

Gina Atzeni, Christof Schmitz, Peter Berchtold

Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit

Studie im Auftrag der SAMW

Gina Atzeni, Christof Schmitz, Peter Berchtold

Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit

Studie im Auftrag der SAMW

Herausgeberin

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, Postfach, 3001 Bern
Telefon +41 (0)31 306 92 70, mail@samw.ch
www.samw.ch

Autoren

Dr. phil. Gina Atzeni, Institut für Soziologie, Ludwig-Maximilians-Universität München
Dr. rer. soc. oec. Christof Schmitz, Co-Geschäftsführer College M, Bern
PD Dr. med. Peter Berchtold, Co-Geschäftsführer College M, Bern

Reviewer

Prof. Dr. phil. Iren Bischofberger, Careum Forschung, Prorektorin und
Studiengangleitung MSc in Nursing, Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Zürich
Prof. Dr. phil. Rudolf Stichweh, Direktor Forum Internationale Wissenschaft, Universität Bonn
Prof. Dr. med. Peter Suter, ehem. Präsident SAMW, Presinge

ISSN 2297-1564 (Print)
ISSN 2297-1572 (Online)

Gestaltung

Howald Fosco, Biberstein, Basel

Bilder

Alle Bilder stammen aus dem Gesundheitszentrum Unterengadin in Scuol;
fotografiert hat sie Mayk Wendt (maykwendt.com).

Druck

Kreis Druck AG, Basel

1. Auflage, 2017 (1000 Expl.)
Die Broschüre kann kostenlos bezogen werden bei der SAMW.



Copyright: ©2017 SAMW. Dies ist eine Open-Access-Publikation,
lizenziert unter der Lizenz Creative Commons Attribution
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Der Inhalt dieser Publikation
darf demnach uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und
wiedergegeben werden, solange der Urheber und die Quelle angemessen
angegeben werden.

Zitiervorschlag:
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2017)
Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit.
Swiss Academies Reports 12 (2).

Zusammenfassung	5
Résumé	10
Vorwort	15
Begriff, Geschichte und Grundprobleme	17
Ein junger Begriff mit steiler Karriere	17
Die begriffliche Unbestimmtheit und ihre Funktion	18
Methodisches Vorgehen	21
Datenbasis	21
Auswertung der Interviewdaten	22
Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit	24
Ein Schema	25
Koordinative Verdichtung	26
Ko-kreative Verdichtung	27
Projekthafte Verdichtungen	29
Misslingende IPZ – und Motivation	31
Interprofessionelle Zusammenarbeit in unterschiedlichen Kontexten	33
IPZ in der chirurgischen Versorgung	33
IPZ in der internistischen Versorgung	35
IPZ in der psychiatrischen Versorgung	37
IPZ in der Palliativ-Versorgung	40
IPZ in der Grundversorgung	42
Synthese und Fazit	46
Drei Formen interprofessioneller Zusammenarbeit	46
Drei Formen klinischer Organisation	48
Conclusio	50
Handlungsempfehlungen	53
Gesundheitssystem	53
Leistungserbringer/Organisationen	54
Individuum	56
Literatur	58

Zusammenfassung

Die Thematisierung interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ) erlebte in den letzten Jahren einen regelrechten Boom. Während die Forderung nach mehr und besserer IPZ zusehends unüberhörbar geworden ist, bleibt fraglich, was IPZ in der Praxis für die handelnden Fachpersonen konkret bedeutet. Die vorliegende explorative Studie geht eben diesen Verständnissen aus der Praxis nach und versucht Schlussfolgerungen daraus abzuleiten.

Begriff und Fragestellung

Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) ist wichtig und wünschenswert. Darin sind sich Beteiligte wie Beobachter im Gesundheitssystem einig. Aber schon den Begriff einheitlich zu definieren erscheint schwierig, wie die geradezu verwirrende Vielfalt an Begriffsbestimmungen in der Literatur eindrücklich zeigt. Metaanalysen haben ausgewiesen, dass der wissenschaftliche Diskurs zu IPZ in zwei Hauptsträngen verläuft: Einem *utilitaristischen* Strang, der sich vor allem für die Effizienz- bzw. rational-sachlichen Gewinne interessiert, die über eine verstärkte Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung erreicht werden können. Und einem *emanzipatorischen* Strang, der sich vor allem mit den Möglichkeiten auseinandersetzt, die Dominanz einer Profession (z.B. der ärztlichen) zugunsten anderer (z.B. der Pflegefachleute) zu brechen und interprofessionelle Arbeitsverhältnisse auf «Augenhöhe» zu installieren. So erstaunt nicht, dass IPZ auch als politischer Begriff, ja in manchen Kontexten geradezu als Kampfbegriff verwendet wird. Der Begriff dient auch als Instrument, Interessen zu formulieren, eigene Positionen zu definieren und Handlungsbedarf anzumahnen.

Die Uneindeutigkeit des Begriffs IPZ, die auf den ersten Blick als lästiges Ärgernis wahrgenommen werden kann, erweist sich auf zweiten Blick auch als funktional: Der Begriff in seiner relativen Unbestimmtheit fungiert als eine Art kommunikative Klammer. In diese Klammer können unterschiedliche Ansprüche an eine Neugestaltung der Versorgung und des Gesundheitswesens als Ganzes gefasst werden, ohne dass diese Ansprüche in ihrer möglichen wechselseitigen Unübersetzbarkeit zu früh zum Problem werden müssten. Der Begriff IPZ fungiert, weil er zugleich inhaltsleer wie mit Bedeutung überfrachtet ist, in ganz verschiedenen Kontexten als kommunikatives Vehikel.

Vor diesem Hintergrund haben wir in der vorliegenden Forschungsarbeit bewusst auf eine *ex-ante* Definition der IPZ verzichtet und uns stattdessen zum Ziel gesetzt, das zu rekonstruieren, was Gesundheitsfachleute in ihrer Praxis

unter IPZ verstehen – auch weil diese Praxis im Unterschied zu theoretischen und normativen Konzepten von IPZ stehen kann.

Grundlegendes Ziel der Forschungsarbeit war, in fünf verschiedenen Versorgungssettings, nämlich der Grund-, der chirurgischen, der internistischen, der psychiatrischen und der Palliativ-Versorgung, zu explorieren, was *von den Praktikern als gelingende und misslingende IPZ* beschrieben wird und daraus Strategien zur Verbesserung der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachleute abzuleiten. Grundlage der Untersuchung waren insgesamt 25 Interviews mit Fachpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen in den fünf genannten Settings. Methodisch bedeutet der Fokus auf gelingende Beispiele eine Exploration positiver Abweichungen zusätzlich geschärft mit einer Kontrastierung negativer Abweichungen. Eine solche «Abweichungsanalyse» erlaubt es, zentrale Faktoren, die aus der Sicht der befragten Gesundheitsfachleute IPZ ausmachen, zu destillieren. Sie erlaubt es demgegenüber dezidiert *nicht*, eine allgemeine Definition oder gar ein normatives Ideal von IPZ abzuleiten.

Ergebnisse: Drei Formen interprofessioneller Zusammenarbeit

Die Erzählungen der von uns befragten Berufspersonen zeigen in eindrücklicher Weise, dass interprofessionelle Zusammenarbeit und die Frage, ob und wie IPZ stattfindet und von den Beteiligten als ge- oder misslingend empfunden wird, stark davon abhängt, *in welchen Kontexten bzw. Settings* diese Berufspersonen arbeiten. Das ist ein überaus interessanter Befund, als ja auch davon ausgegangen werden könnte (und wird), dass IPZ Individuums-, Team-, Bildungs-, Professions- oder auch Managementgetrieben sein könnte und dann davon abhängig wäre, was einzelne Individuen präferieren, wie sich Teams miteinander finden, welche Bildung die Beteiligten erfahren haben, welcher Profession sie angehören oder auch wie sehr ein jeweiliges Management IPZ als Ziel ins Auge gefasst hat. Zweifellos haben diese Faktoren Einfluss auf die Praxis und Wahrnehmung von IPZ. Unsere Ergebnisse zeigen aber darüber hinaus, wie sehr die spezifischen Strukturen des jeweiligen Settings *konstitutiv* für die praktische Ausgestaltung als auch die subjektive Wahrnehmung von IPZ sind.

Ein Hauptbefund unserer Studie ist, dass die von den Interviewten als gelungen geschilderten Beispiele von IPZ *Verdichtungen* bzw. intensivierte Synchronisationen von Arbeitsabläufen und Handlungen darstellen. Wir konnten drei unterschiedliche Modi der Zusammenarbeit verschiedener Professionen identifizieren:

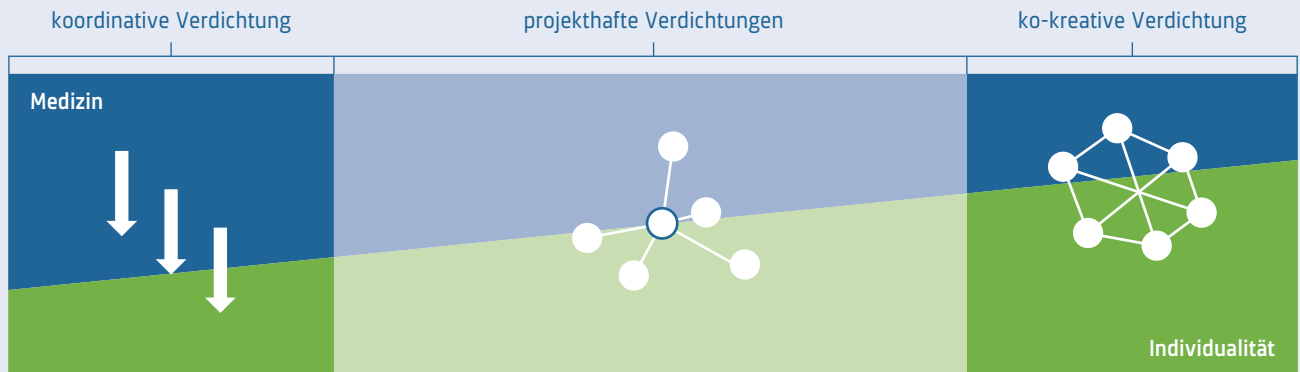
- **Koordinative Verdichtung** meint Formen der Zusammenarbeit, in denen relativ klar definierte, meist institutionell verstetigte Handlungsmuster und antrainierte Kompetenzen ineinandergreifen. Im koordinativen Modus ist die Zusammenarbeit verschiedener Berufe oftmals durch krisenhafte Zeitknappheit oder einem relativ klar umrissenen zeitlichen Horizont gekennzeichnet (z. B. Reanimation, operativer Eingriff). Diese Form der Verdichtung lässt wesentlich auf antrainierte, Kompetenzen zugreifen, die wie «programmiert» zusammengefügt werden. Solche Programmierung und Handlungsorientierung folgt in erster Linie dem medizinischen Rational. Alle professionellen Kompetenzen sind im Selbstverständnis der ärztlichen Kompetenz komplementär beigeordnet. Beispiele dieser Verdichtungsform konnten wir insbesondere im chirurgischen und internistischen Versorgungssetting beobachten.
- **Ko-kreative Verdichtung** meint Formen der Zusammenarbeit, die auf ein Nach- und Nebeneinander verschiedener professioneller und individueller Kompetenzen setzt, die in relativ weiten Zeithorizonten diskursiv aufeinander abgestimmt werden (z.B. in der palliativen Betreuung). Die verschiedenen Professionen können nicht anders als gemeinsam und mit dem Patienten, der Patientin Lösungen suchen und entscheiden. Keine Profession kann per se Dominanz beanspruchen. Asymmetrien und Entscheidungskompetenzen sind von deren alltagspraktischer Aushandlung und Bewährung abhängig. Eine organisationstheoretische Entsprechung findet die ko-kreative Zusammenarbeit im Modell des Netzes mit den entsprechend verteilten Formen von Deutungshoheit.
- Zwischen den beiden Polen des Koordinativen und Ko-Kreativen liegt eine breite Zone dessen, was wir als **projekthafte Verdichtungen** bezeichnen möchten. IPZ findet sich im Gelingensfall als temporär fungierende oder anspruchsvoll organisierte Inseln bzw. Projekte verdichteter Zusammenarbeit. Weniger konkrete Krisensituationen, als Abstimmungs- und Koordinierungsbedürfnisse der involvierten Professionellen veranlassen angesichts sich wiederholender medizinischer

Problemlagen zeitlich punktuelle oder organisatorisch differenzierte Verdichtungen. Beispiele können von singulären Runden Tischen in der Grundversorgung über interprofessionelle Tumorboards oder Fallführungen bis hin zu anspruchsvollen Organisationsformen im Sinne eines «heedful interrelating», einer Art achtsamer, wechselseitigen Bezugnahme, in der Psychiatrie reichen. Organisationstheoretisch liegt es nahe, von einem Knotenmodell auszugehen, dass die Abstimmungsbedürfnisse Fallführender in «Kommunikation unter Anwesende» zu übersetzen trachtet.

In den Erzählungen der Befragten kommt auch zum Ausdruck, inwieweit die *Medizin* mit ihren professionellen Selbstverständnissen und Kompetenzen die Deutungshoheit inne hat bzw. die *Individualität* des Patienten, der Patientin, aber auch wie sehr *die spezifische Fachkompetenz und Individualität* der verschiedenen Gesundheitsfachleute ins Spiel kommen oder gar leitend werden. Exemplarisch und polar stehen sich hier Reanimation und Palliation gegenüber: im einen Fall folgt die Zusammenarbeit ganz medizinischen Handlungslogiken, im anderen Fall strukturiert sich die Zusammenarbeit über mehrdimensionale Aushandlungsprozesse zwischen der Patientenperspektive und den verschiedenen professionellen Perspektiven. Offensichtlich kann das Verhältnis dieser beiden Dimensionen variieren. Wir haben es in ein Schema eines (auf-/ab-)steigenden Kontinuums der beiden Dimensionen gefasst.

Des Weiteren wurden in den beschriebenen Beispielen von IPZ unterschiedliche *Modi der Organisation* deutlich. Drei idealtypische Formen differenzieren die Art und Weise wie Handlungen koordiniert werden: ein klar geordnetes, strukturiertes Mit- und Nacheinander unterschiedlicher Kompetenzen und Zuständigkeiten («Programm»), ein flexibler Hinzuzug und die Nutzung verschiedener Kompetenzen, orientiert durch ein Zentrum («Knoten») sowie ein «Netz», in dem sich die verschiedenen Kompetenzen in Wechselwirkung miteinander organisieren.

Die drei Verdichtungsformen, das Verhältnis Medizin-Individualität und die entsprechenden Organisationsmodi (Programm, Knoten, Netz) können in folgendem heuristischen Schema zusammengefasst werden:



Fazit

Verdichtungen interprofessioneller Zusammenarbeit erzeugen sich – den Wahrnehmungen und Erzählungen der befragten Fachpersonen zufolge – zunächst vor allem um aktualisierte Krisen von Patienten. Dabei unterscheiden sich die Arten von Krisen und die durch sie provozierten Verdichtungsformen interprofessioneller Zusammenarbeit enorm. Akut-somatische Krisen etwa koordinieren die Expertise der verschiedenen Fachpersonen entlang einer medizinischer Logik; Lebensend-Krisen eines Palliativpatienten provozieren je individualisierte Behandlungspfade ohne sich per se einem einzelnen Rational zu fügen.

Während sich diese beiden Verdichtungsformen um konkrete Fälle bzw. Patienten bilden, ist die dritte, die projekthafte Verdichtung Situations-unspezifischer. Sie handelt von Prozessen punktueller oder auch übergreifender Organisation, die dazu dienen, Patienten, die mehrere Disziplinen und Professionen erfordern, besser begegnen zu können. Die projekthafte Verdichtungsform kommt dann ins Spiel, wenn man sich nicht damit zufrieden geben will, dass ein schwach koordiniertes, komplementäres Nebeneinander von Kompetenzen – der «Normalfall» der Gesundheitsversorgung – bereits hinreicht. Projekthafte Verdichtungen variieren breit und finden sich in vielfältigen Settings. Beispiele konnten wir in der stationären Inneren Medizin, der ambulanten Grundversorgung oder auch im Rahmen einer stationären psychiatrischen Versorgung finden und sie berichten davon, wie aufwendig und oft auch prekär – *projekthaf* – solche Verdichtungen in sonst «unverdichteten» Umfeldern sind.

Die Kontextabhängigkeit des Gelingens und der Form von IPZ anzuerkennen, legt nahe, übliche Fördermassnahmen zugunsten intensiverer IPZ differenzierter zu beobachten. Zwei Aspekte fallen unmittelbar auf. Erstens, unbestritten – und von allen Befragten nachdrücklich betont –, sind eine konstruktive Zusammenbeitskultur und Augenhöhe zwischen den Berufsgruppen eine wichtige Voraussetzung für gelingende IPZ. Entsprechende Fördermassnahmen sind daher sinnvoll. Gleichzeitig weisen unsere Studienergebnisse darauf hin, dass kultureller Wandel einen zwar nötigen, aber noch keinen hinreichenden Ankerpunkt bildet, um interprofessionelle Zusammenarbeit nachhaltig zu fördern. Die Anerkennung von und der Abgleich mit den spezifischen Anforderungen der jeweiligen organisatorisch und fachlich definierten Settings ist ebenso zentral.

Zweitens, nimmt man die Erfahrungen der von uns befragten Berufspersonen ernst, ist IPZ zudem nicht mit der (Neu-)Verteilung von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen oder mit Delegation und/oder Substitution gleichzusetzen. Die Verschiebung von Aufgaben zwischen Berufsgruppen – so angebracht sie aus verschiedenen Gründen sein können – tangiert noch nicht automatisch das beschriebene Moment der Verdichtung von Arbeitsabläufen und Handlungen. Anzumerken bleibt, dass die Thematisierung und Implementierung solcher Neuverteilungen ausgezeichnete Anlässe für IPZ-relevante (Kultur-)Reflexionen geben kann.

Handlungsempfehlungen

Wenn wir die Vielfalt der Zusammenarbeits- und Verdichtungsformen ernst nehmen, kann es keine einzelne allgemeingültige Handlungsempfehlung geben, die in den unterschiedlichen Bereichen und klinischen Settings gleichermaßen zu intensivierter IPZ führen würde. Vielmehr gilt es, die Differenzierung dieser Formen, ihre Voraussetzungen und ihre Möglichkeiten besser in den Blick zu nehmen. Wir schlagen unterschiedliche Handlungsoptionen auf Makro-, Meso- und Mikroebene vor:

Gesundheitssystem

IPZ als Begriff taucht oftmals dort auf, wo auf bestehende Missstände hingewiesen werden soll. Sei es, um damit die eigene Position zu ermächtigen und/oder um auf unbefriedigende Arbeitszustände und/oder -ergebnisse hinzuweisen. IPZ als politischer und politisierbarer Begriff kann hier eine wichtige Indikator-Funktion einnehmen.

- Förderprogramme zu IPZ wie jenes des Bundes, welches über die Jahre 2017 bis 2020 jährlich eine Million Franken für Forschungsprojekte und Analysen von Modellen guter IPZ-Praxis vergibt, helfen, gelingende IPZ sichtbar und als Ressource nutzbar zu machen.
- Initiativen seitens kantonaler Stellen, Berufsverbände oder anderer Akteure, wie beispielsweise die «Plattform Interprofessionalität in der Primärversorgung» oder die Charta der SAMW sind sehr zu begrüßen, indem sie den Diskurs zu IPZ befördern.
- Lernen aus positiven Beispielen, aber auch die Zurverfügungstellung und Diffusion von Instrumenten zur Analyse und Reflexion konkreter Zusammenarbeits-Situationen in den Organisationen und Netzwerken, z.B. auf Basis des hier vorgelegten Differenzierungsschemas, unterstützen eine breite Implementierung von IPZ in der Praxis.
- Studien, die die differenzierten Welten gelingender IPZ näher erforschen und ihre Erfolgsfaktoren besser verstehen lassen, stärken die Evidenz zu IPZ.

Leistungserbringerorganisationen

Gelingende IPZ wurde vor allem als «Insel» verdichteter Zusammenarbeit beschrieben, die typischerweise von temporärer oder projekthafter Natur und damit auf Verstetigungen angewiesen ist. Solche Verstetigungen können Gefässe, Tools bzw. sogenannte «boundary objects» sein. Allen gemeinsam ist, dass sie Teil verschiedener sozialer Welten (z.B. Berufsgruppen) sein können bzw. diese integrieren und die Interaktion zwischen diesen befördern helfen. Interprofessionelle Organisationsgefässe wie etwa Boards oder Ethik-Komitees haben sich unserer Studie zufolge insbesondere dort als unverzichtbar erwiesen, wo sich die beteiligten Gesundheitsfachleute gleichermaßen koordinativen wie ko-kreativen Ansprüchen gegenübersehen. Indem solche Gefässe einen Ausgleich zwischen der für die koordinative Verdichtung typischen Zeitknappheit als auch dem hohen Zeitbedarf ko-kreativer Zusammenarbeit bewerkstelligen können, stellen sie ein wichtiges Werkzeug zur Verbesserung von IPZ dar.

- «Boundary objects» wie etwa gemeinsam genutzte Assessment-Tools und Reportings können helfen, «common ground» zwischen den verschiedenen, beteiligten Berufsgruppen zu gewinnen.
- Dem jeweiligen Setting adäquate Kommunikationsgefässe erleichtern und ermöglichen IPZ. Um diese nutzbar zu machen, benötigen Leistungserbringer und ihre Organisationen eine hohe Aufmerksamkeit für solche Gefässe (z.B. Boards oder Fortbildungsveranstaltungen) innerhalb wie zwischen Organisationen.
- Neue Kommunikationsgefässe sind gerade auch für gelingende IPZ im ambulanten Bereich und in der Grundversorgung notwendig. So lassen sich die Nachteile gegenüber der organisierten Medizin im Spital ausgleichen, ohne dabei jene Faktoren aufgeben zu müssen, die die ambulante Praxis für Professionelle, Patienten wie das Gesundheitssystem insgesamt so relevant machen: Flexibilität, Autonomie und Individualität.
- Organisations-interne Weiterbildungen mit IPZ-Fokus, wie beispielsweise interprofessionelle Simulationstrainings, können als eine Art «boundary object» fungieren, die IPZ in bestimmten Settings und Kontexten befördern können.
- Projekt-Awards wie derjenige der SAMW sind sehr geeignet, gelingende IPZ-Praktiken sichtbar und als Lern-Ressource nutzbar zu machen.

Individuum

Auf individueller Ebene wäre insbesondere das Bewusstsein über jene sozialen, strukturellen und kulturellen Dynamiken zu stärken, die interprofessionelle Arbeit und Zusammenarbeit im Gesundheitssystem auszeichnen und Voraussetzung für eine konstruktive Auseinandersetzung sind.

- Interprofessionelle Ausbildungsmodule für Medizin- und Pflege-Studierende wie sie beispielsweise von der Universität Lausanne und La Source durchgeführt werden gewährleisten eine frühe Auseinandersetzung mit dem Thema IPZ.
- Weiterbildungsangebote mit IPZ-Fokus und Ausrichtung auf bestimmte Settings und Kontexte der Grundversorgung fördern die Bereitschaft, IPZ-Projekte zu initiieren und voranzutreiben.
- Konsequente Schulungen zur Sensibilisierung gegenüber den «tribes effects» von (professionellen) Kulturen von Jung und Alt könnte die (Selbst-)Reflexionsfähigkeit aber auch die Möglichkeiten Barrieren und Hindernisse der IPZ anzusprechen, stark erhöhen.
- Simulationstrainings in unterschiedlichen Settings und Kontexten unterstützen Professionelle darin, ihre Fähigkeit zu stärken, die eigenen Fähigkeiten, Erfahrungen, Haltungen etc. einzubringen.

Résumé

Ces dernières années, le thème de la collaboration interprofessionnelle (CIP) a connu un réel engouement. Tandis que la CIP devient une exigence croissante, la question de savoir ce qu'elle signifie concrètement pour les praticiens reste en suspens. La présente étude exploratoire examine les différentes interprétations de la pratique et tente d'en déduire des conclusions

Définition et problématique

La collaboration interprofessionnelle (CIP) est importante et souhaitable. Tant les acteurs que les observateurs du système de santé s'accordent à ce sujet. Mais le terme lui-même semble difficile à définir de manière homogène, comme en témoigne la multitude déconcertante des définitions proposées dans la littérature. Il ressort de diverses méta-analyses que le discours scientifique concernant la CIP s'articule autour de deux axes: un axe *utilitariste*, qui s'intéresse en premier lieu aux bénéfices en termes d'efficacité respectivement de rationalité et d'objectivité, susceptibles d'être obtenus grâce à une collaboration renforcée entre les différents groupes professionnels dans la prise en charge médicale; et un axe *émancipatoire*, qui s'intéresse plutôt aux possibilités de mettre fin à la domination d'une profession (par exemple médecins) sur une autre (par exemple infirmiers) et d'instaurer des conditions de travail interprofessionnelles au même niveau. Ainsi, il n'est pas surprenant que la CIP soit aussi utilisée comme terme politique voire comme terme de combat. Ce terme est également un instrument qui permet de formuler ses intérêts, de définir ses propres positions et de revendiquer des mesures.

L'ambiguïté du terme de CIP qui, à première vue, peut être perçu comme une pénible contrariété, s'avère également être fonctionnel au deuxième coup d'oeil. Le terme, dans son ambiguïté relative, agit comme une sorte de parenthèse communicative. Dans cette parenthèse, les différentes exigences envers une restructuration de la prise en charge et du système de santé peuvent être réunies en un tout, sans que ces exigences ne doivent devenir un problème du fait de leur possible caractère intraduisible réciproque. Le terme de CIP agit comme un vecteur de communication dans des contextes totalement différents, car il est simultanément vide de tout contenu et trop plein de sens.

Face à cette situation, nous avons sciemment renoncé, dans ce travail de recherche, à une définition ex-ante de la CIP pour tenter de rétablir *ce que les professionnels de la santé entendent par la CIP dans leur pratique* – également parce que cette pratique peut diverger des concepts théoriques et normatifs de la CIP.

L'objectif primordial de ce travail de recherche était d'explorer dans cinq settings de soins différents – la médecine de premier recours, la chirurgie, la médecine interne, la psychiatrie et les soins palliatifs – *ce que les praticiens considèrent comme succès et ce qu'ils considèrent comme échec de la CIP* et d'en déduire des stratégies pour améliorer la collaboration entre les professionnels de la santé. L'enquête était basée sur 25 entretiens avec des experts de différents groupes professionnels des cinq settings mentionnés. Du point de vue méthodologique, le focus sur des exemples réussis représente une exploration des écarts positifs, renforcée par le contraste des écarts négatifs. Une telle «analyse des écarts» permet d'extraire des facteurs centraux caractéristiques de la CIP selon les professionnels sondés. En revanche, il est impossible d'en déduire une définition générale ou des normes idéales de la CIP.

Résultats: trois formes de collaboration interprofessionnelle

Les récits des personnes sondées montrent de manière saisissante que la collaboration interprofessionnelle et la manière dont elle est perçue par les personnes concernées – comme un succès ou comme un échec – dépendent largement *des contextes ou des settings* dans lesquels ces professionnels exercent. Ce constat est particulièrement intéressant car on pourrait partir (et on part) du principe que la CIP pourrait être vécue au niveau de l'individu, de l'équipe, de la formation, de la profession ou du management et qu'elle dépendrait des préférences individuelles, de la qualité du travail en équipe, de la formation des personnes concernées, de leur profession ou encore de l'importance que la direction accorde à la CIP. Sans nul doute, ces facteurs influencent la pratique et la perception de la CIP. Au-delà de ces aspects, nos résultats révèlent également à quel point les structures spécifiques à chaque setting sont des éléments constitutifs de l'organisation pratique mais également de la perception subjective de la CIP.

Notre étude permet en particulier de conclure que les exemples de CIP mentionnés comme réussis par les personnes sondées présentent des *densifications* respectivement des synchronisations intensifiées des processus et des activités de travail. Nous avons pu identifier trois modes de collaboration entre les différentes professions.

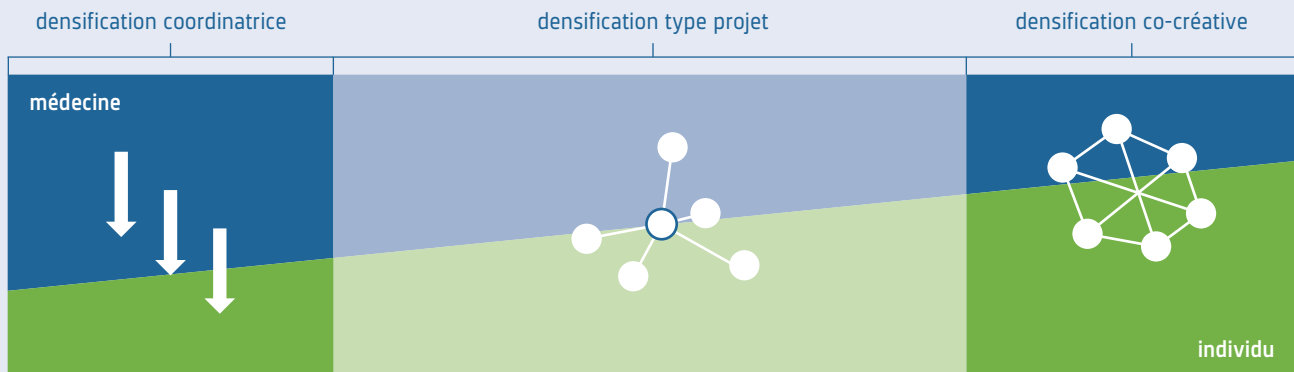
- La **densification coordinatrice** concerne des formes de collaboration, dans lesquelles des modes d'action clairement définis et bien établis au sein de l'institution interagissent avec des compétences éprouvées. En mode coordinateur, la collaboration entre les différentes professions est souvent caractérisée par le manque de temps dû à une situation de crise ou par un horizon temporel clairement défini (par exemple réanimation, intervention chirurgicale). Cette forme de densification permet notamment d'accéder à des compétences éprouvées qui sont réunies en une sorte de «programme». De telles programmations et orientations de l'action obéissent en premier lieu à la rationalité médicale. Du point de vue de la compétence médicale, toutes les compétences professionnelles sont associées de manière complémentaire. Des exemples de ce type de densification ont notamment pu être observés dans les domaines de la chirurgie et de la médecine interne.
- La **densification co-créative** englobe des formes de collaboration qui misent sur la succession et la juxtaposition des différentes compétences professionnelles et individuelles, adaptées les unes aux autres, dans un horizon temporel relativement vaste (par exemple dans les soins palliatifs). Les différentes professions doivent rechercher ensemble des solutions et prendre des décisions d'un commun accord avec le patient. Aucune profession ne peut prétendre intrinsèquement à une quelconque domination. Les asymétries et les compétences décisionnelles dépendent de leurs échanges et de leurs mises à l'épreuve dans la pratique quotidienne. Dans la théorie d'organisation, la collaboration co-créative pourrait être décrite comme un modèle de réseau – avec toutes ses formes de monopole d'interprétation respectives.
- Entre la densification coordinatrice et la densification co-créative, il existe une large zone que nous avons qualifiée de **densification type projet**. Les CIP réussies peuvent être considérées comme des îlots temporaires ou organisés de manière complexe respectivement comme des projets de collaboration intensifiée. Compte tenu des problèmes médicaux récurrents, des situations de crises moins concrètes – comme les besoins d'harmonisation et de coordination des professionnels impliqués – provoquent des densifications ponctuelles ou différencielles du point de vue de l'organisation. On peut citer comme exemples des tables rondes uniques en médecine de premier recours, des tumorboards ou des gestions de cas interprofessionnels ainsi que des formes d'organisations plus complexes au sens d'un

«heedful interrelating», sorte de relation réciproque attentionnée en psychiatrie. Du point de vue de la théorie d'organisation, on part d'un modèle de nœud dans lequel les besoins de concertation des responsables des cas peuvent être satisfaits.

Dans leurs récits, les personnes interrogées expriment dans quelle mesure la médecine avec ses perceptions et ses compétences, respectivement l'individualité du patient, détient le monopole d'interprétation. Elles expriment également de quelle manière les compétences professionnelles spécifiques et l'individualité des différents professionnels de la santé entrent en jeu ou le dirige. À cet égard, la réanimation et les soins palliatifs s'opposent de manière exemplaire: d'un côté la collaboration obéit à des logiques d'action purement médicales et de l'autre côté, elle s'articule autour de processus de discussion pluridimensionnels entre la perspective des patients et les différentes perspectives professionnelles. Manifestement le rapport entre ces deux dimensions peut varier. Nous l'avons représenté dans un schéma d'un continuum ascendant et descendant des deux dimensions.

Par ailleurs, les différents *modes d'organisations* des exemples de CIP décrits se sont précisés. Trois formes caractéristiques distinguent l'art et la manière de coordonner les actions: une succession et une juxtaposition claires et structurées des différentes compétences et responsabilités («programme»), la contribution et l'utilisation flexibles des différentes compétences orientées par un «centre» ainsi qu'un «réseau» dans lequel les différentes compétences s'organisent en interaction.

Les trois formes de densification, le rapport entre la médecine et l'individualité et les modes d'organisation correspondants (programmes, centres, réseau) peuvent être récapitulés dans le schéma heuristique suivant:



Conclusions

Selon les perceptions et les récits des spécialistes interrogés, les densifications de la collaboration interprofessionnelle se produisent en premier lieu autour des situations de crises des patients. Ce faisant, les types de crise et les formes de densification de la collaboration interprofessionnelle ainsi provoquées divergent énormément. Les expertises des différents spécialistes coordonnent les crises somatiques aiguës selon une logique médicale; les crises de la fin de vie d'un patient en soins palliatifs demandent à chaque fois une thérapie individuelle, sans se soumettre à une procédure unique.

Tandis que les deux premières formes de densification se constituent autour de cas concrets respectivement de patients, la troisième forme – la densification type projet – est moins spécifique à la situation. Il s'agit de processus à l'organisation ponctuelle ou globale qui permettent un meilleur suivi des patients traités par plusieurs disciplines et professions. La densification type projet entre en jeu lorsqu'on ne veut pas se satisfaire d'une juxtaposition de compétences complémentaires faiblement coordonnées – le «cas normal» de la prise en charge médicale. Les densifications type projets varient énormément et se retrouvent dans de multiples settings. La médecine interne stationnaire, la prise en charge ambulatoire ou la prise en charge psychiatrique stationnaire offrent des exemples à ce sujet; ils témoignent à quel point de telles densifications sont fastidieuses et souvent précaires – *type projet* – dans des contextes autrement «non intensifiés».

Le fait de reconnaître que le succès et la forme de la CIP dépendent du contexte suppose un regard plus nuancé sur les mesures d'encouragement usuelles en faveur des CIP intensifiées. Deux aspects frappent immédiatement: premièrement, une culture constructive de la collaboration et un niveau d'égalité entre les différents groupes professionnels est incontestablement une condition préalable importante à une CIP réussie – et cela a été confirmé expressément par toutes les personnes interrogées. Dès lors, il est pertinent d'introduire des mesures d'encouragement. Parallèlement, les résultats de nos études indiquent que, si un tournant culturel est indispensable, il ne constitue toutefois pas un point d'ancrage suffisant pour encourager durablement la collaboration interprofessionnelle. De même, la reconnaissance et l'harmonisation des exigences spécifiques à chaque setting, défini au niveau organisationnel et professionnel, sont tout aussi capitales.

Deuxièmement, si nous voulons prendre au sérieux les expériences des professionnels que nous avons interrogés, la CIP ne doit pas correspondre à une (nouvelle) répartition des tâches entre les groupes professionnels ou à une délégation et/ou une substitution. Le transfert des tâches entre les groupes professionnels – aussi indiqué puisse-t-il être pour diverses raisons – n'influence pas encore systématiquement le moment de la densification des procédures et des actions tel qu'il est décrit. Reste à signaler que la thématization et l'implémentation de ces nouvelles répartitions peuvent être d'excellentes occasions de se livrer à des réflexions (culturelles) pertinentes pour la CIP.

Recommandations

Compte tenu de la diversité des formes de collaboration et de densification, il est impossible d'émettre des recommandations générales qui pourraient favoriser de manière équivalente la CIP intensifiée dans les différents domaines et settings cliniques. Il s'agit bien plus de mieux cerner les nuances de ces formes, leurs conditions et leurs possibilités. Nous proposons diverses options d'action aux niveaux macro, méso et micro:

Système de santé

Le terme de CIP émerge souvent là où des abus sont signalés, qu'il s'agisse de renforcer sa propre position et/ou de signaler une situation et/ou des résultats peu satisfaisants. Comme terme politique ou politisable, la CIP peut jouer un important rôle d'indicateur.

- Des programmes d'encouragement de la CIP comme celui de la Confédération, qui attribue de 2017 à 2020 un million de francs par an à des projets de recherche et des analyses de modèles de bonne pratique de CIP, permettent de mettre à jour les CIP réussies et d'en faire des ressources utiles.
- Les initiatives émanant des organes cantonaux, des associations professionnelles ou d'autres acteurs, telles que par exemple la «Plateforme Interprofessionnalité en médecine de premier recours» ou la Charte de l'ASSM, sont particulièrement appréciées car elles encouragent le débat autour de la CIP.
- L'apprentissage à partir d'exemples positifs, mais également la mise à disposition et la diffusion d'instruments d'analyse et de réflexion sur des situations concrètes de collaboration au sein des organisations et des réseaux – par exemple sur la base du schéma nuancé présenté dans ce document – soutient une large implémentation de la CIP dans la pratique.
- Les études consacrées à la recherche des différents contextes de CIP réussies et permettant de mieux comprendre leurs facteurs de succès, renforcent les données empiriques fractuelles étayant la CIP.

Organisations de prestataires de soins

La CIP réussie a notamment été décrite comme un «flot» de collaboration intensifiée, qui est habituellement de nature temporaire ou de type projet; pour être durable, elle dépend, par exemple, de structures, d'outils respectivement de «boundary objects». Leur point commun est d'être une partie de différents mondes sociaux (par exemple groupes professionnels) et de favoriser l'interaction entre elles. D'après notre étude, les structures interprofessionnelles d'organisation telles que les boards ou les comités d'éthique se sont révélées particulièrement indispensables là où les professionnels de la santé sont confrontés dans la même mesure à des exigences coordinatrices et des exigences co-créatives. De telles structures peuvent permettre de trouver un équilibre entre les contraintes temporelles typiques à la densification coordinatrice et le temps important requis dans la collaboration co-créative; elles représentent donc un outil important pour l'amélioration de la CIP.

- Les boundary objects tels que, par exemple, les assessment-tools et les reportings partagés, peuvent aider à parvenir à un «common ground» entre les différents groupes professionnels impliqués.
- Les structures de communication appropriées à chaque setting favorisent la CIP. Pour les rendre utiles, les prestataires de soins et leurs organisations doivent accorder beaucoup d'attention à de telles structures (par exemple boards ou sessions de formation continue) au sein des organisations comme entre elles.
- Les structures de communication sont nécessaires à une CIP réussie dans le domaine ambulatoire et en médecine de premier recours. Ainsi, les désavantages par rapport à la médecine organisée en milieu hospitalier peuvent être compensés, sans devoir renoncer aux avantages de la pratique ambulatoire pour les professionnels, les patients et le système de santé: la flexibilité, l'autonomie et l'individualité.
- Les formations postgraduées consacrées à la CIP, internes à l'organisation, comme par exemple des simulations interprofessionnelles, peuvent servir de «boundary objects» susceptibles d'encourager la CIP dans certains settings et contextes.
- Des prix décernés à des projets, comme celui de l'ASSM, permettent de mettre à jour les CIP réussies et d'en faire des ressources utiles.

Individu

Au niveau individuel, la prise de conscience des dynamiques sociale, structurelle et culturelle devrait notamment être renforcée; celles-ci caractérisent la collaboration et le travail interprofessionnels au sein du système de santé et constituent la condition requise pour une réflexion constructive.

- Des modules de formation interprofessionnels pour les étudiants en médecine et en science infirmières comme, par exemple, à l'université de Lausanne et à La Source, garantissent une réflexion précoce sur ce thème.
- Des offres de formation avec focus sur la CIP et axées sur des contextes et des settings précis de la médecine de base encouragent la volonté d'initier et de développer les projets de CIP.
- Des formations systématiques destinées à sensibiliser les jeunes et les aînés aux «tribes effects» des cultures (professionnelles) pourraient renforcer la capacité d'(auto) réflexion, mais également les possibilités, de discuter des barrières et des obstacles de la CIP.
- Des simulations dans différents settings et contextes peuvent encourager les professionnels à renforcer leurs capacités, leurs expériences, leurs attitudes, etc.

Vorwort

Mit einer engeren und besseren interprofessionellen Zusammenarbeit könnten viele Fehler in der Medizin vermieden werden. Dies wurde vor gut 15 Jahren im Meilensteinbericht des Institute of Medicine (IOM) «To err is human» (1999) hinlänglich dokumentiert. Dabei ist in anderen hochkomplexen Arbeitsgebieten wie der Luftfahrt eine Arbeit im Team – mit einer flachen Hierarchie und eingeübten Abläufen – schon lange Routine: Einander gegenseitig beobachten (4-Augen-Prinzip) und früh auf mögliche Fehler hinweisen, sind Eckpfeiler einer sicheren Arbeitsweise.

Atul Gawande fragte vor einigen Jahren in einem Artikel im «New Yorker» (2012), wie es global agierenden Restaurantketten gelingt, die Menus in allen Ländern genau gleich zuzubereiten und damit auch gleich schmecken zu lassen. Selbstkritisch resümierte er als Chirurg und Public-Health-Spezialist, warum es in einem Spital nicht möglich sei, eine Routinebehandlung immer gleich ablaufen zu lassen.

Fehler in der Medizin sind zwar häufig (in den USA dritthäufigste Todesursache), aber in ihrem Einzelfallkontext schwierig nachzuweisen. Deshalb hat die evidenzbasierte Sachlage zur Patientensicherheit bis dato zu keiner grundlegenden Veränderung der traditionellen Arbeitsweise in der Gesundheitsbranche geführt. Vielmehr dominiert die Definitionsmacht der Ärzteschaft entlang der gesamten Behandlungskette. Zielführender für weniger Fehler – gerade auch angesichts hoher Dynamik in der Spezialisierung und Technisierung von Behandlungen – sind Prozesse, die nicht von einer einzelnen Berufsgruppe vorgegeben, sondern von allen beteiligten Professionen gemeinsam erarbeitet und im Berufsalltag auch eingehalten werden.

Dazu gibt es gute Neuigkeiten: In der hiesigen Gesundheitsversorgung wird die interprofessionelle Zusammenarbeit seit einigen Jahren zumindest diskutiert und an verschiedenen Orten auch implementiert. Mit dem Fokus auf die *gelingende* Zusammenarbeit bereichert die vorliegende Studie diesen Diskurs. Denn gelingende Zusammenarbeit ist im klinischen Berufsalltag oft tief verankert, und ihre Wirkungsmechanismen werden von den Beteiligten meistens kaum wahrgenommen – oder sie stehen gar im Schatten der konflikthaften Zusammenarbeit. Deshalb ist der geschärfte Blick auf Erfolgsfaktoren besonders erhellend.

Zur Untersuchung des heterogenen Professions- und Institutionsumfeldes, in dem interprofessionelle Zusammenarbeit gelebt und erlebt wird, bietet sich die sozialwissenschaftliche, qualitative Gesundheitsforschung an. Mit dem soziologischen (Aussen-)Blick auf das klinische Geschehen entschlüsselt das Forschungsteam in ausgewählten Versorgungssettings drei Zusammenarbeitsformen. Diese gehen – das ist erfrischend – weit über die Delegation und Substitution «ärztlicher Tätigkeiten» hinaus. Vielmehr werden sprachlich und graphisch überzeugend interpro-

fessionelle Verdichtungen aufgezeigt, in denen das Know-how der Beteiligten in die gemeinsame Versorgungsplanung einfließt.

Die meisten der untersuchten Versorgungssettings sind in der stationären Akut- oder Palliativversorgung angesiedelt. Hier arbeiten die ausgewählten Professionen unter demselben betrieblichen Dach und soweit vorhanden auch unter einer gemeinsamen Betriebsstrategie. Anders in der Grundversorgung: Hier dominieren meist kleinteilig organisierte, eigenständige Betriebsheiten und -strategien mit je unterschiedlicher Kommunikationsroutine und Finanzierungslogik. Deshalb ist hier neben der interprofessionellen auch die *interinstitutionelle* Zusammenarbeit entscheidend für das Gelingen.

Gemeinsam ist allen Professionellen in der Gesundheitsversorgung das Patientenwohl; das wird in den analysierten Daten deutlich. Just dafür gibt es hierzulande allerdings kaum Anreize. Vielmehr wird die Quantität von Leistungen belohnt. Dieser Anachronismus hat sich verstärkt, seit die Arbeitszeit von Assistenz- und Oberärzten reduziert wurde, und somit weniger Leistungsvolumen zur Verfügung steht. Die Feminisierung der Medizin dürfte diese Tatsache weiter zuspitzen, obwohl zurzeit mehr Studienplätze in der Medizin geschaffen werden.

Deshalb ist – so altertümlich dies angesichts der ökonomischen Dominanz klingen mag – das *Berufsethos* der einzelnen Professionsangehörigen und der Mitglieder von Führungscrews in einem Betrieb derzeit die wichtigste Richtschnur für das Patientenwohl. Berufsethische Standards verpflichten, Mängel bei den Patientenergebnissen und damit auch misslingende Ergebnisse von interprofessioneller Zusammenarbeit anzugehen. Allerdings bleibt offen, wie weit berufsethische Standards normativ wirken, damit das Engagement für die interprofessionelle Zusammenarbeit und vor allem für bessere Patientenergebnisse flächendeckend gesichert ist.

Internationale Vergleiche zeigen, dass die Qualitätssicherung und die integrierte Versorgung bei uns noch reichlich Möglichkeiten bieten für Anreize zugunsten des Patientenwohls. Weniger die monoprofessionellen Einzelleistungen müssten belohnt werden, sondern vielmehr interprofessionelle Teams und ihre konsequent interprofessionell geschnürten Aufgabenbündel – oder noch besser: ausgewählte Institutionen. Das vom Bund initiierte Förderprogramm «Interprofessionalität» (2017–2020) bietet nun die Möglichkeit, neue Impulse für die Schweiz zu setzen.

Prof. Daniel Scheidegger
Präsident SAMW

Prof. Iren Bischofberger
Mitglied des SAMW-Vorstands



Begriff, Geschichte und Grundprobleme

Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) zu definieren, erscheint ebenso notwendig wie schwierig, weil es sich bei IPZ um einen geradezu notorisch schwammigen Begriff handelt. In der Forschungsliteratur zum Thema wird diese Begriffsbestimmung entweder umgangen, oder aber die Definition erfolgt nur in Abgrenzung der IPZ zu anderen Formen. Unterschieden wird etwa Zusammenarbeit von Koordination oder Delegation, differenziert werden instrumentelle und dialogische Formen der Kooperation (Schmerfeld/Schmerfeld 2000), und Interprofessionalität wird gegenüber Interdisziplinarität, Multiprofessionalität oder -disziplinarität abgegrenzt (Charles/Alexander 2014). Diese Ex-ante-Definitionen produzieren wenig Klarheitsgewinne, zumal in den meisten Studien die Charakteristika und Abgrenzungskriterien für IPZ immer wieder neu definiert werden. So fanden etwa Oxmann et al. (2008) in einer Studie zur integrierten Versorgung chronisch kranker Patienten und Patientinnen über 40 Definitionen von Handlungskoordinationen der Gesundheits- bzw. Medizinberufe (Zwarenstein et al 2009). Vorgängige Festlegungen auf eine spezifische Begriffsverwendung haben zudem den Nachteil, dass dann das untersucht und gesucht wird, was jeweils zuvor als IPZ definiert worden ist. Die Katze droht sich hier in den eigenen Schwanz zu beissen. Eine Alternative besteht darin, das zu rekonstruieren zu suchen, was die Praxis selbst unter IPZ versteht.

Grundlegende Fragestellung dieser Forschungsarbeit war es, gelingende IPZ in verschiedenen Versorgungskontexten zu explorieren. Aus den genannten Gründen sollte eben gerade nicht vorab definiert werden, was wir unter IPZ verstehen und was nicht, noch sollte die Vielschichtigkeit des Begriffs ignoriert werden. Stattdessen wollten wir wissen, warum IPZ so schwierig begrifflich eindeutig zu fassen ist und welche Effekte diese – konstitutive – Uneindeutigkeit zeitigt. Dem wollen wir uns unmittelbar im nächsten Abschnitt zuwenden. In den darauffolgenden Kapiteln widmen wir uns der empirischen Rekonstruktion dessen, was für die Befragten, allesamt erfahrene Gesundheitsfachleute, IPZ in ihrer Berufspraxis bedeutet, und erarbeiten aus den so gewonnenen praktischen Plausibilitäten des Begriffs eine Heuristik zur differenzierten Betrachtung interprofessioneller Realitäten im Gesundheitswesen.

Ein junger Begriff mit steiler Karriere

IPZ ist vor allem in den Bereichen der Pflegewissenschaft und der sozialen Arbeit ein wichtiger Gegenstand wissenschaftlicher Auseinandersetzung. Darüber hinaus findet er sich zunehmend in Diskussionen um (Re-)Organisationen in fast allen Bereichen des Gesundheitswesens, wie die Charta der SAMW oder die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen des deutschen Sachverständigenrats exemplarisch zeigen.

Der Begriff selbst ist relativ jung. Während lange Zeit der *Professionsbegriff* in einem starken, emphatischen Sinne der Beschreibung der sogenannten klassischen Professionen (Ärzten, Juristen, Theologen und z.T. Lehrern) vorbehalten war (Stichweh 1996), lässt sich seit den 1960er-Jahren eine allmähliche Ausweitung des Begriffs beobachten, die nicht von ungefähr mit dramatischen gesellschaftlichen Wandlungsprozessen einhergeht (Atzeni 2016, 163 ff). In durchaus emanzipatorischer Absicht erfolgt nun die Zuschreibung des Begriffs auf verschiedenste Berufe (Wilensky 1964; Hughes 1965/1971), insbesondere aber treten neben den Ärzten die weiteren Gesundheitsberufe ins Zentrum der Beobachtung (Corwin 1961, Dingwall 1976). Entsprechend dieser Fokusverschiebung, die neben dem ärztlichen Handeln die Relevanz anderer, insbesondere pflegerischer Kompetenzen sichtbar machte, wurden im weiteren Verlauf auch die Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse zwischen den verschiedenen Berufsgruppen – interprofessionell – thematisch wichtiger. Das spiegelt sich in der Entwicklung des Begriffs IPZ, der Haddara und Lingard (2013) zufolge in den letzten 40 Jahren einen enormen Bedeutungszuwachs verzeichnen konnte. Während eine englischsprachige Google-Ngram-Suche¹ für den Begriff der «Interprofessional Collaboration» eine Versechsfachung im Verlauf der letzten 40 Jahre verzeichnet lässt sich auch im deutschen Sprachraum – anhand dieses zugegeben recht hemdsärmeligen Instruments – die steile Karriere des Begriffs erahnen, deren Ende nicht in Sicht scheint (Abb. 1).

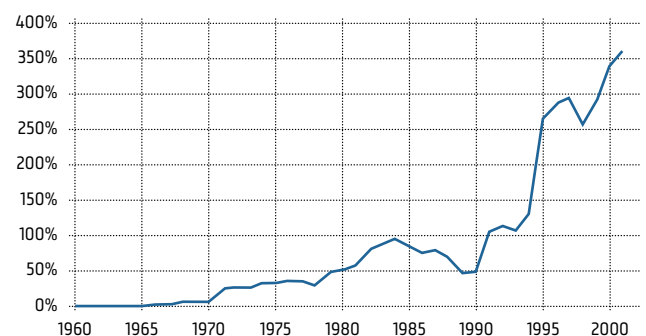


Abb. 1: Gebrauchsfrequenz des Begriffs Interprofessionalität (Darstellung: Google Books Ngram Viewer)

1 Der Google Ngramm Viewer ist ein online verfügbares Data-Mining-Tool, das es schnell und unkompliziert erlaubt, die Sprachgebrauchsfrequenz von Begriffen und Begriffsfolgen im Zeitverlauf nachzuverfolgen und damit soziale und kulturelle Veränderungsprozesse anhand semantischer Verschiebungen nachzuzeichnen. Als Datenbasis dient der im Rahmen des Google Books-Projekt digitalisierte Textcorpus.

Die begriffliche Unbestimmtheit und ihre Funktion

Für den Gesundheitsbereich gibt es zwar einiges an Literatur zum Thema IPZ (für eine Übersicht: Zwarenstein et al 2009, 5; 9 ff.), diese ist jedoch inhaltlich und methodisch derart disparat, dass in einer systematischen Cochrane-Review von insgesamt 1128 als relevant klassifizierten Artikeln lediglich fünf (!) in die Metaanalyse aufgenommen werden konnten. Entsprechend vorsichtig und wenig präzise lesen sich dann auch die praktischen Implikationen der Auswertung: «interventions to promote IPC should be labelled ‚promising‘ rather than ‚proven‘.» (ebd., 8).

Aufschlussreicher ist eine diskursanalytische Übersicht über insgesamt 188 Texte zum Thema IPZ im Bereich «Medical Education» und «Clinical Care», die zwischen 1960 und 2011 erschienen sind (Haddara/Lingard 2013). In dieser Übersicht arbeiten die Autoren heraus, dass der wissenschaftliche Diskurs zu IPZ in zwei Hauptsträngen verläuft. Einem *utilitaristischen* Strang, der sich vor allem für die Effizienzgewinne interessiert, die im Gesundheitswesen über die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen erwirtschaftet werden können, und einem *emanzipatorischen* Strang, der sich mit den Möglichkeiten auseinandersetzt, die Dominanz des Ärztlichen in der Medizin zu brechen, die Professionalisierung der Pflege zu steigern und interprofessionelle Arbeitsverhältnisse auf Augenhöhe zu installieren (Tab. 1).

	Utilitaristischer Strang	Emanzipatorischer Strang
Typische Aussagen	IPZ führt zu höherer Team-Effizienz. ... verbessert die Leistungen in der Gesundheitsversorgung. ... führt zu grösserer Arbeitszufriedenheit. ... ist eine pure Notwendigkeit in der heutigen Gesundheitsversorgung.	IPZ bedeutet Empowerment für nichtärztliche Berufsgruppen. ... ermächtigt die einzelnen Fachleute. ... reduziert die ärztliche Dominanz. ... sorgt für Augenhöhe.
Hauptausrichtung	Der utilitaristische Diskurs konstruiert den Prozess der Zusammenarbeit im klinischen Setting als ein Mittel zur Gewinnung besserer Outcomes in der Gesundheitsversorgung.	Der emanzipatorische Diskurs der IPZ konstruiert IPZ als ein Korrektiv zur Dominanz der Ärzte über die Pflege.

Tab. 1: Charakteristika des utilitaristischen bzw. emanzipatorischen Strangs in der wissenschaftlichen Literatur (adaptiert nach Haddara/Lingard 2013)

Diese Einsichten decken sich mit unserer Beobachtung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung um IPZ. Emanzipatorische wie utilitaristische Argumente finden – wenig überraschend – in unseren Interviews ihren Niederschlag, und auch die Charta der SAMW oszilliert zwischen Effizienz- und Emanzipationsansprüchen. Zwar gibt diese Analyse keine Auskunft, wie IPZ zu verbessern wäre, macht aber darauf aufmerksam, wie IPZ als Begriff funktioniert.

IPZ wird, bei aller Unterschiedlichkeit der Verwendung zumeist *auch* als politischer Begriff, ja in manchen Kontexten geradezu als Kampfbegriff verwendet. Das heisst, der Begriff dient auch als Instrument, Interessen zu formulieren, eigene Positionen gegenüber anderen zu definieren und Handlungsbedarf anzumahnen. Die Uneindeutigkeit des Begriffs IPZ erscheint aus dieser Perspektive dann weniger als ein theoretisch-wissenschaftliches Problem denn als *praktische Lösung*. Scheint die Unklarheit des Begriffs auf den ersten Blick ein lästiges Ärgernis zu sein, das es zu überwinden gilt, zeigt sich auf den zweiten Blick die Funktionalität dieses uneindeutigen Begriffs in den einschlägigen Debatten (grundlegend zur gesellschaftlichen Bedeutung von Unbestimmtheit: Müller/von Groddeck 2013). Der Begriff (in seiner Unbestimmtheit) fungiert als eine kommunikative Klammer, mit der unterschiedliche Ansprüche an die Reorganisation der Versorgung und des Gesundheitswesens als Ganzes gefasst werden können. So kann etwa Delegation, wie in den Augen vieler Pflegewissenschaftler, als Problem interprofessioneller Beziehungen im zunehmend taylorisierten Krankenhausbetrieb gesehen werden (vgl. exemplarisch Cassier-Woidasky 2012, insb. 166 ff.), woraus sich tendenziell Beiträge zum emanzipatorischen Diskurs ergeben. Oder aber Delegation wird ökonomisch gedacht und als Element einer optimalen Allokation von Personalressourcen betrachtet; dann fügt es sich in den Effizienz-Diskurs ein (vgl. exemplarisch Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklungen im Gesundheitswesen 2007). Unter dem Titel IPZ laufend können beide Ansprüche und Perspektiven weiterverfolgt werden. IPZ funktioniert damit als eine kommunikative Klammer, mit der die verschiedenen, inkommensurablen, also unübersetzbaren Logiken oder Kulturen (Glouberman/Mintzberg 2001), die in der modernen Gesundheitsversorgung *notwendigerweise* aufeinanderprallen, zwar nicht in Einklang gebracht, aber doch produktiv aufeinander bezogen werden können. Die Entwicklungsgeschichte des Begriffs bringt so zum Ausdruck, wie sehr interprofessionelle Zusammenarbeit Folge eines sich akzentuierenden Synchronisationsproblems in der Versorgung ist.

Der IPZ-Begriff stellt damit in seiner Unterbestimmtheit einen gemeinsamen Knotenpunkt der verschiedenen Diskurse um die Neujustierung und das Ringen um Zuständigkeiten und Ressourcen in der Gesundheitsversorgung dar. Diese Funktion erfüllt der Begriff aber nur, weil er zugleich inhaltsleer wie mit Bedeutung überfrachtet ist. Der Begriff IPZ bündelt so Diskurse, ohne direkt auf bestimmte Bedeutungsinhalte abzielen. Die Rede von und Bezugnahme auf IPZ verstehen wir als Kommunikation, die zunächst eine spezifische Mitteilungsweise ist und nicht so sehr einen eigenständigen Informationsgehalt darstellt. Damit eröffnet die IPZ-Kommunikation einen Raum, in dem ganz unterschiedliche Vorstellungen dessen, was als Missstand kritisiert und als Ideal vertreten wird, was als gelingende oder misslingende, als gute oder schlechte (Zusammen-) Arbeit im Gesundheitswesen verstanden werden kann, ausformuliert und aufeinander bezogen werden kann. Die gleichzeitige Über- und Unterbestimmtheit des Begriffs IPZ erlaubt seine Verwendbarkeit in diversen Kontexten und mit teilweise entgegengesetzter Bedeutung, ohne dass dies per se kommunikativ problematisch wäre (vgl. allgemeiner Laclau 1996; zu einer ganz ähnlichen Funktion des Ethik-Begriffs in bio- und medizinethischen Kontexten Atzeni/Mayr 2015).

Wenn wir unsere Studie beginnen, ohne den Begriff der IPZ vorab theoretisch festzulegen, gibt uns das die Möglichkeit, der Funktionalität des Begriffs in unterschiedlichen Kontexten nachzugehen. Der Verzicht auf Ex-ante-Definitionen ermöglicht die Rekonstruktion der in der konkreten Praxis sehr unterschiedlichen Verwendungen des Begriffs. Indem wir analysieren, was von wem in welchem Kontext unter IPZ verstanden wird und warum, können wir erstens besser in den Blick nehmen, was von den Praktikern selbst gemeint wird, und zweitens zielgenauer auf Interventionsstrategien zur Verbesserung der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachleute hinweisen, als wenn wir von vorgängigen, scheinbar eindeutigen Definition von IPZ ausgingen und, gemessen daran, wohl zwangsläufig Schwundformen interprofessioneller Zusammenarbeit im empirischen Material vorfinden würden.



Methodisches Vorgehen

Datenbasis

Ziel dieser Studie war, das zu *rekonstruieren, was Gesundheitsfachleute in ihrer Praxis unter IPZ verstehen*. Erhoben werden sollte, was von den Praktikern als *gelingende und misslingende IPZ* beschrieben wird. Der Fokus auf gelingende Beispiele bedeutet eine Exploration positiver Abweichungen gegenüber dem von den Befragten wahrgenommenem «Normalfall», zusätzlich geschärft durch eine Kontrastierung negativer Abweichungen. Eine solche Abweichungsanalyse (Cameron 2003) erlaubt es, zentrale Faktoren zu destillieren, die aus der Sicht der befragten Gesundheitsfachleute IPZ ausmachen.

Insgesamt wurden 25 qualitative, narrative Experteninterviews durchgeführt. Die Interviews folgten einem groben Leitfaden und zielten darauf, die subjektiven Narrative gelungener bzw. misslungener IPZ von verschiedenen Gesundheitsfachleuten in unterschiedlichen Settings zu erheben. Die Interviews wurden mitgeschnitten und unter Berücksichtigung parasprachlicher Elemente wörtlich transkribiert. Fünf der Interviews wurden in französischer Sprache geführt; diese wurden nach dem Mitschnitt übersetzt, wobei ebenfalls Rücksicht auf parasprachliche Elemente genommen wurde (insb. grössere Pausen, Zögern). Die Audiofiles der Übersetzung wurden wörtlich transkribiert. Um Rückschlüsse auf Personen und Institutionen auszuschliessen, wurden alle Interviewtranskripte pseudonymisiert.

Vorab wurden fünf verschiedene medizinische Settings festgelegt, um daran die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung zu explorieren: Grundversorgung, chirurgische Versorgung, internistische Versorgung, psychiatrische Versorgung und Palliativ-Versorgung. Die Settings sind nicht mit medizinischen Teildisziplinen zu verwechseln, sondern sie sind als methodische Modellierungen verschiedener *Interaktionszusammenhänge* im Gesundheitswesen zu verstehen. Das heisst, die medizinische Spezialdisziplin ist zwar einer der Faktoren, die sich auf die Beschaffenheit des Settings auswirken, daneben fasst das Konzept jedoch die Organisationsform, die spezifische Ausprägung der beteiligten Berufsgruppen, vorherrschende temporale Strukturen etc. als konstitutive Faktoren. Aus jedem dieser Settings wurden 4–6 Interviewpartner unterschiedlicher Berufsgruppen mit besonderer IPZ-Erfahrung rekrutiert. Grundkriterium für Settings und Interviewpartner war es, eine möglichst breite Palette der medizinischen Realität in der Schweiz abzudecken und möglichst grosse Verschiedenheit zu erfassen. Gemeinsam ist allen Befragten, dass sie tendenziell eher IPZ-erfahren und IPZ gegenüber positiv eingestellt sind.

Die Interviewpartner nach Kontexten/ Settings geordnet

Interviewpartner (pseudonymisiert) chirurgische Versorgung

- PD Dr. Gustav Grau, Arzt in leitender Position
- Dr. Hanne Halberstedt, Ärztin in leitender Position
- Ilona Iser, Pflegefachfrau in leitender Position
- Prof. Dr. Jan Jakoby, Arzt in leitender Position
- Karola König, Pflegefachfrau in leitender Position

Interviewpartner (pseudonymisiert) internistische Versorgung

- Prof. Dr. Anton Ahlert, Arzt in leitender Position
- Dr. Beat Brandes, Arzt in leitender Position
- Dr. Clemens Christ, niedergelassener Arzt in leitender Position
- Doris Dries, Pflegefachfrau in leitender Position
- Elisa Endress, Pflegefachfrau
- Frida Fabian MScN, Pflegefachfrau

Interviewpartner (pseudonymisiert) psychiatrische Versorgung

- Dr. Leo Lattek, Arzt in leitender Position
- Markus Mohl, Psychologe in leitender Position
- Norbert Nadler, Pflegefachmann in leitender Position
- Ophelia Obermaier, Ergotherapeutin in leitender Position

Interviewpartner (pseudonymisiert) Palliativ-Versorgung

- Uwe Unger, Psychologe
- Dr. Valerie Vahl, Ärztin in leitender Position
- Wilma Werner, Pflegefachfrau in leitender Position
- Yvonne Yohring, Ergotherapeutin
- Zita Zander, Pflegefachfrau

Interviewpartner (pseudonymisiert) Grundversorgung

- Dr. Paul Pradler, niedergelassener Arzt in leitender Position
- Dr. Quirin Quandt, niedergelassener Arzt und Therapeut
- Rudolf Rosner, Physiotherapeut
- Sabine Sohm, Pflegefachfrau in leitender Position
- Tanja Tobner, Pflegefachfrau in leitender Position

Auswertung der Interviewdaten

Die Interviewdaten wurden in einem mehrstufigen qualitativen Auswertungsprozess analysiert. Die Analyse erfolgt mithilfe einer Software zur Analyse qualitativer Daten (MAXQDA). Methodisch lehnte sich die Auswertung an die Analysestrategien der Grounded Theory (klassisch: Glaser/Strauss 1998) an, stützte sich jedoch erkenntnistheoretisch auf die Grundlagen einer systemtheoretisch informierten Hermeneutik (vgl. dazu z.B. Nassehi/Saake 2002 a/b, Vogd 2009).

Hintergrund der Vorgehensweise

Entscheidender Vorteil einer methodischen Vorgehensweise im Stile der Grounded Theory ist, dass die Prozesse der Datenerhebung, -analyse und Theoriebildung nicht strikt voneinander getrennt stattfinden, sondern sich wechselseitig befruchten (vgl. Glaser/Strauss 1998, Strübing 2008). Für die vorliegende Studie hatte diese Vorgehensweise zwei Hauptvorteile. 1) Neben der Bearbeitung der im Studienkonzept dargestellten Forschungsfragen und Hypothesen lässt sie auch neue oder alternative Fragestellungen und Theorien zu, die erst in der Auswertung des Materials sichtbar werden, und erlaubt, diese ggf. direkt in den noch laufenden Erhebungsprozess einzuspeisen (theoretical sampling). 2) Der mehrstufige und zirkuläre Codierprozess (offenes Codieren, Bildung von Kern-Kategorien) schützt vor Verzerrungen der Analyseergebnisse durch Vorannahmen der Forscher bzw. durch Extrapolation erster Analyseergebnisse.

Die erkenntnistheoretische Festlegung der Grounded Theory auf eine Herangehensweise, die ohne vorherige Theorien/Annahmen auskommt, erscheint jedoch weder realistisch noch zielführend. Erkenntnistheoretische Grundlage der Analyse bildete daher eine systemtheoretisch informierte Hermeneutik. Diese nimmt «[...] die – niemals zu vermeidende – Beschränkung des forschenden Blicks durch die Wahl von Begrifflichkeiten [...]» (Nassehi/Saake, 2002b, 337) ernst und wendet sie ins Positive. Die Illusion der kontextfreien Zugänglichkeit wirklicher Bedeutungen eines Textes, in diesem Fall eines Interviewtranskripts, wird beiseitegeschoben und stattdessen wird das Potenzial ebendieser Beschränkung genutzt, um «die Selbstkonstitution von Inhalten, von Bedeutung, von Sinn nachzuvollziehen und nach den sozialen Erwartungs- und Darstellungsformen zu fragen, unter denen sich forschungsrelevante Topoi darstellen lassen». (Nassehi/Saake, 2002a, 82)

Vorgehensweise im Einzelnen

Konkret erfolgte die Analyse in drei Schritten, die jedoch nicht strikt nacheinander, sondern in einem zirkulären Analyseprozess durchgeführt wurden.

- Das Material wurde zunächst mehrfach nach Beschreibungen des Phänomens IPZ gescannt. Diese Passagen wurden für jedes Interview gesondert zusammengestellt. Ziel dieses ersten Schrittes war die Suche nach a) den im Studienkonzept formulierten Prämissen und b) nach in den Prämissen möglicherweise nicht erfassten Aspekten, die von den Befragten als zentral für ihre Bewertung des Phänomens IPZ dargestellt wurden (offene Codierung). Die forschungsleitenden Fragen zu diesem Zeitpunkt waren schlicht: Wie stellen die Befragten das Phänomen IPZ im Interview dar und wodurch erhalten diese Beschreibungen Plausibilität? Welche Dimensionen des vielschichtigen Begriffs lassen sich im Material aufspüren?
- In einem zweiten Schritt wurden diese unsortierten Narrationen über alle Interviews hinweg nach wiederkehrenden Mustern der Thematisierung (z.B. typische Darstellungen von IPZ als Problem oder Lösung in bestimmten Arbeitssituationen) abgesucht und diese thematisch zusammen- und einander gegenübergestellt (Bildung von Kern-Kategorien). In diesem Schritt bildeten sich entlang der im Material aufgefundenen Muster nicht nur thematische, sondern auch soziale und zeitliche Strukturen heraus. Das heisst, es wurde beispielsweise deutlich, für welche Akteurstypen in welchen medizinischen Problemkonstellationen und in welchen organisatorischen Settings IPZ als relevantes Thema verstanden und wie es bewertet wurde. Ergebnis dieses Arbeitsschrittes war eine erste grobe Typisierung der kommunikativen Rolle von IPZ im Rahmen der Experteninterviews; das bedeutet a) Klärung der Plausibilität der aufgestellten Prämissen und b) Differenzierung verschiedener Thematisierungen des Phänomens IPZ bzw. der Nutzung des diffusen und vielschichtigen Begriffs nach bestimmten (professionellen, organisatorischen etc.) Merkmalen der befragten Expertinnen und Experten.
- Der dritte Analyseschritt bestand angesichts der grossen Datenmenge in der Identifikation von denjenigen Kategorien, die für die Weiterentwicklung der Charta besonders relevant sind und in der nochmaligen Analyse des Materials auf diese Themenkomplexe hin. Die Diskussion und Identifikation dieser Themenkomplexe erfolgte im Rahmen mehrerer Daten-Workshops.

Indem die Schritte nicht als striktes Nacheinander abgearbeitet wurden, sondern beispielsweise nach einem Datenworkshop die erneute Durchsicht der einzelnen Interviews nötig wurde, haben wir sichergestellt, uns nicht vorschnell auf Deutungen festzulegen, sondern die gesamte Tiefe des Materials auszuloten.



Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit

Im Vorfeld dieser Studie wurden fünf verschiedene medizinische Settings festgelegt, anhand derer die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung exploriert werden sollte: *chirurgische Versorgung, interistische Versorgung, psychiatrische Versorgung, Palliativ-Versorgung und Grundversorgung*. Aus diesen Settings, die nicht mit medizinischen Disziplinen zu verwechseln sind, sondern wichtige Bereiche der Gesundheitsversorgung darstellen, haben wir jeweils 4–6 Interviewpartner unterschiedlicher Berufsgruppen mit besonderer IPZ-Erfahrung rekrutiert. Grundkriterium für Settings und Interviewpartner war es, eine möglichst breite Palette der medizinischen Realität in der Schweiz abzudecken und möglichst grosse Verschiedenheit zu erfassen.

Alle Interviewpartner unserer Studie beschrieben auf die Frage nach gelungener bzw. auch misslungener IPZ Beispiele der *Verdichtung* bzw. Synchronisation von Arbeitsabläufen und Handlungen sowie Beispiele, in denen keine zufriedenstellende Koordination hergestellt werden konnte. In diesen Beschreibungen ge- bzw. misslingender IPZ konnten wir drei verschiedene Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit identifizieren. Diese können keinen einzelnen Settings exklusiv zugeordnet werden, lassen jedoch unterschiedliche Formen von IPZ idealtypisch charakterisieren.

Als Formen gelingender IPZ haben wir eine *koordinative*, eine *ko-kreative* sowie *projekthafte Verdichtungen* unterscheiden können. Koordinative Verdichtung meint Formen des Ineinandergreifens relativ klar definierter, meist institutionell verestigter Handlungsmuster und antrainierter Kompetenzen. Im koordinativen Modus ist die Zusammenarbeit verschiedener Berufe oftmals durch krisenhafte Zeitknappheit bzw. einen relativ klar umrissenen zeitlichen Horizont gekennzeichnet (exemplarisch: Reanimation, operative Eingriffe). Koordinative Zusammenarbeit zeichnet sich weiter durch eine ausgeprägte Dominanz der Medizin, ihrer Konzepte, Handlungsorientierungen und -techniken aus. Keinesfalls gemeint ist damit, dass ein Chirurg nicht die persönlichen Wünsche seines Patienten zu berücksichtigen trachten würde. Unbestreitbar ist aber auch, und der Reanimationsfall zeigt das paradigmatisch, wie sehr speziell in akut-somatischen Krisen die ärztliche Deutungshoheit dominant ist und wohl auch sein soll.

Unter ko-kreativer Zusammenarbeit werden dagegen Formen von Arbeitsteilung verstanden, die zunächst auf die im Voraus nicht eingeschränkte Eigensinnigkeit verschiedener Handlungslogiken setzt. Deren Mit-, Nach- und Nebeneinander wird in relativ weiten, zumindest nicht klar abgrenzbaren Zeithorizonten diskursiv aufeinander abgestimmt (exemplarisch: schwierige Lebensend-Fragen eines Patienten in der palliativen Betreuung). Ko-kreative Zusammenarbeit weist verteilte Formen von Deutungshoheit auf. Die verschiedenen Professionen können nicht anders

als gemeinsam und mit dem Patienten/der Patientin Lösungen suchen und entscheiden. Keine Profession kann Dominanz beanspruchen. In diesem Sinne ist der Anteil der Individualität der Patienten – und auch der Fachpersonen – grösser und derjenige der Medizin geringer.

Zwischen den beiden Polen des Koordinativen und Ko-kreativen liegt eine breite Zone dessen, was wir mit *projekthafte Verdichtungen* bezeichnen möchten. IPZ findet sich in dieser Zone im Gelingensfall als temporär fungierende oder anspruchsvoll organisierte Insel bzw. Projekt verdichteter Zusammenarbeit. Weniger ausgeprägt durch einzelne Krisenfälle oder einen konkreten Patienten veranlasst, bilden hier Abstimmungs- und Koordinierungsbedürfnisse der involvierten Professionellen angesichts sich wiederholender medizinischer bzw. gesundheitsversorgerischer Problemlagen die Anlässe, zeitlich punktuell oder organisatorisch differenziert Verdichtungen zu ermöglichen. Beispiele reichen von punktuellen Runden Tischen in der Grundversorgung über interprofessionelle Tumorboards oder ebensolche Fallführungen bis hin zu anspruchsvollen Organisationsformen der Stationsarbeit in der Psychiatrie.

Die beschriebenen Verdichtungen gelingender IPZ kontrastieren mit den Beschreibungen misslingender IPZ, die typischerweise von monoprofessionellem «Autismus», mangelnder «Augenhöhe», unzureichend wahrgenommenen Kompetenzen u.ä. handeln. Beide Aspekte, gelingende wie misslingende IPZ, heben sich vom Hintergrund einer «normalen» Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung ab. Mit «normaler» Zusammenarbeit meinen wir eine prinzipiell (im Sinne K. Weick's 1985) lose gekoppelte Komplementarität verschiedener Kompetenzen, die – unverdichtet – nebeneinander ihre Beiträge zur Krankenbehandlung leisten. Jeder tut das und konzentriert sich darauf, wofür er/sie ausgebildet und trainiert ist und *denkt zu wissen*, wofür die anderen da sind – und verlässt sich darauf. Koordination erfolgt wesentlich über die Systematisierung von Fähigkeiten (Mintzberg/Gloubberman 2001). Das enthebt von intensiven Abstimmungsaufwänden, das Meiste ist immer schon klar. Übliche Koordinationsinstrumente wie Verordnungen, Rapporte und Krankenakte werden als hinreichend erlebt, mehr an Verdichtung erscheint zunächst nicht nötig. Das Primat der «normalen» Zusammenarbeit ist Professionalität – nicht Interprofessionalität. Wäre das nicht der Fall, bräuchten wir nicht von IPZ zu sprechen und der Begriff hätte nicht jene steile Karriere gemacht, von der wir oben berichtet haben.

Ein Schema

Verdichtungen sind oftmals krisen-geleitet. Im akut-somatischen Krisenfall dominiert klar und sinnvollerweise die *Medizin* mit ihren professionellen Selbstverständnissen und Kompetenzen. Im Palliativfall spielen die *Individualität* des Patienten, der Patientin, aber auch die spezifische Fachkompetenz und Individualität der beteiligten Gesundheitsfachleute eine wichtige Rolle. Reanimation und Palliation stehen sich hier exemplarisch und polar gegenüber: Im einen Fall folgt die Zusammenarbeit ganz dem medizinischen Rational, im anderen Fall strukturiert sich die Zusammenarbeit über mehrdimensionale Aushandlungsprozesse zwischen Patient und Professionellen. Es gibt nicht das eine Rational, sondern es muss erst herausgefunden werden, was der Fall sein soll. Offensichtlich

kann das Verhältnis dieser beiden Dimensionen variieren. Entsprechend haben wir das in ein Schema eines (auf-/ab-) steigenden Kontinuums der beiden Dimensionen gefasst (s. Abb. 2).

Sich polar gegenüberstehend spannen koordinative wie ko-kreative Verdichtung ein Kontinuum von Zusammenarbeit auf. In der breiten Zone dazwischen finden sich die projekthaften Verdichtungen. Das Kontinuum ist durch variierende Verhältnisse von Medizin und Individualität gekennzeichnet. Diese reichen von einer Dominanz der Medizin auf der linken bis zu einem grösseren Gewicht der Individualität (von Patienten wie beteiligten Fachpersonen) auf der rechten Seite. Abbildung 2 stellt das Kontinuum verschiedener Verdichtungsformen der interprofessionellen Zusammenarbeit dar.

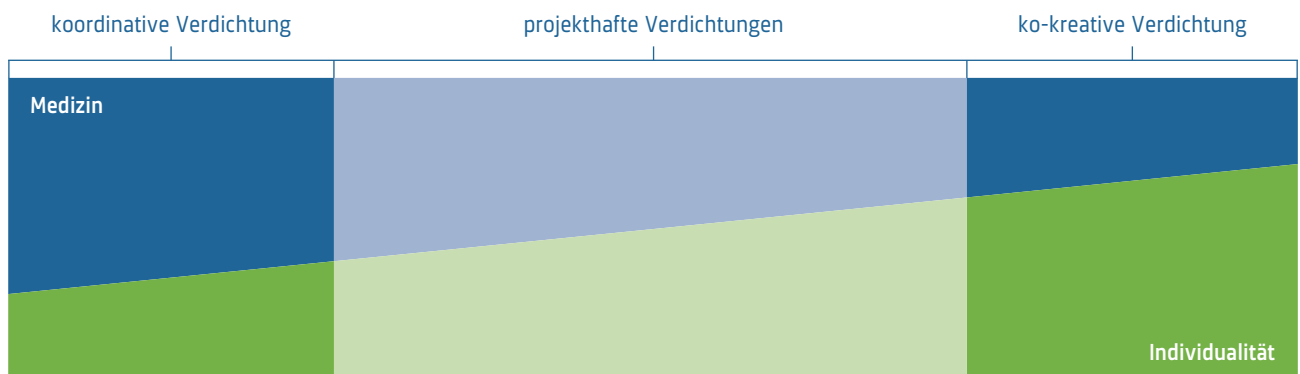


Abb. 2: Drei Formen gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit

Dieses Schema verstehen wir als empirisch fundiertes, heuristisches Instrument, mit dessen Hilfe die von den befragten Fachpersonen beschriebenen Realitäten interprofessioneller Zusammenarbeit trennschärfer identifiziert werden können. Möglich ist damit die Analyse konkreter

Situationen von IPZ (z.B. die Analyse der Zusammenarbeit in einzelnen Settings) als auch ein analytischer Zugriff, der IPZ als vielgestaltiges, aber doch präzisierbares Phänomen im gesamten Gesundheitssystem begreifen kann.

Fazit

Wie die Schilderungen der Befragten zeigten, ist gelungene IPZ nicht allein Effekt gut ausgebildeter, kooperationswilliger Individuen, sondern muss immer situations- und kontextabhängig gedacht werden. Zudem ist IPZ von grosser Unterschiedlichkeit gekennzeichnet. Drei Formen gelingender IPZ können wir identifizieren. Alle drei bedeuten Verdichtungen von Handlungen und Interaktionen.

Die drei Formen können wir in ein heuristisches Schema einordnen. «Koordinative» und «ko-kreative» Verdichtung spannen ein Kontinuum auf, dessen breites Mittelfeld von «projekthaften» Verdichtungen geprägt ist. Während die beiden äusseren Enden von konkreten Krisen bzw. Patienten handeln, finden sich im Mittelteil tendenziell Antworten auf sich wiederholende Abstimmungsbedürfnisse der Professionellen. Allen Formen gemeinsam ist, dass sie vom «Normalfall» der Gesundheitsversorgung, nämlich einem lose gekoppelten Nebeneinander unterschiedlicher Kompetenzen verdichtend abweichen.

Im Folgenden stellen wir die drei idealtypischen Verdichtungsformen näher dar und zeigen, wie sie sich empirisch aus den Erzählungen der befragten Fachpersonen ergeben.

Koordinative Verdichtung

Der Modus der koordinativen Verdichtung wird von den Befragten zumeist über Situationen enger zeitlicher Taktung beschrieben, sichtbar wird in den Interviewpassagen zudem die Funktionalität klarer Hierarchien bzw. eindeutig verteilter Zuständigkeitsbereiche. Als besonders gut wird hier die Zusammenarbeit verschiedener Professionen beschrieben, weil sie ohne Hektik und Herumkommandieren auskommt und gleichzeitig, scheinbar wie von Geisterhand, die eine Tätigkeit in die andere greift. In den Interviews (s. Interviewpassage 1) klingt es fast, als könnten die Befragten sich selbst nicht erklären, wie es zu dieser gelungenen Verdichtung professioneller Einzelhandlungen kommt.

Interviewpassage 1

Frida Fabian beschreibt eine Situation guter IPZ, in der «irgendwie alle zusammengearbeitet (hatten), ohne dass es gross viel Kommunikation gebraucht hat (...)» (Frau Fabian, 45), in der verschiedene, explizit nicht eingespielte Personen, «(...) also eigentlich waren alle neu (...)» (ebd., 46), und unterschiedlichster Professionen reibungslos zusammenarbeiteten. Es handelt sich um eine Reanimation, also eine medizinische Massnahme, die sich wie kaum eine andere durch extreme Zeitknappheit auszeichnet.

«Es hat -, es war niemand hektisch, es hat niemand ehm herumkommandiert. Man hat sich mit so ganz kleinen kurzen Absprachen, war, war klar, wer was gemacht hat [mhm], also jemand hat angerufen, jemand hat angefangen mit der Reanimation, jemand hat Sachen vorbereitet, es hat ehm-, es ist zufällig, wirklich zufällig eine Psychologin vorbeigekommen, die sich dann den Angehörigen vor-, angenommen hat, das hat einfach (...) alles funktioniert, ja.» (ebd. 47)

Verstehen lässt sich das gute, unaufgeregte Zusammenspiel der verschiedenen Professionen nur, indem man berücksichtigt, dass sich hier verschiedene Organisationsmitglieder auf hierarchisch strukturierte, lang trainierte und klar arbeitsteilige Handlungsmuster verlassen konnten. Der zeitliche Sog der Befristung einer solchen Notfallsituation begünstigt die Akzeptanz von klaren Rollenzuschreibungen, die dann nicht als störend, sondern als wohltuend und funktional empfunden werden.

Dass die Befragten explizit und mit Verwunderung darauf hinweisen, dass es sich *nicht* um ein eingespieltes Team mit – möglicherweise – flachen Hierarchien und partizipativen Kommunikationsformen handelt, lesen wir als Hinweis auf die Funktionalität von nicht verflüssig-

ter Kommunikation in *bestimmten* Situationen und dass der Begriff der interprofessionellen Zusammenarbeit bereits stark mit sozialen Erwartungen von nicht hierarchischen, verflüssigten Kommunikationsformen verknüpft ist, wenngleich diese faktisch im Modus koordinativer Arbeitsverdichtung nicht die strukturierenden Momente darstellen. Gerade in Situationen von Zeitknappheit und insbesondere bei medizinischen Notfällen ist die Suspendierung von Aushandlungsprozessen und kreativen Problemlösungen zugunsten erlernter, wiederholt praktizierter und habitualisierter Handlungsmuster der Erfolgsgarant interprofessioneller Zusammenarbeit. Nicht zuletzt strukturieren die technischen Apparate (z.B. ein Defibrillator) und räumlichen Gegebenheiten (z.B. eines Schockraums) in Situationen wie einer Reanimation, was an Einzelaktionen möglich ist oder nicht.

Gelungene IPZ, so bringt ein herz- und gefässchirurgischer Chefarzt den Modus der Zusammenarbeit auf den Punkt, zeichnet sich aus durch das perfekte Zusammenspiel von technischer und professioneller Exzellenz. Das Bild eines Uhrwerks, eines handwerklichen Meisterwerks technischer Präzision, drängt sich auf, wenn der Befragte beschreibt, wie er als Chefarzt interprofessionelle Zusammenarbeit idealerweise ins Werk gesetzt sieht. Die Darstellungen in den Interviews (s. Interviewpassage 2) machen deutlich, wie in Situationen von Zeitknappheit und/oder hoher technischer Komplexität, etwa im Notfall oder am Operationstisch, die Individualität der beteiligten Professionellen gewissermassen hinter deren Status als Experten zurücktritt. Zwar wird auch hier eine Grundsympathie als Voraussetzung für jegliche Form der Zusammenarbeit beschrieben, jedoch geht es darüber hinaus nicht um die Einzelperson, sondern darum, dass die Arbeit *«Hand in Hand»* (ebd., 20) vonstattengeht, dass die Beteiligten genau wissen, was der andere kann und machen wird, und ihr eigenes Handeln darauf einstellen können. Aus einer Organisationsperspektive könnte man von programmierten Abläufen sprechen.

Interviewpassage 2

«(...) da erlebe ich die aktuellen menschlich-technischen Möglichkeiten in guter Umsetzung, also dafür ist ja Interprofessionalität ja gut, oder (...)» (Dr. Grau, 42)

«Es ist ein lang eingespieltes Team, es ist ein Vertrauen auf den anderen (...) es ist für mich immer extrem – also bei uns im Job, ich sag des sogar auch den jungen Oberärzten und sag, egal was du machst, ich muss von A bis Z genau wissen, wenn du mir was rapportierst oder [mhm] und des hab ich bei der Mitarbeiterin des Gefühl, okay, das wird die auch machen oder also des sind solche Grundlevels der, der Kooperation (...)» (ebd.)

Aus Perspektive dieses chirurgischen Chefarztes ist IPZ dort gelungen, wo einerseits jeder der Beteiligten die Aufgabe, für die er zuständig ist und für die er ausgebildet wurde, exzellent erfüllt und wo andererseits auch jeder die klar umrissenen Grenzen seines Aufgabenbereichs kennt und akzeptiert. So beschreibt er etwa, dass eine erfahrene und talentierte Pflegefachperson im Operationsbereich unter seiner Leitung durchaus selbstständig Teile einer Operation durchführen darf und diese Aufgabe besser erfüllt als manch weniger erfahrene Arzt. Gleichzeitig macht er klar, dass er und die (berufs-)rechtlichen Vorgaben den Spielraum dieser Mitarbeiterin klar beschränken (s. Interviewpassage 3).

Interviewpassage 3

Dr. Grau: «(...) zum Beispiel Pflegenden (...) die assistiert teilweise besser als sonst vielleicht junge Oberärzte (...) und wenn sie dann quasi (lacht) als Zielsetzung sieht, sie wird selber mal operieren, weil das wird einfach –, das ist fachlich –, das ist einfach nicht drin, oder. Da gibt's gewisse Schranken, also wenn's da über diese Grenzen hinausgeht, und drum mein ich, Augenhöhe ist, ich will den Bereich, den ich mache, optimal abdecken (...) und und des langt dann auch vollständig, oder.» (ebd., 22)

IPZ im Modus der koordinativen Verdichtung ist also darauf angewiesen, dass sich der einzelne Professionelle auf seine Kernkompetenz bezieht und diese in die Struktur der Behandlungssituation einordnet.

Fazit

IPZ als koordinative Verdichtung beschreibt ein Zusammenspiel verschiedener Berufspersonen in Situationen enger zeitlicher Taktung, z.B. in einer Reanimation oder in einem chirurgischen Eingriff, wo hierarchisch klar strukturierte, lang trainierte, standardisierte und sehr arbeitsteilige Handlungsmuster scheinbar reibungslos ineinandergreifen. Der ranghöchste Arzt hat die Deutungs- und Delegationshoheit inne.

Ko-kreative Verdichtung

Im Gegensatz zur koordinativen Verdichtung zeichnet sich der Modus der ko-kreativen Verdichtung in den Beschreibungen durch vergleichsweise grosse Zeitressourcen aus. Die verschiedenen professionellen Kompetenzen bzw. Expertisen ergänzen sich hier nicht mechanisch-synchron, sondern seriell-diachron: Es geht nicht darum, zu einem konkreten Zeitpunkt exakt aufeinander abgestimmte, teilweise standardisierte und vergleichsweise klar festgelegte, kleinteilige Handgriffe zu koordinieren. Vielmehr werden die differenten professionellen Perspektiven je einzeln hervorgehoben, wodurch sich – sehr im Unterschied zum Bild eines (mechanischen) Uhrwerks – erst nach und nach ein immer wieder neues Mosaik gelungener interprofessioneller Zusammenarbeit ergibt. Die erforderlichen Kompetenzen der einzelnen Professionen sind in dieser Verdichtungsform weit weniger klar und eindeutig definiert. Vielmehr verlangt die oftmals uneindeutige, komplexe Situation von den Beteiligten, die eigene Expertise stets aufs Neue anzupassen, gegebenenfalls zu überschreiten und dabei stets ins Verhältnis zu allen am Behandlungsprozess Beteiligten zu setzen. In den Beschreibungen wird die persönliche, individuelle Komponente des jeweiligen Beitrags (aber auch des Patienten) stark betont. Wir sprechen daher von ko-kreativer interprofessioneller Kooperation.

Paradebeispiele für diese ko-kreative Verdichtung finden sich insbesondere in Interviews mit den in der Palliativ-Versorgung tätigen Gesundheitsfachleuten. Als eindrückliches Beispiel bietet sich der Fall eines jungen, von einer seltenen neurologischen Krankheit betroffenen Patienten an, geschildert von einer leitenden Palliativpflegekraft. Der Patient verbleibt 267 Tage auf der Palliativstation, was selbst im Kontext der Palliativmedizin ein extrem langer Zeitraum ist. Hier wird eine Form der Zusammenarbeit beschrieben, die sich durch grosse professionsspezifische Freiräume und Kreativitätsanforderungen auszeichnet, die aber durch organisierte Formen der Abstimmung balanciert werden muss (s. Interviewpassage 4).

Interviewpassage 4

«Wir hatten von Anfang an sehr eng zusammengearbeitet mit den Akutpflegediensten, Pneumologie, dann CMT-Dienst und bei der ganzen Krankheit war der dann auch regelmässig auch dorthin gegangen, damit der Krankheitsverlauf evaluiert werden und Therapievor schläge formuliert werden konnte und dann kam er immer wieder zurück. Wir hatten also zusammengearbeitet mit der Akutpflege und das lief sehr gut. Intern haben wir sehr viel für ihn eingerichtet, da gab es mal das Basisteam, Pflegefachleute, Pflegehilfskräfte, Ärzte und auch die Ergotherapeutin wurde herangezogen (...)» (Frau Werner, 14)

Alle beteiligten Professionen, so schildert es die Pflegenden, arbeiteten im Rahmen ihrer disziplinären Expertise intensiv mit dem Patienten und stimmten gleichzeitig ihre professionellen Aktivitäten eng miteinander ab. So kam beispielsweise der Ergotherapie die Aufgabe zu, für die stetig abnehmenden motorischen Fähigkeiten des Patienten Alternativen zu ersinnen und diese mit dem Patienten sowie dessen Angehörigen zu implementieren. Zum anderen wurden die Einzelaspekte stets mit Blick auf das Leben des individuellen Patienten integriert, was in dem durchaus als Sonderfall geschilderten Beispiel bis hin zur Organisation eines grossen Konzerts in der Klinik ging (s. Interviewpassage 5). Zudem wird hier sehr schön der Unterschied zwischen koordinativer und ko-kreativer Zusammenarbeit geschildert: Neben die als normal beschriebene, für den routinierten Stationsalltag, aber auch in Akut- und Notfallsituationen notwendige Koordination tritt hier jene schöpferische, nicht schematisierbare Arbeit am individuellen Patienten und dessen Leben, die die ko-kreative Form von IPZ charakterisiert. Es geht nicht (mehr) darum, Gesundheit wiederherzustellen, vielmehr stellt die Integrität der Gesamtperson das oberste Leitziel aller therapeutischen Interventionen dar.

Interviewpassage 5

«In einem Spital ist es offensichtlich, dass man mal so an der Basis zusammenarbeitet bei der Installation und Unterbringung der Pfleger, aber wir sind noch ein bisschen weitergegangen, um das Projekt des Patienten zum Erfolg zu führen. Die wesentliche Pflegephilosophie bei uns lautet, dass man leben soll bis zum Ende und das haben wir auch gemacht.» (Dr. Vahl, 13)

Die Grundlage für die ko-kreative Verdichtung stellen wiederum die spezifischen Formen organisatorischer, zeitlicher, hierarchischer und technischer Rahmungen dar. Wie hochgradig unwahrscheinlich und herausfordernd etwa die therapeutische Berücksichtigung der ganzen Person und nicht nur der biomedizinisch relevanten Aspekte des Patienten ist, zeigt etwa das lange Ringen um die Implementierung der Palliativmedizin in die reguläre Gesundheitsversorgung. Der enorme Zeitbedarf, den extreme Formen ko-kreativer IPZ verlangen, wird von allen Befragten betont (s. Interviewpassage 5) und den eher standardisierten Kurzformen der Palliation gegenübergestellt (s. Interviewpassage 6).

Interviewpassage 6

«Wenn jemand nur einige Tage bleibt, der sich im letzten Stadium befindet, kaum noch spricht, eh, die Familie weint an seinem Bett, da muss ich leider sagen, das ist eigentlich der Klassiker und es spricht im Grunde nichts dafür, ehm die ganze interprofessionelle Zusammenarbeit zu bemühen, weil alles nach einem standardisierten Verfahren abläuft, da sind wir auch sehr wenig gefragt.» (Dr. Vahl, 13)

In der Palliativ-Versorgung werden als Beispiele besonders gelungener IPZ die Fälle geschildert, die sich durch komplexe Krankheitsverläufe und damit einhergehende Anforderungen und Zeitressourcen auszeichnen. Dies hat auch zur Folge, dass alle Beteiligten die Grenzen ihres professionellen Repertoires an Anwendungswissen überschreiten müssen. Die ko-kreative Form von IPZ fordert in besonderer Weise neue Formen der Abstimmung jenseits klassischer, organisationaler Hierarchien heraus. Man könnte von einem Netz sprechen, wie das in der Schilderung einer Ergotherapeutin zum Ausdruck kommt, die beschreibt, dass es nicht Anweisungen von oben bzw. eine klar definierte Aufgabenverteilung sind, die das Zusammenspiel der Kräfte organisieren, sondern etwas, das nicht genau fassbar, fluide, «zwischen den Zeilen» geschieht (s. Interviewpassage 7).

Interviewpassage 7

«Natürlich kann man das nicht für alle machen, aber bei der interdisziplinären Zusammenarbeit, die idealer Weise, was die Beteiligten wirklich mobilisiert eh, ist im Grunde was zwischen den Zeilen geschieht. (-) Alles was zusätzlich da ist, zusätzlich zu unserer Arbeitsmethode und genau das macht letztlich die Stärke eines solchen Projekts aus.» (Frau Yohring, 14)

Fazit

Gelingende IPZ als ko-kreative Verdichtung beschreibt ein Zusammenspiel verschiedener Berufspersonen in uneindeutigen und komplexen Situationen ohne (medizinischen) Zeitdruck, die sich durch grosse professionsspezifische Freiräume und Kreativitätsanforderungen auszeichnen, beispielhaft in der Palliativ-Versorgung. Von den beteiligten Berufspersonen verlangt diese Form der IPZ die eigene Expertise immer wieder aufs Neue anzupassen und sogar zu überschreiten und dies gleichzeitig stets ins Verhältnis zu allen am Behandlungsprozess Beteiligten zu setzen. Keine Profession kann per se Delegationsmacht oder Deutungshoheit beanspruchen. Asymmetrien und Entscheidungskompetenzen sind von deren alltagspraktischer Aushandlung und Bewährung abhängig.

Projekthafte Verdichtungen

Zwischen den beiden beschriebenen Polen der koordinativen und der ko-kreativen Verdichtung, die sich um konkrete Krisen oder spezifische Patienten konstituieren, liegt eine breite Zone (und wohl der Grossteil der Gesundheitsversorgung), in der wir projekthafte Verdichtungen identifizieren können. Bereits die andere Art der Bezeichnung soll ausdrücken, dass es hier nicht so sehr um spezifische Handlungsmuster, ausgelöst durch situative Rahmungen geht, denn um zeitlich bzw. inhaltlich punktuelle (z.B. ein singulärer Runder Tisch) oder auch längerfristig organisierte, im Regelfall Ausschnitte der Organisation betreffende Verdichtungen (z.B. spezifische Kommunikationsgefässe).

In diesem Bereich ist die Form der Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsfachleute weniger durch eine starke situative Rahmung verdichtet. Anlässe für Verdichtungen, wie z.B. interprofessionelle Fallführungen, bieten eher wiederkehrende, medizinische oder gesundheitsversorgerische Problemlagen. Entsprechend finden wir eine grössere Vielfalt an Erscheinungsformen, die in den Erzählungen unserer Interviewpartner oft eine eher untergeordnete Rolle spielten, gelegentlich sogar eher beiläufig erwähnt wurden. Projekthafte Verdichtungen prägen das Erleben und die (Selbst-)Erfahrung der Beteiligten wohl weniger stark als die beiden anderen Formen, die, schon in ihrer Krisenhaftigkeit, eine besondere Intensität des Erlebens bedeuten.

Daraus ist keineswegs zu schliessen, dass projekthafte Verdichtungen im Arbeitsalltag der Befragten irrelevant wären. Ganz im Gegenteil ist davon auszugehen, dass das Gros an IPZ eben diesem Bereich zuzurechnen ist. Die oben beschriebenen Modi der koordinativen bzw. ko-kreativen Verdichtung stellen «Abweichungen», krisenhaft bedingte Sonderfälle dar. Anders als bei diesen beiden Modi sind bei den projekthaften Verdichtungen eine Mischung und Vielfalt an unterschiedlichen Zusammenarbeitsformen und -intensitäten zu erwarten. Diese Vielfalt scheint in ihrer Unterschiedlichkeit teilweise gar nicht als eigenständige Verdichtung der Zusammenarbeit wahrgenommen zu werden und droht dann unterhalb der Wahrnehmungsschwelle der Berufspersonen zu verbleiben bzw. eher als zufällige und außergewöhnliche Begebenheit wahrgenommen zu werden. Die projekthaften Verdichtungen werden von den Befragten jedenfalls nicht als zwingender Teil ihrer professionellen Routine verstanden, sondern stärker als Desiderat nach einem Mehr an guten, gelungenen IPZ-Erfahrungen geschildert. Herr Rosner, ein niedergelassener Physiotherapeut schildert einen längere Zeit zurückliegenden Runden Tisch als eine

solche gute aber rare Situation (s. Interviewpassage 8). Der Befragte, der zum Zeitpunkt des Interviews bereits in einem anderen, deutlich stärker organisatorisch präformierten IPZ-Umfeld arbeitet, beschreibt den typischen niedergelassenen Physiotherapeuten mit eindeutig negativer Konnotation als «Einzelkämpfer». Dieses Bedauern und auch der Antrieb an der Situation etwas zu ändern ist ein typisches Narrativ im Umfeld projekthafter Verdichtungen, jedenfalls im ambulanten Bereich.

Interviewpassage 8

«Und dieser runde Tisch im Austausch hab ich als sehr, sehr befruchtend erlebt. Jeder hat dann aus seiner Sicht geschildert, wie er diesen Patienten, diesen zweiundzwanzigjährigen jungen Mann erlebt, man hat gemeinsam versucht so eine Strategie festzulegen, wohin möchte man miteinander [mhm]. Und das haben auch die Eltern gesagt, dass hätten sie zum ersten Mal in dieser Form so erlebt, dass sich für ihren Sohn so viele Leute eigentlich einsetzen, das war vorher etwas zerstückelt und plötzlich hat man dann das Ganze gesehen, wer kümmert sich da überhaupt um diesen jungen Mann. Und ich denke es macht sehr Sinn, dass man sich eigentlich so miteinander abspricht [mhm]. Und das war halt jetzt auf Initiative vom Psychiater hin, es ist aber nicht institutionalisiert, dass man das dann so forciert [mhm] und das wäre natürlich für mich zukünftig eine, eine wünschenswerte, wünschenswerte Sache, dass man solche Gespräche, solche runden Tische dann regelmäßiger einführt [mhm].» (Herr Rosner, 21)

Wenngleich sich Beispiele projekthafter Verdichtungen auch im klinischen Bereich finden lassen, unterscheiden sich die Narrative dahingehend, dass die Organisation auch jenseits der beschriebenen situativen Verdichtung durch Krisen bereits einen groben Rahmen für Verdichtungsanlässe bereitstellt. Allein die räumliche Dichte, die im klinischen Alltag für die Ko-Präsenz unterschiedlicher Berufsgruppen sorgt sowie die Selbstverständlichkeit von Absprachen und Dienstplänen bereitet den Grund für häufigere, z. T. auch routinemässige projekthafte Verdichtungen (s. hierzu weiter unten Interviewpassage 15, problematisierend Interviewpassage 9, zweites Beispiel)

Projekthafte Verdichtungen der IPZ finden wir in der Grundversorgung, der internistischen Versorgung, aber speziell auch in den Interviews mit Personen aus einer stationären psychiatrischen Einrichtung: Herr Mohl, der als Psychologe eine der Stationen leitet, dabei jedoch in vielen Fällen auf die (formale) Zustimmung eines leitenden Arztes angewiesen ist, beschreibt diese Herausforderung. Um komplexe psychiatrische Fälle behandeln zu können, muss eine Station als fein austariertes und gleichzeitig hochfragiles System verstanden werden. Nur ein fortwährender Austausch zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachleuten erlaubt die funktionale Versorgung

der teilweise als äusserst schwierig beschriebenen Patienten. Ganz anders als in koordinativen Verdichtungen gilt es hier, nicht nur die Persönlichkeit des Patienten, sondern diejenige aller am Behandlungsprozess Beteiligten in Rechnung zu stellen, um reibungslose und qualitativ hochwertige Versorgung anzubieten. Eine Störung dieses fragilen, interprofessionellen Kooperationssystems kann schnell zu funktionalen Einbussen in der Betreuung der Patienten führen (s. Interviewpassage 9). Der Einbezug von Individualität fordert das «Akzeptieren der Andersartigkeit». Entsprechend ambivalent werden Formen standardisierter Abstimmungen und vorgefertigter Handlungsanweisungen gesehen.

Interviewpassage 9

«Und ich, ich glaube sobald, sobald eben das über die Patienten getragen wird oder, 'das ist ein schwieriger Patient, den können wir nicht auf Station haben, das geht nicht', dann merkt man schon, da, da läuft irgendwie diese Interdisziplinarität schon was falsch, irgendwo ist es ein Ausdruck dann auch von, von eh irgendwie, es gibt unterschiedliche Tendenzen, unterschiedliche irgendwie Behandlungsstränge, es gibt so Profilierungsgeschichten, dass – meist zeigt sich dann das über den Patienten eigentlich, denke ich [mhm].» (Herr Mohl, 25)

«Ehm (-) ich denke hier, das, eben es braucht die Gefässe oder [mhm], ehm das auch immer ein Zeichen, wenn man die Gefässe ehm- man hat sie und nutzt sie allenfalls nicht, das ist für mich häufig ein Zeichen, dass es gut läuft [mhm], wenn, wenn man sie nicht nutzt. Wenn dieser Ruf nach diesen Gefässen sehr gross, ist es häufig schon zu, zu spät, hab' ich das Gefühl ein bisschen.» (ebd.)

Eine organisatorische Rahmung erscheint für solche, gelingende Zusammenarbeit ausserordentlich bedeutsam, denn diese Form der IPZ ist mit einem enormen interaktiven Aufwand verbunden. Ein leitender Psychiatrie-Pfleger beschreibt eindrücklich die Notwendigkeit und den Aufwand der permanenten Koordination des Unterschiedlichen sowie die Bedeutung von Transparenz: alle am Behandlungsprozess Beteiligten müssen idealerweise zu jedem Zeitpunkt der Behandlung den gesamten Prozess überblicken können, um den eigenen Beitrag optimal zu gestalten (s. Interviewpassage 10).

Interviewpassage 10

«Deswegen, alle Disziplinen und alle Gespräche müssen koordiniert sein [mhm]. Mir ham zum Beispiel au' eingeführt, was sicherlich au' hilfreich ist, dass vor jedem Gespräch gibt's 'n Vorgespräch [mhm]. Das eh, das wir, das man, während dem Gespräch weiss, um was es geht und wo ma' hinwill. Und nach jedem Gespräch gibt's 'n Nachgespräch, ist jeder zufrieden wie's gelaufen ist oder sind alle Ansichten trans-, umgesetzt worden oder, oder besprochen worden.» (Herr Nadler, 14)

Es könnte für einen Aussenstehenden zunächst fast absurd anmuten, dass die Gespräche, die ja zur Koordination der anfallenden Aufgaben dienen, jeweils zusätzlich von weiteren Gesprächen koordiniert werden müssen; wenn man jedoch bedenkt, dass die paradoxe Aufgabe der Organisation in diesem Falle darin liegt, das an sich Unorganisierbare zu organisieren, verschiebt sich der Blick auf die geschilderte Praxis. In diesem Zusammenhang beschreibt der Pflegefachmann seine ehemalige Vorgesetzte als Idealbild einer interprofessionell ausgerichteten Ärztin. Anders als andere leitende Ärzte und Psychologen bestand diese darauf, auch bei der Besprechung der genuinen organisatorischen Pflege Themen teilzunehmen, da ihr Verständnis von Interdisziplinarität so weit geht, dass sie als leitende Ärztin selbst daran interessiert ist, «warum die Nachtwache kein Klopapier bestellt hat» (ebd.). Würde man über solche Beispiele schmunzeln, würde man verkennen, wie grundlegend IPZ hergebrachte Organisationsmodelle, medizinrechtliche Rahmungen und klassisch sozialisierte Gesundheitsfachleute herausfordern kann.

Organisationstheoretisch betrachtet handelt es sich beim hier Beschriebenen um «heedful interrelating». (Weick/Roberts 1993) Dieses Konzept, ursprünglich in der Beobachtung des Verhaltens auf Flugzeugträgern entwickelt und mehrfach auf medizinische Settings übertragen (z.B. Schraagen 2011), bezeichnet jene achtsame, wechselseitige Bezugnahme, die in komplexeren, operativen Abläufen für Fehlervermeidung nötig ist. Und zwar speziell in sogenannten High Reliability Systemen, als solchen, die sich keine Fehler erlauben dürfen, da Fehler allzu rasch zu Katastrophen führen können. (Weick/Sutcliffe 2019) Heedful interrelating ist eine Form, die nicht einfach strukturell hergestellt oder gar erzwungen werden könnte, sondern eine immer wieder prekär werdende und immer wieder aufs Neue zu erbringende Leistung darstellt. In diesem Sinne handelt es sich um eine projekthafte Verdichtungsform. «Projekthafte» bezieht sich dabei auf die spezifische kulturelle wie verhaltensbezogene Leistung, die die Organisationsmitglieder erbringen müssen. (vgl. auch Baecker 2017).

Fazit

Projekthafte Verdichtungen zeichnen den Bereich zwischen den beiden beschriebenen Polen der koordinativen und der ko-kreativen Verdichtung aus. Hier sind eine Vielfalt an unterschiedlichen Formen und Intensitäten zu erwarten, die gelegentlich weniger erlebensintensiv als die krisenhaften Situationen in den beiden anderen Fällen sind und ev. darum in ihrer Vielfalt und Bedeutung von den Berufspersonen oft weniger prononciert wahrgenommen werden.

Projekthafte Verdichtungen können, wie unsere Beispiele zeigen, singulärer, temporärer aber auch anhaltend projekthafter Natur sein.

Misslingende IPZ – und Motivation

Auch wenn der Hauptfokus unserer Studie auf gelingende IPZ gerichtet war, haben zusätzlich Misslingsbedingungen interessiert. Diese nahmen in den Gesprächen wesentlich geringere Zeit in Anspruch – wenn überhaupt. Am intensivsten kamen Misslingsbedingungen in der (ambulanten) Grundversorgung zum Ausdruck – das ist, wenn man die strukturellen Gegebenheiten kennt – vermutlich wenig überraschend.

Wir richteten unseren Fokus auf gelingende IPZ, weil positive Dynamiken – «Gelingen» – nicht automatisch das Gegenteil negativer Dynamiken – «Misslingen» – sind. (Cameron 2003) Was das meint, kann man sich einfach vor Augen führen: Wenn grosse Statusunterschiede als Misslingsfaktor identifiziert werden, bedeuten geringere Statusunterschiede noch nicht gelingende Zusammenarbeit. Wohl aber wird die Abwesenheit grosser Unterschiede wichtig für ein potenzielles Gelingen sein. Wir gehen also davon aus, dass die Abwesenheit von Misslingsbedingungen eine tendenziell notwendige Voraussetzung für gelingende IPZ darstellt – aber noch keine hinreichende. Diese sind erst aus der Analyse gelingender Beispiele zu gewinnen.

Was sind die in den Interviews aus den fünf verschiedenen Settings genannten Misslingsbedingungen? Folgende Faktoren wurden genannt:

- Fehlende Akzeptanz von Wissensgrenzen
- Statusbetonende Kommunikation
- Mangelnder Wissensaustausch auf Augenhöhe
- Mangelnde Wahrnehmung eigener Kompetenzen
- Nur auf Anweisung tätig werden (mangelnde Eigeninitiative)
- Fehlendes gegenseitiges Verständnis
- (monoprofessioneller) Autismus
- Individuelle Faktoren (auf Patienten wie auf Professionsseite) wie z.B. fehlende Bereitschaft zur Perspektivenübernahme und Offenheit
- Individueller Widerstand oder Verweigerung sich in interprofessionellen Gefässen zu beteiligen und einzubringen
- Zeitknappheit in der bereits sehr beanspruchenden Routine
- Rechtliche Regelungen, die viele medizinische Entscheidungen nach wie vor in der alleinigen Verantwortung der ärztlichen Profession verorten (bzw. so wahrgenommen werden)
- Ökonomische bzw. zeitliche Restriktionen bzw. «strukturelle Widerständigkeit», z.B. in der Grundversorgung (mangelnde finanzielle Anreize etc.)

Diese Misslingsbedingungen sind erwartbar, entsprechen sie doch weitgehend denjenigen aus den einschlägigen Diskursen. Wie erwähnt stellt ihre Abwesenheit wohl eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für gelingende IPZ dar. Insofern nehmen die Diskussionen über diese Faktoren zu Recht einen wichtigen Stellenwert ein. Die situativen und kontextuellen Faktoren, die wir in den Gelingens-Beispielen aus den Interviews identifizieren konnten, sind damit allerdings noch nicht benannt.

Teilweise formuliert wurde, dass gerade die Überwindung dieser Faktoren ein starker Motivator für interprofessionelle Zusammenarbeit sein kann. Motivationale Energie kann sich also gerade aus dem Überspringen dieser Hürden gewinnen lassen. Insgesamt wurde in den Berichten zu den gelingenden Beispielen deutlich wie positiv, ja vorbehaltlos positiv diese eingeschätzt wurden. Koordinative und insbesondere ko-kreative Verdichtungen dürften eigentliche Höhepunkte für die beteiligten Fachpersonen darstellen, entsprechend lebendig und intensiv waren die jeweiligen Schilderungen. Wenn man so will, können Krisen «Glück» für Professionelle bedeuten (vgl. Mintzberg/Glouberman 2001). Umgekehrt wurde bei den projekthaften Verdichtungen deutlich, dass diese oft weniger erlebensintensiv wirken und darum weniger «auffällig», aber auch weniger befriedigend wahrgenommen bzw. dargestellt werden.



Interprofessionelle Zusammenarbeit in unterschiedlichen Kontexten

Diese Studie untersuchte interprofessionelle Zusammenarbeit in fünf verschiedenen medizinischen Settings: chirurgische Versorgung, internistische Versorgung, psychiatrische Versorgung, Palliativ-Versorgung und Grundversorgung. Die beschriebenen interprofessionellen Zusammenarbeitsformen lassen sich nicht exklusiv dem einen oder anderen Setting zuordnen. Gleichzeitig finden wir hinreichend deutliche Unterschiede, die erlauben, die Zusammenarbeit von Gesundheitsexperten hinsichtlich ihrer situativen Rahmenbedingungen systematischer in den Blick zu nehmen. Das soll auch helfen, genauer die Bedingungen von Veränderungs- oder Optimierungsansätzen abschätzen zu können. Wir stellen im Folgenden die fünf Settings vor, wie erwähnt nicht im Sinne einer exklusiven Zuschreibung, sondern als exemplarische Formen, die sich auch in anderen Settings finden lassen.

IPZ in der chirurgischen Versorgung

In den Interviews aus dem Setting chirurgische Versorgung beschreiben die Befragten unabhängig von ihrer Profession, wie unterschiedliche Teilbereiche auf höchstem fachlichem Niveau abgedeckt sein müssen, um eine qua-

litativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Während von Ärzteseite typischerweise auf die medizinischen Aspekte und die Pluralität der hierfür erforderlichen fachlichen Expertisen hingewiesen wird, steht aus Perspektive der Pflege der enorme organisatorische Koordinationsbedarf im Zentrum, der die Arbeitsrealität in diesem Setting auszeichnet. Trotz (oder wegen) dieser unterschiedlichen Schwerpunktsetzung wird die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzten überwiegend positiv bewertet. Darstellungen von Problempotential beziehen sich auf ärztlicher Seite tendenziell stärker auf die Abstimmung verschiedener medizinischer Disziplinen, auf Seite der Pflege werden insbesondere Konflikte mit anderen therapeutischen Berufen beschrieben. Wie bereits aus den oben zitierten Interviewpassagen des chirurgischen Chefarztes Dr. Grau deutlich wurde, geht es darum, dass jedes Rädchen im Getriebe optimal und wie programmiert funktioniert und dass alle Teile des Uhrwerks perfekt ineinandergreifen. Im Idealfall resultiert aus Sicht des Chefarztes, der sich hier gewissermassen als Uhrmacher beschreibt, absolute Transparenz und Berechenbarkeit, die der Uhrmacher selbst nur noch beobachten muss, da weitere Intervention nicht mehr vonnöten ist (s. Interviewpassage 11).

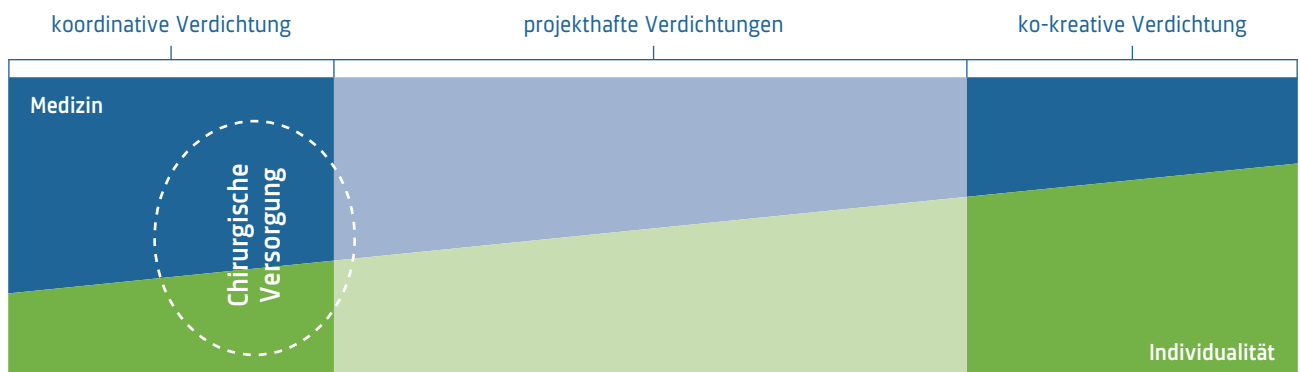


Abb. 3: Chirurgische Versorgung im IPZ-Koninuum

Interviewpassage 11

«Und mit welcher Klarheit gemeinsam Entscheide gefällt werden, in einem Fall, dass man 'ne Eröffnung macht, der Entscheid zwischen mir und dem leitenden Arzt und dann auch die die Klarheit, dass ich mich dann zurückziehe, oder, weil dis is' zu viele Köche verderben den Brei und sagt, der kann des mit der Assistentin, die hier vor Ort ist, die Anästhesie is vollständig vertreten, ich bin als Chefarzt irgendwie doch im Gros verantwortlich für die Situation und dann sich selber wieder zurückziehen, dis is die, dieses Zwischenspiel der Interaktion oder, dis dis isch auch gelingende Interprofessionalität (...).» (Dr. Grau, 42)

«(...) eben die Chirurgen, nicht wie ich's von früher kannte, versuchen den Mediziner die Patienten abzuluxsen, und die Mediziner versuchen, die Patienten vor den Chirurgen zu schützen, sondern dass wirklich jeder im Wesentlichen macht, was er am besten kann, und das heisst konkret, wenn ein Patient kommt, wo ich finde, der blutet oder der ist am Tamponieren, dann sag ich das dem Chirurgen und dann gibt's keine Diskussion und dann wird, macht er seinen Teil (...). Wenn also wenn irgendwas schiefeht, versuchen wir das gemeinsam auszubaden, ehm das ist nur möglich, weil ich den absoluten Backup vom Chef habe und die Chirurgen natürlich, jeder hier wie die anderen, wissen, dass sie da sonst auf Granit beissen.» (Dr. Halberstedt, 14)

Interessant sind diese Aussagen, weil es sich bei den Befragten um Mitarbeiter einer Abteilung handelt, die bereits vergleichsweise lange grossen Wert auf Interdisziplinarität bzw. -professionalität legt und hierfür die engen fachlichen Beschränkungen überwunden hat. Wir können also davon ausgehen, dass die Beschreibungen nicht ein «Immer-schon» der Kooperationsbedingungen in der chirurgischen Versorgung beschreiben, sondern, dass diese Befragten eine durchaus reflexive Haltung zu IPZ einnehmen, die sich auch in einer entsprechenden Praxis niederschlägt. Eine Internistin, die in dieser Funktion eine leitende Position in der chirurgischen Abteilung bekleidet, beschreibt die Zusammenarbeit mit ihren chirurgischen Kollegen als gleichberechtigt und produktiv und grenzt die Zusammenarbeit von dem klassischen oder stereotypen Bild chirurgischer Abteilungen bzw. chirurgisch-internistischer Interdisziplinarität ab (s. Interviewpassage 11).

Was hier für die Zusammenarbeit der Ärzte als Idealbild geschildert wird, nämlich fachliche Expertise auf allen Gebieten, Vertrauen in die Fähigkeiten der anderen und die hieraus resultierende Anerkennung der Grenzen eigener Expertise und der Notwendigkeit zur Kooperation auf Augenhöhe, wird von den Ärzten auch im Hinblick auf andere Berufsgruppen, insbesondere andere therapeutische Experten und Pflegenden, geschildert (s. Interviewpassage 12). Die Aussage einer Pflegekraft zu Misslingsbedingungen von IPZ unterstreicht dies aus einer Gegenrichtung: Zugeständnis von Wissensgrenzen, statusunterlaufende Kommunikation und Wissensaustausch auf Augenhöhe als die klassischen Voraussetzungen interprofessioneller Zusammenarbeit sind auf fachliche Kompetenz angewiesen. Im Gegensatz zu unsicheren Ärzten sind aus Perspektive der Pflege diejenigen, die «wirklich das Zepter in die Hand» (Frau König, 66) nehmen, die idealen IPZ-Partner – freilich nur, wenn sich deren Direktiven bewähren und beispielsweise eine Reanimation dann auch «funktioniert» (ebd.). Als Rolle der Pflegekräfte wird von diesen insbesondere die Koordinationsfunktion der eigenen Berufsgruppe hervorgehoben, ohne die die Komplexität der Abteilung nicht zu bewältigen wäre. Die Pflege beschreibt sich als Scharnierstelle, bei der alle «Fäden (zusammen)kommen» und die das abgestimmte Prozessieren der verschiedenen Handlungsebenen ermöglicht (s. Interviewpassage 12, Zitat 3).

Interviewpassage 12

«Also es ist so, dass die Physiotherapeuten und Sportwissenschaftler, die mit Herzpatienten arbeiten dürfen, auch so (...) Zusatz-Zertifizierung machen (...) und wenn sie das haben, dann haben sie eben auch eine Qualifikation, diese Patienten zu behandeln, das heisst, wir geben als Ärzte basierend auf unseren Leistungstest eine Trainingsempfehlung ab, aber die Umsetzung der Trainingsempfehlungen, wie eine körperliche Aktivität gestaltet wird, was da genau ge-

macht wird (...) das sagt nicht der Arzt, sondern das sagt der Physiotherapeut (...) also es ist ganz klar, dass er in seinem Bereich Bewegungstherapie die Kompetenz hat und wir ihm dort nicht reinsprechen, sondern er das entscheidet.» (Dr. Jakoby, 21)

«Ja ich denke die fachliche Kompetenz, die ist, die ist sehr wichtig. (...) Wenn ich mir das jetzt heute überlege [mhm]. Genau. Und wenn ehm ich hab auch Assistenzärzte erlebt, die, die einen unsicheren Eindruck hinterlassen haben bei ihren Verordnungen und ehm eben die, die auch die Pflegenden- bei den Pflegenden sehr viel nachgefragt haben und das macht die Situation dann etwas schwieriger. Also (lacht) fachlich.» (Frau König, 44)

«Also die Ärzte eh sprechen mit der Pflege, die Physio spricht mit der Pflege, die Psychokardiologin spricht mit der Pflege, eh, sie hält alles zusammen, zusammen fest, sei es schriftlich eh auch die Abmachungen oder eh die Information ist eigen-, ist, ist- wird gesammelt, die Information [mhm].» (Frau Iser, 16)

Die interprofessionelle Zusammenarbeit im Setting chirurgische Versorgung charakterisiert sich in erster Linie durch die klare und ungebrochene Konzentration auf das Medizinisch-Fachliche und das medizinische Rational. Die Deutungshoheit liegt bei den Ärzten und wird ihnen auch von den anderen Gesundheitsfachleuten zugeschrieben. Dies scheint die handlungsleitende und nicht kritisierte Orientierung aller beteiligten Professionen zu sein. Gelingende IPZ kann also im Bereich der koordinativen Verdichtung verortet werden. Gleichwohl finden sich auch hier Hinweise auf ko-kreative IPZ, beispielsweise wenn die individuelle Betrachtung des Patienten und seiner Bedürfnisse in einzelnen Situationen das klare medizinische Rational dominiert bzw. wenn die Internistin, Dr. Halberstedt, zwar die klar abgegrenzten und festgelegten Aufgabenbereiche (Pflichtenheft) als wichtig für die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften herausstreicht und gleichzeitig als weiteren, guten Aspekt der IPZ auf ihrer Station beschreibt, dass die Pflegekräfte sich beispielsweise bei schwerstkranken Patienten auch jenseits ihrer klar definierten Aufgaben für den Patienten einzusetzen bereit sind (s. Interviewpassage 13).

Interviewpassage 13

«Es geht über das normale-, weit über das normale Pflegerische hinaus und es ist wirklich einfach, weil die Kooperation, dass man, dass alle versuchen, wirklich das Beste zu geben und auch etwas mehr zu machen, als es jetzt gerade sinnvoll erscheint. Weil der Aufwand natürlich riesig ist für zehn Schritte, aber für den Patienten ist das manchmal der Unterschied zwischen: Soll er jetzt wieder auf die Beine kommen oder nicht?» (Dr. Halberstedt, 69)

IPZ in der internistischen Versorgung

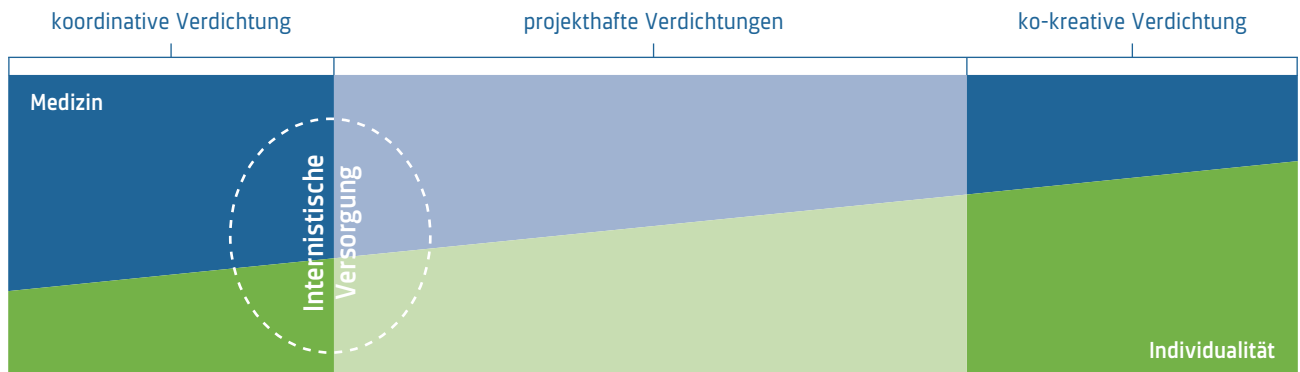


Abb. 4: Internistische Versorgung im IPZ-Kontinuum

Im Setting internistische Versorgung wird IPZ als die den komplexen internistischen Problemstellungen angemessene Arbeitsweise beschrieben, die jedoch die Bereitschaft zu grossem Aufwand von allen beteiligten Akteuren voraussetzt. Anders als in den Darstellungen im Setting chirurgische Versorgung werden hier mehr ko-kreative Anteile beschrieben, die sich aus der Notwendigkeit der individuellen Problemlagen von internistischen Patienten ergeben. Ein weiterer Unterschied lässt sich hinsichtlich der Selbstverständlichkeit von IPZ ausmachen. IPZ wird als abhängig von Engagement und Goodwill der Beteiligten beschrieben und nicht als etwas, das ganz selbstverständlich in die Organisationsstruktur eingelassen ist, wie sich das tendenziell in den Aussagen aus dem Setting chirurgische Versorgung darstellte. Die verschiedenen professionellen Sichtweisen von Ärzten und Pflegenden werden als Barriere guter IPZ beschrieben, die nur durch gegenseitiges Verständnis und durch aktive Bereitschaft zur Perspektivenübernahme überwunden werden kann (s. Interviewpassage 14). Insbesondere bei schwer kranken und komplexen Patienten stellen individuelle Faktoren – auf Patienten- wie auf Professionsseite – regelmässig Konfliktpotential zwischen den Berufsgruppen dar, was dazu führt, dass die Zusammenarbeit als nicht gut empfunden wird. Die Perspektivendifferenz, die einerseits das Gelingen von IPZ gefährdet, wird andererseits auch als die grösste Motivation beschrieben, sich überhaupt auf IPZ einzulassen. Die befragten Gesundheitsfachleute beschreiben den interprofessionellen Austausch als Mehrwert für ihre Arbeit und dass die Einnahme fremder Perspektiven, die ja nicht in eine Übernahme münden muss, den eigenen professionellen Blick auf die individuellen Problemlagen des Patienten schärft und damit die Behandlung optimieren hilft. IPZ wird hier als ebenso voraussetzungsvolle wie notwendige Ressource guter Gesundheitsversorgung verstanden (s. Interviewpassage 14).

Interviewpassage 14

«(...) das wäre charakterisiert dadurch, dass eben die Partner oder die verschiedenen Berufsgattungen eben nicht ehm versuchen auch zu verstehen, eh was, was, was den anderen beschäftigt oder was, das Beispiel, wenn eine Pflegefachfrau eben nicht sieht, dass der Arzt die Verantwortung hat letztlich für das Wohlergehen des Patienten, dass er ehm in dieser Verantwortung Entscheidungen fällen muss, die vielleicht nicht für alle Seiten ganz sofort verständlich sind (...). Ehm, ehm, dass aber auch der Arzt zum Beispiel nicht sieht, dass eine Verordnung von ihm, ehm schwierig durchzuführen ist von der Pflege, dass er eben auch nicht sieht, was die Pflege dann eh effektiv machen muss mit dem Patienten. Ehm, wenn man eben nicht gegenseitig auf diese, auf diese, auf diese Sichtweisen eingeht, dann klappt das aus meiner Erfahrung nicht gut [mhm].» (Dr. Brandes, 18)

«Ich denke (...) die als positiv empfundenen Gespräche sind schon die Gespräche, in denen man Aspekte erfährt, an, an welche ich nicht gedacht habe. Also welche ich dann wirklich aus-, welch-, (...) bei welchen ich dankbar bin, dass ich das jetzt gehört habe oder im gemeinsamen Gespräch auch ehm, ehm herausgefunden werden konnte, das könnte noch ein Aspekt sein, den man berücksichtigen muss (...).» (Frau Dries, 59)

Die organisatorische Rahmung spielt auch im Setting internistische Versorgung eine zentrale Rolle, wenngleich sie sich nicht im gleichen Masse durch strukturelle Zwänge institutionell derart verdichtet darstellt, wie dies in der chirurgischen Versorgung deutlich wurde. Denn durch die organisatorische Rahmung werden die Möglichkeiten, Verdichtung aktiv herzustellen, vergrößert und als tendenziell erreichbares Ziel und auch zumeist als erfolgsgekrönt beschrieben. Für die organisatorische Rahmung werden in den Interviews vor allem «Gefässe» zum interprofessionellen Austausch beschrieben, d.h. mehr oder weniger formalisierte Formen gezielter professions- oder disziplinübergreifender Kommunikation. Diese Formen reichen von professionsübergreifenden Übergaben auf Station, beispielsweise zwischen Nacht- und Tagdienst, bis hin zu Fallbesprechungen und verschiedenen Boards (z.B. Tumor- oder Adipositas-Boards). Bei aller Unterschiedlichkeit dieser Gefässe werden sie in diesem Setting weitgehend als positive, IPZ fördernde Gelegenheiten dargestellt. Sie bieten einerseits praktisches Training in der Sensibilisierung für professionelle Perspektivendifferenzen und andererseits konkrete Problemlösungsinstanzen (s. Interviewpassage 15).

Interviewpassage 15

«Das Interessante am Adipositas-Board ist, dass der gleiche Patient von verschiedenen Fachdisziplinen oder Berufsgattungen in der Sprechstunde beurteilt wird. Und das Spannende (...) ist zu sehen, wie überschneidend oder auch unterschiedlich Beurteilungen des gleichen Patienten ausfallen können. Und wie verschiedene Aspekte eben auch da ehm zum Vorschein kommen. Und da (...) scheinen sich alle einig zu sein und jemand kommt dann und sagt, ich habe aber noch das und das gesehen und erlebt und was die anderen überhaupt irgendwie, irgendwie nicht draufgekommen sind [mhm]. Eh, auf der anderen Seite ist aber auch zu sehen, dass, dass häufig auch über oder dass häufig die Leute zum selben Schluss kommen [mhm] bezüglich eines Patienten auch bezüglich seiner Eigenheiten und das, das sind spannende Diskussionen [mhm], die, die sich daraus ergeben.» (Dr. Brandes, 20)

Als wichtigstes Hemmnis für gute IPZ wird die Zeitknappheit in der Routine auf Station dargestellt. Aber anders als die Darstellungen von Operationen oder Notfällen, in denen die enge zeitliche Taktung als Gelingensbedingung von IPZ angeführt wurde, wird im Setting internistische Versorgung das Verhältnis von Zeitknappheit und IPZ anders erzählt (s. Interviewpassage 16).

Interviewpassage 16

«(...) im täglichen Alltag, Stress, man weiss, man muss um halb zehn auf dieser Visite sein, das ist für Pflege sowie Arzt teilweise ein grosser Stressfaktor. Dann kommen beide schon -, sind unter Umständen schlecht gelaunt und denken sie möchten das Ganze so schnell wie möglich über die Bühne bringen und das ist meiner Meinung nach die schlechteste Voraussetzung.» (Frau Endress, 53)

Der konstitutive Aspekt der Asynchronität, der aus einer tendenziell seriellen Zusammenarbeit folgt (im Unterschied etwa zur synchronen Zusammenarbeit während einer Reanimation oder einer komplexen Operation), und der potentiell Konflikte birgt, wird durch die synchrone Anwesenheit und Diskussionskultur in verschiedenen Beratungs- und Entscheidungsrounden gewissermassen aufgefangen. Wozu im Ablauf der Routine oft die Zeit fehlt, wird in interprofessionellen Foren aufgenommen. Diese Foren benötigen zwar ihrerseits Zeit, sie sind jedoch ungleich leichter handhabbar und legitimierbar als kontinuierliche interprofessionelle Arbeit am Krankenbett. Aber auch sie setzen Bereitschaft voraus. Als Beispiele für misslingende IPZ wird entsprechend auf Fälle hingewiesen, wo sich einer oder mehrere der beteiligten Professionellen diesen Gefässen verweigert bzw. die damit verbundene Offenheit gegenüber fremden Perspektiven nicht aufbringt.

IPZ in der psychiatrischen Versorgung

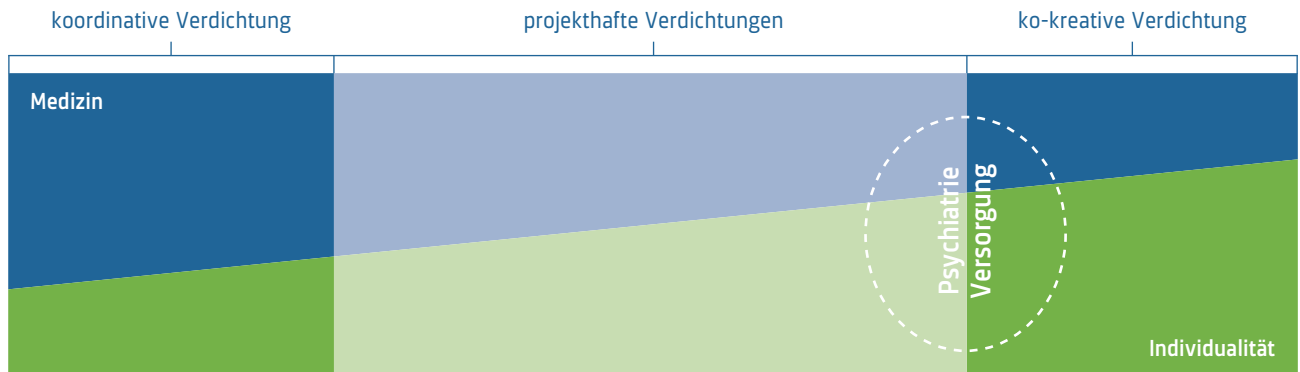


Abb. 5: Psychiatrische Versorgung im IPZ-Kontinuum

Im Setting psychiatrische Versorgung zeichnen sich die Darstellungen ge- wie misslungener IPZ vor allem durch eine starke Betonung individueller Aspekte – sowohl aufseiten der Patienten als auch der behandelnden Gesundheitsfachleute – aus. Während die Interviews im chirurgischen Setting vor allem auf die medizinische Komplexität fokussieren, der mit einem fein austarierten System klar geregelter Zuständigkeiten und Kompetenzen begegnet wird, betonen die Befragten aus dem psychiatrischen Setting die individuelle Komplexität von Fällen, Personen und Arbeitszusammenhängen. Dieser Komplexität ist auch organisatorisch Rechnung zu tragen. Was zunächst eventuell zu erstaunen vermag, dass grosse Individualität komplexere Organisation zur Folge hat, kann bei näherer Betrachtung als ein Bedingungs-zusammenhang zwischen individueller und organisatorischer Komplexität aufgefasst werden.

Das von uns untersuchte Setting zeichnet sich formal durch eine besondere Organisationsform aus. Als Matrix organisiert werden verschiedene Funktionen orthogonal miteinander gekoppelt. Diese Besonderheit wird von den Befragten positiv bewertet. Interessant ist dabei, dass die Struktur *gleichzeitig* als positiv und kompliziert, ja undurchsichtig beschrieben wird (Interviewpassage 17).

Interviewpassage 17

«Und dann kommt natürlich die neue, sehr, sehr komplizierte, aber doch wirksame Matrix (...) als Pfleger sitz ich ja auch wieder in der, in der Bereichsleitung mit als Angebotsleiter [mhm] und eh betrieblich bin ich sogar Vorgesetzter von meinem leitenden Arzt, oder und eh so kommt aber, vielleicht hört sich das nicht ganz logisch von, für manche Sache an, aber fachlich ist natürlich eh der Chefarzt verantwortlich, aber es kommt ja trotzdem der, auch wieder 'n Austausch [mhm] zwischen, zwischen mir und 'm leitenden Arzt, das is eigentlich ge-, ge-gewollt und vor allem er muss stattfinden durch, durch diese Matrix [mhm]. Und eh so sind viele Professionen, sind eh, sind

dann auf irgendeine Weise sind, sind da verwundert über diese Matrix [mhm]. Und eh ich, ich find's gut, weil man braucht lange, um sie komplett zu verstehen [lacht] und manchmal gibt's Überschneidungen, die nicht ganz logisch sind, aber ich find's, find sie sehr gut [mhm].» (Herr Nadler, 18)

Vergleichen wir diese Darstellung noch einmal mit dem Setting chirurgische Versorgung, wird deutlich, wie different die Ausprägungsformen und Bedeutungsdimensionen interprofessioneller Zusammenarbeit sind. Zwar werden auch dort organisatorische Arbeit und medizinische Intervention durchaus als arbeitsteilig verantwortet dargestellt, allerdings wird dabei stets auf die notwendige Klarheit der Aufgabenverteilung, die Transparenz von Zuständigkeitsbereichen und Hierarchien hingewiesen. Im Setting psychiatrische Versorgung wird hingegen vor allem das Uneindeutige betont. Uneindeutig bzw. schwer zu therapieren sind die oftmals vielfältigen Problemlagen der Patienten. Wenn die Befragten über Patienten berichten, nennen sie keine klaren Diagnosen, sondern schildern eine komplexe Gemengelage aus psychischen, physischen und nicht zuletzt sozialen Problemen. Die Rede ist dann häufig von «schwierigen Patienten», denen nicht leicht zu helfen ist, die oftmals gegen ihren Willen und wiederholt in psychiatrischer Behandlung sind und die vielfach dem Behandlungsteam «das Leben schwermachen». Die Wertschätzung, die die Beteiligten in der interprofessionellen Zusammenarbeit den jeweils anderen Berufsgruppen entgegenbringen, ist entsprechend hoch, da die zu bewältigenden Herausforderungen schlicht als nicht monoprofessionell bearbeitbar dargestellt werden: «Wir haben ein biopsychosoziales Krankheitsmodell, da kann man das Soziale nicht einfach rausnehmen (...).» (Dr. Lattek, 25)

Aufschlussreich ist auch, dass im psychiatrischen Setting am deutlichsten von allen Entscheidungen thematisiert bzw. problematisiert werden. Über alle Berufsgruppen hinweg spielen Fragen von Zuständigkeit, formaler bzw. fachlicher Kompetenz und Verantwortungsübernahme eine zentrale Rolle. Eine Passage aus dem Interview mit Herrn Mohl, einem Psychologen, der eine Station leitet, was üblicherweise Ärzten vorbehalten ist, illustriert exemplarisch, warum Entscheidungen in diesem Setting in gewisser Weise prekär sind und wie schwierig es ist, die klassische Normalform medizinischer Entscheidungsfindung zu durchbrechen (s. Interviewpassage 18).

.....
Interviewpassage 18

«Vielleicht – oder wo wir noch so 'n bisschen dran sind und (...) dort hab' ich auch sehr grosse Hoffnung (...) dass eh das Pflegeteam oder, oder die, die, die Fallführer noch enger miteinander arbeiten (...) das ist so die gleiche Idee, dass das Kernteam als solches eh viele Entscheidungen, die einst auf Oberarztfunktion häufiger entschieden wurden, dass die das selber entscheiden, oder [mhm]. (...) Und wenn das, wenn das in, im Kernteam entschieden wird, dann ist es viel klarer, eh die Pflege hat hier eine Verantwortung, die entscheidet mit, (...) eine Person [mhm], das ist das Gefäss. Und häufig, wenn ich gefragt werde, ja eh wie sollen wir das machen oder wie soll's weitergehen, dann ist es eben für mich auch nicht immer einfach, ich ertapp' mich dann zu sagen, ja wir müssen das so und so machen, aber ich, es dünkt mich auch immer wie zu sagen, ihr müsst das im Kernteam nochmals besprechen, was ihr mit dem Patienten machen wollt. Wie soll's weitergehen mit ihm, oder. Und das ist das, was sicher noch Potenzial hat [mhm] (...).» (Herr Mohl, 51)

.....

Hierarchie und Verantwortung(-sübernahme) sind klassische Themen von IPZ. Herr Mohl reflektiert seine Situation als Vorgesetzter in einem multiprofessionellen Team und beschreibt, wie er sich in konkreten Situationen immer wieder aufgerufen fühlt, die Verantwortungszuschreibung als Stationsleiter zu übernehmen und Entscheidungen zu treffen, die eigentlich von anderen (grössere Nähe zum Fall/Patienten etc.) getroffen werden sollten. Obwohl alle Beteiligten prinzipiell hinter der Idee stehen, Verantwortung fallbezogen und nicht professionsgebunden zu verteilen, sehen die Interviewten in der praktischen Umsetzung dieses Ideals noch Potenziale. Die positiven Beispiele guter IPZ mit geteilter Verantwortung und Entscheidungsmacht werden dabei stark auf die persönliche Befähigung der Beteiligten zu IPZ zurückgeführt. Fast jeder der Befragten nennt (z.T. namentlich) Personen aus anderen Berufsgruppen, mit denen die Zusammenarbeit aussergewöhnlich gut funktioniert. Wobei gut nicht in jedem Fall gleichbedeutend mit harmonisch ist, vielmehr

stellt die Konfliktfähigkeit, der Mut zur Auseinandersetzung und zum wechselseitigen Widerspruch – sofern sich dies in einem konstruktiven Rahmen abspielt – ein Qualitätskriterium dar. Der Chefarzt schildert in einer Interviewpassage ausführlich, was er an der Zusammenarbeit z.B. mit Psychologen schätzt. Er spricht davon, dass diese im Idealfall das «therapeutische Gewissen» einer Station darstellen und sich damit teilweise auch selbstbewusst gegen die Entscheidungen von Ärzten positionieren müssen. Um die Funktion eines solchen «therapeutischen Gewissens» zu erfüllen, bedarf es einer bestimmten Konfliktkultur. Während im Setting chirurgische Versorgung geradezu das Ausschalten aller individuellen Reibungspunkte zugunsten eines gut geölten chirurgischen Uhrwerks als IPZ-Ideal im Zentrum der Interviews stand, scheinen Reibungsverluste hier nicht nur unvermeidlich, sondern in einem gewissen Masse auch erwünscht. Als Problem wird dagegen dargestellt, wenn einzelne Gesundheitsfachleute lediglich auf Anweisung tätig werden (s. Interviewpassage 19).

.....
Interviewpassage 19

«Das fand ich eh, da hatten wir uns zum Teil auch sehr gestritten [mhm], das ist, das kann ja auch mal eine emotional anstrengende Arbeit sein (lacht), man muss ja nicht immer harmonisch unterwegs sein, sondern wir haben uns sehr, auf eine gute Art gestritten [mhm] und zwar hatten –, wir hatten Streit über irgendeinen Patienten oder um das Prozedere und vielmals, und das fand ich halt das auch noch Spannende, wenn sie jetzt mit therapeutisch geschulten Menschen unterwegs sind, die sind dann zum Teil doch so, zumindest in gewissem Masse reflektiert und dann im Konflikt und in der Nachkonfliktsituation sich überlegen, was ist mein eigener Anteil [mhm].» (Dr. Lattek, 31)

«Und ich fand diese Überlegung schon falsch, also da sassen wir zusammen an 'nem, am Rapporttisch und dann sitzt der Sozialarbeiter da und der hört sich das, hört sich das an und am Schluss sagt er: ja (...) ich brauche eine ärztliche Verordnung, damit ich jetzt tätig werden kann. [mhm] Und das war so etwas, das wir ändern wollten, also dass man Aufträge auch holt, dass sie nicht nur delegiert werden [mhm] durch den Ar-, weil ich fand auch gerade, das sind Spezialisten in einem Gebiet [mhm] und da muss doch jetzt nicht ein Assistenzarzt, der jetzt irgendwie seit einem Tag hier ist (lacht) eine Verordnung machen [mhm] für einen Fachmann, das ist irgendwie [mhm] idiot-, also das fand ich irgendwie völlig, völlig schräg [mhm].» (ebd., 63)

.....

Als Grund dafür, warum in vielen Fällen Fachleute vorwiegend subordinierter Berufsgruppen nach wie vor entsprechende Handlungsmuster aufweisen, werden überwiegend äussere Faktoren genannt: Einerseits rechtliche Regelungen, die viele medizinische Entscheidungen nach wie vor in der alleinigen Verantwortung der ärztlichen Profession verorten und andererseits ökonomische bzw. zeitliche Restriktionen, die insbesondere die Spezialtherapien betreffen. Es wird argumentiert, dass das Damoklesschwert von Stellenkürzungen und -streichungen nicht über allen Professionen gleichermaßen hängt (s. Interviewpassage 20).

.....
Interviewpassage 20

«Ja ne, was natürlich sicher auch ist, Pflege ist nie bedroht [mhm] in dem Sinn, weil da gibts ja klare Definitionen, [mhm] pro Bett braucht's so viel Pflege, also [mhm] ich sag, das wirkt sich auch aus auf die Zusammenarbeit. Hingegen Therapien, wenn sie sich einbringen und wenn sie sagen, ‚he, wir sind da. Das braucht's auch, das ist ganz wichtig [mhm] und wenn es an das Thema Sparen geht, dann sind wir genau der Faktor, wo man streichen kann, und schlussendlich (...) sind wir schon die Berufsgruppen, die halt schnell einfach mal bedroht sind [ja, ja].» (Frau Obermaier, 70)

Anders als ärztliche und pflegerische Experten wird die Expertise der Spezialtherapeuten nicht in gleicher Weise zur medizinischen Basisversorgung gezählt, was diese systematisch in eine schwächere Position bringt. Andererseits wird die Kompetenz der Spezialdisziplinen vor allem in einer ganzheitlichen Betrachtung des individuellen Patienten und dessen Lebensumständen gesehen. Der darauf beruhende therapeutische Ansatz bedarf entsprechend mehr Zeit, die insbesondere im Bereich akutenpsychiatrischer Interventionen fehlt (s. Interviewpassage 21).

.....
Interviewpassage 21

«Genau, da, da denke ich im akutenpsychiatrischen Setting, da ist häufig (...) das Problem dieser sehr hohen therapeutischen Ansprüche (...) die Spezialtherapien oft haben im akutenpsychiatrischen Setting, wo, wo einfach die Aufenthalte immer kürzer werden [mhm] und es so eigentlich um rudimentäre Dinge geht (...). Und das ist schon manchmal für die Spezialtherapien nicht ganz einfach irgendwo, im, im therapeutischen Verständnis, was mach' ich jetzt mit den Leuten, was sind die Ziele in der Therapie.» (Herr Mohl, 43)

Insgesamt zeichnet sich in den Interviews das Setting psychiatrische Versorgung aus durch eine starke Betonung und positive Konnotation der Individualitäten auf Patienten- wie Mitarbeitenden-Seite. Beschrieben wird, wie einerseits durch innovative Organisation (Matrix, «heedful interrelating») hinreichende Differenziertheit zur Verarbeitung der individuellen Komplexität zur Verfügung gestellt werden muss, andererseits aber auch noch klassische Subordinations-Verhältnisse der Berufsgruppen nachklingen. Kontextfaktoren wie Vergütung (und die daraus resultierenden Ressourcenverteilungsfragen in den Organisationen) bereiten weitere Schwierigkeit auf dem Weg zur Verwirklichung idealer IPZ-Zustände.

IPZ in der Palliativ-Versorgung



Abb. 6: Palliativ-Versorgung im IPZ-Kontinuum

Eindrücklich ist, wie alle Interviews des Settings Palliativ-Versorgung mit einer ausführlichen Beschreibung der Individualität eines Patienten starten und die Darstellung der Krankheit selbst dabei nur einen marginalen Teil einnimmt. Die Persönlichkeit, die Biographie, das soziale Umfeld und die Beziehung des Patienten zum palliativen Behandlungsteam stehen jeweils im Zentrum der Erzählung. Um spezifische Patientensituationen herum entfalten sich ausführliche IPZ-Geschichten. Es fällt auf, dass die Interviewpartner in diesem Setting offenbar Erfahrung damit haben, Fragen nach ihrer (inter-) professionellen Praxis zu beantworten. Während in den anderen Settings manche Gesprächspartner mehr erzählen als andere, in manchen Fällen aber auch mehrfache Nachfragen seitens des Interviewers nötig sind, um konkrete Beispiele und Geschichten aus dem Berufsalltag zu erfragen, bestehen diese Interviews durchwegs aus langen narrativen Passagen, in denen die Befragten ausführlich über ihren Berufsalltag berichten.

Organisierendes Prinzip dieser Geschichten ist also der individuelle Patient. Das individuelle Leben des Patienten, die Lebensumstände und der (geäußerte oder vermutete) Wille des Patienten – und nicht die Krankheit selbst – werden als handlungsleitend beschrieben (s. Interviewpassage 22).

Interviewpassage 22

«Es handelt sich um einen jungen Patienten, er litt an Morbus Charcot-Marie-Tooth, CMT (...). Er litt an der Form von der CMT, bei der zuerst die Artikulation darunter leidet, schlechte Diagnose und nur kurzfristige Überlebensprognose (...). Der Patient war ja ziemlich jung, er war Musiker, er hatte ein ausserordentliches Leben gehabt, war viel gereist (...). Der Patient war Mexikaner, er war Flüchtling, kam als sehr junger Mensch nach G-Stadt und er war so zum Mittelpunkt geworden der mexikanischen Gemeinschaft, hatte sie um sich geschart und eh (...)»

der mexikanischen, dem mexikanischen Kulturleben in G-Stadt Auftrieb verliehen mit Musik zum Beispiel.» (Frau Werner, 14)

«Und wir haben die Bedürfnisse und Wünsche dieses Patienten und seiner Familie wirklich möglichst genau erfüllt, erahnt.» (Frau Yohring, 18)

Die medizinische Logik, wonach dem Ziel, Kranke gesund zu machen, zunächst vieles unterzuordnen ist, greift im Falle palliativer Versorgung nicht. Wenn Heilung keine Option mehr darstellt, haben Diagnosen keinen handlungsleitenden Sinn mehr. Entsprechend wird statt von Diagnosen und Fällen von individuellen Patienten und gemeinsamen «Projekten» gesprochen. Das Medizinische tritt – abgesehen von der wichtigen Linderung der Schmerzen und anderen Symptome – hier oft weitgehend in den Hintergrund (s. Interviewpassage 23).

Interviewpassage 23

«Und wir wollten wirklich mit ihm zusammen sehen, ob es noch 'ne Art Lebensentwurf gibt auch für ihn, darum geht es auch bei der Palliativpflege, selbst wenn es sich um die letzte Lebensphase handelt, da fragt man sich, wie man die füllen kann, mit Sinn füllen kann und mit Leben, selbst wenn man sich gleichzeitig auf den Tod vorbereitet.» (Frau Yohring, 14)

«Ihre Symptome lindern, sie hatte heftige Schmerzen, litt an Erbrechen. Ihr Zustand war aber relativ stabil und deswegen konnten wir auch auf ihre Projekte eingehen. Und wir gingen sehr weit, sie konnte in ihr Land zurückkehren, nach Mekka pilgern, das war wunderbar, sie konnte zwei Monate dort verbringen, das ist erstaunlich für einen Krebs in dem Stadium.» (Frau Werner, 42)

So wie die Medizin in diesem Setting nicht mehr allein handlungsleitend ist, ist der Arzt nicht mehr unbedingt die zentrale Figur, sondern trägt neben anderen seinen Teil zur Patientenbetreuung bei. Das ist entgegengesetzt dem Setting chirurgische Versorgung, das das andere Ende des IPZ-Kontinuums darstellt. Während dort Klarheit in der Aufgabenstellung und -verteilung als ideale Voraussetzung gelungener IPZ dargestellt wird und Fälle beschrieben werden, in denen gewissermassen ein Rädchen ins andere greift, zeichnen sich die Beispiele gelungener IPZ im Setting Palliativ-Versorgung durch diesbezügliche Unklarheit aus. Diese Unklarheit und medizinisches Nicht-Wissen geraten aber nicht zum Problem, sondern dienen als Katalysator interprofessioneller Zusammenarbeit. Die Unklarheit, die ein Chorea Huntington-Patient in die Palliativstation bringt, die sich ansonsten vornehmlich terminalen Krebspatienten widmet, erscheint darum in den Darstellungen nicht so sehr als «Problem», vielmehr stellt der Umgang mit diesem Patienten die Lösung der Frage danach dar, wie IPZ gut ins Werk gesetzt werden kann: Dort, wo keine der beteiligten Fachpersonen infolge ihrer Expertise Deutungshoheit beanspruchen kann, findet eine Zusammenarbeit jenseits hergebrachter Hierarchien und fachlicher Grenzen statt und ermöglicht eine «reiche und bereichernde Partnerschaft» (Interviewpassage 24).

Interviewpassage 24

«(...) für einmal waren es eben nicht nur die Ärzte und die Pflegefachleute, sondern alle Fachleute der Abteilung wurden einbezogen in die Betreuung und es reichte sogar über unsere Abteilung hinaus. Wir wandten uns zum Beispiel an den Verbindungspsychiater, an den Neurologen des Kantonsspitals und auch an einen Patientenverband, den Verband von Chorea Huntington-Patienten, ja das war wirklich eine sehr reiche und bereichernde Partnerschaft. (...) Ich denke, dass je weniger wir wissen über eine Krankheit, je komplexer eine Situation, desto weniger sollte man alleine bleiben.» (Dr. Vahl, 13)

Jenseits hergebrachter Hierarchien und fachlicher Grenzen zu arbeiten, meint nicht, ohne festgelegte Rahmen zu funktionieren. Ganz im Gegenteil haben wir es auch in diesem Setting und selbst in der grössten Ausnahmesituation mit organisierter Krankenbehandlung zu tun. Der entscheidende Punkt ist, dass es mit der Etablierung der Palliativmedizin gelungen ist, das scheinbar Unorganisierbare und Spontane – teilweise sehr unterschiedliche Verläufe von Lebensenden mit ihren hoch individuellen Frage- und Themenstellungen – zu organisieren. Die zentrale Ressource – das interprofessionelle Team – kann innerhalb dieser Rahmung auf neue, immer individuelle Problemlagen professionell ko-kreativ reagieren (Interviewpassage 25).

Interviewpassage 25

«Früher hatten wir diesen Patiententypus nicht in der Palliativpflege und da müssen wir uns erneut überlegen, wie wir vorgehen, was wir brauchen, das ist ein neues Problem, vor dem wir stehen und das hat bestimmte Gewissheiten über den Haufen geworfen, hat uns selbst infrage gestellt, wir haben da Brainstorming gemacht in Form –, haben Ideen, Tools, Informationen gesucht, aber das ist motivierend, wenn man da wirklich ausschert aus der Routine.» (Frau Werner, 24)

«Wir alle mussten (...) viel von unserer Zeit zur Verfügung stellen, viel Arbeitszeit, sonst wäre das Projekt nicht zustande gekommen, andererseits entstehen da wirklich aussergewöhnliche Beziehungen, das gibt uns ein deutliches Plus, einen deutlichen Mehrwert.» (Frau Yohring, 13)

Es müssen Zeitressourcen, eine andere personelle Ausstattung als auf anderen Stationen gegeben sein, um diese Art Mehrwert zu erreichen. In einer Passage beschreibt Frau Yohring, dass sie es als durchaus ergotherapeutische Aufgabe versteht, gemeinsam mit einem Patienten Musikstücke zur Untermalung eines Films über das Leben dieses Patienten auszuwählen, der während seiner Zeit auf der Station entsteht. Nicht fachlich bestimmte, ergotherapeutische Übungen, sondern die allgemeine Aktivierung des Patienten über die gemeinsame Basis als Musikliebhaber bestimmt hier das professionelle Selbstverständnis der Befragten. Und in diesem Sinne wird auch das Team dadurch bestimmt, dass hier unterschiedliche Individuen aufeinandertreffen; diese geteilte Unterschiedlichkeit scheint die professionellen Unterschiede zu nivellieren. Die lebens- und erfahrungsgesättigte Einstellung zum Beruf scheint gegenüber den unterschiedlichen Ausbildungen zu dominieren (Interviewpassage 26).

Interviewpassage 26

«Was dafür entscheidend ist, na ja, vielleicht die Erfahrungen, vielleicht auch die Tatsache, dass man nicht gerade frisch diplomiert ist als Pflegefachleute, Physiotherapeuten und so weiter, wir haben alle Erfahrung, wir sind alles alte Hasen (lacht) und das verschafft uns so eine gewisse Distanz, einen gewissen Abstand und Respekt zum Beitrag der anderen in einer bestimmten Situation. Ganz gleich-, ganz unabhängig von der Fachrichtung, je mehr man weiss, je weiter man vorankommt, desto weniger weiss man im Grunde, desto stärker lässt man auch Zweifel zu und sagt sich, es gibt keine unumstösslichen Gewissheiten und der Andere hilft uns auch, die Dinge anders zu sehen, und fördert unsere Überlegungen, das finde ich sehr wichtig.» (Dr. Vahl, 25)

Treiber einer ko-kreativen IPZ im Setting Palliativ-Versorgung ist die im Mittelpunkt stehende Individualität der jeweiligen Patienten und ihrer Situationen. Diese bietet

Anlass zur Aktivierung und Nutzung der Individualität der Gesundheitsfachleute, sodass diese ihre Erfahrungen und Ideen miteinander fruchtbar machen und gemeinsam passende Lösungen für die Probleme der Patientin/

des Patienten finden können. Die Einzelperson und deren Bedürfnisse werden in diesem Setting zum organisierenden Faktor, in dessen Dienst sich andere Faktoren, etwa professionelle Expertise, stellen.

IPZ in der Grundversorgung

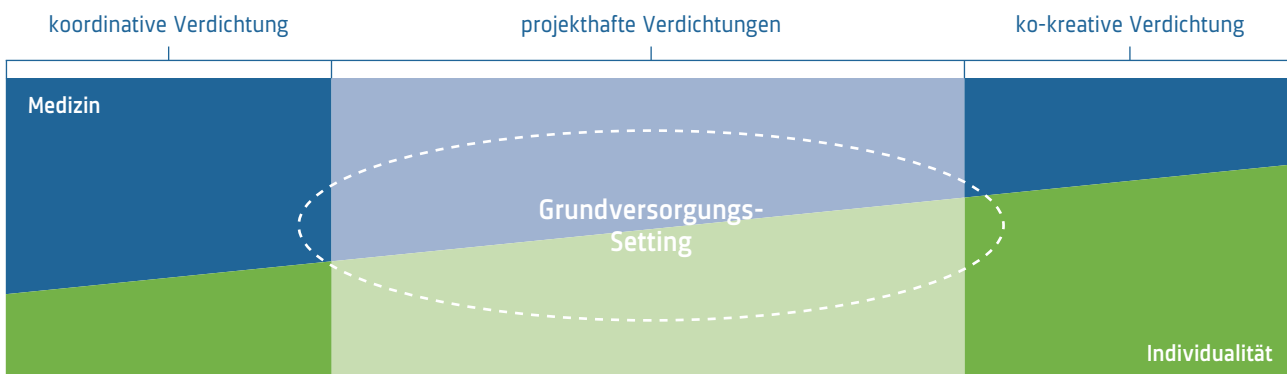


Abb. 7: Grundversorgung im IPZ-Kontinuum

Zwischen den situativ prästrukturierten Formen interprofessioneller Verdichtung (koordinative und ko-kreative Verdichtung) liegt der Bereich der Grundversorgung², der sich von allen bisher dargestellten Settings durch die starke Problematisierung von IPZ unterscheidet. Befragte aus diesem Setting beschreiben IPZ als etwas, das z.T. gegen Widerstände immer wieder aufs Neue aktiv hergestellt und gepflegt werden muss. IPZ gehört hier nicht zur professionellen Selbstverständlichkeit, sondern wird als ebenso wertvolle wie fragile Ressource dargestellt. Die Interviewpassagen, die die Schwierigkeiten interprofessioneller Zusammenarbeit schildern, lesen sich dabei wie organisationstheoretische Beschreibungen ex negativo bzw. dessen, was sie nicht sind. In Anlehnung an den Soziologen Niklas Luhmann könnte man IPZ in diesem Setting als Inseln verdichteter Kommunikation in einem Meer geringerer Dichte bezeichnen. Anders als im Fall von IPZ in organisatorischen Settings sind diese Inseln jedoch permanent von Erosion bedroht. Die Funktionalität dieser Inseln liegt darin, eine höhere Wahrscheinlichkeit der wechselseitigen Erreichbarkeit und Bezugnahme der verschiedenen Gesundheitsberufe herzustellen.

In allen Beschreibungen wird deutlich, wie voraussetzungsvoll die Koordination verschiedener Gesundheitsfachleute jenseits von situativen Zwängen (z.B. Notfall/Krise) und Organisationsstrukturen (z.B. Palliativstation) ist, insbesondere dann, wenn es nicht lediglich um punktuelle Verdichtungen geht, sondern IPZ auf Dauer gestellt werden soll. In einem Interview mit einem gesundheits-

bzw. standespolitisch sehr engagierten Hausarzt, der sich für die Vernetzung niedergelassener Ärzte und Gesundheitsfachleute einsetzt, wird die strukturelle Widerständigkeit des derzeitigen Systems der Grundversorgung gegen IPZ besonders klar. Zwar berichtet der Befragte von vielen Erfolgen bei der Implementierung von IPZ, jedoch kreist das ganze Interview darum, wie es gelingen kann, die strukturellen Barrieren zu überwinden. IPZ wird dabei nicht nur als wünschenswerter Arbeitsmodus zum Wohl von Patienten, aber auch Professionellen geschildert, sondern zugleich als gesundheitspolitisches Kampffeld. Die Implementierung von IPZ-Strukturen in der Grundversorgung, so schildert es der Arzt, ist immer auch auf das Aufbrechen bzw. die Weiterentwicklung bestehender Anreizsysteme angewiesen. Es gehe darum «die einzelnen Beteiligten nicht zu stark zu belasten» (Dr. Pradler, 16), um deren Engagement für mehr IPZ im ambulanten Bereich nicht zu gefährden. Monetäre Kompensation ist eines der Mittel, um beispielsweise Organisationen wie die Spitex zu motivieren, die Koordination interprofessioneller Massnahmen im ambulanten Bereich zu unterstützen, oder um Ärzte zu motivieren, in ihrer Freizeit qualitativ hochwertige interprofessionelle Weiterbildungsmaßnahmen anzubieten. Monetäre Anreize in Form von Einsparungen werden aber auch als gesundheitspolitisches Argument ins Feld geführt, um die Vernetzung ambulanter Gesundheitsanbieter zu propagieren (Interviewpassage 27).

² Grundversorgung wird hier im Sinne des englischen Begriffs «Primary Care» als breites gemeindenahes Angebot verstanden (Hausarztpraxen, therapeutische Praxen, Spitex, Pflegeheim etc.)

Interviewpassage 27

«Das war eigentlich und ist und bleibt die treibende Kraft, eh die integrierte Versorgung voranzutreiben im Hinblick darauf, dass eben die Gesamtkosten, die dann bei uns im Budget sich niederschlagen, eh dass die Gesamtkosten günstig werden oder umgekehrt gesagt, dass mit diesen Kosten eben effiziente Arbeit geleistet wird und nicht Geld in Führungs- und Schlusszeichen ‚verschleudert‘ wird (...)» (Dr. Pradler, 18)

Diese Schilderungen zeigen, wie sehr die Implementierung (quasi-)organisationaler Strukturen als wichtige Möglichkeit der Verdichtung angesehen wird. Nach innen wird die Motivation der verschiedenen, je für sich arbeitenden Gesundheitsfachleute, u.a. gestützt über monetäre Anreizsysteme, an ein gemeinsames Ziel gebunden. Nach aussen wird versucht, ein Netzwerk als sichtbare Zurechnungsadresse zu etablieren, das mit anderen grossen Playern im Bereich der Gesundheitsversorgung zu konkurrieren vermag, was niedergelassenen Ärzten oder anderen Gesundheitsberufen als Einzelunternehmern nicht möglich wäre. Gleichzeitig zeigt sich in dem Interview auch, wie prekär die so gewonnenen Verdichtungen sind, da sie fortwährend auf Reaktualisierung angewiesen sind, was sich mangels organisatorisch-struktureller Rahmung als extrem voraussetzungsvoller Prozess erweist. Einmal getroffene Absprachen und Entscheidungen sind in solchen netzwerkartigen Kontexten unterschiedlicher Institutionen (z.B. Hausarztpraxen, Spitex) mit ihren je eigenen Vergütungsformen deutlich schwerer einzufordern als in Organisationen. Wenig überraschend erscheint vor diesem Hintergrund, dass die Gefahr eines (monoprofessionellen) Autismus, in Interviews aus dem Setting Grundversorgung explizit thematisiert wird (Interviewpassage 28). Versuche einer Verdichtung prallen ab, wenn Vertreter einer Profession – ohne Absprachen – ihre Sicht durchzusetzen trachten.

Interviewpassage 28

«Wir haben versucht im Bereich der Palliativmedizin zusammen mit der Spitex standardisierte Symptomverlaufsbeobachtungsbögen zu kreieren, eh standardisierte Verordnungsformulare, die dann eh beim Patienten auf dem Nachttisch sind, dass wenn der Notfallarzt oder in, der Patient wieder in, in eh Spital muss, dass er diese Dokumentation immer bei sich hat, dass man weiss, was gegeben wurde oder was das Ziel ist. Eh das ist dann wieder eingeschlafen und eh wir haben versucht, Patientenpfade zu machen mit den Spitälern, betreffend präoperativen Abklärungen, das ist auch gelungen, wir haben-, wir sind alle am Tisch gesessen, haben diese Formulare kreiert, aber eh das hat dann begonnen, dass die eh niedermolekularen Heparine bereits eh einige Monate nachher wieder gewechselt wurden, weil eh, eh das Kantonsspital J-Stadt ist der Leader, die Kantonsapotheke

sagt, welche niedermolekularen Heparine man benötigt oder benutzt in der Spitallandschaft eh und dann sind diese Angaben, die auf diesem Formular gemacht wurden, sind dann wieder obsolet geworden.» (Dr. Pradler, 24)

«Es gibt auch sehr autistisch arbeitende Ärzte in allen Berufs-, in allen Disziplinen, auch Kollegen, Kolleginnen. Es gibt- da, da versuchen wir ja wirklich immer wieder Werbung zu machen, kommt, lasst uns uns austauschen, eh wir haben 'nen Mehrwert. Aber es gibt die Kollegen, die so arbeiten und da wird dann einfach drauf losgedoktort (...) und es wird kein ganzheitlicher Approach eh und keine gemeinsame eh Zielsetzung formuliert, sondern jeder wurschtelt einfach vor sich hin und das ist aus meiner Sicht eine schlechte Medizin und führt auch sehr häufig zu schlechten Resultaten eh.» (Dr. Quandt, 40)

Besonders eindrücklich wird die Bedeutung der organisatorischen bzw. situativen Rahmung für gelingende IPZ im Interview eines befragten Physiotherapeuten. Dieser beschreibt eine Art Vorher-nachher-Szenario, indem er sowohl Begebenheiten aus seiner derzeitigen Arbeit in einer interdisziplinären Gemeinschaftspraxis als auch frühere Erfahrungen aus der Einzelpraxis schildert. Zunächst berichtet er als besonders gelungenes IPZ-Beispiel von einem Runden Tisch, bei dem alle an der Behandlung eines schwerbehinderten Patienten beteiligten Berufsgruppen sowie dessen Eltern zugegen sind. Gegenüber seiner früheren Erfahrung als in einer Einzelpraxis tätiger Physiotherapeut, der jeweils nur einen kleinen Ausschnitt der Lebensrealität des Patienten kennt, ergibt sich im Gespräch mit den anderen Beteiligten und Angehörigen das Bild einer ganzen Person und ihrer Bedürfnisse (vgl. Herr Rosner, 17). Auch in einer anderen Passage schildert er als Problem, den Patienten nur symptomatisch, nicht jedoch ganzheitlich hinsichtlich seines Lebensplans zu behandeln (vgl. Herr Rosner, 21). Was der Therapeut hier als Idealbild schildert und als in der niedergelassenen Einzelpraxis nur schwer und in Ausnahmefällen erreichbar, nämlich, dass es zu einem zwar punktuellen, aber besonderen Engagement von Professionellen kommt, erinnert stark an die Darstellungen ko-kreativer IPZ.

In der interdisziplinären Gemeinschaftspraxis, in der der Befragte zum Zeitpunkt des Interviews arbeitet und an deren Entstehen er beteiligt war, beschreibt er gelungene IPZ vor allem als Effekt kurzer Wege und niedrigschwelliger Abstimmungsmöglichkeiten (Interviewpassage 29).

Interviewpassage 29

«Oder es kann spontan erfolgen, ich sag ‚Hey, dein Knie ist heute massiv über Wert geschwollen, gerötet, ich, ich, ich hol schnell den behandelnden Arzt.‘ [mhm] Also dann ist es eher, eher spontan [mhm]. (...) Also systemisch in diesem Sinne, man sieht sich in der Pause, man sieht sich auf dem Gang, also kurz im Büro, spricht kurz so miteinander [mhm], also so sind diese Gelegenheiten da und wenn man's, wenn man's offiziell in diesem Sinne machen möchte, haben wir eine, eine schriftliche Plattform, wo wir das kurz miteinander austauschen können, dass ich ihn nicht in der Sprechstunde stören muss (...).» (Herr Rosner, 29)

Die Beschreibungen der Vorzüge, in einer interprofessionellen Gemeinschaftspraxis zu arbeiten, erinnern an die Darstellung gelungener IPZ im kooperativen Modus. Die Beteiligten wissen um ihr professionelles Können und ihre Grenzen und beziehen sich arbeitsteilig aufeinander.

Im Interview wird die grosse Bandbreite der Patienten in der ambulanten Praxis angesprochen. Offensichtlich besteht hier ein grosser Unterschied zu den fachlich spezialisierten Einheiten, etwa in den Spitälern. In der Grundversorgung findet sich eine geringere Vorselektion und entsprechend suchen Patienten mit unterschiedlichsten Krankheiten, Gebrechen und Fragen Behandlung und sollen Behandlung finden können. Hinsichtlich der Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsfachleute steht die ambulante Krankenversorgung damit vor der Herausforderung, dass ohne vorgängige, organisatorisch-situative Rahmung nicht ohne Weiteres bestimmbar ist, welcher Modus der Zusammenarbeit per se adäquat wäre. Das gilt es jeweils erst herauszufinden und erhöht nochmals den Aufwand.

Ein Beispiel, wie im Setting Grundversorgung mit dieser Herausforderung umgegangen wird, bietet das Interview mit Herrn Quandt, einem niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten. Neben vielerlei Schwierigkeiten beschreibt dieser auch eine besonders gelungene Institutionalisierung von IPZ. Interessant ist, dass im Unterschied zu den Beispielen des Physiotherapeuten hier weder eine relativ spontane, einmalige Interaktion (Runder Tisch) noch eine Art Organisationslösung präsentiert wird (interprofessionelle Gemeinschaftspraxis), sondern eine dritte, instrumentelle Möglichkeit der Verdichtung (Interviewpassage 30).

Interviewpassage 30

«Unsere Hausärzte hatten immer das Gefühl, sie könnten uns Psychiater nicht erreichen, (...) dass man da einfach immer nur mit dem Anrufbeantworter spricht und dann ewig keine Möglichkeit besteht, die Patienten unterzubringen. Wir haben uns diesem Problem angenommen und ham mit einfachsten Mitteln etwas erreicht, dass wir inzwischen bei einer Anfrage von `nem Hausarzt eigentlich jedem Patienten innerhalb von einer Woche beim Psychiater in einer Praxis unterbringen können. Und es geht ganz einfach, indem der zuweisende oder anfragende Hausarzt per E-Mail anfragt auf dem geschützten Weg mit nem PIN, (...). Und er hat die Möglichkeit, bei jedem von uns zehn niedergelassene Psychiater aus der Region anzufragen und ehm wir, wenn wir selber die, die, das nicht leisten können, haben wir die Erlaubnis, rundum zu fragen eh bei unseren Kollegen aus diesem Netzwerk und ham `ne Absprache, wie das dann zu funktionieren hat und dann bekommt derjenige, der sich meldet den Zuschlag und bekommt dann die konkrete Zuweisung von dem Hausarzt [mhm]. Das wird sehr geschätzt von den Hausärzten, weil, das glaube ich auch, viel ehm, ja das die gesamte Zusammenarbeit erleichtert und auch eh viel Sympathien gegenseitig bringt [mhm]. Und ich denke für unsere Kunden, Klienten, Patienten ist das wirklich [mhm] auch `ne ganz tolle Sache [mhm].» (Dr. Quandt, 24)

Dr. Quandt beschreibt hier ein loses Netzwerk als Möglichkeit ambulanter IPZ-Verdichtung, die weder von spontanem Goodwill, persönlichen Kontakten oder schlicht vom Zufall abhängig ist noch anspruchsvolle Organisationsgründungen voraussetzt. Geschaffen wird lediglich eine potentielle Kommunikationskette, die alle beteiligten Psychiater und Hausärzte lose verknüpft und damit bereits eine erste grosse Barriere gelingender Zusammenarbeit beseitigen hilft.



Synthese und Fazit

Drei Formen interprofessioneller Zusammenarbeit

Die allgemeine Forschungslage wie auch die Erfahrungen der von uns befragten Berufspersonen zeigen einhellig: IPZ bringt Verbesserungen für Patienten wie auch die Professionellen selbst mit sich – bzw. würde Verbesserungen mit sich bringen. Die Verwendung des Konjunktivs empfiehlt sich an dieser Stelle, weil ein Auseinanderklaffen zwischen den normativen Behauptungen vieler IPZ-Diskurse und den faktischen Zuständen in der IPZ-Praxis zu beobachten ist. Diese Kluft irritiert Forschung wie Praxis seit Jahren (Cochrane 2009, 2013). Gleichzeitig scheint sich in der Schweiz eine relative Zufriedenheit bzgl. aktueller IPZ eingestellt zu haben (Heinen et al 2013). Dies entspricht auch unseren eigenen Erfahrungen in vielen Gesprächen mit Ärzten, Pflegenden und anderen Berufsgruppen und mag als Hinweis gelten, dass bei allen berufsständischen Auseinandersetzungen und situativen Unterschieden die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen des Kerngeschäfts aktuell weniger problematisch erscheint als noch vor ein paar Jahren. Dabei sind Auseinandersetzungen zwischen den Berufsgruppen insbesondere im Spital essentieller Bestandteil der Geschichte. «For the last hundred years the general hospital has been the key battleground for the various forces arrayed in the division of labour in health care. There seems no reason why this should change now», schrieben Dingwall et al. (1988, 228) in *A Social History of Nursing*. Das gilt auch heute, wobei sich aktuell die Hauptausedersetzungen weniger zwischen den medizinischen Disziplinen als zwischen ihnen und den anderen Gesundheitsfachleuten abspielen. Zu sehr sind die Berufsgruppen oder Professionen mit ihrer Unterschiedlichkeit und wechselseitigen Abgrenzung konstitutiver Bestandteil der Organisierung des Gesundheitssystems, zu dynamisch ist die Gesamtkonfiguration, als dass hier harmonische Ruhe zu erwarten wäre. Auch wenn immer wieder neue Hoffnungen auf Einigkeit auftauchen – aktuell z.B. unter dem Titel «Lean Hospital» – bleibt das Ringen um Platz und Einfluss im Feld der Gesundheitsberufe bestehen und wird sich nicht zuletzt mit den Fortschritten und Spezialisierungen in den verschiedenen Professionen immer wieder aufs Neue beleben. Die Diskussionen um IPZ finden in solchem Kontext statt. Die Frage ist jeweils, wie der Umstieg von diesem Ringen zu mehr interprofessioneller Zusammenarbeit zu schaffen ist.

Diese Studie richtete sich weder auf die berufsständischen Auseinandersetzungen, noch begann sie mit einer Ex-ante-Definition von IPZ, sondern fragte nach Beschreibungen gelungener wie nicht gelungener IPZ, also Beispielen konkreter Praxis, gesehen durch die Augen verschiedener Fachpersonen aus unterschiedlichen medizinischen Bereichen. Was sich zeigte, ist, dass die Konzepte der Befragten von IPZ und die Frage, ob und wie interprofessionelle Zusammenarbeit stattfindet, in erster Linie davon ab-

hängen, in welchen Kontexten bzw. Settings sie arbeiten. Das ist insofern interessant, als die Konzepte und Sichtweisen von IPZ alternativ ja auch Individuums-, Team-, Bildungs-, Professions- oder auch Management-getrieben sein könnten. IPZ könnte so gesehen davon abhängig sein, was einzelne Individuen präferieren, wie sich Teams finden und welche Kultur sie gestalten, welche Bildung die Beteiligten erfahren haben, welcher Profession sie angehören oder auch wie sehr ein Management IPZ als Ziel ins Auge gefasst hat. Unsere Studie schliesst zwar keineswegs aus, dass diese Aspekte für die Frage nach gelingender IPZ relevant sind, zeigt jedoch, dass die konstitutiven Faktoren für gelingende IPZ in den sehr spezifischen Strukturen der jeweiligen Arbeitsumwelt liegen.

Unsere Studienergebnisse legen nahe, dass sich in der Gesundheitsversorgung folgende drei verschiedenen Modi der Zusammenarbeit verschiedener Professionen entwickelt haben:

- **Koordinative Verdichtung** meint Formen der Zusammenarbeit, in denen relativ klar definierte, meist institutionell verstetigte Handlungsmuster und antrainierte Kompetenzen ineinandergreifen. Im koordinativen Modus ist die Zusammenarbeit verschiedener Berufe oftmals durch krisenhafte Zeitknappheit oder einen relativ klar umrissenen zeitlichen Horizont gekennzeichnet (z.B. Reanimation, operativer Eingriff). Koordinative Zusammenarbeit zeichnet sich weiter durch eine ausgeprägte Dominanz und Deutungshoheit der Medizin aus.
- **Ko-kreative Verdichtung** meint Formen der Zusammenarbeit, die auf ein Mit-, Nach- und Nebeneinander verschiedener professioneller und individueller Kompetenzen setzt, die in relativ weiten Zeithorizonten diskursiv aufeinander abgestimmt werden (z.B. in der palliativen Betreuung). Ko-kreative Zusammenarbeit weist verteilte Formen von Deutungshoheit auf. Die verschiedenen Professionen können nicht anders als gemeinsam und mit dem Patienten, der Patientin Lösungen suchen und entscheiden. Keine Profession kann Dominanz beanspruchen.
- Zwischen den beiden Polen des Koordinativen und Ko-Kreativen liegt eine breite Zone dessen, was wir als **projekthafte Verdichtungen** bezeichnen möchten. IPZ findet sich im Gelingensfall als temporär fungierende oder anspruchsvoll organisierte Insel bzw. Projekt verdichteter Zusammenarbeit. Weniger konkrete Krisensituationen denn Abstimmungs- und Koordinierungsbedürfnisse der involvierten Professionellen angesichts sich wiederholender medizinischer Problemlagen veranlassen zeitlich punktuelle oder organisatorisch differenzierte Verdichtungen.

Das Gesundheitssystem wie seine Organisationen sind hochgradig in sich differenzierte, ja fragmentierte Systeme. Sholom Glouberman und Henry Mintzberg haben das in einer grundlegenden Arbeit (2001) konzeptionell gefasst. So finden wir auf verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems (Berufs-)Gruppen, die voneinander differenziert und gleichzeitig miteinander verbunden und komplementär aufeinander verwiesen sind. Waren es früher Medizin, Pflege und Verwaltung, ist es heute eine Vielzahl von Gesundheitsberufen, die in der Krankenbehandlung Beiträge leisten. Die Gruppen oder Subsysteme sind in einer Konfiguration miteinander vernetzt, die Differenz mindestens so gewichtet wie Gemeinsamkeit. In unserem Zusammenhang hier ausgedrückt: Professionalität und nicht Interprofessionalität hat Primat, Zusammenarbeit ist prekär – im Wortsinne von «widerruflich» und «unsicher». Zwischen den Berufsgruppen finden sich ausgeprägte Kulturunterschiede, teilweise gepaart mit Statusdifferenzen sowie ein äusserst waches Sensorium für «Grenzverletzungen» zwischen den jeweiligen Territorien.

Ein solches arbeitsteiliges Nebeneinander von Gesundheitsberufen mit ihren je eigenen Kulturen und Eigenheiten erzeugt Abstimmungsbedarf. Das ist Standardwissen der Organisationslehre. Gestillt werden kann Abstimmungsbedarf durch verschiedene Formen. Das Gesundheitssystem und seine Professionen haben sich seit jeher auf die Systematisierung von Fähigkeiten als zentralen Abstimmungsmechanismus konzentriert (Mintzberg 1979; Mintzberg/Glouberman 2001). Einschlägig in ihren Professionen ausgebildete und trainierte Fachleute kommen zusammen und leisten auf der Basis ihrer erlernten und intensiv trainierten Fähigkeiten ihren Beitrag zur Krankenbehandlung. Das ist der Grund, warum beispielsweise Chirurgen oder Pflegefachpersonen in anderen Spitälern überall auf der Welt und so rasch tätig werden können. Die grosse Leistungskraft dieser Art von Koordination besteht darin, dass jeder weiss, was er zu tun hat, ohne dass es langes Klären und Verhandeln bräuchte.

Die Leistungskraft dieses Abstimmungsmechanismus zeigt sich in geradezu idealtypischer Weise in der IPZ-Form der koordinativen Verdichtung. Es herrscht eine Krisensituation und jeder weiss, was er zu tun hat, jeder bringt seine Kompetenzen ein, jeder bringt – wie programmiert – seine Fähigkeiten ergänzend zu denen der anderen ein. «Crises do unite these (professional) worlds, most obviously in the case of clinical emergencies, where teams respond quickly to save lives ... Urgency provides a sense of shared purpose that is often absent during routine work. Once it passes, the usual fragmentation sets in again.» (Glouberman/Mintzberg 2001, 71) Was für den Normalfall, den Alltag, an sich gilt, wird angesichts einer akuten Krise interaktionell

verdichtet. Eben diese Erfahrung interaktioneller Verdichtung ist wichtiger Teil der professionellen Befriedigung in solchen Krisensituationen. Nicht nur hat man (hoffentlich) einem kranken Menschen helfen können, sondern auch das, was man gelernt hat, in ausgezeichneter Weise und eng miteinander engagiert und auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet («shared purpose») einsetzen können.

Das starke Setzen auf die Systematisierung von Fähigkeiten als grundlegenden Abstimmungsmechanismus hat jedoch auch Schattenseiten. «This is the model that drives medicine, but it works only when the patient and his or her condition cooperate fully.» (ebd. 74) Was aber, wenn der Patient nicht «voll kooperiert», d.h. nicht in die von den Experten definierten Kategorien passt? Die eine Schattenseite des Setzens auf Fähigkeiten besteht eben darin, dass Experten dazu tendieren, die Welt so zu sehen, wie sie sie selbst definieren, d.h. Probleme in die von ihnen kreierten Kategorien einordnen (Pigeonholing). Was da nicht reinpasst, droht durch die Maschen zu fallen. «Medicine is the most influential component of this system. So, the approach it favors gets reflected throughout the system.» (ebd. 73) Was aber, wenn die jeweiligen Expertisen nicht ausreichen? Dann bietet sich der ko-kreative Verdichtungsmodus an: wenn die Experten am Ende ihres Wissens angekommen sind und ihr Pigeonholing aufgeben müssen. Etwas zugespitzt könnte man formulieren: Ko-Kreation kann erst dann stattfinden, wenn alle beteiligten Experten gleich wenig wissen und zulassen können, dass sie aus ihrer Expertise heraus nicht mehr beizutragen haben als andere Beteiligte. Die andere Schattenseite besteht darin, dass in professionelle Expertisen auch Deutungshoheiten mit berufsständisch bedeutsamen Auswirkungen und Asymmetrisierungen eingeschrieben sind. Der sogenannte «emanzipatorische Diskurs» von IPZ kämpft mit diesem Problem. Wenn Systematisierung von Fähigkeiten als zentraler Abstimmungsmodus fungiert, bedeutet jede Verschiebung der Grenze zwischen den Expertendomänen nicht nur momentane Variation, sondern auch Eingriff in die Professionsverständnisse («professional ideologies»). Das macht diese Auseinandersetzung schwierig und hebt sie im Zweifelsfall in Sekundenschnelle auf berufspolitische Ebenen.

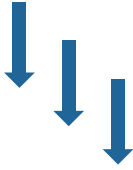
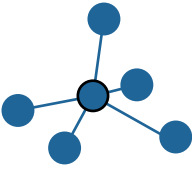
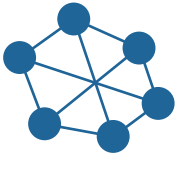
Der Abstimmungsmechanismus Systematisierung wird im Verdichtungsfall durch denjenigen der gegenseitigen Abstimmung («informal communication»; Mintzberg/Glouberman), und einer direkten Supervision ergänzt. In allen drei Verdichtungsformen – koordinativ, ko-kreativ wie projekthaft – wird gegenseitige Abstimmung präsentiert, im Fall der koordinierten Verdichtung zusätzlich auch jene der direkten Supervision. Gegenseitige Abstimmung – «two or more people simply adapt to each other as their work progresses, usually by informal communication. This mechanism tends to be relied upon in the simplest of situations (such as two people canoeing through rapids) as

well as in the most complex (as in teams designing a new aircraft)» (ebd. 72) – ist wohl jener Mechanismus, der am meisten gemeint ist, wenn von einer notwendigen Kultur der Zusammenarbeit gesprochen wird. Diese «Selbstorganisation auf Zuruf», ermöglicht durch «Kommunikation unter Anwesenden», wird oft als Qualität und Intensität einer Kooperation erfahren.

Ein Mehr an informeller Kommunikation wird regelmäßig durch eine starke, gemeinsam verbindende Kultur und durch «shared purpose» erleichtert. Kultur entsteht aber nicht unabhängig von den Aufgaben, die zu tun sind, sondern ist tief in der Art der Organisation der Leistungserbringung verankert.

Drei Formen klinischer Organisation

Tatsächlich finden sich in den von uns beschriebenen drei Verdichtungen unterschiedliche klinische und aufgabenbezogene Organisationsformen. Wir folgen hier nochmals einer Überlegung von Mintzberg/Glouberman (2001), die davon ausgehen, dass Änderungen in der Medizin vor allem durch den Wandel der Art und Weise medizinischer Leistungserbringung erfolgen werden. Konkretisieren lässt sich dieser Gedanke anhand einer Dreiteilung idealtypisch zu unterscheidender «clinical operations», die eine mögliche Entwicklungsrichtung anzeigen (ebd. 77).

Modell	Programm	Knoten	Netz
Form			
Charakteristik	Vordefinierter, programmierter Ablauf	Beratung des Zentrums	Dialog
Beispiel	Intensivmedizin, Chirurgie	Grundversorgung, Konsil	Palliative Medizin, Tumorboard
Zusammenhang Expertisen und Organisation	Singuläre Kompetenzen können in programmierter Weise aneinandergereiht werden; jeder verbleibt im Rahmen seiner Expertise	Fall übersteigt Expertise eines einzelnen Spezialisten; beratendes, konsiliarisches Hinzuziehen verschiedener Spezialisten und Fachpersonen	Grenzen der Expertisen erreicht; gemeinsamer Dialog nötig für neue Lösungen

Tab. 2: Drei Formen klinischer Organisation (adaptiert nach Mintzberg/Glouberman 2001)

In der Praxis können sich die drei Organisationsmodelle in allen medizinischen Bereichen finden lassen, gleichwohl können wir idealtypische Zuordnungen vornehmen.

Wir bauen die drei Modelle klinischer Organisation unmittelbar in unser IPZ-Kontinuum ein:

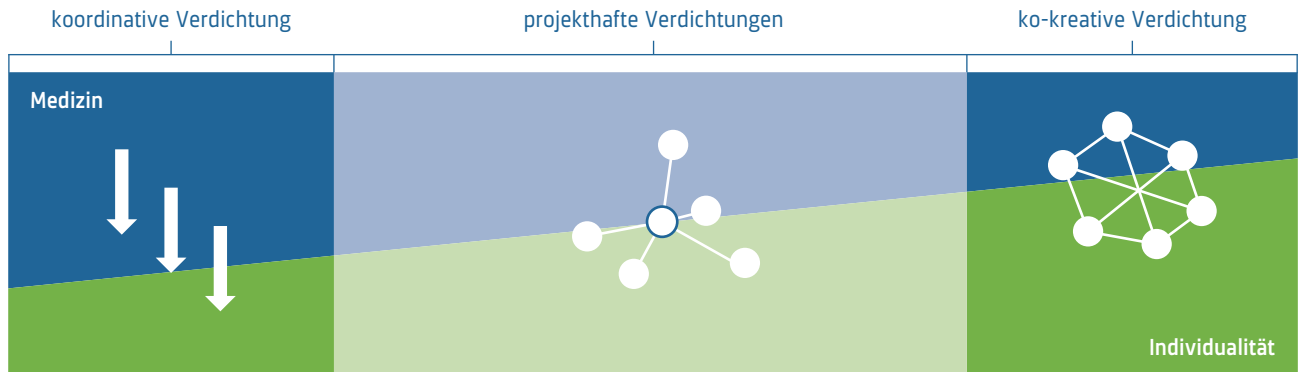


Abb. 8: Unterschiedliche Organisationsformen im IPZ-Kontinuum

Das Programm-Modell ist der Standardfall im (klassischen) medizinischen Setting, in unserer Studie am Beispiel einer spezialisierten chirurgischen Versorgung beschrieben. Verschiedene Kompetenzen fügen sich eng koordiniert ineinander, um eine Krisensituation bewältigen zu können. Krisen, die sich in diesem Modus durch Zeitknappheit bzw. klar umrissene zeitliche Horizonte auszeichnen, führen zu einer klar supervidierten Organisation, in der gleichzeitig eine hochalarte wechselseitige Abstimmung erfolgt.

Das Knoten-Modell entspricht in seiner Grundstruktur konsiliarischer Tätigkeit, die in allen Versorgungsbereichen gegenwärtig sein kann. Dieses Modell wird insbesondere in Beispielen aus der Grundversorgung lebendig, wenn berichtet wird, wie zu spezifischen patientenbezogenen Fragen Spezialisten und Fachpersonen hinzugezogen bzw. mit integriert werden. Ein «Runder Tisch» ermöglicht dann die Erweiterung des Knoten-Modells um wechselseitige Abstimmung. Wie wir in den Interviews hören konnten, ist dieses Modell verletzlich, zum einen weil es wenig organisatorische Stützung erfährt und zum anderen, weil einzelne Mitspieler, z.B. neu Hinzukommende, ein Zusammenspiel rasch irritieren können, ohne dass die anderen Beteiligten gute Möglichkeiten hätten, auf die Einhaltung etablierter Spielregeln zu beharren oder diese durchzusetzen.

Kontinuierliche, interprofessionelle Fallführungen oder die beschriebenen Kommunikationsgefässe in der psychiatrischen Versorgung sind Beispiele, wie Knoten-Modelle organisiert werden können. Je offener und weniger klassischen, starren Hierarchien folgend dieses Modell gelebt wird, desto mehr nähert es sich dem Netz-Modell an. Beispielfähig bilden Tumorboards real wohl oft eine Mischform aus Knoten und Netz.

Letzteres, das Netz-Modell, kann aber auch, wie wir am Beispiel der Palliativ Versorgung gesehen haben, speziellen Projekten zugrundeliegen, die weniger «medizinischer» denn «individueller» Natur sind. Ein ko-kreatives Zusammenspiel entwickelt sich, so dass die verschiedenen Individualitäten im Zusammenspiel produktiv werden, ohne dass starke Status-Asymmetrien aufkommen und stören würden. Auch hier organisiert sich die Zusammenarbeit der Professionellen um eine Krise, die aber ganz anderer Art als die akute, somatische ist. Die Rede ist von jener Krise am Lebensende, die nicht mehr allein als medizinische, sondern mindestens auch als individuelle (Sinn-)Krise zu verstehen und zu bearbeiten ist.

Die drei Formen beschreiben unterschiedliche Arten, wie Aufgaben miteinander konfiguriert werden. In der Realität wird es, wie beschrieben, fließende Übergänge insbesondere zwischen Knoten und Netz geben. Darüber hinaus verbinden «weiche Faktoren» die drei Formen. Weick/Roberts (1993) haben früh darauf hingewiesen, dass «heedful interrelating», also eine achtsame, wechselseitige Bezugnahme der Beteiligten entscheidend ist, sollen Fehler vermieden werden. Flightdecks auf Flugzeugträgern, der ursprüngliche Untersuchungsbereich, funktionieren nur dann unfallfrei, wenn nicht bloss jeder seine Kompetenz wahrnimmt, sondern gleichzeitig miteinbezieht und kalkuliert, was bei den anderen vor sich geht. Mittlerweile wurde das Konzept mehrfach auf die Medizin übertragen. (z.B. Croskerry et al 2009) In diesem Sinne kann es relevant sein, wenn eine Ärztin wissen will, warum auf der Station das Besorgen von Toilettenpapier vergessen ging, könnte das doch Hinweis darauf sein, dass eine Belastungsgrenze des Personals erreicht ist.

«Heedful interrelating» ist für alle drei Formen relevant, dürfte aber umso essentieller sein, je weniger «technisch» die Handlungen der Beteiligten sein können. Eine Rationierung wird gefährdet sein, wenn sich die handelnden Fachpersonen wechselseitig nicht hinreichend aufmerksam wahrnehmen, immerhin aber können sie auf das Abarbeiten einer Guideline und konkreter, sozusagen technischer Interventionen vertrauen. In anderen Bereichen ist die Materie vagarer Natur. Exemplarisch zeigt sich das in der psychiatrischen Versorgung, wenn berichtet wird, wie sehr der sensiblen Handhabung von Gesprächen über Patienten Bedeutung zukommt, und das nicht zuletzt darum, weil es in diesen Gesprächen nicht nur um die Patienten, sondern immer auch schon um die Beteiligten selbst geht (z.B. in der Klärung belastender Situationen mit schwierigen Patienten etc.).

Conclusio

Der Normalfall des Gesundheitssystems – «*normale*» Zusammenarbeit – ist durch ein komplementäres Nebeneinander unterschiedlicher, über verschiedene Professionen und Berufsgruppen verteilter Kompetenzen und Fähigkeiten gekennzeichnet. Koordiniert wird dieses «komplementäre Nebeneinander» vor allem durch die Systematisierung von Fähigkeiten, was gewichtige Vorteile, aber auch die beschriebenen Schattenseiten mit sich bringt. Jede Fachperson ist in ihrer Disziplin trainiert und bringt ihre Fertigkeiten im Wissen um die Kompetenzen der jeweils anderen ein. «Kompetenz» hat hier doppelte Bedeutung und meint die Fähigkeit, sowohl spezifische Aufgaben wahrnehmen zu können, als auch die Zuständigkeiten der anderen anzuerkennen.

Unsere Beispiele gelungener IPZ berichten von Abweichungen von diesem Normalfall des komplementären Nebeneinanders und das in dreierlei Hinsicht:

- *Koordinative Verdichtung* als das eine Beispiel einer gelungenen IPZ stellt gewissermassen einen Idealfall klassisch-medizinischen Handelns dar: Komplementäre Fähigkeiten werden unter der Deutungshoheit des Arztes und in knappem Zeithorizont situativ-interaktionell verdichtet und aufeinander bezogen eingebracht. Das ist, wenn man so will, klassische (Akut-)Medizin «at its best».
- *Ko-kreative Verdichtung* als das andere Beispiel gelingender IPZ kann vorliegen, wenn die professionellen Experten am Ende ihres Lateins, ihrer Expertisen angelangt sind, niemand mehr Deutungshoheit beanspruchen kann und nur mehr gemeinsames Suchen nach Lösungen hilft.

- *Projekthafte Verdichtungen* stellen ein drittes Beispiel dar und kommen vor allem dann ins Spiel, wenn weniger situativ gerahmte Anlässe prägen denn wiederkehrende Problemlagen nach punktuell oder auch längerfristig organisierten «Inseln der Verdichtung» verlangen.

Die Verdichtungsformen korrespondieren mit unterschiedlichen Organisationsmodellen klinischer Leistungen. Jedes der drei Modelle – Programm-, Knoten- und Netz-Modell – erlaubt Verdichtungen, dabei unterscheiden sich die Formen in ihrem Kontext- und Setting-Bezug jedoch beträchtlich. Braucht es im einen Fall eine akute (somatische) Krise, sind es im zweiten expertiseübersteigende Fragestellungen bzw. individuumsbezogen krisenhafte Prozesse und im dritten Fall Abstimmungsbedürfnisse angesichts wiederkehrender Professionen-übergreifender Problemlagen.

Zusammenfassend können wir festhalten: Interprofessionelle Zusammenarbeit tritt in drei verschiedenen Formen auf und wird vor allem durch

- unterschiedliche Krisen(-haftigkeiten)
- unterschiedliche Verhältnisse von Medizin vs. Individualität, sowie
- drei Modi der Organisation

differenziert. Zudem ist IPZ

- nicht der «Normalfall»
- sondern ereignis- bzw. projekthafter und entsprechend «prekärer» Natur.

IPZ ist daher nicht als dauerhaft erreichbarer Zustand zu begreifen, sondern als spezifische Leistung zu verstehen. Wenn diese Leistung gelingt, wird sie als befriedigend bis sehr befriedigend und als (vorbehaltslos) positiver motivationaler Zustand erlebt.

Eine ganze Reihe von Misslingsbedingungen können aufgeführt werden. Deren Abwesenheit garantiert noch kein Gelingen, bildet aber eine Voraussetzung. Damit gilt, dass neben angemessenen individuellen Einstellungen (Offenheit, Bereitschaft zur Perspektivenübernahme), ev. begünstigt durch entsprechender Bildung, sowie einer adäquaten Kultur («Augenhöhe», wenig statusbetonende Kommunikation), sowie strukturellen Möglichkeiten (Zeit, Anreize),

- die situativen Gegebenheiten im konkreten Einzelfall
- die anlass-bietenden Krisen- bzw. Problemlagen
- die jeweiligen Modi der Organisation

sorgfältig hinsichtlich Interventionsstrategien und Entwicklungsmöglichkeiten zu betrachten sind. Handlungsempfehlungen sind entsprechend differenziert handzuhaben, allgemeine Empfehlungen werden schwerlich möglich sein. Das trifft auch auf die folgenden «üblichen Verdächtigen» zu:

- **Kultur und Augenhöhe:** Ohne Zweifel ist es richtig, dass für gelingende IPZ eine konstruktive Kultur Voraussetzung ist. Viele Diskussionen, vor allem dem emanzipatorischen Diskursstrang von IPZ zuzuordnen, ranken sich hier um das Stichwort «Augenhöhe» und erhalten Nahrung z.B. aus der Forschung über Team(ing) und Zusammenarbeit (Edmondson 2012). Augenhöhe meint dabei nicht Gleichheit aller, aber die starke Relativierung von (Status-)Unterschieden zugunsten gemeinsam zu erzielender Outcomes. Wir dürfen davon ausgehen, dass eine Kultur psychologischer Sicherheit und geringen Statusunterschieden für IPZ förderlich wenn nicht notwendig ist. Gleichzeitig wird sie aber, wie erwähnt, noch nicht hinreichend für gelingende IPZ sein. Investments in Kultur (der Zusammenarbeit) scheinen daher angemessen, sollten aber gleichzeitig nicht darüber hinwegsehen lassen, dass kultureller Wandel alleine nicht ausreicht, um interprofessionelle Zusammenarbeit nachhaltig zu fördern.
- **Kosten und Effizienz:** Niemand möchte ernsthaft einen Zusammenhang zwischen gelingender IPZ und besserem Outcome bestreiten. Gleichwohl gilt, dass Kosten und Effizienz *Management-* und *nicht professionseigene* Begriffe sind. Echter Wandel zu einer intensivierter IPZ etabliert sich vor allem dann, wenn die Profession(en) selbst sich zu neuen Formen durcharbeiten und die Organisation der medizinischen Praxis entsprechend reformieren. Die Entwicklung und Ausdifferenzierung der Palliativmedizin steht wohl exemplarisch für diesen Prozess.

Der utilitaristische Diskursstrang von IPZ droht das immer wieder zu übersehen. Sicherlich, Anreizsysteme und Incentives sind wichtig und können Entwicklungen begünstigen oder auch verhindern, beispielsweise dann, wenn interprofessionelle Aufwände in der ambulanten Versorgung nicht honoriert werden. Aber, und das ist als starke Behauptung gemeint, (nichtklinisches) Management alleine kann klinische Praxis nicht ändern und IPZ nicht erzwingen. Die Impulse und Implementierungen dafür müssen letztlich von den Professionen und Professionellen selbst kommen. «Everything points to one central fact: Clinical activities cannot be coordinated by managerial interventions – not by outside bosses or coordinators, not by administrative systems, not by discussions of 'quality' disconnected from the delivery of it, not by all that constant reorganizing. All of this happens, in a sense, above a concrete floor, through which such efforts do not penetrate. Management of clinical operations will have to be effected by the managed, not by the managers.» (Mintzberg/Glouberman 2001, 76)

- **Neuverteilung von Aufgaben, Delegation und Substitution:** Nimmt man die Beispiele gelungener IPZ aus den Interviews dieser Studie zur Kenntnis, ist IPZ nicht mit der (Neu-)Verteilung von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen oder mit Delegation und/oder Substitution gleichzusetzen, auch wenn der eine oder andere diesbezügliche Punkt in den Erzählungen berührt wurde. Eine Neuverteilung von Aufgaben zwischen Berufsgruppen tangiert noch nicht das Moment der Verdichtung. Wohl aber darf man vermuten, dass eine Kultur, die Verdichtungen begünstigt, auch die Bereitschaft erhöhen wird, in lokalem Rahmen über Variationen der Aufgabenverteilung zu sprechen. Beispiele dafür konnten wir sowohl in der chirurgischen wie der psychiatrischen Versorgung hören.

Die Schwierigkeiten mit diesen Themen liegen in den Professionen selbst begründet. Aus jeweils *berufsständischer* Sicht erscheint durchaus nachvollziehbar, dass die Aufrechterhaltung der eigenen Deutungshoheit als zentral angesehen wird, wie geradezu idealtypisch im aktuellen Positionspapier der FMH zum Gesundheitssystem Schweiz (2016) formuliert wird: « ... angesichts der häufig vielen Behandlungsbeteiligten mit sehr heterogenen Ausbildungsniveaus gewährleistet *nur der ärztliche Lead* eine optimal koordinierte und integrierte Versorgung.» (Hervorhebung von uns) Gleichzeitig stellt sich die Frage, wie sehr die (gelingende) Realität von IPZ heute jener der Standespolitik bereits voraus eilt. Genau darauf deuten unsere Studienresultate hin, beispielsweise, wenn in der Psychiatrie oder der Palliativmedizin auf offenere Formen gesetzt und der ärztliche Lead – ohne Probleme – weit zurückgefahren werden kann.



Handlungsempfehlungen

Unsere Studienergebnisse und insbesondere das dargestellte *Differenzierungsschema* von IPZ zeigen, wie breit gefächert die Medizin und die Gesundheitsversorgung und wie mannigfaltig die Kontexte und Settings in der Versorgung sein können und wie vielfältig wir uns dementsprechend gelingende IPZ vorzustellen haben. Drei grundsätzliche Prämissen leiten unsere Handlungsempfehlungen:

1. Wenn wir die Vielfalt der Gesundheitsversorgung ernst nehmen, kann es keine einzelne allgemeingültige Handlungsempfehlung geben, die den unterschiedlichen Bereichen und klinischen Settings gleichermaßen gerecht werden würde.
2. Vielmehr gilt es, die Differenzierung der Formen und ihre Möglichkeiten besser ins Auge zu fassen.
3. IPZ als «notorisch schwammiger» Begriff, der sich durch seine «Uneindeutigkeit» auszeichnet, eignet sich als Indikator bzw. als Signal für Änderungsbedarfe. Kritik an der herrschenden Praxis und Forderungen nach mehr IPZ empfehlen sich in diesem Sinne immer auch als Ressource.

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen sind entsprechend den Interventionsebenen Gesundheitssystem, Organisation (Leistungserbringer) und Individuum, also nach Makro-, Meso- und Mikroebene gegliedert. Ergänzt werden diese Empfehlungen mit 29 konkreten IPZ-Projekten aus der Schweiz (Kasten 1–3), welche im Herbst 2016 von der SAMW mit dem Award «Interprofessionalität» ausgezeichnet wurden. Diese Projekte folgen den obenstehenden Prämissen und unterstreichen die Tatsache, dass in der Praxis eine Vielfalt gelingender IPZ-Ansätze entsteht.

Gesundheitssystem

IPZ als Begriff taucht oftmals dort auf, wo auf bestehende Missstände hingewiesen werden soll. Sei es, um die eigene Position zu stärken und/oder um auf unbefriedigende Arbeitszustände und/oder -ergebnisse hinzuweisen. IPZ als politischer und politisierbarer Begriff kann hier eine wichtige Indikatorfunktion einnehmen. Ein Beispiel dafür bot die HIV-Thematik, als Betroffene sich daranmachten, ihrer Stimme Geltung zu verschaffen, oder in jüngerer Zeit die Transgender-Thematik: Wenn sich Netzwerke von Betroffenen neu positionieren, stärkeren Einbezug fordern und der Medizin als auch anderen Akteuren (Krankenkassen, Behörden etc.) entsprechend gegenüber treten, müssen sich diese ihrerseits neu orientieren. Mit mehr Deutungshoheit auf Seite der Betroffenen (Individualität) bewegt sich das Feld der Transgender-Medizin in unserem Schema nach rechts, die ärztliche Profession büsst auf den ersten Blick an Deutungshoheit ein, wird aber der Dringlichkeit und Individualität der Fragestellungen der Patienten und Patientinnen noch besser gerecht werden können und kann in der Folge wiederum neue Formen der Legitimation erwirtschaften.

Handlungsempfehlungen:

- Förderprogramme zu IPZ wie jenes des Bundes, welches über die Jahre 2017 bis 2020 jährlich eine Million Franken für Forschungsprojekte und Analysen von Modellen guter IPZ-Praxis vergibt, helfen, gelingende IPZ sichtbar und als Ressource nutzbar zu machen.
- Initiativen seitens kantonaler Stellen, Berufsverbände oder anderer Akteure, wie beispielsweise die «Plattform Interprofessionalität in der Primärversorgung» oder die Charta der SAMW, sind sehr zu begrüssen, da sie den Diskurs zu IPZ fördern.
- Lernen aus positiven Beispielen (Cameron 2003), aber auch die Zurverfügungstellung und Diffusion von Instrumenten zur Analyse und Reflexion konkreter Zusammenarbeitssituationen in den Organisationen und Netzwerken, z.B. auf Basis des hier vorgelegten Differenzierungsschemas, unterstützen eine breite Implementierung von IPZ in der Praxis.
- Studien, die die differenzierten Welten gelingender IPZ tiefergehend erforschen und ihre Erfolgsfaktoren besser verstehen lassen, stärken die Evidenz zu IPZ.

SAMW-Awards für Projekte auf Ebene Gesundheitssystem

Interprofessionelle Arbeitsgruppe Elektronisches Patientendossier
pharmaSuisse; SBK-ASI; ChiroSuisse; EVS; SVDE-ASDD; Schweiz.
Hebammenverband; Physioswiss; FMH

Dominik Aronsky, Judith Wagner, Yvonne Gilli, Marcel Mesnil, Claudine Leuthold, Yvonne Ribl, Susanne Bürki-Sabbioni

Interprofessionelle Peer Reviews
H+ Die Spitäler der Schweiz; Inselspital Bern; UniversitätsSpital Zürich

Isabelle Praplan, Hans Ulrich Rothen, Paola Massarotto

Interprofessionelle Fachgesellschaft
Schweiz. Fachgesellschaft für Intensivmedizin SGI-SSMI

Marco Maggiorini, Michael Wehrli, Paola Massarotto, Hans Pargger

Collaboration interprofessionnelle – comment les professionnels de santé interagissent-ils en situation de pratique collaborative?
Haute Ecole de Santé Vaud, Lausanne

Liliane Staffoni, Veronika Schoeb, David Pichonnaz, Camille Bécherraz, Isabelle Knutti, Monica Bianchi

Leistungserbringer/Organisationen

Gelingende IPZ war vor allem als krisenhaft-bedingtes Ereignis oder als organisatorische «Insel» an Verdichtung zu beobachten und zeigte sich typischerweise von temporärer und projekthafter Natur. Diese «Inseln» sind auf *Verstetigungen* angewiesen, sonst drohen sie rasch wieder zu verschwinden. Solche Verstetigungen können organisatorische Gefässe bzw. Strukturen, aber auch Tools sein.

Nur wenn die beteiligten Professionen ein Bewusstsein nicht nur ihrer professionellen Perspektiven, sondern auch des organisatorischen Rahmens, in dem diese aufeinander bezogen sind, haben, kann gemeinsam nach sinnvollen, Setting-spezifischen Verstetigungsformen und -tools gesucht werden. Solches Bewusstsein wäre zu fördern und zu schulen.

Vor diesem Hintergrund sind die sogenannten «boundary objects» von Bedeutung, das sind Objekte, die Teil verschiedener sozialer Welten (z.B. jener unterschiedlicher Berufsgruppen) sein können und die Kommunikation sowie Interaktion zwischen diesen fördern helfen. Weil diese «boundary objects» unterschiedliche Bedeutungen in den diversen Welten haben können, müssen sie zugleich konkret und abstrakt, fluid wie wohldefiniert sein. »Boundary objects are objects which are both plastic enough to adapt to local needs and the constraints of the several parties employing them, yet robust enough to maintain a common identity across sites.» (Star/Griesemer, 1989, 393) Beispiele dafür bieten etwa Assessment-Tools, die gemeinsam von verschiedenen Berufsgruppen genutzt werden. (Huber 2014)

Ebenfalls bedeutsam und teilweise ähnlich wie «boundary objects» fungieren interprofessionelle Organisationsgefässe wie etwa Tumorboards oder Ethik-Komitees, die sich unserer Studie zufolge insbesondere dort als unverzichtbar erwiesen haben, wo sich die beteiligten Gesundheitsfachleute gleichermaßen koordinativen wie ko-kreativen Ansprüchen gegenübersehen. Indem solche Gefässe einen Ausgleich zwischen der für die koordinative Verdichtung typischen Zeitknappheit als auch dem hohen Zeitbedarf ko-kreativer Zusammenarbeit bewerkstelligen können, stellen sie ein wichtiges Werkzeug zur Verbesserung von IPZ dar. In diesen Gefässen geht es regelmässig um Kommunikation unter Anwesenden und es wird versucht, in wechselseitiger Abstimmung einen Dialog zu ermöglichen. Diese Gefässe können hinsichtlich Ziel, Teilnehmer, Themen(breite), Zeitdauer oder ihrer Strukturierungsform – geführt, moderiert, selbstorganisiert – breit variieren. Ihre Konzeption ist sorgsam und kontextbezogen vorzunehmen.

Neue Kommunikationswege sind gerade auch für gelingende IPZ im ambulanten Bereich und insbesondere in der Grundversorgung notwendig, die Nachteile gegenüber der organisierten Medizin im Spital auszugleichen, ohne dabei Flexibilität, Autonomie und Individualität aufzugeben, die die ambulante Praxis für Professionelle, Patienten wie das Gesundheitssystem insgesamt so relevant machen.

Handlungsempfehlungen:

- «Boundary objects» wie etwa gemeinsam genutzte Assessment-Tools und Reportings können helfen «common ground» zwischen den verschiedenen, beteiligten Berufsgruppen zu stiften.
- Dem jeweiligen Setting adäquate Kommunikationsgefässe erleichtern und ermöglichen IPZ. Um diese nutzbar zu machen, benötigen Leistungserbringer und ihre Organisationen eine hohe Aufmerksamkeit für solche Gefässe (z.B. Boards oder Fortbildungsveranstaltungen) innerhalb von sowie zwischen Organisationen.
- Neue Kommunikationsgefässe sind gerade auch für gelingende IPZ im ambulanten Bereich und in der Grundversorgung notwendig. Diese können u.a. auf die aus der Netzwerkforschung bekannte sog. «strength of weak ties» (Granovetter 1973) setzen, um die Nachteile gegenüber der organisierten Medizin im Spital auszugleichen, ohne dabei jene Faktoren aufgeben zu müssen, die die ambulante Praxis für Professionelle, Patienten wie das Gesundheitssystem insgesamt so relevant machen: Flexibilität, Autonomie und Individualität
- Organisations-interne Weiterbildungen mit IPZ-Fokus, wie beispielsweise interprofessionelle Simulationstrainings, können als eine Art «boundary objects» fungieren, die IPZ in bestimmten Settings und Kontexten befördern können.
- Projekt-Awards wie derjenige der SAMW sind sehr geeignet, gelingende IPZ-Praktiken sichtbar und als Lernressource nutzbar zu machen.

SAMW-Awards für Projekte auf Ebene Leistungserbringer/Organisationen

aha! Beratungsstelle am Universitäts-Kinderspital Zürich in Zusammenarbeit mit CK-Care
Universitäts-Kinderspital Zürich

Corinne Brunner, Anna-Barbara Schläuer, Lisa Weibel

Crise des réfugiés: une prise en charge interprofessionnelle
Centre des Populations Vulnérables et PMU, Lausanne; Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaire, Lausanne; Service de Santé Publique du Canton de Vaud

Patrick Bodenmann, Françoise Ninane, Brigitte Pahud-Vermeulen, Elodie Dory, Martine Monnat, Jacques Cornuz, Eric Masserey

Intégration d'un accompagnant spirituel dans une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)

EMSP du Réseau Santé Région Lausanne (RSRL)

Geneviève Spring, Etienne Rochat, Annette- Luise Mayer Gebhardt, Brigitte Duc, François Rosselet, Dominique Troilo, François Rouiller, Pascale Gilgen, Michel Raclou, Gian Domenico Borasio, Fatoumata Diawara

Klinische Assistenz

Kantonsspital Winterthur, Département Chirurgie; ZHAW, Institut für Gesundheitswissenschaften

Rolf Zehnder, Stefan Breitenstein, Markus Wepf, Andreas Gerber-Grote, Markus Melloh, Anita Manser Bonnard

Transférer des personnes âgées en phase terminale vers une structure des soins palliatifs spécialisés

Haute école de santé Arc, Delémont; Hôpitaux universitaires de Genève

Pierre-Alain Charmillot, Sophie Pautex, Emilie Morgan

OPTIMA: Best Practice of the Integrative and Interprofessional Patient-Centered Care

Kantonsspital Aarau

Mehrnaz Prins, Anja Keller, Antoinette Conca, Katharina Regez, Helen Weber, Alexander Kutz, Philipp Schütz, Beat Müller

«Interprofessionelle Genetische Sprechstunde» in der Gynäkologischen Onkologie des Universitätsspitals Basel

Universitätsspital Basel

Viola Heinzelmann-Schwarz, Céline Montavon Sartorius, Cornelia Bläuer, Esther Sackmann

Schnittstellenarbeit Klinische Pflegespezialistin – ärztlicher Dienst

KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit, Bassersdorf

Marlies Petrig, Franziska Zúñiga, Isabelle Weibel, Silvia Meier, Claudia Knöpfel, Marcel Amstutz, Andrea Bühner

Integrative Rehabilitation Neurologie

RehaClinic Bad Zurzach

Britta Lassen, Caroline Jagella, Mevlana Limani, Victor Urquizo, Sabrina Riedle, Stefania Vignola, Esther Häderli, Vera Veloso

Implementierung eines Tridem-Führungsmodells

Klinik Meissenberg AG, Zug

Pascal Burger, Martina Eberhardt, Philipp Schmidt

Interprofessionelle Entwicklung einer «Advanced Nurse Practitioner»-Rolle
Universitätsspital Basel

Conrad Wesch, Katharina Fierz, Martin Siegemund, Ursi Barandun Schäfer, Irena Frei

Interprofessionelles ambulantes präoperatives Management für Kopf-Hals-Tumorpatienten

Inselspital Bern

Roland Giger, Maria Schubert, Konstanze zu Dohna

Individuum

Sich der sozialen, strukturellen und kulturellen Dynamiken, die interprofessionelle Arbeit und Zusammenarbeit im Gesundheitssystem auszeichnen, bewusst zu werden, ist hilfreich für einen differenzierten Diskurs und die konstruktive Auseinandersetzung mit IPZ. Solches Bewusstsein wäre zu stärken. Wenn wir beispielsweise sehen, wie sehr und wie fundamental der sogenannte «tribes effect» (Shapiro 2016) die Interaktion zwischen unterschiedlichen Identitäten (z.B. von Berufsgruppen) dominieren kann, gewinnt die Idee einer «Effekt-Prophylaxe» eventuell sogar früh in der Ausbildung der Gesundheitsfachleute an Reiz. So wäre ein wichtiger Schritt Richtung Reflexionsfähigkeit und IPZ getan, wenn die jungen Berufsanfänger in den unterschiedlichen Professionen bereits erfahren hätten und reflektieren könnten, wie schnell und leicht soziale und psychologische Abstossungs- und Abgrenzungseffekte auch und gerade in der Praxis der Gesundheitsversorgung Einzug halten können.

Im Bereich der Ko-Kreation spielt darüber hinaus die Individualität der verschiedenen Gesundheitsfachleute eine entscheidende Rolle für Performance sowie Arbeitszufriedenheit. Von Professionellen wird immer stärker gefordert im Arbeitskontext, nicht nur als Experte, sondern auch als Individuum zu agieren. War das im klassischen Setting vor allem den Inhabern der Deutungshoheit – also den Mediziner*innen – vorbehalten, wird heute das Individuelle als Ressource von allen viel stärker eingefordert. Individualität meint an dieser Stelle, dass die Professionellen ihre je eigenen Fähigkeiten, Erfahrungen, Haltungen etc. einbringen. Das hat Relevanz für Rekrutierung, Kultur und vor allem Führung in den verschiedenen Bereichen.

Handlungsempfehlungen:

- Interprofessionelle Ausbildungsmodulare für Medizin- und Pflege-Studierende wie sie beispielsweise von der Universität Lausanne und La Source durchgeführt werden, gewährleisten eine frühe Auseinandersetzung mit dem Thema IPZ.
- Weiterbildungsangebote mit IPZ-Fokus und Ausrichtung auf bestimmte Settings und Kontexte fördern die Bereitschaft, IPZ-Projekte zu initiieren und voranzutreiben.
- Konsequente Schulungen zur Sensibilisierung des «tribes effect» von Jung und Alt könnten die (Selbst-) Reflexionsfähigkeit, aber auch die Möglichkeiten, Barrieren und Hindernisse der IPZ anzusprechen, stark erhöhen.
- Simulationstrainings in unterschiedlichen Settings und Kontexten unterstützen Professionelle darin, ihre eigenen Fähigkeiten, Erfahrungen, Haltungen etc. stärker einzubringen.

SAMW-Awards für Projekte auf Ebene Individuum

Interprofessionelle Weiterbildung am Universitären Notfallzentrum des Inselspitals 2015

Universitäres Notfallzentrum, Inselspital Bern

Monika Brodmann Maeder, Uwe Meyer, Therese Blättler-Reumund

Journees Interprofessionnelles

La Source; CHUV; HESAV; Unil; eesp

Patricia Hildebrandt-Bydzovsky, Fabienne Teike Luethi, David Gachoud, Anne Mairesse

«Voir+» pour que le déficit visuel de la personne âgée soit pris en compte

Association pour le Bien des Aveugles et malvoyants (ABA), Genève

André Assimacopoulos, Marie-Paule Christiaen-Colmez

Interprofessionelle Hybridsimulation Hebammen – Anästhesisten

Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit; Berner Simulations- und CPR-Center (BeSiC) des Inselspitals

Dorothee Eichenberger zur Bonsel, Robert Greif

Herausfordernde Berufspraxis meistern und zusammen arbeiten

ZHAW Institut für Gesundheitswissenschaften, Winterthur

Andrea Citrini, Emanuel Feusi

Interprofessionelles Modul «Spiritual Care» für Medizin- und Theologiestudierende der Universität Zürich

Universitätsspital Zürich; Universität Zürich

Simon Peng-Keller, Matthias Guckenberger

Interprofessionelles und interdisziplinäres Simulationstraining

Inselspital Bern

Thomas C. Sauter, Wolf E. Hautz, Yves Balmer, Simone Hostettler, Uwe Meyer, Luca Martinolli, Beat Lehmann, Monika Brodmann Maeder, Robert Greif

Interprofessionelles Lernen in der Grundausbildung verschiedener Gesundheitsberufe

Universität Bern, Berner Bildungszentrum Pflege

Gudrun Herrmann, Claudia Schlegel, Ulrich Woermann

Formation aux compétences interprofessionnelles, une approche intégrée pour une révolution en profondeur du système de santé de demain

Haute école de santé Genève; Faculté de Médecine de l'Université de Genève

Patricia Picchiottino, Petra Mèche, Sophie Pautex, Frederique Debbiche, Olivier Ferlay, Elisabeth Van Gessel

Cours à option interprofessionnels pour étudiant-e-s en médecine et en soins infirmiers

Haute Ecole de la Santé La Source; Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne

Anne Mairesse, David Gachoud

Immersion Communautaire Interprofessionnelle Internationale

Haute Ecole de la Santé La Source; Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Madeleine Baumann, Jean-Bernard Daepfen

Programme d'éducation interprofessionnelle à la HESAV

Haute Ecole de Santé Vaud, Lausanne

Liliane Staffoni, Nadine Oberhauser

Formation à l'annonce de mauvaises nouvelles au CHUV

Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne; Hôpital cantonal, Fribourg; Université de Lausanne

Fabienne Teike Lüthi, Serge Gallant, Boris Cantin, Jean-Baptiste Oboni, Francine Viret, Julien Castioni

Literatur

- Alexander, C./Charles, G. (2014): **An Introduction to Interprofessional Concepts in Social and Health Care Settings**. *Relational Child & Youth Care Practice* 27(3), 51–5.
- Atzeni, G. (2016): **Professionelles Erwartungsmanagement. Zur soziologischen Bedeutung der Sozialfigur Arzt**, Baden-Baden.
- Atzeni, G./Mayr, K. (2015): **Ethische Expertise. Ethikkommissionen und Klinische Ethik-Komitees als Räume ethischer Rede**, in: Nassehi, A./Saake, I./Siri, J. (Hg.): *Ethik – Normen – Werte*, Wiesbaden, 229–53.
- Baecker, D. (2017): **Polykontextualität und Management im Krankenhaus**, in: Brandhorst, A. et al. (Hrsg.), *Integration und Kooperation – Das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*, erscheint 2017.
- Cassier-Woidasky, A. (2012): **Professionsentwicklung in der Pflege und Formen der Arbeitsteilung im Gesundheitswesen. Hindernisse und Möglichkeiten patientenorientierter Versorgungsgestaltung aus professionssoziologischer Sicht**, in: *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* Band 47, 163–84.
- Corwin, R. (1961): **The Professional Employee: A Study of Conflict in Nursing Roles**. *American Journal of Sociology* 66(6), 604–15.
- Edmondson, A. (2012): **Teaming**, Boston.
- FMH (2016): **Positionspapier «Gesundheitswesen Schweiz»**, Bern.
- Glaser, B./Strauss, A. (1998): **Grounded Theory, Strategien qualitativer Forschung**, Göttingen.
- Glouberman, S./Mintzberg, H. (2001): **Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation**. *Health Care Manage Rev.* 26(1), 58–71.
- Granovetter, M. (1973): **The Strength of Weak Ties**. *American Journal of Sociology* 78, 1360–80.
- Groskerry, P./Cosby, K./Schenkel, S./Wears, R. (2009): **Patient Safety in Emergency Medicine**, Philadelphia.
- Haddara, W./Lingard, L. (2013): **Are We All on the Same Page? A Discourse Analysis of Interprofessional Collaboration**. *Academic Medicine* 88(10), 1509–15.
- Heinen, M.M. et al. (2013): **Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries**. *International Journal of Nursing Studies* 50,174–84.
- Huber, M./Koch, S./Hund-Georgiadis, M./Mäder, M./Borgwardt, S./Stieglitz, R.-D. (2014): **Diagnostische Validität des Basler Vegetative State Assessments – BAVESTA**. *International Journal of Health Care Professions* 1(1), 50–60.
- Hughes, E. (1965/1971): **Professions**, in: ders.: *The Sociological Eye. Selected Papers*, Chicago/New York, 387–96.
- Laclau, E. (1996): **Emanzipation und Differenz**, Wien.
- Mintzberg, H. (1979): **The Structuring of Organizations**, Hempstead/Englewood Cliffs, NJ.
- Mintzberg, H./Glouberman, S. (2001): **Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part II: Integration**. *Health Care Manage Rev.* 26(1), 72–86.
- Nassehi, A./Saake, I. (2002a): **Kontingenz: Methodisch verhindert oder beobachtet? Ein Beitrag zur Methodologie der qualitativen Sozialforschung**. *Zeitschrift für Soziologie* 31(1), 66–84.
- Nassehi, A./Saake, I. (2002b): **Begriffsumstellungen und ihre Folgen – Antwort auf die Replik von Hirschauer/Bergmann**. *Zeitschrift für Soziologie* 31(3), 337–43.
- Oxman, A./Bjørndal, A./Flottorp, S./Lewin S./Lindahl A. (2008): **Integrated Health Care for People with Chronic Conditions**, Oslo.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): **Gutachten 2007 – Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung**, Baden-Baden.
- Schmerfeld, K./Schmerfeld, J. (2000): **Interprofessionelle Kooperation im Krankenhaus**, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 33, Hamburg, 94–104.
- Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2014): **Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen**. Charta, Basel.
- Shapiro, D. (2016): **Negotiating the Nonnegotiable**, New York.
- Star, S.L./Griesemer, J.R. (1989): **Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39**. *Social Studies of Science*. 19 (4), 387–420.
- Stichweh, R. (1996): **Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft**, in: Combe A./Helsper, W. (Hg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, Frankfurt a. M., 49–69.
- Strübing, J. (2008): **Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung**, Wiesbaden.
- Vogd, W. (2009): **Systemtheorie und Methode? Zum komplexen Verhältnis von Theoriearbeit und Empirie in der Organisationsforschung**. *Soziale Systeme* 15(1), 97–136.
- Weick, K./Roberts, K. (1993): **Collective Mind in Organizations. Heedful Interrelating on Flight Decks**. *Administrative Science Quarterly* 38, 357–81.
- Weick, K./Sutcliffe, K. (2010): **Das Unerwartete managen**, Wiesbaden.
- Wilensky, H. (1964): **The Professionalization of Everyone?** *American Journal of Sociology* 70(2), 137–58.
- Zwarenstein M./Goldman, J. Reeves S. (2009): **Interprofessional Collaboration: Effects of Practice-Based Interventions on Professional Practice and Healthcare Outcomes (Review)**, in: *Chochrane Database of Systematic Reviews*, 3.