zusammenarbeit, die im Rahmen dieser Studie generiert wurden, zu rekapitulieren.

Interprofessionalität sollte generell eher als Mittel zum Zweck und nicht als eigentliches Ziel angestrebt werden. Im Zentrum jeder Leistung sollte die Versorgungsqualität und das Patientenwohl stehen und interprofessionelle Zusammenarbeit ist eine wichtige Komponente, um dieses Ziel zu erreichen.

Die im Rahmen dieser Studie evaluierten Einflussfaktoren weisen Überschneidungen mit generellen Ansätzen, Voraussetzungen und Kriterien für die Zusammenarbeit in Teams sowie organisationalem Erfolg auf und sind deshalb oft nicht exklusiv für Interprofessionalität zu betrachten. Die Ergebnisse zeigen, dass es sich bei interprofessioneller Zusammenarbeit um ein multidimensionales Konstrukt handelt, zu dessen Realisierung das Engagement aller Stakeholder benötigt wird.

Viele Einflussfaktoren sind voneinander abhängig und können deshalb auch in der Regel nicht separat adressiert werden. Vielmehr ist eine integrative Betrachtungsweise und die schlussendliche Kombination von Massnahmen notwendig, um interprofessionelle Arbeit zu etablieren.

6.2 Handlungsfelder für Leistungserbringer im Gesundheitswesen

Aus Sicht der Leistungserbringer ist die erfolgreiche Arbeit in interprofessionellen Teams erstrebenswert und gleichzeitig auch schon in vielen Organisationen Realität. Die Arbeit in interprofessionellen Teams ist dabei als ein holistischer Ansatz zu betrachten und benötigt entsprechende Prozesse, Ressourcen und Einsatzbereitschaft.

Auf Prozessebene sollte über Leitlinien und Dokumentation klar geregelt sein, wie interprofessionelle Zusammenarbeit funktionieren soll, wer wann

**Prozesse und
Strukturen schaffen**

Verantwortung trägt, wie man sich austauschen muss und welche Schnittstellen als relevant angesehen werden. Es ist dabei wichtig, auf die Spezifika der Einrichtung zu achten, gleichwohl müssen aber auch das Arbeitsumfeld des Teams und dessen Zusammensetzung berücksichtigt werden.

Mitarbeitende befähigen

Weiterhin müssen Individuen von der Organisation befähigt werden, effektiv und effizient in interprofessionellen Teams zu arbeiten. Dies sollte konkreter Bestandteil eines Mitarbeitenden-Entwicklungsprogramms sein, mit dem Ziel, die Mitarbeitenden individuell auf die Arbeit in interprofessionellen Teams vorzubereiten. Hierzu gehört zunächst erst einmal das Erkennen von individuellen Weiterentwicklungsmöglichkeiten, z.B. im Bereich der Kommunikation, Offenheit und Kritikfähigkeit oder Fachkompetenz. Anschliessend können entsprechende Massnahmen wie Trainings, Coachings oder auch technische Unterstützungssysteme implementiert werden, die auf die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeitenden und Teams zugeschnitten sind. Hierbei ist insbesondere in grossen Einrichtungen durchaus damit zu rechnen, dass eine Bündelung von Massnahmen über Teams hinweg erfolgen kann und somit auch Skalenvorteile erreicht werden können.

6.3 Handlungsfelder für die Politik

Aus Sicht der Politik, hier insbesondere des Bundes, ergeben sich fünf Handlungsfelder, welche adressiert werden können. Diese sind nachfolgend skizziert.

Zur Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit ist es zunächst wichtig, das Bewusstsein für deren Relevanz zu fördern sowie Informationen zum Status quo der Umsetzung zu erheben.

Sensibilisieren

In konkreten Massnahmen wie Informationskampagnen muss die Vorteilhaftigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit und damit deren Relevanz für die Qualität der Patientenversorgung gegenüber Leistungserbringern und der Bevölkerung allgemein kommuniziert werden. Um eine Sensibilisierung für interprofessionelle Zusammenarbeit zu erreichen, sollten im Rahmen von Informationskampagnen verschiedene Stakeholder wie Patientenverbände, Versicherungen, aber auch der Bund und die Kantone zusammenarbeiten. Die Rolle des Bundes ist hier zum einen als koordinierende Stelle, zum anderen aber auch als übergeordneter Botschafter denkbar. Der Einflussfaktor *Vorleben durch die Führung* hat sich in der Studie als wichtiges Signal herauskristallisiert. Der Bund selbst hat zwar nicht unbedingt eine formale Führungsrolle, kann aber gleichwohl selbst durch das Leben und Kommunizieren von interprofessionellen Prinzipien signalisieren, dass das Thema wichtig und bereits verankert ist. Generell hört interprofessionelle Zusammenarbeit nicht im Gesundheitssektor auf, sondern zieht sich durch viele Bereiche von Wirtschaft und Gesellschaft. Ein gezielter Export des Themas heraus aus der Nische des Gesundheitswesens kann deshalb auch zu einer breiteren Sensibilisierung und Akzeptanz führen.

Messung forcieren

Gleichzeitig sollte eine umfassende Messung der interprofessionellen Zusammenarbeit etabliert werden, um es Stakeholdern sowie Patienten, Versicherungen und Regulierungsbehörden zu ermöglichen, Leistungserbringer entsprechend zu bewerten und zu vergleichen. Der Bund als zentrale und unabhängige Institution könnte hier in zwei Bereichen aktiv werden. Zum einen bedarf es eines einheitlichen Erhebungsinstrumentes, welches die Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet. Die Entwicklung und Dissemination eines solchen Instrumentes könnte direkt mit dem Förderprogramm Interprofessionalität des Bundesamtes für Gesundheit und mit nachfolgenden Aktivitäten verknüpft werden. Weiterhin könnte der Bund eine zentrale Rolle in der

Entwicklung und im Betrieb einer Plattform spielen, welche die Daten der Leistungsanbieter sammelt und zur Verfügung stellt.

Letztendlich ist aber nicht zu vergessen, dass es sich bei interprofessioneller Zusammenarbeit nicht um eine Ergebniskennzahl handelt, sondern um eine Prozesskennzahl. Interprofessionalität ist somit kein Selbstzweck, sondern vielmehr ein Mittel, um eine hohe Versorgungsqualität zu erreichen. Neben der interprofessionellen Zusammenarbeit gibt es andere, ebenfalls relevante Parameter, welche die Versorgungsqualität beeinflussen und somit gleichermaßen adressiert werden müssen. Hierbei kann es zu Wechselwirkungen mit den Grundsätzen der Interprofessionalität kommen und gegebenenfalls zu alternativen Handlungsoptionen. Hier sollte immer eine Abwägung bezüglich Effektivität (z.B. absolute Erhöhung des Patientennutzens) und Effizienz (z.B. relative Erhöhung des Patientennutzens unter Berücksichtigung der eingesetzten Ressourcen) stattfinden.

In allen Arbeitspaketen wurde ebenfalls klar, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen die Realität der interprofessionellen Zusammenarbeit widerspiegeln müssen. Insbesondere zählt die Übernahme von Verantwortung zu den am häufigsten genannten Aspekten. Es wird dementsprechend von der Mehrheit der Teilnehmenden der Studie als die Aufgabe des Bundes angesehen, die gesetzlichen Rahmenbedingungen so anzupassen, dass die rechtliche Verantwortung mit der kompetenzbasierten Verantwortung im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit zusammenfällt.

**Verantwortung
regeln**

Anreizsysteme werden sowohl von politischer Seite als auch von Unternehmen selbst eingesetzt, um relevante Akteure dazu anzuregen, bestimmte Handlungen auszuführen oder zu unterlassen. Adäquat eingesetzte Anreize auf individueller und organisationaler Ebene können auch dazu führen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit noch stärker gelebt wird. Patienten, die von sich aus interprofessionelle Zusammenarbeit wünschen und fordern, sowie ein Kennzahlensystem, welches die gelebte Interprofessionalität in Gesundheitseinrichtungen als Benchmark allen Patienten zugänglich macht, ist für Institutionen ein direkter Anreiz stärker interprofessionell zu arbeiten. Gleichermassen können finanzielle Anreize von Seiten der Versicherungen oder gesetzliche Vorgaben bezüglich eines Mindestmasses an interprofessioneller Zusammenarbeit ebenfalls eine solche Wirkung auf Organisationen haben. Ebenso wichtig wie die institutionelle Ebene ist aber die individuelle Ebene. Personen in Gesundheitseinrichtungen müssen einen Anreiz haben, nach den Prinzipien interprofessioneller Zusammenarbeit zu agieren. Neben der intrinsischen Motivation, eine bessere Versorgungsleistung zu erbringen, spielt hier auch die extrinsische Motivation eine Rolle (z.B. Anreize durch Bereitstellung von Ressourcen). Hier ist es die Aufgabe des Bundes, beispielsweise in Tarifmodellen der Berufsgruppen darauf zu achten, dass von allen relevanten Berufsgruppen entsprechend Zeit für die interprofessionellen Tätigkeiten abgerechnet werden kann.

Anreize schaffen

Insbesondere die individuellen Einflussfaktoren wie *Kommunikationsfähigkeit* sowie *Offenheit und Kritikfähigkeit* sind Aspekte, die vom Charakter der Individuen abhängig sind. Gleichwohl können sie aber trainiert und über einen längeren Zeitraum entsprechend erlernt werden. Während berufsbegleitende Schulungsmassnahmen zwar ein wichtiger Baustein zur Verbesserung dieser Fähigkeiten sind, könnten Massnahmen, die bereits in der Grundausbildung der Berufe ansetzen, weitaus effektiver sein. Die berufliche Ausbildung junger Menschen wie auch das akademische Studium sind im Wandel begriffen. Neben fachlichen Kenntnissen werden zwischenmenschliche Fähigkeiten, wie die Fähigkeit zur Teamarbeit und zur effizienten Lösung von Problemen, immer mehr in den Mittelpunkt gestellt. Hier dürfen die Gesundheitsberufe nicht

**Mitarbeitende
befähigen**

zurückfallen. Das Erlernen effizienter Kommunikation, der konstruktive Umgang mit Kritik, die Übernahme von Verantwortung und das Vertrauen in Mitarbeitende anderer Berufsgruppen scheinen essentielle Fähigkeiten zu sein, die bislang in den Curricula und Praktika der Ausbildungen zu kurz kommen. Hier könnte auch auf Bundesebene eine Initiative zur zielgerichteten Revision der Berufsausbildungen und Studieninhalte eine wichtige Massnahme sein, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern.

7 Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Auslöser im Zentrum der Transformation hin zur Interprofessionalität (in Anlehnung an Reinhardt et al. 2017)</i>	9
<i>Abbildung 2: Vorgehen im Überblick</i>	10
<i>Abbildung 3: Kategoriensystem von Einflussfaktoren</i>	13
<i>Abbildung 4: Relevanz organisationaler Einflussfaktoren (1= absolut unwichtig; 5=absolut wichtig)</i>	27
<i>Abbildung 5: Relevanz individueller Einflussfaktoren (1= absolut unwichtig; 5=absolut wichtig)</i>	28
<i>Abbildung 6: Vergleich der Sektoren</i>	29
<i>Abbildung 7: Vergleich von Sprachregionen</i>	30
<i>Abbildung 8: Vergleich von Berufsgruppen</i>	31
<i>Abbildung 9: Schematische Darstellung, wie Kategorien von Massnahmen helfen, Barrieren zu überwinden</i>	33
<i>Abbildung 10: Schematische Darstellung des Quasi-Experiments zur Analyse der Effektivität einzelner Massnahmen</i>	33
<i>Abbildung 11: Förderliche Massnahmen für die Umsetzung der Interprofessionalität</i>	39
<i>Abbildung 12: Teilergebnis einer Gruppendiskussion in Workshop 1</i>	43
<i>Abbildung 13: Teilergebnis der Gruppendiskussion in Workshop 2</i>	45

8 Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Identifizierte Einflussfaktoren auf die interprofessionelle Zusammenarbeit</i>	4
<i>Tabelle 2: Datenerhebung Arbeitspaket 1</i>	12
<i>Tabelle 3: Datenerhebung Arbeitspaket 2</i>	26
<i>Tabelle 4: Datenerhebung Arbeitspaket 3</i>	34
<i>Tabelle 5: Ideensammlung Massnahmenkatalog</i>	34

9 Literaturverzeichnis

<i>Atzeni G., Schmitz C., Berchtold P.: Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Studie im Auftrag der SAMW. Swiss academics reports, Vol. 12; Nr. 2, 2017</i>
<i>Barrett J., Curran V., Glynn L., Godwin M.: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare. Studie im Auftrag der Canadian Health Services Research Foundation. Ontario, 2007</i>
<i>Borrill C., Carletta J., Carter A. J., Dawson J.F., Garrod S., Rees A., Richards A., Shapiro D., West M.: The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service. London, 2002</i>
<i>D'Amour D., Oandasan I.: Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. Journal of Interprofessional Care, 19 (1), 8-20, 2005</i>

- Gerber M., Kraft E., Bosshard C.: *Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht*. Schweizerische Ärztezeitung, 99 (44), 1524-1529, 2018
- Gurtner, S.: *Making the right decisions about new technologies – A perspective on criteria and preferences in hospitals*. Health Care Management Review, 39 (3), 245-254, 2014
- Reinhardt, R., Hietschold, N., & Gurtner, S.: *Overcoming Consumer Resistance to Innovations— An Analysis of Adoption Triggers*. R&D Management, 49 (2), 139-154, 2019
- Rogers, E. M.: *A prospective and retrospective look at diffusion model*. Journal of Health Communication, 9(1), 13-19, 2004
- Jaruseviciene L., Liseckiene I., Valius L., Kontrimiene A., Jarusevicius G. & Lapao L.V.: *Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania*. BMC Family Practice 14(1), 118, 2013
- Prahalad, C. K.: *Bottom of the Pyramid as a Source of Breakthrough Innovations*. Journal of product innovation management, 29(1), 6-12, 2012
- Pullon S., McKinlay E., Stubbe M., Todd L. & Badenhorst C.: *Patients' and health professionals' perceptions of teamwork in primary care*. Journal of Primary Health Care 3(2), 128-135, 2011
- Saaty, T. L.: *Multicriteria decision making – the analytic hierarchy process. Planning, priority setting, resource allocation*. 2. Auflage. RWS Publishing, Pittsburgh, 1990
- Saaty, T. L., Rank, *Normalization and Idealization in the Analytic Hierarchy Process*, ISAHP, Bali, 2003
- Schroeder, G.: *Interprofessionalität in der Umsetzung*. In: Pflegewissenschaft, Journal für Pflegewissenschaft und Pflegepraxis, 1/10 2010
- Sottas, B.: *„Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten“ – Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema*. In: Müller-Mielitz, S., Sottas, B. und Schachtrupp, A. (Hrsg.): *Innovationen in der Gesundheitswirtschaft*. Bibliomed Verlag, Melsungen, S.44-56, 2016
- Stephan, U., Patterson, M., Kelly, C., & Mair, J.: *Organizations driving positive social change: A review and an integrative framework of change processes*. Journal of Management, 42(5), 1250-1281, 2016
- Talke, K., Heidenreich, S.: *How to overcome pro-change bias: incorporating passive and active innovation resistance in innovation decision models*. Journal of Product Innovation Management, 31 (5), 894-907, 2014

10 Anhang

Anhang 1

Interviewleitfaden *BAG Projekt zu Interprofessionalität*

Begrüssung:

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen uns als Interviewpartner zur Verfügung zu stehen. Wie Sie ja wahrscheinlich bereits wissen, führen wir als Berner Fachhochschule eine Studie für das BAG durch um herauszuarbeiten, wie Teams im medizinischen Kontext möglichst effizient und effektiv zusammenarbeiten können.

Situationsbeschreibung:

Beschreiben Sie uns zu Beginn doch bitte einmal in welchem Kontext Sie arbeiten.

- Mit wem Arbeiten Sie zusammen?
- Wie gestaltet sich diese Zusammenarbeit?

Interprofessionelles Arbeiten:

- Inwiefern gibt es innerhalb des Teams indem Sie arbeiten (in und zwischen den Berufsgruppen) Hierarchien (formell und informell)?
- Inwiefern arbeiten die Berufsgruppen auf Augenhöhe zusammen?
- Inwiefern werden Entscheidungen gemeinsam, mit einem Gleichgewicht der Stimmen getroffen?

Verantwortung:

- Wer trägt in welchen Situationen die Verantwortung für das Handeln des Teams?

Koordination:

- Wie funktioniert die Koordination von Aufgaben im Team?
 - Prozess typischer Patient beschreiben/Wer hat welche Rolle?
 - Kompetenzbasiert (Kompetenzen kennen und berücksichtigen)?

Erfolg:

Definition Interprofessionalität: Mitglieder interprofessioneller Teams kennen die Fähigkeiten aller Mitglieder im Team und koordinieren ihre Arbeit entsprechend dieser Fähigkeiten. Sie begegnen sich auf Augenhöhe und engagieren sich für eine gemeinsame Entscheidungsfindung in der Gesundheitsversorgung. Es gibt keine klassische starre Hierarchie.

- Würden Sie sagen, Sie setzen diese Art von Zusammenarbeit in Ihrem Team um?
- Welche Vorteile hat denn diese Form der Zusammenarbeit?
- In welchen Fällen besonders hilfreich? Wo kommen Vorteile am Meisten zum Tragen?
- Gibt es Fälle in denen diese Form der Zusammenarbeit an ihre Grenzen stösst?

Hindernisse:

- Wenn Sie jetzt an die Umsetzung dieser Form der Zusammenarbeit denken, welche Hindernisse stehen einem Wandel zur Interprofessionalität klassischer Weise im Wege?
 - Ebene Individuum/Organisation/Gesellschaft
- War das auch hier so?

Treiber:

- Was konkret waren die Gründe warum Sie sich für die Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit entschieden haben?

Auslöser:

- Gab es einen oder mehrere konkrete Auslöser die diesen Wandel dann auch angestossen haben?

Anhang 2

Hier dargestellt ist eine tabellarische Übersicht der Gruppenvergleichsanalysen, welche mit einer Analysis of Variance (ANOVA) durchgeführt wurde. Signifikant unterschiedliche Mittelwerte werden jeweils **FETT** dargestellt.

Unterschiede nach Sektor	Mittelwerte		Signifikanz
	stationär	ambulant	
Organisationale Einflussfaktoren			
Räumliche Nähe	3,18	3,29	0,359
Gemeinsame Aus- und Weiterbildung	3,56	3,54	0,849
Formeller Austausch	4,2	3,96	0,017
Informeller Austausch	3,54	3,42	0,291
Konstante Teams mit ausreichend Personal	3,98	4,07	0,423
Kleine Teamgrössen	2,7	2,7	0,985
Klare Prozesse und Strukturen	4,47	4,41	0,511
Verankerung in Strategie und Vision	3,82	3,65	0,136
Vorleben durch Führung	4,31	4,05	0,016
Individuelle Einflussfaktoren			
Selbstbewusstsein	3,35	3,44	0,412
Fachliche Kompetenz	4,28	4,5	0,022
Offenheit und Kritikfähigkeit	4,54	4,43	0,204
Vertrauen in Teammitglieder	4,4	4,38	0,750
Kommunikationsfähigkeit	4,49	4,58	0,275
Verständnis für andere Berufsgruppen	4,21	4,19	0,882
Kein hierarchisches Denken	3,62	3,69	0,570
Kein Denken in traditionellen Rollen	3,52	3,5	0,801

Unterschiede nach Sprachregion	Mittelwerte			Signifikanz
	Deutsch	Französisch	Sonstiges	
Organisationale Einflussfaktoren				
Räumliche Nähe	3,16	3,53	***	0,047
Gemeinsame Aus- und Weiterbildung	3,48	3,95	***	0,002
Formeller Austausch	4,13	4,13	***	0,662
Informeller Austausch	3,52	3,44	***	0,731
Konstante Teams mit ausreichend Personal	4,02	3,87	***	0,362
Kleine Teamgrößen	2,67	2,89	***	0,292
Klare Prozesse und Strukturen	4,46	4,39	***	0,672
Verankerung in Strategie und Vision	3,77	3,76	***	0,479
Vorleben durch Führung	4,31	3,84	***	0,001
Individuelle Einflussfaktoren				
Selbstbewusstsein	3,33	3,63	***	0,08
Fachliche Kompetenz	4,28	4,61	***	0,023
Offenheit und Kritikfähigkeit	4,54	4,31	***	0,060
Vertrauen in Teammitglieder	4,39	4,42	***	0,732
Kommunikationsfähigkeit	4,51	4,53	***	0,800
Verständnis für andere Berufsgruppen	4,2	4,21	***	0,658
Kein hierarchisches Denken	3,68	3,4	***	0,154
Kein Denken in traditionellen Rollen	3,56	3,23	***	0,047

*** Mittelwerte der Gruppe „Sonstiges“ werden zur Wahrung der Anonymität nicht dargestellt (n=1)

Unterschiede nach Berufsgruppe (3 Berufsgruppen)	Mittelwerte			Signifikanz
	ärztliches Personal	pflegerisches Personal	Administrati- ves Personal	
Organisationale Einflussfaktoren				
Räumliche Nähe	3,75	3,04	3,24	0,000
Gemeinsame Aus- und Weiterbildung	3,72	3,56	3,31	0,148
Formeller Austausch	3,77	4,22	4,13	0,008
Informeller Austausch	3,51	3,56	3,54	0,958
Konstante Teams mit ausreichend Personal	3,96	4,02	3,72	0,187
Kleine Teamgrößen	2,91	2,57	2,76	0,073
Klare Prozesse und Strukturen	4,3	4,49	4,37	0,297
Verankerung in Strategie und Vision	3,43	3,8	3,87	0,037
Vorleben durch Führung	3,96	4,31	4,26	0,074
Individuelle Einflussfaktoren				
Selbstbewusstsein	3,23	3,38	3	0,033
Fachliche Kompetenz	4,4	4,34	4,22	0,591
Offenheit und Kritikfähigkeit	4,4	4,59	4,33	0,035
Vertrauen in Teammitglieder	4,45	4,4	4,26	0,455
Kommunikationsfähigkeit	4,55	4,57	4,17	0,003
Verständnis für andere Berufsgruppen	4,13	4,3	4,15	0,254
Kein hierarchisches Denken	3,26	3,82	3,28	0,000
Kein Denken in traditionellen Rollen	3,32	3,67	3,15	0,001

Unterschiede nach Berufsgruppe (2 Berufsgruppen)	Mittelwerte		Signifikanz
	ärztliches Personal	pflegerisches Personal	
Organisationale Einflussfaktoren			
Räumliche Nähe	3,75	3,04	0,000
Gemeinsame Aus- und Weiterbildung	3,72	3,56	0,337
Formeller Austausch	3,77	4,22	0,002
Informeller Austausch	3,51	3,56	0,778
Konstante Teams mit ausreichend Personal	3,96	4,02	0,725
Kleine Teamgrößen	2,91	2,57	0,032
Klare Prozesse und Strukturen	4,3	4,49	0,153
Verankerung in Strategie und Vision	3,43	3,8	0,016
Vorleben durch Führung	3,96	4,31	0,024
Individuelle Einflussfaktoren			
Selbstbewusstsein	3,23	3,38	0,298
Fachliche Kompetenz	4,4	4,34	0,676
Offenheit und Kritikfähigkeit	4,4	4,59	0,082
Vertrauen in Teammitglieder	4,45	4,4	0,672
Kommunikationsfähigkeit	4,55	4,57	0,857
Verständnis für andere Berufsgruppen	4,13	4,3	0,184
Kein hierarchisches Denken	3,26	3,82	0,001
Kein Denken in traditionellen Rollen	3,32	3,67	0,019

Anhang 3

Im Folgenden werden die Erhebungsinstrumente der Arbeitspakete 2 und 3 dargestellt. Es handelt sich dabei um:

- Fragebogen zur Relevanz der Einflussfaktoren
- Fragebogen im Rahmen des Online-Experimentes zur Effektivität von Massnahmen im Kontext organisationaler Einflussfaktoren
- Fragebogen im Rahmen des Online-Experimentes zur Effektivität von Massnahmen im Kontext individueller Einflussfaktoren