



Bildung: Curricula

Integration von Bildungsinhalten in die Curricula der verschiedenen Weiter- und Fortbildungsgänge im Gesundheitswesen

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

Prof. Dr. Andrea Gurtner
Prof. Bianca Maria Tokarski
Prof. Isabelle Clerc
Lena Scheidegger

Dezember 2019

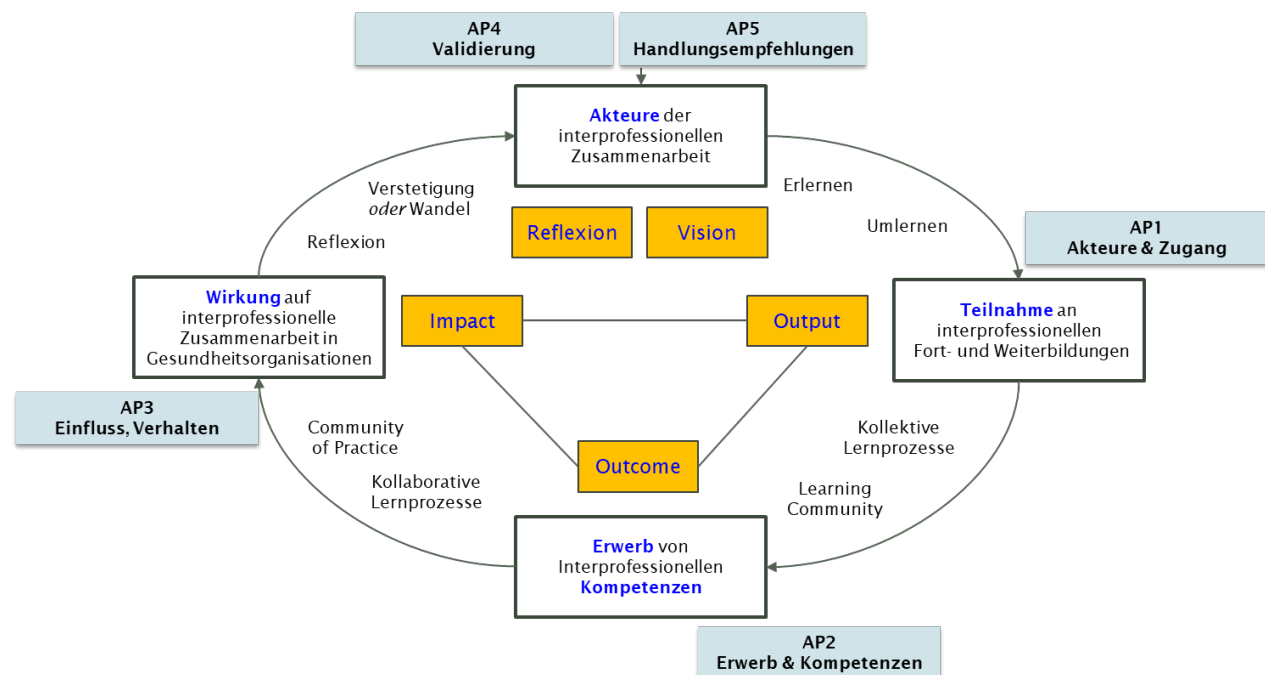
Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung

Die zunehmende Hochaltrigkeit und Multimorbidität der Menschen und die Einführung neuer Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten führen zu immer komplexeren Behandlungsprozessen bei einem sich verschärfenden Fachkräftemangel und überproportional steigenden Gesundheitskosten. Vor diesem Hintergrund verspricht **interprofessionelle Zusammenarbeit (interprofessional practice IPP)** die Qualität der Versorgung zu optimieren und die wirtschaftliche Effizienz zu steigern. Dies führt zu der **Fragestellung, wie Lernprozesse im Rahmen von interprofessioneller Fort- und Weiterbildung (interprofessional education IPE) angelegt sein sollen, um den Grad der interprofessionellen Zusammenarbeit in Gesundheitsorganisationen zu erhöhen**. Eine nachhaltige Wirkung von IPP zeigt sich erst im praktischen Vollzug der Berufsausübung, also im Handlungsfeld der Organisation. Interprofessionelle Lernprozesse vollziehen sich somit sowohl im Rahmen institutionalisierter Angebote in der Fort- und Weiterbildung wie auch in den Organisationen im Zuge der praktischen Berufsausübung der beteiligten Gesundheitsprofessionen. Für die Identifikation potentieller Gestaltungsansätze für eine interprofessionelle Fort- und Weiterbildung ist daher zu unterscheiden zwischen

- der unmittelbaren Reaktion durch die **Teilnahme** an einer IPE (output),
- der **Veränderung von Einstellungen** und dem **Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen** (outcome)
- und der **Veränderung des Verhaltens** und damit der **Wirkung** auf IPP innerhalb der Gesundheitsinstitution (impact).

Diesen Ergebnisebenen entspricht das wissenschaftliche Grundmodell des Kreislaufs des organisationalen Lernens nach Kuhlmann und Sauter (2008), das der vorliegenden Studie zugrunde liegt. Die Analyse interprofessioneller Kompetenzen umfasst neben der individuellen Ebene der Lernenden, auch die Ebenen System und Ressourcen (Reischmann, 2016).



Modell interprofessionellen Lernen und Handelns (in Anlehnung an Kuhlmann & Sauter, 2008)

Vor diesem Hintergrund ist es **Ziel dieses Projektes** aufzuzeigen,

- welche Akteure welche Fort- und Weiterbildungsformate anbieten.
- welche Fort- und Weiterbildungsformate und -inhalte einen positiven Effekt auf die interprofessionelle Denk- und Arbeitsweise der Teilnehmenden zeigen.
- mit welchen Fort- und Weiterbildungsangeboten zukünftig Grad und Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit in Gesundheitsorganisationen gesteigert werden können.

Ergebnisse

Auf der Grundlage des Kreislaufs des interprofessionellen Lernens beantwortet das Forschungsprojekt die durch die Ziele vorgegeben Fragestellungen im Rahmen eines mixed methods designs.

- Anbieter von IPE wurden über eine gesamtschweizerische Webrecherche ermittelt
- IPE und deren Effekte auf IPP wurden durch die Befragung von Gesundheitsfachpersonen in zehn ausgewählten Kliniken aus einem breiten Spektrum der Akut- und Langzeitversorgung sowohl im somatischen wie psychiatrischen Bereich untersucht
- Im Rahmen einer Fokusgruppendifkussion mit ausgewählten Verantwortungsträgern aus den beteiligten Kliniken wurden die Resultate validiert
- Auf dieser Basis wurden die Handlungsempfehlungen ausgearbeitet

Anbieter von Fort- und Weiterbildungsformaten

Die Webrecherche weist auf eine Vielzahl von Anbietern von Fort- und Weiterbildung. Wird der Identifikation von Anbietern die Definition der WHO zugrunde gelegt («richtet sich an zwei oder mehr Berufsgruppen...»), lassen sich rund 600 Anbieter identifizieren, wobei insbesondere Fachverbände und Spitalgruppen sowie Akut- und Unispitäler hervorstechen. Wird allerdings konkret danach gesucht, ob das Angebot explizit Interprofessionalität anspricht, reduziert sich das Angebot auf 80 Akteure, auch hier insbesondere aus dem Spektrum der oben genannten Anbieter.

Besuchte Fort- und Weiterbildungsformate und Prädiktoren interprofessioneller Denk- und Arbeitsweisen

Mittels Online-Fragebogen wurden die Teilnehmenden sowohl im Querschnitt wie im Längsschnitt befragt. In einem zweistufigen Prozess wurden auf dieser Basis sowohl die von den Teilnehmenden als **wichtigste in den vorangehenden 12 Monaten besuchte IPE** beschrieben (output) und deren Wirkung auf die Veränderung von Einstellungen und dem Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen (outcome) sowie der **Wirkung auf die interprofessionellen Zusammenarbeit in der Praxis IPP** (impact) untersucht.

Insgesamt 462 Gesundheitsfachpersonen waren bereit die Fragen zu beantworten. Aufgeschlüsselt nach **Berufsgruppen** stammen 53 % aus der Pflege (inkl. Hebammen), 26 % aus der Ärzteschaft (inkl. Psychiatrie), 10 % aus Physio- und Ergotherapie, 6 % aus Psychologie und Psychotherapie und 4 % aus der Sozialen Arbeit und Pädagogik sowie rund 1 % Andere. Das mittlere Alter beträgt 40 Jahre (19–64 Jahre), rund ein Drittel der Befragten hat eine Führungsfunktion inne.

Schulungen sind mit 23 % die am häufigsten genannte wichtigste besuchte IPE. Schulungen sind zu zwei Dritteln einmalige Veranstaltungen, dauern in der Regel entweder maximal einen halben oder einen ganzen Tag, werden grösstenteils durch den Arbeitgeber finanziert und finden mehrheitlich klinikintern bzw. in der eigenen Gesundheitsinstitution, selten extern statt.

Simulationen werden von knapp einem Fünftel der Befragten als wichtigste IPE bezeichnet. Die besuchten Simulationen finden sowohl jährlich, teilweise auch halbjährlich oder seltener vierteljährlich statt. Sie dauern in der Regel einen ganzen, seltener einen halben Tag. Simulationen werden fast ausschliesslich durch den Arbeitgeber finanziert und finden klinikintern, bzw. in der eigenen Gesundheitsinstitution, selten extern statt.

Tagungen und Kongresse werden von 16 % der Befragten als wichtigste besuchte IPE bezeichnet. Tagungen und Kongresse finden einmal jährlich statt und dauern zwischen einem halben bis zu fünf Tagen. Die Teilnahme wird zu zwei Dritteln durch den Arbeitgeber, bzw. zu je rund 10 % teilweise oder ganz privat oder durch andere Quellen finanziert. Sie finden sowohl zu je rund 20 bis 25 % in der eigenen Klinik oder Gesundheitsinstitution oder einer anderen Gesundheitsinstitution statt oder wurden von Fachverbänden, seltener von Hochschulen organisiert.

Interprofessionelle Fallbesprechungen wurden von 13 % der Befragten als wichtigste besuchte IPE bezeichnet. Sie können sowohl einmalig, wöchentlich, monatlich oder auch quartalsweise stattfinden und dauern meist max. einen halben Tag. Sie werden mehrheitlich intern finanziert und finden klinikintern oder in der eigenen Gesundheitsorganisation statt.

Zusammenhänge zwischen dem Besuch von IPE (output), der Veränderung von Einstellungen und dem Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen auf individueller und Teamebene (outcome) und der Veränderung des Verhaltens und damit der Wirkung auf IPP (impact) wurden sowohl im Längs- wie Querschnitt untersucht. Die Resultate sind vergleichbar und werden daher nicht gesondert berichtet.

Wie erwartet sind interprofessionelle Kompetenzen sowohl auf individueller wie auf Teamebene zentrale Prädiktoren von IPP.

- Für die **Entwicklung eines gemeinsamen Aufgabenverständnisses im Team** sind auf individueller Ebene die **Einstellung zu IPP und das Wissen um die Rollen und Aufgaben der anderen Teammitglieder** zentral.
- Für eine **gelingende IPP ist dieses gemeinsame Aufgabenverständnis und die Fähigkeit, die Perspektive anderer Teammitglieder einzunehmen**.
- Stärkste Prädiktoren einer gelingenden IPP sind die jeweiligen **Rahmenbedingungen (genügend Zeit, fachliche Kenntnisse, Unterstützung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte und Zugang zu Fort- und Weiterbildung)** sowie eine **Zusammenarbeit im Team auf Augenhöhe**.

Entgegen der Erwartungen konnten hingegen kaum direkte Einflüsse des Besuchs von IPE nachgewiesen werden. Einzig der **Besuch von Schulungen** steht in einem positiven Zusammenhang mit sowohl der Entwicklung eines gemeinsamen Aufgabenverständnisses im Team wie auch einer gelingenden IPP. Schliesslich zeigt einzig der Besuch von Tagungen und Kongressen einen schwachen Zusammenhang mit IPP, hingegen keine der anderen untersuchten IPE, deren Inhalte und Lernmethoden.

Validierung im Rahmen der Fokusgruppendifkussion

Um die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung zu validieren und aus ihnen konkrete Handlungsempfehlungen für die Praxis abzuleiten, wurde eine Fokusgruppen-Diskussion mit Kader- und Führungspersonen der an der Studie beteiligten Gesundheitsorganisationen durchgeführt.

Gemäss den beteiligten Expert*innen findet IPP, hier definiert als Perspektivenübernahme oder Perspektivenwechsel über Berufsgruppen hinweg, im Klinikalltag noch zu selten statt. Dies komme daher, dass IPP gegenwärtig noch wenig strukturell in Prozessabläufen verankert sei. Grundvoraussetzungen für das Entstehen von IPP seien insbesondere gute Beziehungen unter den Mitarbeiter*innen, ein starkes Vertrauen in die jeweilige eigene Expertise und eine als positiv wahrgenommene Kommunikations- und Unternehmenskultur durch den Abbau organisationaler Hierarchien. Insbesondere die Ärzteschaft, aber auch generell Führungspersonen seien dabei herausgefordert, überkommene professionelle Machtansprüche aufzubrechen, damit eine gegenseitige Vertrauenskultur entstehen kann. Initiative Führungspersonen mit einer «Nähe zur Front oder Basis», flache hierarchische Strukturen, sowie gemischte Führungsstandards gelten als Kontextfaktoren, welche IPP fördern und ermöglichen. Obwohl die Initiative zu IPP oft von Pflegefachleuten und Therapeut*innen ausgeht, stellt sie keine Arbeitsform dar, die «von unten oder von selbst» entsteht, sondern muss gezielt durch Führungspersonen eingefordert und gefördert werden. Insbesondere müssen Führungspersonen relevante Themenfelder und Prozesse identifizieren, die IPP erfordern und nachfolgend geeignete Weiterbildungsmassnahmen zur Umsetzung von IPP initiieren. Trotz oft angespannter Ressourcenlage stecke «mehr Machbarkeit zu IPP im System, als viele Beteiligte denken» Allerdings müsse man die vorhandenen Ressourcen effizienter aufeinander abstimmen und existierende Prozesse so gestalten, dass Freiräume zu IPP entstünden. Gleichzeitig ziehe IPP einen nicht zu unterschätzenden Anfangsaufwand nach sich. Die beteiligten Fachkräfte müssten eine gemeinsame Sprache finden sowie Abläufe gemeinsam planen und festlegen. Der dafür notwendige Zeitaufwand schmälere die Zeit, die für professionsspezifische individuelle Weiterbildungen zur Verfügung stehe.

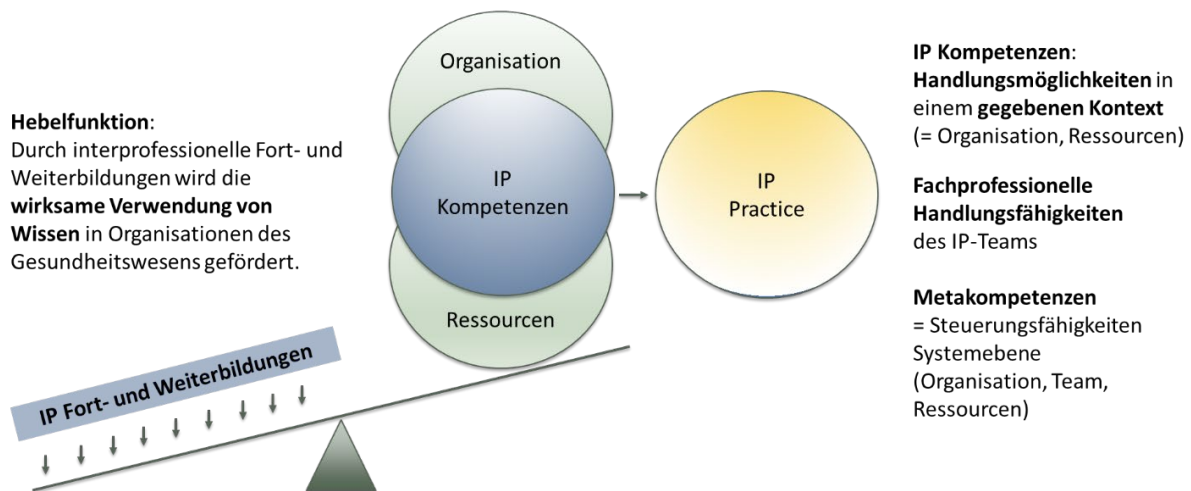
Notwendige Bedingung sei selbstverständlich auch das Führen von digitalen Patient*innen Akten, mit klar geregelten Zugriffsrechten der jeweils beteiligten Fachkräfte. Aber auch die Patient*innen müssen über Vorgehensweisen und Vorteile von IPP informiert werden. Es könnte sonst bei ihnen der Eindruck entstehen, dass IPP nur eine weitere Sparmassnahme ist, die den (teuren) Zugang zu Ärzt*innen reglementiert, erschwert oder verunmöglicht.

Auf gesellschaftlicher und politischer Ebene gilt es, übertriebene Erwartungen an IPP zu dämpfen: Es ist gemäss den Diskussionsteilnehmer*innen ein Irrtum, davon auszugehen, dass IPP Kosten unmittelbar senken könne. Hingegen sei es möglich, dass durch IPP Raum für neue Berufsbilder entstehe. Beispielsweise könnte dann der Einsatz von Advanced Practitioners anstelle von ärztlichem Personal Kostenersparnisse mit sich bringen.

Handlungsempfehlungen

Sowohl die quantitative Befragung wie die qualitative Fokusgruppen-Diskussion zeigen auf, dass IPP und die organisationale Befähigung zu IPP nur als komplexe Handlungsfelder erfasst werden können. Neben den individuellen Kompetenzen und Fähigkeiten der Akteur*innen sind die Ebenen System und Ressourcen als Ermöglichungsfaktoren für Interprofessionalität zentral.

Damit IPP gelingen kann, braucht es interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen. Letzteren kommt eine Art Hebelfunktion zu: Durch interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen soll vor allem eine wirksame Verwendung von Wissen in Organisationen des Gesundheitswesens gefördert werden. Die Organisationen bilden gleichsam Plattformen, auf welchen Wissen zirkulieren, jedoch auch in Abhängigkeit von konkreten Bedürfnissen der Patient*innen gebündelt und zwischen den Akteuren situationsspezifisch sowie lösungsorientiert ausgetauscht werden kann.

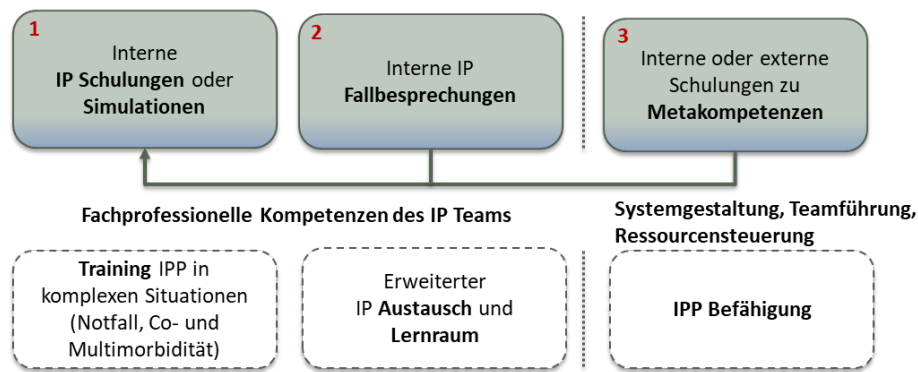


Hebelfunktion Interprofessionellen Lernens (IPL) für gelingende IPP

IPL ohne eine gleichzeitige Berücksichtigung der Ebenen **Organisation und Ressourcen** entfaltet weniger Wirksamkeit: IP Kompetenzen sind immer auch als Handlungsmöglichkeiten in einem gegebenen Kontext zu sehen. Patient*innennutzen und Ressourceneffizienz sind dabei zentrale Leitgedanken. IPP ist aus der Patient*innenperspektive bei gelingender Umsetzung wertsteigernd, gleichwohl infolge komplexer Abstimmungsprozesse, zusätzlicher Kommunikationsbedarfe und nicht zuletzt auch aufgrund ergänzender Fort- und Weiterbildungsaktivitäten ressourcenintensiv.

Einer nutzenstiftenden Konstruktion von interprofessionellen Fort- und Weiterbildungsformaten geht somit eine dezidierte Organisationsanalyse voraus: In welchen Versorgungssituationen sind in enger prozessualer Abstimmung, oder sogar zeitgleich die Kompetenzen mehrerer Professionen gefordert? Wo sind konkrete Schnittmengen in den Aufgabenfeldern der verschiedenen Professionen, bei denen mittels Interprofessionalität der Patientennutzen, als auch die Effizienz tatsächlich gesteigert werden können? Je grösser die Schnittmenge der geteilten Aufgabenbereiche mehrerer Professionen, desto mehr wird eine durch gemeinsame Lernprozesse begleitete IPP befürwortet.

Eine hohe Wirksamkeit von IPL im Sinne von gesteigertem Patientennutzen und Ressourceneffizienz ist insbesondere für komplexe Situationen zu erwarten, welche ein friktionsloses Funktionieren des interprofessionellen Teams erfordern. Hierzu gehört beispielsweise die Notfallversorgung polytraumatisierter Patient*innen, oder komplexe Behandlungen aufgrund von Co- oder Multi-Morbidität. Bevorzugte Kategorien für IP Lernen sind dabei vor allem **klinikinterne Schulungen oder Simulationstrainings**, welche aufgrund der unmittelbaren Nähe zum Anwendungsfeld die Erprobung von Szenarien (beispielsweise in der Notfallversorgung) ermöglichen. **Interne Fallbesprechungen** dienen hingegen dem IP Austausch als erweiterter Lernraum im Sinne der informellen Bildung mit dem Ziel künftiger Prozess- und Qualitätsverbesserungen. Wirksames IPE sollte zudem auf die Entwicklung von **Metakompetenzen** abzielen, welche eine erfolgreiche Steuerung von IPP auf der Prozessebene potenziell fördern. Metakompetenzen berühren primär die Ebenen Führung, Organisationsentwicklung und Prozesssteuerung sowie Kommunikation.



Bevorzugte Kategorien von IPL

Als Ergebnis dieser Studie werden die nachfolgenden **zentralen Handlungsfelder mit je zwei konkreten Handlungsempfehlungen (HE)** für in der Praxis wirksame IPE formuliert:

1. Interprofessionelle **Kompetenzen definieren (HE1 und HE2)**, 2. Interprofessionelle **Lernräume gestalten (HE3 und HE4)**, 3. Interprofessionelle **Lernprozesse begleiten (HE5 und HE6)**.



HE 1

IPL sollte sich im klinischen Umfeld vor allem auf komplexe und ressourcenintensive Leistungsbereiche konzentrieren, bei denen das IP Team durch gelingende IPP den Patientennutzen steigern kann. Die benötigten Kompetenzen sind spezifisch zu erfassen und IPL zugänglich zu machen.

HE 2

Führungskompetenz in interprofessionellen Teams, Perspektivenübernahme, Verbesserung der organisationalen Voraussetzungen (Verflachung von Hierarchien, Integration von Leistungsprozessen) und Kompetenz in der Ressourcensteuerung (Personalressourcen, Handhabung finanzieller Restriktionen, Ausbau von Digitalisierung) sind als wichtige Metakompetenzen im Rahmen von IPE und IPL zu fördern

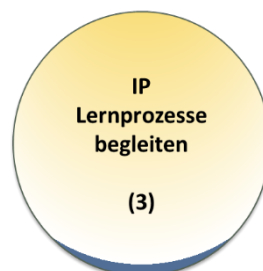


HE 3

Die klinik- respektive organisationsinternen Schulungsanlässe sind eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche IPP und sollten daher als Lernräume durch die Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen stärker gefördert und unterstützt werden.

HE 4

IPL ausserhalb der Organisation zum Erwerb von Metakompetenzen sollte gefördert werden, sofern im Lehr-Lern-Prozess den Teilnehmenden eine kontextbezogene Auseinandersetzung mit der jeweiligen Einrichtung (individueller Praxisbezug) ermöglicht wird



HE 5

Einrichtungen des Gesundheitswesens sollten interne Angebote für IPL stärker als Chance für erfolgreiche IPP begreifen und diese fachprofessionell durch Fort- und Weiterbildungsbeauftragte methodisch begleiten lassen.

HE 6

IPE und IPL sollten ein fester Bestandteil der internen und externen Fort- und Weiterbildungs-aktivitäten für Einrichtungen des Gesundheitswesens werden.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Hintergrund und Zielsetzung	1
Ergebnisse	2
Anbieter von Fort- und Weiterbildungsformaten	2
Besuchte Fort- und Weiterbildungsformate und Prädiktoren interprofessioneller Denk- und Arbeitsweisen	2
Validierung im Rahmen der Fokusgruppendifkussion	3
Handlungsempfehlungen	4
1 Ausgangslage	8
2 Interprofessionalität im Gesundheitswesen	9
3 Wissenschaftliches Grundmodell und Zielsetzung	9
3.1 Wissenschaftliches Grundmodell	9
3.2 Methodisches Vorgehen	10
4 Web Research	12
4.1 Vorgehen	12
4.2 Ergebnisse der Webrecherche	12
5 Befragung der Mitarbeitenden von Gesundheitsinstitutionen	14
5.1 Erfassung von IPE-Kernkompetenzen	14
5.2 Durchführung	16
5.3 Stichprobe	17
5.3.1 Alter und Geschlecht	17
5.3.2 Funktion, Beschäftigungsgrad und Beschäftigungsdauer	17
5.3.3 Berufsgruppen	19
5.3.4 Rahmenbedingungen	20
5.4 Besuch von interprofessionellen Fort- und Weiterbildungen IPE (Output)	20
5.4.1 Die wichtigste besuchte interprofessionelle Fort- und Weiterbildung IPE	21
5.4.2 Kategorie der wichtigsten besuchten IPE	22
5.4.3 Inhalte der wichtigsten besuchten IPE	22
5.4.4 Lernmethoden der wichtigsten besuchten IPE	23
5.4.5 Zielgruppe der wichtigsten besuchten IPE	24
5.4.6 Durchführung der wichtigsten besuchten IPE	24
5.5 Profil der wichtigsten besuchten interprofessionellen Fort- und Weiterbildungen	26
5.5.1 Schulungen	26
5.5.2 Simulationen	26
5.5.3 Tagungen und Kongresse	27
5.5.4 Interprofessionelle Fallbesprechungen	28
5.5.5 Fachkurse	28
5.5.6 Weitere besuchte interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen	28
5.6 Bewertung der besuchten interprofessionellen Weiterbildung (Output Prozessevaluation)	29
5.7 Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen (Outcome) und Wirkung auf interprofessionelle Zusammenarbeit (Impact)	30
5.7.1 Outcome: individuelle Ebene	30
5.7.2 Outcome: Teamebene	30
5.7.3 Impact	30
5.8 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns	31
5.8.1 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t1	32
5.8.2 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t3	33
5.8.3 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns im Längsschnitt	34
5.8.4 Zufriedenheit und Kündigungsbereitschaft	34
5.8.5 Zusammenfassung	36
6 Validierung der quantitativen Ergebnisse: Fokusgruppe	37
6.1 Ergebnisse der Fokusdiskussion – Zusammenfassung der Diskussionen	37

6.2 Zwischenfazit der Ergebnisse und Ausblick	40
7 Erkenntnisse und Handlungsfelder	42
7.1 Allgemeine Erkenntnisse	42
7.2 Handlungsfelder	43
7.3 Handlungsempfehlungen	45
8 Abschluss, Ausblick, Danksagung	48
9 Abbildungsverzeichnis	50
10 Tabellenverzeichnis	51
11 Quellenverzeichnis	51
12 Glossar und Definitionen	52
13 Anhang	53

2 Interprofessionalität im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen der Schweiz, wie alle Gesundheitssysteme weltweit, sieht sich stetig neuen Herausforderungen gegenüber. Die Alterung der Gesellschaft wie auch die Einführung neuer Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten führen zu zunehmend komplexeren Behandlungsprozessen. Diese sind durch eine immer weiter steigende Anzahl an Teilschritten mit unterschiedlichen personellen Anforderungsprofilen gekennzeichnet. Demgegenüber steht ein sich verschärfender Fachkräftemangel im Gesundheitswesen und zunehmender ökonomischer Druck. Um diese Prozesse erfolgreich zu gestalten, ist eine enge Zusammenarbeit von technisch und therapeutisch ausgebildetem, pflegerischem und ärztlichem Personal notwendig.

Diese **interprofessionelle Zusammenarbeit (interprofessional practice IPP)** ist im Gesundheitswesen von heute noch keine Selbstverständlichkeit. An vielen Stellen existieren individuelle, organisatorische und soziale Barrieren, 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. Eigenschaften, die einer erfolgreichen interprofessionellen Zusammenarbeit häufig im Wege stehen. Die Forderung nach einer verstärkten IPP der Akteurinnen und Akteure in der Gesundheitsversorgung führt zu der Fragestellung, wie **Lernprozesse im Rahmen von Fort- und Weiterbildung (interprofessional education IPE)** angelegt sein sollen, um den Grad der interprofessionellen Zusammenarbeit in Gesundheitsorganisationen potentiell zu erhöhen.

3 Wissenschaftliches Grundmodell und Zielsetzung

Mit zunehmender Verbreitung von IPE hat auch die Evaluation entsprechender Angebote an Bedeutung gewonnen. Ziel dieses Projektes ist es aufzuzeigen,

- welche Akteure welche Fort- und Weiterbildungsformate anbieten
- welche Fort- und Weiterbildungsformate und -inhalte einen positiven Effekt auf die interprofessionelle Denk- und Arbeitsweise der Teilnehmenden zeigen
- mit welchen Fort- und Weiterbildungsangeboten zukünftig Grad und Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit in Gesundheitsorganisationen gesteigert werden können

3.1 Wissenschaftliches Grundmodell

Das gewählte Vorgehen zur Erreichung der Ziele stützt sich auf die Empfehlungen von Reeves et al. (2015, S. 306) zur Sicherung der Qualität der Evaluation von IPE. Insbesondere wurde die von Reeves et al. betonte Unterscheidung von unterschiedlichen Wirkungsebenen übernommen. Sie unterscheiden zwischen der unmittelbaren Reaktion durch die **Teilnahme** an einer IPE (output), der Veränderung von Einstellungen und dem **Erwerb** von interprofessionellen Kompetenzen (outcome) und der Veränderung des Verhaltens und damit der **Wirkung** auf IPP innerhalb der Gesundheitsinstitution (impact). Diesen Ergebnisebenen entspricht auch das wissenschaftliche Grundmodell des Kreislaufs des organisationalen Lernens nach Kuhlmann und Sauter (2008), das der vorliegenden Studie zugrunde liegt und auf die Fragestellung der Gestaltung von interprofessionellen Lernprozessen übertragen und an diese angepasst wurde (vgl. Abbildung 2). Damit bildet das Modell die zentralen Schritte im IPE-Prozess ab: Akteure innerhalb und ausserhalb von Gesundheitsinstitutionen bestimmen Angebot und Zugang. Durch die Teilnahme an IPE werden interprofessionelle Kompetenzen erworben, die eine Wirkung auf die interprofessionelle Praxis (IPP) entfalten. Evaluation und Validierung wirken auf Akteure innerhalb und ausserhalb von Gesundheitsinstitutionen zurück.

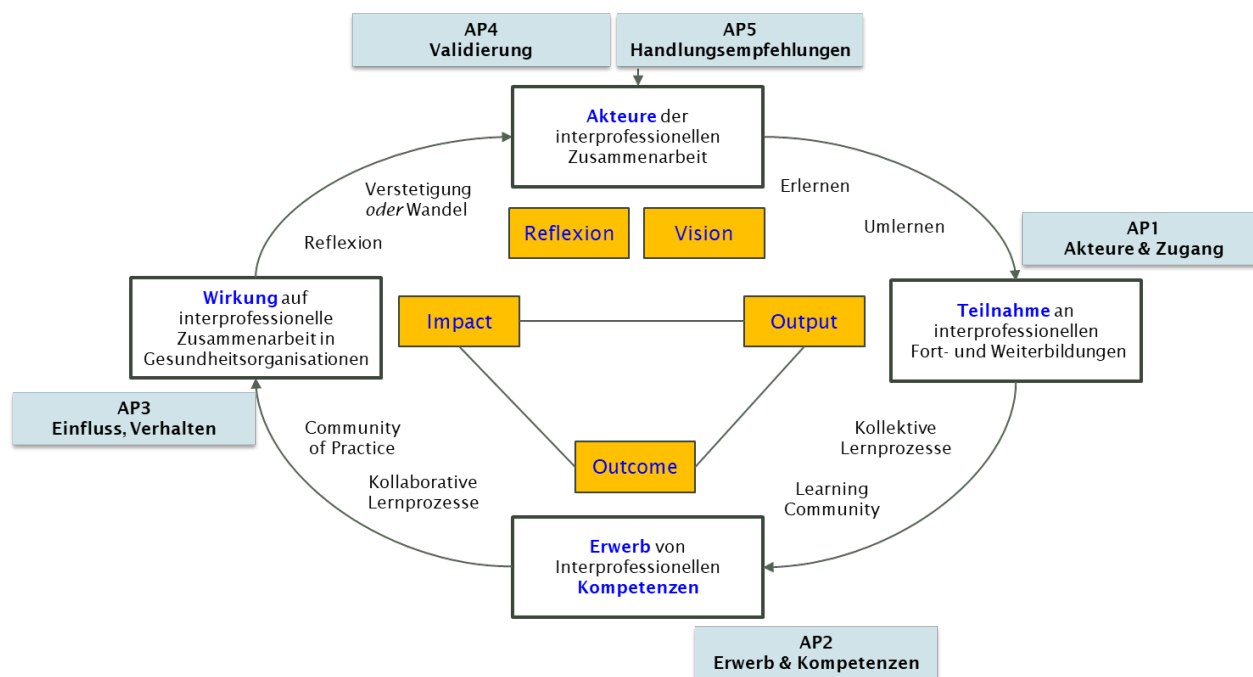


Abbildung 2 Modell interprofessionellen Lernens und Handelns (in Anlehnung an Kuhlmann & Sauter, 2008)

Mit der hier vorgenommenen Modelladaptation wird der Grundgedanke weiterverfolgt, dass für sichtbare Kompetenzerweiterungen in der Organisation eine Transformation von stark individualisierten Fort- und Weiterbildungsaktivitäten, hin zu kollaborativen Lernprozessen notwendig ist. Fort- und Weiterbildungen im interprofessionellen Setting dienen der Stärkung interprofessioneller Handlungskompetenzen einer «community of practice». Damit werden gleich zu Beginn drei Dinge deutlich:

1. Untersuchungen, welche Inhalte und Formate interprofessioneller Fort- und Weiterbildungen zum Gegenstand haben, tangieren zwangsläufig auch die Ebene der Organisation, in welcher diese «community of practice» interprofessionell lernen und wirksam sein soll.
2. Im Sinne der hier vorliegenden Untersuchung wird ein enger gefasstes Kompetenzverständnis benötigt, welches die ermöglichenden, aber auch die einschränkenden Bedingungen der Organisation für den Erfolg oder Misserfolg von Bildungsinterventionen mitdenkt. Nach Reischmann (2016) sind neben den Fähigkeiten (= Wissen, Verstehen, Können, Wollen und Selbstüberzeugtheit) der beteiligten Akteure, auch Elemente aus dem Systemkontext (= Befugnisse, Zuständigkeiten, Gelegenheiten) sowie Ressourcen (materielle Ausstattung) notwendige Elemente von Kompetenz.
3. Interprofessionelle Kompetenz, als angestrebtes Ziel interprofessioneller Fort- und Weiterbildungen, wird somit verstanden als Handlungsmöglichkeit in einem gegebenen Kontext.

Die Komplexität des somit geschaffenen Bezugsrahmens macht jedoch deutlich, dass empirische Erhebungen im Lernkontinuum interprofessioneller Weiterbildung (vgl. Owen und Schmitt, 2013 in Institute of Medicine 2015, S. 26; Abbildung 1) einen weiteren Referenzrahmen benötigen, welcher die Bildung mess- und beobachtbarer Kategorien zulässt. Wie eingangs dargestellt, tangieren Untersuchungen interprofessioneller Kompetenzen, neben der individuellen Ebene der Lernenden, auch die Ebenen System und Ressourcen (Reischmann, 2016).

3.2 Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Studie erfasst exemplarisch Akteure, Zugang, Teilnahme, Erwerb und Wirkung von interprofessioneller Fort- und Weiterbildung in ausgewählten Institutionen (Kliniken) in der Schweiz. Im Zentrum steht damit nicht die Evaluation von spezifischen IPE-Programmen sondern die Beschreibung und Evaluation aus dem Blickwinkel der Praxis.

Im Rahmen eines mixed methods designs beantwortet die vorliegende Untersuchung in Anlehnung an das Modell interprofessionellen Lernens und Handelns folgende Fragestellungen:

1. **Akteure:** Welche IPE werden in der Schweiz von wem angeboten?
2. **Teilnahme:** Wer nimmt an IPE teil? Wie viele IPE werden besucht? Wer regelt Zugang und Finanzierung? Wie sind die besuchten IPE ausgestaltet? Welche Inhalte und Methoden werden angewandt?
3. **Erwerb:** Welche interprofessionellen Kompetenzen werden erworben?
4. **Wirkung:** Lässt sich ein Einfluss der Teilnahme an IPE auf die IPP nachweisen?
5. **Validierung:** Wie diskutieren und beurteilen Praktiker*innen die Resultate der Studie und welche Schlüsse sind daraus zu ziehen?

Dabei wird ein breites, methodisch allerdings weiches Design verfolgt. Die Webrecherche hat bestehende Bildungsangebote mit expliziter und nicht expliziter IPE einbezogen. Die quantitative Befragung hingegen ist eine Selbsteinschätzung und fokussiert auf die Wahrnehmung der Mitarbeitenden, in dem diese zu besuchten IPE und den dabei erworbenen Kompetenzen und wahrgenommenen Wirkungen im Praxisalltag (IPP) befragt werden. Dabei können nur diejenigen IPE erfasst werden, die im Befragungsfenster besucht werden. Die relevante Analyseeinheit ist dabei die Gesundheitsinstitution bzw. Klinik. Der relevante Personenkreis ergibt sich aus den in der Gesundheitsinstitution tätigen Gesundheitsfachpersonen (vgl. Details unten).

Dem Modell interprofessionellen Lernens und Handelns folgend, werden fünf zeitlich aufeinanderfolgende Schritte (AP1-AP5) verfolgt (vgl. Abbildung 2).

- **AP1 Akteure und Teilnahme.** Webrecherche zu IPE in der Schweiz. Befragung aller Gesundheitsfachpersonen der Analyseeinheit zu den in dem Stichtag (t1) vorangehenden 12 Monaten besuchten IPE, sowie detailliert zu der wichtigsten besuchten IPE sowie als Baseline zu Einstellungen, Kompetenzen und Verhalten.
- **AP2 Erwerb.** Befragung der Gesundheitsfachpersonen zwei (t2) und acht (t3) Monate nach dem Stichtag zu Einstellungen, Kompetenzen und Verhalten.
- **AP3 Wirkung.** Analyse im Längs- und Querschnitt der IPE auf die IPP.
- **AP4 Validierung.** Fokusgruppe mit Leitungspersonen aus den befragten Institutionen/Kliniken.
- **AP5 Formulierung von Handlungsempfehlungen.**

Damit orientiert sich das Design dieser Studie an einem Action Research Ansatz, indem die Praxispartner*innen aktiv in die Planung der Studie einbezogen und Resultate und mögliche Handlungsfelder den Partner*innen zurückgespiegelt werden. In dem sowohl eine ausgedehnte Webrecherche, eine quantitative Befragung mit Resultaten im Längs- und Querschnitt sowie eine qualitative Validierung in der Fokusgruppe Anwendung finden verfolgt die vorliegende Studie ein mixed-methods Design und folgt damit einer weiteren Forderung des Institute of Medicine.

In den folgenden Kapiteln werden Vorgehen und Resultate der Webrecherche zu den Anbietern von IPE in der Schweiz sowie Vorgehen, Stichprobe und Resultate der quantitativen Befragung zu IPE und IPP im ausgewählten Gesundheitsinstitutionen und die darauf aufbauende Validierung durch die Fokusgruppendifkussion vorgestellt. Ein abschliessendes Kapitel formuliert die Handlungsempfehlungen.

4 Web Research

Die Webrecherche beantwortet die Fragestellung nach den Akteuren

1. **Akteure:** Welche IPE werden in der Schweiz von wem angeboten?

Die Suche und deren Ergebnisse werden in einer umfangreichen Excel-Datenbank dokumentiert und können hier nur auszugsweise dargestellt werden.

4.1 Vorgehen

Die Akteure und das Angebot interprofessioneller Fort- und Weiterbildung IPE in der Schweiz wurden in einem zweistufigen Vorgehen für alle drei Sprachregionen identifiziert.

1. Nach Akteuren
2. Durch eine gezielte Stichwortsuche

Die **Webrecherche nach Akteuren** interprofessioneller Fort- und Weiterbildung IPE gestaltete sich aufwendig und wurde in mehreren Schritten durchgeführt:

- In einem ersten Schritt wurden die Akteure identifiziert und nach Art der Aus- und Weiterbildungsstufe, bzw. -stätte kategorisiert und nach Sprache, bzw. Sprachregion (deutsch, französisch, italienisch, englisch) und Typ (AG/GmbH, Verein/Stiftung, Einzelfirma/Gesellschaft, öffentliches Unternehmen, unbekannt) kodiert.
- In einem zweiten Schritt wurden die Homepages dieser Akteure gezielt nach Angeboten von IPE durchsucht. Wurde ein Fort- oder Weiterbildungsangebot gefunden, wurde festgehalten, an welche Berufsgruppen sich die Weiterbildung richtet und ob diese als IPE klassiert werden konnte. Zwei Kriterien wurden dabei angewandt: Richtet sich die Weiterbildung an mehr als eine Berufsgruppe und/oder wird der interprofessionelle Charakter der Weiterbildung explizit genannt?
- Wurde die Frage bejaht, wurde in einem dritten Schritt die Art der Weiterbildungen kurz festgehalten.

Durch eine **gezielte Stichwortsuche** wurde sichergestellt, dass keine Angebote übersehen wurden.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die verwendeten Stichworte und die Anzahl Treffer. Die Treffer wurden mit den Resultaten der Webrecherche nach Akteuren verglichen und falls noch nicht berücksichtigt, in die Liste aufgenommen. Die Recherche wurde im November 2018 abgeschlossen.

Tabelle 1 Stichwortsuche und Resultate

Stichwort	Resultate
site:CH Interprof* Weiter*	9890.0
site:CH Interprof* Fort*	4300.0
site:CH Interprof* Zus*	4650.0
site:CH Multiprof* Weiter*	50.0
site:CH Multiprof* Fort*	7.0
site:CH Multiprof* Zus*	4.0
site:CH Interdis* Weiter*	6610.0
site:CH Interdis* Fort*	9580.0
site:CH Interdis* Zus*	161.0

4.2 Ergebnisse der Webrecherche

Insgesamt wurden 979 unterschiedliche Akteure identifiziert, die 18 verschiedenen Anbietergruppen zugeordnet werden konnten. Davon richten sich 595 an mindestens zwei Berufsgruppen, und weitere 80 thematisieren IPE explizit. Einen Überblick über die Anzahl der identifizierten IPE pro Akteure gibt Abbildung 3.

Am weitaus meisten Angebote werden durch Fachverbände und Spitäler (Spitalgruppen, Unispitäler und Akutspitäler) ausgeschrieben. Hingegen werden weniger IPE durch Ausbildungsinstitutionen auf den verschiedenen Stufen Uni/ETH, FH, HF und FaGe/FaBe publiziert. Auffällig ist, dass nur vergleichsweise wenige Angebote IPE explizit thematisieren. Die meisten Angebote richten sich an mehrere Berufsgruppen und wurden deshalb als IPE kodiert.

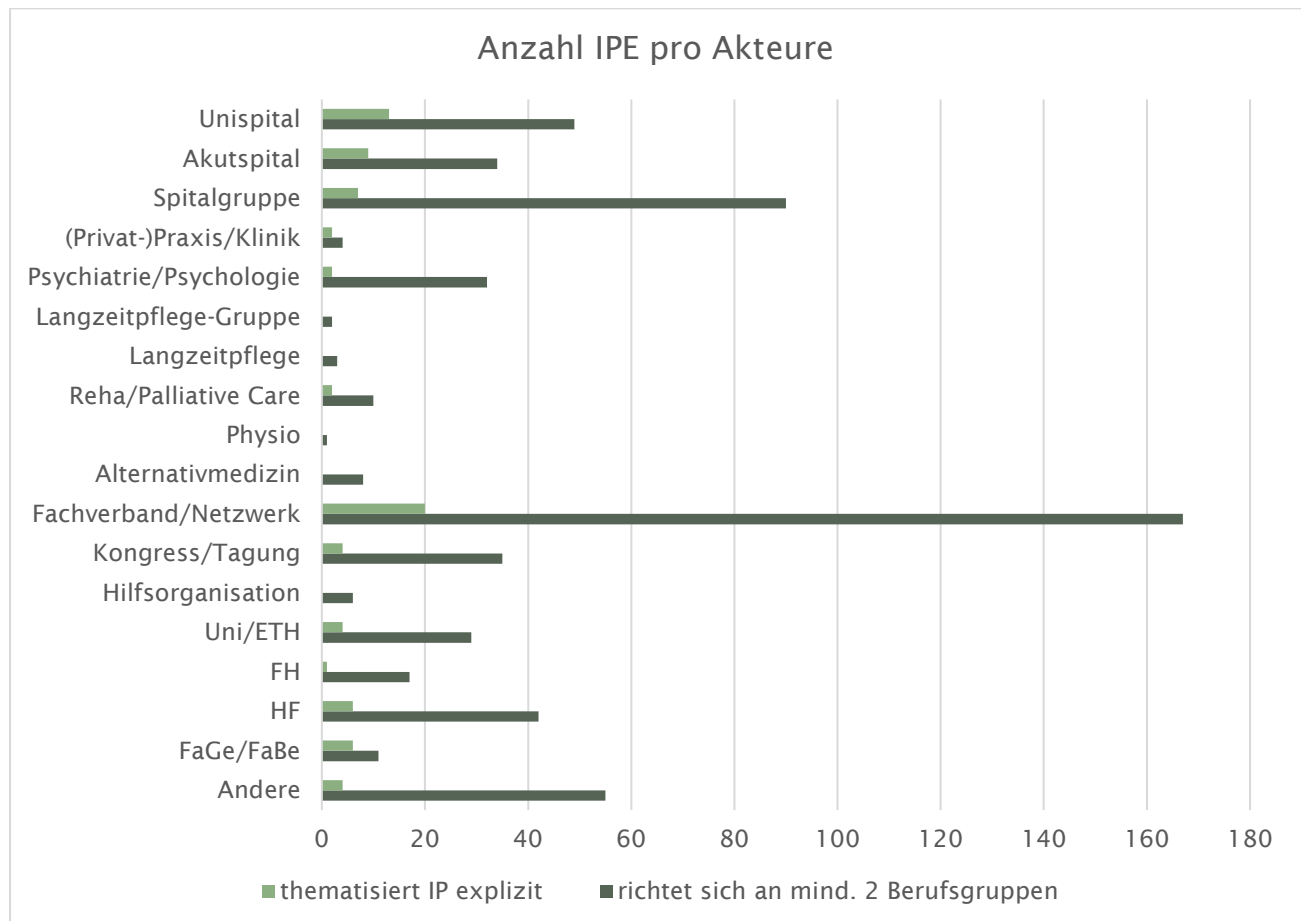


Abbildung 3 Identifizierte IPE geordnet nach Akteuren

Die Angebote können den drei Sprachregionen zugeordnet werden. Separat erfasst wurden Angebote in englischer Sprache, vgl. Abbildung 4. Eine Darstellung weiterer Resultate findet sich im Anhang.

Anzahl Akteure nach Sprachregion

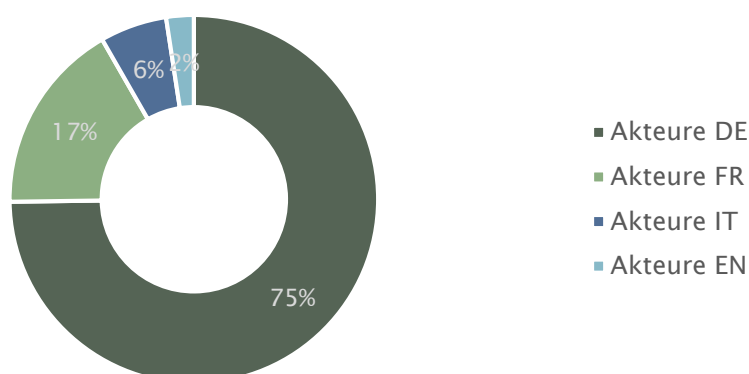


Abbildung 4 Identifizierte IPE geordnet nach Akteuren pro Sprachregion, bzw. Sprache

5 Befragung der Mitarbeitenden von Gesundheitsinstitutionen

Die als quantitative Erhebung konzipierte Befragung von Gesundheitsfachpersonen beantwortet die Forschungsfragen nach der Teilnahme an IPE, dem Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen und der Wirkung auf IPP:

2. **Teilnahme:** Wer nimmt an IPE teil? Wie viele IPE werden besucht? Wer regelt Zugang und Finanzierung? Wie sind die besuchten IPE ausgestaltet? Welche Inhalte und Methoden werden angewandt?
3. **Erwerb:** Welche interprofessionellen Kompetenzen werden erworben?
4. **Wirkung:** Lässt sich ein Einfluss der Teilnahme an IPE auf die IPP nachweisen?

5.1 Erfassung von IPE-Kernkompetenzen

Eine zentrale Herausforderung der vorliegenden Studie ist die Erfassung der relevanten Kompetenzen interprofessioneller Zusammenarbeit, die in IPE entwickelt und/oder gestärkt und in IPP fruchtbar werden. Bestehende Frameworks zu Kernkompetenzen von IPP definieren konsistente Standards für die Praxis und beschreiben das komplexe Zusammenspiel von Einstellungen, Wissen, Fertigkeiten und Verhalten (Reeves et al., 2009). Dabei ist zu unterscheiden zwischen Frameworks, die auf individuelle Kompetenzen fokussieren (vgl. bspw. O'Keefe et al. 2017) und denjenigen, die Teamprozesse berücksichtigen. Das Institute of medicine (2015, S. 29) hat ein konzeptionelles Modell vorgeschlagen, das IPE mit spezifischen Faktoren auf individueller, Team-, Patienten- oder Systemebene verknüpft (vgl. Abbildung 5). Dabei übernimmt das Modell die Wirkungsebenen (learning outcomes) aus der Typologie von Reeves (2015, S. 306) und bringt als weitere Dimension die organisationalen Rahmenbedingungen (enabling or interfering factors) mit ein. Die vorliegende Studie legt den Fokus auf die Auswirkungen von IPE auf die «learning outcomes» und berücksichtigt in geringerem Mass auch die Rahmenbedingungen. Die Auswirkungen von IPE auf die Patientensicherheit oder die Organisation (health and system outcomes) werden hingegen nicht untersucht.

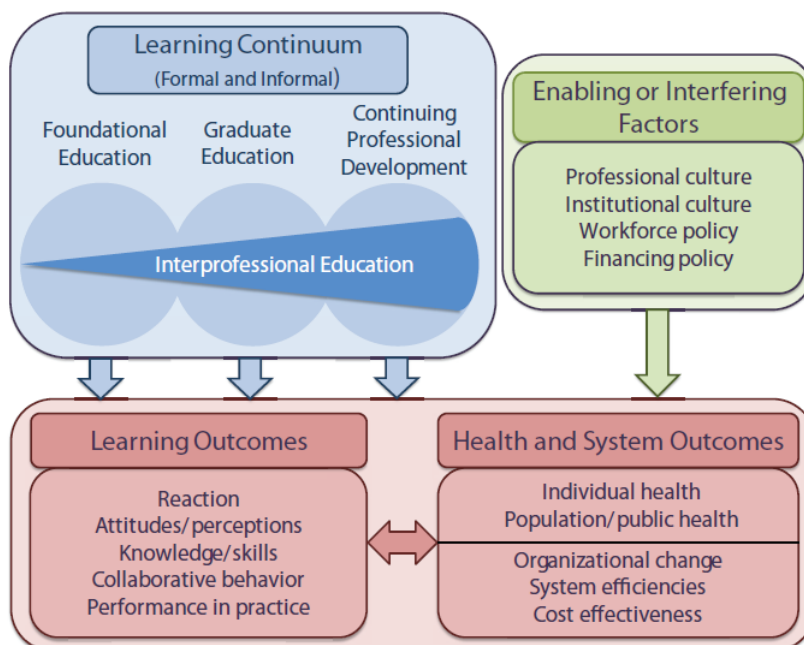


FIGURE 3-2 The interprofessional learning continuum (IPLC) model.

NOTE: For this model, “graduate education” encompasses any advanced formal or supervised health professions training taking place between completion of foundational education and entry into unsupervised practice.

Abbildung 5 Modell interprofessionellen Lernens (Institute of Medicine 2015)

Reeves et al. (2015, S. 306) unterscheiden vier Wirkungsebenen (learning outcomes) aus dem sogenannten expanded Kirkpatrick model (Abbildung 6; für eine Diskussion vgl. auch Institute of Medicine 2015, S. 33). In der vorliegenden Studie werden diese Ebenen wie folgt abgebildet:

- Ebene 1 (reaction). Die von Teilnehmenden wahrgenommenen Natur des Lernmoduls wird durch Fragen zur Teilnahme an IPE erhoben (Output).
- Ebene 2a (attitudes/perceptions) wird durch Fragen zur Einstellung gegenüber IPP und der Wahrnehmung von Teammitgliedern (Perspektivenübernahme) bzw. deren Aufgaben (Team Knowledge) erhoben (Outcome individuelle Ebene)
- Ebene 2b (knowledge/skills) wird durch Fragen zum Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen (Gemeinsames Aufgabenverständnis) erhoben (Outcome Teamebene)
- Ebene 3 (behavioral change). Wird durch Fragen zur interprofessionellen Zusammenarbeit (Interne Partizipation) erhoben (Impact)
- Level 4 (change in organisational practice). Wahrnehmung der IPP und deren Veränderungen durch die Fokusgruppe

Durch den Fokus auf «how» and «why», statt auf den Inhalt einzelner IPE (Cox et al. 2016) entwickelt die Studie ein vertieftes Verständnis der Bedeutung von IPE im praktischen Setting. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass damit v.a. deskriptive Ergebnisse angestrebt und eher schwache Zusammenhänge erwartet werden.

Table I. Kirkpatrick's expanded outcomes typology.

Level 1 – Reaction	Learners' views on the learning experience and its interprofessional nature
Level 2a – Modification of attitudes/perceptions	Changes in reciprocal attitudes or perceptions between participant groups. Changes in perception or attitude towards the value and/or use of team approaches to caring for a specific client group
Level 2b – Acquisition of knowledge/skills	Including knowledge and skills linked to interprofessional collaboration
Level 3 – Behavioural change	Identifies individuals' transfer of interprofessional learning to their practice setting and their changed professional practice
Level 4a – Change in organisational practice	Wider changes in the organisation and delivery of care
Level 4b – Benefits to patients/clients	Improvements in health or well-being of patients/clients

Abbildung 6 Typologie von Kompetenzen und Wirkung von IPE (Reeves et al., 2015, S.306)

Zu den drei Befragungszeitpunkten liegt der Fokus auf unterschiedlichen Fragestellungen (vgl. Abbildung 7). Da die erst-/ bzw. mehrfache Teilnahme an der Befragung aus Gründen der Anonymität nur rückblickend über den von den Teilnehmenden kreierte Code bestimmt werden kann, werden Informationen zur Teilnahme an IPE, soziodemographische Angaben und Informationen zu Rahmenbedingungen in jeder Befragungswelle erhoben. Über entsprechende Filterfragen werden Mehrfachantworten durch die gleiche Person vermieden.

- t1 Überblick Teilnahme an IPE in den zurückliegenden zwölf Monaten. Detaillierte Informationen zur (individuell wahrgenommenen) wichtigsten besuchten IPE. Einstellung zu IPP und aktuelle eigene interprofessionellen Kompetenzen sowie aktuell wahrgenommene interprofessionelle Kollaboration im eigenen Umfeld
- t2 Bewertung der Qualität der besuchten IPE
- t3 Einstellung zu IPP und aktuelle eigene interprofessionellen Kompetenzen sowie aktuell wahrgenommene interprofessionelle Kollaboration im eigenen Umfeld



Abbildung 7 Inhalte der Befragungen zu t1, t2 und t3

5.2 Durchführung

Die Befragung strebt keine Repräsentativität an, sondern angestrebt wurde die Befragung von ausgewählten Gesundheitsinstitutionen aus einem breiten Spektrum. Zur Teilnahme gewonnen wurden aus der Akutsomatik ein Universitäres Notfallzentrum, eine Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin, eine Klinik für Intensivmedizin, eine Universitätsklinik für Kinderchirurgie und eine Geburtenabteilung. Aus der Psychiatrie konnten sowohl je eine universitäre Klinik für Erwachsenen- und für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Teilnahme gewonnen werden. Schliesslich haben auch eine Rehaklinik, eine Orthopädische Klinik, sowie ein Alterszentrum teilgenommen.

Ziel war, alle in den zehn Partnerinstitutionen/-kliniken tätigen Gesundheitsfachpersonen zu befragen, wobei der Personenkreis allerdings mit den Praxispartnern (Kliniken) abgestimmt und auf die jeweiligen Rahmenbedingungen der einzelnen Kliniken Rücksicht genommen werden musste. Die Mitarbeitenden der befragten Kliniken konnten nicht direkt angeschrieben werden. Stattdessen wurde allen Kliniken jeweils ein eigener Link auf den Online-Fragebogen zur Verfügung gestellt. Dieser wurde von den jeweiligen Kontaktpersonen in den Kliniken über den internen Mailversand an die Mitarbeitenden weitergegeben und die Einladungen zur Teilnahme klinikintern formuliert. Da die Teilnahme an der Studie freiwillig war, konnte die Teilnahme nur über entsprechende Informationen, das Commitment der Kontaktpersonen und den Versand von Remindern sichergestellt werden.

Die Daten wurden mittels dreier Fragebögen zu drei unterschiedlichen Befragungszeitpunkten (t1, t2 und t3) erhoben. Insgesamt haben 462 Gesundheitsfachpersonen teilgenommen. An der ersten Befragung (t1) nahmen 332, an der zweiten (t2) 134 und an der dritten (t3) 163 Gesundheitsfachpersonen teil. Allerdings haben nur 38 Personen an allen drei Befragungen teilgenommen. Sowohl an t1 und t2 haben 80 Personen, an t1 und t3 haben 74 Personen teilgenommen.

Tabelle 2 gibt Auskunft über den Rücklauf pro Klinik zu den drei Befragungszeitpunkten.

Tabelle 2 Auswertbare Fragebogen pro teilnehmende Klinik

Klinik	t1		t2		t3	
	absolute Häufigkeit	Prozent	absolute Häufigkeit	Prozent	absolute Häufigkeit	Prozent
Inselgruppe - Universitäres Notfallzentrum	61	18.4%	11	8.2%	18	11.0%
Inselgruppe - Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin	67	20.2%	40	29.9%	49	30.1%
Inselgruppe - Universitätsklinik für Kinderchirurgie	34	10.2%	7	5.2%	5	3.1%
Hirslandengruppe - Salem Spital - Geburtenabteilung	14	4.2%	7	5.2%	3	1.8%
Lindenhofgruppe Bern - Intensivmedizin	33	9.9%	21	15.7%	25	15.3%
Universitäre Psychiatrien Basel - Klinik für Erwachsenenpsychiatrie	24	7.2%	7	5.2%	9	5.5%
Universitäre Psychiatrien Basel - Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	35	10.5%	12	9.0%	16	9.8%
Luzerner Kantonsspital - Rehaklinik Wohlhusen	16	4.8%	17	12.7%	16	9.8%
Luzerner Kantonsspital - Orthopädische Klinik Sursee	13	3.9%	2	1.5%	1	0.6%
Bürgerspital Basel	35	10.5%	10	7.5%	21	12.9%
<i>Gesamt</i>	<i>332</i>	<i>100%</i>	<i>134</i>	<i>100%</i>	<i>163</i>	<i>100%</i>

5.3 Stichprobe

Im Folgenden werden die teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen entlang der soziodemographischen Variablen, Alter und Geschlecht, Berufsgruppe, Funktion, Beschäftigungsdauer und -grad beschrieben. Die detaillierten Angaben zur Stichprobe pro Befragungszeitpunkt finden sich in Tabelle 3.

5.3.1 Alter und Geschlecht

Das mittlere Alter der befragten Gesundheitsfachpersonen beträgt rund 40 Jahre. Ungefähr drei Viertel der Befragten waren Frauen und ein Viertel Männer.

5.3.2 Funktion, Beschäftigungsgrad und Beschäftigungsdauer

Rund zwei Drittel der Befragten hat keine Führungsfunktion inne. Der mittleren Führungsebene gehören rund 30 %, der oberen Führungsebene rund 6 % an.

Die mittlere Beschäftigungsdauer der Gesundheitsfachpersonen beträgt rund 6 Jahre und der mittlere Beschäftigungsgrad rund 85 %.

Tabelle 3: Stichprobe. Alter, Geschlecht, Berufsgruppe, Funktion, Beschäftigungsdauer und -grad zu t1, t2, und t3

Soziodemographie	t1		t2		t3	
	absolute Häufigkeit	Prozent	absolute Häufigkeit	Prozent	absolute Häufigkeit	Prozent
Stichprobe						
N	332	100%	134	100%	163	100%
Alter (Jahre)						
mean/SD	40.4/10.0		41.2/10.0		41.4/10.2	
min/max	19/68		21/64		22/63	
Geschlecht						
weiblich	250	75.3%	95	70.9%	115	70.6%
Männlich	76	22.9%	37	27.6%	42	25.8%
anderes/Keine Antwort	2	0.6%	2	1.5%	2	1.2%
<i>Fehlend</i>	4	1.2%	0	0.0%	4	2.5%
<i>Gesamt</i>	332	100%	134	100%	163	100%
Berufsgruppen						
Ärztenschaft/Psychiatrie	84	25.3%	41	30.6%	58	35.6%
Pflege/Hebammen	174	52.4%	63	47.0%	70	42.9%
Physiotherapie/Ergotherapie/Logopädie	28	8.4%	16	11.9%	13	8.0%
Psychologie/Psychotherapie	18	5.4%	5	3.7%	5	3.1%
Soziale Arbeit/Sozpäd/Pädagogik	14	4.2%	5	3.7%	9	5.5%
Andere	8	2.4%	2	1.5%	5	3.1%
<i>Fehlend</i>	6	1.8%	2	1.5%	3	1.8%
<i>Gesamt</i>	332	100%	134	100%	163	100%
Funktion						
keine Führungsfunktion	216	65.1%	84	62.7%	95	58.3%
mittlere Führungsebene	91	27.4%	42	31.3%	52	31.9%
obere Führungsebene	20	6.0%	8	6.0%	10	6.1%
<i>Fehlend</i>	5	1.5%	0	0.0%	6	3.7%
<i>Gesamt</i>	332	100%	134	100%	163	100%
Beschäftigungsdauer						
Mean/SD (in Jahren)	7.8/7.9		7.3/7.1		7.4/6.7	
min/max	0.2/42.0		0.1/31.0		0.1/30.0	
Beschäftigungsgrad						
Mean/SD (in Jahren)	82%/20.2		83%/20.2		81/19.9	
min/max	20%/100%		20%/100%		20%/100%	

5.3.3 Berufsgruppen

Die an den drei Befragungen vertretenen 15 unterschiedlichen Berufsgruppen wurden für die Auswertung zusammengefasst. Daraus ergaben sich folgende sechs Gruppierungen:

- Ärzteschaft/Psychiatrie
- Pflege/Hebammen
- Physiotherapie/Ergotherapie/Logopädie
- Psychologie/Psychotherapie
- Soziale Arbeit/Sozialpädagogik/Pädagogik
- Andere

Pharmazie, Medizinische-technische Assistenz, Versorgungsassistenz und Administration wurden auf Grund des geringen Rücklaufs gesamthaft der Gruppe «Andere» subsumiert. Über alle drei Befragungszeitpunkte fehlen von 11 Personen die Informationen zu den Berufsgruppen. Der Grossteil der Befragten rekrutiert sich aus der Gruppe Pflege/Hebammen und Ärzteschaft/Psychiatrie. Angaben zur prozentualen Verteilung der Berufsgruppen über die drei Befragungszeitpunkte sind der Abbildung 8Abbildung 8 Berufsgruppen zu entnehmen.

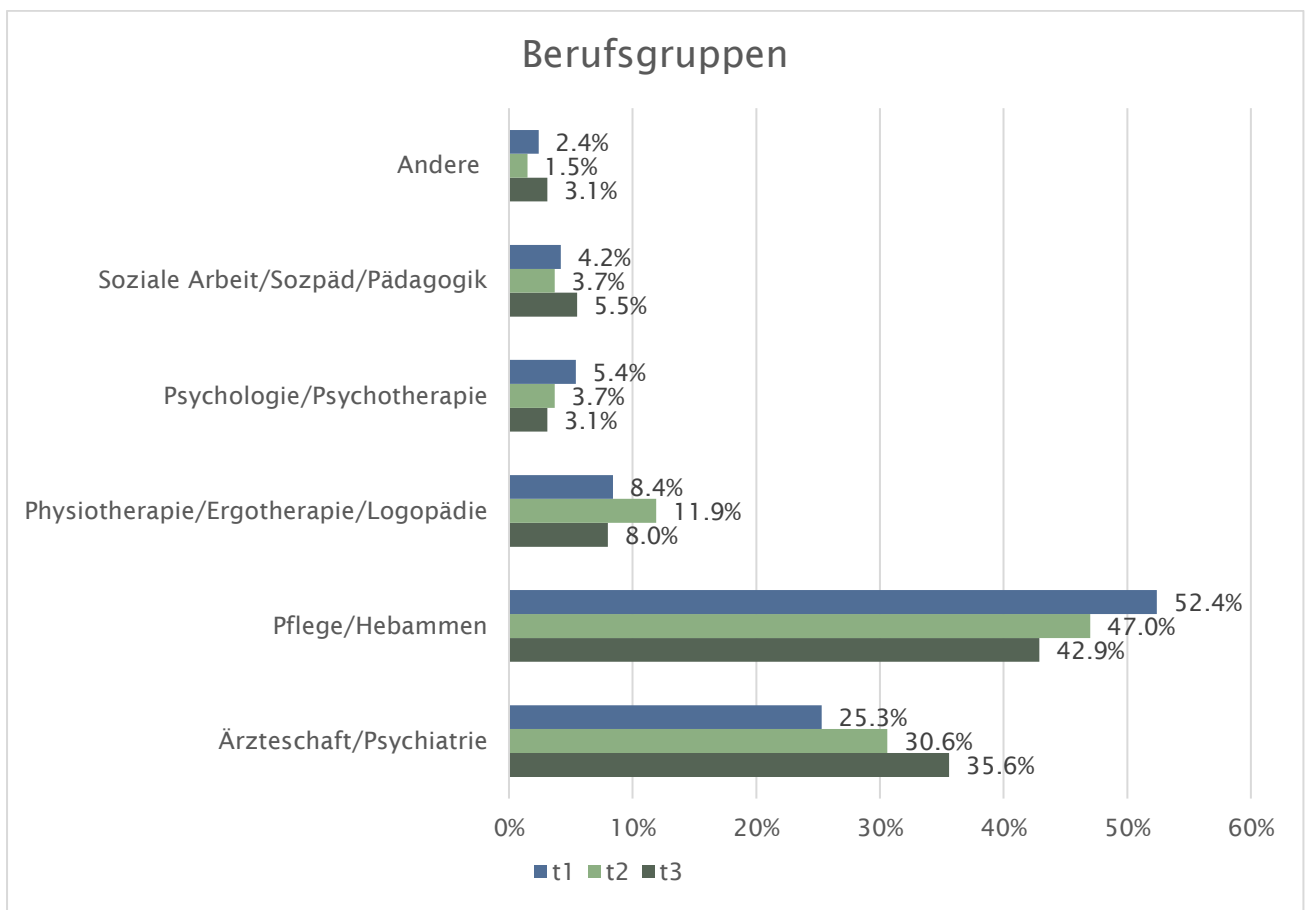


Abbildung 8 Berufsgruppen t1, t2 & t3

5.3.4 Rahmenbedingungen

Die teilnehmenden Personen wurden zu den Rahmenbedingungen ihrer Arbeitstätigkeit in der Klinik befragt. Sie wurden gebeten anzugeben, ob sie, um ihre Arbeit ordentlich erledigen zu können, ausreichend Zeit, fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten, Unterstützung durch Kolleg*innen bzw. durch direkte Vorgesetzte sowie Zugang zu Fort- und Weiterbildung haben.

Beantwortet wurden die Fragen auf einer Skala von 1 trifft nicht zu bis 4 trifft zu. Die Befragten haben die Rahmenbedingungen zu allen drei Befragungszeitpunkten im Mittel mit 3.3 als eher positiv bewertet. Die Angaben zu den einzelnen von den Befragten beurteilten Teilaspekten der Rahmenbedingungen sind in Abbildung 9 ersichtlich. Die Unterschiede zu den drei Befragungszeitpunkten sind gering und werden deshalb hier nicht ausgewiesen. Es fällt auf, dass Zugang zu Fort- und Weiterbildung, Unterstützung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte und fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten von der Mehrheit der Teilnehmenden als ausreichend beurteilt werden. Hingegen geben 30 % an, nicht genügend Zeit zur Verfügung zu haben, um ihre Arbeit ordentlich erledigen zu können. Und nur rund 15 % geben an, genügend Zeit zur Verfügung zu haben.

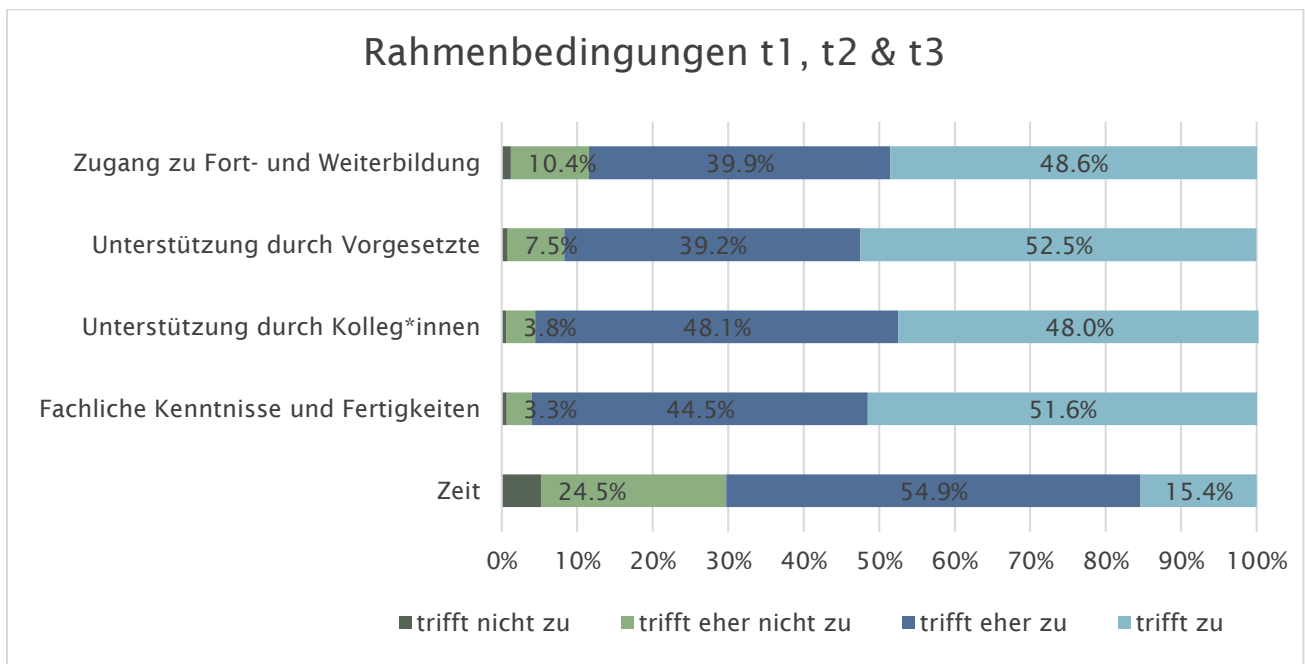


Abbildung 9 Beurteilung Rahmenbedingungen im Mittel über alle drei Befragungszeitpunkte

5.4 Besuch von interprofessionellen Fort- und Weiterbildungen IPE (Output)

Die Teilnehmenden wurden sowohl zu den von ihnen in den letzten zwölf Monaten besuchten IPE wie vertieft zur wichtigsten besuchten IPE befragt.

Im Folgenden wird zuerst aufgezeigt wie viele und welche IPE die Befragten in den vorausgehenden zwölf Monaten besucht haben. Der Schwerpunkt der Darstellung liegt dann auf der Beschreibung der besuchten wichtigsten IPE. In einem weiteren Schritt werden die Zusammenhänge zwischen dem Besuch einer IPE, der Einstellungen gegenüber IPP, der interprofessionellen Kompetenzen und der IPP im Quer- und Längsschnitt aufgezeigt und schliesslich die Resultate zusammengefasst.

Besuch einer interprofessionellen Fort- und Weiterbildung IPE in den vorangehenden zwölf Monaten

In t1 wurde gefragt, wie ob und wie viele IPE die Teilnehmenden in den vergangenen zwölf Monaten besucht haben. Im Mittel wurden 6.2 IPE besucht. Allerdings schwanken die Angaben zwischen 1 und 52 besuchten IPE. Die hohen Angaben beziehen sich mehrheitlich auf interprofessionelle Fallbesprechungen und fallbezogenes Teaching am Bett. Andere, nicht interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen wurden von 93.1 % der Teilnehmenden besucht. Im Mittel wurden 5.2 andere Fort- und Weiterbildungen besucht. Auch hier schwanken die Angaben zwischen 1 und 50 besuchten Weiterbildungen.

Am häufigsten besucht wurden Schulungen (34.2 %), interprofessionelle Fallbesprechungen (31.8 %) und Tagungen und Kongresse (23.4 %). Alle anderen IPE wurden von weniger als 20 % der Teilnehmenden besucht (vgl. Abbildung 10).

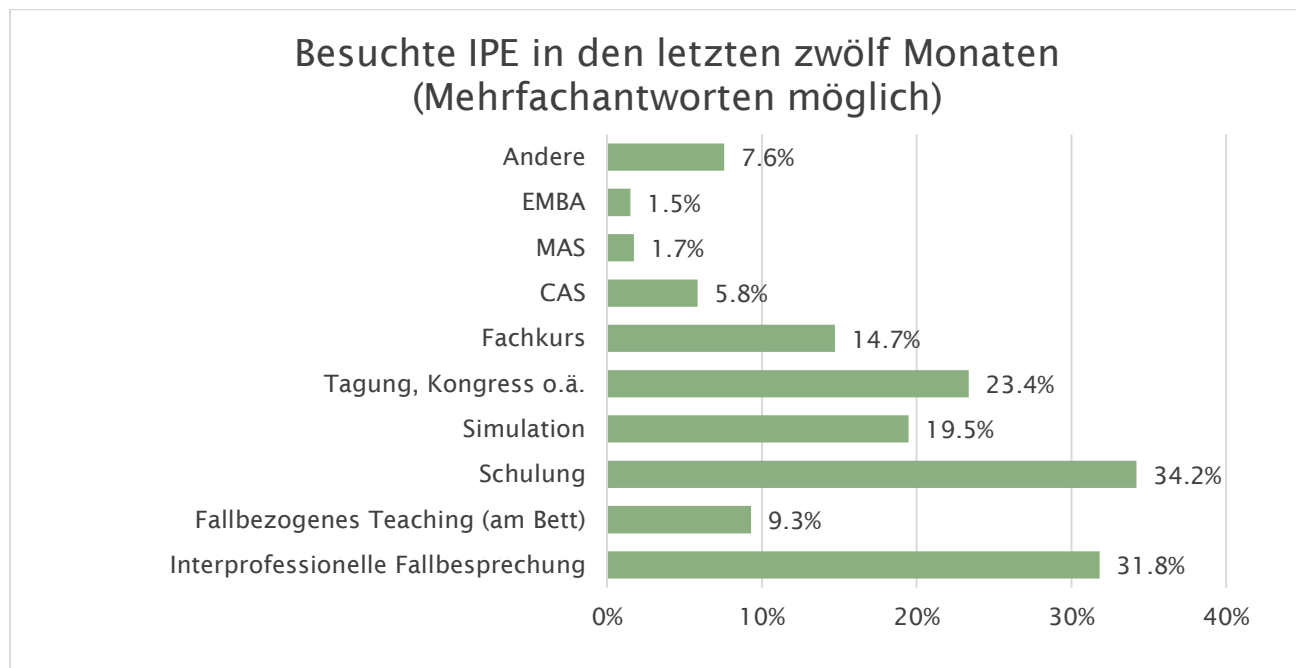


Abbildung 10 Prozentwerte zur den in den letzten 12 Monaten besuchten IPE

5.4.1 Die wichtigste besuchte interprofessionelle Fort- und Weiterbildung IPE

Die Teilnehmenden wurden in t1, bzw. bei einer ersten Teilnahme in t2 oder t3 gebeten, die für sie wichtigste IPE, die sie in den zurückliegenden zwölf Monaten besucht haben, zu benennen und zu beschreiben. Dabei wurden folgende Fragen gestellt:

- Welcher Kategorie ordnen Sie diese Weiterbildung zu? (Bitte wählen Sie die zutreffendste Bezeichnung)
- Welche der folgenden Inhalte wurden in dieser Weiterbildung vermittelt? (Mehrfachantworten möglich)
- Welche der folgenden Lernmethoden wurden in dieser Weiterbildung eingesetzt? (Mehrfachantworten möglich)
- An welche Berufsgruppen hat sich diese Weiterbildung gerichtet? (Mehrfachantworten möglich; falls die Bezeichnungen nicht genau zutreffen, wählen Sie bitte die passendsten Berufsgruppen aus)
- Wie viele aufeinanderfolgende Tage hat eine einzelne Veranstaltung im Rahmen dieser Weiterbildung gedauert?
- Wie wurde diese Weiterbildung finanziert?
- Wo wurde diese Weiterbildung angeboten?

Die Fragen zu der wichtigsten besuchten IPE wurden von insgesamt 352 Personen beantwortet (davon in t1 von 303, in t2 zusätzlich von 23 und in t3 zusätzlich von 26 Personen. Im Folgenden werden die Resultate zu den einzelnen Fragen dargestellt und die einzelnen IPE beschrieben.

5.4.2 Kategorie der wichtigsten besuchten IPE

Schulungen, Simulationen und der Besuch von Kongressen werden als wichtigste besuchte IPE genannt, vgl. Abbildung 11. Fast ein Viertel (23.3 %) der Befragten bezeichnen den Besuch einer Schulung als wichtigste Weiterbildung, knapp ein Fünftel (18.8 %) die Teilnahme an einer Simulation und 16.2 % den Besuch eines Kongresses oder einer Tagung. Während interprofessionelle Fallbesprechungen zwar häufig besucht werden, werden sie nur von 13.4 % der Befragten als wichtigste besuchte IPE bezeichnet. Fachkurse werden von 12.5 % als wichtigste IPE genannt.

Pflegefachpersonen und Hebammen bezeichnen am Häufigsten Schulungen als wichtigste besuchte IPE. Ärzt*innen bezeichnen am Häufigsten Simulationen, Physiotherapeutinnen interprofessionelle Fallbesprechungen und Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen Tagungen und Kongress als wichtigste besuchte IPE, vgl. Abbildung 18.

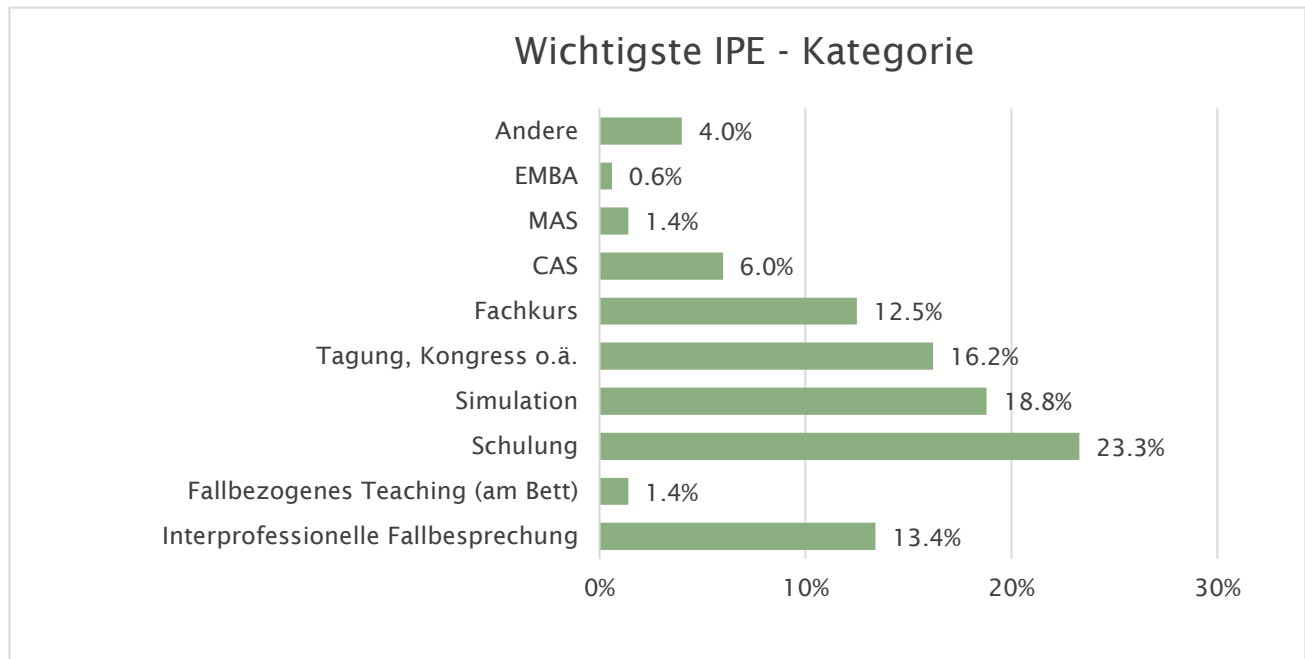


Abbildung 11 Prozentwerte zur wichtigsten IPE

5.4.3 Inhalte der wichtigsten besuchten IPE

In Anlehnung an das British Columbia Competency Framework for Interprofessional Collaboration nennt (in Sottas et al., 2016, S. 11) folgende zu vermittelnden Kernkompetenzen: Interprofessionelle Kommunikation, Funktionieren als Team, Rollen und Verantwortlichkeiten, Gemeinsame Entscheidungsfindung, Konfliktlösung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

Die Teilnehmenden wurden gebeten, die Inhalte der besuchten IPE anhand von diesen sieben Kernkompetenzen zu beschreiben, vgl. Abbildung 12.

Im Zentrum der besuchten IPE standen mit je rund 50 % die Inhalte Rollen und Verantwortungsbereiche, interprofessionell kommunizieren, kontinuierliche Qualitätsverbesserung und Funktionieren als Team. Seltener thematisiert wurde die gemeinsame Entscheidungsfindung (38.4 %), der Einbezug von Patient*innen und deren Angehörigen (29.9 %) sowie Konfliktlösung (29.0 %). Die ähnlichen Häufigkeiten bei vier der sieben Kategorien könnten darauf hindeuten, dass es für die Teilnehmenden schwierig war, zwischen den einzelnen Inhalten zu differenzieren. Allerdings zeigt die Analyse je IPE ein differenzierteres Bild (vgl. Abbildung 19).

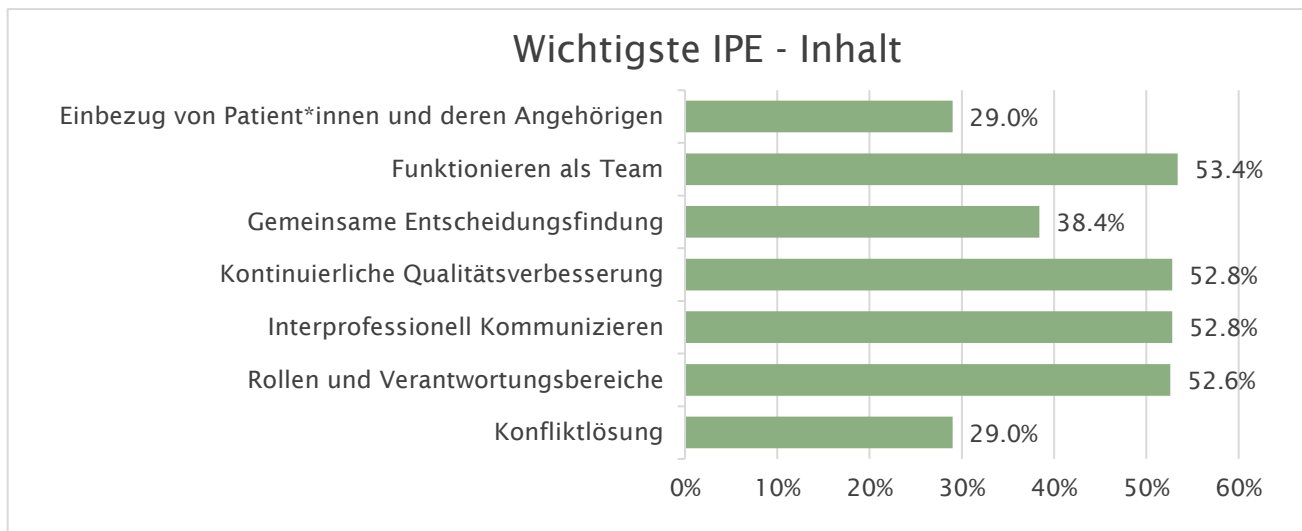


Abbildung 12 Prozentwerte zum Inhalt der wichtigsten IPE (Mehrfachantworten möglich)

5.4.4 Lernmethoden der wichtigsten besuchten IPE

In Anlehnung an Sottas et al. (2016, S. 16) wurden die Teilnehmenden gebeten, die Lernmethoden der besuchten IPE mit folgenden sechs Kategorien zu beschreiben:

- Theoriebasiertes Lernen (Einführung oder Vorlesung zu interprofessioneller Zusammenarbeit)
- Austauschbasiertes Lernen (Debatten, Spiele, Falldiskussionen, Problemlösung, Rollenspiele im Kursraum)
- Beobachtungsbasiertes Lernen (über die Schulter schauen in der Berufspraxis, Mitlaufen im Berufsalltag einer Fachperson)
- Simulationsbasiertes Lernen (lang dauernde, aufwändige Rollenspiele, Skillstraining, Simulation an Puppen oder mit Schauspieler*innen)
- Handlungsbasiertes Lernen (problembasiertes Lernen, fallbasiertes Lernen, gemeinsame Projekte/Forschung)
- Praxisbasiertes Lernen (fallbezogenes Teaching, Fallbesprechungen, praktische interprofessionelle Übungen in aktuellem/realitätsnahe Arbeitsumfeld)

In den besuchten IPE wurden theoriebasiert (60.8 %), austauschbasierte Lernmethoden (58.0 %) sowie praxisbasiertes Lernen (45.7 %) am häufigsten eingesetzt. Beobachtungsbasiertes Lernen (12.5 %) wurde hingegen am seltensten eingesetzt, vgl. Abbildung 13.

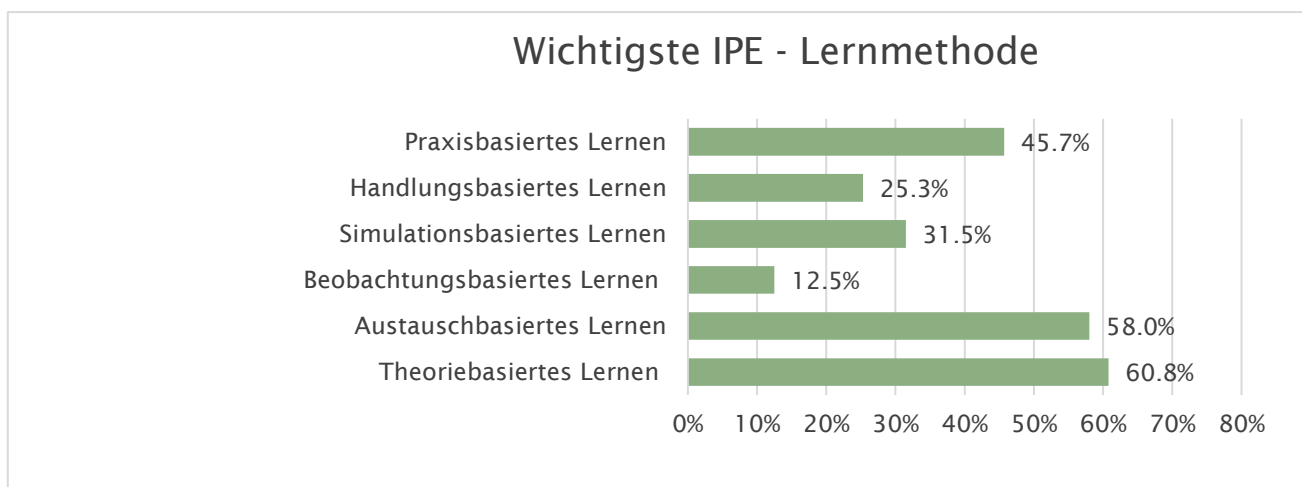


Abbildung 13 Prozentwerte zur Lernmethode der wichtigsten IPE (Mehrfachantworten möglich)

5.4.5 Zielgruppe der wichtigsten besuchten IPE

Gefragt wurde auch, an welche Berufsgruppen sich diese IPE gerichtet hat. Auch hier waren Mehrfachantworten möglich, vgl. Abbildung 14. Im Mittel haben sich die IPE an drei verschiedene Berufsgruppen gerichtet. Entsprechend der Stichprobe haben sich die IPE in erster Linie an Pflegende und Ärzteschaft gerichtet, häufig auch an die Berufsgruppen soziale Arbeit, Psychologie und Physiotherapie.

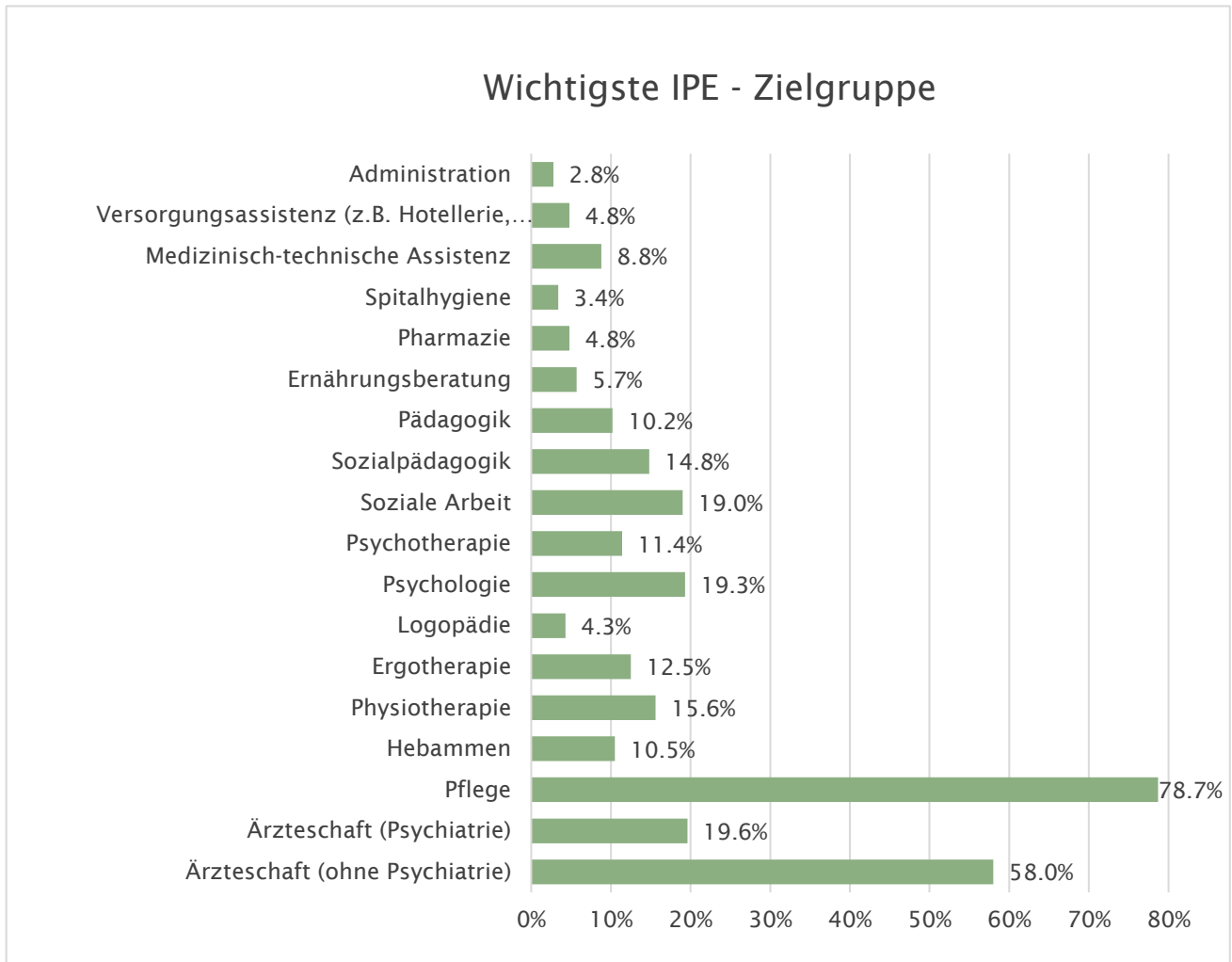


Abbildung 14 Prozentwerte zu den Zielgruppen der wichtigsten IPE

5.4.6 Durchführung der wichtigsten besuchten IPE

Schliesslich wurde auch nach der Durchführung der interprofessionellen Weiterbildung gefragt, nach Dauer, Finanzierung und Durchführungsort.

Dauer. Die Weiterbildungen dauern zu je rund einem Drittel maximal einen halben (34.1%) oder einen Tag (31.8 %). Weiterbildungen von mehr als 5 Tagen sind sehr selten (2.8 %), vgl. Abbildung 15.

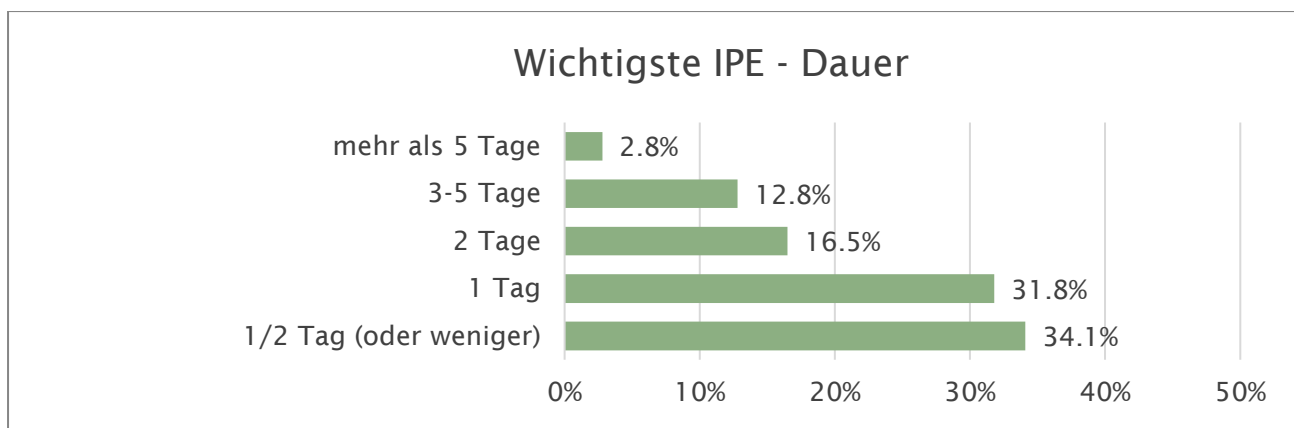


Abbildung 15 Prozentwerte zur Dauer der wichtigsten IPE

Finanzierung. Die IPE wurde in der überwiegenden Mehrheit der Fälle (71.6 %) vom Arbeitgeber finanziert, teilweise wurde eine Mischfinanzierung (10.6 %) gewählt. Nur 7.4 % der Weiterbildungen wurden privat finanziert, in 4.8 % der Fälle eine andere Finanzierung, vgl. Abbildung 16.

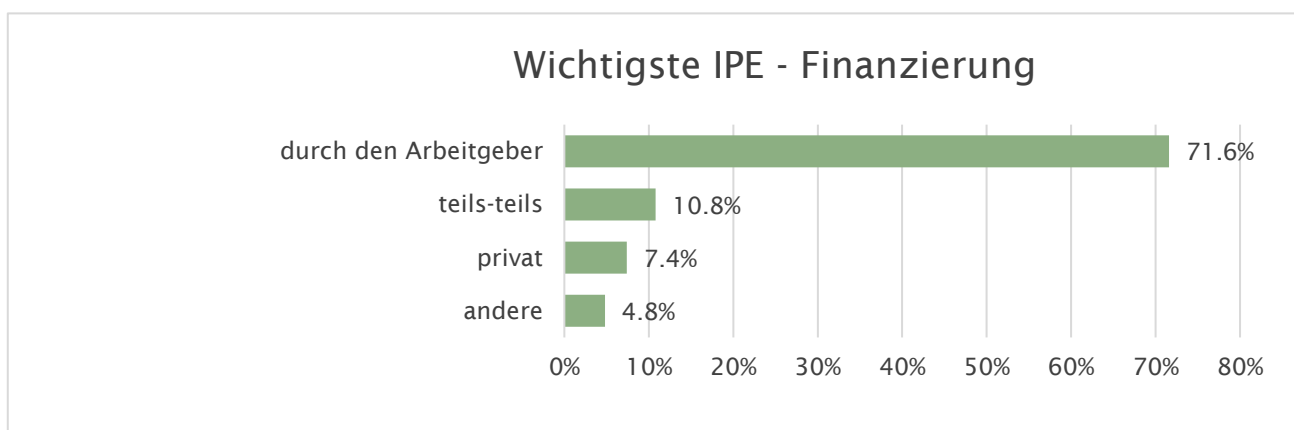


Abbildung 16 Prozentwerte zur Finanzierung der wichtigsten IPE

Anbieter. Mehr als die Hälfte der Weiterbildungen fanden klinikintern (48.0 %) oder in der eigenen Gesundheitsinstitution (10.5 %) statt. In einer anderen Gesundheitsinstitution wurden 9.9 % der Weiterbildungen besucht, bei einem Fachverband 5.7 %. Weiterbildungen einer Hochschule wurden von 12.8 % und bei einem anderen Bildungsanbieter von 11.6 % der Befragten besucht, vgl. Abbildung 17.

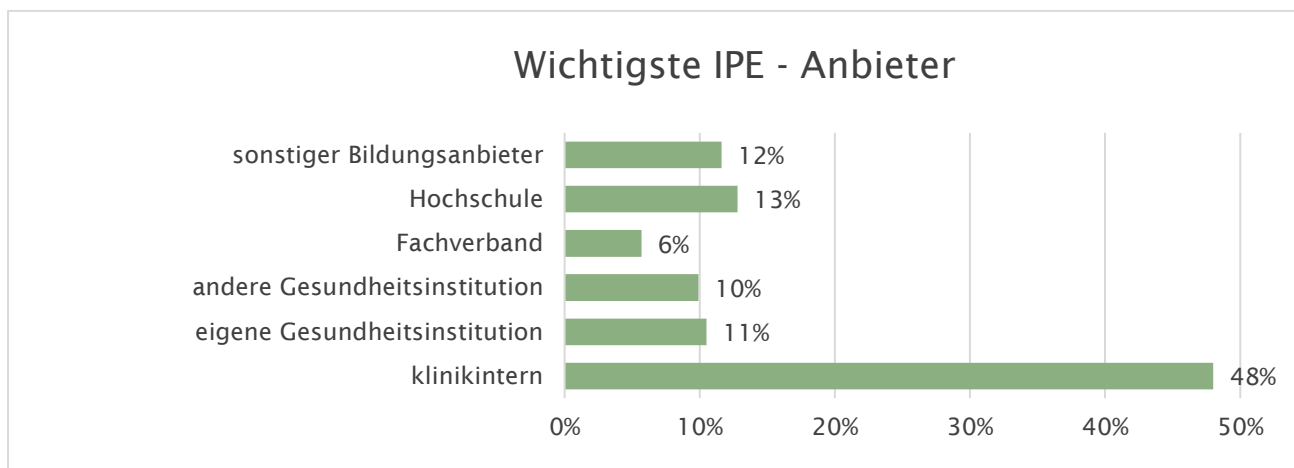


Abbildung 17 Prozentwerte zum Anbieter der wichtigsten IPE

5.5 Profil der wichtigsten besuchten interprofessionellen Fort- und Weiterbildungen

Im Folgenden werden die besuchten IPE beschrieben. Die Reihenfolge der Darstellung orientiert sich an der Anzahl Befragte, die die entsprechende Weiterbildung als wichtigste besuchte IPE bezeichnen. Selten besuchte IPE werden nur knapp beschrieben. Die Berufsgruppen wurden wie folgt zusammengefasst: Ärzteschaft inkl. Psychiatrie (25.6 %), Pflege und Hebammen (52.3 %), Physio-, Ergo und Logopädie (9.4 %), Psychologie und Psychotherapie (6.0 %), soziale Arbeit (4.0 %) sowie andere (2.8 %).

Die folgenden Abbildungen zeigen die Verteilung der Berufsgruppen (Abbildung 18), Inhalte (Abbildung 19) und Lehrmethoden (Abbildung 20) der am häufigsten besuchten IPE.

5.5.1 Schulungen

Schulungen wurden von knapp einem Viertel der Befragten als wichtigste besuchte interprofessionelle Weiterbildung bezeichnet. Die besuchten Schulungen sind mehrheitlich (65.4 %) einmalige Veranstaltungen, bzw. finden einmal jährlich statt (14.8 %), selten quartalsweise (6.2 %). Sie dauern in der Regel entweder maximal einen halben oder einen ganzen Tag (je 40.0 %), seltener 2 Tage (12.5 %). Die Schulungen werden zu 87.3% durch den Arbeitgeber finanziert und finden mehrheitlich klinikintern (55.6 %), bzw. in der eigenen (18.5 %) oder einer anderen Gesundheitsinstitution (12.3 %), seltener bei einem anderen Bildungsanbieter (7.4 %) statt.

Berufsgruppen. Schulungen, als wichtigste IPE werden am Häufigsten von Pflegefachpersonen (63.0 %), hingegen sehr viel seltener von Ärzt*innen (19.8 %) sowie Physio- und Ergotherapeut*innen (9.9 %) besucht.

Inhalte. Als zentrale Inhalte von Schulungen werden kontinuierliche Qualitätsverbesserung und Rollen und Verantwortungsbereiche (51.2 %) sowie Funktionieren als Team (50.0 %) genannt. Konfliktlösung und gemeinsame Entscheidungsfindung (je 26.8 %), der Einbezug von Patient*innen und deren Angehörigen (34.1 %) und interprofessionell Kommunizieren (35.4 %) werden seltener als Inhalt der Schulung angegeben.

Lehrmethoden. Als zentrale Lehrmethoden in Schulungen werden theoriebasiertes (74.4 %), austauschbasiertes (64.6 %) und praxisbasiertes Lernen (47.6 %) genannt, gefolgt von handlungsbasiertem (28.0 %), simulationsbasiertem (26.8 %) und beobachtungsbasiertem Lernen (17.1 %).

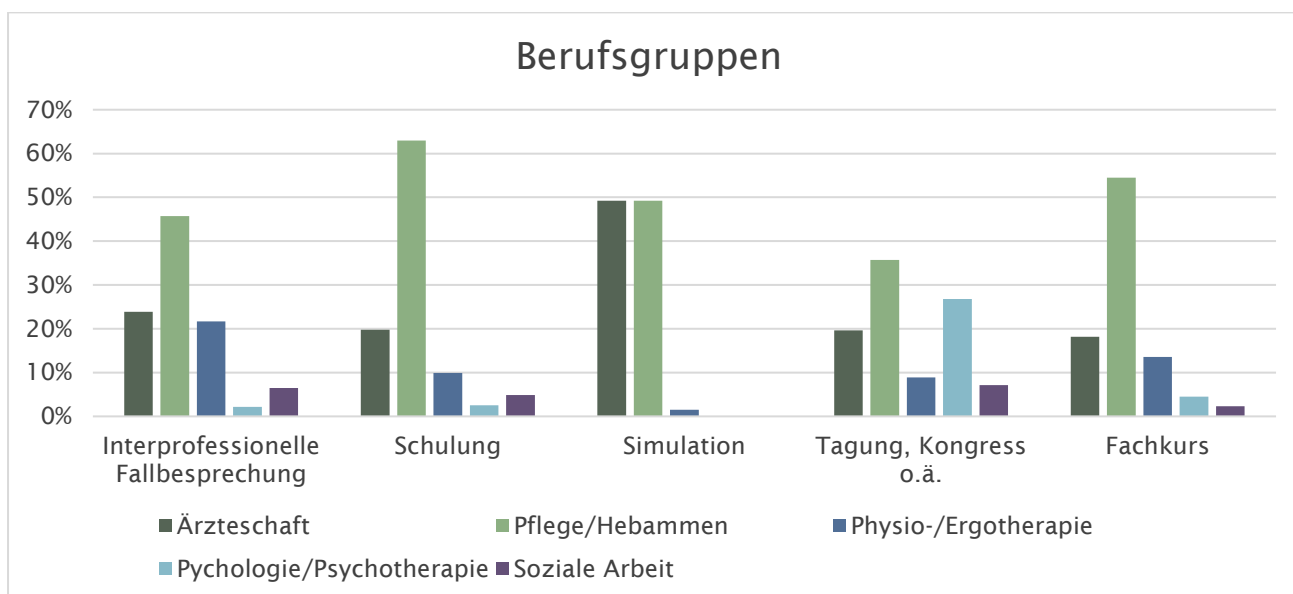


Abbildung 18 Prozentwerte der Berufsgruppen in den am häufigsten besuchten IPE

5.5.2 Simulationen

Simulationen wurden von knapp einem Fünftel der Befragten als wichtigste besuchte interprofessionelle Weiterbildung bezeichnet. Die besuchten Simulationen finden einmal jährlich statt (40.9 %), bzw. sind einmalige (33.3 %), teilweise halbjährliche (13.6 %), seltener vierteljährliche (9.1 %) Veranstaltungen. Sie dauern in der Regel einen ganzen (57.6 %), seltener einen halben Tag 30.3 %. Simulationen werden durch

den Arbeitgeber finanziert (95.3 %) und finden klinikintern (74.2 %), bzw. in der eigenen Gesundheitsinstitution (10.6 %), selten bei einem anderen Gesundheitsanbieter (6.1 %) statt.

Berufsgruppen. Simulationen werden fast ausschliesslich von Ärzt*innen sowie Pflegefachpersonen (je 49.2 %) besucht.

Inhalte. Zentrale Inhalte von Simulationen sind das Funktionieren als Team (90.9 %), sowie interprofessionell Kommunizieren (83.3 %). Rollen und Verantwortungsbereiche (62.1 %), kontinuierliche Qualitätsverbesserung (54.5 %) und gemeinsame Entscheidungsfindung (48.5 %) werden seltener genannt. Kaum als Inhalt von Simulationen bezeichnet werden Konfliktlösung (16.7 %) und Einbezug von Patient*innen und deren Angehörigen (15.2 %).

Lehrmethoden. Simulationen sind, wenig überraschend, geprägt durch simulationsbasiertes Lernen (89.4 %). Daneben werden allerdings auch austauschbasiertes (47.0 %), theoriebasiertes (37.9 %) und praxisbasiertes Lernen (36.4 %) eingesetzt. Seltener genannt werden beobachtungs-basiertes (18.2 %), und handlungsbasiertes Lernen (12.1 %).

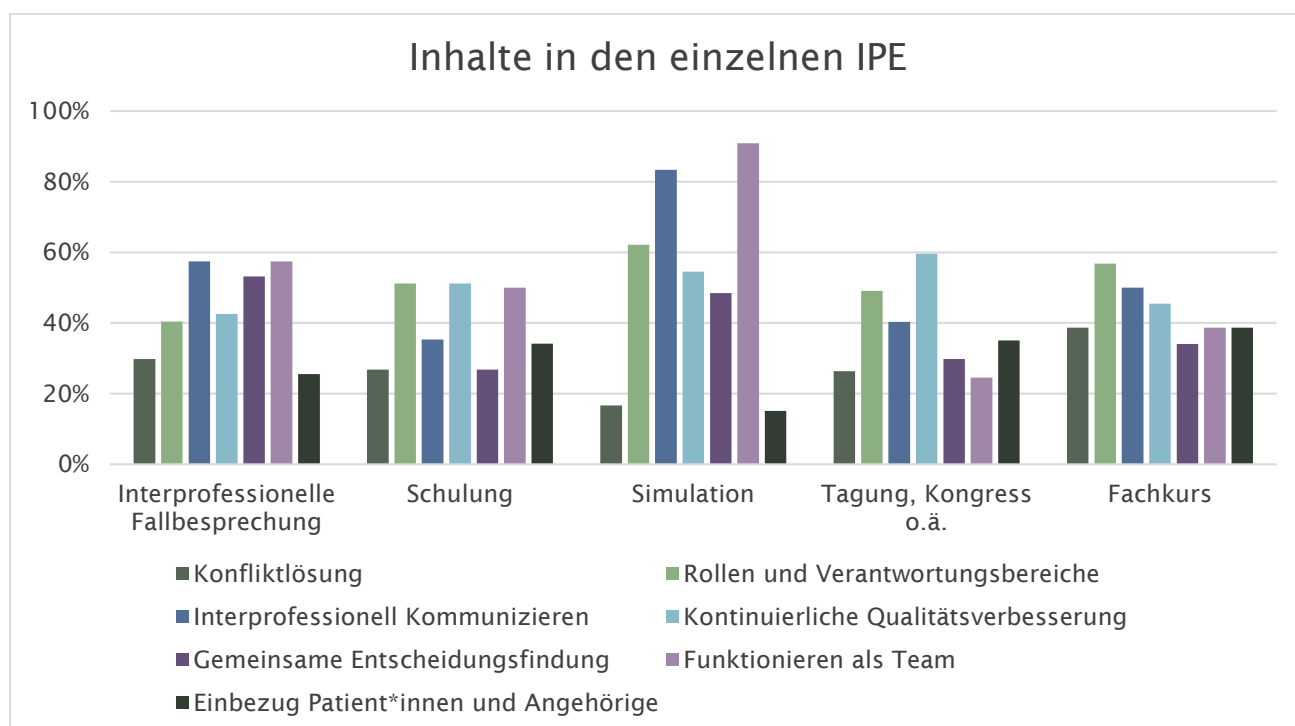


Abbildung 19 Prozentwerte der Inhalte in den am häufigsten besuchten IPE

5.5.3 Tagungen und Kongresse

Tagungen und Kongresse werden von 16 % der Befragten als wichtigste besuchte IPE bezeichnet. Tagungen und Kongresse sind einmalige Veranstaltungen (57.9 %), bzw. fanden einmal jährlich statt (40.4 %). Die Dauer variiert zwischen einem halben (21.4 %), einem ganzen (30.4 %), zwei (28.6 %) oder bis zu fünf Tagen (19.6 %). Die Teilnahme an Tagungen und Kongressen wird zu zwei Dritteln durch den Arbeitgeber, bzw. zu je rund 10 % teilweise oder ganz privat oder durch andere Quellen finanziert. Die besuchten Tagungen und Kongresse fanden in der eigenen Klinik (19.3 %), seltener in der eigenen Gesundheitsinstitution (7.0 %) statt. Zu je gut einem guten Fünftel fanden sie extern statt, in einer anderen Gesundheitsinstitution (22.8 %) oder bei einem anderen Bildungsanbieter (21.1 %) statt. Auch Tagungen und Kongresse von Fachverbänden (21.1 %) und Hochschulen (8.8 %) wurden besucht.

Berufsgruppen. Tagungen und Kongresse werden häufiger auch von anderen Berufsgruppen, insbesondere von Psycholog*innen (12.5 %), Psychotherapeut*innen (14.3 %) und sowie Physio- und Ergotherapeut*innen (8.9 %) besucht. Pflegefachpersonen (35.7 %) und Ärzt*innen (19.6 %) nennen Tagungen und Kongresse seltener als andere IPE als wichtigste IPE besucht.

Inhalte. Zentrale Inhalte von Kongressen sind kontinuierliche Qualitätsverbesserung (59.6 %) und die Klärung von Rollen und Verantwortungsbereiche (49.1 %) sowie interprofessionell Kommunizieren (40.4 %)

und der Einbezug von Patient*innen und deren Angehörigen (35.1 %). Konfliktlösung (26.3 %), gemeinsame Entscheidungsfindung (29.8 %) und Funktionieren als Team (24.6 %) werden seltener genannt.

Lehrmethoden. Tagungen und Kongresse sind geprägt von theoriebasiertem Lernen (78.9 %) und austauschbasiertem (54.4 %), in geringerem Mass auch von praxisbasiertem (28.1 %) und handlungsbasiertem Lernen (15.8 %).

5.5.4 Interprofessionelle Fallbesprechungen

Interprofessionelle Fallbesprechungen wurden von 13 % der Befragten als wichtigste besuchte IPE bezeichnet. Interprofessionelle Fallbesprechungen können sowohl einmalig (20.0 %), wöchentlich (24.4 %), monatlich (26.7 %) oder auch quartalsweise (15.6 %) stattfinden und dauern max. einen halben (79.5 %), bzw. einen ganzen Tag (15.9 %). Sie werden intern finanziert (85.4 %) und finden klinikintern (77.8 %) oder in der eigenen Gesundheitsorganisation (8.9 %) statt.

Berufsgruppen. Interprofessionelle Fallbesprechungen, als wichtigste IPE werden am Häufigsten von Pflegefachpersonen (45.7 %), Ärzt*innen (23.9 %) sowie Physio- und Ergotherapeut*innen (21.7 %) besucht.

Inhalte. Funktionieren als Team und interprofessionell Kommunizieren (je 57.4 %) sowie gemeinsame Entscheidungsfindung (53.2 %) sind zentrale Inhalte von interprofessionellen Fallbesprechungen. Im Weiteren werden kontinuierliche Qualitätsverbesserung (42.6 %) und die Klärung von Rollen und Verantwortungsbereichen (40.4 %) genannt. Konfliktlösung (29.8 %) und Einbezug von Patient*innen und deren Angehörigen (25.5 %) werden seltener genannt.

Lehrmethoden. Als zentrale Lehrmethode bei interprofessionellen Fallbesprechungen wird praxisbasiertes Lernen (61.7 %) genannt, gefolgt von austauschbasiertem Lernen (55.3 %) und theoriebasiertem Lernen (29.8 %).

5.5.5 Fachkurse

Fachkurse wurden von knapp 13 % der Befragten als wichtigste besuchte IPE bezeichnet. Fachkurse sind mehrheitlich einmalige Veranstaltungen (52.3 %), seltener finden sie wöchentlich (9.1 %) oder monatlich (22.7 %) statt. Sie dauern einen oder zwei Tage (je 29.5 %) Tage, seltener einen halben Tag (13.6 %), drei bis fünf Tage (15.9 %) oder mehr als fünf Tage (11.4 %). Sie werden vom Arbeitgeber (59.3 %), bzw. teilweise (16.7 %) oder ganz (19.0 %) privat finanziert. Fachkurse finden klinikintern (27.3 %) und in der eigenen Gesundheitsorganisation (6.8 %) statt. Fachkurse werden aber auch bei andere Gesundheitsinstitution (13.6 %), bei Fachverbänden (9.1 %), Hochschulen (15.91 %) oder weiteren Bildungsanbietern (27.9 %) besucht.

Berufsgruppen. Fachkurse als wichtigste interprofessionelle Weiterbildung werden am Häufigsten von Pflegefachpersonen besucht (54.5 %), hingegen seltener von Ärzt*innen (inkl. Psychiatrie 18.2 %) sowie Physio- und Ergotherapeut*innen (13.6 %) besucht.

Inhalte. Die Klärung von Rollen und Verantwortungsbereichen (56.8 %), interprofessionell Kommunizieren (50.0 %) und kontinuierliche Qualitätsverbesserung (45.5 %) werden häufiger genannt, Funktionieren als Team, Einbezug Patient*innen und Angehörigen, Konfliktlösung (je 38.6 %) und gemeinsame Entscheidungsfindung (34.1 %) werden weniger häufig genannt.

Lehrmethoden. Fachkurse sind geprägt durch theoriebasiertes (75.0 %) austauschbasiertes (65.9 %) und praxisbasiertes Lernen (50.0 %). Als weitere Lehrmethode werden handlungsbasiertes Lernen (29.5 %) sowie simulationsbasiertes und Lernen (25.0 %) genannt.

5.5.6 Weitere besuchte interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen

Fallbezogenes Teaching am Bett, sowie CAS-, MAS- und EMBA-Studiengänge wurden zu selten als wichtigste besuchte interprofessionelle Weiterbildung bezeichnet, als dass eine differenzierte Beschreibung möglich wäre.

Fallbezogenes Teaching am Bett wird als einmalige, aber häufige Veranstaltung beschrieben, die kurz dauert, und intern stattfindet.

CAS-, MAS- und EMBA-Studiengänge finden hingegen regelmässig, mit wöchentlichen oder monatlichen Terminen statt, wobei die einzelnen Veranstaltungen unterschiedlich lange, meist zwei bis fünf Tage dauern und mehrheitlich an Hochschulen stattfinden. Finanziert werden sie sowohl durch den Arbeitgeber wie ganz oder teilweise privat.

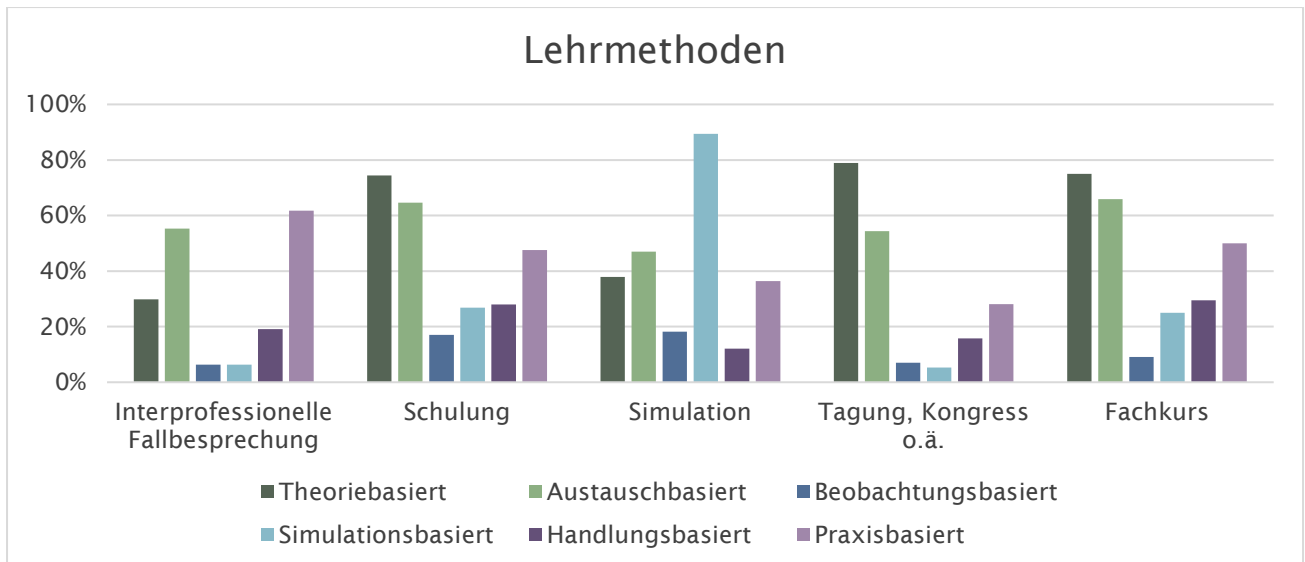


Abbildung 20 Prozentwerte der Lehrmethoden in den am häufigsten besuchten IPE

5.6 Bewertung der besuchten interprofessionellen Weiterbildung (Output Prozessevaluation)

Zum Output gehören nebst dem Überblick zur Teilnahme an IPE auch die Wirkung von IPE in der Praxis. Diese wurde mit je zwei Items in fünf Skalen gemessen (in Anlehnung an Körner et al., 2015 und Kauffeld et al. 2009):

- Die Nachhaltigkeit des Gelernten in Bezug auf die Teamarbeit. Beispielitem: «Die IPE wird sich nachhaltig auf unsere Teamarbeit in der Klinik auswirken».
- Die Auswirkungen durch den Besuch der IPE. Beispielitem: «Seit der IPE arbeitet das Team insgesamt effektiver».
- Die persönliche Entwicklung durch die IPE. Beispielitem: «Durch die IPE habe ich viel gelernt».
- Die Nützlichkeit der IPE. Beispielitem: «Die Inhalte der IPE waren für die praktisch-klinische Arbeit relevant».
- Die Zufriedenheit mit der Durchführung der IPE. Beispielitem: «Die Moderation der IPE war gut».

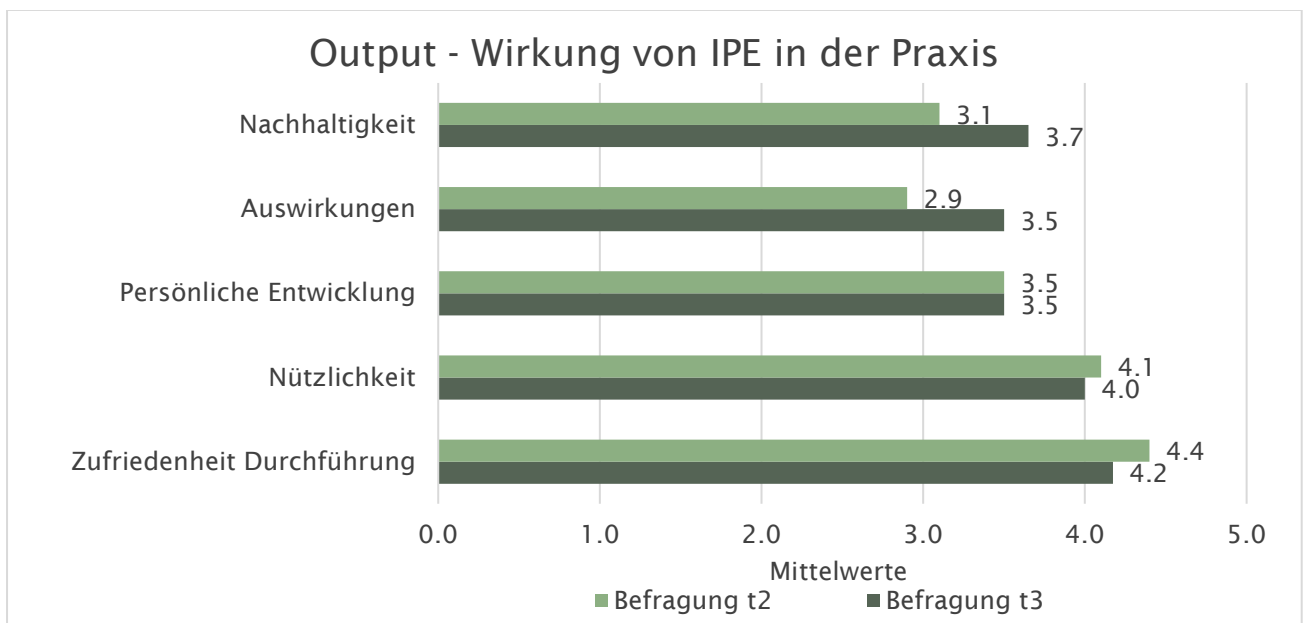


Abbildung 21 Mittelwerte zur Bewertung der besuchten IPE

Abbildung 21 fasst die Resultate aus den Befragungszeitpunkten t2 und t3 zusammen (Wirkung von IPE wurde in t1 nicht erfragt). Die Mittelwerte können sich jeweils zwischen 1 (trifft nicht zu), 2 (trifft eher nicht zu), 3 (teils-teils), 4 (trifft eher zu) und 5 (trifft zu) bewegen. Mit am besten wurden von den Gesundheitsfachpersonen die Nützlichkeit der IPE, also die Relevanz für die Praxis und die Art der Durchführung der IPE beurteilt. Weniger gut wurden die praxisbezogenen Auswirkungen durch den Besuch der IPE wahrgenommen.

5.7 Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen (Outcome) und Wirkung auf interprofessionelle Zusammenarbeit (Impact)

Aufbauend auf dem Modell interprofessionellen Lernens und Handelns (vgl. Abbildung 2) wurden die Teilnehmenden in einem weiteren Schritt zu ihrer subjektiven Einschätzung von Outcome und Impact der IPE befragt. Der Outcome wurde sowohl auf individueller wie auf Teamebene operationalisiert. Gefragt wurde auf individueller Ebene nach der Einstellung zu IPP und nach den eigenen interprofessionellen Kompetenzen. Die Teamebene wurde mit Fragen zu interprofessionellen Kompetenzen und der Hierarchie im Team erhoben. Schliesslich wurden die Teilnehmenden nach der beobachteten Qualität der interprofessionellen Arbeit im Team befragt.

5.7.1 Outcome: individuelle Ebene

Die Einstellung zu IPP und die individuellen interprofessionellen Kompetenzen wurden mit drei Skalen gemessen:

- Die Einstellung zur interprofessionellen Zusammenarbeit wurde mit sechs Items erfragt und misst die Bewertung, die der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zugeschrieben wird. Beispielitem: «Ich finde die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen allgemein wichtig» (Babitsch et al 2017; Anhang 5.3.1. S. 22).
- Perspektivenübernahme wurde mit drei Items erfragt und misst wie gut sich die Befragten in die Denk- und Handlungsweise der anderen Teammitglieder einfühlen können. Beispielitem: «Ich versuche, bei Meinungsverschiedenheiten zuerst beide Seiten zu verstehen, bevor ich eine Entscheidung treffe» (Paulus, 2009).
- Team Knowledge wurde mit drei Items erfragt und misst, wie gut die Teammitglieder über die Aufgaben und Rollen der anderen Teammitglieder orientiert sind. Beispielitem: «Ich kenne die Rollen der einzelnen Teammitglieder» (in Anlehnung an Eby et al., 1999).

5.7.2 Outcome: Teamebene

Die beobachtete Qualität der interprofessionellen Arbeit und die Hierarchie im Team wurde mit zwei Skalen gemessen:

- Das gemeinsame Aufgabenverständnis wurde mit sieben negativ formulierten Items gemessen und zeigt, inwiefern noch Entwicklungsbedarf besteht. Beispielitems: «Teammitglieder haben unterschiedliche Zielvorstellungen für die Erledigung ihrer Aufgabe» oder «die Methoden der anderen Fachrichtungen bleiben unklar». Die Items wurden rekodiert. (Steinheider et al., 2009, in Körner, et al., 2015, S. 116).
- Die Wahrnehmung der Hierarchie im Team wurde mit den zwei Items gemessen: «Die Zusammenarbeit im Team findet auf Augenhöhe statt» und «die Teammitglieder unterschiedlicher Berufsgruppen können sich in das Behandlungsprozedere einbringen» (eigene Items).

5.7.3 Impact

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wurde mit einer Skala gemessen:

- Die interne Partizipation misst mit sechs Items wie gut die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team funktioniert und inwiefern sich die Teammitglieder einbringen können. Beispielitems: «Die Teammitglieder arbeiten Hand in Hand» und «Die Kommunikation im Team funktioniert gut» (Körner et al., 2015, S. 116).

Abbildung 22 fasst die Resultate aus t1 und t3 zusammen (Outcome und Impact wurden in t2 nicht erfragt). Die Mittelwerte können sich jeweils zwischen 1 (trifft nicht zu), 2 (trifft eher nicht zu), 3 (teils-teils), 4 (trifft eher zu) und 5 (trifft zu) bewegen. Die Werte der einzelnen Skalen zeigen, dass die Gesundheitsfachpersonen im Mittel eine positive Einstellung zu IPP haben und auch sowohl ihre individuellen wie Teamkompetenzen positiv wahrnehmen (trifft eher zu bis trifft zu). Auch die interne Partizipation (Qualität der interprofessionellen Zusammenarbeit) wird positiv beurteilt.

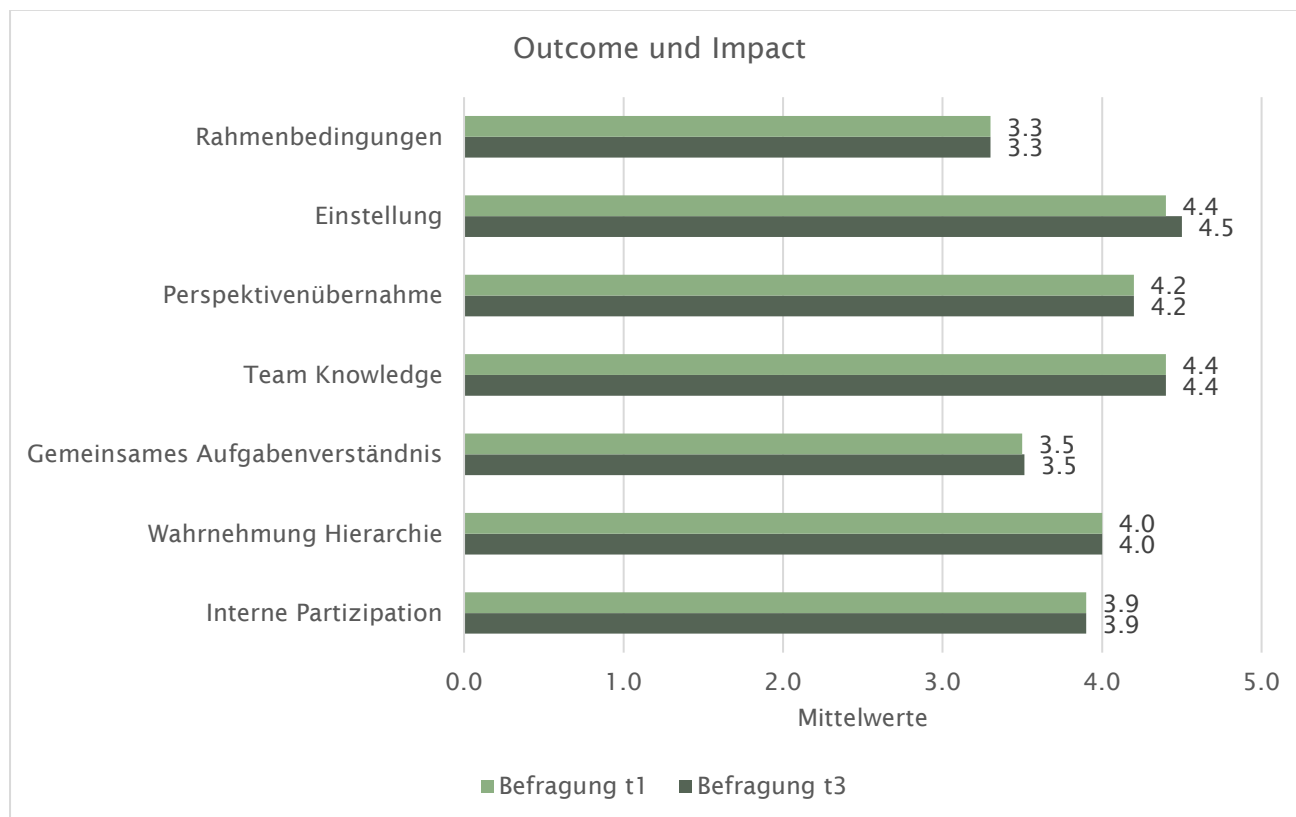


Abbildung 22 Mittelwerte zu Outcome und Impact

Der Vergleich zwischen den Resultaten von t1 und t3 zeigt kaum Unterschiede in den Mittelwerten. Da nur 74 Personen den Fragebogen sowohl in t1 und t3 ausgefüllt haben, wurden zwei unterschiedliche Vergleiche gerechnet: Einerseits wurden alle Personen aus t1 mit denjenigen in t2 verglichen (unabhängige Stichprobe) andererseits nur diejenigen Personen, die an beiden Befragungen teilgenommen haben verglichen (abhängige Stichprobe; für die Details der statistischen Resultate vgl. Tabelle 4 im Anhang). Das Resultat bleibt dasselbe.

5.8 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns

Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen der Teilnahme an IPE (Output), dem Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen (Outcome) und der Wirkung auf interprofessionelle Zusammenarbeit in Gesundheitsorganisationen (Impact) überprüft.

Neben den oben vorgestellten Skalen zur Messung von Output, Outcome und Impact werden auch soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht, Berufsgruppe, Beschäftigungsdauer und -grad, sowie die Rahmenbedingungen) berücksichtigt. Damit ergibt sich das Modell in Abbildung 23. Es wird erwartet, dass soziodemographische Merkmale, Rahmenbedingungen und der Besuch von IPE einen Einfluss auf insbesondere den Outcome im Team wie diese auch auf interprofessionelle Zusammenarbeit in Gesundheitsorganisationen (Impact) haben.

Das Modell interprofessionellen Lernens und Handelns wird sowohl im Querschnitt zu t1 und t3 wie im Längsschnitt mit Effekten von t1 auf t3 überprüft.

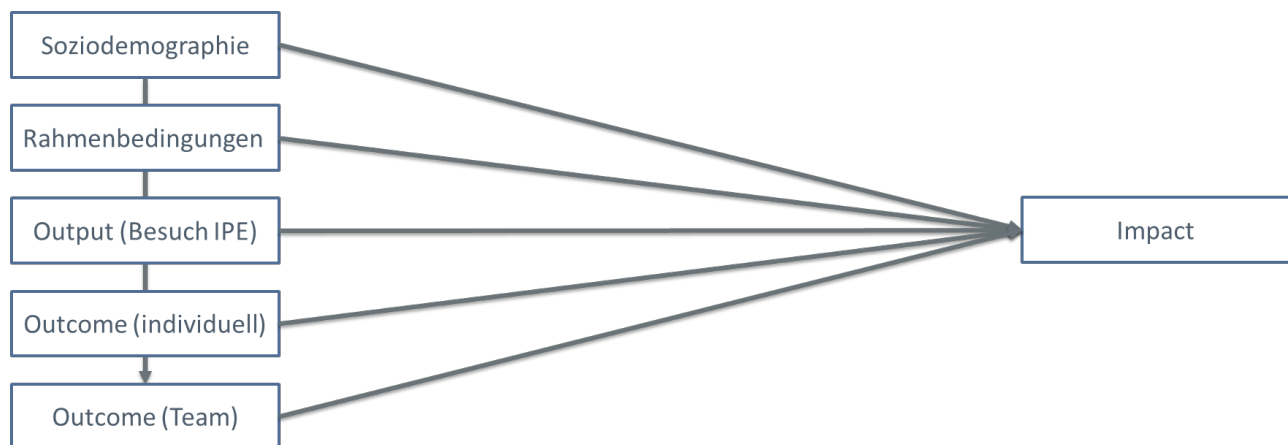


Abbildung 23 Ausgangslage zur Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns

5.8.1 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t1

Abbildung 24 zeigt die Resultate der Überprüfung des Modells zu t1 im Querschnitt. In das finale Modell aufgenommen wurden als Prädiktoren neben Soziodemographie und Rahmenbedingungen die Skalen, die Outcome und Impact messen. Entgegen der Erwartungen hat die Teilnahme an IPE (Output) kaum Effekte auf das gemeinsame Aufgabenverständnis (Outcome) oder Interne Partizipation IPP (Impact). Insbesondere konnten weder statistisch signifikante Effekte von spezifischen Inhalten, noch von einzelnen Lernmethoden nachgewiesen werden. Einen tendenziellen Zusammenhang zu IPP zeigen einzig der Besuch von Tagungen und Kongressen (Art der IPE) und der Einbezug von Patient*innen und deren Angehörigen (Inhalte, negativer Zusammenhang mit IPP).

Einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit gemeinsamem Aufgabenverständnis und IPP zeigen als einzige der berücksichtigten Arten von IPE Schulungen. Deshalb verbleiben im finalen Modell unter Output einzig der Besuch von Schulungen. Abbildung 24 zeigt die Zusammenhänge im Einzelnen (für die Details der statistischen Resultate vgl. Abbildung 36 und Tabelle 5 Tabelle 4im Anhang).

Das **gemeinsame Aufgabenverständnis** wird durch die Prädiktoren nur zu 18.7 % vorhergesagt. Von den soziodemographischen Variablen zeigt einzig die Berufsgruppe Pflege einen (negativen) Zusammenhang, d.h. **Pflegende** schätzen das gemeinsame Aufgabenverständnis eher schlechter ein als die anderen Berufsgruppen. Ein schwächerer Zusammenhang besteht mit der Funktion. **Führungspersonen** schätzen das gemeinsame Aufgabenverständnis in der Tendenz eher schlechter ein als Personen ohne Führungsverantwortung. Den stärksten Zusammenhang mit dem gemeinsamen Aufgabenverständnis haben die **Rahmenbedingungen**. Je positiver diese eingeschätzt werden, desto positiver wird auch das gemeinsame Aufgabenverständnis wahrgenommen. Nach dem Besuch einer **Schulung** wird das gemeinsame Aufgabenverständnis höher bewertet. Einstellung zu IPP und Team Knowledge, nicht hingegen Perspektivenübernahme zeigen einen positiven Zusammenhang mit dem gemeinsamen Aufgabenverständnis. Allerdings zeigt die Einstellung zu IPP nur einen Trend, hingegen **Team Knowledge**, also das Wissen, wer im Team welche Verantwortlichkeiten und Rollen hat, einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Wahrnehmung des gemeinsamen Aufgabenverständnisses.

Die **interne Partizipation (interprofessional practice IPP)**, also die Wahrnehmung der gelebten interprofessionellen Zusammenarbeit im Team, wird durch die Prädiktoren mit 48.3 % in hohem Masse vorhergesagt. Die IPP in Team nehmen die Berufsgruppe der **Pflegenden** und Personen mit **Führungsverantwortung** als schlechter wahr als andere Berufsgruppen, bzw. Personen ohne Führungsverantwortung. Personen mit einem Beschäftigungsgrad von mindestens 80 % nehmen hingegen die IPP signifikant positiver wahr als Personen mit einem tieferen Beschäftigungsgrad. Personen, die die **Rahmenbedingungen** als positiv erleben, schätzen auch die IPP positiv ein. Hier besteht der stärkste Zusammenhang im Modell. Auch wer eine **Schulung** besucht hat, schätzt die IPP im Team höher ein. Von den anderen IPE zeigt einzig der Besuch von Tagungen und Kongressen einen schwachen Zusammenhang mit IPP, hingegen keine der anderen untersuchten IPE. Auch Inhalte und Lehrmethoden zeigen keine Zusammenhänge mit IPP. Von den individuellen Outcomevariablen besteht insbesondere ein Zusammenhang zwischen IPP und der **Fähigkeit zur Perspektivenübernahme**, nicht hingegen zur

Einstellung zu IPP und nur schwach zu Team Knowledge. Schliesslich besteht ein starker Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung eines **gemeinsamen Aufgabenverständnisses** und IPP. Interessant ist hier die Ergänzung, dass die Wahrnehmung der Zusammenarbeit im Team auf Augenhöhe und das Gefühl, dass Teammitglieder unterschiedlicher Berufsgruppen sich in den in das Behandlungsprozedere einbringen können (Variable Hierarchie) einen sehr starken positiven Zusammenhang mit IPP hat. Die Variable konnte allerdings nicht in das Modell aufgenommen werden, da sie in einer Klinik nicht erfragt wurde.

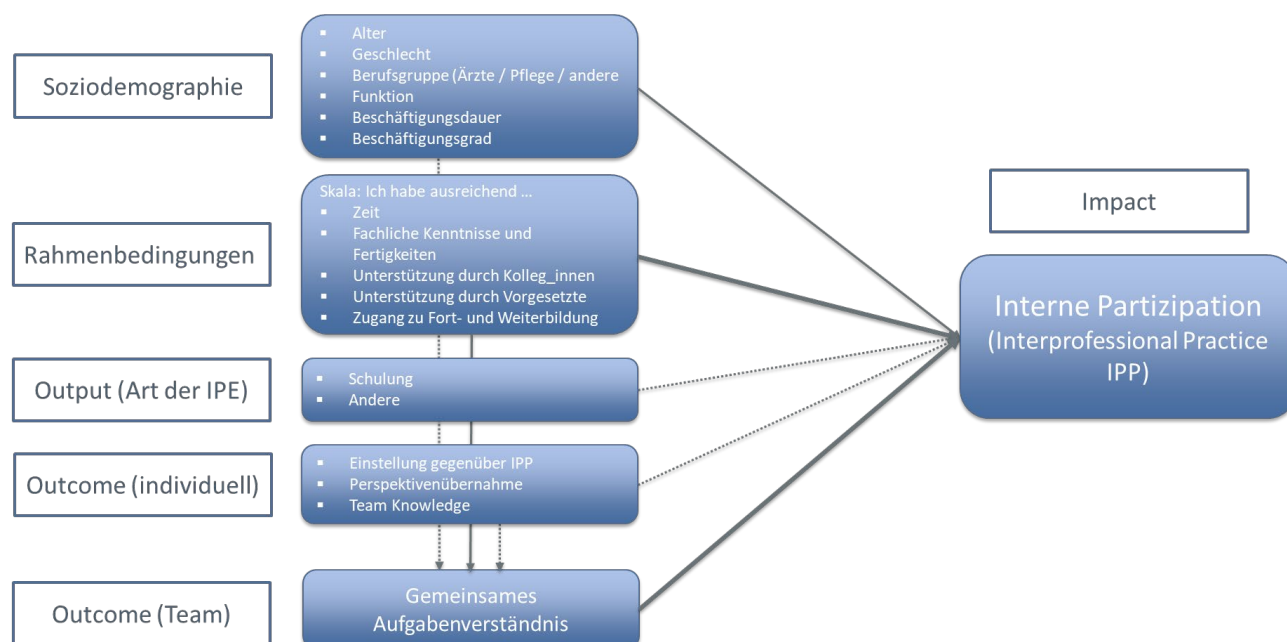


Abbildung 24 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t1 (Querschnitt)

5.8.2 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t3

Abbildung 24 zeigt die Resultate der Überprüfung des Modells zu t3 im Querschnitt. In das finale Modell aufgenommen wurden dieselben Prädiktoren wie zu t1. Allerdings konnte der Besuch von IPE nicht berücksichtigt werden, da in t3 nur 26 Personen diese Informationen angegeben haben (vgl. Kap. 5.4.1). Hingegen konnte die Frage nach der Hierarchie, bzw. der Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu t3 im Modell berücksichtigt werden (für die Details der statistischen Resultate vgl. Abbildung 37 und Tabelle 6Abbildung 36 Tabelle 4im Anhang).

Im Vergleich mit den Resultaten aus t1 zeigt sich ein schwächerer Einfluss der soziodemographischen Variablen. Allerdings schätzen auch hier **Pflegende** die IPP in der Tendenz schwächer ein, hingegen Personen, die bereits länger im Betrieb arbeiten tendenziell besser. Auch in t3 haben die **Rahmenbedingungen** einen starken Einfluss. Hingegen zeigt sich ein deutlich stärkerer Einfluss der Outcomevariablen. Sowohl die **Fähigkeit zur Perspektivenübernahme**, ein hohes Mass an **Team Knowledge** und auf Teamebene das **gemeinsame Aufgabenverständnis** tragen statistisch signifikant zu einer positiven Wahrnehmung der internen Partizipation IPP bei. Wenn allerdings die Wahrnehmung einer **Zusammenarbeit auf Augenhöhe** zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (Hierarchie) ins Modell eingefügt werden, verschwinden diese Effekte. Es scheint, dass die zentrale Voraussetzung zu einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit die Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist, bzw. dass sich die Teammitglieder unterschiedlicher Berufsgruppen in das Behandlungsprozedere einbringen können.

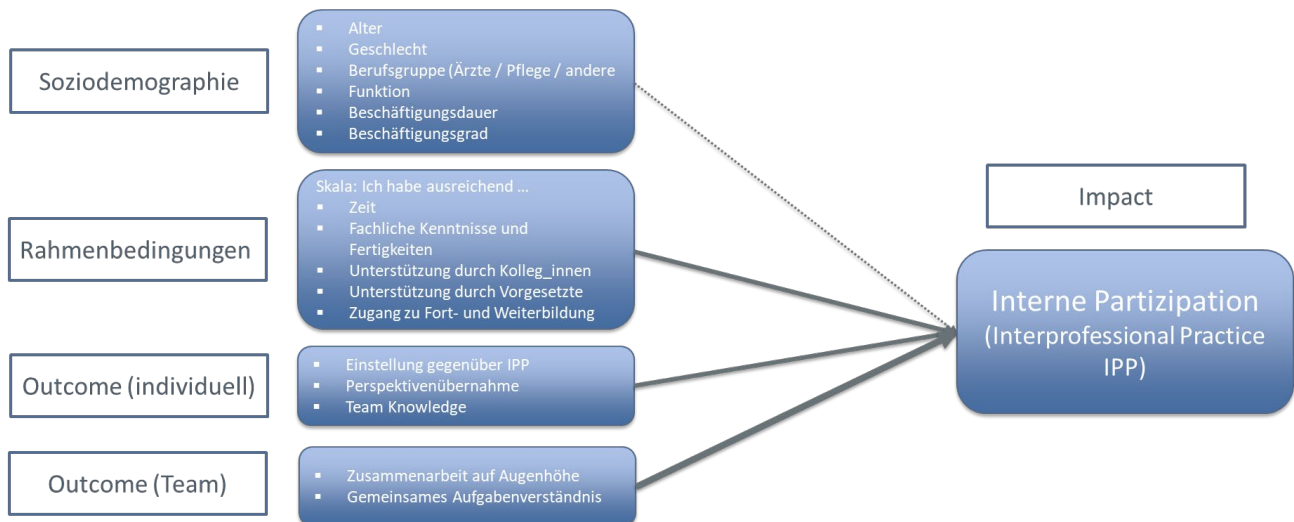


Abbildung 25 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t3 (Querschnitt)

5.8.3 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns im Längsschnitt

Die Überprüfung des Modells im Längsschnitt hat sich als wenig ergiebig herausgestellt, da es schwierig war, Teilnehmende über drei Befragungszeitpunkte zu erreichen. Sowohl in t1 und t3 den Fragebogen ausgefüllt haben nur 74 Personen (vgl. Kap. 5.25.4.1). Bei der Überprüfung von Zusammenhängen von Rahmenbedingungen (zu t1 oder t3) und Outcomevariablen zu t1 mit Interner Partizipation IPP zu t3 zeigt sich insbesondere, dass die Rahmenbedingungen zu t1 und die Einstellung zu IPP zu t1 relevant für die Bewertung der IPP zu t3 sind. Allerdings lässt sich nicht ausschliessen, dass Personen mit positiver Einstellung gegenüber IPP eher gewillt waren, den Fragebogen sowohl zu t1 wie t3 auszufüllen, so dass es zu einer Verzerrung der Resultate gekommen sein könnte. Auch der starke Zusammenhang zwischen einem gemeinsamen Aufgabenverständnis bzw. einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu t1 und IPP zu t3 muss daher mit Vorsicht interpretiert werden. Allerdings stehen diese Resultate nicht im Gegensatz zu den Resultaten aus den Querschnittuntersuchungen zu t1 und t3.

5.8.4 Zufriedenheit und Kündigungsbereitschaft

Die Studienteilnehmenden wurden auch zu ihrer Zufriedenheit mit dem Team und ihrer zur Kündigungsbereitschaft befragt um Zusammenhänge mit IPP untersuchen zu können.

- Die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit im interprofessionellen Team wurde mit drei Items erhoben. Beispielitems: «Mir gefällt die Art und Weise, in der meine Teammitglieder und ich zusammenarbeiten» und «Ich bin sehr zufrieden damit, in diesem Team zu arbeiten» abgebildet. (in Anlehnung an Van der Vegt et al., 2000).
- Die Kündigungsbereitschaft wurde als separates Item aus obiger Skala mit dem Item «manchmal spiele ich mit dem Gedanken, meine Stelle hier in der Klinik zu kündigen» gemessen.
- Die Teamidentifikation misst die Identifikation mit dem eigenen Team. Beispielitem: «Wir fühlen uns untereinander verstanden und akzeptiert».
- Die Teambewertung misst, wie die Befragten die interprofessionelle Teamarbeit und Teamleistung insgesamt bewerten (von 1 «ungenügend» bis 6 «sehr gut»).

Abbildung 26 fasst die Resultate aus t1, t2 und t3 zusammen. Die Mittelwerte können sich jeweils zwischen 1 (trifft nicht zu), 2 (trifft eher nicht zu), 3 (teils-teils), 4 (trifft eher zu) und 5 (trifft zu) bewegen. Bei der Skala Teambewertung beziehen sich die Mittelwerte auf 1 (ungenügend), 2 (mangelhaft), 3 (ausreichend), 4 (befriedigend), 5 (gut) und 6 (sehr gut). Die Resultate zur Reflexion zeigen, dass bei den Gesundheitsfachpersonen teilweise die Bereitschaft zur Kündigung besteht. Das Team wird von den Befragten insgesamt als befriedigend bis gut bewertet und die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit sowie die Identifikation mit dem eigenen Team wird als befriedigend beurteilt.

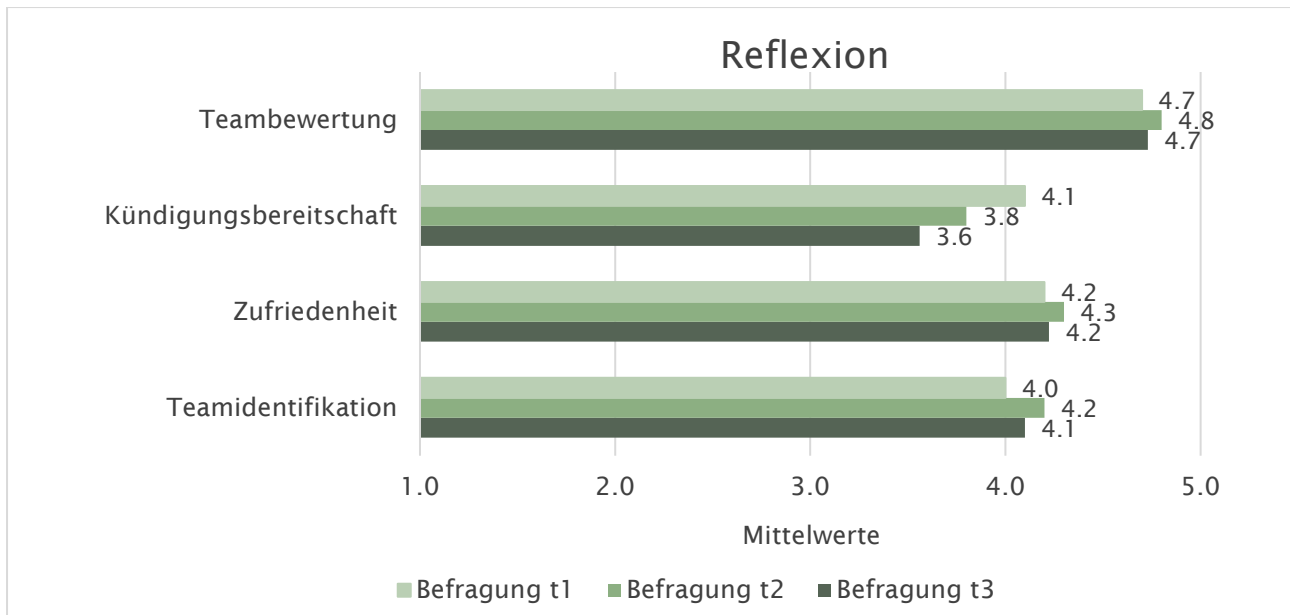


Abbildung 26 Wahrnehmung Zufriedenheit im Team

Um den Zusammenhang von interprofessioneller Zusammenarbeit IPP mit Zufriedenheit und Kündigungsbereitschaft zu untersuchen wurde das Modell interprofessionellen Lernen und Handelns um diese Dimensionen erweitert und mit den Daten aus t1 überprüft, vgl. Abbildung 38 (für die Details der statistischen Resultate vgl. Abbildung 38 und Tabelle 7 Abbildung 36 Tabelle 4 im Anhang).

Die Zufriedenheit mit dem Team hängt in hohem Masse mit IPP zusammen. Interne Partizipation ist der stärkste Prädiktor von Zufriedenheit, gemeinsam wieder mit den Rahmenbedingungen. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und ein gemeinsames Aufgabenverständnis tragen ebenfalls zur Zufriedenheit bei, wenn auch in geringerem Masse. Auch der Besuch von Schulungen hängt in geringerem Masse mit IPP zusammen. Hingegen sind soziodemographische Variablen keine Prädiktoren von Zufriedenheit.

Die Kündigungsbereitschaft der Befragten wird durch eine positive Wahrnehmung von IPP und den genannten Outcomevariablen verringert, die Zusammenhänge sind allerdings weniger stark ausgeprägt als mit der Zufriedenheit mit dem Team.

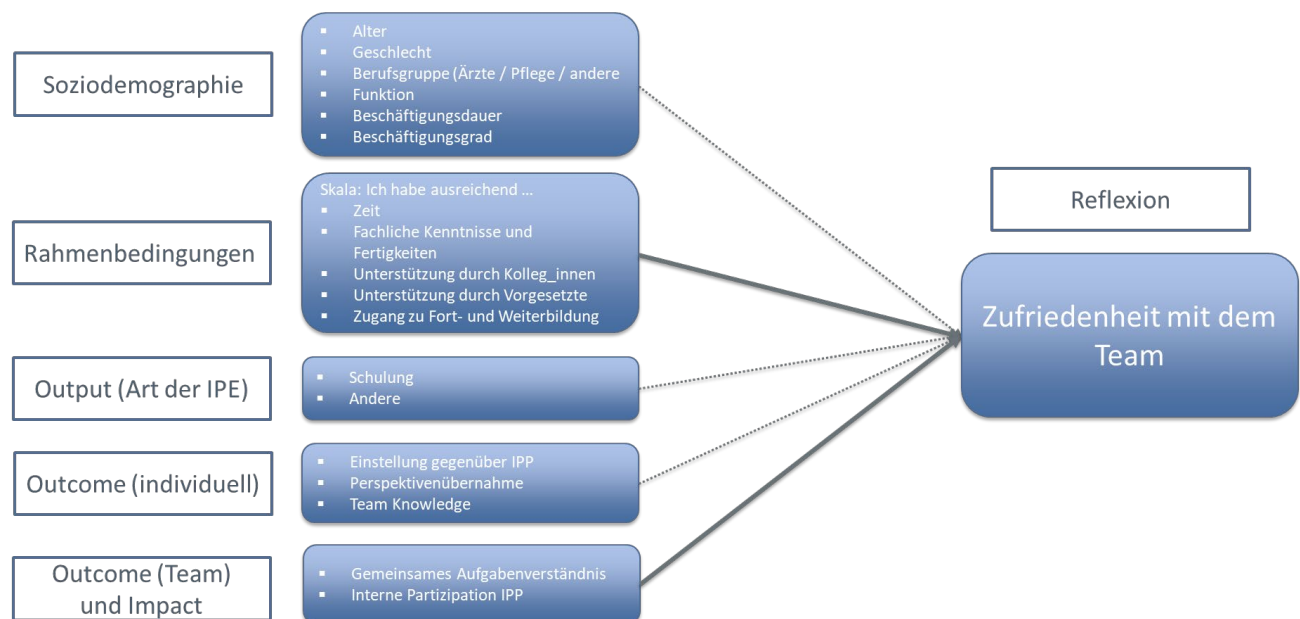


Abbildung 27 Überprüfung des Zusammenhangs von interprofessioneller Zusammenarbeit und Zufriedenheit mit dem Team im Modell interprofessionellen Lernen und Handelns zu t1 (Querschnitt)

5.8.5 Zusammenfassung

Damit können die drei zentralen Fragen zur Teilnahme an IPE, zum Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen und der Wirkung der auf IPP als Zusammenhang zwischen Output, Outcome und Impact wie folgt beantwortet werden.

Während einzig der Besuch von Schulungen zu einer positiven Einschätzung der interprofessionellen Zusammenarbeit führt, haben der Besuch von andere IPE und konkrete Inhalte und Lehrmethoden keinen nachweisbaren Einfluss auf Outcome und Impact. Zentral hingegen sind die Rahmenbedingungen im Team, die sowohl ein gemeinsames Aufgabenverständnis, wie die interprofessionelle Zusammenarbeit im Team stärken. Als Rahmenbedingungen zusammengefasst wurden ausreichend Zeit, fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten, Unterstützung durch Kolleg*innen und Vorgesetzte sowie der Zugang zu Fort- und Weiterbildung.

Das Modell interprofessionellen Lernens und Handelns lässt sich vor diesem Hintergrund konkretisieren: Der Besuch von Schulungen (Output) und förderliche Rahmenbedingungen im Team führen im Längsschnitt zu einer positiveren Einstellung gegenüber IPP und im Querschnitt zu einer stärkeren Perspektivenübernahme und besserem Team Knowledge: Gesundheitsfachpersonen können sich besser in die Situation der anderen Teammitglieder hineinversetzen und verstehen deren Aufgaben und Rollen besser (Outcome individuelle Ebene). Dadurch wird auch das gemeinsame Aufgabenverständnis im Team gestärkt (Outcome Teamebene). Diese Faktoren schliesslich fördern gemeinsam in hohem Umfang die interprofessionelle Zusammenarbeit IPP im Team. Einzelne Analysen lassen auch darauf schliessen, dass eine Zusammenarbeit im Team auf Augenhöhe und das Gefühl, dass Teammitglieder unterschiedlicher Berufsgruppen sich in den in das Behandlungsprozedere einbringen ebenfalls die IPP positiv verstärken.

Schliesslich konnte auch gezeigt werden, dass die Zufriedenheit der Gesundheitsfachpersonen durch interprofessionelle Zusammenarbeit positiv beeinflusst wird und der Gedanke an eine Kündigung abnimmt.

6 Validierung der quantitativen Ergebnisse: Fokusgruppe

Um die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung zu validieren und aus ihnen konkrete Handlungsempfehlung für die Praxis abzuleiten, wurde eine Fokusgruppen-Diskussion durchgeführt mit Kader- und Führungspersonen der an der Studie beteiligten Gesundheitsorganisationen. Leider war es nicht allen Partnerkliniken möglich, entsprechende Kapazitäten bereit zu stellen. Anwesend waren Vertreterinnen und Vertreter aus der Insel Gruppe Bern, den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, dem Kantonsspital Luzern, dem Lindenhofspital Bern und aus der Hirslanden Gruppe.

Nach der Präsentation der quantitativen Ergebnisse und einem theoretischen Inputreferat zum Thema Multi- und Interprofessionalität, diskutierten die Expertinnen und Experten in einer moderierten Fokusgruppe. Ausgangspunkt der Fokusdiskussion waren zwei allgemein formulierte Thesen mit detaillierten Fragestellungen, die das Forschungsteam aufgrund der Resultate der quantitativen Teilstudie vertiefen wollte:

These 1

Interprofessionalität bedeutet, dass ein gemeinsames Aufgabenverständnis entsteht und eine Perspektivenübernahme stattfindet.

Im klinischen Alltag findet diese Perspektivenübernahme mitunter nicht statt, vielmehr dominiert eher eine multiprofessionelle Denk- und Arbeitsweise.

- A) Welche Kompetenz- und Arbeitsbereiche sind im Grundsatz für interprofessionelle Zusammenarbeit geeignet?
- B) Wann ist ein multiprofessionelles Zusammenarbeiten durchaus ausreichend?
- C) Was ist daraus für Fort- und Weiterbildung zu schliessen?

These 2

Die empirischen Daten zeigen auf, dass organisationale Rahmenbedingungen (wie Zeit, Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleg*innen, Zugang zur Weiterbildung, fachliche Kenntnisse und Fertigkeit) zentral sind für gelebte interprofessionelle Zusammenarbeit.

- D) Wie können diese Rahmenbedingungen geschaffen werden im Klinikalltag?
- E) Welche Faktoren verhindern gelebte Interprofessionalität?

Im Anschluss an die Diskussion wurden die Teilnehmenden aufgefordert, konkrete Empfehlungen zur Verankerung von IPP im Klinikalltag zu formulieren.

6.1 Ergebnisse der Fokusdiskussion – Zusammenfassung der Diskussionen

A) Welche Kompetenz- und Arbeitsbereiche sind im Grundsatz für interprofessionelle Zusammenarbeit geeignet?

Gemäss den beteiligten Expertinnen und Experten findet Interprofessionelle Zusammenarbeit IPP- definiert als Perspektivenübernahme oder Perspektivenwechsel über Berufsgruppen hinweg- im Klinikalltag noch zu selten statt. Dies komme daher, dass IPP gegenwärtig noch wenig strukturell in Prozessabläufen verankert sei. Grundvoraussetzungen für das Entstehen von IPP seien insbesondere gute Beziehungen unter den Mitarbeiter*innen, ein starkes Vertrauen in die jeweilige eigene Expertise und eine als positiv wahrgenommene Kommunikations- und Unternehmenskultur. Darüber hinaus waren sich die Diskussionsteilnehmer*innen darüber einig, dass IPP in organisatorischen Kontexten nur gelingen kann, wenn das vielzitierte 'Gärtli-Denken' durch den Abbau organisationaler Hierarchien überwunden wird. Insbesondere die Ärzteschaft, aber auch generell Führungspersonen sind dabei herausgefordert, wenn es gilt, überkommene professionelle Machtansprüche aufzubrechen, damit eine gegenseitige Vertrauenskultur entstehen kann. Initiative Führungspersonen mit einer 'Nähe zur Front oder Basis', flache hierarchische Strukturen, sowie gemischte Führungstandems gelten als Kontextfaktoren, welche IPP fördern und ermöglichen. Obwohl die Initiative zu IPP oft von Pflegefachleuten und Therapeut*innen ausgeht, stellt sie keine Arbeitsform dar, die 'von unten oder von selbst' entsteht, sondern muss gezielt durch Führungspersonen eingefordert und gefördert werden. Insbesondere müssen Führungspersonen relevante Themenfelder und Prozesse identifizieren, die IPP erfordern und nachfolgend geeignete

Weiterbildungsmassnahmen IPE zur Umsetzung von IPP initiieren. Dabei fällt ihnen vor allem auch die anspruchsvolle Aufgabe zu, rechtliche Rahmenbedingungen abzuklären und Ressourcen bereitzustellen.

“Dort braucht es viel Vertrauen ein gutes Sich-Kennen. Was mir auch aufgefallen ist, es ist schon auch ein Vorleben einer Führungsfunktion. Also eine Abteilungsleitung hat dort ganz viele Dreh und Angelpunkte. Dass man in den verschiedenen Teams etwas versucht zu initiieren, wenn ein Problem existiert, dann wirklich zusammen zu sitzen. Man hat dort einfach eine Dreh- und Angelpunkt Funktion wo man viel initiieren kann.”(0h:14)

Eine konsequent eingeforderte und umgesetzte Patient*innen- resp. Kund*innensicht hilft bei der Umsetzung der oben aufgeführten Postulate. Ein Patient*innenbezogenes Case-Management mit klarer Übernahme und Zuteilung von Aufgaben, Verantwortungen und Kompetenzen erscheint als äusserst geeignetes Arbeitskonzept zur Förderung von IPP. Dem oder der Case Manager*in fällt hier die Rolle und Aufgabe zu, Patient*innen-Zentrierte IPP zu organisieren und zu koordinieren.

“In diesem Zusammenhang haben ja viele Kliniken, auch Reha-Kliniken die “Fall-führenden Personen” entwickelt, ein Konzept, das ich sehr hilfreich finde, also, es wird nicht nur von den Patienten sehr geschätzt, sondern auch von den interprofessionellen Teams. Dass die Verantwortungsübernahme so klar ist so dass der ganze Prozess massiv verändert wird oder eben beschleunigen werden kann, in dem Sinn. Ich finde das ist etwas, das wichtig ist. Und die Verantwortungsübernahme ist etwas, was ich im Alltag oft sehe, dass es zu wenig durchgezogen wird.” (1h:04)

B) Nutzen von Inter-professioneller in Abgrenzung zu Multi-professioneller Zusammenarbeit

Es sind naturgemäss vor allem die entstehenden Unsicherheiten in komplexen Patient*innen Versorgungssituationen, welche die Bereitschaft zur IPP verstärken. Durch die Komplexität der jeweiligen Diagnosen wird eine ausschliessliche Betrachtung des Falles aus nur einer spezifischen professionellen Expert*innen-Sicht praktisch verunmöglicht. Entscheidend ist eine gelingende Triage komplexer und nicht-komplexer Fälle durch hoch spezialisierte, spezifisch ausgebildete Fachpersonen. In der Praxis erfolgt diese Triage normalerweise durch die Pflegefachperson.

Nur spezialisierte, interdisziplinär themenspezifisch zusammengesetzte Teams können die bestmöglichen Patient*innen Versorgung sicherstellen. Solche Voraussetzungen finden sich aktuell vor allem in Schwerpunktabteilungen, in denen sich alle beteiligten Mitarbeitenden aller Professionen als Expert*innen begreifen. IPP erfordert von den individuellen Arbeitskräften ein komplexes Zusammenspiel von fachlicher Spezialisierung, Reflexion und Infragestellung des eigenen Wissens und der eigenen Perspektive und der Fähigkeit zur Kommunikation und Perspektivenübernahme. Diese Komplexität der IPP in komplexen Versorgungssituationen fordert viel von allen Beteiligten, sowohl auf Seite der Pflegefachkräfte als auch der Patient*innen.

*“Also ich denke, dass die Patientenzentrierung der wesentlichste Aspekt ist. Weil ich denke, wenn sie [die Patient*innenzentrierung] mehr in das Zentrum rücken würde, dass viele Anteile der Überversorgung reduziert werden würden. Aber in diesem Zusammenhang bräuchte es eine Kompetenz, die von mir aus gesehen mangelhaft gelehrt wird, und das ist die Kommunikation. Wie berate ich einen Patienten gut, wie gehe ich mit schwierigen Situationen um und wie binde ich sein soziales Umfeld ein. Ich denke dort könnte man am meisten reinholen. Auch geldmässig. Wenn man jetzt beim Staat anschaut was er ausgibt an Gesundheitskosten, wenn es massgeschneiderter wäre auf das, was der Patient braucht.”(1h19)*

Der generelle Nutzen von IPP ist trotzdem zu relativieren. In einfachen Situationen der Patient*innenversorgung, aber auch in akuten, nicht hoch komplexen Notfällen scheint allen Expertinnen und Experten die Multiprofessionelle Zusammenarbeit durchaus ausreichend und sinnvoll.

“Ich denke es gibt bestimmte Bereiche wo es sehr hilft, interprofessionell unterwegs zu sein. Gerade wenn komplexe Fälle auftreten, dann geht es nicht ohne interprofessionelle Zusammenarbeit. Und dass man das erkennt, zu trennen, was ist normal, was kann mit möglichst wenig Aufwand gehen, und das Geld und die Zeit dort investiert, wo es wirklich komplex ist. [...] Das Erkennen, wann ist komplex wird, ist eine wichtige Frage.” (0h:50)

C) Schlussfolgerungen für die Fort- und Weiterbildung in interprofessionellen Settings (IPE)

Zielsetzung Interprofessioneller Fort und Weiterbildung ist vorrangig, Akteurinnen und Akteure zur Weiterentwicklung und Verankerung interprofessioneller Arbeitsprozesse und -Strukturen zu befähigen. Wie oben geschrieben, findet IPP nicht selbstverständlich als selbstorganisierte, emergente Arbeitsform statt. Sie muss strukturell angestossen, geschult und natürlich auch reglementarisch und hierarchisch erlaubt werden. Als Schulungsformate haben sich seit einiger Zeit vor allem Simulationstrainings für Akutsituationen bewährt. Für weniger akute Pflegesituationen eignen sich Fallbesprechungen, an denen alle beteiligten Fachpersonen ihr Wissen und ihre Vorschläge einbringen und diskutieren können. Solche Schulungen sollten regelmässig stattfinden, damit eine Austauschplattform entstehen kann. Nur durch Regelmässigkeit kann ein gemeinsames Verständnis der Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Professionen aber auch eine gemeinsame Sprache entstehen, welche IPP erst sinnvoll und erfolgreich macht.

“[Die interprofessionelle Weiterbildung] kann sehr gut an einen Fall gekoppelt werden. Aber es kann auch mal darum gehen, was versteht der Physiotherapeut unter seiner Behandlung, das ist ein Vorgehen, damit der Arzt es danach auch besser versteht und den Patienten besser beraten kann und entscheiden kann, wie es gemacht wird.” (0h:30)

“Bei uns [...] gibt es nicht so viele Notfälle oder simulierte Notfälle gerade im Psychotherapiebereich. Wir haben aber die Erfahrung gemacht, wenn eine Station einen gewissen Schwerpunkt hat, zum Beispiel Angststörungen, Wahn oder Depression, dass das ganze Team zusammen, also Physiotherapie, Ergotherapie, Ärzte, Pfleger, Psychologen in einem Verfahren, also bei unserem Beispiel ist es jetzt die Achtsamkeits-, Acceptance- Commitment-Therapie, quasi dann alle über das Gleiche reden in der Therapie. Also: das gleiche Konzept, wie gehen die [Berufsgruppen] da jeweils vor. Und dann haben die einzelnen Berufsgruppen für sich das nochmals ausgestaltet. Die Ergotherapie dann sagt wir machen Achtsamkeitsübungen in der Ergotherapie. Die Pflege zum Beispiel vielleicht Aromapflege oder so, dass wird quasi das Konzept für jede Berufsgruppe ausgestaltet. Dann haben wir das Gefühl wir haben ein Konzept und eine Sprache. Ich finde es bietet sich dann für alle Abteilungen an, wenn alle Berufsgruppen involviert sind.” (0h:31)

D) Rahmenbedingungen für interprofessionelle Zusammenarbeit im Klinikalltag

“Es braucht ein Bewusstsein, dass interprofessionelle Zusammenarbeit bereichernd ist. Grundsätzlich denke ich, es fängt bei der Ausbildung an. Klar es braucht eine gewisse eigene Identität zu der eigenen Berufsgruppe und den eigenen Kompetenzen. Aber auch das Bewusstsein, dass man mit anderen Berufsgruppen überlappenden Kompetenzen hat und auf die anderen zugehen kann. Und vielleicht sagen:” hey wie können wir das lösen”, damit wir effizient vorankommen, damit wir nicht alles doppelt machen was dann schlussendlich der Patient auch nicht will” (1h:16)

Die Expertinnen und Experten äusserten sich dezidiert zu den Rahmenbedingungen, die IPP ermöglichen. Trotz oft angespannter Ressourcenlage stecke «mehr Machbarkeit zu IPP im System, als viele Beteiligte denken» Allerdings müsse man die vorhandenen Ressourcen effizienter aufeinander abstimmen und existierende Prozesse so gestalten, dass Freiräume zu IPP entstünden. Gleichzeitig ziehe IPP ein nicht zu unterschätzender Anfangsaufwand nach sich. Die beteiligten Fachkräfte müssen eine gemeinsame Sprache finden sowie Abläufe gemeinsam planen und festlegen. Der dafür notwendige Zeitaufwand schmälere die Zeit, die für professionsspezifische individuelle Weiterbildungen zur Verfügung steht.

“Ich finde es wichtig, dass bei der Qualifizierung von Teams alle Berufsgruppen sich zusammen weiterbilden. Also dass man jetzt nicht parallelisierte Weiterbildungen hat für die einzelnen Gruppen, dass man da gemeinsam etwas schafft. [...] Aber, dass man eigentlich von einem gemeinsamen Wissen redet und dass man die gemeinsame Dokumentation macht. Ich glaube das würde auch schon viel integrieren, dass wenn man etwas dokumentiert, man die gleiche Sprache hat, das gleiche Wording und dass auch die Visiten gemeinsam sind. “ (1h18)

E) Welche Faktoren verhindern gelebte Interprofessionalität?

Es existieren aber zusätzliche Faktoren, die IPP befördern oder behindern können: Zu wenig beachtet werden teilweise räumliche Faktoren, die eine Patient*innenzentrierte Kommunikation unter verschiedenen Professionen verhindern:

“Darf ich noch ganz kurz: ein Punkt, der noch wichtig ist, sind die Lokalitäten, die noch gar nicht erwähnt wurden. Es hat einen riesigen Unterschied gemacht, als wir den ambulanten Bereich so umgestaltet hatten, dass wir für die Chirurgen, Hepatologen und Gastroenterologen alle Kojen am gleichen Standort machen konnten, vor fünf Jahren. Und da redet man schon um die Koje rum miteinander, dann hat man kleine Gänge zwischen den Patienten-Kojen, wo die Pflege alles mitbekommt, wo man sehr interprofessionell arbeiten kann. Wenn man das schon mal ideal beeinflussen und steuern kann, dass die Lokalitäten vor Ort so sind, dass sich die Leute um den Patienten herumgruppieren und nicht umgekehrt, macht es sehr viel aus.”(Oh:34)

Notwendige Bedingung ist selbstverständlich auch das Führen von digitalen Patient*innen Akten, mit klar geregelten Zugriffsrechten der jeweils beteiligten Fachkräfte. Aber auch die Patient*innen müssen über Vorgehensweisen und Vorteile von IPP informiert werden. Es könnte sonst bei ihnen der Eindruck entstehen, dass IPP nur eine weitere Sparmassnahme ist, die den (teuren) Zugang zu Ärzt*innen reglementiert, erschwert oder verunmöglicht.

“Für mich sind diese organisationalen Rahmenbedingungen ein beitragender Faktor damit die Interprofessionalität stattfinden kann. Zum Beispiel die elektronische Dokumentation ist eine organisationale Rahmenbedingung, wenn man sich im interprofessionellen Team darauf einigt, eine Patienten-Dokumentation zu führen, mit allen Professionen, wenn man im Team entscheidet, das wären für uns die führenden Tests oder Assessments, die man machen könnte bei der und der Problematik. Diese sind in der elektronischen Dokumentation verankert und die kann man auch brauchen. Und es spielt es nicht so eine Rolle ob es gerade der Arzt gemacht hat oder der Physiotherapeut, man kann es nachlesen und man sieht es, was schon gemacht wurde. So bekomme ich meine Informationen und gewinne Zeit für meine Behandlung, weil ich weiss, dass ich den Test nicht ein zweites Mal machen muss. Der Patient hat ganz klar einen Vorteil davon, weil er seine Geschichte nicht 4-5 -mal erzählen muss und er die Tests nicht zweimal machen muss. Ich denke da kann man mit der elektronischen Dokumentation effizient die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern.”(Oh34)

Auf gesellschaftlicher und politischer Ebene gilt es, übertriebene Erwartungen an IPP zu dämpfen: Es ist gemäss den Diskussionsteilnehmer*innen ein Irrtum, davon auszugehen, dass IPP Kosten unmittelbar senken könne. Hingegen sei es möglich, dass durch IPP Raum für neue Berufsbilder entstehe. Beispielsweise könnte dann der Einsatz von Advanced Practitioners anstelle von ärztlichem Personal Kostenersparnisse mit sich bringen.

“Der unmittelbare Aufwand [für die Einführung von IPP] ist ganz klar da und er macht es nicht billiger. Aber einerseits, wenn es dafür effizienter wird in Sachen Informationsfluss, ist es sicher ein Faktor, der es billiger machen kann. Andererseits, mit den Advanced Practitioners, also wenn dann ein Therapeut eingesetzt werden kann anstatt eines Arztes, weil es auf Delegation möglich ist, eine Untersuchung durchzuführen, ist es sicher auch billiger und es hilft gleichzeitig auch noch das Berufsbild weiter zu entwickeln, spannender zu machen. Was sich sicher auch auf die Interessenten [für die Berufsausbildung] auswirken kann.”(Oh:51)

6.2 Zwischenfazit der Ergebnisse und Ausblick

Die quantitative Befragung, aber auch die qualitative Fokusgruppen-Diskussion zeigen auf, dass IPP und die organisationale Befähigung zu IPP nur als komplexe Handlungsfelder erfasst werden können. Das eingangs definierte Kompetenzverständnis, welches neben den individuellen Fähigkeiten der Akteur*innen die Ebenen *System* und *Ressourcen* als Ermöglichungsfaktoren für Interprofessionalität aufführt (Reischmann, 2016), erhält zusätzliche Bestätigung durch die Teilnehmenden der Fokusgruppe: Diskussionsbeiträge und abschliessende Empfehlungen tangieren auf der Ebene der individuellen Fähigkeiten vor allem die Kategorien *Wollen* und *Selbstüberzeugtheit*. Dabei wird gleichsam unterstellt,

dass Wissen und Verständnis zu fachbezogenen Inhalten im Kontext Medizin, Pflege und Therapien nur dann im interprofessionellen Team wirksam werden können, wenn das professionelle Selbstbild der Akteure, ebenso wie die organisationale Hierarchie dieses auch zulassen. Das erscheint per se logisch und auf den ersten Blick möglicherweise nicht besonders relevant für die Empfehlung von interprofessionellen Bildungsinhalten. Gleichzeitig eröffnen sich aber gerade hierdurch sehr konkrete Themenfelder, welche einer Kompetenzentwicklung durch Fort- und Weiterbildung zugänglich sind (vgl. Kapitel 7, Erkenntnisse und Handlungsfelder). Im Zusammenhang mit den Ebenen *System* und *Ressourcen* sind es vor allem die Verfügbarkeit und die interprofessionell integrierte Nutzung digitaler Komponenten in der Zusammenarbeit, die eine Rolle spielen. Die Schaffung einer Fehlerkultur, gelingende Teamprozesse, Rechtssicherheit im interprofessionellen Handeln sowie gemeinsam getragene Qualitätsziele und deren Übersetzung in verbindliche Formen der Arbeitsorganisation, sind weitere Erfolgsfaktoren auf Metaebene, die mittels Fort- und Weiterbildung gefördert werden sollten.

7 Erkenntnisse und Handlungsfelder

7.1 Allgemeine Erkenntnisse

Damit IPP gelingen kann, braucht es interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen. Letzteren kommt eine Art Hebelfunktion zu: Durch interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen soll vor allem eine wirksame Verwendung von Wissen in Organisationen des Gesundheitswesens gefördert werden. Die Organisationen bilden gleichsam Plattformen, auf welchen Wissen zirkulieren, jedoch aber auch in Abhängigkeit von konkreten Patient*innenbedürfnissen gebündelt und zwischen den Akteuren situationsspezifisch sowie lösungsorientiert ausgetauscht werden kann. Wie im Rahmen dieser Studie gezeigt werden konnte, haben insbesondere die klinik- respektive organisationsinternen interprofessionellen Fortbildungen (interne Schulungen, Simulationstrainings, Fallbesprechungen) einen hohen Stellenwert im Hinblick auf eine Erweiterung teamrelevanter IP Kompetenzen (vgl. Abbildung 19, *Prozentwerte der Inhalte in den am häufigsten besuchten IPE*).

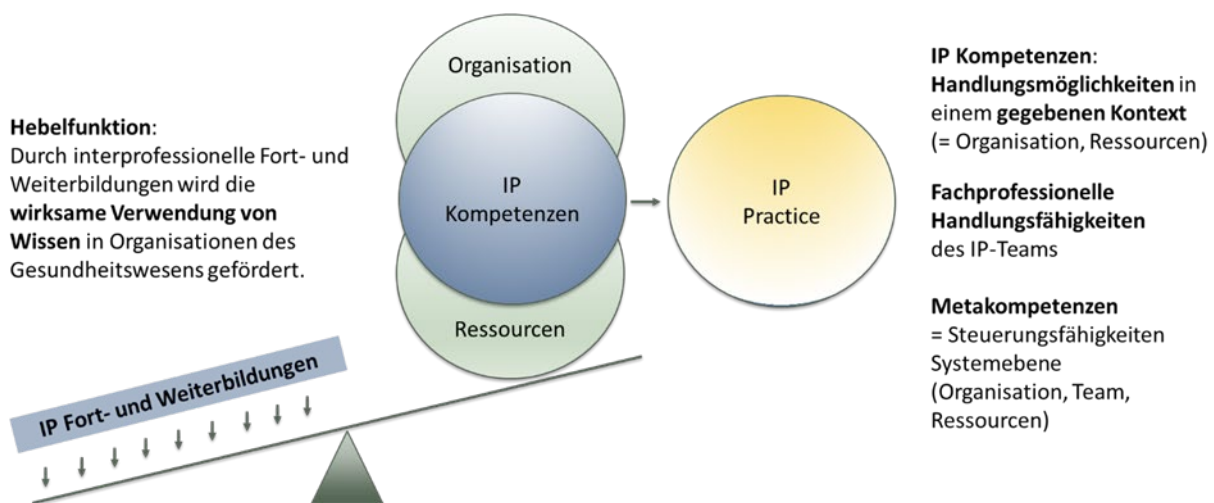


Abbildung 28 Hebelfunktion Interprofessionellen Lernens (IPL) für gelingende IPP

Dabei sollte unter Beachtung der bereits mehrfach argumentierten Ebenen *System* und *Ressourcen* auf der Handlungsebene sehr genau geschaut werden, welche spezifischen Versorgungssituationen im Gesundheitswesen von einer gelingenden Interprofessionalität am stärksten profitieren. IPP ist aus der Patient*innenperspektive bei gelingender Umsetzung wertsteigernd, gleichwohl infolge komplexer Abstimmungsprozesse, zusätzlicher Kommunikationsbedarfe und nicht zuletzt auch aufgrund ergänzender Fort- und Weiterbildungsaktivitäten ressourcenintensiv. Der Patient*innennutzen steht eindeutig im Vordergrund. Dies wurde insbesondere durch die Teilnehmenden der Fokusgruppe bestätigt, welche die Wirksamkeit von interprofessioneller Zusammenarbeit insbesondere für komplexe Versorgungssituationen betonen, die ein friktionsloses Funktionieren des interprofessionellen Teams erfordern (vgl. *Resultate der Fokusgruppe, Kap. 6.1*). Hierzu gehört beispielsweise die Notfallversorgung polytraumatisierter Patient*innen oder komplexe Behandlungen aufgrund von Co- oder Multi-Morbidität. Als bevorzugte Kategorien für IPL werden dabei vor allem klinikinterne Schulungen oder Simulationstrainings genannt, welche aufgrund der unmittelbaren Nähe zum Anwendungsfeld die Erprobung von Szenarien (beispielsweise in der Notfallversorgung) ermöglichen. Interne Fallbesprechungen dienen hingegen dem IP Austausch als erweiterter Lernraum im Sinne der informellen Bildung mit dem Ziel künftiger Prozess- und Qualitätsverbesserungen. Wirksames IPL sollte zudem auf die Entwicklung von **Metakompetenzen** abzielen, welche eine erfolgreiche Steuerung von IPP auf den Ebenen System, Team und Ressourcen potenziell fördern.

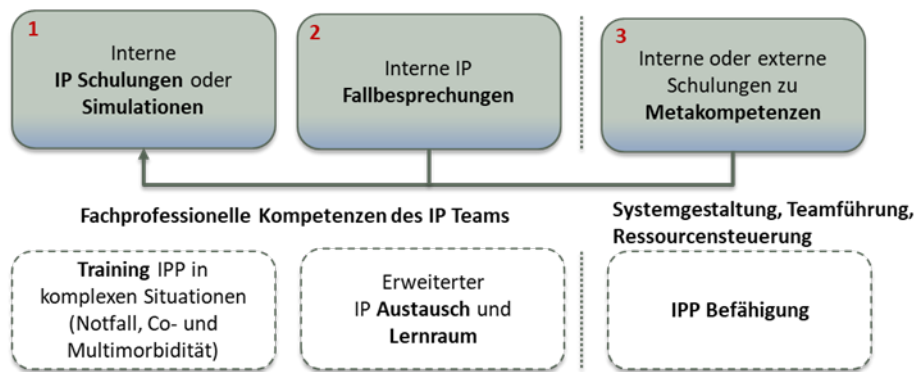


Abbildung 29 Bevorzugte Kategorien von IPL

Dies bedeutet aber auch: Einer nutzenstiftenden Konstruktion von interprofessionellen Fort- und Weiterbildungsformaten geht eine dezidierte Organisationsanalyse voraus: In welchen Versorgungssituationen sind in enger prozessualer Abstimmung, oder sogar zeitgleich die Kompetenzen mehrerer Professionen gefordert? Wo sind konkrete Schnittmengen in den Aufgabenfeldern der verschiedenen Professionen, bei denen mittels Interprofessionalität der Patientennutzen, als auch die Effizienz tatsächlich gesteigert werden können? Wo hingehen reicht ein bewährtes multiprofessionelles Setting in der Zusammenarbeit nicht nur aus, sondern ist möglicherweise als ausreichend qualitätssichernde Lösung zu betrachten? Durch die hier aufgeworfenen Fragen sollen keinesfalls die Vorteile von Interprofessionalität infrage gestellt werden. Jedoch wird deutlich, dass eine flächendeckende Ausrichtung auf interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen im «Giesskannenprinzip» im Sinne der bereits angesprochenen System- und Ressourceneffizienz durchaus diskutiert werden kann.

Der Erwerb und die fortlaufende Aktualisierung monoprofessionellen Wissens gehört zum professionsbezogenen Selbstbild der Akteure weitgehend dazu und wird durch berufsständische Vorgaben sichergestellt, wie beispielsweise an der Reglementierung Ärztlicher Fort- und Weiterbildungen gemäss Medizinalberufegesetz (MedBG) deutlich wird. Dieser Forderung kann durch die Teilnahme an umfänglichen professionsspezifischen Fachfortbildungen oder Kongressen nachgekommen werden. Handlungsfelder für IPE hingegen liegen vorzugsweise im Bereich von Trainings sehr komplexer Versorgungsabläufe sowie in den aufgezeigten Metakompetenzen, welche für eine erfolgreiche Prozessgestaltung interprofessioneller Zusammenarbeit befähigen.

7.2 Handlungsfelder

Auf Grundlage der geführten quantitativen und qualitativen Untersuchung lassen sich zusammengefasst die nachfolgenden, bevorzugten Kategorien für interprofessionelle Fort- und Weiterbildungen benennen:

1. Klinik- respektive **organisationsinterne, interprofessionelle Schulungen und Simulationstrainings**, welche das interprofessionelle Handeln in komplexen Versorgungssituationen (Notfall, Co- und Multimorbidität) unmittelbar trainieren lassen.
2. **Interprofessionelle Fallbesprechungen**, welche dem interprofessionellen Team einen erweiterten fachlichen Austausch zum Patienten ermöglichen. Zudem dienen diese Fallbesprechungen als Lernräume aufgrund des Austausches von Wissen oder neuen Erkenntnissen aus dem Wissenspool der jeweiligen Fachprofessionen.
3. Schulungen intern oder extern zu **Metakompetenzen**, welche die Akteure für eine erfolgreiche Gestaltung von IPP unter Beachtung von teambezogenen Kompetenzen, Systembedingungen und Ressourcen befähigen.

Die **relevanten Inhalte zu 1. und 2.** ergeben sich jeweils aus dem Versorgungsauftrag und dem Leistungsspektrum der Institutionen im Gesundheitswesen. Massgeblich für die Identifikation konkreter Schulungsanlässe und -themen sind, basierend auf den qualitativen Resultaten der hier durchgeführten Studie, folgende Faktoren:

- Komplexität der geforderten Behandlung aufgrund Co- und Multimorbidität und die daraus resultierenden Abstimmungsbedarfe im Behandlungsplan.

- Zeitkritische Versorgungssituationen, bei denen der Erfolg der Interventionen von einer frictionslosen Abstimmung und Arbeitsteilung mehrerer Professionen abhängt, wie beispielsweise im akut lebensbedrohlichen Notfall.

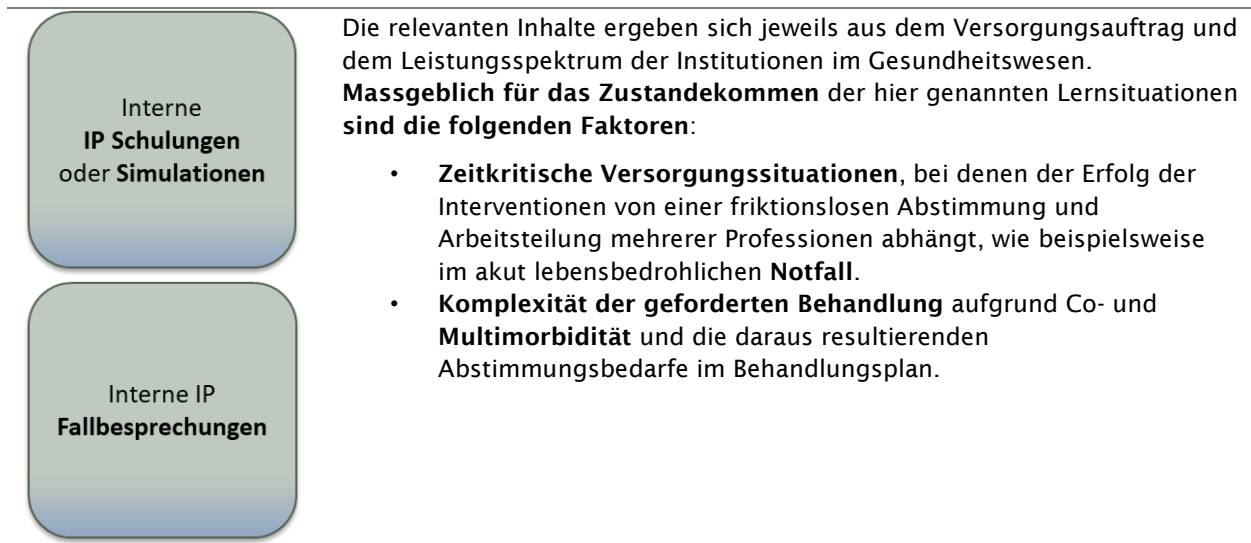


Abbildung 30 Zusammenfassung Darstellung (Anlässe und Themen IPL, Kategorie 1 und 2)

Die Fokusdiskussion mit Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Kliniken zu den eingangs dargelegten Thesen hat verschiedene Problemfelder für IPP deutlich werden lassen. **Schulungen** mit dem Ziel einer Entwicklung **der unter 3. aufgeführten Metakompetenzen** erscheinen demnach insbesondere dann sinnvoll, wenn die nachfolgenden Faktoren erfüllt sind:

- Die Hierarchiebezogenheit der Organisation erschwert eine interprofessionelle Gestaltung der Leistungsprozesse in den Bereichen, wo ein hoher Patientennutzen durch IPP erreicht werden kann.
- Professionsbezogene Anforderungen und Partikularinteressen erschweren gesamtheitliche Lösungen einer IPP. Interprofessionalität wird zu wenig als nutzenstiftende Ressource gesehen.
- Fehlendes interprofessionelles Führungsverständnis erschwert eine interprofessionelle Teamkultur auf Augenhöhe.
- Fehlende Kommunikationsstrukturen führen zu Informationsverlusten und im Weiteren zu Entscheidungen, welche eine geringere Behandlungsqualität nach sich ziehen.
- Rechtsunsicherheiten und fehlende Klarstellungen in der Organisation führen zu einem Rückzug auf monoprofessionelle Inhalte und Arbeitsbereiche. Delegation und Kollaboration werden erschwert.
- Ungleiche Verteilung von Ressourcen führt zu einem Rückzug aus der IPP.

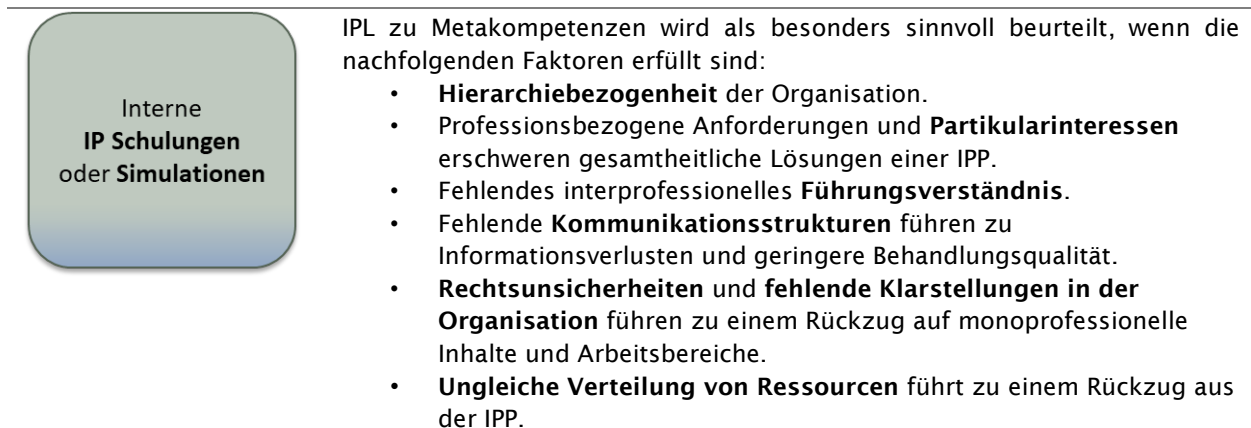


Abbildung 31 Zusammenfassende Darstellung (Anlässe und Themen IPL zu Metakompetenzen, Kategorie 3)

Interprofessionalität kann man lernen. Mittels dieser Studie konnte aufgezeigt werden, dass hierfür vielzählige Lernformate infrage kommen und teils auch bereits sehr rege von den Akteuren im Gesundheitswesen genutzt werden. Die Relevanz kollaborativer und zugleich patientenzentrierter Lernprozesse wurde aufgezeigt. Ebenso ist sichtbar geworden, dass kollaboratives Lernen ohne gezielte Ermöglichung (vgl. *Ebenen System* und *Ressourcen*, *Abbildung 28*) weniger Wirksamkeit entfaltet. Neben dem gemeinsamen Lernen braucht es also die Verstetigung von Wissensaustausch in der Organisation für eine gelingende IPP.

Als Ergebnis dieser Studie werden die nachfolgenden **zentralen Handlungsfelder** für in der Praxis wirksames IPL formuliert: 1. Interprofessionelle **Kompetenzen definieren**, 2. Interprofessionelle **Lernräume gestalten**, 3. Interprofessionelle **Lernprozesse begleiten**.

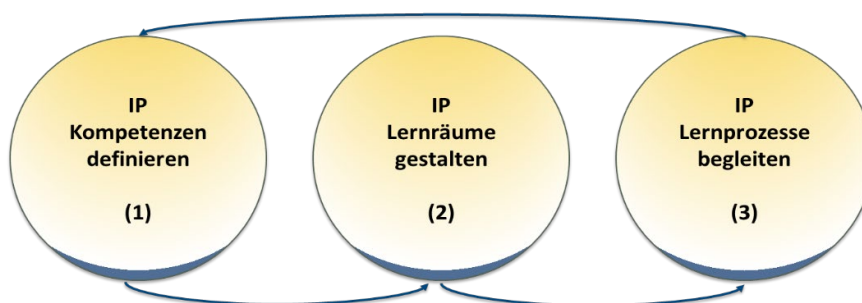


Abbildung 32 Zentrale Handlungsfelder für wirksames IPL

7.3 Handlungsempfehlungen

Entlang der in Kapitel 7.2 benannten zentralen Handlungsfelder für IPE lassen sich die nachfolgenden, konkreten **Handlungsempfehlungen (HE)** formulieren.

1. Interprofessionelle Kompetenzen definieren

Wo und in welchem Umfang IPL am dringlichsten benötigt wird, ergibt sich bei einer patientenzentrierten Sichtweise aus der Komplexität der Versorgungssituation (siehe Abschnitt 7.2). Je grösser die Schnittmenge der geteilten Aufgabenbereiche mehrerer Professionen, desto mehr wird eine durch gemeinsame Lernprozesse begleitete IPP befürwortet. Ein interprofessionelles Handeln als Kompetenz bedarf im Vorfeld einer am Versorgungsprozess orientierten Analyse: Welche Profession ist bezogen auf häufige, komplexe und ressourcenintensive Fälle im Gesundheitswesen mit welchem Leistungsbeitrag gefordert? Welche Kompetenzen der verschiedenen Akteure sind in diesen Fällen besonderes relevant und müssen aufeinander abgestimmt werden?

HE 1: IPL sollte sich im klinischen Umfeld vor allem auf komplexe und ressourcenintensive Leistungsbereiche konzentrieren, bei denen das IP Team durch gelingende IPP den Patientennutzen steigern kann. Die benötigten Kompetenzen sind spezifisch zu erfassen und IPL zugänglich zu machen.

Gelingendes IPL sollte zudem auf die Entwicklung von Metakompetenzen abzielen, welche eine erfolgreiche Steuerung von IPP auf der Prozessebene potenziell fördern. Angelehnt an den hinterlegten Kompetenzbegriff nach Reischmann (2016), vgl. Abschnitt 3, wird IP Kompetenz verstanden als Handlungsmöglichkeit in einem gegebenen Kontext. Die Identifikation der geforderten Metakompetenzen, welche im Rahmen von IPL gefördert werden sollen, kann somit nur das Ergebnis einer kontextabhängigen Analyse sein. Metakompetenzen berühren primär die Ebenen Führung, Kultur, Organisationsentwicklung und Prozesssteuerung sowie Kommunikation.

HE 2: Führungskompetenz in interprofessionellen Teams, Perspektivenübernahme, Verbesserung der organisationalen Voraussetzungen (Verflachung von Hierarchien, Integration von Leistungsprozessen) und Kompetenz in der Ressourcensteuerung (Personalressourcen, Handhabung finanzieller Restriktionen, Ausbau von Digitalisierung) sind als wichtige Metakompetenzen im Rahmen von IPE und IPL zu fördern.



HE 1

IPL sollte sich im klinischen Umfeld vor allem auf komplexe und ressourcenintensive Leistungsbereiche konzentrieren, bei denen das IP Team durch gelingende IPP den Patientennutzen steigern kann. Die benötigten Kompetenzen sind spezifisch zu erfassen und IPL zugänglich zu machen.

HE 2

Führungskompetenz in interprofessionellen Teams, Perspektivenübernahme, Verbesserung der organisationalen Voraussetzungen (Verflachung von Hierarchien, Integration von Leistungsprozessen) und Kompetenz in der Ressourcensteuerung (Personalressourcen, Handhabung finanzieller Restriktionen, Ausbau von Digitalisierung) sind als wichtige Metakompetenzen im Rahmen von IPE und IPL zu fördern

Abbildung 33 Zusammenfassende Darstellung der Handlungsempfehlungen im Handlungsfeld «IP Kompetenzen definieren»

2. Interprofessionelle Lernräume gestalten

Teilnahmen an interprofessionellen Fachtagungen und Kongressen leisten einen wichtigen Beitrag für IPL. Der hohe Anteil von internen Schulungen, Simulationstrainings sowie Fallbesprechungen im Rahmen der hier durchgeführten Studie (vgl. Abbildung 19, *Prozentwerte der Inhalte in den am häufigsten besuchten IPE*). zeigt jedoch die Bedeutsamkeit von Kliniken und weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens als Lernraum für IPL auf.

HE 3: Die klinik- respektive organisationsinternen Schulungsanlässe sind eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche IPP, und sollten daher als Lernräume durch die Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen stärker gefördert und unterstützt werden.

Lernangebote für eine Entwicklung von Metakompetenzen wie Führung, Kommunikation und Organisationsentwicklung werden zumeist von klinik- resp. organisationsexternen Bildungsanbietern genutzt. Diese Tendenz wird positiv beurteilt, wenn sie die Befähigung der Akteure als erfolgreiche Mitgestalter von IPP zum Ziel hat. Jedoch sollte auf den Transfer von Metakompetenzen in den Kontext der jeweiligen Organisation Wert gelegt werden, um nachhaltige Verbesserungen in der Organisation durch IPL anzustossen (kontextabhängige Kompetenzentwicklung {Reischmann 2016 #164}, vgl. Abschnitt 3).

HE 4: IPL ausserhalb der Organisation zum Erwerb von Metakompetenzen sollte gefördert werden, sofern im Lehr-Lern-Prozess den Teilnehmenden eine kontextbezogene Auseinandersetzung mit der jeweiligen Einrichtung (individueller Praxisbezug) ermöglicht wird.



HE 3

Die klinik- respektive organisationsinternen Schulungsanlässe sind eine wichtige Voraussetzung für erfolgreiche IPP und sollten daher als Lernräume durch die Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen stärker gefördert und unterstützt werden.

HE 4

IPL ausserhalb der Organisation zum Erwerb von Metakompetenzen sollte gefördert werden, sofern im Lehr-Lern-Prozess den Teilnehmenden eine kontextbezogene Auseinandersetzung mit der jeweiligen Einrichtung (individueller Praxisbezug) ermöglicht wird

Abbildung 34 Zusammenfassende Darstellung der Handlungsempfehlungen im Handlungsfeld «IP Lernräume gestalten»

3. Interprofessionelle Lernprozesse begleiten

Einrichtungen des Gesundheitswesens sind Orte, in denen Aus-, Fort- und Weiterbildung unmittelbar im Praxisfeld stattfindet. Insbesondere die monoprofessionellen Aus- und teilweise auch Weiterbildungen unterliegen zahlreichen, qualitätssichernden Reglementierungen. Vertreter*innen interprofessioneller Fort- und Weiterbildungsformate benötigen hingegen häufig noch Überzeugungskraft, um den Mehrwert von IPL erfolgreich zu argumentieren. Die hier durchgeführte Studie konnte die Relevanz der vielzähligen Lernräume im Praxisfeld aufzeigen. Sind Lernräume als solches vorhanden, sind diese auch didaktischen Methoden sowie einer systematisierten Lernprozessbegleitung zugänglich.

HE 5: Einrichtungen des Gesundheitswesens sollten interne Angebote für IPL stärker als Chance für erfolgreiche IPP begreifen und diese durch Fort- und Weiterbildungsbeauftragte fachprofessionell und methodisch begleiten lassen.

HE 6: IPE und IPL sollten ein fester Bestandteil der internen und externen Fort- und Weiterbildungsaktivitäten für Einrichtungen des Gesundheitswesens werden.



HE 5

Einrichtungen des Gesundheitswesens sollten interne Angebote für IPL stärker als Chance für erfolgreiche IPP begreifen und diese fachprofessionell durch Fort- und Weiterbildungsbeauftragte methodisch begleiten lassen.

HE 6

IPE und IPL sollten ein fester Bestandteil der internen und externen Fort- und Weiterbildungsaktivitäten für Einrichtungen des Gesundheitswesens werden.

Abbildung 35 Zusammenfassende Darstellung der Handlungsempfehlungen im Handlungsfeld «IP Lernprozesse begleiten»

8 Abschluss, Ausblick, Danksagung

Im Rahmen der hier durchgeführten Untersuchung konnten vielzählige Angebote zu IPL erhoben werden. Dabei wird der Effekt dieser Schulungen auf IPP sehr unterschiedlich bewertet. Eine Fort- resp. Weiterbildung, die im Sinne des hier hinterlegten Modells (*vgl. Abbildung 2, Modell interprofessionellen Lernens und Handelns*) kollaborative Lernprozesse in den Gesundheitsorganisationen initiiert und systematisch fördert, konnte nicht identifiziert werden. Allerdings ist bei den im Rahmen dieser Studie untersuchten informellen Bildungsangeboten, die in den Kliniken und Einrichtungen in Form von IP Schulungen oder IP Fallbesprechungen stattfinden, eine Verbesserung von IPP als Kompetenzziel zumindest implizit hinterlegt. Jedoch erscheint das Potenzial dieser Initiativen noch nicht ausgeschöpft. So zeigen insbesondere die quantitativen Resultate der hier geführten Untersuchung, dass die Rahmenbedingungen der Organisation einen starken Einfluss auf die Wahrnehmung zu IPP haben. Der Besuch von Schulungen (Output) und förderliche Rahmenbedingungen im Team führen im Längsschnitt zu einer positiveren Einstellung gegenüber IPP und im Querschnitt zu einer stärkeren Perspektivenübernahme und besserem Team Knowledge: Gesundheitsfachpersonen können sich besser in die Situation der anderen Teammitglieder hineinversetzen und verstehen deren Aufgaben und Rollen besser (Outcome individuelle Ebene). Dadurch wird auch das gemeinsame Aufgabenverständnis im Team gestärkt (Outcome Teamebene) (*vgl. Kapitel 5.8.5*). Wird jedoch die Wahrnehmung der Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (Hierarchie) ins Modell eingefügt, verschwinden diese Effekte (*vgl. Kapitel 0*). Es scheint, dass die zentrale Voraussetzung zu einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit die Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist, bzw. dass sich die Teammitglieder unterschiedlicher Berufsgruppen in das Behandlungsprozedere einbringen können.

IPL geht einer wirksamen IPP voraus, weshalb die hier gemessenen Effekte auch für kollaborative Lernprozesse (*vgl. Abbildung 2, Modell interprofessionellen Lernens und Handelns*) relevant sein dürften. Die genannten informellen Bildungsanlässe in den Gesundheitsorganisationen sind (trotz ihres zumeist non-formalen Charakters) Lernräume, deren Potenzial für eine Verstetigung von IPL und IPP stärker genutzt werden sollte. Damit dies gelingt, erscheint es jedoch sinnvoll, diese Lernräume stärker erwachsenenbildnerisch (methodisch, didaktisch) zu begleiten.

Darüber hinaus lässt sich festhalten, dass, trotz des vielfach angenommenen Mehrwerts von IPL und IPP, zusätzliche Aufwände für Fort- und Weiterbildungen zwangsläufig auch einer Ressourcendiskussion im Rahmen gesundheitspolitischer Diskurse standhalten müssen. Insbesondere die Erhebungen im qualitativen Teil der hier geführten Untersuchung haben diesen Aspekt sichtbar werden lassen. IPP ist trotz des unterstellten, hohen Nutzens ressourcenintensiv aufgrund komplexer Abstimmungsprozesse, zusätzlicher Kommunikationsbedarfe sowie notwendiger Fort- und Weiterbildungsaktivitäten im Rahmen von IPL. IPL zusätzlich in den Gesundheitsorganisationen zu verankern, bedeutet daher auch einen hohen Initialaufwand.

Der im Rahmen dieser Studie hinterlegte IP Kompetenzbegriff, welcher neben den individuellen (fachprofessionellen) Fähigkeiten der Akteure (diese gilt es patientenzentriert zu bündeln), auch die Ebenen Organisation und Ressourcen als Ermöglichungsfaktoren mitführt, kann somit abschliessend als sinnvoll erachtet werden. Zusätzlich zu der Lernbereitschaft der Akteur*innen aus den verschiedenen Gesundheitsprofessionen, muss somit auch die Organisation geeignete Voraussetzungen für IPL und IPP schaffen: Expert*innenwissen wird nur dann als IPP wirksam, wenn das professionelle Selbstbild der Lernenden, die organisationale Hierarchie sowie die verfügbaren Ressourcen dies auch zulassen. Ergänzend sind daher IP Metakompetenzen ein wichtiger Baustein interprofessioneller Fort- und Weiterbildungen, um die grundlegenden Voraussetzungen IPP zu verbessern. Zu diesen Voraussetzungen zählen im Wesentlichen eine (interprofessionell integrierte) Digitalisierung von Prozessen, der Aufbau einer interprofessionellen Fehlerkultur, gelingende Teamprozesse, Rechtssicherheit im interprofessionellen Handeln sowie gemeinsam getragene Qualitätsziele.

Die Diskussionen um interprofessionelle Zusammenarbeit und die entsprechenden Bemühungen, interprofessionelle Bildungsinhalte in Aus- und Weiterbildungen zu integrieren, sollten gemäss der von uns befragten Expert*innen in Zukunft um drei wichtige Aspekte erweitert werden:

- Erstens sollte grundsätzlich beachtet werden, **dass bei der Ausformulierung von Gesetzen, Verordnungen und Tarifgrundlagen die unterschiedlichen Berufsgruppen des Gesundheitswesens angemessen berücksichtigt werden.** Dies erfordere einen Ausgleich der Präsenz und der Machtverhältnisse. Gerade durch die IPP wird die Frage virulenter, zu welchen Anteilen die Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarfe der Berufsgruppen im Gesundheitswesen refinanziert werden. IPP könnte daher wichtige Entscheidungen in den Tarifstrukturen nach sich ziehen.
- Zweitens sollten **interprofessionelle Bildungsinhalte zunehmend stärker in die Grundausbildungen der verschiedenen Gesundheitsprofessionen integriert werden.** Hier wäre mitzudenken, dass die Ärzteschaft eine Schlüsselrolle in der interprofessionellen Zusammenarbeit einnimmt, weshalb Interprofessionalität und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bereits im Studium thematisiert werden sollten.
- Drittens gilt es zu bedenken, dass IPP unter stimmigen Ausgangsbedingungen einen **wichtigen Einfluss auf die Mitarbeitendenmotivation und auf die Resilienz von Arbeitsteams im Gesundheitswesen** haben kann. Vermittelt über ein gestärktes Zusammengehörigkeitsgefühl, sind in der Folge positive psychologische Effekte auf die empfundene Teambindung sowie die Gesunderhaltung von Mitarbeitenden im Arbeitsumfeld möglich. IPP könnte daher auch Überschneidungspunkte mit der betrieblichen Gesundheitsvorsorge haben.

Wir danken an dieser Stelle all den Personen in unseren Partnerkliniken, welche uns tatkräftig bei der Durchführung dieser Studie unterstützt haben:

- Den Mitarbeiter*innen unserer Partnerkliniken, welche an der Befragung teilgenommen haben.
- Unseren Kontaktpersonen vor Ort, die uns tatkräftig unterstützt haben, indem Sie in den Kliniken die Zielsetzungen der hier geführten Studie breit vermittelt und für das Ausfüllen der Fragebögen motiviert haben.
- Den Experten*innen aus unseren Partnerkliniken, die sich für die Mitwirkung in der Fokusgruppe sehr viel Zeit genommen und diese mit ihren wertvollen Beiträgen massgeblich unterstützt haben.

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Modell interprofessioneller Aus-, Weiter- und Fortbildung (Institute of Medicine 2015)	8
Abbildung 2 Modell interprofessionellen Lernens und Handelns (in Anlehnung an Kuhlmann & Sauter, 2008)	10
Abbildung 3 Identifizierte IPE geordnet nach Akteuren	13
Abbildung 4 Identifizierte IPE geordnet nach Akteuren pro Sprachregion, bzw. Sprache	13
Abbildung 5 Modell interprofessionellen Lernens (Institute of Medicine 2015)	14
Abbildung 6 Typologie von Kompetenzen und Wirkung von IPE (Reeves et al., 2015, S.306)	15
Abbildung 7 Inhalte der Befragungen zu t1, t2 und t3	16
Abbildung 8 Berufsgruppen t1, t2 & t3	19
Abbildung 9 Beurteilung Rahmenbedingungen im Mittel über alle drei Befragungszeitpunkte	20
Abbildung 10 Prozentwerte zur den in den letzten 12 Monaten besuchten IPE	21
Abbildung 11 Prozentwerte zur wichtigsten IPE	22
Abbildung 12 Prozentwerte zum Inhalt der wichtigsten IPE (Mehrfachantworten möglich)	23
Abbildung 13 Prozentwerte zur Lernmethode der wichtigsten IPE (Mehrfachantworten möglich)	23
Abbildung 14 Prozentwerte zu den Zielgruppen der wichtigsten IPE	24
Abbildung 15 Prozentwerte zur Dauer der wichtigsten IPE	25
Abbildung 16 Prozentwerte zur Finanzierung der wichtigsten IPE	25
Abbildung 17 Prozentwerte zum Anbieter der wichtigsten IPE	25
Abbildung 18 Prozentwerte der Berufsgruppen in den am häufigsten besuchten IPE	26
Abbildung 19 Prozentwerte der Inhalte in den am häufigsten besuchten IPE	27
Abbildung 20 Prozentwerte der Lehrmethoden in den am häufigsten besuchten IPE	29
Abbildung 21 Mittelwerte zur Bewertung der besuchten IPE	29
Abbildung 22 Mittelwerte zu Outcome und Impact	31
Abbildung 23 Ausgangslage zur Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns	32
Abbildung 24 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t1 (Querschnitt)	33
Abbildung 25 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t3 (Querschnitt)	34
Abbildung 26 Wahrnehmung Zufriedenheit im Team	35
Abbildung 27 Überprüfung des Zusammenhangs von interprofessioneller Zusammenarbeit und Zufriedenheit mit dem Team im Modell interprofessionellen Lernen und Handelns zu t1 (Querschnitt)	35
Abbildung 28 Hebelfunktion Interprofessionellen Lernens (IPL) für gelingende IPP	42
Abbildung 29 Bevorzugte Kategorien von IPL	43
Abbildung 30 Zusammenfassung Darstellung (Anlässe und Themen IPL, Kategorie 1 und 2)	44
Abbildung 31 Zusammenfassende Darstellung (Anlässe und Themen IPL zu Metakompetenzen, Kategorie 3)	44
Abbildung 32 Zentrale Handlungsfelder für wirksames IPL	45
Abbildung 33 Zusammenfassende Darstellung der Handlungsempfehlungen im Handlungsfeld «IP Kompetenzen definieren»	46
Abbildung 34 Zusammenfassende Darstellung der Handlungsempfehlungen im Handlungsfeld «IP Lernräume gestalten»	46
Abbildung 35 Zusammenfassende Darstellung der Handlungsempfehlungen im Handlungsfeld «IP Lernprozesse begleiten»	47
Abbildung 36 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t1 (Querschnitt)	54
Abbildung 37 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t3 (Querschnitt)	55
Abbildung 38 Überprüfung des Zusammenhangs von interprofessioneller Zusammenarbeit und Zufriedenheit mit dem Team im Modell interprofessionellen Lernen und Handelns zu t1 (Querschnitt)	56

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Stichwortsuche und Resultate	12
Tabelle 2 Auswertbare Fragebogen pro teilnehmende Klink	17
Tabelle 3: Stichprobe. Alter, Geschlecht, Berufsgruppe, Funktion, Beschäftigungsdauer und -grad zu t1, t2, und t3	18
Tabelle 4 Mittelwerte und Vergleich Outcome, Impact und Reflexion zu t1 und t3	53
Tabelle 5 Regressionsanalyse zur Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t1 (Querschnitt)	54
Tabelle 6 Regressionsanalyse zur Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t3 (Querschnitt)	55
Tabelle 7 Regressionsanalyse zur Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zur Voraussage von Zufriedenheit im Team zu t1 zu t1 (Querschnitt)	56

11 Quellenverzeichnis

- Babitsch, B., Flottmann, S., Hagenbrock, J., Mielec, M., Rechenbach, S., & Moeller, K. von (2017). *Erhebungsinstrumente: KeGL - Teilvorhaben Universität Osnabrück: Analyse der Kompetenzpassung ausgewählter Gesundheitsberufe zur passgenauen Konzeption von Weiterbildungsmodulen*. Osnabrück. Retrieved from http://www.kegl.ostfalia.de/Forschung17/Erhebungsinstrumente/UniO/KeGL_UOS_Erhebungsinstrumente-Bericht.pdf
- Cox, M., Cuff, P., Brandt, B., Reeves, S., & Zierler, B. (2016). Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 1–3. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1111052>
- Eby, L. T., Meade, A. W., Parisi, A. G., & Douthitt, S. S. (1999). The Development of an Individual-Level Teamwork Expectations Measure and the Application of a Within-Group Agreement Statistic to Assess Shared Expectations for Teamwork. *Organizational Research Methods*, 2, 366–394.
- Institute of Medicine. (2015). *Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes*. Washington, D.C.: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/21726>
- Kauffeld, S., Brennecke, J., & Strack, M. (2009). Erfolge sichtbar machen: das Maßnahmen-Erfolgs-Inventar [MEI] zur Bewertung von Trainings. In S. Kauffeld, S. Grote, & E. Frieling (Eds.), *Handbuch Kompetenzentwicklung*. (pp. 55–78). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Körner, M., Becker, S., Zimmermann, L., Müller, C., Luzay, L., Plewnia, A., ... , Rundel, M. (2015). *Entwicklung und Evaluation eines Konzepts zur patientenorientierten Teamentwicklung in Rehabilitationskliniken (PATENT): Abschlussbericht*. Freiburg. Retrieved from Medizinische Fakultät, Universität Freiburg website: http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_final.pdf
- Kuhlmann, A., & Sauter, W. (2008). *Innovative Lernsysteme: Kompetenzentwicklung mit Blended Learning und Social Software*. Berlin Heidelberg: Springer.
- O'Keefe, M., Henderson, A., & Chick, R. (2017). Defining a set of common interprofessional learning competencies for health profession students. *Medical Teacher*, 39(5), 463–468. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1300246>
- Paulus, C. (2009). *Der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF (IRI) zur Messung von Empathie: Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Interpersonal Reactivity Index*. Saarbrücken. Retrieved from Universität des Saarlandes website: <http://www.uni-saarland.de/fak5/ezw/personal/paulus/empathy/SPF.htm>

- Reeves, S., Boet, S., Zierler, B., & Kitto, S. (2015). Interprofessional Education and Practice Guide No. 3: Evaluating interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 29(4), 305–312. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.1003637>
- Reeves, S., Fox, A., & Hodges, B. D. (2009). The competency movement in the health professions: Ensuring consistent standards or reproducing conventional domains of practice? *Advances in Health Sciences Education : Theory and Practice*, 14(4), 451–453. <https://doi.org/10.1007/s10459-009-9166-2>
- Reischmann, J. (2016). *Andragogik: Beiträge zur Didaktik*. ZIEL – Zentrum für interdisziplinäres erfahrungsorientiertes Lernen GmbH, Augsburg, 1. Auflage.
- Sottas, B., Kissmann, S., & Brügger, S. (2016). *Interprofessionelle Ausbildung (IPE): Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele: Teilbericht 2* (BAG-Interprofessionalität). Bern. Retrieved from www.formative-works.ch
- Van der Vegt, G.S., Emans, B. & Van de Vliert, E. (2000). Team members' affective responses to patterns of intragroup interdependence and job complexity. *Journal of Management*, 26 (4), 633-655.

12 Glossar und Definitionen

Definitionen IP gemäss Institute of Medicine, 2015, S. xii

- **Interprofessional collaboration IPC** is a type of interprofessional work involving various health and social care professionals who come together regularly to solve problems, provide services, and enhance health outcomes.
- **Interprofessional education IPE** “occurs when two or more professions learn with, about, and from each other to enable effective collaboration and improve health outcomes.” (WHO, 2010)
- **Interprofessional learning IPL** is learning arising from interaction involving members or students of two or more professions. It may be a product of interprofessional education, or it may occur spontaneously in the workplace or in education settings and therefore be serendipitous.
- **Interprofessional practice IPP** Interprofessional collaborative practice “occurs when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers, and communities to deliver the highest quality of care” (WHO, 2010).
- **Interprofessional teamwork IPT** is a type of work involving different health or social care professionals who share a team identity and work together closely in an integrated and interdependent manner to solve problems, deliver services, and enhance health outcomes.

13Anhang

Vergleich der Mittelwerte von Outcome und Impact und Reflexion zu t1 und t3

Tabelle 4 Mittelwerte und Vergleich Outcome, Impact und Reflexion zu t1 und t3

Skalen	t1		t3		abhängige Stichprobe		unabhängige Stichprobe	
	mean	SD	mean	SD	t (df)	p	t (df)	p
Rahmenbedingungen Zeit, fachliche Kenntnisse, Unterstützung Kolleg*innen & Vorgesetzte, Zugang zu Fort- und Weiterbildung	3.3	0.5	3.3	0.5	.311 (72)	ns		ns
Outcome individuelle Ebene								
Einstellung zu IPP	4.4	0.5	4.5	0.5	-.659 (73)	ns		ns
Perspektivenübernahme	4.2	0.6	4.2	0.6	-.151 (73)	ns		ns
Team Knowledge	4.4	0.6	4.4	0.6	-1.224 (73)	ns		ns
Outcome Teamebene								
Aufgabenverständnis	3.5	0.8	2.5	0.8	.960 (70)	ns		ns
Wahrnehmung Hierarchie	4.0	0.7	4.0	0.6	1.690 (65)	ns		ns
Impact								
Interne Partizipation IPS	3.9	0.6	3.9	0.6	1.688 (71)	ns		ns
Reflexion								
Teamidentifikation	4.0	0.7	4.1	0.8	-1.392 (72)	ns		ns
Zufriedenheit	4.2	0.7	4.2	0.8	.725 (72)	ns		ns
Kündigungsbereitschaft (1 Item)	4.1	0.7	3.6	1.4	3.873 (72)	<.000	4.9 (286.9)	<.000
Teambewertung	4.7	0.8	4.7	0.9	2.457 (72)	.016		ns

Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t1 (Querschnitt)

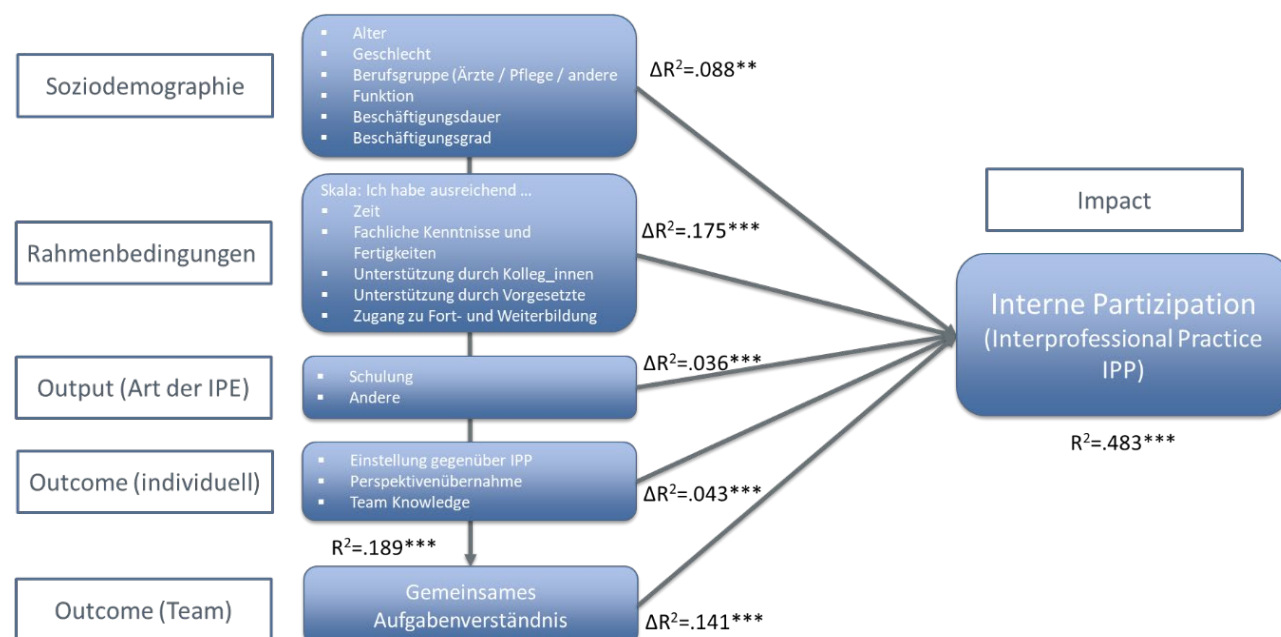


Abbildung 36 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t1 (Querschnitt)

Tabelle 5 Regressionsanalyse zur Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t1 (Querschnitt)

Variablen	ΔR^2	Gemeinsames Aufgabenverständnis t1	ΔR^2	Interne Partizipation t1
		β (t-Statistik)		β (t-Statistik)
<i>Soziodemographie t1</i>	.061**		.088**	
Alter		-.020 (-.298)		.031 (-.578)
Geschlecht		.050 (.792)		-.075 (-1.487)
Ärztenschaft ¹		.118 (1.489)		.020 (.339)
Pflege ¹		-.186 (-2.589**)		-.128 (-2.197*)
Führungsverantwortung		-.116 (-1.933)		-.121 (-2.504*)
Beschäftigungsdauer max. 5 Jahre		.007 (.113)		.081 (1.579)
Beschäftigungsgrad 80-100%		.045 (.734)		.100 (2.055*)
<i>Rahmenbedingungen t1</i>	.094***	.241 (3.984***)	.175***	.224 (4.521***)
<i>Art der IPE² t1</i>	.006		.036***	
Schulung		.078 (1.400)		.165 (3.687***)
<i>Outcome (individuelle Ebene) t1</i>	.026*		.043**	
Einstellung zu IPP		-.104 (1.736)		-.021 (-.434)
Perspektivenübernahme		-.044 (-.697)		.127 (2.532*)
Team Knowledge		.137 (2.115)		.090 (1.730)
<i>Outcome (Teamebene) t1</i>			.141***	
Gemeinsames Aufgabenverständnis				.416 (8.642***)
R^2	.187		.483	
F	5.26***		19.70***	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; $N = 332$

¹ Dummy vs. Andere Berufsgruppen

² Dummy vs. Andere IPE; ns IPE sind nicht dargestellt

Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t3 (Querschnitt)

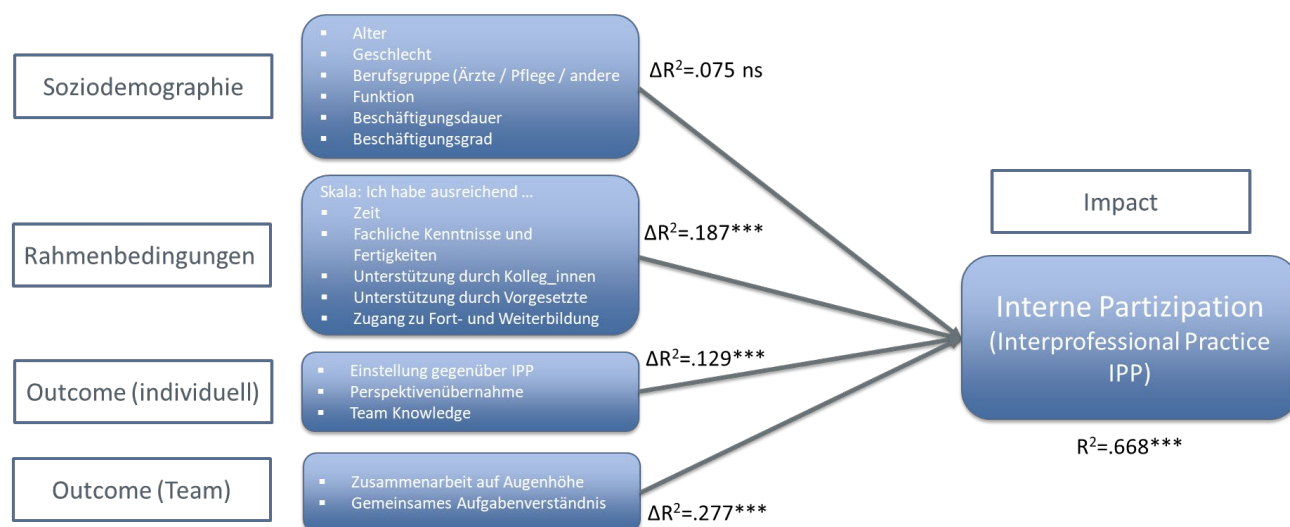


Abbildung 37 Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t3 (Querschnitt)

Tabelle 6 Regressionsanalyse zur Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zu t3 (Querschnitt)

Variablen	ΔR^2	Interne Partizipation t3
		β (t-Statistik)
Soziodemographie t3	.075 ns	
Alter		-.035 (-.560)
Geschlecht		-.063 (-1.118)
Ärztenschaft ¹		.014 (.214)
Pflege ¹		-.054 (-.762)
Führungsverantwortung		-.056 (-1.001)
Beschäftigungsdauer max. 5 Jahre		.016 (.254)
Beschäftigungsgrad 80-100%		.024 (.411)
Rahmenbedingungen t3	.187***	.107 (1.889)
Outcome (individuelle Ebene) t3	.129***	
Einstellung zu IPP		.054 (.911)
Perspektivenübernahme		.033 (.541)
Team Knowledge		.057 (.901)
Outcome (Teamebene) t3	.277***	
Gemeinsames Aufgabenverständnis		.150 (2.445*)
Zusammenarbeit auf Augenhöhe		.486 (8.672***)
R²	.668	
F	21.67***	

* p<.05, **p<.01, ***p<.001; N=163

¹ Dummy vs. Andere Berufsgruppen

Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zur Voraussage von Zufriedenheit im Team zu t1 (Querschnitt)

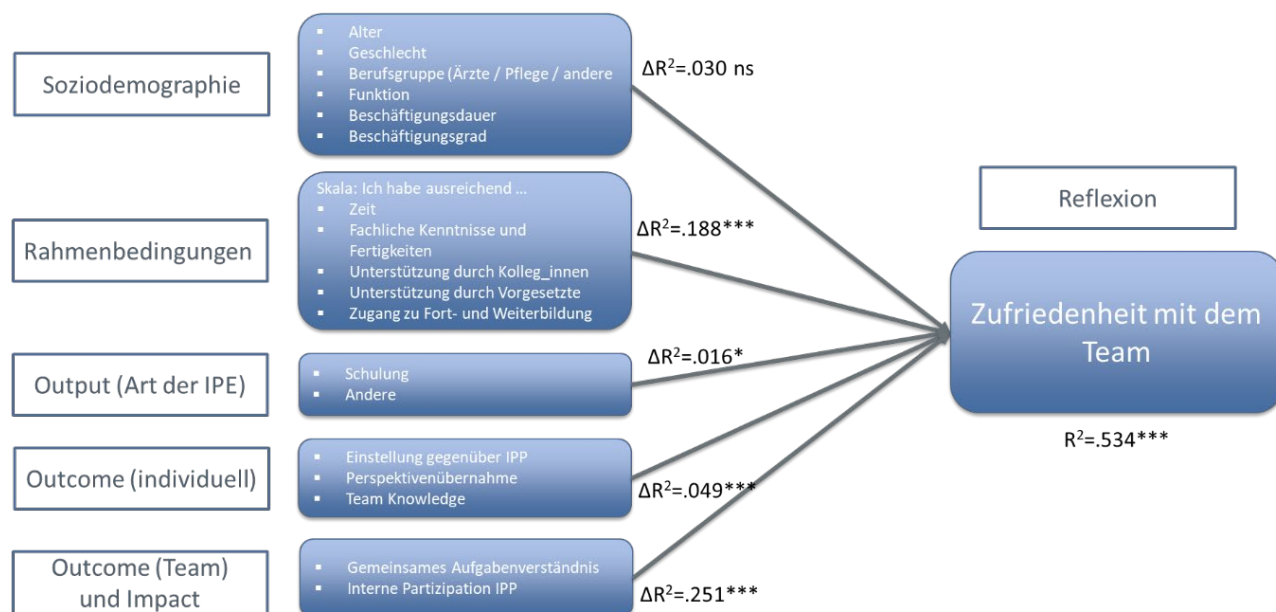


Abbildung 38 Überprüfung des Zusammenhangs von interprofessioneller Zusammenarbeit und Zufriedenheit mit dem Team im Modell interprofessionellen Lernen und Handelns zu t1 (Querschnitt)

Variablen	ΔR^2	Zufriedenheit mit dem Team t1
		β (t-Statistik)
Soziodemographie t1	.030 ns	
Alter		.062 (1.216)
Geschlecht		.067 (1.388)
Ärztenschaft ¹		-.021 (-.375)
Pflege ¹		-.020 (-.352)
Führungsverantwortung		.035 (.758)
Beschäftigungsdauer max. 5 Jahre		-.022 (-.440)
Beschäftigungsgrad 80-100%		.025 (.535)
Rahmenbedingungen t1	.188***	.139 (2.834**)
Art der IPE² t1	.016*	
Schulung		.014 (.321)
Outcome (individuelle Ebene) t1	.149***	
Einstellung zu IPP		.030 (.645)
Perspektivenübernahme		.102 (2.098)
Team Knowledge		-.002 (-.044)
Outcome (Teamebene) t1	.251***	
Gemeinsames Aufgabenverständnis		.181 (1.566)
Interne Partizipation		.571 (9.926***)
R²	.534	
F	22.34***	

* p<.05, **p<.01, ***p<.001; N=332

¹ Dummy vs. Andere Berufsgruppen

² Dummy vs. Andere IPE; ns IPE sind nicht dargestellt

Tabelle 7 Regressionsanalyse zur Überprüfung des Modells interprofessionellen Lernen und Handelns zur Voraussage von Zufriedenheit im Team zu t1 zu t1 (Querschnitt)

Berner Fachhochschule
Departement Wirtschaft
Institut New Work
andrea.gurtner@bfh.ch