

Definition des Begriffs «Interprofessionalität» im Gesundheitswesen im Schweizer Kontext

Schlussbericht

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit

Michèle Gerber, Christian Rüefli

Bern, 14. April 2021

Impressum

Vertrags-Id / Aktenzeichen	142003986 / 221-33/34
Laufzeit des Forschungsmandats:	September 2020 – April 2021
Datenerhebungsperiode:	Oktober 2020 – Januar 2021
Leitung Evaluationsprojekt im BAG:	Cinzia Zeltner (wissenschaftliche Mitarbeiterin, Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe)
Begleitgruppe BAG (Abteilung Gesundheitsberufe):	Bernadette Häfliger Berger (Abteilungsleiterin) Déborah Prisi Brand (Sektionsleiterin Weiterentwicklung Gesundheitsberufe) Lara De Simone (wissenschaftliche Projektmitarbeiterin)
Zitiervorschlag:	Gerber, Michèle und Rüefli, Christian (2021). Definition des Begriffs «Interprofessionalität» im Gesundheitswesen im Schweizer Kontext. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
Korrespondenzadresse:	Büro Vatter, Politikforschung & -beratung; Gerberngasse 27, CH-3011 Bern

Zusammenfassung

Gegenstand, Ziele und Fragestellungen der Studie

Interprofessionalität gilt als ein wichtiger Ansatz, um eine wirksame, patientenzentrierte, effiziente und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Sie enthält zwei komplementäre Elemente: zum einen die interprofessionelle Bildung, zum anderen die interprofessionelle Zusammenarbeit bzw. Berufspraxis (IPZ). Es gibt verschiedene Hinweise darauf, dass der Begriff «Interprofessionalität» in Wissenschaft und Praxis unterschiedlich ausgelegt und verwendet wird. Das Konzept steht zudem in Zusammenhang mit weiteren gesundheitspolitischen (z.B. integrierte bzw. koordinierte Versorgung, Task Shifting) und professionstheoretischen (Inter- und Transdisziplinarität; Multiprofessionalität etc.) Konzepten, wobei die Abgrenzungen teilweise unklar sind. Unterschiedliche Auslegungen desselben Begriffs können eine Hürde für konkrete interprofessionelle Zusammenarbeit und für die Anwendung bestehender Instrumente darstellen, aber auch fachliche und politische Diskussionen über die Weiterentwicklung der Organisation der Gesundheitsversorgung erschweren, weil die beteiligten Akteure unter Umständen divergierende Haltungen, Ansprüche, Ziele oder Forderungen damit verbinden.

Vor diesem Hintergrund sollte die vorliegende Studie zur Klärung und Analyse der verschiedenen Auffassungen der Begriffe der interprofessionellen Bildung und Berufspraxis bei den Akteuren der Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen beitragen. Die Ergebnisse sollen dem BAG dabei helfen, eine klare Position zum Verständnis des Begriffs zu beziehen und mit den massgebenden Partnerinnen und Partnern die gesundheits- und bildungspolitische Diskussion zur Förderung einer wirksamen, patientenzentrierten und qualitativ hochwertigen interprofessionellen Gesundheitsversorgung aufzunehmen.

Vorgehen

Für die Studie kamen drei aufeinander aufbauende empirische Bausteine zum Zuge: Anhand einer **Literaturanalyse** wurden unterschiedliche Auslegungen, Verwendungen und verschiedene definitorische Elemente des Begriffs «Interprofessionalität» identifiziert und der Begriff von anderen ähnlichen Konzepten abgegrenzt. In diese Analyse flossen hauptsächlich Konzeptpapiere und Grundlagenstudien im schweizerischen Kontext ein. Telefonische **Experteninterviews** mit sieben ausgewählten Fachpersonen aus Berufspraxis und Bildung dienten dazu, weitere Aspekte und Facetten von Interprofessionalität abzuleiten, mögliche Probleme zu erheben, die sich durch unterschiedliche Auslegeformen ergeben und die Grenzen von Interprofessionalität genauer abzustecken. Um ein umfassendes Bild zu erhalten, wie der Begriff von Akteuren der Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen verstanden wird, folgte in einem dritten Schritt eine breit und offen angelegte **Online-Befragung** von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis des Schweizer Gesundheitswesens. Insgesamt wurden 496 Personen und Organisationen zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. 350 Personen haben die Umfrage vollständig ausgefüllt und wurden für die Analyse berücksichtigt.

Ergebnisse

Begriffsdefinition

Wie wird der Begriff der interprofessionellen Bildung bzw. Berufspraxis in der Schweiz von involvierten Akteuren ausgelegt?
Inwiefern ergeben sich Unterschiede in der Auslegung von Interprofessionalität zwischen den befragten Akteuren und der WHO-Definition? Lässt sich z.B. eine Ergänzung oder eine Konkretisierung der WHO-Definition erkennen?
Lassen sich Mehrheitsmeinungen beobachten und wenn ja, welche?

Im schweizerischen Kontext erweist sich die Definition der WHO von Interprofessionalität als einflussreicher Bezugspunkt. Gemäss dieser umfasst Interprofessionalität zwei komplementäre Elemente: *interprofessionelle Bildung* von Gesundheitsfachpersonen schafft die Grundlage für gelingende *interprofessionelle Zusammenarbeit bzw. Berufspraxis*. Eine grosse Mehrheit der Befragungsteilnehmenden stützt diese Komplementarität.

Gemäss der vorgenommenen Befragung zeichnet sich das in der Schweiz vorherrschende Verständnis von interprofessioneller Berufspraxis durch folgende Merkmale aus, die kumulativ gegeben sein müssen:

- Angehörige verschiedener Berufsgruppen arbeiten nicht unabhängig voneinander an der Versorgung von Patientinnen und Patienten, sondern gemeinsam.
- Die Beteiligten interpretieren Informationen und treffen Entscheidungen über das Vorgehen gemeinsam.
- Die Zusammenarbeit führt zu Ergebnissen, zu denen keine Berufsgruppe für sich allein hätte kommen können.
- Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufen erfolgt auf Augenhöhe, die Rollen der Beteiligten werden gemeinsam geklärt.
- Patientinnen und Patienten werden einbezogen.

Die Ausgestaltung und Inhalte der Zusammenarbeit sind somit wichtige definitorische Merkmale von Interprofessionalität. Die genannten Merkmale helfen auch, die Unterscheidung von Interprofessionalität und anderen Begriffen und Konzepten zu schärfen.

Eine grosse Mehrheit der Befragungsteilnehmenden charakterisiert Bildung nur dann als interprofessionell, wenn Personen aus verschiedenen Berufsgruppen miteinander unterrichtet werden *und* dabei Inhalte vermittelt werden, die auf die Befähigung zu interprofessioneller Zusammenarbeit ausgerichtet sind.

Inwiefern grenzen die involvierten Akteure den Begriff der Interprofessionalität von anderen Konzepten ab?

Wie sowohl die Experteninterviews als auch die Online-Befragung zeigen, fällt es einem Teil der befragten Fachpersonen schwer Interprofessionalität von anderen, verwandten Konzepten abzugrenzen. Diese Abgrenzung wird auch in der Fachliteratur unterschiedlich vorgenommen. Somit

lässt sich eine oftmals undifferenzierte Begriffsverwendung feststellen. Im Wesentlichen konnten zwei grundsätzliche Auffassungsarten identifiziert werden: In einer engen Auslegung wird Interprofessionalität als einer von mehreren Intensitätsgraden von Zusammenarbeit betrachtet und von anderen Graden abgegrenzt, wobei sich in der Literatur unterschiedliche Bezeichnungen für diese Zusammenarbeitsgrade finden. In einer breiten Auslegung werden verschiedene Intensitätsgrade von Zusammenarbeit unter dem Konzept Interprofessionalität subsumiert.

Die Mehrheit der Befragten unterscheidet zwischen Interprofessionalität und Interdisziplinarität. Schwieriger scheint die Unterscheidung zwischen Interprofessionalität und Task Shifting (Übertragung von Aufgaben von einer Berufsgruppe an eine andere). Auch die Literatur unterscheidet diese beiden Konzepte nicht trennscharf.

Detailanalyse

Welche Muster lassen sich bei den verschiedenen Auslegeformen beobachten?
--

Unterschiede zwischen Berufen

Sowohl die Literaturanalyse als auch die Experteninterviews liessen Unterschiede im Begriffsverständnis zwischen verschiedenen Berufsgruppen erwarten. Die Analyse der Online-Befragung bestätigte dies. Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und Lehrbeauftragte und Forschende messen z.B. Aspekten wie der gemeinsamen Entscheidungsfindung und der gemeinsamen Rollenklärung unterschiedliche Bedeutung für die Charakterisierung von Interprofessionalität zu.

Unterschiede zwischen Sprachregionen

Weder die Experteninterviews noch die Online-Befragung lieferten Hinweise auf unterschiedliche Begriffsverständnisse zwischen den Sprachregionen der Schweiz.

Unterschiede zwischen Settings

Verschiedene Studien berichten von unterschiedlichen Begriffsverständnissen je nach Setting. Die Ausgestaltung und Form der interprofessionellen Zusammenarbeit hängen von der Struktur, den praktizierten Abläufen und finanziellen Rahmenbedingungen der jeweiligen Settings ab. Solche Unterschiede stellen auch die befragten Expertinnen und Experten fest. Als Annäherung dazu wurde bei der Analyse der Online-Befragung die Begriffsauslegung von drei Gruppen miteinander verglichen, nämlich von Personen mit Tätigkeit im stationären Bereich im Spital, in Arztpraxen und in Bildungseinrichtungen. Bei vielen Aussagen zeigten sich Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Diese waren aber meist nicht gross.

Unterschiede zwischen top-down- und bottom-up-Perspektive

In einer Interviewaussage wurde erwähnt, dass Dachverbände den Begriff der Interprofessionalität manchmal in instrumentalisierter Form nutzen, um gewissen Forderungen Gewicht zu verleihen, und dabei auch andere Positionen vertreten als ihre Mitglieder. Mehrere Personen wiesen darauf hin, dass im Alltag der Berufspraxis kaum Metadiskussionen über Begrifflichkeiten und ihre Bedeutung erfolgen, sondern eher praktische Themen im Vordergrund stehen. Beides lässt vermuten,

dass hier Unterschiede im Begriffsverständnis bestehen. In der Online-Befragung zeigte sich, dass Verbände und Vereine tendenziell über eine differenzierte Vorstellung von interprofessioneller Zusammenarbeit verfügen und ihre Eignung kritischer einschätzen als die Berufsleute.

Weitere Unterschiede

Hinsichtlich der Bedeutung der Rolle von Patientinnen und Patienten in IPZ zeigen sich sowohl in der gesichteten Literatur als auch in den Experteninterviews Unterschiede. Während der Einbezug von Patientinnen und Patienten teilweise als konstitutives Element von IPZ gesehen wird, spielt dieser Aspekt in Studien oder Überlegungen über die Funktionsweise von interprofessionellen Teams und von teaminterner Zusammenarbeit keine Rolle.

Welche Probleme ergeben sich durch die unterschiedlichen Auslegeformen?

Insgesamt konnten in den durchgeführten Erhebungen keine Hinweise auf allfällige Probleme aufgrund unterschiedlicher Auslegungen des Begriffs «Interprofessionalität» ermittelt werden.

Ausblick

Lässt sich aus den unterschiedlichen Auslegearten ableiten, in welchen Settings, Situationen, in Bezug auf welche Leistungen und welche Berufsgruppen eine aktive Förderung der Interprofessionalität am wichtigsten und am dringendsten wäre (unter Berücksichtigung der sich wandelnden professionellen Tätigkeitsfelder und Berufsprofile)?

Aus den unterschiedlichen Auslegearten lässt sich nicht eindeutig ableiten, wo sich konkret eine aktive Förderung von Interprofessionalität aufdrängt. Es gibt Settings und Situationen, in denen eine hohe Versorgungsqualität auch ohne interprofessionelle Zusammenarbeit gewährleistet werden kann bzw. in denen IPZ nicht die am besten geeignete Arbeitsform ist (z.B. in wenig komplexen, klar umrissenen Behandlungssituationen oder in Notfallsituationen, wo es schnelle Entscheide braucht). Das zeigen sowohl die Experteninterviews als auch die Online-Befragung. Förderbedarf kann grundsätzlich v.a. in Settings und bei Tätigkeiten gesehen werden, in bzw. bei denen IPZ einen hohen Nutzen stiftet, als wichtig eingestufte Merkmale jedoch noch wenig gelebt werden oder sich negative Auswirkungen von IPZ zeigen.

Fazit

Das Ziel der Studie war es, die Definition von Interprofessionalität weiter zu schärfen, um damit eine Grundlage für die Weiterentwicklung des Themas Interprofessionalität und dessen Einbettung in einen grösseren gesundheitspolitischen Kontext zu legen. Nachfolgend finden sich aus den Studienergebnissen abgeleitete Überlegungen hierzu.

Unterschiedliche Perspektiven auf den Begriff Interprofessionalität erklären Unterschiede im Begriffsverständnis: Die Analyse zeigt, dass sowohl in der betrachteten Literatur als auch in der Praxis unterschiedliche Begriffsverständnisse bestehen und für die Definition von Interprofessionalität unterschiedliche Aspekte herbeigezogen oder betont werden. Anhand der Ergebnisse der

Studie lassen sich drei Perspektiven auf den Begriff der Interprofessionalität ableiten, die diese Unterschiede etwas erklären:

- **Metaperspektive:** Aus dieser Perspektive wird versucht, das Konzept der Interprofessionalität möglichst allgemeingültig zu definieren oder zu beschreiben. Diese Perspektive wird vor allem in Studien eingenommen, die sich mit dem Konzept als solches befassen.
- **Praxisperspektive:** Insbesondere in der Berufspraxis tätige Personen nehmen diese Perspektive ein. Um den Begriff zu definieren, beschreiben sie anhand ihres Arbeitsalltags, wie sie Interprofessionalität wahrnehmen und wie sie gelebt wird. Deshalb variiert diese Perspektive auch stark aufgrund des eigenen Hintergrundes (z.B. dem Beruf oder dem Setting).
- **Politische Perspektive:** Eine eher politische Perspektive nutzt den Begriff, um damit Forderungen oder Ziele zu äussern, die durch den (vermehrten) Einsatz von Interprofessionalität erreicht werden sollen.

Aufgrund dieser unterschiedlichen Perspektiven ist es schwierig, eine Definition zu identifizieren, die von allen Akteuren im Gesundheitswesen gleichermassen geteilt wird.

Die Identifikation von Kernmerkmalen kann die Weiterentwicklung des Themas Interprofessionalität vorantreiben: In der Literatur und in der Praxis werden oft verschiedene Kernmerkmale herbeigezogen, um die allgemeine Definition von Interprofessionalität gemäss WHO an der sich auch das BAG orientiert, weiter zu konkretisieren. Dabei sind zwei verschiedene Typen von Kernmerkmalen zu unterscheiden, aus denen sich zwei sich ergänzende Ansätze identifizieren lassen, um die Weiterentwicklung des Themas Interprofessionalität voranzutreiben:

- **Definitorische Kernmerkmale** von Interprofessionalität können dazu dienen, das Konzept zu schärfen und von anderen Zusammenarbeitsformen abzugrenzen. Der Schwerpunkt dieser Studie lag darauf, solche Merkmale zu identifizieren (vgl. bei Begriffsdefinition aufgeführte Merkmale).
- **Voraussetzungen und Erfolgsbedingungen** interprofessioneller Zusammenarbeit (z.B. Haltungsfragen in der Zusammenarbeit; persönliche Eigenschaften der Berufsleute; Aspekte der Teamorganisation und der Gruppendynamik; institutionelle Rahmenbedingungen; gesetzliche Rahmenbedingungen etc.) sind nicht geeignet, um interprofessionelle Zusammenarbeit definitiv von anderen Zusammenarbeitsformen abzugrenzen. Sie verweisen jedoch auf mögliche Ansatzpunkte zur Förderung von Interprofessionalität: Unterstützung bei der Realisierung dieser Faktoren in Teams, Organisationen oder Settings schafft förderliche Rahmenbedingungen für interprofessionelle Arbeit.

Interprofessionelle Bildung legt eine Grundlage für IPZ: Eine wichtige Rolle bei dieser Förderung spielt die interprofessionelle Bildung, welche grossmehrheitlich als Grundlage für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit anerkannt wird, in dem sie den beteiligten Berufsleuten die dafür notwendigen Kenntnisse, Qualifikationen und Haltungen vermittelt.

Förderung muss settingspezifische Unterschiede berücksichtigen: Es gibt wahrscheinlich nicht ein allgemeingültiges Patentrezept, um die Weiterentwicklung von IPZ voranzutreiben. Die Literatur zeigt klar, dass sich die Rahmenbedingungen für Interprofessionalität, ihre Eignung und ihre konkrete Ausprägung je nach Setting anders präsentieren. Diese settingspezifischen Umstände gilt es deshalb bei Fördermassnahmen zu berücksichtigen.

Inhaltsverzeichnis

Tabellen	IX
Abbildungen.....	IX
Abkürzungsverzeichnis.....	X
1 Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund.....	1
1.2 Ziele und Fragestellungen der Studie	2
1.3 Empirisches Vorgehen.....	3
1.3.1 Literaturanalyse	3
1.3.2 Interviews mit ausgewählten Fachpersonen	3
1.3.3 Online-Befragung	4
1.4 Aufbau des Berichts	4
2 Erkenntnisse aus der Literaturanalyse	5
2.1 Ausgangspunkt: WHO-Definition von Interprofessionalität	5
2.2 Begriffsverwendung in der Schweiz.....	6
2.3 Abgrenzung von anderen Begriffen und Konzepten.....	8
2.4 Unterschiede im Begriffsverständnis und der Begriffsverwendung.....	11
2.5 Fazit	12
3 Erkenntnisse aus den Experteninterviews mit Fachpersonen	14
3.1 Begriffsklärung.....	14
3.1.1 Interprofessionelle Berufspraxis	14
3.1.2 Interprofessionelle Bildung	17
3.2 Unterschiede in der Begriffsverwendung.....	18
3.3 Ausblick	19
3.3.1 Interprofessionelle Berufspraxis	19
3.3.2 Interprofessionelle Bildung	21
3.4 Fazit	22
3.4.1 Begriffsklärung	22
3.4.2 Unterschiede in der Begriffsverwendung.....	23
3.4.3 Ausblick.....	23
4 Erkenntnisse aus der Online-Befragung	25
4.1 Beschreibung der Teilnehmenden	25
4.2 Interprofessionelle Berufspraxis.....	31

4.2.1	Begriffsverständnis	31
4.2.2	Merkmale interprofessioneller Zusammenarbeit	37
4.2.3	Eignung interprofessioneller Zusammenarbeit	41
4.2.4	Auswirkungen interprofessioneller Zusammenarbeit.....	44
4.3	Interprofessionelle Bildung.....	45
4.4	Allgemeine Rückmeldungen	47
4.4.1	Ausgestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit.....	47
4.4.2	Voraussetzungen für gelingende Interprofessionalität.....	47
4.4.3	Interprofessionelle Bildung	49
4.5	Fazit	49
4.5.1	Begriffsdefinition	50
4.5.2	Unterschiede im Begriffsverständnis	51
4.5.3	Ausblick.....	52
5	Beantwortung der Forschungsfragen	53
5.1	Begriffsdefinition.....	53
5.2	Detailanalyse.....	54
5.3	Ausblick	56
5.4	Fazit	56
	Dokumente und Literatur.....	59
	Anhang 1: Grundlagenliteratur zu Interprofessionalität in der Schweiz	62
	Anhang 2: Interviewpartnerinnen und -partner.....	63
	Anhang 3: Online Fragebogen.....	64

Tabellen

Tabelle 2-1: WHO-Definition von Interprofessionalität (WHO 2010)	6
Tabelle 2-2: Intensitätsgrade von Zusammenarbeit	9
Tabelle 4-1: Perspektive beim Ausfüllen.....	27
Tabelle 4-2: Beruf.....	28
Tabelle 4-3: Ort der Tätigkeit	29
Tabelle 4-4: Tätigkeit in Settings	30
Tabelle 4-5: Tätigkeit in Sprachregion.....	31
Tabelle 4-6: Eignung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Berufspraxis.....	43

Abbildungen

Abbildung 4-1: Zustimmung zu Aussagen über interprofessionelle Zusammenarbeit	33
Abbildung 4-2: Gemeinsame Entscheidungsfindung	34
Abbildung 4-3: Übertragung von Aufgaben an eine andere Berufsgruppe	36
Abbildung 4-4: Schwierigkeiten bei der Abgrenzung des Begriffs «Interprofessionalität» von ähnlichen Begriffen	37
Abbildung 4-5: Wichtigkeit verschiedener Merkmale für die Definition interprofessioneller Zusammenarbeit.....	38
Abbildung 4-6: Wichtigkeit verschiedener Merkmale für die Definition interprofessioneller Zusammenarbeit (berufsgruppenspezifisch)	39
Abbildung 4-7: Beschreibung der Zusammenarbeit in der Berufspraxis.....	41
Abbildung 4-8: Eignung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Berufspraxis	42
Abbildung 4-9: Auswirkungen der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Berufspraxis	44
Abbildung 4-10: Zustimmung zu Aussagen über interprofessionelle Bildung	45

Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nurse
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CAIPE	Centre for the Advancement of Interprofessional Education
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
FH	Fachhochschule
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und – direktoren
GesBG	Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz, SR 811.21)
HF	Höhere Fachschule
IPE	Interprofessionelle Bildung
IPS	Intensivpflegestation
IPZ	Interprofessionelle Zusammenarbeit
MedBG	Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, SR 811.11)
MPA	Medizinische/r Praxisassistent/in
MPK	Medizinische/r Praxiskoordinator/in (MPK)
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Verschiedene demographische, gesellschaftliche, fachliche, technische, ökonomische und politische Entwicklungen stellen die Gesundheitsversorgung zunehmend vor Herausforderungen (GDK/BAG 2012; BAG 2013: 14ff.; Bundesrat 2019; Vatter/Rüefli 2014): Chronische Krankheiten und Multimorbidität in der Bevölkerung nehmen zu. Dem Einbezug von Patientinnen und Patienten in Entscheidungen über ihre Behandlung und Betreuung und der Einbindung von Angehörigen darin kommt zunehmende Bedeutung zu. Fachkräftemangel, Spar- und Effizienzdruck sowie Bestrebungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität sind Anlass, die Versorgung zu reorganisieren und besser unter den verschiedenen Leistungserbringern zu koordinieren. Damit wird auch über Anpassungen der Rollen, Aufgaben und Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure und Berufsgruppen im Gesundheitssystem nachgedacht. Zunehmende Bestrebungen, Akteure der Gesundheitsversorgung stärker in Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention einzubeziehen, und wachsendes Bewusstsein für die Wechselwirkungen zwischen sozialen und gesundheitlichen Problemen eröffnen neue Schnittstellen zu anderen Handlungsfeldern. Schliesslich hat auch die Digitalisierung vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung.

Interprofessionalität gilt als ein wichtiger Ansatz, um auf diese Herausforderungen zu reagieren und eine wirksame, patientenzentrierte, effiziente und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (BAG 2017: 5). In der Schweiz befassen sich Berufsverbände (z.B. Plattform Interprofessionalität in der primären Gesundheitsversorgung¹), die Wissenschaft (v.a. die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW²), der Bund (namentlich das Bundesamt für Gesundheit BAG), Bildungsanbieter (z.B. Careum) und die Kantone seit mehreren Jahren mit Interprofessionalität, u.a. im Rahmen von Studien, Symposien und des 2017 gestarteten und 2020 beendeten Förderprogramms Interprofessionalität³.

Interprofessionalität enthält zwei komplementäre Elemente: zum einen die interprofessionelle Bildung, zum anderen die interprofessionelle Zusammenarbeit bzw. Berufspraxis (BAG 2013: 7ff.). Es gibt verschiedene Hinweise darauf, dass der Begriff «Interprofessionalität» in Wissenschaft und Praxis unterschiedlich ausgelegt und verwendet wird (vgl. z.B. SAMW 2017: 17ff. und SAMW 2020). Das Konzept «Interprofessionalität» steht zudem in Zusammenhang mit weiteren gesundheitspolitischen (z.B. integrierte bzw. koordinierte Versorgung⁴, Task Shifting und Task Sharing⁵)

¹ www.interprofessionalitaet.ch; 18.12.2020.

² <https://www.samw.ch/de/Projekte/Interprofessionalitaet.html>; 18.12.2020.

³ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html>; 18.12.2020.

⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>; fmc (2020).

⁵ Vgl. z.B. WHO (2017) und Schmelzer et al. (2020)

und professionstheoretischen (Inter- und Transdisziplinarität; Multiprofessionalität etc.⁶) Konzepten. Unterschiedliche Auslegungen desselben Begriffs (vgl. Abschnitt 2.4) können eine Hürde für konkrete interprofessionelle Zusammenarbeit und für die Anwendung bestehender Instrumente darstellen, aber auch fachliche und politische Diskussionen über die Weiterentwicklung der Organisation der Gesundheitsversorgung erschweren, weil die beteiligten Akteure unter Umständen divergierende Haltungen, Ansprüche, Ziele oder Forderungen damit verbinden.

Vor diesem Hintergrund soll die vorliegende Studie zur Klärung und Analyse der verschiedenen Auffassungen der Begriffe der interprofessionellen Bildung und Berufspraxis bei den relevanten Akteuren in der Schweiz beitragen.

1.2 Ziele und Fragestellungen der Studie

Das Ziel der Studie ist es, die Definition von Interprofessionalität weiter zu schärfen. Dies soll als Grundlage für die Weiterentwicklung des Themas Interprofessionalität und dessen Einbettung in einen grösseren gesundheitspolitischen Kontext dienen. Die Ergebnisse des Mandats sollen dem BAG helfen, eine klare Position zum Verständnis des Begriffs zu beziehen und die gesundheits- und bildungspolitische Diskussion zur Förderung einer wirksamen, patientenzentrierten und qualitativ hochwertigen interprofessionellen Gesundheitsversorgung mit den massgebenden Partnerinnen und Partnern aufzunehmen.

Die Fragestellungen gliedern sich entlang von drei Frageblöcken. Im **ersten Frageblock (Begriffsdefinition)** gilt es zu ermitteln, wie verschiedene Akteure der Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen die Begriffe «Interprofessionalität» bzw. «interprofessionelle Bildung» und «interprofessionelle Berufspraxis» verstehen, ob und inwiefern das Begriffsverständnis von der gängigen Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO (2010) abweicht und wie sich der Begriff von anderen verwandten Konzepten abgrenzen lässt bzw. inwiefern die Akteure aus Bildung und Berufspraxis diese Abgrenzung vornehmen. Konkret sollen also folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie wird der Begriff der interprofessionellen Bildung bzw. Berufspraxis in der Schweiz von involvierten Akteuren ausgelegt?
- Inwiefern grenzen die involvierten Akteure den Begriff der Interprofessionalität von anderen Konzepten ab, z.B. von koordinierter Versorgung, Multiprofessionalität, Interdisziplinarität, Transdisziplinarität, Task Shifting?
- Inwiefern ergeben sich Unterschiede in der Auslegung von Interprofessionalität zwischen den befragten Akteuren und der WHO-Definition? Lässt sich z.B. eine Ergänzung oder eine Konkretisierung der WHO-Definition erkennen?

Sofern es unterschiedliche Auslegearten von interprofessioneller Bildung bzw. Berufspraxis gibt, sollen diese im **zweiten Frageblock (Detailanalyse)** genauer betrachtet werden. Es gilt einerseits Mehrheitsmeinungen und Muster von verschiedenen Auslegeformen (z.B. in den Sprachregionen

⁶ Vgl. z.B. Charles/Alexander (2014).

oder zwischen verschiedenen Berufsgruppen) zu identifizieren und andererseits Probleme, die sich daraus ergeben, darzulegen:

- Welche Muster lassen sich bei den verschiedenen Auslegeformen beobachten, z.B. bezüglich (Sprach-)Regionen, Berufsgruppen oder Interventionsbereich (Setting)?
- Lassen sich Mehrheitsmeinungen beobachten und wenn ja, welche?
- Welche Probleme ergeben sich durch die unterschiedlichen Auslegeformen?

Auf Basis dieser analytischen Auslegeordnung gilt es schliesslich im **dritten Frageblock (Ausblick)** erste Hinweise abzuleiten, wie das BAG in Zukunft Interprofessionalität in Abgrenzung zu anderen Konzepten definieren könnte und in welchen Settings, Situationen, in Bezug auf welche Leistungen und welche Berufsgruppen sich die Förderung von Interprofessionalität priorisieren lässt.

- Lässt sich daraus ableiten, in welchen Settings, Situationen, in Bezug auf welche Leistungen und welche Berufsgruppen eine aktive Förderung der Interprofessionalität am wichtigsten und am dringendsten wäre (unter Berücksichtigung der sich wandelnden professionellen Tätigkeitsfelder und Berufsprofile)?

1.3 Empirisches Vorgehen

Um die in Abschnitt 1.2 aufgeworfenen Fragen zu beantworten, kamen drei aufeinander aufbauende empirische Bausteine zum Zuge: eine Literaturanalyse, Experteninterviews mit ausgewählten Fachpersonen und eine breit angelegte Online-Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis des Schweizer Gesundheitswesens. Das konkrete Vorgehen wird in den jeweiligen Kapiteln zu den einzelnen Bausteinen näher erläutert.

1.3.1 Literaturanalyse

Eine Literaturanalyse diente dazu, unterschiedliche Auslegungen, Verwendungen und verschiedene definitorische Elemente des Begriffs «Interprofessionalität» zu identifizieren und den Begriff von anderen ähnlichen Konzepten (z.B. koordinierte Versorgung, Multiprofessionalität) abzugrenzen. Sie trug damit einerseits zur Beantwortung der Fragen aus dem ersten Frageblock (Begriffsdefinition) bei (vgl. Abschnitt 1.2), diente aber andererseits auch als Grundlage für die Online-Befragung.

1.3.2 Interviews mit ausgewählten Fachpersonen

Um weitere Aspekte und Facetten von Interprofessionalität abzuleiten, mögliche Probleme zu erheben, die sich durch unterschiedliche Auslegeformen ergeben und die Grenzen von Interprofessionalität einerseits aus begrifflicher Sicht (was ist Interprofessionalität und was nicht?) andererseits aus praktischer Sicht (wo macht Interprofessionalität Sinn, wo nicht?) genauer abzustecken, wurden in einem zweiten Schritt telefonische Experteninterviews mit sieben ausgewählten Fachpersonen aus Berufspraxis und Bildung geführt (für eine Liste der befragten Personen vgl. Anhang 2). Die Experteninterviews gaben Hinweise auf die Beantwortung von Forschungsfragen aus allen drei Themenblöcken und dienten darüber hinaus als Grundlage für die Online-Befragung.

1.3.3 Online-Befragung

Um ein umfassendes Bild zu erhalten, wie der Begriff von Akteuren der Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen verstanden wird, folgte in einem dritten Schritt eine Online-Befragung. Diese sollte die Auslegung des Begriffs «Interprofessionalität» durch Akteure der Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen ermitteln (Frageblock 1) und Hinweise auf Mehrheitsmeinungen und allfällige Muster entlang unterschiedlicher Merkmale (Sprachregion, Berufsgruppe, Setting) geben (Frageblock 2).

1.4 Aufbau des Berichts

In Kapitel 2 werden die Erkenntnisse aus der Literaturanalyse dargelegt. Die Erkenntnisse aus den Experteninterviews mit Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen werden in Kapitel 3 aufgezeigt. Die Resultate der breit angelegten Online-Befragung finden sich in Kapitel 4. Die Erkenntnisse aus den drei empirischen Bausteinen und die Beantwortung der Forschungsfragen werden in Kapitel 5 in einer Synthese zusammengefasst.

2 Erkenntnisse aus der Literaturanalyse

Anhand der Literaturanalyse sollen unterschiedliche Auslegungen, Verwendungen und verschiedene definitorische Elemente des Begriffs «Interprofessionalität» identifiziert und der Begriff von anderen ähnlichen Konzepten (z.B. koordinierte Versorgung, Multiprofessionalität) abgegrenzt werden. Aus forschungsökonomischen Gründen konnte keine systematische Aufarbeitung des aktuellen Stands in wissenschaftlichen Zeitschriften vorgenommen werden. Stattdessen stützte sich die Analyse hauptsächlich auf Konzeptpapiere und Grundlagenstudien im schweizerischen Kontext. Ausgangspunkt der Analyse bildete die für die Schweiz zentrale Grundlagenliteratur zu Interprofessionalität (vgl. Anhang 1), wozu auch die Studien aus dem Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» gehören. Ausgehend von den darin enthaltenen Literaturverweisen und punktuell weiteren Recherchen wurden zudem zusätzliche relevante Materialien identifiziert.

2.1 Ausgangspunkt: WHO-Definition von Interprofessionalität

Das BAG stützte sich bereits 2013 im Bericht der Themengruppe «Interprofessionalität» (BAG 2013) und in den Grundlagen zum Förderprogramm (BAG 2017: 5) auf die Definition der WHO (2010: 10): «Interprofessional health-care teams understand how to optimize the skills of their members, share case management and provide better health-services to patients and the community». Die WHO-Definition von Interprofessionalität dürfte auch international einflussreich sein, wird der entsprechende Bericht doch gemäss Google Scholar in über 2'500 Studien zitiert.

Gemäss dem Konzept der WHO (2010) enthält Interprofessionalität zwei komplementäre Elemente: interprofessionelle Lehre oder Bildung⁷ (interprofessional education, IPE) von Gesundheitsfachpersonen schafft die Grundlage für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit bzw. Berufspraxis (collaborative practice, IPZ). **Interprofessionelle Bildung** findet statt, wenn «students from two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes» (WHO 2010: 13). Diese Definition ist sehr ähnlich wie die in der untersuchten Literatur ebenfalls oft zitierte Definition des britischen Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). Dieses definiert interprofessionelle Bildung als «occasions when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care».⁸ **Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Berufspraxis**⁹ ist dann gegeben, «when multiple health workers from different professional backgrounds provide comprehensive services by working with patients, their families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings» (WHO 2010: 13). Im WHO-Dokument wird der Aspekt der **Zusammenarbeit** («collaboration») näher definiert und von den Konzepten **Koordination** und **Kooperation** abgegrenzt. Zusammenarbeit beinhaltet auch Aspekte von Kreation und Synergie und ist dann gegeben, wenn durch sie ein gemeinsames Verständnis geschaffen wird, das

⁷ Der Begriff «Bildung» wird im vorliegenden Bericht breit verstanden und umfasst Aus-, Weiter- und Fortbildungen.

⁸ <https://www.caipe.org/about-us>; 5.11.2020

⁹ Laut WHO (2010: 13) beinhaltet die Berufspraxis klinische und nicht-klinische gesundheitsbezogene Arbeit wie Diagnose, Behandlung, Überwachung, Gesundheitskommunikation, Management und Hygienetechnik.

keiner oder keine der Beteiligten zuvor besessen hatte oder aus eigener Kraft hätte erreichen können (WHO 2010: 36).¹⁰

Die WHO-Definitionen der beiden Begriffe IPE und IPZ lassen sich jeweils verkürzt in drei Dimensionen unterteilen (Tabelle 2-1): Wer (1) tut was (2) wozu (3)? So ergeben sich Ansatzpunkte, um unterschiedliche Begriffsauslegungen bzw. Abweichungen einer Auslegung zur WHO-Definition von Interprofessionalität zu identifizieren: Das Begriffsverständnis kann auf diesen drei Dimensionen variieren bzw. kann zusätzliche Elemente umfassen, die über den Wortlaut der WHO-Definition hinausgehen.

Tabelle 2-1: WHO-Definition von Interprofessionalität (WHO 2010)

	Interprofessionelle Bildung	Interprofessionelle Zusammenarbeit
Wer?	Studierende / Lernende von mindestens zwei Professionen	Gesundheitsfachpersonen von mindestens zwei Professionen
Tut was?	Gemeinsames Lernen von-, über- und miteinander	• Gemeinsames Arbeiten mit Patientinnen/Patienten, deren Angehörigen und Gemeinschaften (communities) • Synergien nutzen
Wozu?	Ermöglichung von wirksamer (interprofessioneller) Zusammenarbeit	Gemeinsames neues Verständnis schaffen, dass nur durch Zusammenarbeit möglich ist
	Verbesserung der Gesundheitsergebnisse, höchste Versorgungsqualität gewährleisten	

2.2 Begriffsverwendung in der Schweiz

Die WHO-Definition von Interprofessionalität bleibt im schweizerischen Kontext bis heute massgebend: Von den 18 bisher publizierten Studien¹¹, welche im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» des BAG erstellt wurden, verweisen 12 explizit auf sie. Dies tun auch weitere Dokumente und Berichte wie z.B. die im September 2020 publizierte Charta 2.0 für Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen der Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW 2020: 4) und die Situationsanalyse der Careum Stiftung (2020: 5) über die interprofessionelle Ausbildung im Schweizer Gesundheitswesen.

Unterschiede in der Begriffsverwendung zeigen sich in der gesichteten schweizerischen Literatur vor allem bezüglich des Aspektes der *Zusammenarbeit* (Dimension «Was?» in Tabelle 2-1). Ein Teil der Studien und Berichte setzt sich nicht weiter mit diesem Begriff auseinander und legt IPZ so

¹⁰ «While coordination and cooperation lay the foundation for collaboration, they are not the same as collaborative practice, which takes cooperation one step further by engaging a collaborative practice-ready health workforce, poised to take on complex or emergent problems and solve them together» (WHO 2010: 20). «Collaboration (...) is not only about agreement and communication, but about creation and synergy. Collaboration occurs when two or more individuals from different backgrounds with complementary skills interact to create a shared understanding that none had previously possessed or could have come to on their own» (WHO 2010: 36).

¹¹ Stand 22.2.2021.

eher breit aus. Es finden sich aber andere Studien, die zwischen verschiedenen Stufen und Intensitätsgraden von Zusammenarbeit unterscheiden und so die auch im WHO-Konzept vorgenommene Differenzierung zwischen Koordination, Kooperation und Kollaboration aufgreifen (z.B. Liesch et al. 2020; Oetterli et al. 2017; SAMW 2017). Weitere Berichte vertiefen das WHO-Konzept und zielen darauf ab, die Begriffe Interprofessionalität bzw. IPZ mit konkretem Inhalt zu füllen und Kernmerkmale herauszuarbeiten (z.B. BAG 2013; Gurtner/Wettstein 2019; Kaiser et al. 2019; Sottas/Kissmann 2015; Wagner et al. 2019). Dabei sind grosse inhaltliche Ähnlichkeiten festzustellen. Kernelemente von IPZ sind gemäss diesen Berichten und Studien:

- eine gemeinsame Sicht auf Patientinnen und Patienten und ihren Weg,
- der Austausch und das gemeinsame Interpretieren von Informationen,
- die geteilte, gemeinsame Entscheidungsfindung über das Vorgehen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten.

Viele Studien weisen zudem die *Zusammenarbeit auf Augenhöhe* als wichtiges Kernelement einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit aus (z.B. Gurtner/Wettstein 2019; Kaiser et al. 2019; SAMW 2017). In interprofessionellen Teams gibt es demgemäss *keine starren Hierarchien* mehr (Gurtner/Wettstein 2019: 8; Kaiser et al. 2019: 12), sondern die Mitglieder begegnen sich auf Augenhöhe und anerkennen, dass es ein Miteinander braucht (BAG 2017: 6). Zum Aspekt der Hierarchie sagt die WHO-Definition nichts, sie ist diesbezüglich offen. Die Zusammenarbeit auf Augenhöhe wird in der Definition der WHO nicht explizit betont; es findet sich jedoch ein Verweis darauf, dass IPE zu einer Anerkennung der Tatsache führt, dass die Ansichten jeder Gesundheitsfachperson gleichermassen gültig und wichtig sind (WHO 2010: 20). Bei diesem Punkt handelt es sich wahrscheinlich eher um einen Erfolgsfaktor für interprofessionelle Zusammenarbeit als um einen definierenden Faktor, der interprofessionelle Zusammenarbeit von anderen Formen der Zusammenarbeit abgrenzen kann.

Ein anderes in der Literatur erwähntes Merkmal von IPZ ist, dass die Führung in einem Team nicht eindeutig einer bestimmten Person oder Profession zukommt, sondern dass je nach konkreter Situation die dafür am besten qualifizierte Person die Führung übernimmt (Gurtner/Wettstein 2019: 8).

Mehrere Studien und Berichte äussern sich zu den *Voraussetzungen* oder *Erfolgsbedingungen* für IPZ (BAG 2013: 27ff.; Gurtner/Wettstein 2019). Diese betreffen die einzelnen beteiligten Personen (Kompetenzen, Rollen), die interprofessionellen Teams (Organisation, Arbeitsweise), technische Hilfsmittel oder die institutionellen Rahmenbedingungen innerhalb einer Versorgungseinrichtung. Die Studie von Kaiser et al. (2019) beschreibt zudem verschiedene in der Praxis vorgefundene *Formate* von IPZ: Rapport/Fallbesprechung (ohne Patienteneinbezug) oder das Gespräch mit Patienteneinbezug. Diese Voraussetzungen und Formate sollten nicht mit definitorischen Merkmalen von Interprofessionalität verwechselt werden.

Die WHO-Definition geht davon aus, dass Patientinnen und Patienten und ihr Umfeld an IPZ beteiligt sind. Allerdings lässt die Formulierung «work with» offen, welche Rolle ihnen bei der Entscheidungsfindung über ihre Versorgung konkret zukommt. Entsprechend finden sich bezüglich dieses Aspekts Unterschiede in der betrachteten Literatur. Ein Teil davon fasst den Einbezug von

Patientinnen und Patienten als Element von IPZ auf – als Voraussetzung für patientenorientierte Versorgung oder als Ziel von IPZ. Andere Studien blenden diesen Aspekt gänzlich aus. Dies erklärt sich vermutlich mit deren thematischem Fokus. Für Arbeiten, die sich mit der Funktionsweise von interprofessionellen Teams und der teaminternen Zusammenarbeit befassen, ist der Patienteneinbezug kein zentrales Thema.

Richtungsweisend für das Begriffsverständnis in der Schweiz könnte künftig die Charta 2.0 für Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen der SAMW sein. Sie entspricht einem Konsens, den eine Arbeitsgruppe bestehend aus Fachleuten aus dem Gesundheitswesen erarbeitet hat. Die SAMW sieht diese Charta 2.0 als Orientierungshilfe für in der Gesundheitsversorgung tätige Fachleute, Berufsverbände und Institutionen.¹² Indem diese Akteure die Charta als verbindlich erklären, soll zum Ausdruck kommen, dass der Wille besteht, «interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und umzusetzen» (SAMW 2020: 3). Die Charta enthält 10 Kernelemente und Verpflichtungen, in denen sich auch einige Aspekte aus der WHO-Definition wiederfinden. So die Involvierung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen («1. Betroffene und Angehörige sind in die interprofessionelle Zusammenarbeit partnerschaftlich eingebunden.»), die Komplementarität von interprofessioneller Bildung und interprofessioneller Zusammenarbeit («7. Eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit basiert auf der Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen in Aus-, Weiter- und Fortbildung.») und der Gedanke, dass durch die Zusammenarbeit etwas Neues entsteht, was sich in einer gemeinsamen Entscheidungsfindung äussert («3. Die interprofessionelle Entscheidungsfindung ist zentraler Bestandteil der interprofessionellen Zusammenarbeit. Sie erlaubt eine integrierte Versorgung und ist entsprechend koordiniert.»). Die WHO-Definition sieht als Ziel von Interprofessionalität ziemlich allgemein die Verbesserung von Gesundheitsergebnissen bzw. das Garantieren der höchsten Versorgungsqualität, wobei an gewissen Stellen des Berichts auch weitere Ziele bzw. Verbesserungen dargelegt sind, die aus der IPE und IPZ resultieren können (z.B. bessere Patientenresultat, höhere Arbeitsmoral). Die Charta ist hier präziser und konzentriert auf den Nutzen für Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen (vgl. Punkt 2). Die Charta enthält zudem Punkte, welche die Ausgestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit beschreiben (vgl. Punkte 4 und 5), welche die Förderung von interprofessioneller Zusammenarbeit ansprechen (vgl. Punkte 6, 9 und 10) und einen Punkt, der das Verhältnis zu integrierter Behandlung und Betreuung beschreibt (vgl. Punkt 8).

2.3 Abgrenzung von anderen Begriffen und Konzepten

Die differenzierte Betrachtung der WHO-Definition von Interprofessionalität (Abschnitt 2.1) erlaubt auch deren Abgrenzung von anderen, verwandten Begriffen und Konzepten, die in der Literatur teilweise synonym verwendet und nicht klar unterschieden werden (vgl. Charles/Alexander 2014; Mahler et al. 2014: 3; Wider 2011: 7).

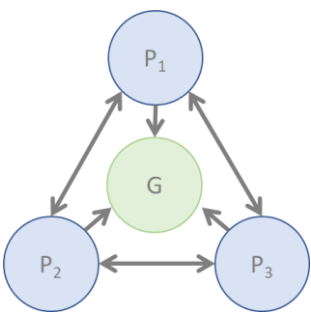
¹² Mehrere weitere Organisationen und Verbände (z.B. Plattform Interprofessionalität in der Grundversorgung, mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz, FMH) haben Positionspapiere zum Thema Interprofessionalität verfasst. Diese flossen jedoch nicht in die Literaturanalyse ein.

So lässt sich Interprofessionalität bspw. von **Interdisziplinarität** abgrenzen. Während Interdisziplinarität die Zusammenarbeit von verschiedenen Personen mit demselben Beruf, aber aus unterschiedlichen Fachrichtungen bzw. Disziplinen beschreibt (z.B. ärztliches Personal aus verschiedenen Fachrichtungen) (BAG 2013: 8), versteht man unter Interprofessionalität die Zusammenarbeit von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen (z.B. Pflegepersonal und ärztliches Personal) (Gurtner/Wettstein 2019: S. 8).

Um die Unterschiede zwischen den Begriffen **Multi-, Inter- und Transprofessionalität** zu verstehen, hilft es, sich die drei Begriffe als Kontinuum vorzustellen, bei der der Kooperationsgrad, also die Intensität der Zusammenarbeit, stetig zunimmt (Oetterli et al. 2017: 2). Die Grenzen zwischen den Begriffen sind somit wohl nicht trennscharf zu bestimmen, insbesondere zwischen inter- und transprofessioneller Zusammenarbeit (Wider 2011: 7). Anhand der gesichteten Literatur lassen sich die verschiedenen Grade der Zusammenarbeit wie folgt charakterisieren (Tabelle 2-2):

Tabelle 2-2: Intensitätsgrade von Zusammenarbeit

	Eigenschaften	Visualisierung gemäss Wider (2011: 10)
Multiprofessionalität	- Angehörige verschiedener Professionen arbeiten weitgehend unabhängig nebeneinander (parallel oder sequenziell) - Arbeitsteilung gemäss der jeweiligen Aufgaben- und Kompetenzbereiche, alle beziehen sich auf ihr jeweiliges Wissen und ihre Fähigkeiten - jede Perspektive bleibt für sich bestehen, keine übergreifende Gesamtschau - Professionsgrenzen bleiben bestehen	
Interprofessionalität	- Angehörige verschiedener Professionen arbeiten miteinander (gleichzeitig) aus ihrer jeweiligen Perspektive - Aufgaben überschneiden sich teilweise - Austausch, Interaktion, Integration und Synthese von Wissen und Fähigkeiten - gemeinsame Problemsicht, Verknüpfung von verschiedenen Einzelaspekten; verschiedene sich ergänzende Perspektiven werden zu einer umfassenden Gesamtsicht zusammengeführt. Dadurch wird ein gemeinsames Verständnis geschaffen, das keiner oder keine der Beteiligten zuvor besessen hatte oder aus eigener Kraft hätte erreichen können - gemeinsame Entscheidungsfindung - Professionsgrenzen werden wechselseitig anerkannt, aber überschritten	

Transprofessionalität	• Angehörige verschiedener Professionen arbeiten miteinander (gleichzeitig) aus einer gemeinsamen, professionsübergreifenden Perspektive • Verschiedene Perspektiven werden zu etwas Neuem, Übergreifendem und Übergeordnetem zusammengeführt • Kompetenzen sind wechselseitig austauschbar • Integration, Wandel und Transformation professioneller Orientierung, Schaffung neuer Strukturen • Professionsgrenzen werden aufgelöst	
------------------------------	---	---

Eigene Darstellung anhand von Mahler et al. 2014, Oetterli et al. 2017, Wider 2011, WHO 2010.

Legende zur Visualisierung: P = Profession; G = betrachtete gesundheitliche Problemlage

Weiter scheint es wichtig, den Begriff der Interprofessionalität in Beziehung zu verwandten Konzepten von Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung zu setzen:

Task Sharing bzw. **Task Shifting** bezeichnen verschiedene Formen der Organisation von Aufgaben und Rollen zwischen verschiedenen Fachpersonen der Gesundheitsversorgung (WHO 2017). Task Shifting bedeutet die Übertragung bestimmter Tätigkeiten von einer Profession an eine andere – in der Regel von höher zu tiefer qualifizierten Professionen, z.B. von einem Arzt an eine Advanced Practice Nurse (Schmelzer et al. 2020: 7). Beim Task Sharing wird der Kreis der Professionen, die zur Ausübung bestimmter Tätigkeiten befugt sind, ausgeweitet. Die Zuständigkeit wird nicht vollständig von einer Profession auf die andere übertragen, sondern zwischen diesen geteilt. Somit bestehen durchaus Überlappungen zum Konzept der Interprofessionalität, v.a. beim Task Sharing. Die Kompetenzausweitung einer Profession oder die Kompetenzübertragung von einer Profession an die andere ohne geteilte Verantwortung entsprechen jedoch nicht der Definition interprofessioneller Zusammenarbeit, da dabei Elemente wie der Austausch und die gemeinsame Entscheidungsfindung fehlen und das jeweilige Wissen der beiden Berufsgruppen nicht kombiniert wird. Bei der Ausarbeitung und Einführung von Task Shifting ist die Abstimmung zwischen den involvierten Berufsgruppen jedoch notwendig und kommt es damit zu interprofessioneller Zusammenarbeit (Schmelzer et al. 2020: 20).¹³ IPZ kann so eine Grundlage für Task Shifting sein; wird die beschlossene Aufgaben- und Kompetenzverschiebung jedoch umgesetzt, kann nicht mehr automatisch von IPZ gesprochen werden.

Koordinierte Versorgung bezeichnet gemäss BAG «die Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern. Im Zentrum steht die Patientin bzw. der Patient: Die Koordination und Integration erfolgen entlang der ganzen Behandlung und Betreuung.»¹⁴ Gemäss dieser Definition kann koordinierte Versorgung als Sammelkategorie oder allgemeiner Oberbegriff angesehen werden. IPZ ist darin eines der angesprochenen Verfahren. Beiden Begriffen gemeinsam ist, dass sie die

¹³ Allerdings sind in einem solchen Prozess der Rollenklärung Patientinnen und Patienten vermutlich nicht involviert.

¹⁴ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>; 22.10.2020.

Verbesserung der Behandlung als Ziel haben und die Patientin und den Patienten in den Fokus setzen. Die Abgrenzung findet sich darin, dass sich die beiden Konzepte auf unterschiedliche Ebenen beziehen: koordinierte Versorgung betrifft die Zusammenarbeit *zwischen* verschiedenen Versorgungsbereichen und Settings, während IPZ meist die Zusammenarbeit *innerhalb* einzelner Schritte oder Glieder dieser Kette bzw. eines einzelnen Settings meint.

2.4 Unterschiede im Begriffsverständnis und der Begriffsverwendung

Gemäss der oben erfolgten Literaturanalyse (Abschnitt 2.2) scheint im schweizerischen Kontext eine gewisse Einigkeit über die Definition von Interprofessionalität zu bestehen. Bezüglich der tatsächlichen Verwendung des Begriffs fanden einzelne Studien im Rahmen des Förderprogramms Interprofessionalität jedoch Hinweise auf ein unterschiedliches Begriffsverständnis zwischen verschiedenen Berufsgruppen (Wagner et al. 2019: 31) und zwischen der französischsprachigen und der deutschsprachigen Schweiz (Huber 2019: 61). Erstere wurden in der betreffenden Studie nicht weiter ausgeführt. Letztere betrafen vor allem die Gewichtung und Formulierung einzelner Kompetenzbeschreibungen, die für IPZ als relevant gesehen werden.

Aus der Optik der im Gesundheitswesen tätigen Fachleute zeigt sich, dass der Begriff Interprofessionalität je nach Setting¹⁵ unterschiedlich verstanden wird (DiazGranados et al. 2018; Schmitz et al. 2017). Die Ausgestaltung und Form der interprofessionellen Zusammenarbeit hängen von der Struktur, den praktizierten Abläufen und finanziellen Rahmenbedingungen des jeweiligen Settings ab (BAG 2017: 6). Es ist deshalb naheliegend, dass Professionelle aus unterschiedlichen Settings in ihrer subjektiven Wahrnehmung unterschiedliche Vorstellungen von Interprofessionalität haben (Careum 2020: 5). Die Studie der SAMW (2017) hat das anhand von 25 Interviews mit Fachpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen aus fünf verschiedenen Settings untersucht und drei Modi von interprofessioneller Zusammenarbeit abgeleitet: koordinative Verdichtung, projekthafte Verdichtungen und ko-kreative Verdichtung. Die Charakterisierungen dieser Modi entsprechen in weiten Teilen den in Tabelle 2-2 unterschiedenen Intensitätsgraden von Zusammenarbeit. Die Studie trifft jedoch keine Unterscheidung zwischen Inter-, Multi- und Transprofessionalität, sondern fasst alle identifizierten Modi unter dem Konzept der Interprofessionalität zusammen und sieht sie als verschiedene Ausprägungen davon. Die SAMW-Studie charakterisiert nun aber die Kontexte und Settings, in denen die verschiedenen Zusammenarbeitsmodi beobachtet werden konnten:

Die **koordinative Verdichtung** beschreibt eine Form der Zusammenarbeit, in der verschiedene Berufsgruppen entlang relativ klar definierter und arbeitsteiliger Handlungsmuster scheinbar reibungslos miteinander arbeiten. Sie ist geprägt von klar definierten Rollen, in der alle ihre Aufgaben kennen und wahrnehmen. Koordinative Verdichtung findet oft in einer krisenhaften Zeitknappheit statt (z.B. Reanimation oder operative Eingriffe). Flache Hierarchien sind dabei weniger wichtig, sondern der Arzt bzw. die Ärztin hat hier klar Deutungs- und Delegationshoheit. Die koordinative

¹⁵ Unter Setting werden nachfolgend Versorgungssituationen verstanden (z.B. Grundversorgung, chirurgische Versorgung, psychiatrische Versorgung oder Palliativ-Versorgung).

Verdichtung entspricht damit gemäss der Unterscheidung in Tabelle 2-2 weitgehend einer multi-professionellen Zusammenarbeit. So ist z.B. das für IPZ definitorische Element der gemeinsamen Entscheidungsfindung nicht gegeben und werden die einzelnen professionsspezifischen Perspektiven nicht zu einer gemeinsamen Problemsicht verknüpft.

Ko-kreative Verdichtung kommt vor allem in Settings vor, die sich durch vergleichsweise grosse Zeitressourcen und uneindeutige und komplexe Situationen auszeichnen. Ein typisches Setting ist die palliative Betreuung. Hier hat nicht eine Profession die Dominanz über die anderen, sondern Lösungen müssen immer miteinander und unter Einbezug der Patientinnen und Patienten gesucht werden. Die Individualität der Patientinnen und Patienten ist grösser als bei der koordinativen Verdichtung, weshalb es individuelle Lösungen und nicht klar strukturierte Vorgehensweisen benötigt. Beteiligte Berufsgruppen müssen ihre eigenen Kenntnisse immer wieder anpassen und in Bezug zu den anderen Beteiligten setzen. Die ko-kreative Verdichtung befindet sich gemäss der Unterscheidung in Tabelle 2-2 an der Grenze zwischen inter- und transprofessioneller Zusammenarbeit.

Die dritte Form gelingender IPZ, die **projekthafte Verdichtung**, befindet sich zwischen den beiden Polen der koordinativen und ko-kreativen Verdichtung. Diese Form der Zusammenarbeit ist nicht geprägt durch die Krisenhaftigkeit einer Situation oder die Individualität eines Falles, sondern durch den konkreten Abstimmungs- und Koordinationsbedarf der involvierten Berufsgruppen. Diese suchen aufgrund von sich wiederholenden gesundheitsversorgerischen Problemlagen Wege, um diese punktuell oder organisatorisch zu lösen. Typische Beispiele sind z.B. runde Tische oder interprofessionelle Tumorboards. Die projekthafte Verdichtung entspricht somit der interprofessionellen Zusammenarbeit gemäss der Unterscheidung in Tabelle 2-2.

Eine andere Ebene unterschiedlicher Begriffsverständnisse findet sich in der Literatur. Haddara und Lingard (2013) identifizierten in einer diskursanalytischen Untersuchung der Begriffsverwendung in 188 Studien über Interprofessionalität, die zwischen 1960 bis 2011 publiziert wurden, zwei dominante Diskurse in der Literatur: Der utilitaristische Diskurs konzentriert sich vor allem auf Effizienzgewinne, die durch IPZ entstehen können, während der emanzipatorische Diskurs auf Hierarchien fokussiert und IPZ als ein Mittel sieht, um die Dominanz einer Berufsgruppe gegenüber einer anderen aufzubrechen und Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu installieren. Diese beiden Verwendungen des Begriffs «Interprofessionalität» dienen jeweils dazu, Ansprüche zu äussern, welche Ziele durch die Förderung von Interprofessionalität erreicht werden sollen. Damit unterscheiden sich die Begriffsverständnisse auf der Dimension des «wozu» (vgl. Tabelle 2-1). Ob sich diese Diskurse auch in der schweizerischen Literatur über Interprofessionalität finden, wurde im Rahmen der Literaturanalyse nicht erhoben.

2.5 Fazit

Im schweizerischen Kontext ist die WHO-Definition von Interprofessionalität dominant. Sie bewegt sich auf einer sehr allgemeinen Ebene, manche sprechen sogar von einer begrifflichen Unbestimmtheit (SAMW 2017: 18). Dies führt dazu, dass der Begriff je nach Setting mit weiterer Bedeutung gefüllt wird. Dies zeigt sich beispielhaft an der Studie der SAMW (2017), die aufzeigt, dass IPZ je nach Setting unterschiedlich wahrgenommen wird. Es finden sich jedoch auch Berichte, die

das WHO-Konzept vertiefen und darauf abzielen, die Begriffe Interprofessionalität bzw. IPZ mit konkretem Inhalt zu füllen und Kernmerkmale herauszuarbeiten (z.B. BAG 2013; Gurtner/Wettstein 2019; Kaiser et al. 2019; Sottas/Kissmann 2015; Wagner et al. 2019).

Die definitorische Unschärfe betrifft hauptsächlich die konkrete Ausprägung der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen unterschiedlicher Professionen. Diesbezüglich finden sich verschiedene Kategorisierungen, die sich inhaltlich wenig voneinander unterscheiden, mit denen jedoch in der Literatur unterschiedlich umgegangen wird:

- In einer engen Auslegung wird Interprofessionalität als einer von mehreren Intensitätsgraden von Zusammenarbeit betrachtet und von anderen Graden (Multi- bzw. Transprofessionalität) abgegrenzt (vgl. Tabelle 2-2).
- In einer breiten Auslegung werden die Begriffe Multi-, Inter- und Transprofessionalität unter dem Konzept IPZ subsumiert und als unterschiedliche Intensitätsgrade davon interpretiert (z.B. Oetterli et al. 2017; SAMW 2017).

Gemäss Haddara und Lingard (2013) zeigen sich in der Literatur zudem auch Unterschiede darin, welche Ziele durch die Förderung von Interprofessionalität erreicht werden sollen. Sie unterscheiden diesbezüglich zwischen einem utilitaristischen und einem emanzipatorischen Diskurs. Ersterer legt den Fokus auf Effizienzgewinne in der Versorgung, letzterer auf die Überwindung von Hierarchieverhältnissen zwischen verschiedenen Berufsgruppen.

3 Erkenntnisse aus den Experteninterviews mit Fachpersonen

Telefonische Interviews mit sieben ausgewählten Fachpersonen aus Berufspraxis und Bildung (vgl. Anhang 2) sollten die Literaturanalyse ergänzen, mögliche Probleme ermitteln, die sich durch unterschiedliche Auslegeformen ergeben und die Grenzen von Interprofessionalität einerseits aus begrifflicher Sicht (was ist Interprofessionalität und was nicht?) andererseits aus praktischer Sicht (wo macht Interprofessionalität Sinn, wo nicht?) genauer abstecken. Die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner nahm das Forschungsteam gemeinsam mit dem BAG vor. Die Auftraggeberin schlug zu diesem Zweck ihr bekannte Fachpersonen aus verschiedenen Settings und Berufen vor.

Im folgenden Kapitel werden zuerst die Gesprächsaussagen zusammenfassend dargestellt (Abschnitte 3.1 bis 3.3). Dabei ist zu beachten, dass die Expertinnen und Experten in den Interviews ihre persönliche Sicht äusserten, die auch durch deren spezifischen Hintergrund und ihre Erfahrungen geprägt sein kann. In den Abschnitten 3.1 bis 3.3 werden ihre Meinung und Wahrnehmung meist unkommentiert wiedergegeben. Abschnitt 3.1 zeigt, wie die befragten Personen interprofessionelle Berufspraxis und interprofessionelle Bildung verstehen. Anschliessend werden in Abschnitt 3.2 Hinweise auf unterschiedliche Begriffsverständnisse und sich daraus ergebende Probleme aus der Erfahrung der Expertinnen und Experten angesprochen. Abschnitt 3.3 zeigt, wo die befragten Personen in der interprofessionellen Berufspraxis und Bildung besonderen Förderungsbedarf sehen und wo eher nicht. Nach diesen zusammenfassenden Darstellungen wird in Abschnitt 3.4 ein Fazit gezogen.

3.1 Begriffsklärung

3.1.1 Interprofessionelle Berufspraxis

Begriffsdefinition

Zwei Personen stützen ihre Definition von Interprofessionalität explizit auf die WHO-Definition ab, eine davon zusätzlich noch auf die Definition des CAIPE. Dies zeigt einmal mehr die Wichtigkeit der WHO-Definition im schweizerischen Kontext. Die restlichen fünf befragten Personen erläuterten nicht näher, worauf sie ihre Definition stützen. Sie wurden jedoch auch nicht explizit danach gefragt.

Auf einer allgemeinen Ebene und mit einer breiten Begriffsauslegung (vgl. Abschnitt 2.5) lässt sich Interprofessionalität gemäss den Interviewaussagen als die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen zusammenfassen. Diese Auslegung wurde aber in den meisten Interviews noch weiter ausdifferenziert.

Als Grundlage für die interprofessionelle Zusammenarbeit nennt eine Person die Bildung. Einige Personen beschrieben, was für sie das Ziel interprofessioneller Zusammenarbeit ist: Durch ein Abstimmen und Abgleichen sollen neue Ergebnisse erreicht und gemeinsame Entscheide getroffen werden. Zudem sei es wichtig, ein gemeinsames Ziel zu verfolgen.

Verschiedentlich wurde beschrieben, wie interprofessionelle Zusammenarbeit ausgestaltet ist und insbesondere, was das für den Umgang der involvierten Personen untereinander bedeutet: Ein wichtiger Punkt dabei ist die Begegnung auf Augenhöhe, in der jede Profession als gleichwertig betrachtet wird und kein Konkurrenzgefühl besteht. Auch wies eine Person darauf hin, dass in der IPZ flache Hierarchien bestehen. Die Informationen der Patientin oder des Patienten soll dabei jeweils durch die dafür am besten geeignete Person erfolgen. Hervorgehoben wurden zudem der stetige Austausch und die Kommunikation, dass man einander zuhört und voneinander lernt. Zwei Personen wiesen darauf hin, dass die Haltung für die interprofessionelle Zusammenarbeit entscheidend sei. Dazu gehört z.B., dass man eine Wertschätzung hat für die anderen Berufe und dass man die Wichtigkeit des Miteinanders anerkennt. Zusammenarbeit ermögliche einen gesamtheitlichen Fokus, den es in einem stark fragmentierten Gesundheitswesen brauche.

Fünf der befragten Fachpersonen gingen auf die Rolle der Patientinnen und Patienten in der interprofessionellen Zusammenarbeit ein. Zwei davon finden es zentral, dass diese mitbestimmen können und dass ihre Perspektive stark miteinbezogen wird. Die anderen drei Personen betonten weniger den aktiven Einbezug der Patientinnen und Patienten, sondern sehen diese als Fokuspunkt, auf den Interprofessionalität ausgerichtet sein soll. Mit Interprofessionalität möchte man eine optimale Versorgungsqualität erreichen, und diese lasse sich am besten am Wohl der Patientinnen und Patienten messen.

Begriffsabgrenzung

Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden gebeten, den Begriff Interprofessionalität von anderen ähnlichen Konzepten und Begriffen wie z.B. Multiprofessionalität und Interdisziplinarität abzugrenzen. Eine Person konnte keine Begriffsabgrenzung vornehmen. Die anderen Interviewpartnerinnen und -partner nahmen teils punktuelle Abgrenzungen zu anderen Begriffen vor, definierten teilweise aber auch ausführlich andere Begriffe und setzten sie in ein Verhältnis zu Interprofessionalität.

Eine Person nahm dieselbe Unterscheidung zwischen multiprofessionell, interprofessionell und transprofessionell dar, wie sie sich auch aus der Literaturanalyse ergibt (vgl. Tabelle 2-2). Gleichzeitig merkte diese Person aber auch an, dass diese Begriffe in der Regel im Arbeitsalltag nicht differenziert verwendet werden. Eine zweite Person grenzte die Interprofessionalität ähnlich wie in der Literaturanalyse dargelegt von der Multiprofessionalität ab. Zwei Personen erwähnten explizit, dass sie die beiden Begriffe nicht voneinander abgrenzen können.

Eine Person nahm eine von der Literaturanalyse abweichende Unterscheidung der Begriffe Interdisziplinarität und Interprofessionalität vor und beschrieb Interdisziplinarität als ein punktuelles Weiterverweisen an oder Beiziehen von anderen Fachpersonen (z.B. einem Kardiologen), ohne dass eine wirkliche Zusammenarbeit erfolgt. Punktuell wurde Interdisziplinarität von anderen Personen aber auch gleich verwendet wie in der Literatur. Als Beispiel für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit nannte eine Person Tumor-Boards, da daran in der Regel nur Ärztinnen und Ärzte teilnehmen.

Eine Person legte eine Einteilung in drei verschiedene Arbeitsformen im Gesundheitswesen dar: Die erste Form ist das *professionelle Arbeiten*, bei dem eine Gesundheitsfachperson für sich arbeitet, ohne dass es eine Abstimmung mit anderen Berufsgruppen braucht. Die zweite Form ist eine Zusammenarbeit, in der eine *Abstimmung* erfolgt. Typische Beispiele dafür sind die normale Visite oder die Absprache über das weitere Vorgehen zwischen einer medizinischen Praxisassistentin und einem Arzt. Die dritte Form ist die *interprofessionelle Zusammenarbeit*. In der IPZ sollen Ergebnisse erzielt werden, zu denen man ohne die Zusammenarbeit nicht gekommen wäre, was eine intensive Auseinandersetzung mit dem zu behandelnden Fall erfordert. Gemäss dieser Einteilung ist interprofessionelle Zusammenarbeit nur bei einer Minderheit der im Gesundheitswesen betreuten Fälle erforderlich. Meist reiche professionelles Arbeiten oder eine Abstimmung zwischen verschiedenen Professionen aus.

In Zusammenhang mit der Abgrenzung von ähnlichen Begriffen und Konzepten legten einige Interviewpartnerinnen und -partner Grenzen der IPZ dar:

- Zwei Personen sind der Ansicht, bei blosser Koordination zwischen verschiedenen Berufsgruppen ohne gemeinsame Entscheidungsfindung oder ohne Rückkoppelung handle es sich nicht um IPZ. Dies entspricht der oben dargelegten zweiten Arbeitsform im Gesundheitswesen (Abstimmung).
- Zwei Personen sind der Ansicht, dass es sich nicht um Interprofessionalität handelt, wenn die Patientin bzw. der Patient nicht involviert ist oder die Patientenperspektive fehlt.
- Wenn verschiedene Berufsgruppen den Patienten nacheinander und nicht miteinander betreuen, handelt es sich nicht um IPZ.
- Wenn Kommunikation nur auf dem Verordnungsweg stattfindet, handelt es sich nicht um IPZ.
- Wenn nicht alle in die Versorgung eines Patienten oder einer Patientin involvierten Berufsgruppen an einen interprofessionellen Austausch eingeladen werden, handelt es sich nicht um IPZ.
- Obwohl bei einem Rapport verschiedene Berufsgruppen teilnehmen, ist das keine Form von IPZ, da eine gemeinsam verfolgte Zielsetzung fehlt.

Nutzen von Interprofessionalität

In den Interviews wurde gefragt, worin die Expertinnen und Experten den Nutzen von IPZ sehen. Die Antworten lassen sich dabei in drei verschiedene Nutzenkategorien unterteilen:

Auf einer allgemeinen Ebene kann IPZ zu einer besseren Qualität in der Versorgung führen und die Effizienz steigern. Die Qualität ist dabei deshalb besser, weil das Wissen der Gruppe grösser ist, als was jeder Einzelne allein hätte leisten können. Indem alle Beteiligten ihr spezifisches Fachwissen und ihre Stärken in die Zusammenarbeit einbringen, kann ein umfassenderes Bild von komplexen und vielschichtigen gesundheitlichen Problemen gewonnen werden.

Die IPZ nützt in besonderem Masse den Patientinnen und Patienten. So sagen denn auch einige der befragten Fachpersonen, dass dies auch das hauptsächliche Ziel von IPZ sein soll. Konkret

kann IPZ den Outcome für die Patientinnen und Patienten verbessern, sie kann ihnen Vertrauen geben, und es kann ihre Rolle stärken, wenn sie aktiv in die Zusammenarbeit einbezogen werden.

Auch für die Gesundheitsfachpersonen selbst kann IPZ gemäss mehrerer Interviewaussagen positive Auswirkungen haben: Eine gut funktionierende Interprofessionalität kann die Zusammenarbeit im Team verbessern, weil weniger Grabenkämpfe bestehen und das Machtgefälle reduziert wird. Zudem begegnet man sich mit mehr Respekt und Verständnis füreinander, was Vertrauen schafft. Nicht zuletzt kann Interprofessionalität für den Nachwuchs attraktiv sein, indem sie berufliche Entwicklungsperspektiven schafft (z.B. Weiterbildung von medizinischen Praxisassistentinnen zu medizinischen Praxiskoordinatorinnen).

3.1.2 Interprofessionelle Bildung

Begriffsdefinition

Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden gebeten, ihre Definition von interprofessioneller Bildung darzulegen. Hier konnten nicht alle Personen im gleichen Masse Auskunft geben, da teilweise Erfahrungen in diesem Bereich fehlten.

Eine Person definierte zuerst ausführlich den Begriff «Lernen». Lernen bestehe aus drei Dimensionen: Wissen, Können und Haltung. Wissen über andere Berufe zu haben, reiche allein nicht aus, sondern es brauche ein «Können». Dieses erreiche man am besten, indem man miteinander übt und so sozialisiert werde. Wenn dies in einem interprofessionellen Umfeld (z.B. in Simulationslaboratorien) geschieht, kann eine Haltung geschaffen werden, die Interprofessionalität positiv gegenübersteht.

Verschiedentlich wurde darauf eingegangen, wie interprofessionelle Bildung ausgestaltet sein sollte. Verschiedene Personen erwähnten diesbezüglich, dass Lernende und Studierende aus verschiedenen Professionen gemeinsam unterrichtet werden sollten. Eine Person ist darüber hinaus der Ansicht, dass die Inhalte interprofessionell relevant sein müssen, also z.B. berufsspezifisches Wissen übereinander vermitteln. Es brauche ein Lernen miteinander und übereinander. Auch Angehörige und Betroffene sollten gemäss einer Person in die interprofessionelle Bildung einbezogen werden.¹⁶ Dies soll ein besseres Verständnis für die Alltagsschwierigkeiten von Patientinnen und Patienten schaffen. Die Dozentinnen und Dozenten interprofessioneller Bildungsangebote sollten als Rollenvorbilder agieren und andere Berufsgruppen nicht als Bedrohung, sondern als Bereicherung wahrnehmen.

Die Expertinnen und Experten nannten zudem verschiedene Ziele, die mit interprofessioneller Bildung erreicht werden können und sollen. Die interprofessionelle Bildung soll optimale Voraussetzungen bieten, damit in einem interprofessionellen Team gearbeitet werden kann. Dazu gehört z.B. die Fähigkeit, mit anderen Berufsgruppen zu kommunizieren und zu interagieren. Gerade in

¹⁶ Das könnte z.B. so aussehen, dass Betroffene erzählen, wie es sich anfühlt, ein bestimmtes Medikament (z.B. ein Antipsychotikum) einzunehmen.

der Ausbildung bewege man sich oft sehr silohaft, was das Bilden einer gemeinsamen Kultur erschwere. Durch die Integration von interprofessionellen Elementen in die Ausbildung können solche Silos bereits früh überwunden werden. Weiter soll Wissen über andere Berufsgruppen vermittelt werden, was man z.B. anhand von Patientenpfaden erklären könne. Gemäss einer Person braucht es aber nicht nur das Wissen über andere Personen, sondern auch die Fähigkeit, dieses in Bezug zur eigenen Profession zu setzen (z.B. müsste eine Physiotherapeutin herausfinden, welche Haltung es braucht, damit sie bei der Mobilisierung einer Gebärenden mit einer Hebamme zusammenarbeiten kann).

Nutzen

Interprofessionelle Bildung kann gemäss den Expertinnen und Experten einen vielfältigen Nutzen haben. Wenn Gesundheitsfachpersonen bereits in der Ausbildung Wissen über andere Berufsgruppen erhalten und Erfahrungen mit ihnen sammeln, vereinfache dies die spätere Zusammenarbeit: Man entwickle die Fähigkeit miteinander zu interagieren, verstehe sich dadurch gegenseitig besser und könne die Kompetenzen besser aufeinander abstimmen. IPE trage zudem dazu bei, Vorurteile und falsche Bilder zu durchbrechen.

Die zukünftigen Gesundheitsfachpersonen werden gemäss einer Interviewaussage durch eine interprofessionelle Ausbildung optimal auf die Herausforderungen im Arbeitsumfeld vorbereitet. Diese mache sie zu wertvollen Partnerinnen und Partnern einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung. Nicht zuletzt könne interprofessionelle Bildung die Behandlungsqualität verbessern, den Institutionen dabei helfen, eine Patientenzentrierung herzustellen und einen Kulturwandel bewirken, der weggeht von steilen Hierarchien.

3.2 Unterschiede in der Begriffsverwendung

Ein Ziel der vorliegenden Studie ist es, herauszufinden, ob der Begriff Interprofessionalität unterschiedlich verwendet und/oder verstanden wird. Die interviewten Fachpersonen wurden deshalb gefragt, ob sie entsprechende Hinweise haben und wenn ja, worin diese Unterschiede bestehen und ob sie entlang gewisser Grenzen (z.B. zwischen Sprachregionen, Berufsgruppen, Versorgungskontexten oder Settings) verlaufen. Alle befragten Personen haben den Eindruck, dass unterschiedliche Verständnisse von Interprofessionalität bestehen oder halten dies zumindest für gut möglich. Mehrere Personen wiesen darauf hin, dass im Alltag kaum Metadiskussionen über Begrifflichkeiten und ihre Bedeutung erfolgen, sondern eher praktische Themen im Vordergrund stehen. Es sei deshalb gut möglich, dass nicht alle dasselbe unter Interprofessionalität verstehen. Unterschiede gibt es gemäss einer Person zwischen verschiedenen Settings, weil übergeordnete Definitionen wie z.B. diejenige der WHO je nach Gegebenheiten eines Settings unterschiedlich konkretisiert oder differenziert werden. Inwiefern sich die Begriffsverständnisse genau unterscheiden, konnten die Expertinnen und Experten jedoch meist nicht genauer beschreiben.

Zwei Personen wiesen darauf hin, dass der Begriff Interprofessionalität auch politisch instrumentalisiert werde, um gewissen Forderungen (z.B. Kompetenzverschiebung von den Ärztinnen und

Ärzten zu den Pflegefachpersonen) Gewicht zu verleihen. Das zeigt sich gemäss einer Interviewaussage darin, dass Dachverbände teilweise andere Positionen einnehmen als die Berufsleute, die sie vertreten. Sie verwendeten den Begriff in dieser instrumentalisierten Form, während die einzelnen Berufsleute ihn eher aus einer Praxisperspektive verwendeten.

Auf die Frage, ob sich aus den unterschiedlichen Begriffsauslegungen im Alltag Probleme ergeben, konnten die Expertinnen und Experten kaum Hinweise geben.

3.3 Ausblick

3.3.1 Interprofessionelle Berufspraxis

Die Expertinnen und Experten wurden gefragt, in welchen Settings oder Versorgungssituationen Interprofessionalität aus ihrer Sicht Sinn macht und funktionieren kann und wo sie eher nicht nötig oder sogar nicht sinnvoll ist. Die befragten Personen konnten nur wenige konkrete Beispiele nennen. Dies hing aber auch damit zusammen, dass die Frage aus Zeitgründen nicht allen Personen gestellt werden konnte, da der Fokus der Gespräche auf den Fragen rund um das Begriffsverständnis lag.

Drei Personen nannten Beispiele von konkreten Formen von IPZ (bei Personen mit chronischen Krankheiten wie z.B. Diabetes, runder Tisch) oder Settings (Akutgeriatrie, Palliative Care), wo ihnen gelungene IPZ begegnet ist.

Drei Personen nehmen IPZ allgemein als wichtig und vorteilhaft wahr, weshalb sie aus ihrer Sicht in allen Settings hilfreich und nötig sei – insbesondere unter dem Aspekt, dass IPZ den Einbezug von Patientinnen und Patienten und Angehörigen fördere.

Interprofessionelle Zusammenarbeit braucht es gemäss einer Interviewaussage dann, wenn eine Patientin oder ein Patient intensiv von verschiedenen Berufsgruppen betreut wird. Gemäss derselben Person sei der Bedarf an IPZ umso höher, je komplexer eine Situation sei. Dabei gehe es nicht nur um medizinische, sondern auch um hermeneutische, d.h. lebensweltliche, beziehungsmässige und emotionale Komplexität. Eine solche Situation lässt sich anhand eines Beispiels illustrieren: Man hat einen Patienten mit Migrationshintergrund, dessen Familie patriarchalisch strukturiert ist. Normalerweise entscheidet also der Mann. Dieser ist aber nun der Patient und hoch verletzlich, weshalb seine Frau eine Entscheidung treffen muss. Da sie sich das aber nicht gewohnt ist, ist sie mit der Situation überfordert. Hier handelt es sich um eine hoch komplexe Situation, die sich nur durch die Involvierung verschiedener Berufsgruppen (z.B. Dolmetscher, Sozialarbeiter, etc.) befriedigend lösen lässt.

Es gibt aber auch Situationen, wo es aus Sicht der Befragten einen weniger hohen Bedarf an IPZ gibt. So braucht es z.B. bei Personen mit chronischen Erkrankungen im Verlaufe ihrer Krankheitsgeschichte nicht immer im selben Ausmass eine Zusammenarbeit. Dies weil diese Patientinnen und Patienten mit der Zeit einen Umgang mit ihrer Krankheit lernen und sich selbst gezielt bei der richtigen Person Hilfe holen können, ohne dass es intensive Absprachen braucht. Eine zweite Per-

son weist darauf hin, dass es in Perakutsituationen, d.h. bei sehr schnell auftretenden und oft tödlichen Krankheiten, eher eine multiprofessionelle Zusammenarbeit und nicht eine interprofessionelle Zusammenarbeit brauche.

Aus allgemeiner Perspektive sagt ein Experte, dass es IPZ nur brauche, wenn damit Effizienz- oder Effektivitätsgewinne einhergehen. Werde die Behandlung also durch IPZ weder günstiger noch besser, könne auf diese Form der Zusammenarbeit verzichtet werden. Ein Beispiel sind repetitive, sichere und notwendige Behandlungen durch einen Grundversorger. Solche können mittels professioneller Arbeit oder Abstimmung bewältigt werden und erfordern keine interprofessionelle Zusammenarbeit (vgl. auch Abschnitt 3.1.1). Die Befragten wurden weiter um Hinweise gebeten, in welchen Settings oder Versorgungssituationen mehr Interprofessionalität sinnvoll wäre, heute aber noch zu wenig praktiziert wird. Konkrete Settings wurden keine genannt. Gemäss einer Person braucht es vielmehr überall mehr IPZ, da die Komplexität in der Medizin zunehme und dadurch auch vermehrt Abstimmungsbedarf zwischen den Professionen bestehe. Die Spezialisierung kann demnach als Treiber des Bedarfs an Interprofessionalität gesehen werden.

Drei Personen wünschen sich Veränderungen rund um das Thema Patientenzentrierung und Patienteneinbezug: So findet eine Person, dass man die Expertise von Patientinnen und Patienten, aber auch der Angehörigen noch mehr einbeziehen könnte. Eine zweite Person schlägt vor, die Frage, in welchem Ausmass es IPZ braucht, am besten mit den Patientinnen und Patienten zu klären, da nicht alle dieselben Bedürfnisse hätten. Die einen begrüssen es, wenn die Medizinalperson eine klare Vorgabe zur Versorgung macht und damit auch Entscheide über die Behandlung trifft, andere wünschen sich dagegen einen partizipativen Einbezug in die Entscheidungsfindung. Gemäss der dritten Person sollte die Gesundheitsversorgung vermehrt die Patientenzentrierung als primäres Ziel anstreben, nicht die Kostendämpfung. Würden sich Behandlungsentscheide stärker am tatsächlichen Nutzen für die Patientinnen und Patienten ausrichten, könnten ihrer Ansicht nach unnötige Behandlungen vermieden werden.

Zudem wurden weitere Vorschläge in unterschiedliche Richtungen angebracht:

- Das Instrument der runden Tische, welches die befragte Person aus der Akutgeriatrie kennt, könnte auch in anderen Situationen nützlich sein.
- Pflegefachpersonen, insbesondere Advanced Practice Nurses könnten noch mehr Aufgaben übernehmen z.B. in Hausarztmodellen oder in Notfallstationen (nach angelsächsischem Vorbild).
- Peers¹⁷, die in der Psychiatrie teilweise in die Behandlung einbezogen werden, könnten auch in der Somatik dabei helfen, eine bessere Personenzentrierung zu erreichen.
- Man sollte das Delegationsprinzip neu denken: Der Arzt oder die Ärztin verordnet, aber eine Person einer anderen Berufsgruppe überprüft die Verordnung aufgrund ihres Fachwissens. Die Ausführung wiederum kann dem Arzt oder der Ärztin Informationen darüber geben, ob die Verordnung sinnvoll war.

¹⁷ Vgl. für die Beschreibung der Arbeit von Peers den folgenden Beitrag von pro mente sana: <https://www.promentesana.ch/de/wissen/peer-arbeit.html>; 16.12.2020.

Hinweise auf die eingangs aufgeworfenen ausblickenden Fragen können auch die Antworten auf die Fragen nach unterschiedlichen Begriffsauslegungen liefern. Diese bezogen sich oftmals eher auf förderliche und hinderliche Rahmenbedingungen für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit als auf das konkrete Begriffsverständnis. Drei Personen nehmen Unterschiede bei der Einstellung gegenüber IPZ zwischen Berufen wahr: Gemäss einer Person wird Interprofessionalität oft von der Pflege angestossen, während die Ärzteschaft eher reaktiv darauf eingehe. Eine zweite Person stellte als Hindernis für interprofessionelle Zusammenarbeit im eigenen Arbeitsumfeld bereits fest, dass die Ärzteschaft eher zögerlich sei, Kompetenzen abzutreten und dass medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten Ermutigung benötigten, um sich aktiv in eine interprofessionelle Zusammenarbeit einzubringen, da sie sich dazu nicht in der Lage fühlten. Eine Person erklärte derartige Unterschiede zwischen Angehörigen verschiedener Berufe mit deren Prägung und damit einhergehend mit deren Berufsverständnis. So sähen sich z.B. Ärztinnen und Ärzte in der Rolle als Entscheider, von der sie auch nicht zurücktreten wollten, während sich Pflegefachpersonen eher als Ausführende sähen, die sich nicht gewohnt seien, ein Mitspracherecht zu haben.

Zwei Personen nehmen Unterschiede in den Rahmenbedingungen verschiedener Settings wahr. So gebe es z.B. im ambulanten Sektor gegenüber dem stationären Sektor stärkere Hierarchiestrukturen, da primär Ärztinnen und Ärzte Leistungen (z.B. Physiotherapie) verordnen. Die zweite Person verwies auf Unterschiede zwischen der Somatik und der Psychiatrie. So sei die Zusammenarbeit in der Somatik mit klassischeren Führungsmodellen organisiert und die Bedeutung von Berufsgruppen sei gross, währenddessen in der Psychiatrie flachere Hierarchien anzutreffen seien und weniger Berufsgruppen, sondern eher Funktionen entscheidend seien. Die Organisation der Zusammenarbeit hänge nicht zuletzt mit den konkreten Arbeitsinhalten zusammen: während in einem Operationssaal nur wenig Zeit zur Verfügung stehe und deshalb Kompetenzen klar geregelt sein müssen, sei die Psychiatrie oft mit komplexeren Fragestellungen konfrontiert, dafür weniger mit Zeitdruck, was eine andere Organisationsform zulasse oder sogar erfordere.

Eine Person berichtete von Unterschieden zwischen Berufsleuten aus verschiedenen Herkunftsländern. Die Ausgestaltung des Gesundheitswesens (z.B. im Grad der hierarchischen Strukturierung) habe durch die Sozialisierung einen Einfluss auf die Rollenwahrnehmung. In der Schweiz und noch stärker in Deutschland sei z.B. ein starkes Denken in Hierarchiestrukturen vorhanden, was sich auf die Kompetenzen und das Berufsverständnis der involvierten Berufsgruppen auswirke (Pflegefachpersonen als Ausführende und Ärztinnen und Ärzte als Entscheidende). In den USA und in England hingegen sei dieses Hierarchiedenken weniger stark ausgeprägt, weshalb den Pflegenden häufig mehr Kompetenzen zukämen.

3.3.2 Interprofessionelle Bildung

Bezüglich der interprofessionellen Bildung wurden die Expertinnen und Experten gefragt, welche Kompetenzen und Fähigkeiten aus ihrer Sicht gezielter gefördert bzw. vermittelt werden könnten.

Gemäss einer Person könnte es helfen, wenn das Medizinalberufegesetz (MedBG)¹⁸ Interprofessionalität noch verpflichtender aufnehmen würde. Im Gesundheitsberufegesetz (GesBG)¹⁹ sei das schon besser enthalten. Weiter müsse man gemäss einer zweiten Person überhaupt erst Möglichkeiten zur gemeinsamen Bildung zwischen den Ausbildungsgängen verschiedener Professionen finden und nutzen. Zudem brauche es einen Einblick in anderen Professionen, indem z.B. Pflegefachpersonen ein Praktikum bei einem Physiotherapeuten machen oder Einblick in die Arbeit der Sozialberatung erhalten.

Damit die Bildung zu einer gelingenden IPZ beiträgt muss sie nach Aussage eines Interviewpartners dazu befähigen, mit anderen Berufen so zu interagieren, dass etwas Neues entstehen kann. Das bedeutet, dass sich die verschiedenen Berufsgruppen miteinander abstimmen und koordinieren müssen. Ärztinnen und Ärzte könnten bspw. in der Ausbildung darauf sensibilisiert werden, etwas von der Delegationshoheit zurückzutreten und damit Raum zu schaffen, dass andere Berufsgruppen an der Entscheidungsfindung partizipieren können.²⁰ Wie eine andere Person bemerkte, bedingt das aber auch, dass die anderen Berufe befähigt sind, ihre Kompetenzen praktisch einzufordern.

3.4 Fazit

3.4.1 Begriffsklärung

Unter den interviewten Expertinnen und Experten besteht kein einheitliches Begriffsverständnis. Einige hatten eine genaue Vorstellung davon, was sie unter dem Begriff «Interprofessionalität in der Berufspraxis» verstehen und konnten dies auch auf Quellen abstützen, dies traf aber nicht auf alle Personen im gleichen Ausmass zu. Zudem gab es Unterschiede darin, welche Aspekte betont wurden. Dies zeigte sich besonders deutlich an der Rolle der Patientinnen und Patienten. Gewisse Expertinnen und Experten hoben deren Einbezug in die IPZ stark hervor und sehen dies sogar als Voraussetzung, um von interprofessioneller Zusammenarbeit sprechen zu können, während andere den Fokus stärker auf der Zusammenarbeit unter den Professionellen legten. Beim Aspekt der Zusammenarbeit zeigte sich wie auch in der Literaturanalyse (vgl. Kapitel 2) eine Konkretisierung der WHO-Definition, indem genauer beschrieben wurde, was die Merkmale einer solchen Zusammenarbeit sind (z.B. Begegnung auf Augenhöhe, Wertschätzung für andere Berufe).

Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der Frage nach der Abgrenzung von Interprofessionalität von anderen ähnlichen Begriffen (Interdisziplinarität; Multiprofessionalität und Transprofessionalität). Während einzelne Personen diese konform mit den in der Literatur vorgefundenen Definitionen anwendeten, bekundeten andere hiermit mehr Mühe und deklarierten dies teilweise auch klar. Das

¹⁸ Bundesgesetz vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (SR 811.11)

¹⁹ Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe (SR 811.21)

²⁰ Einer vermehrten Delegation ärztlicher Aufgaben an andere Professionen stehen in der Schweiz Haftungsregelungen entgegen.

deutet darauf hin, dass gewisse Begriffe in der Praxis wohl nicht einheitlich verwendet werden. Zudem zeigte sich in einem Fall ein von der Literatur abweichendes Verständnis eines Begriffes.

Interprofessionelle Bildung konnte eher weniger gut definiert werden, da dieses Thema für nicht in der Bildung tätige Expertinnen und Experten inhaltlich etwas weiter weg war als die interprofessionelle Berufspraxis. Doch konnten fast alle Beispiele von interprofessionellen Bildungsangeboten (z.B. hauseigene Bildungsangebote) nennen. Die WHO-Definition bewegt sich auf einer sehr allgemeinen Ebene und spricht von einem Lernen von-, über- und miteinander und dass durch IPZ eine effektive Zusammenarbeit ermöglicht wird. In den Interviews konnten Angaben erhoben werden, die diese allgemeine Definition mit konkreten Inhalten füllen (z.B. Zusammenarbeit bedarf der Fähigkeit, mit anderen Berufsgruppen zu kommunizieren und zu interagieren) und teilweise auch erweiterten, so z.B. mit dem Aspekt, dass auch Angehörige und Betroffene in die interprofessionelle Bildung involviert werden sollten.

3.4.2 Unterschiede in der Begriffsverwendung

Die Interviewpartnerinnen und -partner waren sich darin einig, dass in der Praxis unterschiedliche Begriffsverständnisse bestehen. Die hat wahrscheinlich auch damit zu tun, dass im Alltag kaum Metadiskussionen über Begrifflichkeiten und ihre Bedeutung erfolgen, sondern eher praktische Themen im Vordergrund stehen und dass übergeordnete Definitionen wie z.B. diejenige der WHO je nach Gegebenheiten eines Settings unterschiedlich konkretisiert oder differenziert werden. Worin sich die Begriffsverständnisse unterscheiden, haben die Expertinnen und Experten nicht konkretisiert. Auch konkrete Probleme, die sich aus den unterschiedlichen Begriffsauslegungen ergeben, wurden kaum genannt.

3.4.3 Ausblick

Die Frage, in welchen Settings oder Situationen und in Bezug auf welche Leistungen eine aktive Förderung von Interprofessionalität am wichtigsten wäre, lässt sich anhand der Interviews nicht beantworten. Vielmehr zeigt sich aus der Sicht der Befragten allgemein ein zunehmender Abstimmungsbedarf und damit einhergehend auch ein grösseres Bedürfnis nach IPZ, da die Komplexität der Medizin und die Fragmentierung des Gesundheitswesens zunimmt.

Als Anhaltspunkt, wo eine Förderung Sinn macht, könnten die Frage nach dem Nutzen hilfreich sein. Gemäss einer Interviewaussage sollte interprofessionelle Zusammenarbeit zu Effizienz- oder Effektivitätsgewinnen führen oder einen Nutzen für den Patienten oder die Patientin schaffen, damit sie ihre Berechtigung hat. Zudem gibt es auch Hinweise darauf, dass der Bedarf vom konkreten Fall abhängt, z.B. von dessen Komplexität oder davon, wie viel Mitbestimmung sich eine Patientin oder ein Patient wünscht.

Verschiedentlich wurde in den Interviews erwähnt, dass Ärztinnen und Ärzte der interprofessionellen Zusammenarbeit kritischer gegenüberstehen als andere Berufsgruppen. Ob diese Feststellung ausreicht, um daraus bei dieser Berufsgruppe einen Bedarf an Sensibilisierung für die Wichtigkeit von IPZ abzuleiten, ist jedoch fraglich. Weiter wurden Beispiele von Unterschieden zwi-

schen Settings und Personen aus unterschiedlichen Herkunftsländern genannt. So wurde z.B. erwähnt, dass im ambulanten Sektor gegenüber dem stationären Sektor stärkere Hierarchiestrukturen bestehen, da primär Ärztinnen und Ärzte Leistungen (z.B. Physiotherapie) verordnen. Sich dieser Unterschiede bewusst zu sein, kann bei der Förderung von IPZ helfen, um für die jeweiligen Rahmenbedingungen passende und akzeptierte Massnahmen vorzuschlagen.

4 Erkenntnisse aus der Online-Befragung

Im folgenden Kapitel werden die Resultate der Online-Befragung wiedergegeben. Im Abschnitt 4.1 wird die Zusammensetzung der Teilnehmenden dargelegt. Abschnitt 4.2 gibt wieder, wie die befragten Personen interprofessionelle Berufspraxis verstehen, ob dabei Unterschiede zwischen verschiedenen Aspekten der Begriffsdefinition und zwischen verschiedenen Gruppen (z.B. zwischen Sprachregionen oder Beruf) bestehen. Dasselbe wird in Abschnitt 4.3 für die interprofessionelle Bildung dargelegt. Schlussendlich wird in Abschnitt 4.4 ein Fazit gezogen.

4.1 Beschreibung der Teilnehmenden

Für die Befragung wurden zwei verschiedene Typen von potentiellen Teilnehmenden eingeladen: Verbände/Vereine und Bildungseinrichtungen (bzw. Institute und Abteilungen in relevanten Bereichen), um Einschätzungen aus einer übergeordneten Sicht einzuholen (top-down-Perspektive) und in der Berufspraxis und Bildung tätige Einzelpersonen, um ein möglichst breites Bild von den Einschätzungen in der Praxis zu erhalten (bottom-up-Perspektive). Der Kreis der Befragten wurde gemeinsam mit der Auftraggeberin festgelegt.

Für die top-down-Perspektive wurden die folgenden Gruppen zur Befragung eingeladen:

- Bereich Berufspraxis:
 - Nationale Dachverbände im Gesundheitswesen
 - Nationale Berufsverbände im Gesundheitswesen
- Bereich Bildung
 - Ausbildung/nicht-ärztliche Weiterbildung: Bereiche/Abteilungen und Institute von Hochschulen (Universitäten und Fachhochschulen) aus folgenden Bereichen:
 - Medizin
 - Pflege
 - Psychologie
 - Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsökonomie
 - Soziale Arbeit
 - Ausgewählte Institute aus den Bereichen Ethik / Seelsorge / Spiritualität²¹
 - Ärztliche Weiter- und Fortbildung: Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)
 - Höhere Fachschulen im Gesundheits-, Sozial und Psychologiebereich²²

²¹ Die in diesem Bereich identifizierten Institute deckten sich mit den weiteren Partnerinnen und Partnern des BAG. Sie wurden nur in der bottom-up-Perspektive angefragt.

²² Grundlage: Liste des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation.

Für die bottom-up-Perspektive wurden die folgenden Gruppen zur Befragung eingeladen²³:

- Kontaktpersonen für die im Verzeichnis «Modelle guter Praxis – Interprofessionalität» aufgeführten Beispiele²⁴ und Personen, die Interesse an einem Eintrag in das Verzeichnis geäußert haben
- Kontaktpersonen für die vom BAG portraitierten Beispiele aus der Berufspraxis und Bildung und Lehre (BAG 2018; BAG 2020)
- Projektleiterinnen und Projektleiter der Forschungsprojekte aus dem Förderprogramm Interprofessionalität
- Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Schlusstagung des Förderprogramm Interprofessionalität
- Weitere Partnerinnen und Partner des BAG aus dem Themenbereich Interprofessionalität

Um ein umfassendes Bild zum Begriffsverständnis zu gewinnen, sollten möglichst viele Akteure aus dem Gesundheitswesen die Möglichkeit haben, an der Befragung teilzunehmen. Aus diesem Grund wurde eine offene Befragung durchgeführt.²⁵ Damit verbunden war das Risiko, dass gewisse Gruppen stark übervertreten sind. Dies ist in mindestens einem Fall geschehen (vgl. unten), wurde aber bei den Auswertungen berücksichtigt. Insgesamt wurden 496 Personen und Organisationen zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. Die Befragung dauerte vom 15. Dezember 2020 bis am 18. Januar 2021. 455 Personen haben die Umfrage geöffnet und einen Teil der Fragen beantwortet. Für die Analyse wurden jedoch nur Personen berücksichtigt, welche auch die letzte Frage beantwortet haben (350 Personen). Da die Befragung offen angelegt war, lässt sich keine Rücklaufquote ausweisen und nicht feststellen, welche der eingeladenen Personen und Organisationen an der Befragung teilgenommen haben.

Die ersten sechs Fragen im Fragebogen dienten dazu, die Teilnehmenden in der späteren Analyse in verschiedene Gruppen einzuteilen, um dadurch Hinweise auf mögliche Unterschiede im Begriffsverständnis zu gewinnen. Die nachfolgenden Ausführungen legen die Verteilung der Teilnehmenden auf die verschiedenen Gruppen dar.

Einleitend konnten die Teilnehmenden angeben, aus welcher Perspektive sie den Fragebogen ausfüllen. Hier bestand die Möglichkeit, den Fragebogen aus der übergeordneten Sicht einer Organisation (eines Verbandes oder eines Vereines; einer Bildungseinrichtung) oder aus persönlicher Sicht (als in Bildung oder Berufspraxis im Gesundheitswesen tätige Person; als am Thema interessierte Person; als betroffene Person) zu beantworten. 69% der Antwortenden sind in Bildung oder Berufspraxis im Gesundheitswesen tätig und haben in der Befragung ihre persönliche Sicht eingenommen (vgl. Tabelle 4-1). 16% der Teilnehmenden haben aus der Sicht einer Bildungseinrichtung geantwortet, 9% aus der Sicht eines Verbandes oder Vereins.

²³ Es wurden bewusst Personen eingeladen, die sich bereits mit Interprofessionalität befassen und sich dafür engagieren und von denen entsprechend qualifizierte Einschätzungen zu erwarten waren.

²⁴ www.bag.admin.ch/modelle-interprof/; 2.12.2020.

²⁵ Die Befragten wurden aber nicht explizit dazu aufgefordert, die Befragung weiterzuleiten.

Tabelle 4-1: Perspektive beim Ausfüllen

Perspektive	Anzahl Antwortende	Anteil
Aus der Sicht eines Verbandes oder eines Vereins	32	9%
Aus der Sicht einer Bildungseinrichtung (z.B. Fachhochschule, Universität) oder einem Institut/einer Abteilung an einer Bildungseinrichtung	55	16%
Aus persönlicher Sicht als in Bildung oder Berufspraxis im Gesundheitswesen tätige Person	241	69%
Aus persönlicher Sicht als am Thema interessierte Person (nicht im Gesundheitswesen tätig)	4	1%
Aus persönlicher Sicht als betroffene Person (z.B. als Patient/in oder angehörige Person)	3	1%
Andere	15	4%
Gesamt	350	100%

Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 350.²⁶ Antworten auf Frage 1: «Um zu verstehen, wie der Begriff «Interprofessionalität» im Gesundheitswesen im Schweizer Kontext von verschiedenen Akteuren aus Bildung und Berufspraxis verstanden wird, sind wir sowohl an Positionen von Verbänden/Vereinen und Bildungseinrichtungen (bzw. Instituten und Abteilungen in relevanten Bereichen), als auch an Einschätzungen von in der Berufspraxis und Bildung tätigen Einzelpersonen interessiert. Bitte geben Sie uns an, aus welcher Sicht Sie diesen Fragebogen ausfüllen:»

Diejenigen Personen, die den Fragebogen aus persönlicher Sicht als in Bildung oder Berufspraxis im Gesundheitswesen tätige Person ausgefüllt haben, konnten ihren Beruf angeben (Tabelle 4-2). Basis dafür bildete die leicht angepasste Liste aus dem Verzeichnis «Modelle guter Praxis – Interprofessionalität».²⁷ Auffallend viele Personen ordneten sich der Gruppe «Andere» zu. Da bei dieser Gruppe nach der Berufsbezeichnung gefragt wurde, konnten neue Kategorien gebildet werden. 104 Personen wurden daraufhin der neuen Gruppe «Radiologiefachpersonen» zugeordnet, 8 der Gruppe «Intensivpflege». Die Gruppe der Radiologiefachpersonen ist im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen stark übervertreten (43% der Antwortenden).²⁸ Dieser Umstand wurde bei den weiteren Auswertungen speziell berücksichtigt. Bei der zweitgrössten teilnehmenden Berufsgruppe handelt es sich um Ärztinnen und Ärzte (48 Personen, 20%), gefolgt von verschiedenen Pflegeberufen (insgesamt 37 Personen, 15%). Eine weitere grössere Gruppe (19 Personen, 8%) sind Lehrbeauftragte oder Forschende an einer Bildungs- oder Forschungseinrichtung. Aus vielen der abgefragten Berufsgruppen haben nur wenige oder keine Personen an der Befragung teilgenommen.

²⁶ Das N gibt jeweils wieder, wie viele Personen diese Frage gesehen haben. Allfällige Abweichungen im Gesamtergebnis zu N ergeben sich dann, wenn eine Person die entsprechende Frage nicht beantwortet hat. Dies wird in den Abbildungen und Tabellen nicht dargestellt.

²⁷ www.bag.admin.ch/modelle-interprof/; 8.4.2021.

²⁸ Es ist davon auszugehen, dass der Link zur Teilnahme an der Befragung innerhalb dieser Berufsgruppe besonders stark weiterverbreitet und beachtet wurde.

Tabelle 4-2: Beruf

Beruf	Anzahl Antwortende	Anteil
Ärztin/Arzt	48	20%
Zahnärztin/Zahnarzt	0	-
Apotheker/in	1	0.4%
Chiropraktor/in	0	-
Einen Psychologieberuf	1	0.4%
Pflegefachperson HF	8	3%
Pflegefachperson FH	11	5%
Pflegeexpertin/Pflegeexperte APN (Advanced Nurse Prac	10	4%
Intensivpflege*	8	3%
Physiotherapeut/in	10	4%
Ergotherapeut/in	2	1%
Hebamme	0	-
Ernährungsberater/in	1	0.4%
Osteopath/in	0	-
Optometrist/in	1	0.4%
Radiologiefachpersonen*	104	43%
Logopädin/Logopäde	0	-
Medizinische/r Praxisassistent/in (MPA)	0	-
Medizinische/r Praxiskoordinator/in (MPK)	0	-
Beruf der Sozialarbeit	2	1%
Therapeut/in der Komplementär-/Alternativmedizin	0	-
Aktivierungstherapeut/in	0	-
Heilpädagogin/Heilpädagoge	0	-
Suchtberater/in	0	-
Beruf im Bereich Seelsorge/Ethik	1	0.4%
Lehrbeauftragte/r oder Forschende/r an einer Bildungs- oder Forschungseinrichtung	19	8%
Andere	14	6%
Gesamtergebnis	241	100%

Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 241. Antworten auf Frage 4: «Welchen Beruf üben Sie aus?».

Die abgefragten Kategorien entsprechen weitgehend denjenigen im online-Verzeichnis «Modelle guter Praxis – Interprofessionalität» des BAG.

* Diese Kategorien wurden aufgrund der Angaben bei der Kategorie «Andere» nachträglich manuell erstellt.

Im Gesundheitswesen tätige Personen und aus Sicht einer Organisation Teilnehmende konnten angeben, wo sie hauptsächlich beruflich tätig sind bzw. in welchem Bereich die Organisation, die sie vertreten, hauptsächlich tätig ist (Tabelle 4-3).²⁹ Fast ein Drittel der Teilnehmenden ist im stationären Bereich eines Spitals tätig. Ebenfalls stark vertreten sind Personen und Organisationen, die

²⁹ Es gab keine Teilnehmenden, die in einer Gemeinde (soziale Dienste) tätig sind.

in Praxen oder in den verschiedenen Bildungseinrichtungen tätig sind. Da die Gruppe der Radiologiefachpersonen stark übervertreten ist, wird diese in der Tabelle separat ausgewiesen. Sie sind im Vergleich zu den restlichen Teilnehmenden häufiger im spitalambulantem Bereich tätig und weniger häufig in Praxen und Bildungsinstituten.

Tabelle 4-3: Ort der Tätigkeit

Ort der Tätigkeit	Anzahl Antwortende			Anteil		
	Gesamt	Ohne Radiologie	Radiologie	Gesamt	Ohne Radiologie	Radiologie
Spital (stationärer Bereich)	101	72	29	31%	32%	28%
Spitalambulanter Bereich	47	7	40	14%	3%	38%
Spital (stationär und ambulant)*	10	2	8	3%	1%	8%
Spitex	2	2	-	1%	1%	-
Heim	3	3	-	1%	1%	-
Praxis	32	26	6	10%	12%	6%
Apotheke	2	2	-	1%	1%	-
Tagesklinik	4	-	4	1%	-	4%
Universität	13	13	-	4%	6%	-
Fachhochschule	43	39	4	13%	17%	4%
Höhere Fachschule	20	19	1	6%	8%	1%
Berufliche Grundbildung	2	2	-	1%	1%	-
Forschung ausserhalb einer Hochschule	2	2	-	1%	1%	-
Div. Aus-, Weiter- und Fortbildungsbereich*	8	8	-	2%	4%	-
Andere	39	27	12	12%	12%	12%
Gesamtergebnis	328	224	104	100%	100%	100%

Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 328. Antworten auf Frage 3: «Wo sind Sie hauptsächlich beruflich tätig bzw. in welchem Bereich ist die Organisation, die Sie vertreten, hauptsächlich tätig?».

Die abgefragten Kategorien entsprechen weitgehend denjenigen für Setting (Ort) im online-Verzeichnis «Modelle guter Praxis – Interprofessionalität» des BAG.

* Diese Kategorien wurden aufgrund der Angaben bei der Kategorie «Andere» nachträglich manuell erstellt.

Tabelle 4-4 gibt an, welcher Anteil der Teilnehmenden (oder die Organisation, die sie vertreten) in den abgefragten Settings tätig ist. Auch hier zeigt sich wieder, dass die Verteilung der Radiologiefachpersonen, sich von den anderen Gruppen unterscheidet. So sind sie beispielsweise im Bereich der Onkologie viel stärker vertreten. Im Durchschnitt sind die Teilnehmenden in 3.3 verschiedene Settings tätig.

Tabelle 4-4: Tätigkeit in Settings

Setting	Anzahl			Anteil		
	Gesamt	ohne Radiologie	Radiologie	Gesamt	ohne Radiologie	Radiologie
Akutversorgung (inkl. Notfall / Intensivmedizin)	141	98	43	43%	44%	41%
Versorgung chronisch kranker Menschen	87	52	35	27%	23%	34%
Onkologie / Krebspatient/innen	84	32	52	26%	14%	50%
Grundversorgung	81	54	27	25%	24%	26%
Fachhochschule	70	54	16	21%	24%	15%
Geriatrische Versorgung / Versorgung im Alter	63	35	28	19%	16%	27%
Pädiatrische Versorgung / Versorgung von Kindern & Jugendlichen	59	32	27	18%	14%	26%
Multimorbidität	54	39	15	16%	17%	14%
Palliative Care / Lebensende	54	36	18	16%	16%	17%
Prävention / Gesundheitsförderung	49	39	10	15%	17%	10%
Gesundheitskompetenz	40	32	8	12%	14%	8%
Langzeitpflege	40	21	19	12%	9%	18%
Rehabilitation	35	24	11	11%	11%	11%
Schnittstellen / Transition of care	32	29	3	10%	13%	3%
Universität	30	27	3	9%	12%	3%
Psychiatrische Versorgung	30	21	9	9%	9%	9%
Höhere Fachschule	29	26	3	9%	12%	3%
Berufliche Grundbildung	23	17	6	7%	8%	6%
Sucht	21	19	2	6%	8%	2%
Psychologische Versorgung	19	14	5	6%	6%	5%
Pflegende Angehörige	8	7	1	2%	3%	1%
Andere	57	18	39	17%	8%	38%
Gesamt	328	225	104	100%	100%	100%

Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 328. Antworten auf Frage 6: «Bitte geben Sie an, in welchem Setting/in welchen Settings Sie aktuell arbeiten oder die Organisation, die Sie vertreten, hauptsächlich tätig ist.» (Mehrfachantworten möglich).

Die abgefragten Kategorien entsprechen weitgehend denjenigen für den Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit im online-Verzeichnis «Modelle guter Praxis – Interprofessionalität» des BAG.

Weiter wurden die Teilnehmenden gefragt, in welcher Sprachregion sie bzw. die Organisationen, die sie vertreten, tätig sind. Es war auch möglich mehrere Sprachregionen anzugeben. Die Verteilung der Teilnehmenden auf die Sprachregionen ist in Tabelle 4-5 ersichtlich. Die teilnehmenden Radiologiefachpersonen stammen mehrheitlich aus der französischsprachigen Schweiz. Die Verteilung der restlichen Teilnehmenden auf die Sprachregionen entspricht ungefähr den Bevölke-

rungsgrößen der jeweiligen Sprachregionen, während die italienischsprachige Schweiz etwas untervertreten ist (Anteile in der Gesamtbevölkerung:³⁰ Deutsch 62%, Französisch 23% und Italienisch 8%).

Tabelle 4-5: Tätigkeit in Sprachregion

Ort der Tätigkeit	Anzahl Antwortende			Anteil		
	Gesamt	Ohne Radiologie	Radiologie	Gesamt	Ohne Radiologie	Radiologie
Deutschsprachige Schweiz	155	136	19	47%	61%	18%
Französischsprachige Schweiz	132	51	81	40%	23%	78%
Italienischsprachige Schweiz	4	2	2	1%	1%	2%
Deutsch- und Französischsprachig	21	19	2	6%	8%	2%
Deutsch- und Italienischsprachig	1	1	-	0%	0%	-
Alle Sprachregionen	15	15	-	5%	7%	-
<i>Gesamtergebnis</i>	<i>328</i>	<i>224</i>	<i>104</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>

Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 328. Antworten auf Frage 5: «In welchen Sprachregionen waren oder sind sie beruflich tätig bzw. ist die Organisation, die Sie vertreten, tätig?»

4.2 Interprofessionelle Berufspraxis

Der folgende Abschnitt befasst sich mit dem Bereich der interprofessionellen Berufspraxis. Der Fragebogen enthielt verschiedene Fragetypen, die jeweils in einem separaten Abschnitt analysiert werden. Pointierte Thesen, zu denen die Befragten ihre Zustimmung oder Ablehnung äussern konnten, geben Auskunft zum Verständnis und zur Abgrenzung des Begriffs und erlauben es, Hinweise auf Mehrheitsmeinungen und Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen zu gewinnen. Die Reaktionen auf diese Thesen werden in Abschnitt 4.2.1 behandelt. Die in der Literaturanalyse herausgearbeiteten Kernmerkmale von IPZ wurden auch in der Online-Befragung abgefragt. Die Resultate dazu sind in Abschnitt 4.2.2 wiedergegeben. Abschnitt 4.2.3 beleuchtet die Frage, ob es auch Settings und Situationen gibt, in denen interprofessionelle Zusammenarbeit weniger gut geeignet ist als andere Zusammenarbeitsformen. Abschnitt 4.2.4 behandelt mögliche Auswirkungen von interprofessioneller Zusammenarbeit.

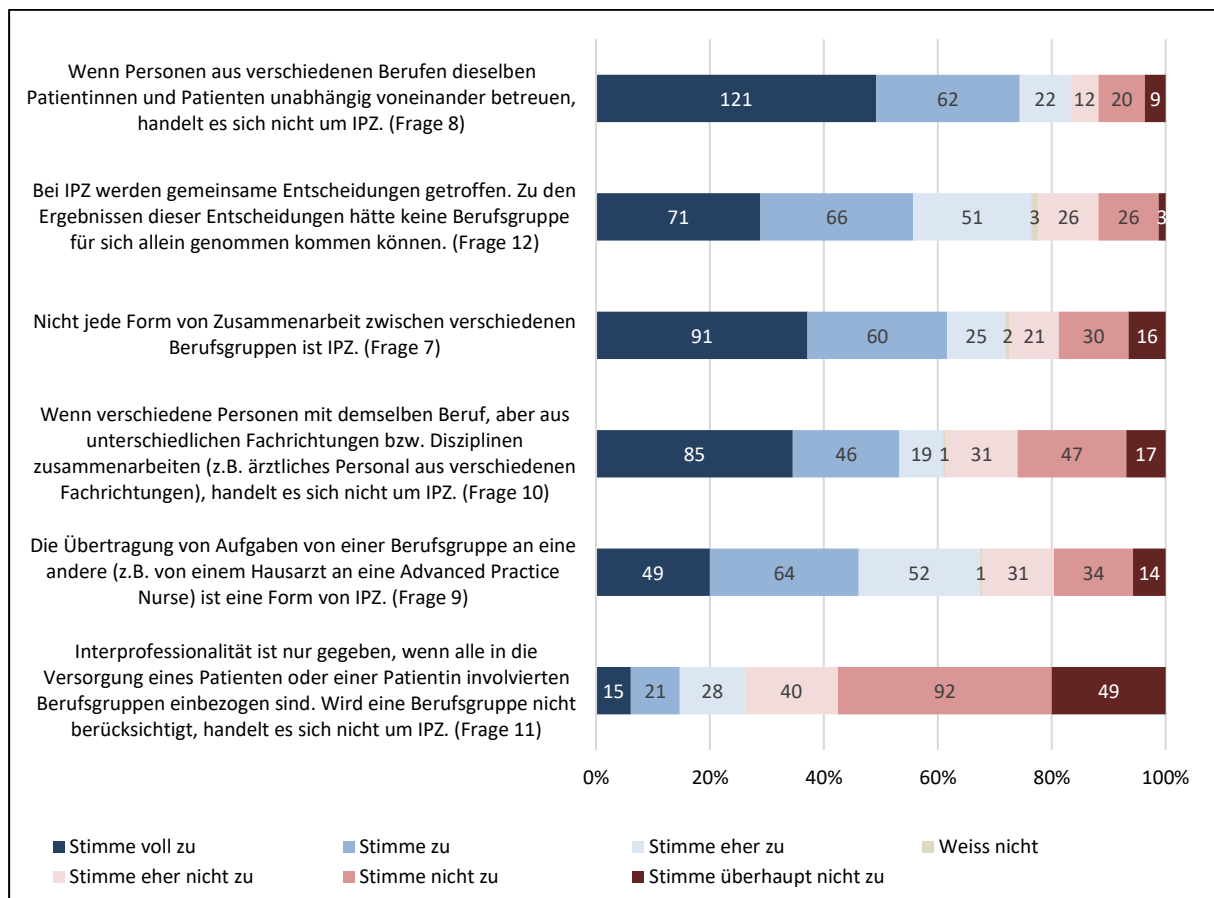
4.2.1 Begriffsverständnis

In diesem Abschnitt wird die Zustimmung bzw. Ablehnung zu sechs pointierten Thesen zu interprofessioneller Zusammenarbeit dargelegt. Bei allen Aussagen wurde jeweils analysiert, ob es Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen gibt. Da es sich bei den Befragungsteilnehmenden nicht um ein repräsentatives Sample der in Bildung und Berufspraxis im schweizerischen Gesundheitswesen tätigen Personen handelt, beschränkt sich die Analyse darauf, die Antwortmuster zu

³⁰ Quelle BFS – Strukturerhebung (SE, 2019), als Hauptsprache genannte Sprachen. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/sprachen-religionen/sprachen.html>.

vergleichen und daraus erste Hinweise auf mögliche Unterschiede abzuleiten. Abbildung 4-1 stellt die Verteilung der Antworten zu den verschiedenen Thesen vergleichend dar. Da sich das Antwortverhalten der Radiologiefachpersonen stark von den restlichen Gruppen unterscheidet (vgl. auch Ausführungen unten) und ihr grosser Anteil an der Stichprobe die Resultate stark verzerren würde, wurden sie in dieser Grafik nicht berücksichtigt. Alle anderen Teilnehmenden sind in der Auswertung enthalten. Die verglichenen Gruppen wurden anhand der Einstiegsfragen gebildet. Dabei wurden jeweils nur diejenigen abgefragten Items berücksichtigt, die eine gewisse Grösse aufweisen, da bei sehr kleinen Fallzahlen die Verteilung der Antworten stärker durch einzelne Ausreisser beeinflusst ist. Folgende Vergleichsdimensionen und Gruppen wurden unterschieden:

- In einem ersten Vergleich werden **Radiologiefachpersonen** mit den restlichen Teilnehmenden verglichen. Da sich dabei teilweise sehr grosse Unterschiede zeigten, wurde die Gruppe der Radiologiefachpersonen von den restlichen Gruppenvergleichen ausgeschlossen, um die Ergebnisse nicht zu verzerren.
- Eine zweite Vergleichsdimension stellt die **Perspektive** dar, aus der die Online Umfrage ausgefüllt wurde. Hierbei wurden die folgenden drei Gruppen unterschieden: Aus der Perspektive eines Verbandes oder Vereins, aus der Perspektive einer Bildungseinrichtung, aus der persönlichen Perspektive als in Bildung oder Berufspraxis im Gesundheitswesen tätige Person.
- Drittens wurden Unterschiede zwischen den **Sprachregionen** untersucht. Unterschieden wurden Teilnehmende, die nur in der französischsprachigen oder nur in der deutschsprachigen Schweiz tätig sind.
- Viertens wurden Unterschiede zwischen verschiedenen **Berufen** betrachtet. Dabei wurden Ärztinnen und Ärzte, Berufe aus dem Pflegebereich (Pflegefachperson HF, Pflegefachperson FH, Pflegeexpertin/Pflegeexperte APN und Intensivpflege) und Lehrbeauftragte oder Forschende an Bildungs- oder Forschungseinrichtung miteinander verglichen.
- Die letzte Vergleichsdimension ist der **Ort**, an dem die Teilnehmenden tätig sind. Verglichen wurde hier die Tätigkeit im stationären Bereich in einem Spital, die Tätigkeit in einer Praxis und die Tätigkeit im Bildungsbereich (Universität, Fachhochschule, Höhere Fachschule, Berufliche Grundbildung, div. Aus-, Weiter- und Fortbildungsbereich).

Abbildung 4-1: Zustimmung zu Aussagen über interprofessionelle Zusammenarbeit

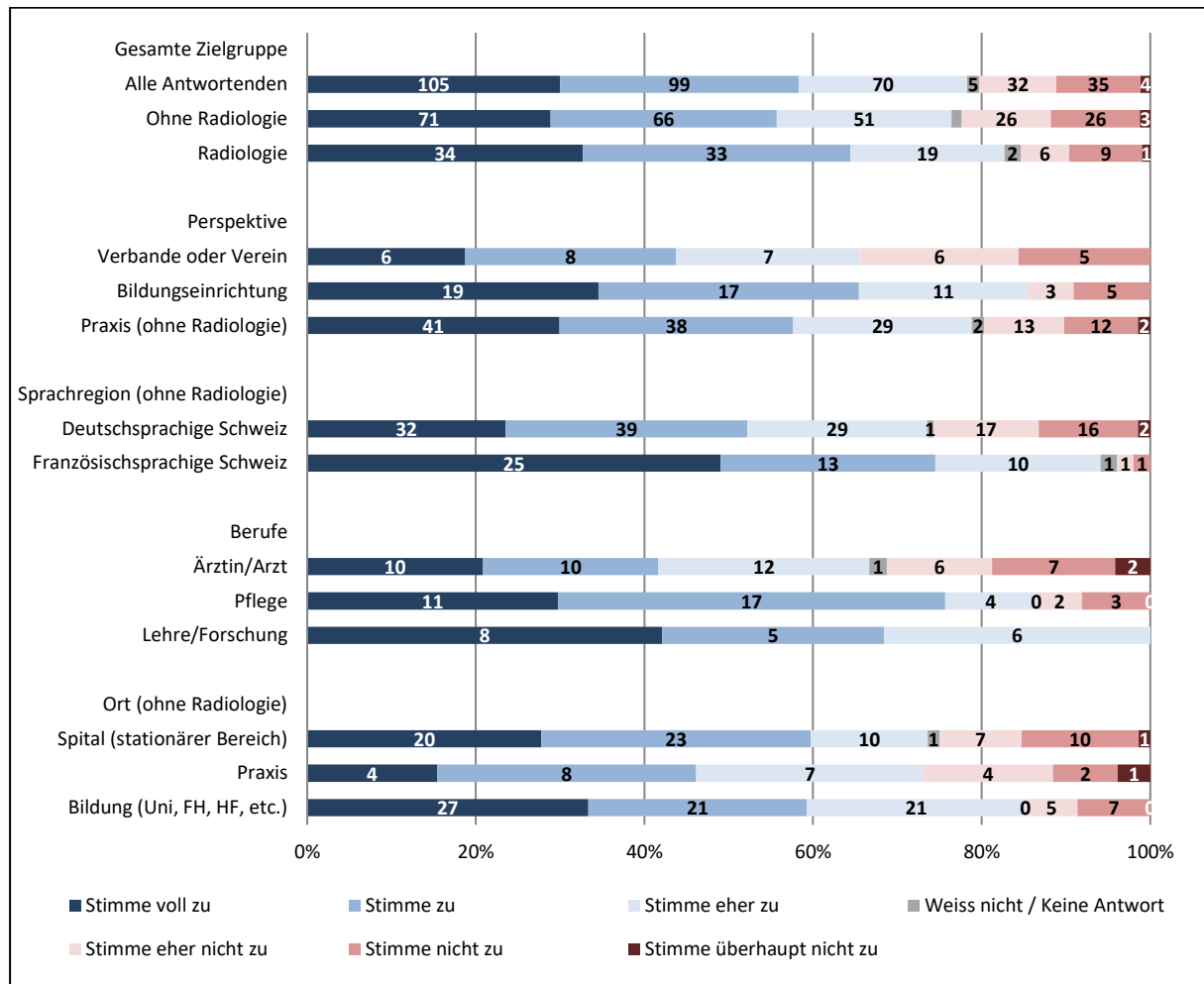
Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 246. Antworten auf Fragen 7-12: «Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht»

Wenn verschiedene Berufe dieselben Patientinnen und Patienten unabhängig voneinander betreuen handelt es sich gemäss einer klaren Mehrheit der Befragten nicht um IPZ. Diese Aussage erhält im Vergleich die höchste Zustimmung und es zeigten sich in der Detailanalyse, mit Ausnahme der Radiologiefachpersonen, auch kaum Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen. Lediglich 40% der Radiologiefachpersonen stimmen dieser Aussage (eher) zu, während dieser Anteil bei den restlichen Teilnehmenden bei gut 80% liegt.

Ebenfalls eine hohe Zustimmung erhält die Aussage, dass in der IPZ gemeinsam Entscheide gefällt werden, zu deren Ergebnissen keine Berufsgruppe für sich allein genommen hätte kommen können. Hier zeigen sich in der Detailanalyse gewisse Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen (Abbildung 4-2). So z.B. bei der Perspektive: Teilnehmende, die den Fragebogen aus Sicht eines Verbandes oder eines Vereins ausgefüllt haben, stimmen der Aussage weniger stark zu als Bildungseinrichtungen und Personen aus der Berufspraxis. Deutliche Unterschiede zeigen sich auch zwischen der deutschsprachigen Schweiz und der französischsprachigen Schweiz: Während nur 4% der Teilnehmenden aus der französischsprachigen Schweiz der Aussage eher nicht zustimmen, liegt dieser Anteil in der deutschsprachigen Schweiz bei 26%. Dies ist die einzige These, bei der Unterschiede in dieser Grössenordnung zwischen den Sprachregionen bestehen. Auch bei den Berufen zeigen sich gewisse Unterschiede: Ärztinnen und Ärzte stimmen dieser Aussage deutlich

weniger zu als Pflegende und Personen aus der Lehre und Forschung. Ärztinnen und Ärzte sind sich gemäss einer Interviewaussage gewohnt, Entscheidungen zu treffen, weshalb aus ihrer Perspektive möglicherweise der Bedarf zum Einbezug anderer Berufsgruppen in die Entscheidungsfindung weniger ausgeprägt ist.

Abbildung 4-2: Gemeinsame Entscheidungsfindung



Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 350. Antworten auf Frage 12: «Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht: Bei interprofessioneller Zusammenarbeit werden gemeinsame Entscheidungen getroffen. Zu den Ergebnissen dieser Entscheidungen hätte keine Berufsgruppe für sich allein genommen kommen können.»

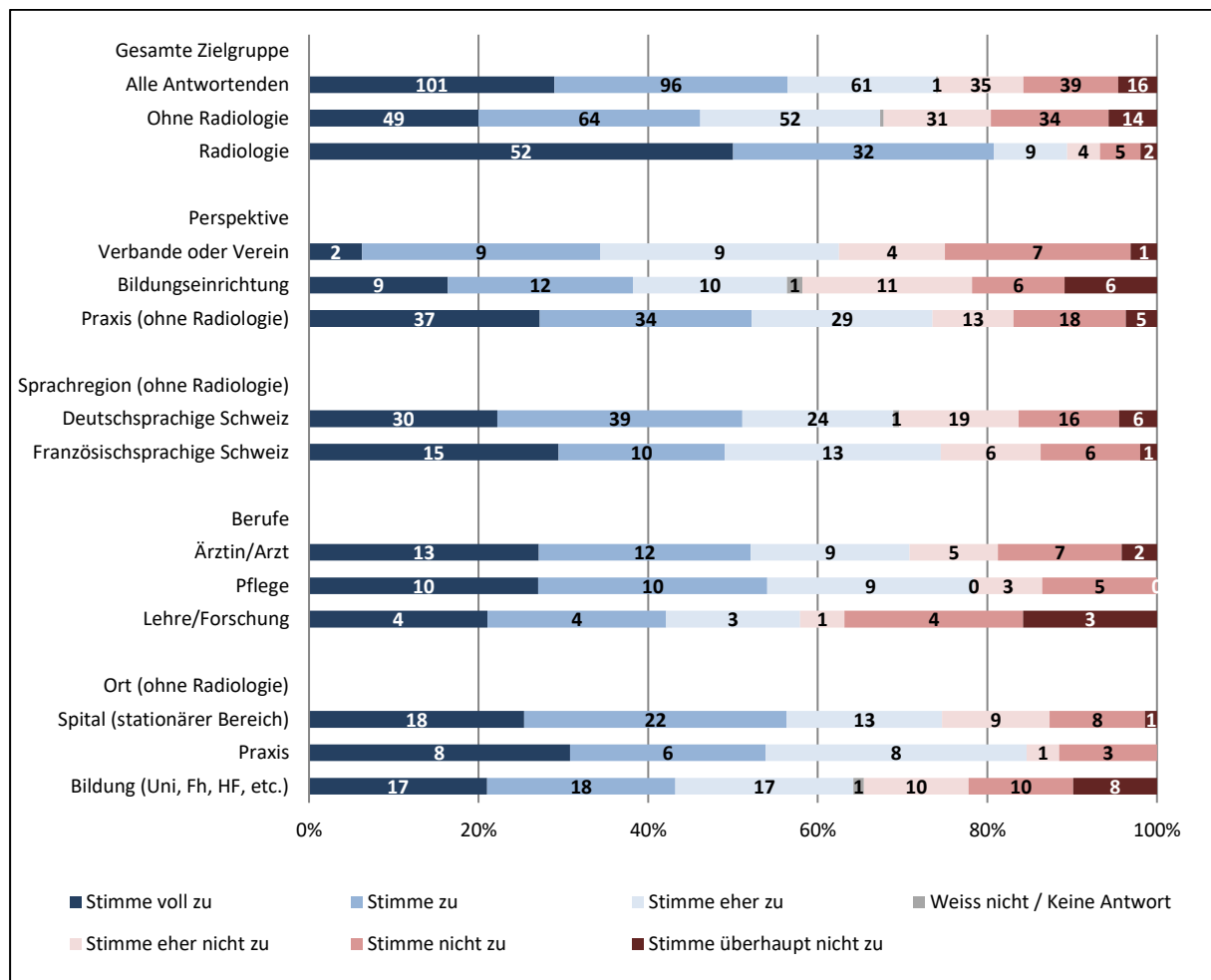
Rund drei Viertel der Befragten nehmen eine Differenzierung zwischen verschiedenen Formen von Zusammenarbeit vor (Abbildung 4-1). So stimmen sie nämlich der Aussage zu, dass nicht jede Form der Zusammenarbeit interprofessionelle Zusammenarbeit ist. Auch hier gibt es mit der Ausnahme der Radiologiefachpersonen, von denen lediglich 30% dieser Aussage zustimmen, keine nennenswerten Unterschiede zwischen den betrachteten Gruppen.

Wenn verschiedene Personen mit demselben Beruf, aber aus unterschiedlichen Fachrichtungen bzw. Disziplinen zusammenarbeiten (z.B. ärztliches Personal aus verschiedenen Fachrichtungen), handelt es sich gemäss 61% der Befragten (eher) nicht um interprofessionelle Zusammenarbeit.

Demgegenüber stehen 39%, die dies (eher) als IPZ klassieren. Gemäss der Darlegung in der Literaturanalyse handelt es sich dabei um *interdisziplinäre* Zusammenarbeit. Hier zeigt sich, dass gewisse Unklarheiten bezüglich der Begriffsabgrenzung bestehen. Am niedrigsten ist die Zustimmung bei Personen aus Pflegeberufen (46%) und bei Radiologiefachpersonen (21%). Dies sind auch die Gruppen, welche ihre Kompetenz zur Begriffsabgrenzung am niedrigsten eingeschätzt haben (vgl. Abbildung 4-4).

Um zu sehen, ob die Akteure aus dem Gesundheitswesen eine Differenzierung zwischen Task Shifting und IPZ sehen, wurden ihnen die folgende Aussage vorgelegt: «Die Übertragung von Aufgaben von einer Berufsgruppe an eine andere (z.B. von einem Hausarzt an eine Advanced Practice Nurse) ist eine Form von interprofessioneller Zusammenarbeit.» Zwei Drittel der Befragungsteilnehmenden stimmen dieser Aussage (eher) zu. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass diese Konzepte in der Praxis als synonym wahrgenommen werden. Mit Ausnahme der Sprachregion zeigen sich bei allen Gruppen gewisse Unterschiede (Abbildung 4-3). Bei den Personen, die aus ihrer persönlichen Sicht teilgenommen haben, ist die Zustimmung insbesondere bei der Kategorie «stimme voll und ganz zu» höher als bei denjenigen, die aus einer übergeordneten Sicht teilgenommen haben (persönliche Sicht 27%, Bildungseinrichtung 16%, Verband oder Verein 6%). Diese Feststellung deckt sich mit Aussagen aus den Interviews, dass Personen, die in der Praxis tätig sind, sich weniger mit Terminologien auseinandersetzen und deshalb hier IPZ nicht von Task Shifting abgrenzen. Eine Betrachtung nach Berufsgruppen zeigt ein ähnliches Bild: Während Personen, die als Lehrbeauftragte oder Forschende tätig sind und sich demnach wahrscheinlich gut mit der Terminologie auskennen, dieser Aussage eher nicht zustimmen, liegt die Zustimmung bei Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden höher. Gleiches gilt auch für die Unterscheidung nach dem Ort der Tätigkeit der Befragungsteilnehmenden: Die prozentual tiefste Zustimmung erhält diese Aussage von Personen, die in Bildungseinrichtungen tätig sind. Anzumerken ist, dass bei allen untersuchten Gruppen mehr als die Hälfte diese Aussage (eher) zustimmen.

Eine grosse Übereinstimmung zeigt sich auch bei der These, dass nicht alle in die Versorgung eines Patienten oder einer Patientin involvierten Berufsgruppen in die interprofessionelle Zusammenarbeit eingebunden sein müssen, damit man von IPZ sprechen kann. Lediglich ein Viertel der Befragten sieht IPZ nur dann (eher) als gegeben an, wenn dies der Fall ist. Grössere Zustimmung findet diese Aussage bei den Radiologiefachpersonen, von denen 42% dieser Aussage (eher) zustimmen. Unterschiede zeigen sich auch zwischen den Berufen. Während jeweils rund ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte sowie der Pflegenden einen Einbezug aller involvierten Berufsgruppen für nötig halten, ist dieser Anteil bei Personen in Lehre/Forschung mit 16% nur halb so gross.

Abbildung 4-3: Übertragung von Aufgaben an eine andere Berufsgruppe

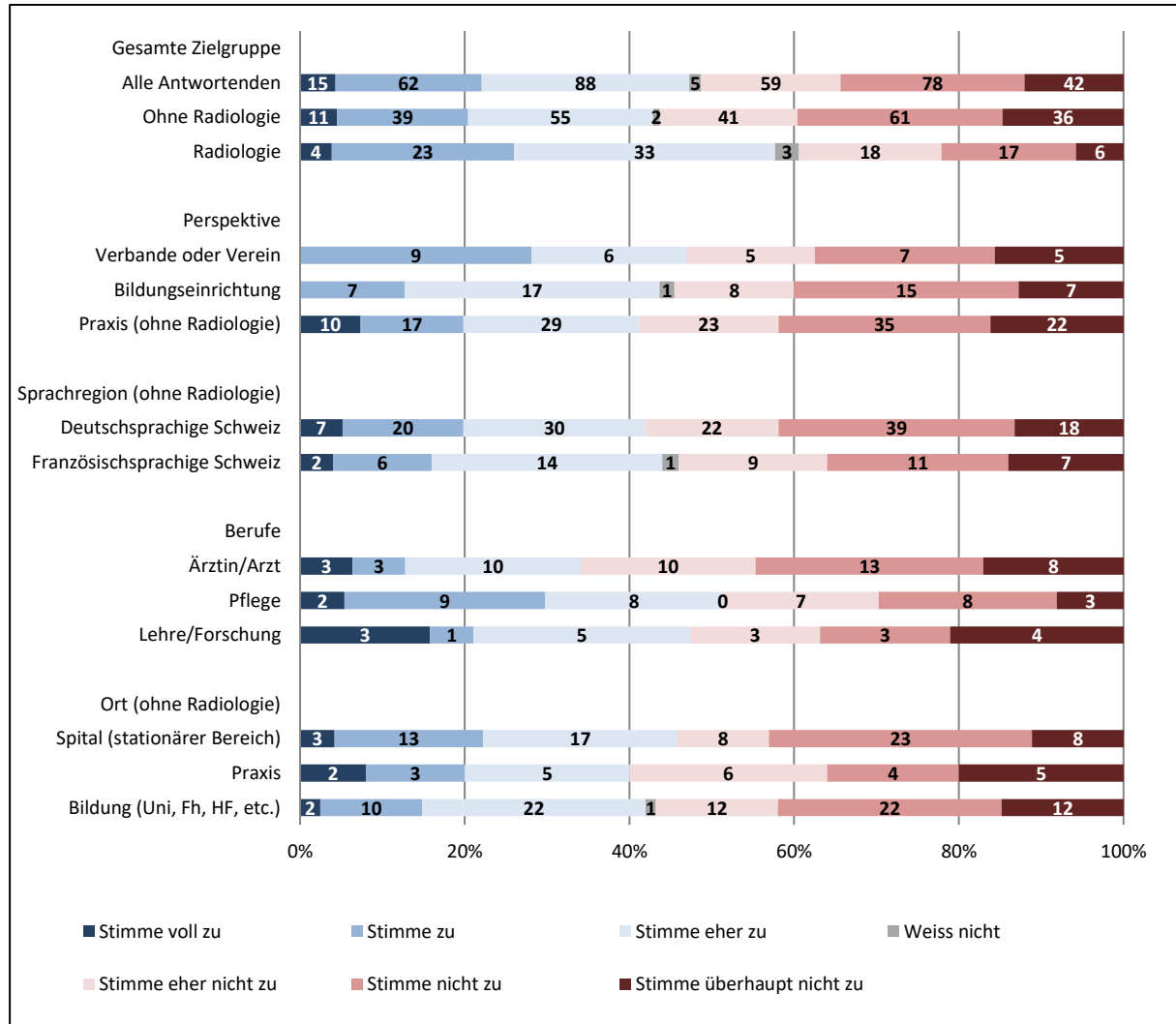
Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 350. Antworten auf Frage 9: «Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht: Die Übertragung von Aufgaben von einer Berufsgruppe an eine andere (z.B. von einem Hausarzt an eine Advanced Practice Nurse) ist eine Form von interprofessioneller Zusammenarbeit.»

Selbsteinschätzung von Schwierigkeiten der Begriffsabgrenzung

Bereits die Expertinnen und Experten, mit denen vor der Online-Befragung Interviews geführt wurden, hatten nicht alle eine genaue Vorstellung davon, was sie unter dem Begriff «Interprofessionalität in der Berufspraxis» verstehen. Auch die Abgrenzung zu anderen ähnlichen Begriffen bereitete ihnen teilweise Mühe. In der Online-Befragung sollte deshalb die Zustimmung bzw. Ablehnung zur Aussage «Es bereitet mir Schwierigkeiten, den Begriff Interprofessionalität von anderen ähnlichen Begriffen, wie z.B. Multiprofessionalität und Interdisziplinarität abzugrenzen.» Auskunft darüber geben, ob und in welchem Ausmass diese Differenzierung auch anderen Akteuren im Gesundheitswesen Schwierigkeiten bereitet. Über alle Gruppen hinweg stimmen 47% der Teilnehmenden dieser Aussage mindestens eher zu (Abbildung 4-4). Begriffliche Unsicherheit ist also weit verbreitet. Besonders gross ist sie bei der Gruppe der Radiologiefachpersonen, aber auch bei den

Pflegeberufen ist die Zustimmung zur Aussage etwas höher als im Gesamtdurchschnitt. Am wenigsten Zustimmung findet die Aussage bei den Ärztinnen und Ärzten.

Abbildung 4-4: Schwierigkeiten bei der Abgrenzung des Begriffs «Interprofessionalität» von ähnlichen Begriffen



Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 350. Antworten auf Frage 13: «Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht: Es bereitet mir Schwierigkeiten, den Begriff Interprofessionalität von anderen ähnlichen Begriffen, wie z.B. Multiprofessionalität und Interdisziplinarität abzugrenzen.»

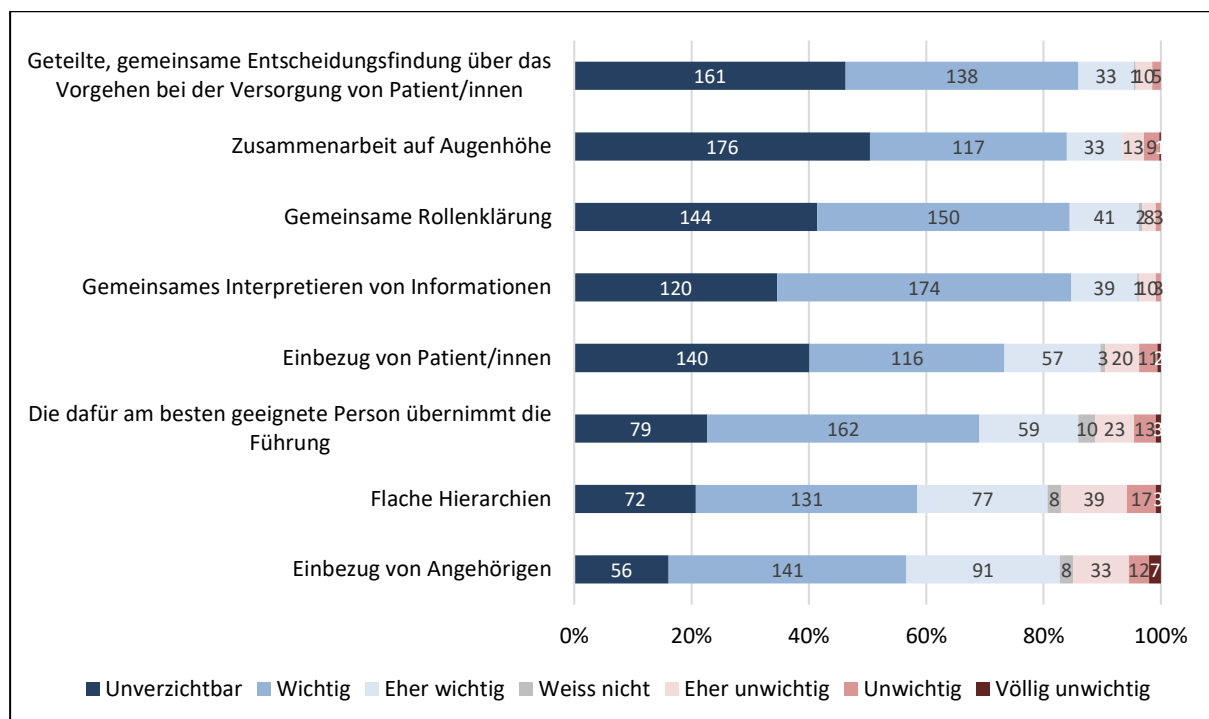
4.2.2 Merkmale interprofessioneller Zusammenarbeit

In der Literaturanalyse und den Experteninterviews wurden verschiedene definitorische Merkmale interprofessioneller Zusammenarbeit identifiziert. Die Befragungsteilnehmenden gaben ihre Einschätzung ab, für wie wichtig sie diese Merkmale halten, um Zusammenarbeit als interprofessionell charakterisieren zu können. Es findet sich bei allen abgefragten Merkmalen eine grosse Mehrheit, die diese als mindestens eher wichtig einschätzt (Abbildung 4-5). Da die Zustimmung bei allen

Merkmale sehr hoch ist, sind kaum auffällige Unterschiede im Antwortverhalten verschiedener Gruppen zu erwarten. Auf entsprechende Detailanalysen wurde deshalb weitgehend verzichtet.

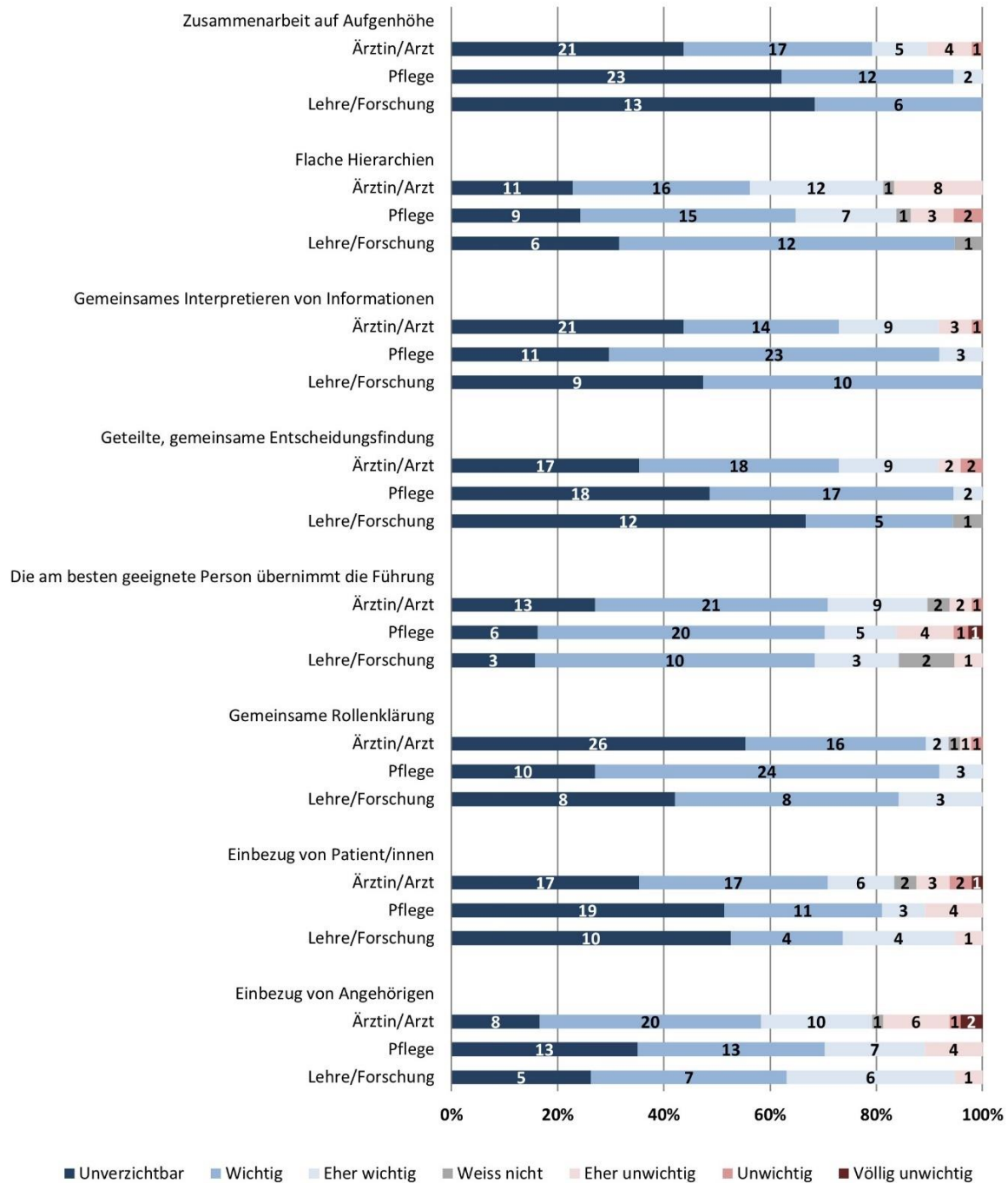
Insgesamt zeigen sich in den Einschätzungen der Befragungsteilnehmenden gewisse Unterschiede. Während 40% und mehr die gemeinsame Entscheidungsfindung, die Zusammenarbeit auf Augenhöhe, die gemeinsame Rollenklärung und den Einbezug von Patientinnen und Patienten für unverzichtbar zur Charakterisierung von Interprofessionalität halten, sind diese Anteile bei den Merkmalen «die dafür am besten geeignete Person übernimmt die Führung», «flache Hierarchien» und «Einbezug von Angehörigen» nur halb so gross oder kleiner.

Abbildung 4-5: Wichtigkeit verschiedener Merkmale für die Definition interprofessioneller Zusammenarbeit



Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 350. Antworten auf Frage 14: «Wodurch zeichnet sich Interprofessionalität aus? Wie wichtig sind die folgenden Merkmale dafür, dass man die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufen als interprofessionell charakterisieren kann?»

Mittels einer Detailanalyse wurde untersucht, ob sich die Auffassung, was Interprofessionalität definitorisch ausmacht, zwischen den verschiedenen Berufsgruppen unterscheidet. Angesichts der teilweise kleinen Fallzahlen (vgl. Tabelle 4-2) bezieht sich dieser Vergleich nur auf die drei Berufsgruppen Ärztinnen/Ärzte, Pflegende sowie Lehrbeauftragte und Forschende. Dabei zeigen sich in der Gewichtung der meisten Merkmale gewisse Unterschiede (vgl. Abbildung 4-6).

Abbildung 4-6: Wichtigkeit verschiedener Merkmale für die Definition interprofessioneller Zusammenarbeit (berufsgruppenspezifisch)

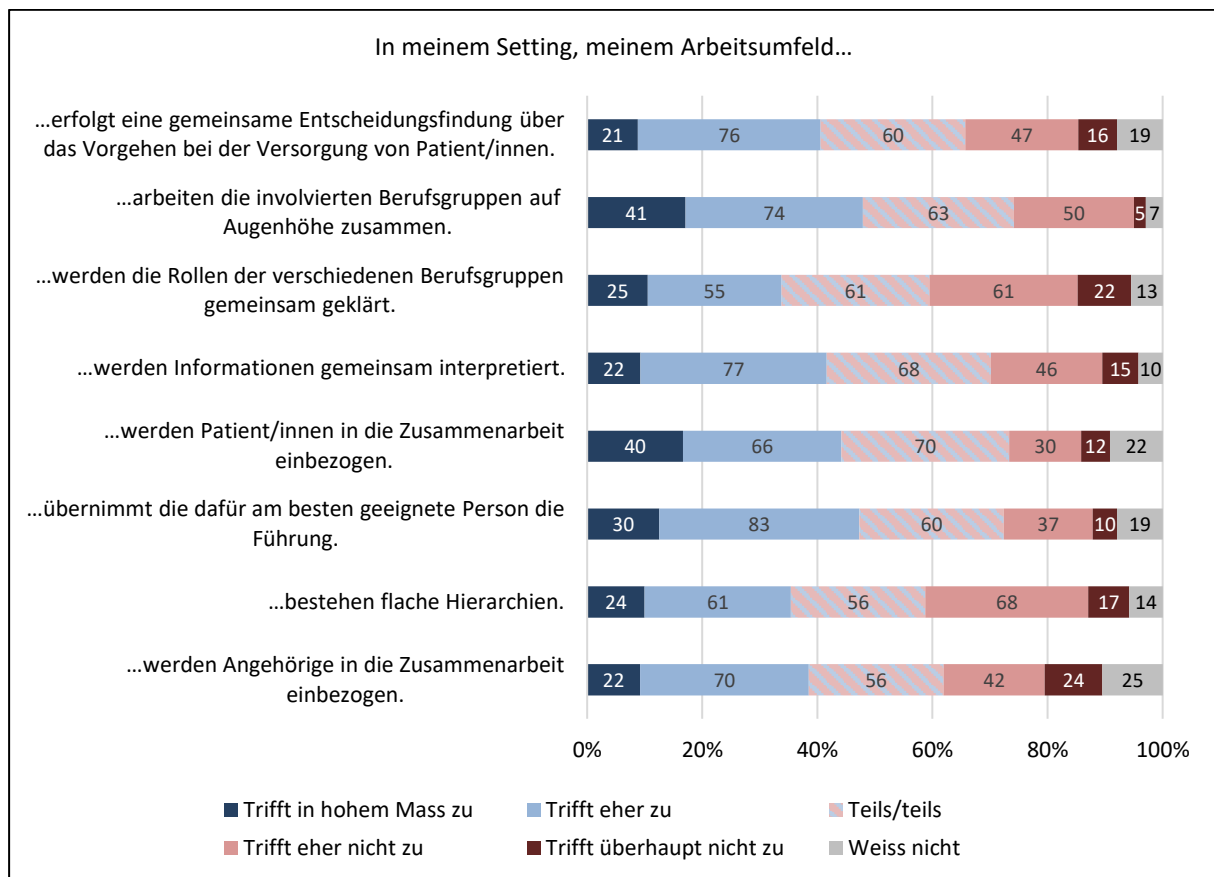
Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 104. Antworten auf Frage 14: «Wodurch zeichnet sich Interprofessionalität aus? Wie wichtig sind die folgenden Merkmale dafür, dass man die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufen als interprofessionell charakterisieren kann?»

Die grössten Unterschiede betreffen die Merkmale «Gemeinsame Rollenklärung», «Geteilte, gemeinsame Entscheidungsfindung über das Vorgehen bei der Versorgung von Patientinnen und

Patienten» und «Zusammenarbeit auf Augenhöhe». Die geteilte gemeinsame Entscheidungsfindung und die Zusammenarbeit auf Augenhöhe sehen jeweils mehr als 60% der Lehrbeauftragten und Forschenden als unverzichtbar für die Charakterisierung von Interprofessionalität an, während diese Anteile bei Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden niedriger sind. Am wenigsten wichtig schätzen diese beiden Merkmale jeweils Ärztinnen und Ärzte ein. Die gemeinsame Rollenklärung halten die Ärztinnen und Ärzte stärker für unverzichtbar als die anderen beiden Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte: 55%; Pflegende: 27%; Lehrbeauftragte und Forschende: 42%). Zudem handelt es sich hier um das Merkmal, das von den Ärztinnen und Ärzten am häufigsten als unverzichtbar eingeschätzt wurde. Pflegende und Lehrbeauftragte und Forschende halten die Zusammenarbeit auf Augenhöhe am häufigsten für ein unverzichtbares Merkmal.

Ein kleiner Anteil der antwortenden Ärztinnen und Ärzte hält die Zusammenarbeit auf Augenhöhe, das gemeinsame Interpretieren von Informationen und die geteilte/gemeinsame Entscheidungsfindung für (eher) unwichtig. Pflegende und Personen aus Lehre und Forschung stufen diese Merkmale für mindestens eher wichtig ein. Für Ärztinnen und Ärzte ist der Einbezug von Patientinnen und Patienten und Angehörigen auch weniger wichtig als für die beiden anderen Gruppen. Umgekehrt ist der Anteil der Pflegenden, die das Merkmal «Die am besten geeignete Person übernimmt die Führung» für (eher) unwichtig hält, etwas grösser.

Im Gesundheitswesen tätige Personen konnten angeben, inwiefern die verschiedenen Merkmale von Interprofessionalität in ihrem Setting gelebt werden. Während diese Merkmale zwar als wichtig angesehen werden (vgl. Abbildung 4-5), sind sie in der Praxis aber oft nicht so gelebt (Abbildung 4-7). Es werden zwar alle Merkmale von einer Mehrheit der Befragten als mindestens teilweise gegeben angesehen, jedoch werden alle Merkmale bei mindestens 18% der Befragten in ihrem Setting (eher) nicht gelebt.

Abbildung 4-7: Beschreibung der Zusammenarbeit in der Berufspraxis

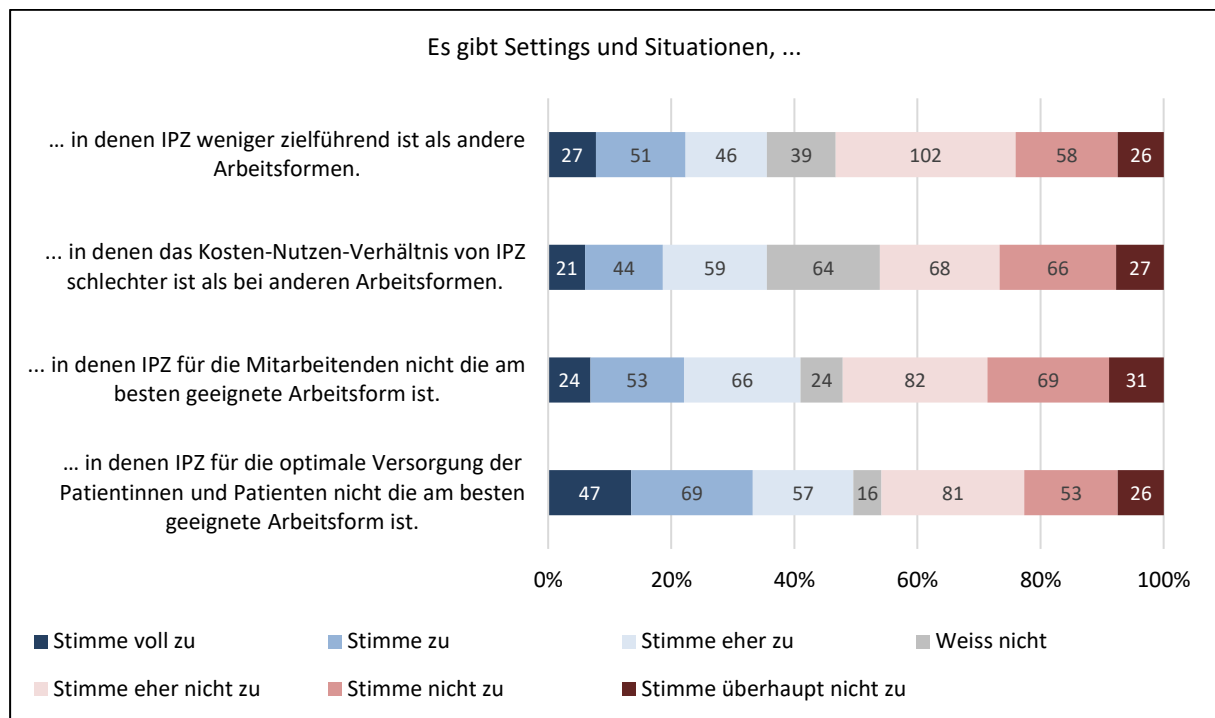
Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 241. Antworten auf Frage 15: «Wie würden Sie die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten in Ihrem Setting, in Ihrem Arbeitsumfeld charakterisieren?»

4.2.3 Eignung interprofessioneller Zusammenarbeit

Die Befragungsteilnehmenden konnten ihre Zustimmung zu vier Aussagen abgeben, die unterstellten, dass interprofessionelle Zusammenarbeit je nach Setting oder Situation weniger geeignet ist als andere Arbeitsformen.

Auch wenn jeweils die Mehrheit der Befragten den Aussagen (eher) nicht zustimmt³¹, finden sich doch bei allen Aussagen Befragungsteilnehmende, welche IPZ in gewissen Situationen als weniger geeignet ansehen als andere Arbeitsformen (Abbildung 4-8). Insbesondere wenn es um die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten geht, gibt es gemäss etwa der Hälfte der Teilnehmenden in gewissen Settings und Situationen besser geeignete Arbeitsformen.

³¹ Es gilt zu beachten, dass sich vorwiegend Personen an der Befragung beteiligten, die sich mit Interprofessionalität befassen und sich dafür engagieren. Bezüglich dieser Einschätzungen kann ein gewisser Auswahlbias nicht ausgeschlossen werden.

Abbildung 4-8: Eignung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Berufspraxis

Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 350. Antworten auf Frage 16: «Bitte geben Sie an, ob Sie den folgenden Aussagen zu interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ) zustimmen oder nicht:»

63% der Befragten stimmen mindestens einer Aussage zumindest eher zu. Eine Mehrheit der Teilnehmenden geht somit davon aus, dass die Eignung von IPZ von bestimmten Settings und Situationen abhängt. 37% der Befragten stimmen keiner Aussage mindestens eher zu und haben somit wohl eine eher unkritische oder undifferenzierte Haltung gegenüber Interprofessionalität. Demgegenüber stehen 21% der Befragten, die allen Aussagen mindestens eher zustimmen. Diese beiden Pole sind in den verschiedenen Vergleichsgruppen unterschiedlich stark vertreten (Tabelle 4-6): Radiologiefachpersonen lehnen im Vergleich zu den restlichen Teilnehmenden häufiger alle Aussagen ab, und nur ein vergleichsweise kleiner Anteil von ihnen stimmt allen Aussagen mindestens eher zu. Ebenfalls gibt es deutliche Unterschiede zwischen Teilnehmenden aus der top-down-Perspektive (Verbände/Vereine und Bildungseinrichtungen) und Personen, die aus eigener Sicht teilgenommen haben. Die Anteile lassen vermuten, dass erstere über ein differenzierteres Bild von verschiedenen Arbeitsformen verfügen und IPZ davon abgrenzen können oder aber, dass sie interprofessioneller Zusammenarbeit grundsätzlich kritischer gegenüberstehen. Bei den verschiedenen Berufen stimmen Ärztinnen und Ärzte am häufigsten allen Aussagen zu. Auch hier könnte es sein, dass diese Gruppe im Vergleich zu den Pflegenden über ein differenzierteres Begriffsverständnis verfügt, was sich bereits bei den vorhergehenden Auswertungen zeigte. Da Personen aus Lehre und Forschung und aus Bildungseinrichtungen, die über ein differenziertes Begriffsverständnis verfügen sollten, nur selten allen Aussagen zustimmen und oft keine Aussage befürworten, könnte eine Zustimmung zu den Aussagen auch als Skepsis gegenüber IPZ aufgefasst werden.

Tabelle 4-6: Eignung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Berufspraxis

Gruppen	Anzahl Antwortende		Anteil	
	Keiner Aussage zustimmend	Allen Aussagen zustimmend	Keiner Aussage zustimmend	Allen Aussagen zustimmend
Radiologie - nicht Radiologie				
Alle Antwortenden	128	74	37%	21%
Ohne Radiologie	75	61	30%	25%
Radiologie	53	13	51%	13%
Perspektive				
Verbande oder Verein	6	11	19%	34%
Bildungseinrichtung	16	17	29%	31%
Praxis (ohne Radiologie)	49	25	36%	18%
Sprachregion (ohne Radiologie)				
Deutschsprachige Schweiz	39	35	29%	26%
Französischsprachige Schweiz	21	10	41%	20%
Beruf				
Ärztin/Arzt	10	13	21%	27%
Pflegende	16	5	43%	14%
Lehre/Forschung	9	2	47%	11%
Ort (ohne Radiologie)				
Spital (stationärer Bereich)	21	14	33%	22%
Praxis	4	5	20%	25%
Bildung (Uni, FH, HF, etc.)	14	3	52%	11%

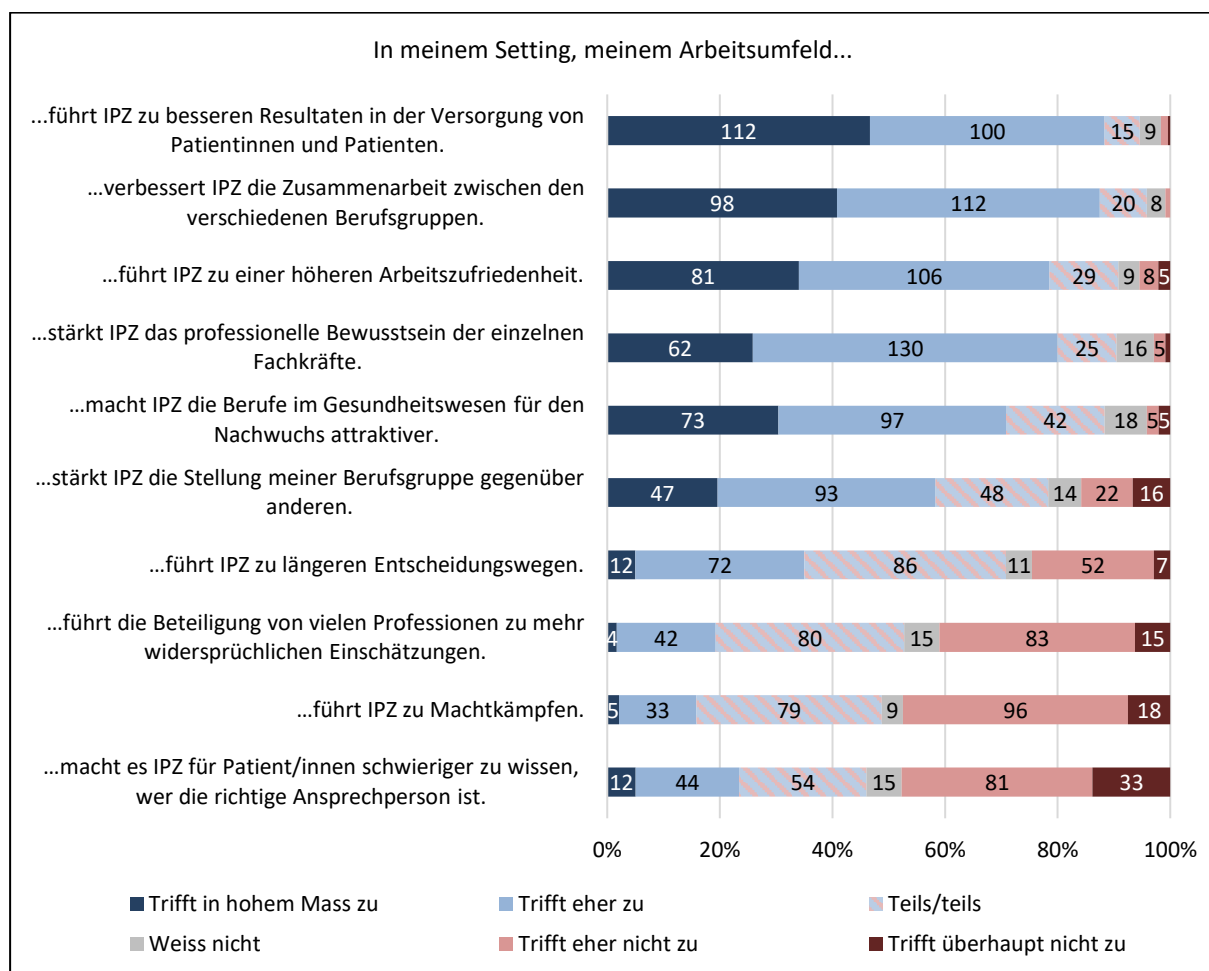
Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 350. Antworten auf Frage 16: «Bitte geben Sie an, ob Sie den folgenden Aussagen zu interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ) zustimmen oder nicht:» Anzahl und Anteile der Personen, die entweder allen Aussagen mindestens eher zustimmen oder keiner Aussage mindestens eher zustimmen nach Gruppen.

Diejenigen Personen, die bei Frage 16 angaben, dass IPZ in gewissen Settings und Situationen schlechter geeignet ist als andere Arbeitsformen, konnten spezifizieren, wo dies aus ihrer Sicht der Fall ist. Als Beispiele nannten die Befragten vor allem Notfälle und einfache Situationen. Gemäss den Begründungen der Befragungsteilnehmenden ist es bei Notfallsituationen wichtig, dass schnell Entscheide gefällt werden können, weshalb kaum Zeit für einen interprofessionellen Austausch besteht. Hier sind eingespielte Abläufe und klare Hierarchiestrukturen entscheidend. Einfache Situationen sind charakterisiert durch eine niedrige Komplexität, die keinen Einbezug von mehreren Personen benötigen, oder die Routineaufgaben mit sich bringen. Zudem verwiesen einige Teilnehmende darauf, dass es gesundheitliche Probleme gibt, deren Lösung ein hohes Mass an Spezialisierung benötigt. Dafür brauche es nicht die Abstimmung zwischen verschiedenen Professionen, sondern spezifische Expertenmeinungen.

4.2.4 Auswirkungen interprofessioneller Zusammenarbeit

Die Auswirkungen der interprofessionellen Zusammenarbeit werden von den meisten Befragungsteilnehmenden positiv gesehen (Abbildung 4-9). Aussagen, die von eher negativen Auswirkungen ausgehen, finden deutlich weniger Zustimmung. Jedoch nimmt jeweils etwa die Hälfte der Befragten in ihrem Berufsalltag mindestens teilweise wahr, dass IPZ zu Machtkämpfen führt, dass es dadurch für die Patientinnen und Patienten schwieriger ist, die richtige Ansprechperson zu identifizieren, und dass es zu widersprüchlichen Einschätzungen kommt. Zudem erleben rund 70% der Befragten, dass es mindestens teilweise zu längeren Entscheidungswegen kommt. Das könnte auch erklären, weshalb viele Befragungsteilnehmende die IPZ gerade in Notfallsituationen nicht als geeignete Arbeitsform wahrnehmen.

Abbildung 4-9: Auswirkungen der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Berufspraxis

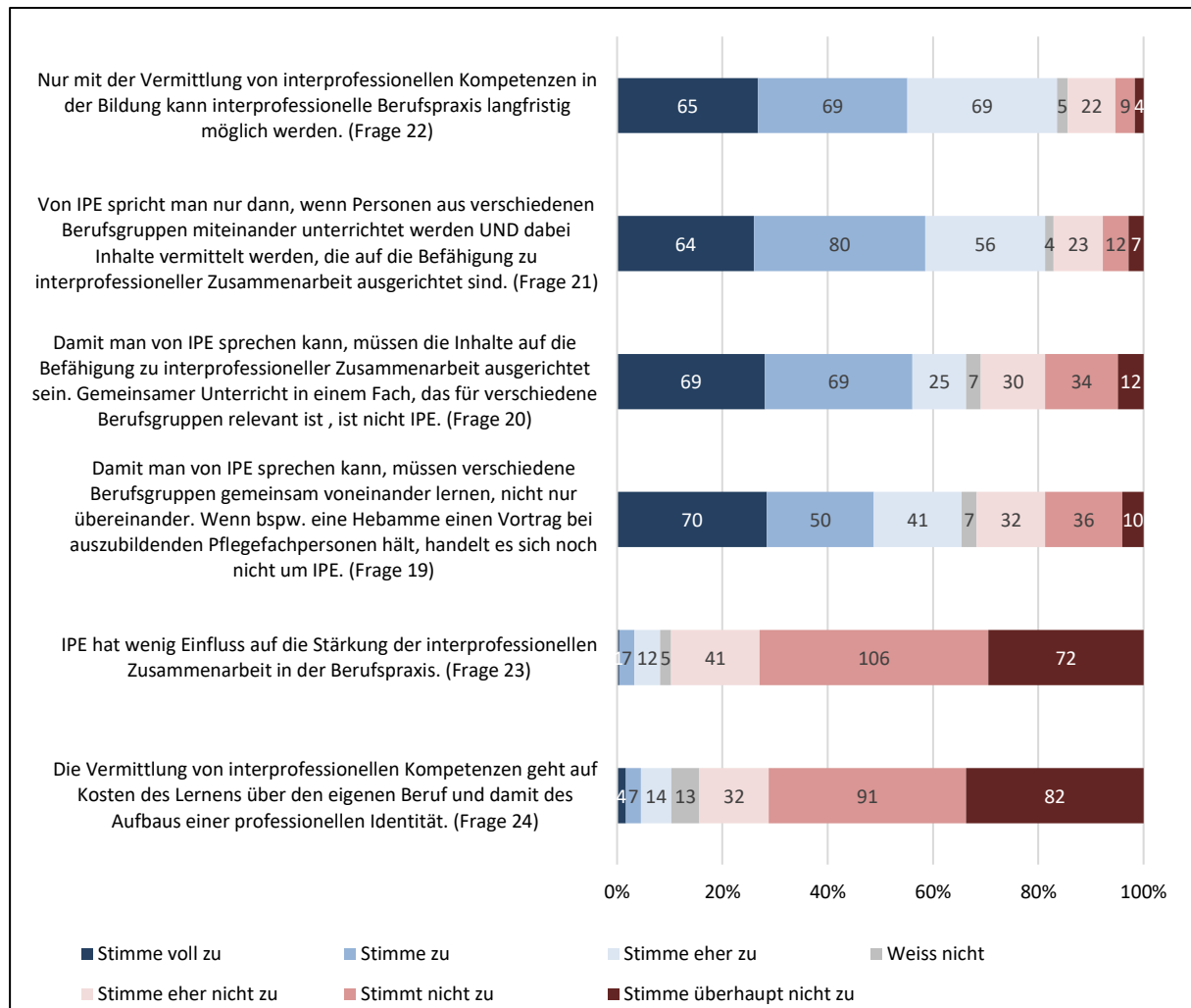


Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 241. Antworten auf Frage 18: «Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) kann verschiedene Auswirkungen haben. Wie würden Sie die Auswirkungen der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in Ihrem Setting, in Ihrem Arbeitsumfeld beurteilen?»

4.3 Interprofessionelle Bildung

Auch zum Thema der interprofessionellen Bildung wurden den Befragungsteilnehmenden pointierte Thesen zur Beurteilung vorgelegt. Zu insgesamt sechs Thesen konnten die Befragten das Mass ihrer Zustimmung äussern (Abbildung 4-10). Es wurde wiederum analysiert, ob es Unterschiede zwischen verschiedenen Vergleichsgruppen gibt (Radiologiefachpersonen; Perspektive; Sprachregion; Beruf; Ort der Tätigkeit; vgl. Abschnitt 4.2.1).

Abbildung 4-10: Zustimmung zu Aussagen über interprofessionelle Bildung



Quelle: Befragung von Akteuren aus Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen. N: 246. Antworten auf Fragen 19-24: «Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht»

Die Teilnehmenden stützen klar die Aussage aus der Definition der WHO, dass es die Vermittlung von interprofessionellen Kompetenzen braucht, damit interprofessionelle Berufspraxis möglich wird (Abbildung 4-10). Dabei ist die Zustimmung in der Westschweiz und bei Personen, die in Praxen arbeiten, etwas niedriger. In Praxen ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Alltag wohl weniger ausgeprägt als in Spitälern. Möglicherweise kommt es dadurch im Alltag weniger häufig zu Schwierigkeiten, weshalb die Vermittlung von interprofessionellen Kompetenzen

nicht als notwendig empfunden wird. Da sich bei den anderen Aussagen kaum Unterschiede zwischen den Sprachregionen zeigen, ist es möglich, dass die Unterschiede hier mit der Übersetzung zusammenhängen. Die umgekehrte Aussage, dass IPE keinen Einfluss auf IPZ hat, lehnen die Teilnehmenden aus der Westschweiz sogar etwas stärker ab, als diejenigen aus der deutschsprachigen Schweiz. Diese These wird auch insgesamt von den Befragungsteilnehmenden klar abgelehnt; es zeigen sich nur kleine Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen. Es gibt also über alle Gruppen hinweg eine grosse Übereinstimmung, dass interprofessionelle Bildung wichtig und einflussreich für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit ist.

Bildung kann gemäss der Mehrheit der Teilnehmenden nur dann als interprofessionell charakterisiert werden, wenn Personen aus verschiedenen Berufsgruppen miteinander unterrichtet werden *und* dabei Inhalte vermittelt werden, die auf die Befähigung zu interprofessioneller Zusammenarbeit ausgerichtet sind. Unterschiede im Antwortverhalten zwischen verschiedenen Gruppen zeigen sich besonders im Vergleich zwischen dem Bildungsbereich und den jeweiligen Vergleichsgruppen. So haben Bildungseinrichtungen dieser Aussage häufiger zugestimmt als Vereine/Verbände und Personen, die aus eigener Sicht teilgenommen haben, Lehrende oder Forschende häufiger als Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende und im Bildungsbereich Tätige häufiger als in einer Praxis oder einem Spital Tätige.

Die Zustimmung zu den beiden Merkmalen interprofessioneller Bildung (interprofessionell zusammengesetzte Lerngruppen und interprofessionell relevante Inhalte) wurden auch einzeln abgefragt. Interessanterweise war die Zustimmung dabei weniger hoch, als wenn sie gemeinsam abgefragt wurden. Dies könnte aber damit zusammenhängen, dass diese Aussagen jeweils mit einem Beispiel konkretisiert wurden. Möglicherweise haben zwar die Merkmale Zustimmung gefunden, die sie konkretisierenden Beispiele jedoch nicht. Bei beiden Merkmalen ist die Zustimmung bei den Radiologiefachpersonen deutlich niedriger als bei den restlichen Teilnehmenden. Zudem zeigt sich bei beiden Aussagen wieder ein ähnliches Muster im Vergleich des Bildungsbereichs mit den anderen Gruppen. So stimmen Personen aus dem Bildungsbereich den Aussagen tendenziell häufiger zu.

Nur gut 10% der Teilnehmenden sehen in der Vermittlung von interprofessionellen Kompetenzen eine Gefahr für den Aufbau einer professionellen Identität in der Ausbildung. Mit rund 19% ist die Zustimmung unter den Ärztinnen und Ärzten deutlich höher, auch im Vergleich mit Pflegenden (5%) und Personen aus Lehre und Forschung (6%). Möglicherweise ist das professionelle Selbstverständnis und die Identifikation über den eigenen Beruf gerade bei dieser Gruppe besonders hoch, was auch mit einer Aussage aus den Experteninterviews übereinstimmt. Teilnehmende, die in einer Praxis oder einem Spital tätig sind, sehen in der Vermittlung von interprofessionellen Kompetenzen eine höhere Gefahr für das Lernen über den eigenen Beruf als Teilnehmende, die in Bildungseinrichtungen tätig sind. In Bildungseinrichtungen liegt die Zustimmung zu dieser Aussage bei 5%, bei den anderen beiden Gruppen jeweils bei rund 20%.

4.4 Allgemeine Rückmeldungen

Bei der letzten Frage der Online-Befragung hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit allgemeine Informationen, Einschätzungen oder Rückmeldungen zur Definition des Begriffs «Interprofessionalität» anzubringen. Diese Möglichkeit haben 130 Personen genutzt und verschiedene Arten von Rückmeldungen angebracht (z.B. allgemeine Rückmeldungen zum Fragebogen; eigene Definition von Interprofessionalität dargelegt; den Nutzen von IPZ betont; Voraussetzungen für gelingende IPZ aufgeführt). Nachfolgend werden diejenigen Rückmeldungen zusammenfassend wiedergegeben, welche die bisherigen Ausführungen inhaltlich ergänzen.

4.4.1 Ausgestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Einige Personen haben auf das Bestehen verschiedener Formen von IPZ hingewiesen und haben insbesondere erläutert, in Abhängigkeit welcher Faktoren diese Formen variieren. Die Form von IPZ kann sich laut einer Person im Grad der Koordination, von informell bis formell, unterscheiden. Gemäss einer anderen Person muss IPZ nicht zwingend in einem Team innerhalb einer einzelnen Organisationseinheit erfolgen, sondern kann auch Zusammenarbeit über verschiedene Abteilungen oder Institutionen beinhalten.

Die Form der IPZ kann gemäss verschiedenen Anmerkungen von unterschiedlichen Faktoren abhängig sein: Drei Personen erwähnten diesbezüglich das Setting bzw. den Kontext der Versorgung. Im Notfall brauche es z.B. eine eher vertikale Führung, während diese in der Palliative Care eher horizontal sei. Im ambulanten Sektor seien gewisse Formen der Zusammenarbeit nicht möglich. So sitzen die beteiligten Personen zwar selten alle gemeinsam an einem Tisch, über wiederholte bilaterale Klärungen werde über die Zeit aber trotzdem ein gemeinsames neues Verständnis geschaffen.

Für eine Person ist die Form der IPZ abhängig von den Berufsgruppen, die darin involviert sind, von der Institution und von den Behandlungspfaden der Patientinnen und Patienten. Eine andere Person erwähnte, dass die Ausprägung der IPZ auch von Kosten-Nutzen-Überlegungen abhängig sei.

4.4.2 Voraussetzungen für gelingende Interprofessionalität

Damit interprofessionelle Zusammenarbeit gelingt, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein. Nachfolgend sind dazu gemachte Äusserungen aus der Schlussfrage entlang von vier Gruppen gegliedert: Individuelle Faktoren, Zusammenarbeitsfaktoren, organisationelle Faktoren und Rahmenbedingungen. Diese Voraussetzungen können auch als Ansatzpunkte für mögliche Veränderungen angesehen werden.

Die Anmerkungen der Schlussfrage wurden meist nicht vertieft ausgeführt. Deshalb sind die genannten Punkte auch in den untenstehenden Ausführungen meist nur kurz angeschnitten. Es gibt jedoch viele Studien, die diese Punkte vertiefter betrachten (z.B. zahlreiche Studien im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen»).

Individuelle Faktoren

Mehrere Befragungsteilnehmende verwiesen auf die **Haltung**, welche es für eine gelingende IPZ braucht. Fünf Personen betonen, dass die involvierten Berufsgruppe sich zur IPZ bekennen sollten und die Bereitschaft mitbringen müssen, aktiv dazu beizutragen. Wiederum fünf Personen heben die gegenseitige Akzeptanz der jeweils anderen Berufsgruppen und Kenntnisse über diese als wichtige Punkte hervor.

Zwei Personen nennen eine gut funktionierende **Kommunikation** als wichtige Voraussetzung genannt. Dafür brauchen die Gesundheitsfachpersonen eine hohe Kommunikationskompetenz. Gemäss einer Person kann eine gemeinsame interprofessionelle Sprache zu einer gut funktionierenden Kommunikation beitragen.³²

Die Gesundheitsfachpersonen brauchen gemäss zwei Personen eine gefestigte **professionelle Identität**.

Zusammenarbeitsfaktoren

Damit IPZ in Teams gelingt, braucht es **Wissen über Gruppendynamiken und Gruppenprozesse**. Gemäss zwei Personen kann gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit im Team z.B. über Supervision oder die Analyse von gemeinsam erlebten Praxissituationen erlernt werden.

Drei Personen nennen die Klärung von **Rollen und Verantwortlichkeiten** als wichtige Voraussetzung. Das kann z.B. bedeuten, dass bei Sitzungen Rollen und Abläufe definiert werden (wer koordiniert, kurze Problem- und Zielbeschreibungen, Teilnehmende) und in der Zusammenarbeit der fachliche Beitrag jeder Person geklärt ist. Eine Person verweist zudem darauf, dass diese Rollen und Verantwortlichkeiten auch nicht überschritten werden sollten.

Organisationelle Faktoren

Auch die **Unternehmens- oder Organisationskultur** wird als entscheidenden Faktor für gelingende IPZ genannt. Angesprochen wurde in diesem Zusammenhang, z.B. eine gute Fehlerkultur und der Umgang mit dem Thema Macht. Ebenfalls eine wichtige Rolle wird der **Führungskultur** zugeschrieben.

Verschiedentlich haben Befragungsteilnehmende auf das Thema der hierarchischen **Strukturen** hingewiesen. Während einerseits darauf verwiesen wird, dass flache Hierarchien und Zusammenarbeit auf Augenhöhe wichtig sind, ist auch der Hinweis zu finden, dass IPZ Kompetenz- und Entscheidungshierarchien nicht ausschliesst.

³² Ein Beispiel für eine solche Sprache ist die von der WHO erarbeitete International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (vgl. <https://www.who.int/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>; 30.03.2021).

Rahmenbedingungen

Drei Personen sehen die Klärung von **rechtlichen Aspekten** als Voraussetzung für gelingende IPZ. Dabei verweisen sie auf die Problematik der Haftung bzw. juristischen Verantwortung für gemeinsame getroffene Entscheidungen.

Drei Personen haben auf die Bedeutung der Klärung **finanzieller Aspekte** für die IPZ hingewiesen. So brauche es z.B. grundsätzlich eine finanzielle Valorisierung der IPZ. Eine Person verweist zudem darauf, dass die strukturellen Bedingungen im Gesundheitssystem z.B. die Finanzierung von Leistungen, die Besonderheiten der Interprofessionalität berücksichtigen müssen.

Weitere Voraussetzungen

In den Rückmeldungen finden sich zudem drei Voraussetzungen, die sich nicht den oben genannten Kategorien zuordnen lassen. Bei den letzten beiden handelt es sich um nicht weiter ausgeführten Einzelaussagen.

Gemäss drei Personen sollte IPZ die **Patientinnen und Patienten im Zentrum** haben und diese wenn möglich in die Zusammenarbeit einbeziehen. Dem steht eine Person gegenüber, die den Einbezug von Patientinnen und Patienten zwar grundsätzlich als wichtig ansieht, aber nicht als Teil der IPZ betrachtet, da Patientinnen und Patienten keine Professionellen seien.

Die Ausgestaltung von IPZ bedarf einer **Evidenzbasierung**.

Digitale Hilfsmittel (z. B. elektronisches Patientendossier, Impfdossier) können die IPZ verbessern.

4.4.3 Interprofessionelle Bildung

Als Ergänzungen zum Themenbereich der interprofessionellen Bildung gab es Hinweise auf Kompetenzen, welche es für die interprofessionelle Zusammenarbeit braucht (z.B. Wissen über Gruppendynamiken und –prozesse, Problemlösungs- und Kommunikationsfähigkeiten).

Zudem sei es wichtig, dass die Vermittlung von diesen Inhalten nicht nur theoretisch erfolge, sondern dass ihre Anwendung auch praktisch eingeübt werden kann.

4.5 Fazit

Während die Gliederung dieses Kapitels den Aufbau des Fragebogens übernahm, ist das Fazit entlang der Fragestellungen der Studie gegliedert (Begriffsdefinition, Detailanalyse, Ausblick).

4.5.1 Begriffsdefinition

Begriffsverständnis

Eine Mehrheit der Befragungsteilnehmenden sieht die gemeinsame Entscheidungsfindung, die zu Ergebnissen führt, zu denen keine Berufsgruppe für sich hätte kommen können, als einen wichtigen Teil der interprofessionellen Zusammenarbeit. Daran müssen jedoch gemäss drei Vierteln der Befragten nicht alle in die Versorgung eines Patienten oder einer Patientin involvierten Berufsgruppen beteiligt sein. Wenn verschiedene Berufe Patientinnen und Patienten unabhängig voneinander betreuen, nimmt das eine grosse Mehrheit nicht als interprofessionelle Zusammenarbeit wahr. Grundlage für eine gelingende IPZ ist für eine grosse Mehrheit der Befragungsteilnehmenden die Vermittlung von interprofessionellen Kompetenzen in der Bildung. Damit stützen sie klar die Definition der WHO, dass die beiden Elemente der Interprofessionalität – interprofessionelle Bildung und interprofessionelle Berufspraxis – komplementär sind. Auch den in der WHO-Definition vorgesehenen Einbezug von Patientinnen und Patientinnen sowie von Angehörigen schätzt eine Mehrheit als wichtig ein. Der Einbezug von Patientinnen und Patienten stufen sie dabei wichtiger ein als den Einbezug von Angehörigen. Unter den abgefragten Merkmalen von Interprofessionalität wird dieses letzte Element insgesamt am wenigsten wichtig empfunden.

Weitere wichtige Merkmale, um Zusammenarbeit als interprofessionell charakterisieren zu können, sind aus der Sicht der Befragungsteilnehmenden die Zusammenarbeit auf Augenhöhe, eine gemeinsame Rollenklärung und das gemeinsame Interpretieren von Informationen. Im Vergleich etwas weniger wichtig sind gemäss den Befragungsteilnehmenden flache Hierarchien und dass die dafür am besten geeignete Person die Führung übernimmt. Jedoch werden auch diese Aussagen von mehr als 80% der Befragten als (eher) wichtig angesehen.

Bildung lässt sich gemäss der Mehrheit der Teilnehmenden nur dann als interprofessionell charakterisieren, wenn Personen aus verschiedenen Berufsgruppen miteinander unterrichtet werden und dabei Inhalte vermittelt werden, die auf die Befähigung zu interprofessioneller Zusammenarbeit ausgerichtet sind.

Abgrenzung von ähnlichen Begriffen

Fast 40% der Teilnehmenden haben gemäss eigener Einschätzung Schwierigkeiten, den Begriff der Interprofessionalität von anderen ähnlichen Begriffen abzugrenzen. Zudem stimmen rund 30% der Befragten der Aussage zu, dass jede Form von Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen interprofessionell ist, womit sie keine Unterscheidung zwischen verschiedenen Zusammenarbeitsmodi vornehmen. Eine Mehrheit der Befragten (61%) setzt Interdisziplinarität nicht mit Interprofessionalität gleich. Weniger klar ist die Abgrenzung zwischen IPZ und Task Shifting: Die Übertragung von Aufgaben von einer Berufsgruppe an eine andere entspricht gemäss zwei Dritteln der Befragungsteilnehmenden einer Form von interprofessioneller Zusammenarbeit.

4.5.2 Unterschiede im Begriffsverständnis

Um Muster von verschiedenen Auslegeformen zu identifizieren, wurden die Antworten auf die Thesen zu der interprofessionellen Berufspraxis und der interprofessionellen Bildung auf Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen untersucht. Dabei zeigten sich zwischen allen Vergleichsgruppen bei gewissen Thesen Unterschiede.

Zwischen Teilnehmenden die aus einer übergeordneten **Perspektive** eines Verbandes/Vereins oder einer Bildungseinrichtung teilgenommen haben (top-down) und denjenigen, die aus persönlicher Sicht als in Bildung oder Praxis im Gesundheitswesen tätige Person teilgenommen haben (bottom-up), war die Einschätzung in vielen Bereichen sehr ähnlich, es gab aber auch gewisse Unterschiede. So zeigten sich zum Beispiel Unterschiede bei der Frage, ob es sich bei der Übertragung von Aufgaben einer Berufsgruppe an eine andere um eine Form von IPZ handelt. Teilnehmende aus einer top-down-Perspektive sehen dies eher weniger als eine Form von IPZ als Teilnehmende aus einer bottom-up-Perspektive. Personen, die in der Praxis tätig sind, setzen sich gemäss mehreren Interviewaussagen häufig nur wenig mit Terminologien auseinander. Das könnte eine mögliche Erklärung sein, weshalb diese Differenzierung nicht vorgenommen wird. Auch das Antwortverhalten bei der Frage nach der Eignung von interprofessioneller Zusammenarbeit (vgl. Abschnitt 5.2.3) deutet darauf hin, dass Teilnehmende mit einer bottom-up-Sichtweise über ein weniger differenzierteres Bild von verschiedenen Arbeitsformen verfügen. Wobei anzumerken ist, dass es sich hier nicht um eine homogene Gruppe handelt, sondern auch Unterschiede z.B. je nach Berufsgruppe bestehen.

Zwischen den **Sprachregionen** zeigten sich insgesamt nur wenige Unterschiede.

Bei den **Berufen** zeigten sich einerseits Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden und andererseits zwischen Personen, die als Lehrbeauftragte oder Forschende tätig sind und den anderen beiden Gruppen. Insgesamt lassen die Antworten vermuten, dass Ärztinnen und Ärzte stärker zwischen den Konzepten differenzieren als Pflegende. Dies deckt sich auch mit den Selbsteinschätzungen dieser Gruppen: Während Ärztinnen und Ärzte im Vergleich über alle Gruppen am wenigsten Mühe bekunden, die Begriffe voneinander abzugrenzen, ist der entsprechende Anteil bei den Pflegenden höher als im Gesamtdurchschnitt. Unterschiede zwischen Lehrbeauftragten oder Forschenden zu den anderen beiden Gruppen zeigten sich insbesondere bei den Thesen zur interprofessionellen Bildung. Es ist anzunehmen, dass sie mit den Begrifflichkeiten und Ausprägungen in diesem Bereich besser vertraut sind als andere Gruppen. Zudem zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede in der Gewichtung verschiedener charakterisierender Merkmale von Interprofessionalität. Im Gegensatz zu Pflegenden und Personen aus Lehre und Forschung halten einzelne antwortende Ärztinnen und Ärzte die Zusammenarbeit auf Augenhöhe, das gemeinsame Interpretieren von Informationen und die geteilte/gemeinsame Entscheidungsfindung für (eher) unwichtige Merkmale, um IPZ zu definieren.

Besonders viele und teilweise auch grosse Unterschiede zeigten sich im Vergleich des Antwortverhaltens der stark übervertretenen Gruppe der **Radiologiefachpersonen** und der restlichen Teilnehmenden. Bei den Aussagen zur interprofessionellen Berufspraxis sind die Unterschiede grösser als bei den Aussagen zur interprofessionellen Bildung.

Teilweise zeigen sich auch Unterschiede in Abhängigkeit des **Ortes** der Tätigkeit der Befragten. Verglichen wurden dabei der stationäre Bereich in Spitälern mit Praxen und der Tätigkeit in einer Bildungseinrichtung. Unterschiede gibt es bei vielen Aussagen, oft sind diese aber nicht gross. Bei Fragen zur interprofessionellen Bildung gibt es oft Unterschiede zwischen Teilnehmenden aus dem Bildungsbereich und den anderen Gruppen.

4.5.3 Ausblick

In welchen Settings oder Situationen und in Bezug auf welche Leistungen eine aktive Förderung von Interprofessionalität am wichtigsten wäre, lässt sich anhand der Befragung nicht eindeutig ermitteln. Es zeigt sich jedoch, dass IPZ nicht in jedem Setting und in jeder Situation als die am besten geeignete Arbeitsform wahrgenommen wird, dass damit auch Herausforderungen verbunden sind, und dass die abgefragten Merkmale interprofessioneller Zusammenarbeit noch nicht umfassend in der Praxis gelebt werden. Somit ist davon auszugehen, dass weiterhin ein Förderungsbedarf besteht, dieser aber nicht in jedem Setting und in jeder Situation gleich gross ist. Förderbedarf kann v.a. in Settings und bei Tätigkeiten gesehen werden, in bzw. bei denen IPZ einen hohen Nutzen stiftet, als wichtig eingestufte Merkmale jedoch noch wenig gelebt werden (vgl. Abbildung 4-7) oder sich negative Auswirkungen von IPZ zeigen (vgl. Abbildung 4-9). Gemäss den vorliegenden Befragungsergebnissen scheint v.a. bezüglich der gemeinsamen Rollenklärung eine gewisse Diskrepanz zwischen der hohen Bedeutung für IPZ und der erlebten Wirklichkeit zu bestehen.

5 Beantwortung der Forschungsfragen

5.1 Begriffsdefinition

Im ersten Frageblock geht es um die Begriffsdefinition. Hier galt es zu ermitteln, wie verschiedene Akteure der Bildung und Berufspraxis im Schweizer Gesundheitswesen die Begriffe «Interprofessionalität» bzw. «interprofessionelle Bildung» und «interprofessionelle Berufspraxis» verstehen, ob und inwiefern das Begriffsverständnis von der gängigen Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO (2010) abweicht und inwiefern Akteure aus Bildung und Berufspraxis den Begriff von anderen verwandten Konzepten abgrenzen.

Wie wird der Begriff der interprofessionellen Bildung bzw. Berufspraxis in der Schweiz von involvierten Akteuren ausgelegt?

Inwiefern ergeben sich Unterschiede in der Auslegung von Interprofessionalität zwischen den befragten Akteuren und der WHO-Definition? Lässt sich z.B. eine Ergänzung oder eine Konkretisierung der WHO-Definition erkennen?

Lassen sich Mehrheitsmeinungen beobachten und wenn ja, welche?

Im schweizerischen Kontext erweist sich die Definition der WHO von Interprofessionalität als einflussreicher Bezugspunkt: Ein Grossteil der untersuchten Studien und Berichte verweist auf sie, und auch in den Experteninterviews stützen sich einzelne befragte Fachpersonen explizit darauf. Gemäss dem Konzept der WHO (2010) enthält Interprofessionalität zwei komplementäre Elemente: *interprofessionelle Bildung* von Gesundheitsfachpersonen schafft die Grundlage für gelingende *interprofessionelle Zusammenarbeit bzw. Berufspraxis*.

Anhand der vorgenommenen Befragung lässt sich das in der Schweiz vorherrschende, auf der WHO-Definition beruhende Verständnis von IPZ etwas konkretisieren und um gewisse Merkmale ergänzen. Demnach zeichnet sich IPZ durch folgende Elemente aus, die kumulativ gegeben sein müssen:

- Angehörige verschiedener Berufsgruppen arbeiten nicht unabhängig voneinander an der Versorgung von Patientinnen und Patienten, sondern gemeinsam.
- Die Beteiligten interpretieren Informationen und treffen Entscheidungen über das Vorgehen gemeinsam.
- Die Zusammenarbeit führt zu Ergebnissen, zu denen keine Berufsgruppe für sich allein hätte kommen können.
- Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufen erfolgt auf Augenhöhe, die Rollen der Beteiligten werden gemeinsam geklärt.
- Patientinnen und Patienten werden einbezogen.

Die Ausgestaltung und Inhalte der Zusammenarbeit sind somit wichtige definitorische Merkmale von Interprofessionalität. Die genannten Merkmale helfen auch, die Unterscheidung von Interprofessionalität und anderen Begriffen und Konzepten zu schärfen.

Eine grosse Mehrheit der Befragungsteilnehmenden stützt die in der WHO-Definition angelegte Komplementarität der beiden Elemente von Interprofessionalität und betrachtet die interprofessionelle Bildung von Gesundheitsfachpersonen bzw. die Vermittlung von interprofessionellen Kompetenzen als wichtige Grundlagen für gelingende *interprofessionelle Zusammenarbeit* bzw. *Berufspraxis*. Eine ähnlich grosse Mehrheit der Befragungsteilnehmenden charakterisiert Bildung nur dann als interprofessionell, wenn Personen aus verschiedenen Berufsgruppen miteinander unterrichtet werden *und* dabei Inhalte vermittelt werden, die auf die Befähigung zu interprofessioneller Zusammenarbeit ausgerichtet sind.

Inwiefern grenzen die involvierten Akteure den Begriff der Interprofessionalität von anderen Konzepten ab, z.B. von koordinierter Versorgung, Multiprofessionalität, Interdisziplinarität, Transdisziplinarität, Task Shifting?

Wie sowohl die Experteninterviews als auch die Online-Befragung zeigte, fällt es einem Teil der befragten Fachpersonen schwer Interprofessionalität von anderen, verwandten Konzepten abzugrenzen. Diese Abgrenzung wird auch in der Fachliteratur unterschiedlich vorgenommen. Somit lässt sich eine oftmals undifferenzierte Begriffsverwendung feststellen. Im Wesentlichen lassen sich zwei grundsätzliche Auffassungsarten unterscheiden: In einer engen Auslegung wird Interprofessionalität als einer von mehreren Intensitätsgraden von Zusammenarbeit betrachtet und von anderen Graden abgegrenzt, wobei die Bezeichnungen dieser Zusammenarbeitsgrade variiert (Multi-/Inter-/Transprofessionalität; professionelles Arbeiten/Abstimmung/interprofessionelle Zusammenarbeit; Koordination/projekthafte Verdichtung bzw. Verknüpfung/Ko-Kreation). In einer breiten Auslegung werden all diese Begriffe unter dem Konzept Interprofessionalität subsumiert und als unterschiedliche Intensitätsgrade davon interpretiert.

Die Mehrheit (rund 75%) der Befragten unterscheidet zwischen Interprofessionalität und Interdisziplinarität. Schwieriger scheint die Unterscheidung zwischen Interprofessionalität und Task Shifting (Übertragung von Aufgaben von einer Berufsgruppe an eine andere). Zwei Drittel der Befragungsteilnehmenden fassen dies als eine Form von interprofessioneller Zusammenarbeit auf. Auch die Literatur unterscheidet diese Konzepte nicht trennscharf (Schmelzer et al. 2020: 20).

5.2 Detailanalyse

Im **zweiten Frageblock** sollte genauer betrachtet werden, ob es Muster von verschiedenen Auslegeformen gibt (z.B. in den Sprachregionen oder zwischen verschiedenen Berufsgruppen), und welche Probleme sich daraus ergeben.

Welche Muster lassen sich bei den verschiedenen Auslegeformen beobachten, z.B. bezüglich (Sprach-)Regionen, Berufsgruppen oder Interventionsbereich (Setting)?

Unterschiede zwischen Berufen

Die sowohl in der Studie von Wagner et al. (2019) als auch in drei Experteninterviews angesprochenen Unterschiede zwischen Berufsgruppen werden in der Analyse der Online-Befragung bestätigt. Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und Lehrbeauftragte und Forschende messen z.B. Aspekten

wie der gemeinsamen Entscheidungsfindung und der gemeinsamen Rollenklärung unterschiedliche Bedeutung für die Charakterisierung von Interprofessionalität zu. Weiter lassen die Antworten vermuten, dass Ärztinnen und Ärzte stärker zwischen verschiedenen Arbeitsformen und anderen ähnlichen Konzepten (z.B. Interdisziplinarität) differenzieren als Pflegende.

Unterschiede zwischen Sprachregionen

Aufgrund der vorliegenden Befunde ist davon auszugehen, dass sich das Begriffsverständnis von Interprofessionalität zwischen den Sprachregionen der Schweiz kaum unterscheidet. Die Experteninterviews lieferten diesbezüglich keine Hinweise. Auch in der Online-Befragung zeigten sich bis auf eine Ausnahme kaum entsprechende Unterschiede: Teilnehmende aus der französischsprachigen Schweiz stimmen der Aussage, dass in der IPZ gemeinsam Entscheide gefällt werden, zu deren Ergebnissen keine Berufsgruppe für sich allein genommen hätte, stärker zu als Teilnehmende aus der deutschsprachigen Schweiz.

Unterschiede zwischen Settings

Verschiedene Studien berichten von unterschiedlichen Begriffsverständnissen je nach Setting. Die Ausgestaltung und Form der interprofessionellen Zusammenarbeit hängen von der Struktur, den praktizierten Abläufen und finanziellen Rahmenbedingungen der jeweiligen Settings ab. Solche Unterschiede stellen auch die befragten Expertinnen und Experten fest. Unterschiede zwischen den Settings wurden in der Analyse über den Ort der Tätigkeit angenähert. Verglichen wurde die Tätigkeit im stationären Bereich in Spitälern mit Praxen und der Tätigkeit in einer Bildungseinrichtung. Bei vielen Aussagen zeigten sich Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. Diese waren aber meist nicht gross. Am auffälligsten waren gewisse Abweichungen zwischen Teilnehmenden aus dem Bildungsbereich und den anderen beiden Gruppen bei den Aussagen zur interprofessionellen Bildung.

Unterschiede zwischen top-down- und bottom-up-Perspektive

In einer Interviewaussage wurde davon gesprochen, dass Dachverbände den Begriff der Interprofessionalität manchmal in instrumentalisierter Form nutzen, um gewissen Forderungen Gewicht zu verleihen, und dabei auch andere Positionen vertreten als ihre Mitglieder. Zudem wiesen mehrere Personen darauf hin, dass im Alltag der Berufspraxis kaum Metadiskussionen über Begrifflichkeiten und ihre Bedeutung erfolgen, sondern eher praktische Themen im Vordergrund stehen. Beides lässt vermuten, dass hier Unterschiede im Begriffsverständnis bestehen. In der Online-Befragung zeigte sich, dass Verbände und Vereine tendenziell über eine differenzierte Vorstellung von interprofessioneller Zusammenarbeit verfügen und ihre Eignung kritischer einschätzen als die Berufsleute.

Weitere Unterschiede

In den Interviews gab es Unterschiede darin, welche Aspekte der IPZ betont wurden. Dies zeigte sich besonders deutlich an der Rolle der Patientinnen und Patienten. Gewisse Expertinnen und

Experten haben deren Einbezug in die IPZ stark hervorgehoben und sehen dies sogar als Voraussetzung, um von interprofessioneller Zusammenarbeit zu sprechen. Andere wiederum haben den Fokus stärker auf der Zusammenarbeit unter den Professionellen gelegt. Die Literaturanalyse zeigte dasselbe Bild: Während ein Teil der Studien den Einbezug von Patientinnen und Patienten als Element von IPZ sieht, blenden andere, die sich hauptsächlich mit der Funktionsweise von interprofessionellen Teams und der teaminternen Zusammenarbeit befassen, diesen Aspekt gänzlich aus.

Welche Probleme ergeben sich durch die unterschiedlichen Auslegeformen?

Insgesamt konnten in den durchgeführten Erhebungen keine Hinweise auf allfällige Probleme aufgrund unterschiedlicher Auslegungen des Begriffs «Interprofessionalität» ermittelt werden.

5.3 Ausblick

Lässt sich aus den unterschiedlichen Auslegearten ableiten, in welchen Settings, Situationen, in Bezug auf welche Leistungen und welche Berufsgruppen eine aktive Förderung der Interprofessionalität am wichtigsten und am dringendsten wäre (unter Berücksichtigung der sich wandelnden professionellen Tätigkeitsfelder und Berufsprofile)?

Aus den unterschiedlichen Auslegearten lässt sich nicht eindeutig ableiten, wo sich konkret eine aktive Förderung von Interprofessionalität aufdrängt.

Es gibt Settings und Situationen, in denen eine hohe Versorgungsqualität auch ohne interprofessionelle Zusammenarbeit gewährleistet werden kann. Das zeigen sowohl die Experteninterviews als auch die Online-Befragung. So nehmen 63% der Befragungsteilnehmenden IPZ nicht in allen Settings und Situationen als die am besten geeignete Arbeitsform wahr. Das trifft insbesondere auf Notfallsituationen zu, wo es schnelle Entscheide braucht. Als Anhaltspunkt, wo eine Förderung Sinn macht, könnten die Frage nach dem Nutzen von Interprofessionalität hilfreich sein. Gemäss einer Interviewaussage hat interprofessionelle Zusammenarbeit dort ihre Berechtigung, wo sie zu Effizienz- oder Effektivitätsgewinnen führt oder einen Nutzen für den Patienten oder die Patientin schafft. Zudem gibt es auch Hinweise darauf, dass der Bedarf vom konkreten Fall abhängt, z.B. von dessen Komplexität oder davon, wie viel Mitbestimmung sich eine Patientin oder ein Patient wünscht. In wenig komplexen, klar umrissenen Behandlungssituationen (z.B. Routineverfahren), ist die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen selten nötig.

Förderbedarf kann v.a. in Settings und bei Tätigkeiten gesehen werden, in bzw. bei denen IPZ einen hohen Nutzen stiftet, als wichtig eingestufte Merkmale jedoch noch wenig gelebt werden oder sich negative Auswirkungen von IPZ zeigen.

5.4 Fazit

Das Ziel der Studie war es, die Definition von Interprofessionalität weiter zu schärfen, um damit eine Grundlage für die Weiterentwicklung des Themas Interprofessionalität und dessen Einbettung in einen grösseren gesundheitspolitischen Kontext zu legen. Nachfolgend finden sich aus den Studienergebnissen abgeleitete Überlegungen hierzu.

Unterschiedliche Perspektiven auf den Begriff Interprofessionalität erklären Unterschiede im Begriffsverständnis: Die Analyse zeigt, dass sowohl in der betrachteten Literatur als auch in der Praxis unterschiedliche Begriffsverständnisse bestehen und für die Definition von Interprofessionalität unterschiedliche Aspekte herbeigezogen oder betont werden. Anhand der Ergebnisse der Studie lassen sich drei Perspektiven auf den Begriff der Interprofessionalität ableiten, die diese Unterschiede etwas erklären:

- **Metaperspektive:** Aus dieser Perspektive wird versucht, das Konzept der Interprofessionalität möglichst allgemeingültig zu definieren oder zu beschreiben. Diese Perspektive wird vor allem in Studien eingenommen, die sich mit dem Konzept als solches befassen (z.B. Definition der WHO (2010)).
- **Praxisperspektive:** Wie es der Name schon sagt, nehmen insbesondere in der Berufspraxis tätige Personen diese Perspektive ein. Um den Begriff zu definieren, beschreiben sie anhand ihres Arbeitsalltags, wie sie Interprofessionalität wahrnehmen und wie sie gelebt wird. Deshalb variiert diese Perspektive auch stark aufgrund des eigenen Hintergrundes (z.B. dem Beruf oder dem Setting) (vgl. z.B. SAMW 2017).
- **Politische Perspektive:** Zuletzt gibt es noch eine eher politische Perspektive, die den Begriff nutzt, um damit Forderungen oder Ziele zu äussern, die durch den (vermehrten) Einsatz von Interprofessionalität erreicht werden sollen. Diese Perspektive beschreiben Hadzara und Lingard (2013) in ihrer Diskursanalyse. Sie wird auch in den Experteninterviews vereinzelt angesprochen.

Aufgrund dieser unterschiedlichen Perspektiven ist es schwierig, eine Definition zu identifizieren, die von allen Akteuren im Gesundheitswesen gleichermassen geteilt wird.

Die Identifikation von Kernmerkmalen kann die Weiterentwicklung des Themas Interprofessionalität vorantreiben: In der Literatur (z.B. Gurtner/Wettstein 2019; Kaiser et al. 2019; Sottas/Kissmann 2015; Wagner et al. 2019) und in der Praxis werden oft verschiedene Kernmerkmale herbeigezogen, um die allgemeine Definition von Interprofessionalität, wie sie bei der WHO (2010) zu finden ist und wie sie auch das BAG aufführt (BAG 2017: 5), weiter zu konkretisieren. Dabei sind zwei verschiedene Typen von Kernmerkmalen zu unterscheiden: *definitorische Merkmale* und *Voraussetzung oder Erfolgsbedingungen*. Aus diesen beiden Typen lassen sich zwei sich ergänzende Ansätze identifizieren, um die Weiterentwicklung des Themas Interprofessionalität voranzutreiben:

- **Definitorische Merkmale können zur Schärfung und Abgrenzung des Konzepts «Interprofessionalität» dienen:** Unter definitorischen Merkmalen sind Kernmerkmale von Interprofessionalität zu verstehen, die es erlauben, das Konzept zu schärfen und von anderen Zusammenarbeitsformen abzugrenzen. Der Schwerpunkt dieser Studie lag darauf, solche Merkmale zu identifizieren. In Abschnitt 5.1 sind diejenigen aufgeführt, welche die Teilnehmenden der Online-Befragung besonders häufig als charakterisierend nannten. Dabei handelt es sich z.B. um die gemeinsame Entscheidungsfindung, die u.a. die breit unterstützte Charta Interprofessionalität der SAMW als zentralen Bestandteil der interprofessionellen Zusammenarbeit herausstreicht. In diesen Prozess bringt jeder Beruf sein Fachwissen ein, wodurch neue Perspektiven entstehen, «die innerhalb eines einzelnen Berufes nicht

möglich wären». ³³ Wie diese gemeinsame Entscheidungsfindung erfolgt, kann hingegen je nach Setting und Situation variieren (z.B. runder Tisch; unterstützendes IT-Tool).

- **Voraussetzungen und Erfolgsbedingungen helfen dabei, förderliche Rahmenbedingungen für IPZ zu schaffen:** Viele Studien (z.B. Staffoni et al. 2016 sowie zahlreiche Studien im Rahmen des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen») äussern sich zu Voraussetzungen und Erfolgsbedingungen von interprofessioneller Zusammenarbeit (z.B. Haltungsfragen in der Zusammenarbeit; persönliche Eigenschaften der Berufsleute wie Respekt, fachliche Kompetenz, die Dauer ihrer Berufstätigkeit etc.; Aspekte der Teamorganisation und der Gruppendynamik; institutionelle Rahmenbedingungen wie z.B. formelle Gefässe für regelmässigen Austausch; gesetzliche Rahmenbedingungen wie z.B. die Abrechnungsmodalitäten etc.). Auch in den Experteninterviews und in der Online-Befragung haben einige Fachpersonen auf solche Merkmale hingewiesen. Diese Merkmale sind nicht geeignet, um interprofessionelle Zusammenarbeit definitorisch von anderen Zusammenarbeitsformen abzugrenzen. Sie verweisen jedoch auf mögliche Ansatzpunkte zur Förderung von Interprofessionalität: Unterstützung bei der Realisierung dieser Faktoren in Teams, Organisationen oder Settings schafft förderliche Rahmenbedingungen für interprofessionelle Arbeit. Fehlt z.B. die Unterstützung von leitenden Personen in einer Organisation oder die gegenseitige Wertschätzung zwischen den Berufen, hat erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit einen schwierigen Stand.

Interprofessionelle Bildung legt eine Grundlage für IPZ: Eine wichtige Rolle bei dieser Förderung spielt die interprofessionelle Bildung, welche grossmehrheitlich als Grundlage für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit anerkannt wird (vgl. Abschnitt 4.3), in dem sie den beteiligten Berufsleuten die dafür notwendigen Kenntnisse, Qualifikationen und Haltungen vermittelt. Auch die Plattform Interprofessionalität in der primären Gesundheitsversorgung betont in ihrem Positionspapier «Wer sind wir» die entscheidende Rolle der interprofessionellen Bildung. ³⁴ Hier können Gesundheitsfachpersonen z.B. lernen, mit Angehörigen anderer Berufsgruppen zu interagieren und dabei Vorurteile und falsche Bilder abbauen, die einer gelingenden Zusammenarbeit abträglich sein können.

Förderung muss settingspezifische Unterschiede berücksichtigen: Es gibt wahrscheinlich nicht ein allgemeingültiges Patentrezept, um die Weiterentwicklung von IPZ voranzutreiben. Die Literatur (z.B. SAMW 2017) zeigt klar, dass sich die Rahmenbedingungen für Interprofessionalität, ihre Eignung und ihre konkrete Ausprägung je nach Setting anders präsentieren. Nicht alle Kernmerkmale sind in jedem Setting gleichermassen wichtig. Zudem eignet sich nicht jedes Setting für interprofessionelle Zusammenarbeit (z.B. in Abhängigkeit der Komplexität der zu behandelnden Fälle oder der Anzahl involvierter Berufe; vgl. Staffoni et al. 2016). Diese settingspezifischen Umstände gilt es deshalb bei Fördermassnahmen zu berücksichtigen.

³³ Positionspapier «Wer sind wir?» der Plattform Interprofessionalität in der primären Gesundheitsversorgung: <https://www.interprofessionalitaet.ch/ueber-uns>; 25.2.2021

³⁴ <https://www.interprofessionalitaet.ch/ueber-uns>; 19.2.2021.

Dokumente und Literatur

- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2013). Bericht der Themengruppe «Interprofessionalität». Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2017). Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017 – 2020. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2018). Broschüre «Interprofessionalität im Gesundheitswesen - Beispiele aus der Berufspraxis». Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2020). Broschüre «Interprofessionalität im Gesundheitswesen - Beispiele aus der Bildung und Lehre». Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesrat (2019). Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Careum (2020). Interprofessionelle Ausbildung im Schweizer Gesundheitssystem: Situationsanalyse und Perspektiven. Careum Working Paper 9. Zürich: Careum.
- Charles, Grant und Alexander, Carla (2014). An introduction to interprofessional practice in social and health care settings. *Relational Child & Youth Care Practice*, 27(3); 51–55.
- DiazGranados, Deborah; Dow, Alan W.; Appelbaum, Nital; Mazmanian, Paul E. und Retchin, Sheldon M. (2018). Interprofessional practice in different patient care settings: A qualitative exploration. *J Interprof Care*, 32(2); 151–159.
- GDK – Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und BAG – Bundesamt für Gesundheit (2012). Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung». Bern.
- Gurtner, Sebastian und Wettstein, Miriam (2019). Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen - Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung: Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» 2017–2020. Bern: Berner Fachhochschule, Departement Wirtschaft.
- Haddara, Wael und Lingard, Lorelei (2013). Are we all on the same page? A discourse analysis of interprofessional collaboration. *Academic Medicine* 88(10); 1509–1515.
- Huber, Marion (2019). Kompetenzen zur interprofessionellen Zusammenarbeit und geeignete Unterrichtsformate. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Institut für Gesundheitswissenschaften.
- Kaiser, Nicole; Amann, Flavia; Meier, Nora; Inderbitzi, Laura; Haering, Barbara; Eicher, Manuela und Stanic, Jelena (2019). Potenziale für Interprofessionalität. Zürich: econcept AG und Lausanne: Université de Lausanne, Institut universitaire de formation et recherche en soins.

- Liesch, Roman; Berchtold, Peter; Künzi, Kilian; Höglinger, Dominic; Schmitz, Christof und Morger, Mario (2020). Kosten-Nutzen-Analyse interprofessioneller Zusammenarbeit. Empirische Analyse am Beispiel stationärer Kliniken der Inneren Medizin und der Psychiatrie. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS / College für Management im Gesundheitswesen.
- Mahler, Cornelia; Gutmann, Thomas; Karstens, Sven und Joos, Stefanie (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 31(4); 1–5.
- Oetterli, Manuela; Laubereau, Birgit; Wallimann, Carla; Knecht, Donat und Müller, Marianne (2017). Interprofessionelle Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialbereich: Was kann man von Good-Practice-Beispielen in der Luzerner Gesundheitsversorgung lernen? Luzern: Interface und Hochschule Luzern, Soziale Arbeit.
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Swiss Academies Reports 12(2).
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020). Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Schmelzer, Sarah; Hollenstein, Eva; Stahl, Johanna; Wirz, Markus; Huber, Marion; Nast, Irina und Liberatore, Florian (2020). Task Shifting in der interprofessionellen Zusammenarbeit: Schlussbericht Mandat 14. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, School of Management and Law.
- Schmitz, Christof; Atzeni, Gina; und Berchtold, Peter (2017). Challenges in interprofessionalism in Swiss health care: the practice of successful interprofessional collaboration as experienced by professionals. Swiss Medical Weekly 147: w14525.
- Sottas, Beat und Kissmann; Stefan (2015). Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP): Teilbericht 1. Bourguillon: sottas formative works.
- Staffoni, Liliane; Schoeb, Veronika; Pichonnaz, David; Bécherraz, Camille; Knutti, Isabelle und Bianchi, Monica (2016). Collaboration interprofessionnelle : comment les professionnels de santé interagissent-ils en situation de pratique collaborative ? Kandidatur für den SAMW Award «Interprofessionalität».
- Vatter, Adrian and Rüefli, Christian (2014). Gesundheitspolitik. In Knoepfel, Peter. et al. (Hrsg.). Handbuch der Schweizer Politik, 5. Auflage. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung; 827–853.
- Wagner, Felicitas; Neubauer, Florian und Huwendiek, Sören (2019). Schweizerisches Interprofessionalitäts-Evaluations-Instrumentarium (SIPEI). Bern: Universität Bern, Institut für medizinische Lehre.
- WHO – World Health Organization und Health Professions Networks – Nursing & Mid-wifery – Human Resources for Health (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Genf: World Health Organization.

- WHO – World Health Organization (2017). Task sharing to improve access to Family Planning/Contraception. Summary brief. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/task-sharing-access-fp-contraception/en/>
- Wider, Diana (2011). Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde: Rahmenbedingungen und Folgerungen für die Sozialarbeit. Bachelorarbeit Hochschule Luzern, Soziale Arbeit.

Anhang 1: Grundlagenliteratur zu Interprofessionalität in der Schweiz

Quellen

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2017). Förderprogramm Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2020. Bern: Bundesamt für Gesundheit. (Programmbroschüre zum Förderprogramm)

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2018). Broschüre «Interprofessionalität im Gesundheitswesen - Beispiele aus der Berufspraxis». Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2020). Broschüre «Interprofessionalität im Gesundheitswesen - Beispiele aus der Bildung und Lehre». Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Careum (2020). Interprofessionelle Ausbildung im Schweizer Gesundheitssystem: Situationsanalyse und Perspektiven. Careum Working Paper 9. Zürich: Careum.

SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020). Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Differenzierung, Praxis und Implementierung. Swiss Academies Communications 15 (2). Bern: SAMW.

SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020). Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

Forschungsmandate des Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» des BAG
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen.html>

Anhang 2: Interviewpartnerinnen und -partner

Name	Funktion
Peter Berchtold	Co-Leiter Arbeitsgruppe Interprofessionalität SAMW
Thomas Ihde-Scholl	Chefarzt Psychiatrie der Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG
Claudine Lüscher	Pflegeexpertin APN, Hausarztpraxis Bürglen
Settimio Monteverde	Dozent Berner Fachhochschule, Co-Leiter Klinische Ethik Universitätsspital Zürich
Adrian Rohrbasser	Facharzt für Allgemeinmedizin, Medbase Wil, Forscher an der Universität Oxford, Adjunkt Forscher an der Universität Bern
Sven Streit	Leiter Interprofessionelle Grundversorgung am Berner Institut für Hausarztmedizin an der Universität Bern, Hausarzt
Franziska von Arx	Präsidentin Gesellschaft für Intensivmedizin, Co-Leiterin Pflegedienst IPS, Neonatologie, Notfall und Kinder-Herzzentrum Kinderspital Zürich

Anhang 3: Online Fragebogen

Lesehilfe zum Fragebogen:

☐ : In Online-Version = Radio Button: Nur eine Antwort möglich

☐ : In Online-Version = Check Box: Mehrere Antworten möglich

Einstiegsfragen

Filter: Alle

Frage 1: Um zu verstehen, wie der Begriff «Interprofessionalität» im Gesundheitswesen im Schweizer Kontext von verschiedenen Akteuren aus Bildung und Berufspraxis verstanden wird, sind wir sowohl an Positionen von Verbänden/Vereinen und Bildungseinrichtungen (bzw. Instituten und Abteilungen in relevanten Bereichen), als auch an Einschätzungen von in der Berufspraxis und Bildung tätigen Einzelpersonen interessiert. Bitte geben Sie uns an, aus welcher Sicht Sie diesen Fragebogen ausfüllen:

☐ 1	Aus der Sicht eines Verbandes oder eines Vereins
☐ 2	Aus der Sicht einer Bildungseinrichtung (z.B. Fachhochschule, Universität) oder einem Institut/einer Abteilung an einer Bildungseinrichtung
☐ 3	Aus persönlicher Sicht als in Bildung oder Berufspraxis im Gesundheitswesen tätige Person
☐ 4	Aus persönlicher Sicht als am Thema interessierte Person (nicht im Gesundheitswesen tätig)
☐ 5	Aus persönlicher Sicht als betroffene Person (z.B. als Patient/in oder angehörige Person)
☐ 6	Andere. Bitte präzisieren Sie: [Textfeld]

Filter: Frage nur stellen, wenn Frage 1 = 1-2

Frage 2: Für welche Organisation füllen Sie diesen Fragebogen aus?

--

Filter: Frage nur stellen, wenn Frage 1 = 1-3

Frage 3: Wo sind Sie hauptsächlich beruflich tätig bzw. in welchem Bereich ist die Organisation, die Sie vertreten, hauptsächlich tätig?

☐	Gemeinde (soziale Dienste)
☐	Spital (stationärer Bereich)
☐	Spitalambulanter Bereich
☐	Spitex
☐	Heim
☐	Praxis
☐	Apotheke
☐	Tagesklinik
☐	Universität
☐	Fachhochschule
☐	Höhere Fachschule
☐	Berufliche Grundbildung
☐	Forschung ausserhalb einer Hochschule (z.B. privates Forschungsinstitut)
☐	Andere. Bitte präzisieren Sie: [Textfeld]

Filter: Frage nur stellen, wenn Frage 1 = 3

Frage 4: Welchen Beruf üben Sie aus?

☐	Ärztin/Arzt
☐	Zahnärztin/Zahnarzt
☐	Apotheker/in
☐	Chiropraktor/in
☐	Einen Psychologieberuf
☐	Pflegefachperson HF
☐	Pflegefachperson FH
☐	Pflegeexpertin/Pflegeexperte (Advanced Nurse Practitioner)
☐	Physiotherapeut/in
☐	Ergotherapeut/in
☐	Hebamme
☐	Ernährungsberater/in
☐	Osteopath/in
☐	Optometrist/in
☐	Logopädin/Logopäde
☐	Medizinische/r Praxisassistent/in (MPA)
☐	Medizinische/r Praxiskoordinator/in (MPK)
☐	Beruf der Sozialarbeit. Bitte präzisieren Sie: [Textfeld]
☐	Therapeut/in der Komplementär-/Alternativmedizin
☐	Aktivierungstherapeut/in
☐	Heilpädagogin/Heilpädagoge
☐	Suchtberater/in
☐	Beruf im Bereich Seelsorge/Ethik
☐	Lehrbeauftragte/r oder Forschende/r an einer Bildungs- oder Forschungseinrichtung
☐	Andere. Bitte präzisieren Sie: [Textfeld]

Filter: Frage nur stellen, wenn Frage 1 = 1-3

Frage 5: In welchen Sprachregionen waren oder sind sie beruflich tätig bzw. ist die Organisation, die Sie vertreten, tätig?

Mehrfachantwort möglich

☐	Deutschsprachige Schweiz
☐	Französischsprachige Schweiz
☐	Italienischsprachige Schweiz

Filter: Frage nur stellen, wenn Frage 1 = 1-3

Frage 6: Bitte geben Sie an, in welchem Setting/in welchen Settings Sie aktuell arbeiten oder die Organisation, die Sie vertreten, hauptsächlich tätig ist.

Mehrfachantwort möglich

☐	Prävention / Gesundheitsförderung
☐	Akutversorgung (inkl. Notfall / Intensivmedizin)
☐	Versorgung chronisch kranker Menschen
☐	Langzeitpflege
☐	Rehabilitation
☐	Palliative Care / Lebensende
☐	Schnittstellen / Transition of care
☐	Grundversorgung
☐	Pädiatrische Versorgung / Versorgung von Kindern & Jugendlichen
☐	Geriatrische Versorgung / Versorgung im Alter
☐	Psychiatrische Versorgung
☐	Psychologische Versorgung
☐	Multimorbidität
☐	Onkologie / Krebspatient/innen
☐	Gesundheitskompetenz
☐	Sucht
☐	Pflegende Angehörige
☐	Universität
☐	Fachhochschule
☐	Höhere Fachschule
☐	Berufliche Grundbildung
☐	Andere

Interprofessionelle Berufspraxis

Filter: Alle

Frage 7: Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht:

Nicht jede Form von Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen ist *interprofessionelle* Zusammenarbeit.

☐	Stimme voll zu
☐	Stimme zu
☐	Stimme eher zu
☐	Stimme eher nicht zu
☐	Stimme nicht zu
☐	Stimme überhaupt nicht zu
☐	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen

Filter: Alle

Frage 8: Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht:

Wenn Personen aus verschiedenen Berufen dieselben Patientinnen und Patienten unabhängig voneinander betreuen, handelt es sich nicht um interprofessionelle Zusammenarbeit.

☐	Stimme voll zu
☐	Stimme zu
☐	Stimme eher zu
☐	Stimme eher nicht zu
☐	Stimme nicht zu
☐	Stimme überhaupt nicht zu
☐	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen

Filter: Alle

Frage 9: Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht:

Die Übertragung von Aufgaben von einer Berufsgruppe an eine andere (z.B. von einem Hausarzt an eine Advanced Practice Nurse) ist eine Form von interprofessioneller Zusammenarbeit.

☐	Stimme voll zu
☐	Stimme zu
☐	Stimme eher zu
☐	Stimme eher nicht zu
☐	Stimme nicht zu
☐	Stimme überhaupt nicht zu
☐	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen

Filter: Alle

Frage 10: Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht:

Wenn verschiedene Personen mit demselben Beruf, aber aus unterschiedlichen Fachrichtungen bzw. Disziplinen zusammenarbeiten (z.B. ärztliches Personal aus verschiedenen Fachrichtungen), handelt es sich nicht um interprofessionelle Zusammenarbeit.

☐	Stimme voll zu
☐	Stimme zu
☐	Stimme eher zu
☐	Stimme eher nicht zu
☐	Stimme nicht zu
☐	Stimme überhaupt nicht zu
☐	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen

Filter: Alle

Frage 11: Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht:

Interprofessionalität ist nur gegeben, wenn alle in die Versorgung eines Patienten oder einer Patientin involvierten Berufsgruppen einbezogen sind. Wird eine Berufsgruppe nicht berücksichtigt, handelt es sich nicht um interprofessionelle Zusammenarbeit.

☐	Stimme voll zu
☐	Stimme zu
☐	Stimme eher zu
☐	Stimme eher nicht zu
☐	Stimme nicht zu
☐	Stimme überhaupt nicht zu

☐	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen
-----------------------	---

Filter: Alle

Frage 12: Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht:

Bei interprofessioneller Zusammenarbeit werden gemeinsame Entscheidungen getroffen. Zu den Ergebnissen dieser Entscheidungen hätte keine Berufsgruppe für sich allein genommen kommen können.

☐	Stimme voll zu
☐	Stimme zu
☐	Stimme eher zu
☐	Stimme eher nicht zu
☐	Stimme nicht zu
☐	Stimme überhaupt nicht zu

☐	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen
-----------------------	---

Filter: Alle

Frage 13: Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht:

Es bereitet mir Schwierigkeiten, den Begriff Interprofessionalität von anderen ähnlichen Begriffen, wie z.B. Multiprofessionalität und Interdisziplinarität abzugrenzen.

☐	Stimme voll zu
☐	Stimme zu
☐	Stimme eher zu
☐	Stimme eher nicht zu
☐	Stimme nicht zu
☐	Stimme überhaupt nicht zu

☐	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen
-----------------------	---

Filter: Alle

Frage 14: Wodurch zeichnet sich Interprofessionalität aus? Wie wichtig sind die folgenden Merkmale dafür, dass man die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufen als interprofessionell charakterisieren kann?

	Völlig unwichtig	Unwichtig	Eher unwichtig	Eher wichtig	Wichtig	Unverzichtbar	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen
Zusammenarbeit auf Augenhöhe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Flache Hierarchien	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gemeinsames Interpretieren von Informationen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geteilte, gemeinsame Entscheidungsfindung über das Vorgehen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die dafür am besten geeignete Person übernimmt die Führung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gemeinsame Rollenklärung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einbezug von Patientinnen und Patienten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einbezug von Angehörigen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Filter: Wenn Frage 1 = 3

Frage 15: Wie würden Sie die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten in Ihrem Setting, in Ihrem Arbeitsumfeld charakterisieren?

In meinem Setting, meinem Arbeitsumfeld...

	Trifft in hohem Mass zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen
...arbeiten die involvierten Berufsgruppen auf Augenhöhe zusammen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...bestehen flache Hierarchien.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...werden Informationen gemeinsam interpretiert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...erfolgt eine gemeinsame Entscheidungsfindung über das Vorgehen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...übernimmt die dafür am besten geeignete Person die Führung.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...werden die Rollen der verschiedenen Berufsgruppen gemeinsam geklärt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...werden Patientinnen und Patienten in die Zusammenarbeit einbezogen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...werden Angehörige in die Zusammenarbeit einbezogen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Filter: Alle

Frage 16: Bitte geben Sie an, ob Sie den folgenden Aussagen zu interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ) zustimmen oder nicht:

	Stimme voll zu	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen
Es gibt Settings und Situationen, in denen IPZ für die optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten <u>nicht</u> die am besten geeignete Arbeitsform ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Settings und Situationen, in denen IPZ für die Mitarbeitenden <u>nicht</u> die am besten geeignete Arbeitsform ist (z.B. wegen niedriger Arbeitszufriedenheit oder unnötigem Abstimmungsaufwand).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Settings und Situationen, in denen das Kosten-Nutzen-Verhältnis von IPZ schlechter ist als bei anderen Arbeitsformen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Settings und Situationen, in denen IPZ weniger zielführend ist als andere Arbeitsformen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Filter: Wenn bei Frage 16 bei einem Item «Stimme voll zu», «Stimme zu» oder «Stimme eher zu» angekreuzt wird

Frage 17: Für welche Settings und in welchen Situationen ist Interprofessionalität aus Ihrer Sicht schlechter geeignet als andere Arbeitsformen? Bitte begründen Sie jeweils kurz.

--

Filter: Wenn Frage 1 = 3

Frage 18: Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) kann verschiedene Auswirkungen haben. Wie würden Sie die Auswirkungen der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in Ihrem Setting, in Ihrem Arbeitsumfeld beurteilen?

In meinem Setting, meinem Arbeitsumfeld...

	Trifft in hohem Mass zu	Trifft eher zu	Teils/teils	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen
...führt IPZ zu besseren Resultaten in der Versorgung von Patientinnen und Patienten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...macht es IPZ für die Patientin/den Patienten schwieriger zu wissen, wer die richtige Ansprechperson ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...verbessert IPZ die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...führt IPZ zu längeren Entscheidungswegen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...führt die Beteiligung von vielen Professionen zu mehr widersprüchlichen Einschätzungen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...stärkt IPZ das professionelle Bewusstsein der einzelnen Fachkräfte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...führt IPZ zu einer höheren Arbeitszufriedenheit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...führt IPZ zu Machtkämpfen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...macht IPZ die Berufe im Gesundheitswesen für den Nachwuchs attraktiver.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...stärkt IPZ die Stellung meiner Berufsgruppe gegenüber anderen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Interprofessionelle Bildung

Hinweis: Wenn nachfolgend von Bildung gesprochen wird, ist damit Aus-, Weiter- und Fortbildung gemeint.

Filter: Alle

Frage 19: Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht:

Damit man von interprofessioneller Bildung sprechen kann, müssen verschiedene Berufsgruppen gemeinsam voneinander lernen, nicht nur übereinander. Wenn bspw. eine Hebamme einen Vortrag bei auszubildenden Pflegefachpersonen hält, handelt es sich noch nicht um interprofessionelle Bildung.

☐	Stimme voll zu
☐	Stimme zu
☐	Stimme eher zu
☐	Stimme eher nicht zu
☐	Stimme nicht zu
☐	Stimme überhaupt nicht zu
☐	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen

Filter: Alle

Frage 20: Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht:

Damit man von interprofessioneller Bildung sprechen kann, müssen die Inhalte auf die Befähigung zu interprofessioneller Zusammenarbeit ausgerichtet sein. Gemeinsamer Unterricht in einem Fach, das für verschiedene Berufsgruppen relevant ist (z.B. Statistik), ist nicht interprofessionelle Bildung.

☐	Stimme voll zu
☐	Stimme zu
☐	Stimme eher zu
☐	Stimme eher nicht zu
☐	Stimme nicht zu
☐	Stimme überhaupt nicht zu
☐	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen

Filter: Alle

Frage 21: Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht:

Von interprofessioneller Bildung spricht man nur dann, wenn Personen aus verschiedenen Berufsgruppen miteinander unterrichtet werden UND dabei Inhalte vermittelt werden, die auf die Befähigung zu interprofessioneller Zusammenarbeit ausgerichtet sind.

☐	Stimme voll zu
☐	Stimme zu
☐	Stimme eher zu
☐	Stimme eher nicht zu
☐	Stimme nicht zu
☐	Stimme überhaupt nicht zu

☐	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen
-----------------------	---

Filter: Alle

Frage 22: Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht:

Nur mit der Vermittlung von interprofessionellen Kompetenzen in der Bildung kann interprofessionelle Berufspraxis langfristig möglich werden.

☐	Stimme voll zu
☐	Stimme zu
☐	Stimme eher zu
☐	Stimme eher nicht zu
☐	Stimme nicht zu
☐	Stimme überhaupt nicht zu

☐	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen
-----------------------	---

Filter: Alle

Frage 23: Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht:

Interprofessionelle Bildung hat wenig Einfluss auf die Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Berufspraxis.

☐	Stimme voll zu
☐	Stimme zu
☐	Stimme eher zu
☐	Stimme eher nicht zu
☐	Stimme nicht zu
☐	Stimme überhaupt nicht zu
☐	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen

Filter: Alle

Frage 24: Bitte geben Sie an, ob Sie der folgenden Aussage zustimmen oder nicht:

Die Vermittlung von interprofessionellen Kompetenzen geht auf Kosten des Lernens über den eigenen Beruf und damit des Aufbaus einer professionellen Identität.

☐	Stimme voll zu
☐	Stimme zu
☐	Stimme eher zu
☐	Stimme eher nicht zu
☐	Stimme nicht zu
☐	Stimme überhaupt nicht zu
☐	Weiss nicht / Kann ich nicht beurteilen

Abschlussfrage

Filter: Alle

Frage 25: Zum Abschluss des Fragebogens haben Sie die Möglichkeit, allgemeine Informationen, Einschätzungen oder Rückmeldungen zur Definition des Begriffs «Interprofessionalität» anzubringen. Nutzen Sie hierzu bitte das nachfolgende Textfeld.

--