

Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen

Christof Schmitz, Gina Atzeni, Peter Berchtold

Hinweise zur Ausarbeitung dieses Berichts

Mit den zunehmend komplexen Behandlungen wird die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen immer mehr zum Erfolgsfaktor in der Gesundheitsversorgung. Die Forderung nach mehr und besserer interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ) wurde deshalb in den letzten Jahren immer lauter. Die SAMW unterstützt diese Bestrebungen in vielfältiger Weise.

Eine erste Studie von College M, die im Auftrag der SAMW erstellt und 2017 in der Reihe «Swiss Academies Reports» veröffentlicht wurde, untersuchte verschiedene Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit. Auf dieser Grundlage formulierten die Autoren Handlungsempfehlungen auf drei Ebenen: für das Gesundheitssystem als Ganzes, für Leistungserbringer und Organisationen und für Individuen.

Im November 2017 beauftragte der SAMW-Vorstand College M mit einer Folgestudie. Diese sollte kritische Punkte in der interprofessionellen Zusammenarbeit identifizieren, mögliche Analyseinstrumente definieren und Massnahmen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Schweizer Kontext formulieren.

Für die Prüfung der endgültigen Fassung dieses Berichts wurde vom SAMW-Generalsekretariat eine Expertin benannt: Prof. Dr. Iren Bischofberger (Programmlleiterin Careum Forschung und Mitglied des SAMW-Vorstands). In der Sitzung vom 16. September 2019 genehmigte der Vorstand die Veröffentlichung.

Christof Schmitz, Gina Atzeni, Peter Berchtold

Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen

Differenzierung, Praxis und Implementierung

Herausgeberin

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern
mail@samw.ch, www.samw.ch

Autorinnen und Autoren

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

Gestaltung

Howald Fosco Biberstein, Basel

Übersetzung

Dominique Nickel, SAMW, Bern

Umschlagbild

Mayk Wendt (maykwendt.com)

Druck

Jordi AG, Belp
1. Auflage 2020 (1000 D)

Die gedruckte Publikation kann kostenlos bezogen werden: order@samw.ch



Copyright: ©2020 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Dies ist eine Open-Access-Publikation, lizenziert unter «Creative Commons Attribution»
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>). Der Inhalt dieser Publikation darf
uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben werden,
solange der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

Zitervorschlag:

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

ISSN (print): 2297-1793

ISSN (online): 2297-1807

DOI: doi.org/10.5281/zenodo.3355205



SDGs: Die internationalen Nachhaltigkeitsziele der UNO

Mit dieser Publikation leistet die Schweizerische Akademie der
Medizinischen Wissenschaften einen Beitrag zu SDG 3:
«Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten
und ihr Wohlergehen fördern»

sustainabledevelopment.un.org
www.eda.admin.ch/agenda2030 → agenda 2030 →
→ 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung

Vorwort	5
Zusammenfassung	7
Résumé	12
Ziel und Vorgehen	17
Der Ausgangspunkt	19
Funktionale Professionalität	22
Ein erstes Fazit: Professionalität als Default-Position	25
Ein zweites Fazit: IPZ als «Abweichung»	26
Die qualitativen Studienergebnisse – vier Settings	28
Integrierte Suchthilfe	29
Palliative Care	31
Diabetes Care	33
InHospITool	34
Setting-Unterschiede – ein Spektrum	36
Ein drittes Fazit: Die Fragilität der IPZ	40
Empfehlungen und Lessons learned	46
Empfehlungen	46
Einordnung der Empfehlungen und Lessons learned	51
Ein viertes Fazit: Kontextadäquate Formen und starke Überzeugung der Leitenden	59
Anhang 1: Unterschiedliche Formen der IPZ – eine systematische Spurensuche in vier Beispielen	61
Datenbasis und Vorgehensweise	63
Beispiel I: Integrierte Suchthilfe	66
Beispiel II: Palliativbetreuung	81
Beispiel III: Diabetes Care	97
Beispiel IV: InHospITool	108
Anhang 2: Analyseinstrument und Skala	117
Strukturierte Literaturanalyse	117
Ergebnisse der Online-Befragung	118
Diskussion und Fazit	123
Methodik der strukturierten Literaturanalyse	124
Referenzen strukturierte Literaturanalyse zu IPZ-Analyseinstrumenten	129
Literatur	130

Vorwort

Eine verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) wird seit vielen Jahren und von allen Seiten gefordert – in der Praxis ist sie jedoch kaum anzutreffen. Dabei ist unbestritten, dass eine Verbesserung der Patientensicherheit und der Outcome-Qualität nur durch verstärkte IPZ erreicht werden kann. Wo klemmt es? Einzelnen Berufsgruppen, die mächtig und politisch gut vernetzt sind, ist es bislang gelungen, eine echte interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu verhindern, sämtlichen Vorteilen für Patientinnen und Patienten zum Trotz. Angst um Prestigeverlust, um Macht- oder finanzielle Einbussen haben die Umsetzung im klinischen Alltag verunmöglicht.

Der vorliegende Studienbericht findet weniger anklagende Worte, dafür ein Modell zur Erklärung der mangelnden Umsetzung von IPZ. Die «normale» professionelle Zusammenarbeit wird als «Default-Position» bezeichnet; also als jener Zustand, auf den man immer wieder zurückfällt, weil er als gewohnt und angenehm empfunden wird. Meine Erfahrung zeigt: Auch diese Zusammenarbeit braucht eine Verbesserung. Einer gibt vor und die anderen haben zu folgen – allzu oft ist das die unbefriedigende Realität auch innerhalb der Professionalität.

Dabei geht es auch anders: Anhand von vier Fallbeispielen, bei denen IPZ in unterschiedlichen Settings erfolgreich umgesetzt wurde, analysieren die Autoren Faktoren, die entscheidend waren für den Erfolg, wie auch diejenigen, die hemmend wirkten. Es ist für die heute gelebte IPZ bezeichnend, dass die drei klinischen Gebiete, die die Autoren auswählen mussten – Sucht, Diabetes und Palliative Care –, nicht gerade zu den prestigeträchtigsten gehören, sondern zu den sozial geprägten Feldern. Nicht zufällig begegnen sich genau da alle Berufsgruppen auf Augenhöhe, während in anderen Fachgebieten noch ganz andere Denk- und Handlungsmuster dominieren.

Die vorliegende Studie ist ein Weckruf an alle. Wenn die Berufsleute als Akteure im Gesundheitswesen selbst bestimmen wollen, wie eine erfolgreiche IPZ auszusehen hat, dann muss etwas passieren. Dann müssen sie ihre «Default-Position» überdenken und ändern. Denn sonst wird es nicht mehr lange gehen, bis diese absolut notwendige und längst überfällige Art der Zusammenarbeit von der Politik eingefordert wird. Die Umsetzung durch einen Konsens der beteiligten Berufsgruppen wird immer besser und erfolgreicher sein als das, was von aussen «befohlen» wird. Mit diesem Studienbericht liegen ganz konkrete Empfehlungen vor, worauf geachtet werden muss, damit IPZ gelingt. Darüber hinaus

gibt es ein Kapitel, in dem alle aufgefordert sind, sich anhand eines Fragebogens klar zu werden, wie man zu einer verstärkten IPZ steht und was man selber zum Gelingen beitragen könnte. Ein kluger Ansatz: Veränderungen müssen im Kleinen, also bei jeder und jedem Einzelnen, beginnen.

Daniel Scheidegger
Präsident SAMW

Zusammenfassung

Praktisch unbestritten ist heute die Notwendigkeit verstärkter interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ). Funktionierende interprofessionelle Teams werden als wichtiger Teil der Zukunft des Gesundheitssystems angesehen. Der allgemeinen Bejahung zum Trotz hinkt die praktische Umsetzung deutlich hinterher. Dieses Auseinanderklaffen von Zustimmung, Appell und Realität überrascht und ruft nach Erklärung.

IPZ bedeutet gemäss der weitverbreiteten WHO-Definition eine Art und Weise des Interagierens, das Individuen mit unterschiedlichen (professionellen) Hintergründen zu einem gemeinsam geteilten Verständnis bringt, eines, das sie vorher noch nicht hatten und zu dem sie ohne einander nicht hätten kommen können. Im Unterschied zur klassischen professionellen Zusammenarbeit, die gemeinsame Verständnisse voraussetzt oder unterstellt, bezeichnet IPZ also ein Interagieren zugunsten gemeinsamer Verständnisse. IPZ bedeutet die Herstellung gemeinsamer Verständnisse und Erfahrungsräume in Interaktion.

Dieser Ausgangspunkt impliziert, dass es sich bei IPZ um eine spezifische Form der Leistungserbringung im Gesundheitssystem neben anderen handelt. Genau darum gilt es herauszufinden, wo und unter welchen Bedingungen IPZ als funktional, als Mehrwert gegenüber dem «normalen» professionellen Mit- und Nebeneinander erfahren wird.

Professionalität als «Normalfall»

Das Gesundheitssystem und seine Organisationen sind grundsätzlich professionell orientiert und aufgebaut. Das systemische Raffinement besteht darin, dass sich jeder seiner Akteure von der Annahme leiten lassen darf, dass alle Professionellen wissen, was zu tun ist, und es keiner besonderen Abstimmungsbemühungen bedarf. Das ist dann der Fall, wenn die Probleme professionell klassifizierbar sind. Diese Möglichkeit entlastet ungemein und verweist auf eine genuine Funktionalität. Wenn allerdings die Sachlage komplexer wird und dieser «Normalfall» unter Druck gerät, wenn z. B. Patienten und Patientinnen quer zu den professionell definierten Kategorien und Fähigkeiten Know-how benötigen, die situative Entscheidungen benötigen, dann vermag die essenzielle Stärke dieser Art des Zusammenspiels spezialisierter Professionalitäten in eine Schwäche umzuschlagen. Potenzielle Überforderung tritt auf, wenn die Kreation neuer,

gemeinsamer Verständnisse nötig wäre. In solchen Fällen steigt der Koordinations- und Synchronisierungsbedarf der Krankenbehandlung unmittelbar und ruft nach alternativen Lösungen, z. B. nach IPZ.

Das Gesundheitssystem und seine Organisationen sind auf eine funktionale Handhabung der arbeitsteiligen Aspekte der Krankenbehandlung angewiesen. Die Kulturen der Behandlung, der Betreuung, aber auch des Managements und der Anbindung an gemeinschaftliche Werte sind immer wieder aufs Neue herzustellen und abzustimmen. Nicht im Sinne einer strukturell perfekten Lösung, sondern in der Möglichkeit, tagtägliche Handlungsfähigkeit aufrechtzuhalten. Das verlangt und bedeutet eine enorme Leistungsfähigkeit und Variantenvielfalt. Diese professionelle Funktionalität wird nicht ohne Weiteres preisgegeben sein. Schärfer noch, das professionelle Neben-, Mit- und gelegentlich auch Gegeneinander stellt gewissermassen die etablierte und gewohnte Normalsituation, die Default-Position dar.

Die zentrale Schlussfolgerung daraus ist: Eine Abweichung vom «Normalfall» wird gute Gründe benötigen, um sich behaupten zu können. Damit stellt sich die Frage, wie und unter welchen Voraussetzungen IPZ als Abweichung von diesem Normalfall bestehen kann.

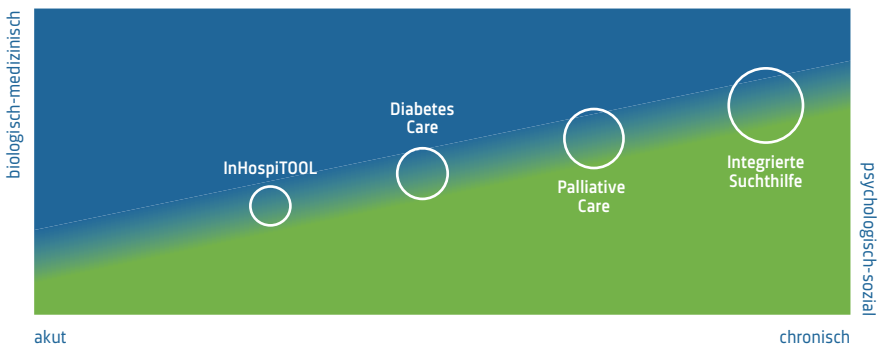
IPZ als Abweichung

Aus der Theorie komplexer Systeme wissen wir, dass sich Systeme auf bestimmte Gleichgewichtszustände, Muster oder Attraktoren einschwingen. Der professionelle «Normalfall» kann als ein solcher Gleichgewichtszustand verstanden werden. IPZ bedeutet demgegenüber eine «Abweichung» in dem Sinne, dass nicht nur eine Variation des Grundmusters, sondern ein neuer Gleichgewichtszustand erreicht werden muss. Dazu ist Energie erforderlich. Erkenntnisträchtig wird diese Überlegung, wenn wir zu fragen beginnen, welche Arten von Energien und Bindungskräften nötig sind, um diesen Zustand der Abweichung erreichen und stabilisieren zu können, und welche Rückstellkräfte dem entgegenwirken können, kurz: welche einander verbindenden und widerstrebenden Kräfte zu identifizieren sind.

Vier Fallbeispiele – eine qualitative Untersuchung

An unseren vier Fallbeispielen InHospitoOL, Diabetes Care, Integrierte Suchthilfe sowie Palliative Care, die wir mittels leitfadengestützten Interviews mit verschiedenen Gesundheitsfachleuten untersuchten, lässt sich eine grosse Bandbreite an Bindungskräften identifizieren. Die Art und Weise dieser Bindungskräfte wird wesentlich von ihrem Setting entlang der Achse «akut» vs. «chronisch» sowie durch die Gemengelage von biomedizinischen und psychosozialen Dimensionen bestimmt. Diese beiden Variablen gilt es zu berücksichtigen, will man IPZ konkret ausgestalten. Potenziell kann man annehmen, dass eine Krankheit umso «interessanter» für IPZ wird, je chronischer und psychosozialer die Krankheit ist. Gerade chronische, lebensstilabhängige Erkrankungen, die eine besondere Herausforderung (für die medizinische Behandlung, persönlich für den Patienten wie auch volkswirtschaftlich) sind, scheinen sich sehr gut für IPZ im Sinne der WHO-Definition zu eignen.

Behandlungs- und Betreuungsspektrum mit den Fallbeispielen



Bindungskräfte und Rückstellkräfte

Die Bandbreite der Bindungskräfte reicht von einem von einem digitalen Tool über professionelle Bezugnahme ohne interaktive Abstimmung und die Einrichtung einer eigenen Sprechstunde mit psychosozialen Surplus bis hin zu interorganisationalen Strukturen und situativen Kommunikationsgefässen zur individuell bezogenen Verständnissuche. IPZ trifft also in einer raffinierten, kontextspezifischen Vielfalt auf, die weiter reicht als «Task Shifting» oder das Abhalten «runder Tische». Es gibt keinen «one best way». Im Gegenteil, man darf sich überraschen lassen, welche weiteren, kreativen Formen sich entwickeln werden.

Bei den Rückstellkräften zeigt sich ebenfalls eine Vielfalt, auch wenn der strukturelle Unterschied zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen, der sich in juristischen und administrativen Verantwortlichkeiten ausdrückt, praktisch durchgehend von grosser Bedeutung ist. Wenn beteiligte Ärzte auf gewohnten Routinen des Nebeneinanders beharren, wenn sie einseitig Informationsflüsse unterbinden oder ihre Verordnungsmacht hervorkehren, entfaltet das rapide wirkende Kräfte, die interprofessioneller Zusammenarbeit entgegenwirken. Alle Beteiligten sind in ihrem professionellen Verhalten herausgefordert, wollen sie IPZ erfolgreich machen (Engagement und Positionierung, Entscheidungsbereitschaft, Teilen von Informationen, Verzicht auf mögliche Dominanz etc.). Die Ärzteschaft hat infolge ihrer speziellen Rolle im System (Wissen, Verordnung, Haftung, Abrechnung, Knotenpunkt im Netz der Zusammenarbeit) jedoch «besonders gute Chancen», den Default zu bewirken.

Fazit

Die Kreativität, mit der Lösungen gefunden werden, die den «Normalfall» Professionalität nachhaltig überwinden lassen, und die Sorgsamkeit, mit der eine Kultur der IPZ gepflegt wird, beeindrucken. Es braucht kontextadäquate Formen und starke Überzeugungen der Beteiligten (nicht zuletzt der jeweiligen ärztlichen Führungspersonen) hinsichtlich des Nutzens für die eigene Tätigkeit wie hinsichtlich des Outcomes für die Patientinnen und Patienten, um diese Energie fortlaufend aufbringen zu können. Ohne entsprechenden Einsatz und Energie mobilisierung kommt der Rückfall rasch zum Tragen. Der Default droht.

Wagt man einen Blick in die Zukunft, darf man vermuten, dass sich solche IPZ-Formen durchsetzen werden, die sowohl den Professionellen als auch den Patienten nützen. In aller Schärfe formuliert, «weil es Patienten dient» oder es «vernünftig» ist, reicht nicht.

Gelingende Interprofessionalität stärkt Professionalität. Dann, und eigentlich nur dann, kann IPZ – aus Sicht einer Profession – als nutzbringend angesehen werden. Was aber Professionen als relevant und nutzenstiftend verbuchen, hängt von ihrer je spezifischen, professionellen Eigenlogik ab: Entsprechend dieser «eigenlogischen» Wahrnehmung werden die Akteure der diversen Berufsgruppen die Grenze zu anderen Berufen eher verteidigen bzw. sich eher integrierend verhalten.

Alle Beteiligten sind in ihrem professionellen Verhalten herausgefordert, wollen sie IPZ erfolgreich machen. Die Ärzteschaft hat infolge ihrer speziellen Rolle im System «besonders gute Chancen», den Default zu bewirken. Kulturen der IPZ sind mit Sorgsamkeit zu pflegen. Ohne entsprechenden Einsatz und Energie-mobilisierung kommt der Rückfall rasch zum Tragen: Der Default droht immer.

Wir unterbreiten auf Basis unserer Analysen eine Reihe praktischer Empfehlungen, die im Sinne einer positiven Provokation als Handlungsanweisungen an die Vertreter der vier Kulturen (Behandlung, Betreuung, Management und Treuhänder gemeinschaftlicher Werte) formuliert sind. Zusätzlich stellen wir verschiedene Schlussfolgerungen und Lernergebnisse aus der Analyse der Fallbeispiele zur Verfügung.

Zusätzlich zur qualitativen Analyse haben wir ein quantitatives Messinstrument für IPZ identifiziert und explorativ getestet. Das Instrument ist in der Lage, die Einschätzungen interprofessioneller Zusammenarbeit aus den jeweiligen professionellen Perspektiven heraus zu leisten. Die Ergebnisse der ersten Exploration legen dabei ähnliche Deutungen nahe wie unsere qualitativen Untersuchungen. Entlang der drei Subskalen Kommunikation, Abstimmung und Abgrenzung bietet das Instrument eine Möglichkeit zur Identifikation von Bindungs- und Rückstellkräften im oben dargestellten Sinne und daher für die Zukunft ein wichtiges Instrument zur zielgenaueren Analyse von IPZ.

Résumé

La nécessité d'une collaboration interprofessionnelle (CIP) renforcée est aujourd'hui incontestée. Les équipes interprofessionnelles qui fonctionnent bien sont considérées comme un élément important pour l'avenir du système de santé. Mais, malgré l'acceptation générale, l'application pratique accuse un important retard. Cet écart surprend et exige des explications.

La CIP, telle qu'elle est définie par l'OMS, est une forme d'interaction qui permet à des personnes d'horizons (professionnels) différents de parvenir à une compréhension commune, qu'ils n'avaient pas auparavant et qu'ils n'auraient pas pu avoir les uns sans les autres. Contrairement à la collaboration professionnelle classique qui présuppose ou suppose des compréhensions communes, la CIP désigne une interaction en faveur d'une compréhension commune. La CIP signifie la création de conceptions et d'expériences communes en interaction.

Ce constat de départ implique que la CIP est, à côté d'autres types de prise en charge, une forme spécifique de prestation médicale dans le système de santé. C'est justement pour cette raison qu'il s'agit de trouver où et à quelles conditions elle est perçue comme une valeur ajoutée par rapport à une cohabitation professionnelle «normale».

La professionnalité comme «cas normal»

Le système de santé et les institutions qui le composent sont principalement organisés et structurés de manière professionnelle. La subtilité systémique réside dans le fait que chacun de ses acteurs peut supposer que tous les professionnels savent ce qui doit être fait et qu'aucun effort particulier de coordination n'est nécessaire. Tel est le cas lorsque les problèmes peuvent être classifiés par profession. Cette possibilité soulage énormément et renvoie à une fonctionnalité réelle. Toutefois, quand la situation se complique, ce «cas normal» est mis sous pression, lorsque, par exemple, les patientes et les patients ont besoin de savoir-faire transversal en plus des catégories et capacités définies pour chaque profession, alors la force essentielle de ce type d'interaction de spécialistes peut se transformer en faiblesse. Alors qu'il serait nécessaire de créer de nouvelles compréhensions communes, on se heurte à une possible surcharge. Dans de tels cas, le besoin de coordination et de synchronisation du traitement augmente et appelle des solutions alternatives telles que, par exemple, la CIP.

Le système de santé et ses organisations dépendent de la gestion fonctionnelle des aspects liés à la répartition du travail dans les traitements des malades. Les cultures du traitement, de la prise en charge, mais également du management et de l'adhésion aux valeurs communautaires doivent être constamment établies et coordonnées, non pas dans le sens d'une solution structurellement parfaite, mais pour garantir la capacité d'agir au quotidien. Cela exige et implique une grande efficacité et une multitude de variantes. Cette fonctionnalité professionnelle ne sera pas facilement abandonnée. Et plus encore, la collaboration professionnelle, où les uns travaillent à côté des autres, avec les autres, parfois même contre les autres, représente en quelque sorte la situation normale et habituelle, la situation par défaut.

La principale conclusion à en tirer est la suivante: un écart par rapport au «cas normal» nécessitera de bonnes raisons pour s'affirmer. D'où la question: comment et à quelles conditions la CIP peut-elle s'affirmer en tant qu'écart par rapport au cas normal?

La CIP en tant qu'écart par rapport à la normale

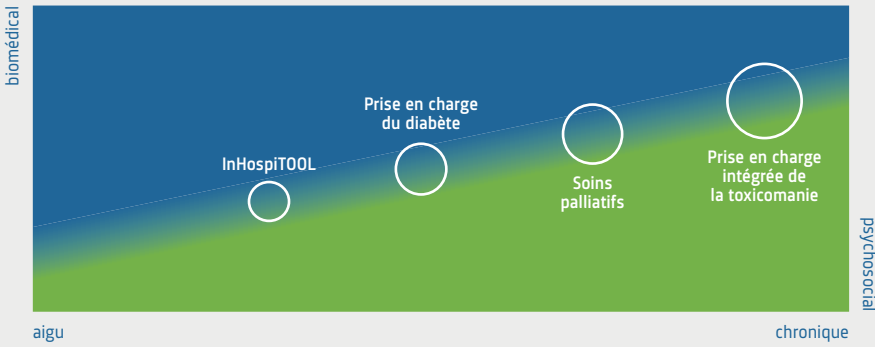
La théorie des systèmes complexes nous a appris que les systèmes tendent vers un état d'équilibre. Le «cas normal» professionnel peut être interprété comme un tel état. La CIP, en revanche, signifie un «écart». Non seulement le modèle de base change, mais aussi un nouvel état d'équilibre doit être atteint. Et cela exige de l'énergie. Cette réflexion devient pertinente lorsque nous commençons à nous demander quels types d'énergies et de forces de liaison sont nécessaires pour atteindre et stabiliser cet écart et quelles forces entropiques peuvent le contre-carrer. En bref: quelles forces de liaison et d'opposition peuvent être identifiées.

Quatre exemples de cas – une analyse qualitative

Une grande variété de forces de liaisons peuvent être identifiées dans quatre exemples de cas: InHospiTOOL, prise en charge du diabète, soins palliatifs et prise en charge intégrée de la toxicomanie. Ces quatre exemples ont été examinés sur la base d'entretiens semi-directifs avec différents professionnels de la santé. La nature de ces forces de liaison est principalement déterminée par leur positionnement le long de l'axe «aigu» à «chronique», ainsi que par le contexte conflictuel des dimensions biomédicales et psychosociales. Ces deux variables doivent être prises en compte pour une conception concrète de la CIP. On peut

supposer que plus une maladie est chronique et psychosociale, plus elle devient «intéressante» pour la CIP. Les maladies chroniques, liées au mode de vie, qui constituent un défi particulier pour le traitement médical, pour le patient personnellement mais aussi économiquement, semblent très bien adaptées à la CIP dans le sens de la définition de l'OMS.

Éventail des traitements et des soins avec les exemples de cas



Forces de liaison et forces entropiques

Parmi les forces de liaison on compte des outils numériques, des structures interorganisationnelles et des moyens de communication situationnels, mais également la mise en place de consultations individuelles avec un complément psychosocial pour une recherche de compréhension individuelle. La CIP se présente sous la forme d'une diversité sophistiquée et spécifique au contexte qui va au-delà du «task shifting» (transfert des tâches) ou de l'organisation de «tables rondes». Il n'existe pas une seule manière de faire. Au contraire, on peut être surpris par la créativité susceptible de se développer.

Les forces entropiques sont, elles aussi, d'une grande diversité, même si la différence structurelle entre les médecins et les autres professions de la santé, en termes de responsabilités juridique et administrative, est pratiquement toujours très significative. Si des médecins impliqués refusent de sortir de la routine de la coexistence en entravant la circulation des informations ou en mettant en avant leur pouvoir de prescription, ils libèrent rapidement des forces entropiques qui nuisent à la CIP. Tous les acteurs sont mis au défi dans leur attitude professionnelle s'ils veulent que la CIP réussisse (engagement et positionnement, volonté de prendre des décisions, partage de l'information, renonciation à une éventuelle position dominante, etc.). Toutefois, compte tenu de leur rôle particulier

dans le système (connaissance, prescription, responsabilité, tarification, point de jonction dans le réseau de la collaboration, etc.), les médecins ont de très grandes chances de revenir à des situations par défaut.

Bilan

La créativité déployée pour trouver des solutions qui permettent de surmonter à long terme le «cas normal» de la professionnalité et le soin apporté à une culture de la CIP sont impressionnants. Des formes adaptées au contexte et les convictions profondes des participants (y compris des responsables médicaux respectifs) quant aux bénéfices pour leur propre activité et aux résultats pour les patientes et les patients sont nécessaires pour pouvoir générer en permanence cette énergie. Sans un engagement et une mobilisation appropriés, le système retombera rapidement dans la professionnalité. La situation par défaut menace.

Un regard vers l'avenir laisse supposer que les formes de CIP qui profiteront autant aux professionnels qu'aux patients pourront s'imposer. En termes plus précis, parce qu'elles sont «utiles» aux patientes et aux patients ou parce qu'elles semblent «raisonnables».

Une interprofessionnalité réussie renforce la professionnalité. Ce n'est qu'à ce moment-là que du point de vue d'une profession, la CIP peut être considérée comme utile. Mais ce que les professions considèrent comme pertinent et avantageux dépend de leur propre logique professionnelle: conformément à cette «perception selon leur propre logique», les acteurs des différents groupes professionnels seront plutôt enclins à défendre leurs limites avec d'autres professions ou à adopter un comportement intégratif.

Tous les acteurs sont mis au défi dans leur attitude professionnelle s'ils veulent que la CIP réussisse. En raison de son rôle spécial dans le système, le corps médical a de très grandes chances de provoquer la situation par défaut. Les cultures de la CIP doivent être entretenues avec soin.

Sur la base de leur analyse, les auteurs soumettent une série de recommandations pratiques qui sont formulées sous forme de «provocation positive», comme une orientation destinée aux représentants des quatre cultures (traitement, prise en charge, management et administration des valeurs communautaires). Ils présentent, en outre, diverses conclusions et résultats d'apprentissage tirés de l'analyse des études de cas.

En plus de l'analyse qualitative, les auteurs ont identifié et testé un instrument de mesure quantitatif, grâce auquel la CIP peut être évaluée à partir des perspectives professionnelles respectives. Les résultats de la première exploration suggèrent des interprétations similaires à celles des enquêtes qualitatives. Grâce à trois sous-classifications – communication, concertation et délimitation – l'instrument permet d'identifier les forces de liaison et les forces d'opposition dans le sens décrit ci-dessus; il s'agit ainsi d'un instrument important pour une analyse plus ciblée de la CIP à l'avenir.

Ziel und Vorgehen

Basierend auf der Vorstudie «Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit» (SAMW 2017) konnte gezeigt werden, dass IPZ in Abhängigkeit von Versorgungssettings und anderen Kontextfaktoren sehr unterschiedliche Formen annehmen kann und daher differenziert zu betrachten ist. Diese Differenzierung zu berücksichtigen ist wichtig, soll IPZ wirksam gefördert werden.

Ausgehend von dieser Annahme suchte das vorliegende Forschungsprojekt in der konkreten Praxis der Leistungserbringung folgende Forschungsfragen zu beantworten:

- Welche Einfluss- und Erfolgsfaktoren hinsichtlich der Entstehung als auch der Praxis gelingender IPZ lassen sich identifizieren?
- Welche Hypothesen zu Fördermassnahmen können daraus formuliert und welche Empfehlungen zuhanden der Leistungserbringer und ihrer Organisationen abgeleitet werden?
- Welche in der Literatur beschriebenen IPZ-Skalen eignen sich zur Analyse welcher IPZ-Formen?

Diese Forschungsfragen wurden anhand einer Auswahl aus ausgezeichneten IPZ-Projekten, gewissermassen der Schweizer «Avantgarde», untersucht. Die Projekte wurden multiperspektivisch anhand qualitativer Interviews befragt und ausgewertet sowie zusätzlich einer quantitativen Analyse mittels einer auf Basis einer systematischen Suche identifizierten Skala unterzogen. Letztere Analyse diente der methodischen Evaluation der Anwendbarkeit eines quantitativen Instruments. Diese Ergebnisse werden darum nicht in die unmittelbare Ergebnisdarstellung einbezogen.

Beirat

Die Studie wurde von einem Projektbeirat begleitet, dem wir an dieser Stelle herzlich für seine Beiträge danken:

Prof. Dr. Urs Brügger
 Prof. Dr. Manuela Eicher
 Prof. Dr. Andreas Tobler
 Prof. Dr. Werner Vogd
 Prof. Dr. Claudia Witt

Aufbau des Berichts

Der nachfolgende Bericht ist zugunsten einer besseren Lesbarkeit abweichend vom üblichen Aufbau einer wissenschaftlichen Arbeit gehalten. Wir stellen zunächst den Ausgangspunkt dar, der zu präzisieren sucht, wie das grundlegende Verhältnis von Professionalität und Interprofessionalität im Gesundheitssystem zu verstehen ist, und präsentieren in der Folge eine Kurzfassung der qualitativen Ergebnisse sowie unser Fazit und unsere Empfehlungen. Im Anhang findet sich eine umfassende Darstellung der Methodik und der qualitativen Ergebnisse für diejenigen, die hier in die Tiefe gehen möchten, sowie die Beschreibung und Einschätzung des ausgewählten Messinstruments.

Der Ausgangspunkt

Die Verbesserung interprofessioneller Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung beschäftigt viele seit Jahren, national wie international. Praktisch unbestritten ist heute die Notwendigkeit verstärkter interprofessioneller Zusammenarbeit (IPZ), und funktionierende interprofessionelle Teams werden als wichtiger Teil der Zukunft des Gesundheitssystems angesehen (WHO, 2010; Frenk et al., 2010). Jedoch hinkt trotz all dieser Bejahung die praktische Umsetzung der allgemeinen Einsicht hinterher. IPZ effektiv zu implementieren erweist sich offensichtlich als anspruchsvoll. Das ist der Punkt, der interessiert: Ungeachtet der allgemeinen Zustimmung und der vielen Bestrebungen, IPZ in Praxis und Bildung zu befördern, finden sich nur begrenzt erfolgreiche Implementierungen und Nachweise nachhaltiger positiver Outcomes (Zwarenstein et al. 2009; Reeves et al. 2013, Martin et al. 2010). Dieses Auseinanderklaffen von Zustimmung, Appell und Realität überrascht und ruft nach Erklärung. Wie kommt es, dass so viel Klarheit auf der einen – IPZ braucht es! – und so wenig konkrete Umsetzungen auf der anderen Seite zu finden sind? Man darf einen systemischen Hintergrund vermuten.

Appell und Realität der IPZ klaffen auseinander. Das verlangt nach Erklärung.

Ein schwammiger Begriff

Jede Auseinandersetzung mit IPZ beginnt mit der Frage, was unter diesem Begriff zu verstehen ist. Rasch zeigt sich, dass es sich bei IPZ «um einen geradezu notorisch schwammigen Begriff handelt» (SAMW 2017, 17). «What is not clear in the literature on this topic in general, however, is precisely who collaborates with whom, or how exactly collaboration is defined» (Lykke/Anderson 2019, 2). Diese begriffliche Unbestimmtheit drückt sich in inhaltlicher wie methodischer Disparatheit, geringen Studienzahlen in Metaanalysen und uneindeutigen Ergebnissen aus (Zwarenstein et al. 2009; Reeves et al. 2013).

Mehr Gestalt gewinnt der Begriff IPZ in einer diskursanalytischen Betrachtung. Haddara/Lingard (2013) arbeiten in ihrer Übersichtsarbeit anhand von mehr als hundert Publikationen zu IPZ heraus, dass der vielfältige und uneinheitliche wissenschaftliche Diskurs zu IPZ in zwei Hauptsträngen verläuft. Einem utilitaristischen Strang, der sich wesentlich für die Effizienzgewinne interessiert, die durch eine Verbesserung der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen erwirtschaftet werden können, sowie einem emanzipatorischen Strang, der sich

vor allem 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. Diese Diskursanalyse macht deutlich, dass IPZ oft auch als politischer Begriff verwendet wird und sich sachliche und politische Bedeutungen durchmischen. Die Unbestimmtheit des Begriffs IPZ erscheint aus dieser Perspektive geradezu als funktional und verweist gleichzeitig darauf, dass wir es hier mit einem vielschichtigen und mehrdeutigen Vorhaben zu tun haben, das tiefer reicht als eine sonstige typische Organisationsentwicklung.

Präzisierung und Leitfrage

Was also ist unter IPZ zu verstehen? Wir halten uns an die zunehmend in Forschungsarbeiten zu IPZ akzeptierte Definition gemäss WHO: IPZ «occurs when two or more individuals from different backgrounds with complementary skills interact to create a shared understanding that none had previously possessed or could have come to on their own» (WHO 2010). Diese Definition bringt einen essenziellen Aspekt auf den Punkt. IPZ bedeutet eine Art und Weise des Interagierens, das Individuen mit unterschiedlichen (professionellen) Hintergründen zu einem gemeinsam geteilten Verständnis bringt, eines, das sie vorher noch nicht hatten und zu dem sie ohne einander nicht hätten kommen können. Damit ist – im Umkehrschluss – gesagt, dass professionelles Interagieren nicht auf gemeinsam geteilte Verständnisse hinarbeitet, sondern dieses allenfalls unterstellt oder aber ohne diese Verständigungsleistung auskommt – oder auch: auszukommen meint. Im Unterschied zur «normalen» professionellen Zusammenarbeit, die gemeinsame Verständnisse still voraussetzt oder unterstellt, bedeutet IPZ also ein Interagieren zugunsten gemeinsam geteilter Verständnisse.

IPZ bedeutet die Herstellung gemeinsamer Verständnisse in Interaktion. Professionelle Zusammenarbeit verzichtet darauf.

→ Es fragt sich damit: Wann, wo und wozu wird dieses Interagieren zur Verständnissuche gebraucht und von den Beteiligten als relevant eingeschätzt? Wie wird es umgesetzt, und wie kann es sich nachhaltig etablieren?

Wir wollen, im Sinne einer Leithypothese, davon ausgehen, dass IPZ sich dort etabliert, wo Bedarf und Relevanz durch die Beteiligten in ihrem Kontext hoch genug eingeschätzt werden und zufriedenstellende Formen der Umsetzung und der Etablierung entwickelt werden konnten. Damit interessiert, welche Faktoren (z. B. Setting, Kultur, Patientengruppen, Anreize, Personen usw.) dazu beitragen, dass IPZ Platz greifen kann, und was dafür förderliche wie hinderliche Momente sind.

Dieser Ausgangspunkt impliziert, das sei ausdrücklich betont, dass die IPZ als eine spezifische Form der Leistungserbringung im Gesundheitssystem gelten muss und damit zwangsläufig als eine neben anderen angesehen wird – IPZ kann nicht per se einen Wert an sich darstellen. Genau darum gilt es herauszufinden, wo und unter welchen Bedingungen interprofessionelle Zusammenarbeit als funktional, als Mehrwert erfahren wird und auch, wo dies möglicherweise nicht der Fall ist und andere Lösungen naheliegender sind. Dafür ist es erforderlich, den Kontext von IPZ und damit wesentlich Professionalität mitzudenken.

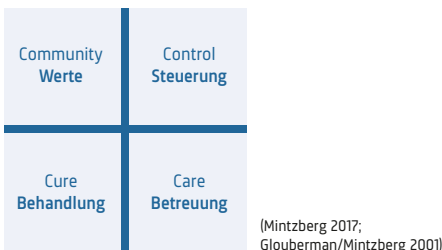
Funktionale Professionalität

Die Leistungserbringung in der Gesundheitsversorgung ist grundsätzlich professionell organisiert. Ärztinnen¹, Pflegefachleute, Physiotherapeutinnen und viele andere Gesundheitsfachleute leisten mit ihren trainierten Kompetenzen und professionell geprägten Verständnissen die Versorgung kranker Menschen. Professionen sind wesentliche und grundsätzliche Konfigurationsbausteine im Gesundheitssystem und seinen Organisationen. Sie sorgen dafür, dass wir als Patientinnen und Patienten darauf vertrauen dürfen, dass wir in der Arztpraxis, am Stationsbett, im Gespräch mit der Ernährungsberatung keine Scharlatane antreffen und dass wir nicht des Geldes, sondern unserer Krankheit wegen betreut werden (Vogd 2011).

Die grundsätzlich professionelle Organisiertheit betrifft zunächst die direkte Leistungserbringung, also Heilung und Pflege. Deren Leistungen müssen aber auch gemanagt (z. B. organisiert, mit der nötigen Infrastruktur versehen und verrechnet) und mit den Werten und Bedürfnissen der Gesellschaft (z. B. hinsichtlich ethischen Verhaltens und politischer Ziele) abgestimmt werden. Gesundheitsleistungen sind damit in ihrer Arbeitsteilung vierfach bestimmt. Gesundheitsorganisationen und insbesondere Spitäler definieren sich in der Folge als spezielle Konfiguration von vier ausgeprägten Kulturen: einer Kultur der Behandlung («Cure»), der Betreuung («Care»), des Managements («Control») und der «treuhänderischen Verwaltung» von Werten der Gemeinschaft («Community») (Glouberman/Mintzberg 2001, Baecker 2017). Die folgende Abbildung 1 vermittelt einen Eindruck von der Dynamik dieser multiprofessionellen Konstellation.

Das System ist grundlegend professionell und mehrdeutig, vier Kulturen integrierend, aufgebaut.

Abb. 1: «Swiss cross»: die vier Kulturen in Gesundheitsorganisationen



1 In dieser Publikation werden abwechselnd männliche und weibliche Formulierungen verwendet, gemeint sind jeweils die Angehörigen aller Geschlechtergruppen.

Die vier Kulturen können in Form eines Kreuzes («Swiss cross») zueinander in Beziehung gebracht werden (Mintzberg 2017). Die beiden Balken des Kreuzes bringen zum Ausdruck, dass sich diese Kulturen gleichermaßen voneinander abgrenzen, wie sie untrennbar aufeinander verweisen. Der vertikale Balken zeigt die Differenz von Behandlung und Betreuung, oder Heilung und Pflege, wenn man so will, die für die arbeitsteilige klinische Arbeit konstitutiv ist. Der horizontale Balken hingegen differenziert das «Kerngeschäft», also das, worum es in der Gesundheitsversorgung zentral geht, von den hierfür sowohl notwendigen als auch im Alltag des «Kerngeschäfts» immer wieder als hinderlich empfundenen Steuerungsaufgaben («Control»). Wenn man so will, hält der horizontale Balken Medizin und Ökonomie auf eine gewisse Distanz. Das wiederum ist höchst funktional, denn welcher Patient wollte schon unmittelbare wirtschaftliche Ware sein?

Dieses Bild der Differenz als auch der Integration, das auch zu provozieren vermag, illustriert, wie sehr bestimmte Spannungsfelder strukturell im System der Gesundheitsversorgung begründet liegen. Das Bild verweist gleichzeitig darauf, dass diese Konstellation keine (aktuelle) Fehlentwicklung oder spezifische professionelle Defizite bedeutet, sondern konstitutiv für die Gesundheitsversorgung mit ihren Stärken, aber natürlich auch Schwächen ist. Mit anderen Worten, wir sehen in der Darstellung des «Swiss Cross» den per se nicht problematischen, sondern hochgradig funktionalen und etablierten Normalfall medizinischer Leistungserbringung. Schon Florence Nightingale, die wohl berühmteste Pflegefachfrau, hatte in ihren «Notes on Hospitals» Mitte des 19. Jahrhunderts darauf hingewiesen, dass Ärzte, Pflegende und Verwaltende regelmässig miteinander ringen würden und dass das – der eigentlich interessante Punkt – zum Wohle der Patienten wäre (Nightingale 1863, 225). Die Dominanz einer Kultur alleine würde zu für Patienten suboptimalen Zuständen führen. Erst in der Reibung aller miteinander entstehen gute Lösungen für die Patienten. In ihrem fortwährenden Ringen haben diese Kulturen eine vielschichtige Geschichte des Konfliktes als auch des Respekts mit- und füreinander entwickelt, eine Geschichte, die sich immer weiter fortsetzt, letztlich und aktuell im Thema IPZ.

Funktionalität und Überforderung

Das Raffinement dieses Systems besteht darin, dass man sich immer von der Annahme leiten lassen darf, dass alle Beteiligten wissen, was zu tun ist – und dass das keiner besonderen Abstimmungsbemühungen bedarf. Um ein Beispiel aus dem stationären Bereich zu nehmen: Ein Patient mit Leistenbruch wird in der chirurgischen Klinik versorgt und von unterschiedlichen Berufsgruppen behandelt, von denen jede und jeder weiss, was zu tun ist. Der Chirurg weiss es, die Anästhesistin weiss es, ebenso wie die Fachpersonen im OP – und nachher die Stationspflege. Alle sind geschult in ihrer Kompetenz und können diese – ohne grosse, explizite Absprache und im Wissen um die Routine – an der richtigen Stelle ins Geschehen einbringen. Hier ist keine besondere, keine tiefergehende Kooperation nötig, Koordination ist hinlänglich. Die Standardsets und -verständnisse reichen, kein Erzeugen neuer Verständnisse ist angesagt, keine grössere Absprache, die über komplementäre Kompetenzeinbringung hinausreichen würde, vonnöten. Das entlastet ungemein und verweist auf eine genuine Funktionalität. Weder müssen sich Ärzte, Pflege und alle anderen speziell zusammensetzen, um entschlüsseln zu können, was grundsätzlich oder konkret bei Patientin X der Fall ist, noch braucht es spezifisches Wissen, das zusätzlich in Anspruch genommen werden müsste, um den Krankheitsverlauf kontrollieren zu können. Das ändert sich erst, wenn die Sachlage komplexer wird und dieser «Normalfall» unter Druck gerät.

Die hochgradige Funktionalität liegt in den geringen Abstimmungsaufwänden begründet. Man darf immer annehmen, dass alles Erforderliche getan wird.

Das ist z. B. dann der Fall, wenn Patienten und Patientinnen quer zu den professionell definierten Kategorien und Fähigkeiten zu liegen kommen. Die einzelne, akute Krankheit wird vorbildlich behandelt, wenn sie perfekt in eine medizinische Kategorie bzw. ein Fachgebiet passt. Die typischerweise chronisch Kranken hingegen, die unterschiedliche Fachleute und Versorgungssettings benötigen, wollen nirgends recht «hineinpassen» und bleiben darauf verwiesen, als ihre eigenen Case Manager agieren zu müssen. Die essenzielle Stärke des Zusammenspiels spezialisierter Professionalitäten droht dann umzukippen in eine Schwäche. Jeder macht dann das, wofür er sich professionell zuständig fühlt. Das kann aber suboptimal bezüglich der Gesamtsituation sein. Nebenwirkungen von Medikamenten oder Eingriffen werden übersehen, Verhaltensaspekte nicht wahrgenommen, und möglicherweise konterkariert die professionelle Handlung einer Fachperson die einer anderen

Die essenzielle Stärke des Systems – spezialisierte Professionalität – droht in eine Schwäche umzuschlagen.

usw. Eine hilfreiche und vielleicht sogar nötige Integration droht über Bord zu gehen, ebenso übrigens wie im Zweifelsfall die persönlichen und verhaltensbezogenen Aspekte des Krankseins.

Konkret: Überforderung des Systems tritt auf, wenn, mit der WHO-Definition gesprochen, die Kreation neuer, gemeinsamer Verständnisse nötig wäre – das aber nicht erkannt wird. Beispiele aus der Praxis sind bekannt: etwa wenn «End-of-life»-Entscheidungen in pädiatrischen Intensivstationen zu treffen sind; oder wenn eine Patientin ihren orthopädischen Eingriff gut überstanden haben mag, aber nicht austreten kann, weil ihr Diabetes Probleme bereitet und sie zu Hause alleine unter schwierigen Umständen lebt; oder wenn Suchtpatienten den Anforderungen der Methadonabgabe nicht nachkommen, weil ihre psychosoziale Situation der erforderlichen Verlässlichkeit zuwiderläuft. Dann drohen sie wieder in eine Drogenabhängigkeit zu versinken. Spitalaustritte polymorbider Patienten ebenso wie die Behandlungsanforderungen chronischer oder psychiatrischer Krankheiten bieten weitere Beispiele, in denen singuläre medizinische Expertisen zu kurz greifen können. In solchen Fällen steigt der Koordinations- und Synchronisierungsbedarf der Krankenbehandlung unmittelbar und ruft nach alternativen Lösungen, z. B. nach IPZ.

Ein erstes Fazit: Professionalität als Default-Position

Das Gesundheitssystem und seine Organisationen sind auf eine funktionale Handhabung der arbeitsteiligen Aspekte der Krankenbehandlung angewiesen. Die Kulturen der Behandlung, der Betreuung, des Managements und die Anbindung an gemeinschaftliche Werte sind immer wieder aufs Neue herzustellen und abzustimmen. Nicht im Sinne einer strukturell perfekten Lösung, sondern in der Möglichkeit, tagtäglich und trotz vielfach auftretender Ambivalenzen und Konflikte Handlungsfähigkeit aufrechtzuhalten. Das verlangt und bedeutet eine enorme Leistungsfähigkeit der «normalen» professionellen Zusammenarbeit. Diese Funktionalität wird nicht ohne Weiteres preisgegeben sein. Schärfer noch, das professionelle Neben-, Mit- und gelegentlich auch Gegeneinander stellt gewissermassen die etablierte und gewohnte Normalsituation, die Default-Position dar. Im konkreten klinischen Alltag wird natürlich immer wieder ein Stück weit von dieser Normalsituation abgewichen. Einzelne Patienten bedürfen einer speziellen Absprache, und weil die «Chemie» zwischen einzelnen Gesundheitsfachleuten «stimmt», ergeben sich interprofessionelle Abstimmungen und

Professionalität ist der Normalfall, die Default-Position des Systems. IPZ muss sich als Abweichung davon organisatorisch wie professionell behaupten können.

tiefe Verständnisse auch jenseits der Normalform. Jeder, der um die Vielfalt des Gesundheitssystems weiss, kennt solche und ähnliche Beispiele. Gleichwohl sind dies die Ausnahmefälle, Abweichungen, die gerade die Regel bestätigen. Der Normalfall der vier Kulturen ist meist stärker als die punktuellen Ausnahmen. Die zentrale Schlussfolgerung daraus ist: Eine Abweichung vom «Normalfall» wird gute Gründe benötigen, um sich behaupten zu können; mehr noch: Weil der Normalfall organisatorisch und professionell begründet ist, wird die Behauptung einer produktiven Abweichung organisatorische wie professionelle Vorteile bieten müssen. Erst diese Vorteile werden überzeugen können, den Default effektiv zu verlassen und eine eigenständige Praxis auszubilden.

Ohne Zweifel gerät dieses System an verschiedenen Stellen immer mehr unter Druck; seine Stärke droht immer häufiger in eine Schwäche umzuschlagen. Sei es, weil die immer noch grösser werdende Vielzahl an Spezialitäten immer schwieriger zu koordinieren ist, sei es, weil die demografisch bedingte Zunahme chronischer Krankheiten eine auf die Behandlung akuter Krisen getrimmte Patientenversorgung herausfordert. Aber auch der Unwille einzelner Berufsgruppen, Dominanzen anderer zu akzeptieren, trägt zum Druck bei. Und nicht zuletzt zwingt der Effizienzdruck dazu, Prozesse der Leistungserbringung zu thematisieren. An dieser Stelle kommt IPZ ins Spiel – und es stellt sich die Frage, wie sich IPZ als Abweichung vom Normalfall behaupten kann und wie und unter welchen Voraussetzungen die Ausnahme von der Default-Position auf Dauer gestellt werden kann.

Ein zweites Fazit: IPZ als «Abweichung»

Das professionelle, komplementäre Nebeneinander als funktionalen «Normalfall» und IPZ als produktive «Abweichung» zu begreifen, lenkt die Aufmerksamkeit darauf, was solche «Abweichungen» ermöglicht, erlaubt oder auch behindert. Erst damit kann verständlich werden, wie voraussetzungsvoll IPZ (als nachhaltige Praxis) ist, und damit auch, warum so viele der diesbezüglichen Appelle ins Leere zu laufen drohen. Die allgemeine «Socio-Ideology», die Werte der Zusammenarbeit und der Hierarchieminderung hochhält (wer wollte auch widersprechen?), erschwert den analytischen Blick darauf, für welche Probleme das professionelle Nebeneinander bereits funktional ist und wo Kooperationsanstrengungen absolut nötig sind (Lykke/Anderson 2019). Angemerkt sei hier, dass auch für Koordination mitnichten Respektlosigkeiten, Statuszelebrationen oder betonte Hierarchieuntermalungen produktiv sind. Nichts davon führt zu Verhältnissen, die wir zugunsten von Qualität und Patientensicherheit benö-

tigen (Edmondson 2019). Nichts davon führt zur Zufriedenheit des klinischen Personals, die angesichts des sich immer stärker abzeichnenden Fachkräftemangels doppelt bedeutsam erscheint. Vermutlich scheitern viele Bemühungen, «Augenhöhe» herzustellen, bereits an der Verwechslung einer grundsätzlich kooperativen Haltung anderen gegenüber mit einer kooperativen Praxis, die ein Interagieren zugunsten gemeinsamer Verständnisse bedeutet.

Die Unterscheidung von Normalfall und Abweichung bezieht sich darauf, dass das professionelle System funktional so konfiguriert ist, dass lose koordinierte professionelle Kopplungen hinreichend sind. Das darum, weil das Training der Professionellen einer koordinativen Abstimmung gleichkommt (Mintzberg 1979). In vielen Fällen ist zur erfolgreichen Behandlung von Patienten keine spezifische Abstimmung, kein gemeinsames Suchen nach Verständnissen erforderlich. Aber in anderen Fällen, etwa dem Vorliegen komplexer Krankheiten oder spezifischer Krisen, muss der Modus der Kopplung zwischen Disziplinen und Fachleuten wechseln. Das gelingt nachhaltig jedoch nur, wenn eine neue Praktik implementiert werden kann. Und diese Implementierungsleistung ist energieträchtig. Man denke nur an den Aufwand, den es brauchte, damit Tumorboards eingeführt werden konnten. Wie viel Überzeugungsaufwand musste betrieben werden, wie viele Versuche scheiterten, bis sich diese Praxis nachhaltig etablieren konnte?

Aus der Theorie komplexer Systeme wissen wir, dass sich Systeme auf bestimmte Gleichgewichtszustände, Muster oder Attraktoren einschwingen (Tschacher, Munt 2013). Wir verstehen den professionellen «Normalfall» als einen solchen Gleichgewichtszustand. Nachhaltige kooperative Praxis bedeutet demgegenüber eine «Abweichung» in dem Sinne, dass nicht nur eine Variation des Grundmusters, sondern ein neuer Gleichgewichtszustand, ein neues Muster «erspielt» werden muss. Dazu ist Energie erforderlich. Erkenntnisträchtig wird diese Überlegung, wenn wir zu fragen beginnen, welche Arten von Energien oder Kräften nötig sind, um diese Zustände erreichen und stabilisieren zu können. Gleichzeitig dürfen wir davon ausgehen, dass es Energien oder Kräfte geben wird, die sich dem entgegenstellen. Wir wollen darum zwischen Bindungskräften auf der einen und Rückstellkräften auf der anderen Seite unterscheiden und hypothesieren, dass beide Arten von Kräften in einer jeweiligen Praxis auffindbar sein werden. Wir nutzen diese Hypothesen zur Analyse unserer empirischen Erhebung und werden dazu im nächsten Schritt die qualitativen Untersuchungsergebnisse vorstellen.

Die qualitativen Studienergebnisse – vier Settings

Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Studie sind vier schweizerische IPZ-Projekte. Die vier Projekte sind hinsichtlich ihres Settings möglichst heterogen ausgewählt und haben nur gemeinsam, dass es sich jeweils um besonders erfolgreiche IPZ-Massnahmen handelt. Drei der untersuchten Fälle sind im Rahmen des Förderprogramms Interprofessionalität des Bundesamtes für Gesundheit BAG als «Modelle guter Praxis» ausgewählt worden (Integrierte Suchthilfe, Diabetes Care und Palliative Care). Ein vierter Untersuchungsgegenstand (In-HospiTOOL) entstammt dem NFP 74 «Smarter Health Care» (Gesundheitsversorgung) des SNF. Wir interessierten uns für implementierte und als gelungen geltende Beispiele, gewissermassen für die Avantgarde der IPZ in der Schweiz, mit der Idee, dass bezüglich unserer Leitfrage, der Frage nach den Kräften, die eine dauerhafte Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit begünstigen bzw. hemmen, am ehesten Antworten zu gewinnen wären.

In jedem der vier Settings wurden mehrere Personen, jeweils mit unterschiedlicher Berufsgruppenzugehörigkeit, befragt. Insgesamt wurden 18 Personen interviewt. Die Interviews wurden wörtlich transkribiert und einem mehrstufigen Interpretationsprozess unterzogen. Die Befragung fand in Form ausführlicher leitfadengestützter narrativer Experteninterviews statt. Die Audioaufzeichnungen aller Interviews wurden transkribiert und pseudonymisiert. Die Interviewdaten wurden in einem mehrstufigen qualitativen Auswertungsprozess mithilfe einer Software zur Analyse qualitativer Daten (MAXQDA) analysiert.

Der Analyseprozess bestand im Wesentlichen aus drei zirkulären Schritten:

1. Das Material wurde zunächst mehrfach auf Narrationen ge- bzw. misslingender IPZ hin analysiert. Diese Passagen wurden für jedes Interview gesondert zusammengestellt.
2. In einem zweiten Schritt wurden diese unsortierten Narrationen über alle Interviews hinweg nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden abgesucht, thematisch gruppiert und verglichen. Diese Zusammenstellung wurde zu Kernkategorien verdichtet.
3. Der dritte Analyseschritt bestand in der Identifikation derjenigen Kategorien, die für die Frage nach allgemeinen und spezifischen IPZ-Mechanismen besonders relevant sind, und in einer anschliessenden erneuten Analyse des Materials. Die Diskussion und Identifikation dieser Themenkomplexe erfolgte im Rahmen gemeinsamer Datenworkshops der Autoren.

Indem die Schritte nicht als striktes, lineares 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.

Wir stellen im Folgenden – in sehr komprimierter Form – die wesentlichen Ergebnisse der Interviews vor. Die Ergebnisse sind wie folgt gegliedert: i) eine kurze Beschreibung des Settings, ii) Erkenntnisse, wie IPZ wirksam wird, iii) welche Restriktionen sichtbar werden und iiiii) nochmals verdichtend, welche Bindungs- und Rückstellkräfte festzustellen sind. Eine vertiefende und detaillierte Auswertung der qualitativen Studienergebnisse findet sich im Anhang 1, ebenso wie eine nähere Beschreibung des methodischen Vorgehens.

Integrierte Suchthilfe

Dieses Fallbeispiel ist von besonderem Interesse, weil hier sogar interorganisational IPZ erfolgreich implementiert werden konnte. Neben der Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheits- und Sozialfachleute im stationären Bereich sind auch spitalambulante Dienste, Spitex und speziell auch kommunale Sozialdienste über Organisationsgrenzen hinweg in das gemeinsame interprofessionelle Netzwerk eingebunden.

Wie wird IPZ wirksam?

Drogensucht wird in der Integrierten Suchthilfe als behandelbare, chronische Krankheit verstanden. Ein wesentlicher Organisationsanker interprofessioneller Arbeit sind dabei die sozialen Dimensionen der jeweiligen Patienten. Die psychischen und somatischen Aspekte der Drogensucht werden immer im Zusammenhang mit den sozialen Aspekten gedacht. In den Erzählungen wird dargestellt, wie vielfach basale soziale oder psychische Dispositionen bearbeitet werden müssen, um überhaupt erst mit medizinischen Behandlungen zum Patienten gelangen zu können. IPZ in der Integrierten Suchthilfe hat im Idealfall die Entfaltung von Potenzialen für ein möglichst «normales», d. h. sozial integriertes Leben zum Ziel. Dies gelingt, weil man in einem eng geknüpften Netzwerk professioneller Anlaufstellen arbeitet, das über verschiedene Einrichtungen der Stadt gespannt ist und das die Patienten/Klienten in ihren ganz unterschiedlichen, höchst individuellen Bedarfen auffangen kann und sich ihnen mit Fürsorge zuwenden lässt.

Die Interviews geben eindrücklich wieder, wie sich verschiedenste Berufspersonen mit unterschiedlichen professionellen Bezügen und oft auch trotz formaler Mitgliedschaft in unterschiedlichen Organisationen als Teil eines Ganzen verstehen. Das geteilte Verständnis der Problemstellung, die in der WHO-Definition interprofessioneller Zusammenarbeit als Ziel formuliert ist, findet sich in den Erzählungen unserer Befragten idealtypisch wieder. Die «Unwahrscheinlichkeit» einer interorganisationalen IPZ kann durch ein stark gemeinsam getragenes Problemverständnis der Krankheit, der Behandelbarkeit wie der Integrierbarkeit der Klienten, durch die gemeinsame Organisationszugehörigkeit und durch die Nutzung verschiedener Abstimmungsgefäße zugunsten der Bearbeitung aktueller Klientenprobleme getragen werden. Eine Art institutioneller Gleichklang stellt Möglichkeiten der praktischen Konkordanz her.

Restriktionen

Vor allem zwei Problemkategorien sind identifizierbar. Erstens: Probleme, die aus unterschiedlichen professionellen Problemwahrnehmungen resultieren (z. B. der pflegerischen vs. der psychologischen Betreuung angesichts des «unzuverlässigen» Verhaltens eines Klienten); diese Probleme werden als durch Kommunikation relativ leicht zu beheben geschildert. Eine zweite, schwerwiegendere Irritationsquelle von IPZ liegt in den formalen Unterschieden zwischen den Ärzten mit ihrer juristischen und administrativen Verantwortung und den anderen Berufsgruppen. Es braucht entsprechend «aufgeklärte» Ärzte, damit die Zusammenarbeit partnerschaftlich funktioniert und sich nicht dominante Verhaltensweisen einschleichen.

Bindungskräfte

- Gemeinsames, übergreifendes Verständnis von Suchtkrankheit und Fürsorge
- Gemeinsame Organisationszugehörigkeit verschiedener städtischer Dienste
- Existierende Abstimmungsgefäße zu aktuellen Klientenproblemen
- Erleichterte Arbeit der einzelnen Berufsgruppen durch niedrigere Schwellen anderen Organisationseinheiten gegenüber

Rückstellkräfte

- Unterschiedliche professionelle Bezugsprobleme, die zu Problemen für eine Profession führen können
- Strukturelle Unterschiede zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen (juristisch, administrativ)

Palliative Care

Im Rahmen dieser Palliative Care werden Patienten an zwei Standorten stationär betreut und darüber hinaus gewährleisten die Mitarbeitenden über einen klinik-internen Konsiliardienst die palliative Betreuung sowohl auf allen weiteren Stationen des Spitals als auch an der Schnittstelle zur ambulanten Palliativversorgung der Region. Unsere Interviews fokussierten die konsiliarischen Leistungen.

Wie wird IPZ wirksam?

Während im Setting stationärer palliativer Versorgung zumeist eingespielte Teams zusammenarbeiten, kommt es in der konsiliarischen palliativen Versorgung zu häufig wechselnden interprofessionellen Kooperationen. Sowohl auf Patienten- und Angehörigenseite wie auch auf Kollegenseite finden sich ungleich mehr und meist kürzere Kontakte. Entsprechend unterschiedlich manifestiert sich IPZ im stationären Palliativsetting zum aktuellen, konsiliarischen Setting. Während in den Erzählungen der Vorgängerstudie (SAMW 2017) über ein stationäres Setting die Individualität der Patienten wie der Professionellen die Fachlichkeit geradezu transzendiert hat, stehen in diesem konsiliarischen Fall die fachspezifischen Aspekte im Zentrum, beispielsweise die medikamentöse Symptomkontrolle, die physiotherapeutische Unterstützung der Atmung, ärztlich-pflegerische Kriseninterventionen oder seelsorgerliche Rituale. Zudem diskutieren die Befragten deutlich stärker die Bedeutung von Professionalität und die Wahrung von Professionalitätsgrenzen sowie Fragen der Hierarchie. Nicht unerwartet werden Reibungen und Konflikte zwischen den Berufspersonen geschildert, die diese zwar als typische, «heikle» Situationen, aber durchaus auch als zielführend auf dem Weg zu einem besseren gemeinsamen interprofessionellen Verständnis wahrnehmen. Hier wird auch spürbar, wie Konzepte und Erfahrungen der Palliative Care dazu einen hilfreichen Kontext bieten.

Im grossräumigeren Konzept der konsiliarischen Palliativbetreuung – also über die Palliativstation hinaus im ganzen, zwangsläufig auf Akutbehandlung ausgerichteten Spital – gewinnen Grenzziehungsfragen eine grosse Bedeutung für die beteiligten Berufsfachleute. Als wichtig erweist sich dabei die – gemeinsame – Zieldefinition und die Abstimmung in Form sogenannter interprofessioneller Gespräche. Gemeinsam ausgerichtet, kann wieder jeder seine professionelle Kompetenz nutzen.

Restriktionen

Ein Problembereich besteht darin, dass die (funktionalen wie auch normativen) Ansprüche der Palliativmedizin mit den Realitäten einer möglichst flächendeckenden Versorgung in Einklang zu bringen sind. Die weniger enge, stärker arbeitsteilige Form des konsiliarischen Arbeitens differiert zu den ausgeprägten Bindungskräften der idealtypischen «ko-kreativen» IPZ auf den Palliativstationen (SAMW 2017). Entsprechend spielen Unterschiede zwischen den Professionen und Berufsgruppen und ihren jeweiligen Problemwahrnehmungen im Konsiliarischen eine grössere Rolle.

IPZ ist im Konzept der Palliativbetreuung stark von aktiven Aushandlungs- und Abstimmungsprozessen abhängig. Gerade in den wechselnden Konstellationen zwischen Stationen und konsiliarischer Betreuung müssen interprofessionelle Routinen entweder stets neu und interpersonell ausgehandelt oder durch geeignete Gefässe in hinreichend feste Strukturen gegossen werden, um nicht auf den «Normalfall» zurückgeworfen zu werden oder manifeste Konflikte auszulösen.

Bindungskräfte

- Sorgsame Handhabung der Grenze zwischen den Professionen
- (Gemeinsame) Zielfindung und -abstimmung
- Interprofessionelle Gespräche als Foren des Austauschs
- Organisatorische Anbindung an Palliativstation
- Elaborierter konzeptioneller und Erfahrungshintergrund der Palliative Care

Rückstellkräfte

- Starke Abhängigkeit von aktiven und teils situativen Aushandlungs- und Abstimmungsprozessen
- Strukturelle Unterschiede zwischen Professionen können für Reibung sorgen
- Disrespekt von Berufsgruppen den jeweils anderen gegenüber

Diabetes Care

Kern dieses Betreuungsangebots für Typ-2-Diabetes ist nicht allein die medizinische Kontrolle und medikamentöse Regulation des Blutzuckerspiegels, sondern in gleichem Masse die Betreuung und Schulung in Sachen gesundheitsfördernder Lebensführung. Neben der ärztlichen Berufsgruppe arbeiten speziell geschulte MPKs, Physiotherapeuten und Ernährungsberaterinnen in dieser ambulanten Diabetesbetreuung in grossen Grundversorgungspraxen zusammen.

Wie wird IPZ wirksam?

IPZ manifestiert sich in diesem Fallbeispiel auf zweifache Weise: Zum einen zeigen sich, insbesondere was die Zusammenarbeit der MPKs mit den Ärzten anlangt, viele Merkmale dessen, was als Delegation oder Task Shifting, also als Verschiebung von Aufgaben von einer Berufsgruppe zu einer anderen, beschrieben werden kann. Bei diesem Task Shifting werden Aufgabengebiete, die klassischerweise von Ärztinnen betreut werden, an Pflegende (Martinez-Gonzales et al. 2015) oder auch MPKs ausgelagert und können dabei mit zusätzlichen Inhalten angereichert werden. So findet sich über die substituierten ärztlichen Aufgaben, die von den MPKs wahrgenommen werden, hinaus ein psychosoziales Surplus, das in die Behandlung der chronischen Patienten eingebracht wird und das monoprofessionell kaum zu erbringen wäre. Für die Ärzte war zudem wichtig, dass sie mit der Diabetes-Sprechstunde «ihre» Patienten nicht verlieren und ihre Effizienz steigern, indem sie sich anderen Patienten zuwenden können.

Die Gesundheitsfachleute wirken hier eher als Beraterinnen oder Coachs auf dem Weg in eine gesundheitsbewusstere Alltagsroutine. Während der Arzt eher als «Reparatur- und Verordnungsinstanz» fungiert, verstehen die anderen Expertinnen ihre Rolle mehr als anleitend, begleitend, überprüfend und nachjustierend. Eindrücklich ist, wie eine erfolgreiche IPZ in diesem Setting immer auch die Einsicht des Patienten in die Notwendigkeit von Eigeninitiative bedingt – erst dann kann die Sprechstunde ihre Wirkung entfalten. Auch in diesem Fallbeispiel zeigt sich, wie sehr alle Gesundheitsfachleute, von der Physiotherapeutin bis zum Arzt, ein gemeinsames Verständnis von und Wissen um die besonderen Herausforderungen dieses Krankheitsbildes haben. Sie sind sich im Ziel der Lebensstilveränderung einig und sehen die jeweils eigene Rolle darin als eine, die erst im Zusammenspiel mit den anderen Rollen für die Patienten wirksam und sicher sein kann.

Restriktionen

Vor allem die Organisationsstruktur im Setting der Grundversorgung, die sich durch relativ kurze, ambulante Kontakte der Patienten zu den niedergelassenen Ärzten auszeichnet, kann hier als Gegenkraft zur Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit angesehen werden. Traditionell beschränkt sich die Rolle anderer Gesundheitsfachleute hier auf delegierte Zuarbeit bzw. Tätigwerden auf Überweisung hin. Dies resultiert aus bzw. spiegelt sich auch in den Vergütungsstrukturen, die sich ganz auf die Rolle des Arztes als zentraler Figur eingestellt haben.

Bindungskräfte

- Task Shifting ärztlicher Aufgaben mit Surplus in der psychosozialen Begleitung
- Hinreichende organisatorische Differenzierung der Sprechstunden zur sonstigen Tätigkeit
- Funktionierender Informationsloop zu den «medical experts» und Wahrnehmung der Ärzte, dass sie an Effizienz gewinnen und die Patienten positiv reagieren
- Hohes Engagement der nichtärztlichen Akteure
- Zugewinn für MPKs

Rückstellkräfte

- Genügende Anzahl von Patienten erforderlich, um eigenständige Sprechstunden organisieren zu können
- Aktuelle Vergütungsstrukturen

InHospitoOL

InHospitoOL ist eine computergestützte Anwendung, die die interprofessionelle Koordination des Spitalaustritts insbesondere von multimorbiden Patienten erleichtern soll. Drei Berufsgruppen, die Pflege, die Ärzte und der Sozialdienst tragen das je professionsspezifisch mögliche Austrittsdatum eines jeden Patienten ins Tool ein und stimmen sich zusätzlich während der täglichen Visiten über mögliche Verzögerungen (z.B. noch kein Platz für stationäre Anschlusspflege vorhanden) ab. Der Austrittsstatus wird je Berufsgruppe mit einem Ampelsystem markiert. Erst wenn die Ampeln aller drei Berufsgruppen auf Grün stehen, ist der Patient faktisch austrittsbereit.

Wie wird IPZ wirksam?

InHospitoOL ist einfach handhabbar und ersetzt bzw. komplementiert im Fall konsequenter Nutzung andere, tendenziell zeitaufwendigere Formen der Kommunikation. Diese Einfachheit gestattet die Synchronisation nicht nur unter-

schiedlicher Personen, sondern auch von Berufsgruppen, Aufgaben und deren zeitlichen Horizonten. In den Schilderungen der Befragten wird deutlich, wie InHospitoOL zu einem besseren Verständnis der Erfordernisse und Leistungen der unterschiedlichen Professionen und damit zu einer besseren interprofessionellen Zusammenarbeit führt.

Die Einfachheit des Tools ermöglicht die Synchronisation jeweils für sich hochkomplexer Arbeitsbereiche – des ärztlichen, des pflegerischen und des Sozialdienstes –, was im Effekt wiederum die weitere Ausdifferenzierung und bessere Komplexitätsverarbeitungskapazität innerhalb der beteiligten Bereiche erhöht. Die «Schönheit» des Tools besteht darin, dass diese Abstimmung ohne Zunahme der direkten, sprich: interaktionalen interprofessionellen Abhängigkeiten möglich wird. Interprofessionelle Kooperation und professionelle Profilschärfung bedingen sich in der konsequenten Anwendung von InHospitoOL wechselseitig.

Restriktionen

So einfach das Tool ist, so sehr ist es von entgegenkommenden Bedingungen abhängig. Offenbar ist InHospitoOL bei aller Praktikabilität sehr von einer hierarchischen Implementierung und kontinuierlichen Unterstützung abhängig. Nadelöhr einer gelingenden Umsetzung sind offenbar die ärztlichen Führungspersonen, die im Positiven wie im Negativen für Trickle-down-Effekte, also das «Durchsickern» von Einstellungen von oben nach unten, sorgen. Zudem bedarf es anscheinend eines nicht unerheblichen Aufwands in der praktischen und kulturellen Implementierung und im fortwährenden Präsenthalten, um die oben geschilderte Funktionalität überhaupt ins Werk zu setzen. Bei Nichtgelingen drohen interprofessionelle Fronten eher zu verhärten, wenn die Nutzung von InHospitoOL zwar erwünscht wäre, in der Praxis aber nicht gelingen will.

Bindungskräfte

- Einfache Handhabbarkeit des Tools
- Ersetzt zeitaufwendigere Formen der Kommunikation
- Effekt der Stärkung und höhere interne Komplexitätsverarbeitungskapazität der drei beteiligten Bereiche
- Stärkung der Professionalität

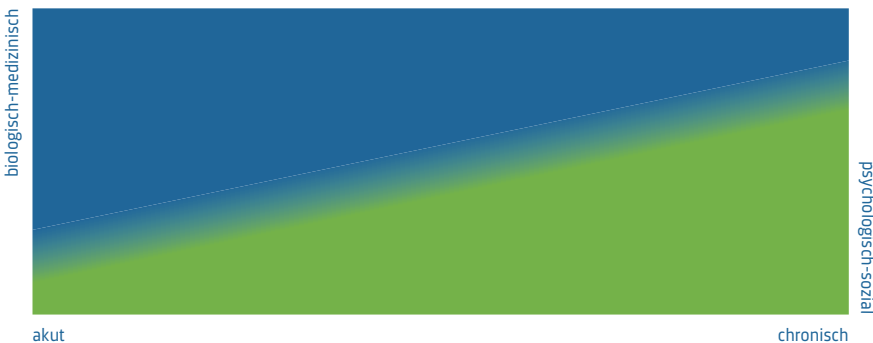
Rückstellkräfte

- Nadelöhr ärztliche Führungspersonen
- Möglicher kontraproduktiver Gap zwischen Versprechen und Realität

Setting-Unterschiede – ein Spektrum

Medizinische Leistungen und Tätigkeiten sind offensichtlich von grosser Bandbreite. Die Frage stellt sich, ob diese Bandbreite Relevanz für Unterschiede von IPZ-Formen aufweist. Wir hatten in der Vorgängerstudie (SAMW 2017, Schmitz 2017) zu zeigen versucht, dass ein Spektrum unterschiedlicher «Krisen» IPZ differenziert (vgl. auch andere Versuche aus jüngerer Zeit, Kontexte bzw. Settings zu spezifizieren: z. B. DiazGranados et al. 2017). In präzisierender Fortführung schlagen wir vor, ein Spektrum der Medizin in Betracht zu ziehen, das sich zwischen den Polen «akut» und «chronisch» aufspannt. «Akut» bezieht sich dabei auf (mindestens im Moment) heilbare Krankheiten, «chronisch» auf fortlaufende, vielfach behandelbare, letztlich aber unheilbare Krankheiten.² Eine Idee der Vorgängerstudie (nämlich die Differenzierung von Medizin/Individualität) variierend, tragen wir orthogonal zur Achse akut–chronisch Ausprägungsgrade biomedizinischer Dimensionen links (blau in Abb. 2) und psychosozialer Dimensionen rechts (grün in Abb. 2) auf. Gemeint ist bei «biomedizinisch» nicht nur Wissen (z. B. über Biomarker oder molekulare Bedingungen von Medikamenten), sondern gleichermassen die Palette damit einhergehender medizinischer Skills und Interventionstechniken, die von «schneidend» über «verabreichend» bis hin zu «sprechend» reicht (Glouberman/Mintzberg 2001). Bei «psychosozial» geht es um die nichtsomatischen Anteile, die für das Behandlungsgeschehen von Bedeutung sind, wie Verhalten, Compliance, Präferenzen, individuelle Fragestellungen etc. (Abb. 2).

Abb. 2: Behandlungs- und Betreuungsspektrum



2 Zu unterstreichen: «Akut» meint die Krankheit und nicht das Setting, also nicht das «Akutspital». Chronische Krankheiten werden oftmals im «Akutspital» behandelt. Krankheit und Setting sollten also nicht verwechselt werden.

Auch wenn im konkreten Behandlungsfall immer beide Dimensionen vorhanden sind, verschieben sich die Gewichte zwischen den beiden je nach Art der Krankheit und der Weise der Versorgung. Bei einem bewusstlosen, schwer verletzten Unfallopfer – eine Akutkrise par excellence – kommen vor allem biomedizinische Dimensionen zum Einsatz. Das Wissen der Akutmedizin wie auch ihre «handwerklichen» und technischen Fähigkeiten werden abgerufen, Psychosoziales steht für die Erstbehandlung im Regelfall eher an kleinem Ort, kann aber rasch relevant werden, etwa wenn Fragen der Interpretation des Patientenwillens virulent werden. Umgekehrt werden sich bei chronischen Krankheiten regelmässig höhere Anteile psychosozialer Dimensionen bemerkbar machen. Diabeteskranke sind z. B. aufgerufen, sich mit ihrem Lebensstil auseinanderzusetzen, Palliativpatienten haben die lebensendliche Krise zu bewältigen, mit all den Themen, die sich individuell dann stellen. Medizinische Fragen sind bei chronischen Krankheiten wichtig, essenziell bei einer solcherart oft «inkrementalen Medizin» (Gawande 2017) sind aber auch die psychosozialen Faktoren: das Verhalten der Patienten, ihre Selbstsorge, ihre Selbstregulierung, ihre Compliance usw. Das Verhältnis zwischen den Dimensionen Blau und Grün ist auf der rechten Seite also ein Umgekehrtes, aber auch hier findet sich immer eine Mischung beider Dimensionen und niemals nur ein Teil davon (sonst würde es sich vermutlich nicht mehr um ein Problem des Gesundheitssystems handeln). Klar ist, dass Krankheitsverläufe verschiedene Phasen oder Episoden durchlaufen können. Ein Suchtkranker kann eine akute somatische Krise erfahren etc. Das Spektrum soll nicht einer Fixierung dienen, sondern Unterschiede hinsichtlich Krankheiten und Settings erkennen lassen.

Keine Berufsgruppe ist vollständig einer Dimension zuzuordnen. Selbstverständlich nehmen Ärzte und Ärztinnen, auch wenn sie schwergewichtig im «blauen» Feld tätig sind, für sich in Anspruch, mit ihren Patienten im Gespräch zu stehen und Psychosoziales einbeziehen zu wollen (dies aber eventuell nicht mit derselben Professionalität, mit der sie das Skalpell führen oder das Stethoskop ansetzen; Glouberman/Mintzberg 2001). Und ebenso selbstverständlich betätigen sich auch andere Berufsgruppen im «blauen Feld», z. B. Chiropraktiker, Physiotherapeuten oder die OPS-Pflege, um nur drei Beispiele zu nennen; gleichwohl kommen viele ihrer Tätigkeiten im «grünen» Bereich zu liegen.

Das Verhältnis von Blau zu Grün ist als dynamisch zu betrachten. Die Grenze zwischen den beiden Bereichen ist fließend, und je weiter rechts im Spektrum, desto fließender. Grenzziehungen werden immer wieder Veränderungen unterworfen, entsprechend gilt es, sie immer wieder neu auszuhandeln. Dann wird z. B. neu diskutiert, wer jene lebenswichtigen Spritzen verabreichen, wer solche

«Tasks» wahrnehmen oder auch wer Leistungen den Kassen gegenüber abrechnen darf (s. exemplarisch die aktuelle Diskussion über die Abrechenbarkeit psychotherapeutischer Leistungen in der Schweiz; Seifritz 2019).

Zwei Tendenzen sind feststellbar. Einmal jene, die als «Task Shifting» beschrieben wird und besagt, dass ärztliche Tätigkeiten an andere Berufsgruppen ausgelagert werden (Maier et al. 2018). Als eine besonders elaborierte Variante dieses Task Shiftings finden sich Ausdifferenzierungen ganzer Rollen, etwa in Form von ANPs (Advanced Nurse Practitioners) oder auch Physician Assistants (Bischofberger/Baumgartner 2016). Dabei werden durch die neuen Rollen auch neue Möglichkeiten in der Krankenbehandlung nutzbar. Abgeleitet aus unseren Untersuchungsergebnissen drängt sich die These auf, dass dies insbesondere dann der Fall sein wird, wenn die psychosozialen Dimensionen der Krankheit genutzt werden (s. Fallbeispiel Diabetes Care). Auf der anderen Seite dehnt sich die Medizin in vormalig pflegerische Bereiche aus, falls sich durch medizinische Fortschritte das Spektrum behandelbarer Krankheiten vergrössert. In jedem Fall zieht sich die Frage der Bedeutung von Grenzziehungen, Grenzverschiebungen bzw. Aushandlungen von Grenzen zwischen den beteiligten Professionen wie ein roter Faden durch unsere Fallbeispiele. Generalisierend kann man sagen, dass gelingendes Grenzmanagement – worauf immer das Gelingen im Einzelnen beruht – eine zentrale Bindungskraft darstellt. Gelingt die Arbeit an den Professionsgrenzen hingegen nicht, können wir von relevanten Rückstellkräften ausgehen (vgl. Langley et al. 2019).

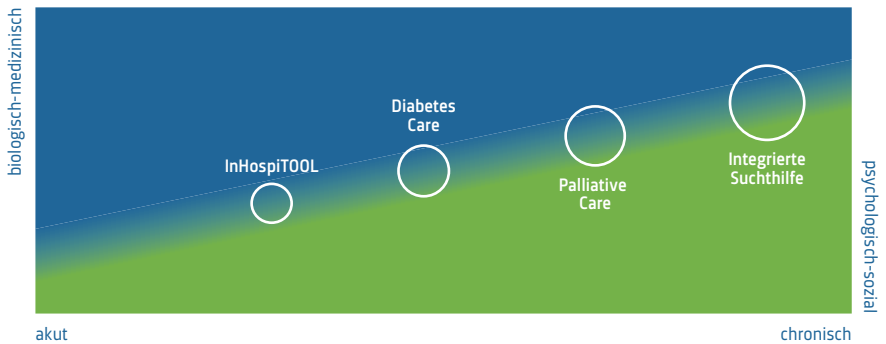
Ein Mapping der vier Fallbeispiele

Unsere vier Fallbeispiele finden sich breit gestreut über das Spektrum (Abb. 3). InHospiTOOL liegt am weitesten links, indem die Patienten wesentlich als akut definiert sind. Die individuellen Patienten werden eine unterschiedliche Gemengelage von biomedizinischen und psychosozialen Dimensionen aufweisen und je nachdem werden einzelne Berufsgruppen unterschiedlich stark gefordert sein. Das kann breit variieren. Hier wurde ein digitales Tool implementiert, um Austritte zu optimieren, ohne dass die drei zentralen Berufsgruppen aufwendige, interaktive Abstimmungsmanöver zu vollführen hätten. Damit kann das grundsätzliche Funktionieren des Systems – lose Koppelung der professionellen Aufgaben im Alltag – beibehalten und dennoch eine verbesserte Abstimmungspraxis erreicht werden. Hierin liegt sozusagen das Raffinement dieses Tools. Man darf davon ausgehen, dass digitale «Tools» zukünftig eine viel grössere Rolle in der Versorgung(skoordination) spielen werden. Diabetes Care kommt un-

seres Erachtens relativ in der Mitte zu liegen und ist ein Beispiel für «Task Shifting». Dieses «Task Shifting» manifestiert sich in der Einrichtung einer durch MPKs geführten Sprechstunde. Eine Diabetesbehandlung hat klare biomedizinische Anteile und den Verhaltens- und Lebensstildimensionen kommt ebenfalls wesentliche Bedeutung zu.

Die beiden rechts liegenden, nochmals stärker im chronischen Bereich zu verortenden Fallbeispiele setzen intensiver noch auf gemeinsame konzeptionelle Verständnisse und organisationsstrukturelle sowie kommunikative Formen, um auf die wesentlich auch psychosozial bedingte, hoch individuelle Unruhe ihrer Klientel produktiv reagieren zu können. Bei ihnen findet sich am stärksten ein Interagieren zugunsten einer Verständigungsgewinnung (s. WHO-Definition).

Abb. 3: Die vier Fallbeispiele im Behandlungs- und Betreuungsspektrum



Ein drittes Fazit: Die Fragilität der IPZ

Unsere Leitfrage war, wo und wozu interprofessionelles Interagieren zur Verständnissuche gebraucht und von den Beteiligten als relevant eingeschätzt und umgesetzt wird, und wie es sich nachhaltig etablieren kann. Die vier untersuchten Fallbeispiele liefern hierzu eine erstaunliche Bandbreite an Antworten, die zeigen, wie Bedarf und Relevanz der IPZ durch die Beteiligten hoch genug eingeschätzt und inwiefern zufriedenstellende Formen der Umsetzung und der Etablierung entwickelt werden können. Unser Ausgangspunkt war dabei, dass der professionell orientierte «Normalfall» erhebliche Aufwände zur Etablierung des interprofessionellen «Sonderfalls» benötigen wird und dass dieser organisatorisch wie professionell unterlegt sein muss.

In diesem Sinne haben wir jene «Bindungskräfte» identifiziert, die diesen Fällen erlaubt haben, sich gegenüber der Default-Position zu behaupten, und diejenigen fallspezifischen Rückstellkräfte benannt, die dem entgegenstreben. Die nachstehende Tabelle fasst beide Kräfte nochmals zusammen:

	Integrierte Suchthilfe	Palliative Care	Diabetes Care	InHospITool
Bindungskräfte	<ul style="list-style-type: none"> - Gemeinsames, übergreifendes Verständnis von Suchtkrankheit und Fürsorge - Gemeinsamer organisatorischer Rahmen für verschiedene städtische Dienste - Abstimmungsgefässe zu aktuellen Klientenproblemen - Erleichterte Arbeit der einzelnen Berufsgruppen durch niedrigere Schwellen anderen Organisationseinheiten gegenüber 	<ul style="list-style-type: none"> - Sorgsame Handhabung der Grenze zwischen den Professionen - (Gemeinsame) Zielfindung und -abstimmung - Interprofessionelle Gespräche als Foren des Austauschs - Organisatorische Anbindung an Palliativstation - Elaborierter konzeptioneller und Erfahrungshintergrund der Palliative Care 	<ul style="list-style-type: none"> - Task Shifting ärztlicher Aufgaben mit Surplus in der psychosozialen Begleitung - Hinreichende organisatorische Differenzierung der Sprechstunden zur sonstigen Tätigkeit - Funktionierender Informationsloop zu den «medical experts» und Wahrnehmung der Ärzte, dass sie keine Patienten verlieren, an Effizienz gewinnen und die Patienten positiv reagieren - Hohes Engagement der nichtärztlichen Akteure - Zugewinn für MPKs 	<ul style="list-style-type: none"> - Einfache Handhabbarkeit des Tools - Ersetzt zeitaufwendigere Formen der Kommunikation - Effekt der Stärkung und höhere interne Komplexitätsverarbeitungskapazität der drei beteiligten Bereiche - Stärkt Professionalität

	Integrierte Suchthilfe	Palliative Care	Diabetes Care	InHospitoOL
Rückstellkräfte	<ul style="list-style-type: none"> - Unterschiedliche professionelle Problemwahrnehmungen, die zu Nachteilen für die Arbeit einer Profession führen können - Strukturelle Unterschiede zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen (juristisch, administrativ) 	<ul style="list-style-type: none"> - Starke Abhängigkeit von aktiven und teils situativen Aushandlungs- und Abstimmungsprozessen - Strukturelle Unterschiede zwischen Professionen können für Reibung sorgen - «Grenzüberschreitungen» oder Disrespekt von Berufsgruppen 	<ul style="list-style-type: none"> - Genügende Anzahl von Patienten, um eigenständige Sprechstunden organisieren zu können - Abrechnung 	<ul style="list-style-type: none"> - Nadelöhr ärztliche Führungspersonen - Möglicher kontraproduktiver Gap zwischen Versprechen und Realität

Tab. 1: Überblick Bindungskräfte und Rückstellkräfte

Bindungskräfte

Der Überblick über die Bindungskräfte weist auf die grosse Bandbreite solcher Kräfte hin. In zwei Fällen erweisen sich konzeptionelle Verständnisse (über Krankheit und Behandlungsformen) zusammen mit organisatorischen oder kommunikativen Strukturen als wichtig (Suchthilfe und Palliativ). Im dritten Fall ist ein «Task Shifting» identifizierbar, das mit einem psychosozialen Surplus in der Patientenbetreuung aufwarten kann, während im vierten Fall ein Tool zum Einsatz kommt, das Professionsunterschiede hinsichtlich ihrer Entscheidungsrelevanz ernst nimmt und im Kern die je eigene Professionalität aller Beteiligten stärkt. Insgesamt sind krankheits- und settingspezifische Unterschiede feststellbar (s. Abb. 3). Mit anderen Worten, der Kontext entscheidet, was Sinn macht. Diese Kontextsensitivität drückt sich in der sehr spezifischen Wahl der konkreten Mittel aus, die gewählt wurden, um IPZ dauerhaft etablieren zu können.

Deutlich wird jedes Mal, dass die Bindungskräfte ausgeprägter Natur sein und für die beteiligten Akteure sinnhaft (d. h. im Alltag produktiv) erlebbar sein müssen. In jedem Fall braucht es Energie, um IPZ behaupten zu können. Oder, um es gewissermassen «platt» auf den Punkt zu bringen: Eine 1:1-Implementierung von InHospitoOL in der Integrierten Suchthilfe würde erwartbar nicht zur Entfaltung von Bindungskräften führen. Eine solche technische Lösung passt weder zum sachlichen Bezugsproblem dieses Settings noch zu dessen kultureller Fundierung.

Bindungsenergie wird immer auch von konkreten Personen und professionellen Positionen eingebracht bzw. aufrechterhalten. Mehrfach wurde auf die Bedeutung von (ärztlichen) Führungspersonen und individuell getragenen und professionell unterlegten Überzeugungen verwiesen, die Energie mobilisieren lassen. Passend dazu sei ein interessantes Ergebnis unserer quantitativen Untersuchung, die vornehmlich methodischen Fragen diene, hier ergänzend angemerkt, nämlich dass die Ärztinnen und Ärzte die Gruppe darstellen, mit der die häufigsten interprofessionellen Kontakte im Alltag stattfinden. Sie bilden offensichtlich so etwas wie Knotenpunkte der interprofessionellen Zusammenarbeit (s. Anhang 2). Auch dieser Befund unterstreicht den besonderen Stellenwert der Ärzteschaft in diesem Zusammenhang.

Nachvollziehbar war ebenfalls in allen vier Fällen, dass organisatorische wie professionelle Vorteile interprofessioneller Zusammenarbeit wahrgenommen wurden und die Vorteile die eventuellen Nachteile (Aufwand der Toolpflege, Angewiesenheit auf aktive Ziel- und Abstimmungsgespräche etc.) aus Sicht der Beteiligten aufwiegen.

Rückstellkräfte

Auch bei den Rückstellkräften zeigt sich eine gewisse Bandbreite, auch wenn der strukturelle Unterschied zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsberufen, der sich nach wie vor in juristischen und administrativen Verantwortlichkeiten ausdrückt, praktisch durchgehend von grosser Bedeutung ist. Wenn beteiligte Ärzte auf gewohnten Routinen des Nebeneinanders beharren, wenn sie einseitig Informationsflüsse unterbinden oder ihre Verordnungsmacht hervorkehren, entfaltet dies rapide wirkende Kräfte, die interprofessioneller Zusammenarbeit entgegenwirken. Alle Beteiligten sind in ihrem professionellen Verhalten herausgefordert, wollen sie IPZ erfolgreich machen (Engagement und Positionierung, Entscheidungsbereitschaft, Teilen von Informationen, Verzicht auf mögliche Dominanz etc.). Die Ärzteschaft hat infolge ihrer speziellen Rolle im System (Wissen, Verordnung, Haftung, Abrechnung, Knotenpunkt im Netz der Zusammenarbeit) jedoch «besonders gute Chancen», den Default zu bewirken. Die Sorgsamkeit, mit der darum eine Kultur der IPZ gepflegt werden muss, beeindruckt und zeigt nochmals auf, wie rasch Modelle interprofessioneller Zusammenarbeit auch wieder von der «normalen» Alltagsroutine überlagert und verdrängt werden. Es braucht kontextadäquate Formen und starke Überzeugungen der Beteiligten (nicht zuletzt der jeweiligen ärztlichen Führungspersonen) hinsichtlich des Nutzens für die eigene Tätigkeit wie hinsichtlich des Outco-

mes für die Patienten, um diese Energie fortlaufend aufbringen zu wollen. Ohne entsprechenden Einsatz und entsprechende Energiemobilisierung kommt der Rückfall rasch zum Tragen. Der Default droht.

Mehrfach wurden Beispiele genannt, wie unterschiedliche professionelle Problemwahrnehmungen zu Reibungen zwischen den Beteiligten führen können und dass es immer wieder eigener Gefässe und Gesprächsforen bedarf, um diese Unterschiede klären und ausräumen zu können. Diese Art von Verständnissuche ist anspruchsvoll und kann vermutlich nur dort funktionieren, wo ein hinreichend gemeinsamer Boden bezüglich des Krankheitsverständnisses, der Art der Dynamiken der Situationen und des Verhaltens der Beteiligten gegeben ist (s. speziell die Fallbeispiele Palliative Care und Suchthilfe). Nicht zuletzt ist diese Art der Verständnissuche auf eines der knappsten Güter im Gesundheitssystem angewiesen: ausreichende Zeitressourcen.

Entgegen einer möglichen Grundintuition, dass IPZ die Grenzen zwischen den Professionen verwischt, zeigen die Fallbeispiele insgesamt, dass IPZ potenziell eine Stärkung der Professionalität bewirkt. Umso heikler sind «Grenzüberschreitungen» zwischen den Professionen, z. B. wenn die Pflege den Ärzten Medikamente «empfiehlt» oder der Arzt meint, in jedem Fall die Gesprächsführung mit dem Patienten wahrnehmen zu müssen, obwohl das genauso von der Vertreterin einer anderen Berufsgruppe gemacht werden kann o. ä. Der Grenzziehung, dem Grenzmanagement zwischen den Professionen kommt also hohe Bedeutung zu. Passieren zu viele «Verletzungen», werden die Rückstellkräfte rasch aktiv. Die Interviewpartner, die besonders positiv über IPZ berichteten, beschrieben die Zusammenarbeit immer auch als stärkenden Faktor der je eigenen Professionalität.

In einzelnen Fällen zeigen sich eine genügende Anzahl von Patienten, um eigenständige Formen (z. B. einer speziellen Sprechstunde) etablieren zu können, sowie Abrechnungsfragen von besonderer Bedeutung. Ungenügende Grössen wie auch ungenügende finanzielle Möglichkeiten machen den besten IPZ-Intentionen schnell den Garaus.

Control und Community

Das «Swiss cross» (Abb. 1) führte uns vor Augen, dass nicht nur zwei, sondern vier Kulturen miteinander abzustimmen sind: die beiden medizinischen Kulturen sowie jene des Managements und jene der «treuhänderischen Verwaltung der gesellschaftlich-gemeinschaftlichen Werte». Entsprechend auffällig ist in den Fallanalysen, dass primär medizinimmanente Dimensionen berichtet werden. In den Erzählungen der Interviewpartner dominieren klar die Kulturen der Behandlung und der Betreuung (und wurden auch die kulturentsprechenden Interviewpartner und -partnerinnen von den Organisationen ernannt!). Finanzielle bzw. Abrechnungsthemen war in zwei Fällen immerhin Gesprächsgegenstand. Nicht auszuschließen ist, dass die Befragten einen professionellen blinden Fleck reproduzierten, indem sie die beiden nichtmedizinischen Kulturen nur begrenzt zur Kenntnis nahmen bzw. deren Bedeutungen weniger explizit zum Ausdruck brachten.

Völlig klar ist, dass ohne finanzielle Möglichkeiten und ohne einen gesellschaftlichen und auch politischen Resonanzraum, der bestimmte Agenden begünstigt, geringer Erfolg zu verzeichnen wäre. Selbst mit Einrechnung dieser Effekte bleibt aber der Eindruck bestehen, dass nur dann, wenn ein ausreichend medizinisch-professionell begründetes und von konkreten Personen aus dem Kerngeschäft vertretenes Rationale vorliegt, hinreichend Bindungskräfte mobilisierbar sein werden. (In dieses Rationale zu inkludieren ist die Erzeugung höherer Attraktivität am Arbeitsmarkt angesichts drohender Personalknappheiten.) Dieser Eindruck würde auch anderen Innovationserfahrungen im Gesundheitssystem entsprechen, die zeigen, dass selbst evidenzbasierte Neuerungen nur langsam diffundieren und sich die Verbreitung kaum beschleunigt bzw. in Pseudoaktivität zu verflüchtigen droht, wenn sie «von oben» (Control/Community) angewiesen wird, wie exemplarisch am Beispiel der Einführung von Checklisten im OP gezeigt werden kann (Leape 2014, Touati et al. 2019).

Damit sind Beiträge der Kulturen des Managements als auch von «Community» keineswegs bedeutungslos. Im Gegenteil, wenn Koordinationsleistungen nicht finanzierbar sind, bedeutet das den raschen Erstickungstod jeder IPZ-Initiative. Wenn sich Initiativen nicht in gesellschaftlichen, ethischen oder auch politischen Zielen gespiegelt und gestützt finden, wird man ohne diese vermeintlich weichen Faktoren gesellschaftlich anerkannter Werte und deren Wandel oftmals gar nicht auf die Idee kommen, IPZ zu initiieren (s. emanzipatorischer Diskurs der IPZ), und werden sie kaum oder nur geringe Bindungskräfte aktivieren können. So kann etwa der Versuch nichtärztlicher Berufsgruppen, «Augenhöhe»

gegenüber der Ärzteschaft zu erreichen, den gesellschaftlichen Resonanzraum einer zeitgemässen «Socio-Ideology», die Werte der Zusammenarbeit und der Hierarchieminderung hochhält, nutzen (Lykke/Anderson 2019). Wer wollte auch widersprechen? Solche gesellschaftlichen oder auch politischen Resonanzen, die sich etwa auch in den IPZ-Fördermassnahmen von BAG und SAMW ausdrücken, versorgen mögliche Initiativen mit nicht zu unterschätzenden Bedeutungsgebungen und kulturell-politischem Rückenwind.

Spürbar wird aber auch, wie den beiden nichtmedizinischen Kulturen des «Swiss cross», also «Control» und «Community», ein Stück weit die Hände gebunden bleiben, weil die Kluft zwischen «oben» und «unten» (Mintzberg 2017) instrumentell nur begrenzt überwindbar ist. Ihr Beitrag wird oftmals im Generieren eines Kontextes liegen, innerhalb dessen sich Bindungskräfte entfalten und Rückstellkräfte eingedämmt werden können. Damit aber nehmen sie steuernde Wirkung an bzw. bleiben an spezifische Übersetzungsleistungen gebunden (Willke 2001, Atzeni/Nassehi 2015).

Empfehlungen und Lessons learned

Wir stellen unsere Empfehlungen und Lessons learned in zwei Schritten vor. Im ersten Schritt präsentieren wir ein Portfolio an handlungsleitenden Empfehlungen, die ein Nachdenken über Fragestellungen im IPZ-Alltag befördern sollen. Im zweiten Schritt stellen wir eine systematische Einordnung dieser Empfehlungen zur Verfügung und ergänzen diese um Lessons learned, die aus den Fallbeispielen gewonnen werden können.

Empfehlungen

Gelingende IPZ bedeutet immer, mit den kulturellen Brillen, die jede und jeder mitbringt, einen guten Umgang zu finden. Unsere Empfehlungen richten sich daher zunächst ganz auf die Kraft der Reflexion, die so wesentlich für eine gelingende IPZ ist. Mit diesem Portfolio an Hinweisen wollen wir dazu einladen, sich auf die Herausforderung dieser so wesentlichen Reflexion einzulassen. Die Form ist so gehalten, dass die Leserin, der Leser jeweils direkt als Vertreter einer einzelnen Kultur – entweder der Behandlung, der Betreuung, des Managements oder der treuhänderischen Verwaltung gesellschaftlicher Werte (Cure, Care, Control und Community; s. Abb. 1) – angesprochen wird. Denn das ist die Perspektive, in der üblicherweise perzipiert wird. Gleichzeitig soll diese Form dazu ermutigen, die eigene «Professionsbrille» im Gedankenexperiment auch einmal ab- und dafür eine andere Professionsbrille aufzusetzen. Die Idee dahinter ist, dass 1) ohnehin die Zugehörigkeit zu einer der vier Kulturen entscheidet, was «gelesen» wird, da immer die Brille der eigenen Kultur/Profession bestimmt, was gesehen wird, sowie 2) eine positive Provokation eher Nachdenken auslöst als eine «brave» Auflistung von politisch korrekten Appellen.

Als Leserin oder Leser können Sie Punkt 1 wie 2 unmittelbar überprüfen, indem Sie in Selbstbeobachtung verfolgen, inwieweit Sie unterschiedlich kritisch oder positiv bei den Sie (als Vertreterin einer der vier Kulturen) betreffenden bzw. bei den Empfehlungen für andere Akteure reagieren. Treffen die Empfehlung z. B. bei ihrer Kultur nicht zu, bei den anderen aber schon? ... Wo reagieren Sie zustimmend? Wo tendenziell ablehnend?

Im beschriebenen positiv provokativen Sinne erlauben wir uns, Sie im Folgenden zu duzen ...

1. Empfehlungen an das «Kerngeschäft» (Cure and Care)

- 1.1. Wenn du an deine Klinik, deine Station, deine Praxis, dein ... denkst: Identifiziere die aus deiner Sicht grössten Probleme in der Leistungserbringung und der Erzeugung noch besserer Patientenbehandlung und -betreuung.
 - 1.1.1. Hilfestellung: Bleib nicht beim ersten Gedanken stehen, sondern überlege: Was stört dich wirklich? Was widerspricht oder widerstrebt effektiv einem oder mehrerer deiner Werte, Überzeugungen oder inneren Commitments?
 - 1.1.2. Unterdrücke den ersten, vermutlich sofort aufkommenden Gedanken, dass alles gut wäre, wenn man dich nur in Ruhe arbeiten liesse (du also mehr vom selben machen würdest) und überlege stattdessen, ob und wie dich gegebenenfalls IPZ bei einer Lösung dieser Probleme unterstützen könnte (Spoiler: IPZ wird nicht immer die Lösung sein).
 - 1.1.3. Solltest du fündig werden, wiederhole dieses Brainstorming in grösserem, schliesslich auch in interprofessionellem Kreis.
- 1.2. Angenommen, ein Problem ist identifiziert (und IPZ könnte helfen): Welche Antwortmöglichkeiten auf diese Problemlage könnte es geben?
 - 1.2.1. Welche Bindungskräfte könnten helfen, IPZ zu etablieren? Wie könnte Professionalität gestützt, Effizienz gewonnen, Zufriedenheit verbessert werden? Wie könnten Leistungen zugunsten der Patienten neu definiert werden?
 - 1.2.2. Studiere Best Practices³, lass dich anregen und nicht davon einschränken.
 - 1.2.3. Bleibe stur bei der Annahme, dass es diesmal ganz anders als bisher gehen könnte.

3 Ein wunderbarer Beginn: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionallitaet/projektverzeichnis-modelle-guter-praxis.html> und, natürlich, unsere ausführlichen Fallanalysen im Anhang.

- 1.2.4. Bleibe zuversichtlich und vergiss bei aller Kooperativität nicht, dass ein bisschen Politik nicht schaden kann, die Dinge voranzubringen.
- 1.3. Beziehe wann immer möglich PREMS (Patient Reported Experience Measures) und PROMS (Patient Reported Outcome Measures) mit ein – Patientenerfahrungen sind ein Schlüssel für neue Ideen.
- 1.4. Wann immer du interprofessionell zusammenarbeitest: Beobachte, wann und wie schnell welche (negativ konnotierten) Gedanken bezüglich der anderen Berufsgruppen auftauchen (à la «so langsam», «so wenig wertschätzend», «so wenig flexibel», «so eigensinnig», «so ...»). Identifiziere, was diese Gedanken mit dir machen und wie du sie zugunsten besserer Kooperation überwinden kannst.
- 1.5. Beobachte, wann und wie schnell du dich herausgefordert fühlst, dich und deine Berufsgruppe zu verteidigen (darauf hinzuweisen, wer hier das Sagen hat; zu denken, dafür bin ich nicht verantwortlich etc.).
- 1.6. **Als Ärztin oder Arzt («Cure»):** Bedenke, dass du infolge deiner speziellen Rolle im System (bes. hinsichtlich abrechnungstechnischer und juristischer Dimensionen) besonders «gute» Chancen hast, IPZ zu verhindern bzw. scheitern zu lassen. Reflektiere sorgsam deine Handlungsspielräume – und nutze sie (speziell, wenn du in einer leitenden Position bist). Sei dir bewusst, dass du über den «Normalfall» hinausgehen musst, d. h. deine Komfortzone wirst verlassen müssen.
 - 1.6.1. Übe dich in Geduld, Schnelligkeit ist nicht alles.
 - 1.6.2. Vergiss nie: Auch die anderen müssen Geduld mit dir aufbringen.
- 1.7. **Als nichtärztliche Berufsperson («Care»):** Bedenke, dass IPZ auch von dir ein anderes Verhalten verlangt. Du musst mehr entscheiden, mehr Verantwortung übernehmen und wirst ebenfalls deine Komfortzone verlassen müssen.
 - 1.7.1. Du wirst Geduld mit deinen ärztlichen und anderen Gegenübern brauchen – und auch ihre Geduld beanspruchen.

2. Empfehlungen an «Control»

- 2.1. **Als im «Control» tätige Berufsperson:** Erkundige dich im Kerngeschäft, was die grössten und am intensivsten wahrgenommenen (Organisations-) Probleme sind.
 - 2.1.1. Gib dich nicht mit der ersten Antwort zufrieden, frage weiter. Bohre tiefer. Hilf erkunden, worum es (wirklich) geht.
 - 2.1.2. Eine Bitte: Gehe nicht davon aus, dass du es wüsstest.
 - 2.1.3. Nimm in Kauf, dass du zunächst oberflächliche Antworten erhältst, die dich ärgern werden.
- 2.2. Erkundige dich nach Unzufriedenheiten über die Arbeit bei den verschiedenen Personalgruppen (Stakeholdern) und nimm diese ernst (denn hier könnte sich eine dramatische Schwierigkeit für die Zukunft anmelden).
- 2.3. Beteilige dich an den PROMS und PREMS. Hier liegt ein Schlüssel für neue Leistungen und Leistungsformen.
- 2.4. Befreunde dich mit dem Gedanken, dass du wenig (direkt) fördern, aber viel verhindern kannst.
- 2.5. Vergiss die Idee, dass du es bist, der vernünftig ist (und die anderen «unvernünftig» sind). Beobachte, wann und wie schnell du auf solche Gedanken kommst. Versuche, dich nicht von solchen Gedanken stoppen zu lassen.
- 2.6. Unterstütze flexiblere Abrechnungsformen. Lass dich auf neue Diskussionen mit den Versicherern ein.

3. Empfehlungen für «Community»

- 3.1. **Als Berufsperson, die für «Community» arbeitet:** Gehe davon aus, dass öffentliche Gesundheit mindestens gleich viel wert ist wie betriebswirtschaftliche Gesundheit. Nein, das ist kein Gemeinplatz.
- 3.2. Begreife dich als Teil des Systems – und damit auch des Problems. Was sind deine Beiträge dazu?
- 3.3. Kümmere dich unermüdlich um die Hinterfragung von Fragmentierungen und Schnittstellen. Drücke deine Verwunderung aus, was alles nicht zu gehen scheint. Versuche konsequent zwischen berufsständischen Abwehrmechanismen und operativen Lösungssuchen (inkl. den darin aktualisierten kulturellen Abwehrmechanismen) zu unterscheiden.
- 3.4. Interessiere dich für PREMS und PROMS. Patientenerfahrungen bilden einen Schlüssel.
- 3.5. Versuche immer wieder neu zu identifizieren, welche Versorgungsleistungen konsequent durch das Netz der professionellen Spezialisierung und Fragmentierung zu fallen drohen (chronische Krankheiten? Welche besonders? Wie steht es um die Berücksichtigung der psychosozialen Aspekte in der Versorgung? Anderes?).
- 3.6. Unterstütze und fördere Dialoge (Plattformen); wo immer möglich und wenn immer möglich so, dass möglichst wenig berufsständisches Verhalten aktualisiert wird.
- 3.7. Löse dich von der Vorstellung, dass die steigenden Kosten DAS Problem des Gesundheitssystems sind (aber natürlich sind sie ein Problem). Halte dich stattdessen an die Annahme, dass ein besseres Überbrücken (durch Kooperieren) der Fragmentierungen die Kosten eher in den Griff bekommen lässt.
- 3.8. Gehe davon aus, dass es eine gesellschaftliche Frage ist, welche Leistungen in welchem Umfang gestützt, gefördert, eingeschränkt werden sollten. Überlege, ob es für Versorgungsplanung neue Formen von Dialogen der Bevölkerung braucht.

- 3.9. Versuche den Impulsen zu widerstehen, Kerngeschäftvertreter als «ignorant», «widerständig», «borniert», «machtorientiert» o. ä. zu begreifen – auch wenn sie es manchmal sind ... Beobachte, wann und wie schnell im Kontakt mit ihnen solche Gedanken in dir auftauchen und wie du die daraus folgenden Impulse überwinden kannst.
- 3.10. Gehe davon aus, dass du es mit einem System zu tun hast, das über einen für viele Zwecke vorzüglich funktionierenden Normalzustand verfügt und das nun danach sucht, neue Lösungen für die Situationen zu finden, in denen seine grosse Stärke (professionelle Fragmentierung) in eine Schwäche umschlägt.
- 3.11. Wenn du frustriert bist, denke daran, dass die nächsten Jahre so viele Änderungen ins System spülen werden, dass vieles von dem, was heute Probleme macht, in neuem Licht gesehen werden wird (technologischer Wandel, Wandel der Medizin, Unzufriedenheiten von Berufsleuten, Nichtbesetzbarkeit von Kaderstellen, gesteigerte Patienteninteressen ...).
- 3.12. Wenn du Politikerin bist: Vergiss nicht, dass es starke und nur lokal erzeugbare Bindungskräfte braucht, um den «Normalfall» dauerhaft verlassen zu können.
- 3.13. Wenn du Verwaltungsrat bist: Vergiss nicht, dass du nicht Chef eines Unternehmens bist, sondern ein Treuhänder gesellschaftlich-gemeinschaftlicher Werte. Auch wenn dich die Sorge um positive Deckungsbeiträge oder den EBITDA in der Nacht wachhalten – deine wirkliche Sorge sollte darauf gerichtet sein, wie du Gesundheit und Betriebswirtschaft versöhnst und einen Kontext unterstützt, in dem die alten Stärken nicht in neue Schwächen umschlagen.

Einordnung der Empfehlungen und Lessons learned

Die obenstehenden Empfehlungen waren nach drei Dimensionen sortiert:

1. Problemidentifikation und Lösungssuche
2. Kultur und Abwehrmechanismen
3. Spezifische Hinweise

Diese Sortierung verdankt sich der Einsicht, 1) dass IPZ eine spezifische Lösung für Probleme des «Normalfalls» darstellt, 2) dass die Differenzierung und Integration der vier zentralen Kulturen des Gesundheitssystems und der Umgang mit den inhärenten Immunmechanismen den essenziellen Kontext für gelingende Veränderungen darstellt und 3) dass jede Kultur spezifische Themen haben kann, die nur sie betreffen. Nachfolgend erläutern wir Kernaspekte dieser Überlegungen und führen die Lessons learned an, die sich aus unseren Fallbeispielen ziehen lassen.

Problemidentifikation und Lösungssuche

Die Schlüsselfrage: Für welches Problem ist IPZ die Lösung?

IPZ funktioniert als Lösung für spezifische Probleme. Der Identifikation dieser Probleme kommt darum grosse Bedeutung zu. IPZ ist kein Allheilmittel, sondern ergänzt die professionelle Praxis. Umso wichtiger ist die Identifikation von Problemen, auf die IPZ die richtige Lösungsantwort sein kann.

IPZ bedeutet eine «Abweichung» vom Default-Zustand. Diese «Abweichung» macht nur dort Sinn und wird sich nur dort effektiv etablieren, wo der Nutzen die Kosten der Zusammenarbeit übertrifft. Die Formel (quasi-ökonomisch ausgedrückt) lautet daher:

→ nachhaltige IPZ => Nutzen IPZ > Kosten IPZ + Projektkosten

Der Nutzen der IPZ kann dabei unterschiedliche Formen annehmen (s. Hansen 2009):

- neue Leistungsangebote
- höhere Patientenzufriedenheit bzw. Qualität für die Patienten
- eine effektivere Organisation
- zufriedenerere Mitarbeitende

Diese Nutzen können Bindungskräfte mobilisieren, die sich hinreichend den Rückstellkräften entgegenzustellen vermögen.

Problemidentifikation

Gewissermassen als Kehrwert zu diesen Nutzen ergeben sich folgende Problem-bündel, die Hinweise auf mögliche IPZ-Bedarfe liefern können.

Auf Organisationsebene

- Zu viele Absprachen innerhalb wie zwischen den Berufsgruppen (z. B. weil fortwährend Probleme und Friktionen geklärt und ausgeräumt werden müssen).
- Doppelspurigkeiten und unklare Verantwortungen bzw. unklare, überlappende Aufgabenbereiche (z. B. mehrfache Anamnesen, unklare Ansprechpersonen).
- Keine Konzentration auf Wichtiges und Kompetenzadäquates (z. B. teure Ärztezeit wird für Administratives verschwendet).
- Steigender Bedarf nach koordinierenden Stellen (Klinikmanager, Case Manager, ...).
- Unzufriedenheiten des Personals (Klagen über Ineffektivitäten, unzureichende Bereitschaft zu Extraleistungen, hohes Interesse an Teilzeitstellen, Rekrutierungsprobleme, ...).

Auf Leistungsebene

- Unzureichende Versorgungsleistungen bzw. -qualitäten bzw. ungestillte Patientenbedürfnisse.
- Letztere können insbesondere in der Inkongruenz bzw. unterschiedlichen Bewertung von biomedizinischen und psychosozialen Problemlagen begründet sein.

Auf Systemebene

Aktuell werden wesentlich die steigenden Gesundheitskosten als problem- bzw. krisenhaft definiert. Was wäre, wenn – insbesondere dort, wo das Gesundheitssystem bei all seinen Erfolgen seine Versprechen nicht (mehr) erfüllt – genauer differenziert würde, welche Leistungen notwendig und bezahlbar sind (und welche, im Umkehrschluss, zu teuer und ersetzbar; Kleiber 2019, SAMW 2019)? Was wäre, wenn sich die Medizin die Verantwortung für die Bearbeitung von Krisen von der Ökonomie zurückholte bzw., eventuell besser noch, eine neue Form der gemeinsamen Problembearbeitung erfunden werden würde?

Finanzierung, wirtschaftliche Anreize ebenso wie sozio- und gesundheitspolitische Themen bilden wichtige Kontexte für Problemidentifikation wie Lösungssuche. Die Bezugnahme auf das konkrete medizinische Setting wird allerdings immer der Fall sein müssen. IPZ ist an die Wahrnehmung einer Nutzenstiftung durch die professionellen Akteure gebunden.

- Finanzierungsprobleme stellen sicherlich einen grossen Hemmschuh für IPZ dar. Um IPZ wirksam zu fördern, sollten mehr Möglichkeiten flexibler Abrechnungsmodalitäten für die Erbringung nichtärztlicher Gesundheitsleistungen im Rahmen der regulären Grundversorgung gefunden werden.
- Solange die Abrechnung an einzelne Berufe gebunden ist, reproduziert sich die professionelle Fragmentierung des Systems auf der Finanzierungsseite. Eine Alternative könnte die Finanzierung von Leistungen (statt von «Berufen») darstellen, die wiederum an (patientenbezogene) Qualitätsindikatoren (PROMS und PREMS) gebunden sein könnten.
- Für diesbezügliches Probehandeln würde der voraussichtlich 2020 zum Tragen kommende Experimentierartikel Möglichkeiten bieten.

Lösungssuche: Die Bedeutung des Settings

So vielfältig die Probleme auftauchen können, so unterschiedlich können die Lösungen sein. Im Umkehrschluss bedeutet das: Es gibt keinen «one best way». IPZ ist so wenig auf «Task Shifting» reduzierbar wie auf spezifische Gesprächsformate. Im Gegenteil, man darf sich überraschen lassen, welche weiteren, kreativen Formen sich im Feld entwickeln werden. Die Formen variieren stark settingbedingt. Unterschiedliche Settings benötigen differente Ansätze. Best Practices können anregen, gesucht sind aber kreative Antworten auf konkret wahrgenommene Probleme.

Die Bandbreite an IPZ-Praktiken ist wesentlich durch das Setting entlang der Achse akut <-> chronisch und durch die jeweilige Gemengelage von biomedizinischen und psychosozialen Aspekten geprägt. Diese beiden Variablen sind zu berücksichtigen, will man IPZ konkret ausgestalten. Potenziell gilt, dass eine Krankheit umso «interessanter» für IPZ wird, je chronischer und psychosozialer die Krankheit ist. Gerade chronische, lebensstilabhängige Erkrankungen, die eine besondere Herausforderung (für die medizinische Behandlung, persönlich für den Patienten wie auch volkswirtschaftlich) sind, scheinen im Gelingensfall sehr gut auf ein interprofessionelles Behandlungsregime anzusprechen.

Die Identifikation bestimmter Krankheiten oder Patientengruppen (à la Diabetes oder Suchtkranken) in diesem Sinne könnte hilfreich sein.

Lessons learned

Je «akuter» das Setting, desto eher werden Formen der wechselseitigen Bezugnahme, die ohne grosse interaktive Verständigungsnotwendigkeiten auskommen, gesucht werden. Insbesondere technische Mittel (allgemeiner ausgedrückt: «boundary objects») bieten sich dabei an (exemplarisch: InHospiTOOL).

Folgendes lässt sich in Hinblick auf technische Mittel ableiten:

- Technische IPZ-Hilfsmittel müssen einfach gebaut und niedrigschwellig in der Anwendung sein. Komplexitätsreduktion (z. B. durch die Zuspitzung auf die binäre Frage austrittsbereit / nicht austrittsbereit und die Handhabung dieser Frage durch ein «Ampelsystem») eröffnet die Möglichkeit, inner- wie interprofessionell höhere Komplexitätsgrade aufzubauen. Diese technisch unterlegte «Blickverengung» ermöglicht im Gelingensfall grössere handlungspraktische Varianz bei den Beteiligten und eine Zielklärung in professioneller Hinsicht wie auch mit und gegenüber den Patienten.
- Das Tool öffnet idealerweise den Blick auf die professionellen Relevanzstrukturen der beteiligten Berufsgruppen, schafft Verständnis für deren Inkongruenz und eröffnet den einzelnen Akteuren professionelle Handlungsspielräume. Damit beruht das Tool auf gefestigten professionellen Identitäten – und fördert diese weiter.
- Gerade technische Synchronisationslösungen sind hochgradig von der Implementierung und fortwährenden (kulturellen) Pflege durch (vor allem ärztliche) Führungspersonen abhängig, da sie eine konstante Compliance aller verlangen. Ohne diese entgegenkommenden Rahmenbedingungen verbessert sich IPZ nicht nur nicht, sondern es besteht die Gefahr, professionelle Konfliktlinien (z. B. durch die Erfahrung der Pflege von «ignoranten Assistenzärzten») neu aufzureissen.
- Für diese Rückstelltendenz gibt es zwei systematische Gründe: i) Technische Lösungen können einfacher ignoriert werden als persönliche Interaktionen, daher muss die Attraktivität solcher Tools evident gehalten werden. ii) Synchronisationstools stärken insbesondere die Position vormals subordinierter Berufsgruppen. Ärzte sind damit besonders herausgefordert und aufgrund ihrer formalen Möglichkeiten diejenige Berufsgruppe, die die konstante Anwendung des Tools am einfachsten unterlaufen kann.

Je «chronischer» und damit auch psychosozial geprägter Krankheiten sind, desto eher werden die Bindungskräfte in kommunikativen und strukturellen Formen zu aktualisieren sein, die einen Umgang mit den diesbezüglichen Fluktuationen der Patienten und Patientinnen erlauben. Dabei reicht das Formspektrum von Task Shifting in Gestalt der Einrichtung eigener Sprechstunden, die durch MPKs wahrgenommen werden und die eine Verlaufsbetreuung chronischer Patienten durchführen lassen, bis hin zu organisationsstrukturellen Ausgestaltungen, die den Rahmen für diverse Abstimmungsgefässe (interprofessionelle Zielgespräche, Visiten, Rapporte, Huddles, Boards, ...) zur Klärung individueller Patientenkrisen zur Verfügung stellen.

Es wird realistischer Überprüfungen bedürfen, ob und wie langfristig erfolgreiche IPZ in den jeweiligen Umfeldern möglich ist.

- Im hochgradig arbeitsteiligen, zumeist eng getakteten Praxisalltag stellt beispielsweise die optimale Versorgung von Diabetespatienten eine Herausforderung dar, da diese nur einen Teil des gesamten Patientenkollektivs ausmachen und spezielle Routinen hierfür erst etabliert und gefestigt werden müssen. Dafür wichtig ist eine gewisse Grösse der leistungserbringenden Einheit bzw. eine ausreichende Anzahl entsprechender Patienten, die die zeitweise Freistellung etwa von MPKs für die Arbeit mit den chronisch Kranken ermöglicht, ohne dass das normale Funktionieren der Praxis jenseits des Projekts beeinträchtigt wird. Ohne feste, verlässliche Strukturen, auf die sich alle Beteiligten jederzeit beziehen können, erscheint dauerhafte IPZ in der Taktung der Grundversorgung kaum herstellbar.
- Es läge nahe, Praxen/Praxisgemeinschaften/andere Leistungserbringer, die bereits erfolgreich IPZ-Strukturen implementiert haben, zu Stützpunkten für die Aus- und Weiterbildung zur Behandlung bestimmter Krankheitsbilder auszubauen.
- In diesem Sinne wäre es empfehlenswert, die von den Projektbeteiligten bereits angedachte interprofessionelle Behandlung koronarer Herzerkrankungen zu fördern und Begleitforschung dazu anzuregen.

Im Unterschied zu «Task Shifting» stellt sich etwa im Bereich der konsiliarischen Palliative Care, die in akuten Episoden zu intervenieren hat, die berufsgruppenspezifische Gemengelage ganz anders dar. «Gesprächsführungen» sind nicht per se einer Berufsgruppe zugeschrieben, sondern ein Stück weit Verhandlungssache. Damit darf erwartet werden, dass Grenzsetzungen bzw. -aushandlungen zwischen den unterschiedlichen Akteuren immer wieder neu stattfinden werden.

- Erst der Bewältigungsbedarf individueller psychosozialer Krisen wie in der konsiliarischen Palliative Care oder der Suchthilfe macht unmittelbare interaktive Abstimmungsvorgänge im Sinne gemeinsamer Verständniserzeugung erforderlich. Dafür sind dann typischerweise stützende konzeptionelle («Palliative-Care-Konzept», «Suchtkrankheit») und/oder institutionelle Rahmenbedingungen erforderlich. Dadurch spannt sich ein inhaltlich wie eventuell auch organisatorisch verbindlicher Rahmen auf, innerhalb dessen die «Abweichung» individuell orientierter Abstimmungen erträglich – und nutzbringend – wird.

Psychosoziale Dimensionen sind nicht per se berufsgruppenspezifisch zugeordnet. Mit der Ausdehnung behandelbarer Krankheiten wird sich die Grenzziehung zwischen den beteiligten Berufsgruppen immer wieder neu auszurichten haben. Beispielsweise eine psychosoziale, eine palliative, aber auch eine komplementäre Medizin, alle antworten sie in ihrer Art und Weise auf die Herausforderungen, die über die biomedizinische Dimension hinausreichen. Vielfach ist zunächst unbestimmt, wer welche (psychosozialen) Aufgaben übernehmen soll. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient, aber auch zwischen den Berufsgruppen kann sich daher immer wieder verschieben und konzeptionell wie situativ unterschiedlich verhandelt und wahrgenommen werden. Ohne Zweifel sind diese Bewegungen im Rahmen grösserer Rollenbewegungen der einzelnen Berufe zu sehen. Hier liegt durchaus eine Herausforderung, adäquate Rollenbilder zu entwickeln (die Ärztin als «Messwertroboter» oder als «ganzheitlicher Coach»? Die Pflegende als Verordnungsempfängerin und Bereitstellerin des Patienten für den Doktor oder als eigenständig verantwortliche Betreuerin? Etc.).

Kultur und Abwehrmechanismen: Die Bedeutung professioneller Logiken

Problemidentifikationen und Lösungssuchen werden durch die blinden Flecken der Professionellen, die dazu tendieren, in (fragmentierenden) Spezialitäten und typischerweise in personenorientierten Kompetenzen und nur wenig in Prozessen des Organisierens zu denken, erschwert. Hinzu kommt, dass die Kulturen des Gesundheitssystems und seiner Organisationen über eine lange Geschichte des wechselseitigen Respekts wie des Konflikts miteinander verbunden sind (Nightingale 1863, Baecker 2017). Diese lange Geschichte hat starke Immunsysteme entwickeln lassen, die rasch und unmittelbar aktiviert werden können.

Hier hilft nur Bewusstwerdung. Früh beginnende und wiederkehrende Aufklärung und Reflexion über professionelle Logiken und die Dynamiken der Kulturen sowie über die Kraft der immunsystemischen Abwehrmechanismen wären darum wichtig. Entsprechende Lehr- und Lernformen – Stichwort: Interprofessional

Education – wären in der Ausbildung einzusetzen bzw. weiter auszubauen. Beispielformen wie interprofessionelle Skill Labs und Ausbildungsstationen⁴ zu nennen. Denkbar und hilfreich wären auch weiterführende Thematisierungen während der Weiterbildungszeit.

Insbesondere dort, wo wir es mit ausgeprägten formalen Grenzziehungen zu tun haben (z. B. in Form juristischer und administrativer Verantwortlichkeiten), bietet sich eine bewusste Handhabung der potenziellen Immunmechanismen an. In welcher Form eine «Suppression» dieser Mechanismen angezeigt und möglich ist, gilt es jeweils kritisch zu prüfen.

Lessons learned

- Durchsetzen werden sich nur solche IPZ-Formen, die sowohl den Professionellen als auch den Patienten nützen. Zur Verdeutlichung und in aller Schärfe formuliert, «weil es Patienten dient», reicht nicht.
- Gelingende Interprofessionalität stärkt Professionalität. Dann, und eigentlich nur dann, kann IPZ – aus Sicht einer Profession – als nutzbringend angesehen werden.
- Was Professionen als relevant und in «ihren Augen» als nutzenstiftend verbuchen, hängt von ihrer je spezifischen Eigenlogik ab: Entsprechend dieser «eigenlogischen» Wahrnehmung werden die Akteure der diversen Berufsgruppen die Grenze zu anderen Berufen eher verteidigen bzw. sich eher integrierend verhalten.
- Sensibel sollte auf die formalen Strukturen, die hinter dem Rücken der jeweils beteiligten Akteure walten, geachtet werden. Obwohl wir die in den Fallbeispielen immer wieder erwähnte Bedeutung persönlicher Beziehungen zwischen den verschiedenen professionellen Akteuren teilen, warnen wir davor, die organisationalen und rollenspezifischen Voraussetzungen, die solche Beziehungen befördern oder hindern können, zu unterschätzen.
- In extremis: Piloten müssen heute im Simulationstraining zeigen, dass sie unabhängig vom Status der Quellen relevante Informationen aufzunehmen bereit sind. Nur dann erhalten sie ihre Lizenzen. Wäre Ähnliches für Mediziner und Medizinerinnen vorstellbar?

4 S. exemplarisch: www.careum.ch/zipas.

Spezifische Hinweise

Die vier Kulturen des Systems reagieren unterschiedlich und jeweils spezifisch entsprechend ihrer professionellen Logik bzw. ihren «Kernwerten» (Baecker 2017). Die Ärzteschaft nimmt einen besonderen Stellenwert im System ein, der sich ihrem Wissen, aber auch der Bedeutung ihrer abrechnungstechnischen wie juristischen Relevanz verdankt. Berufsständisch wird diese (privilegierte) Position natürlich verteidigt (s. idealtypisch Schlup 2014). Im konkreten Geschehen der Leistungserbringung finden sich viel mehr Variationen und Umgangsformen. In jedem Fall hat die Ärzteschaft damit eine Schlüsselrolle in der Ermöglichung wie der Verhinderung inne. Aber auch alle anderen Kulturen folgen ihrer Eigenlogik und sind aufgerufen, sich aus ihren «Komfortzonen» zu bewegen. Es ist klar, dass diese Bewegungen sowohl in kulturell-kollektiver wie persönlicher Hinsicht anspruchsvoll sein können und immer wieder der Unterstützung bedürfen.

Ein viertes Fazit: Kontextadäquate Formen und starke Überzeugung der Leitenden

Alle Beteiligten sind in ihrem professionellen Verhalten herausgefordert, wollen sie IPZ erfolgreich machen. Die Ärzteschaft hat infolge ihrer speziellen Rolle im System besonders «gute» Chancen, den Default zu bewirken. Kulturen der IPZ sind mit Sorgsamkeit zu pflegen. Der Default droht immer! Es braucht kontextadäquate Formen und starke Überzeugungen der Beteiligten (nicht zuletzt der jeweiligen ärztlichen Führungspersonen) hinsichtlich der Probleme, die überwunden werden, des Nutzens für die eigene Tätigkeit und des Outcomes für die Patienten, um diese Energie fortlaufend aufbringen zu wollen. Und es braucht die Energie und die Zuversicht, sich auf den Weg zu machen.⁵ Ohne entsprechenden Einsatz und Energiemobilisierung kommt der Rückfall rasch zum Tragen. Der Default droht.

Der von uns beschriebene Default-Zustand basiert auf einem extrem erfolgreichen professionell orientierten System, das wesentlich biomedizinisch determiniert ist. Das traditionelle «biomedizinische Modell» definiert die spezialisierten Verantwortlichkeiten, die den «Normalfall» letztlich untermauern.

5 Diese energetische Bedeutung wird schon seit Jahren im Change Management verhandelt. S. exemplarisch die Change-Formel: $C = D \times V \times F > R$; ausgeschrieben: Change = Dissatisfaction x Vision x First steps > Resistance (Dannemiller Tyson 2000).

Verstärkt ergibt sich nun der Druck – und wir verstehen IPZ als Ausdruck davon –, leistungserbringende Aktivitäten in neuen Settings und unter höheren Abstimmungserfordernissen vorzunehmen.

Das betrifft zum einen die Zusammenschau des «cycle of care» (worauf speziell auch die Ansätze von Value-based Health Care hingewiesen haben), zum anderen aber auch neue, hochkomplexe Therapien z. B. der regenerativen oder der genetischen Medizin, die nur interdisziplinär und interprofessionell durchführbar sind. Hier wird noch viel zu lernen sein, insbesondere, wie mit dem Spannungsfeld von Spezialisierung vs. Integration umgegangen werden soll. Wir dürfen und müssen ohnehin davon ausgehen, dass Gesundheitsorganisationen aller Art in Zukunft mit der Balancierung geradezu paradox anmutender Anforderungen (Spezialisierung/Integration, Stabilität/Veränderung, Automatisierung/Innovation, Economies of Scale / Economies of Proximity etc.) beschäftigt sein werden (Adinolfi/Borgonovi 2018). IPZ ist da vielleicht nur der Anfang einer langen Reise. Wenn man sieht, wie anspruchsvoll bereits diese ersten Schritte sind, muss man sich nicht entmutigen lassen – ein letztes Mal eine physikalische Begrifflichkeit metaphorisch nutzend: Wir haben gelernt, dass (Phasen-) Veränderung nicht linear, sondern im Regelfall sprunghaft erfolgt. Die nur teilweise angenehme Nachricht dabei ist, dass der Zeitpunkt des Sprungs für uns schlecht prognostizierbar ist.

Anhang 1: Unterschiedliche Formen der IPZ – eine systematische Spurensuche in vier Beispielen

Im Folgenden finden sich die ausführlichen qualitativen Analysen, deren zentrale Erkenntnisse bereits im Hauptteil der Studie (S. 7–11) zusammengefasst wurden. Die Auswertung liefert tiefere Einblicke in die Realität gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit aus der Perspektive der befragten Gesundheitsfachleute. Indem die Befragten an dieser Stelle ausführlich zu Wort kommen, werden sowohl die differenten professionellen Relevanzstrukturen sichtbar als auch das Zusammenspiel (oder Aufeinanderprallen) dieser jeweils spezifischen Positionen. Dabei werden diejenigen sozialen Mechanismen sichtbar, die sich fördernd oder hinderlich auf die Implementierung interprofessioneller Formen auswirken können. Die vier Beispielfelder sind möglichst heterogen ausgewählt und haben nur gemeinsam, dass es sich jeweils um besonders erfolgreiche, ausgezeichnete (BAG, SAMW) IPZ-Massnahmen handelt. Die Zielsetzung und Rahmenbedingungen (Organisationsstrukturen, Setting, beteiligte Professionen) sind genau nachgezeichnet, um Vergleiche mit anderen Konstellationen zu ermöglichen und Rückschlüsse auf Ge- und Misslingensfaktoren zu ermöglichen. Damit eröffnet die Analyse unmittelbare Einsichten für Praktiker, die an der Implementierung und Verfestigung interprofessioneller Zusammenarbeit interessiert sind.

Denjenigen Leserinnen, denen es (auch) um die theoretische Erfassung des Konzepts IPZ zu tun ist, bietet diese ausführliche Analyse die empirische Fundierung des Konzepts, das in den Kapiteln «Ausgangspunkt» und jenen zur funktionalen Professionalität verdichtet ist. Ganz konkret lassen sich hier die Bindungskräfte nachvollziehen, die im Einzelnen für den unwahrscheinlichen Aufbau höherer interprofessioneller Ordnungen sorgen und IPZ als organisationell verfestigte Praxis und nicht lediglich als kurzfristigen Effekt besonderer Konstellationen entstehen lassen. Ebenso zeigen sich die (potenziellen) Rückstellkräfte, die solchem Ordnungsaufbau entgegenwirken und den Normalfall des organisierten Mit-, Neben- und eben auch Gegeneinanders der vier professionellen Kulturen im Spital und anderen Gesundheitsorganisationen so viel wahrscheinlicher machen als die «Ausnahme» IPZ.

So individuell diese Bindungs- und Rückstellkräfte in den jeweiligen Beispielen auch sind, zeigt sich doch eine systematische Gemeinsamkeit. Die Interviews aus allen vier Settings lenken den Blick besonders auf das «I» in IPZ. Auf je ganz

unterschiedliche Weise wird in den Beispielfällen gelingender, stabiler Zusammenarbeit das «inter», die Grenze zwischen den Professionen, bearbeitet. Das Grenzmanagement verschiedener Professionen (und in einem Fall sogar Organisationen) scheint ein entscheidender Faktor ge- bzw. misslingender Zusammenarbeit zu sein. Gelingende IPZ zeichnet sich in den meisten Fällen (zum etwas anders gelagerten Fall der IPZ im klassischen Palliativsetting, der auch zur Kontrastierung herbeigezogen wurde, s. SAMW 2017, 40 ff) also nicht durch ein Verschwinden von Grenzen zwischen den Professionen aus, sondern dadurch, dass diese Grenzen produktiv bearbeitet werden. Gelingende IPZ liegt also nicht etwa dort vor, wo sich die vier Kulturen im Spital oder anderen Gesundheitsorganisationen «entgrenzen» oder vermischen, sondern dort, wo – ganz im Sinne der WHO-Definition – ein produktiver wechselseitiger Bezug auf das jeweils Andere und dessen Grenzen gefunden wird.

In der Organisations- und Professionssoziologie beschreibt der Begriff des «Boundary Work» die absichtsvolle Bearbeitung von sozialen, symbolischen, materiellen oder zeitlichen Grenzziehungen, die die Zusammenarbeit von Individuen, Gruppen oder Organisationen beeinflusst (vgl. Langley et al. 2019, 2). Wenngleich der Begriff in der Literatur, je nach Untersuchungsgegenstand und theoretischer Fundierung der Autoren, sehr unterschiedlich gebraucht wird, arbeiten Langley et al. in einer instruktiven Übersicht doch drei zentrale Modi heraus, die auch für unsere Analysen sinnvoll sind. Die Unterscheidung von kompetitivem, kollaborativem und konfigurativem Grenzmanagement («Competitive, Collaborative, Configurational Boundary Work») bildet die unterschiedlichen Handhabungen professioneller Grenzen in unseren Beispielen zwar nicht realistisch ab, ermöglicht es aber, systematischer auf die konkreten empirischen Ausprägungen zu blicken. Dabei ist der Gegensatz zwischen der kompetitiven Bearbeitung von Professionsgrenzen zu den beiden anderen Formen augenfällig. Die Modi der konfigurativen bzw. kollaborativen Zusammenarbeit stellen sich in der Empirie zumeist in Überkreuzungen dar – wem es ernsthaft an einer sinnvollen Zusammenarbeit verschiedener Professionen gelegen ist, der kommt kaum umhin, hierfür auch an den strukturellen Faktoren der Zusammenarbeit anzusetzen. In unseren Analysen stellt sich die Unterscheidung daher eher zweiseitig als Differenz von hierarchischem und funktionalem Boundary Work dar. Ohne dies vorschnell zu generalisieren, tragen die verschiedenen Gesundheitsfachleute dort zum Gelingen der IPZ bei, wo sie die funktionalen Professionsgrenzen betonen und daran zu arbeiten verstehen, worin sich die eigene Professionalität von der der anderen Fachleute unterscheidet und wie diese Differenzen möglichst nutzbringend einzusetzen sind. Gelingende IPZ-Massnahmen stärken das «P», d. h., sie öffnen den Blick auf die professio-

nellen Relevanzstrukturen der verschiedenen Beteiligten, schaffen Verständnis für deren Inkongruenz und eröffnen der einzelnen Berufsperson professionelle Handlungsspielräume. Gelingende Interprofessionalität fördert also und beruht auf gefestigten professionellen Identitäten. Dort hingegen, wo die Energie in das Aufrechterhalten oder in die Neuschaffung professioneller Statusgrenzen fliesst, ergeben sich Rückstellkräfte, die den Normalfall professionellen Nebeneinanders begünstigen.

Die Darstellung der vier Beispielsettings ist jeweils nach dem gleichen Muster aufgebaut. Nach einer allgemeinen Darstellung des Beispiels werden zunächst die zentralen Bindungs- und anschliessend die Rückstellkräfte am Material rekonstruiert.

Datenbasis und Vorgehensweise

Der qualitativen Studie liegen Interviews mit insgesamt 18 Gesundheitsfachleuten zugrunde. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte über Projekte, die für ihre interprofessionelle Arbeit ausgezeichnet wurden (BAG, SAMW), zuzüglich von Arbeiten zum NFP 74 «Smarter Health Care» des SNF. Ausgangspunkt unseres gezielten Samplings war die Vorgängerstudie (SAMW 2017), in der wir uns zunächst für die Rekonstruktion subjektiver Verständnisse von IPZ bei verschiedenen Gesundheitsfachleuten in unterschiedlichen medizinischen Settings interessiert haben. Die Ergebnisse legten eine breite settingspezifische Streuung dessen, was als gelingende bzw. misslingende IPZ verstanden wird, nahe und konnten in ein Kontinuum von koordinativer über projekthafter bis ko-kreativer Verdichtung der interprofessionellen Zusammenarbeit differenziert werden. In den IPZ-Kontexten, die sich durch koordinative Verdichtung auszeichneten, dominierte das medizinische Rational, während in Richtung des ko-kreativen Zusammenwirkens die Bedeutung der Individualität auf Patienten- und Professionellenseite zunahm. Ausgehend von diesen Befunden wurden aus von der SAMW mit dem entsprechenden Award⁶ ausgezeichneten sowie aus vom Bundesamt für Gesundheit ausgewiesenen «Modellen guter Praxis»⁷ drei Beispiele gezielt ausgewählt, die einerseits hinsichtlich ihrer IPZ-Lösungen besonders interessant, weil in gewisser Hinsicht aussergewöhnlich, und andererseits

6 www.samw.ch/de/Projekte/Interprofessionalitaet/Award.html

7 www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/projektverzeichnis-moedelle-guter-praxis.html

gegeneinander möglichst divers sind, im Sinne des in der Vorgängerstudie entwickelten Differenzierungsschemas. Ausgewählt – im Sinne möglichst grosser Heterogenität – wurden schliesslich drei «Modelle guter Praxis» (BAG) sowie ein viertes Projekt, das dem NFP 74 «Smarter Health Care» des SNF entstammt (InHospitoOL).

Über jeweils eine Kontaktperson wurden Interviews zu erfahrenen Mitarbeitenden der Projekte vermittelt, die Interesse an einer ausführlichen Befragung bekundet hatten. Die Studie basiert also in keiner Hinsicht auf einer zufälligen Auswahl, sondern auf der gezielten Befragung von IPZ-Profis, bei denen wir davon ausgegangen sind, dass sie IPZ grundsätzlich als wünschenswert ansehen und tendenziell (auch) von gelingender Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsfachleute berichten können. Ziel war es damit, die in der Vorgängerstudie identifizierten Unterschiedlichkeiten hinsichtlich der Formen, Ge- und Misslingensbedingungen von IPZ anhand einiger Beispiele genauer in den Blick zu nehmen, um einerseits eine Tiefenbohrung hinsichtlich verschiedener IPZ-Mechanismen vorzunehmen und andererseits darüber hinaus strukturelle Gemeinsamkeiten ge- bzw. misslingender IPZ aufzuspüren.

Die Befragung fand in Form ausführlicher leitfadengestützter narrativer Experteninterviews statt. Zwei Befragte wurden in einem Doppelinterview befragt. Die Audioaufzeichnungen aller Interviews wurden, unter Berücksichtigung parasprachlicher Elemente, wörtlich transkribiert und pseudonymisiert (eine pseudonymisierte Liste der Interviewpartner findet sich in der Darstellung der einzelnen Beispielfälle). Die Interviewdaten wurden in einem mehrstufigen, qualitativen Auswertungsprozess mithilfe einer Software zur Analyse qualitativer Daten (MAXQDA) analysiert. Methodisch lehnt sich die Auswertung an die Analysestrategien der Grounded Theory (klassisch: Glaser/Strauss 1998) an, stützt sich jedoch erkenntnistheoretisch auf die Grundlagen einer systemtheoretisch informierten Hermeneutik (vgl. dazu z. B. Nassehi/Saake 2002 a/b, Vogt 2009; s. auch SAMW 2017, 21 f.).

Der Analyseprozess bestand im Wesentlichen aus drei zirkulären Schritten:

1. Das Material wurde zunächst mehrfach auf Narrationen ge- bzw. misslingender IPZ hin analysiert. Diese Passagen wurden für jedes Interview gesondert zusammengestellt. Das Vorgehen zielte auf die jeweils Professions- und settingspezifische Rekonstruktion narrativer Muster positiver und negativer IPZ-Darstellungen. Fragen danach, wie sich das eigene Professionsverständnis in diesen Mustern niederschlägt, welche Bezugnahmen auf andere Professionen sich finden lassen und wie organisationale und (gesundheits)systemische Aspekte verhandelt werden, leiteten den ersten Analyseschritt.
2. In einem zweiten Schritt wurden diese unsortierten Narrationen über alle Interviews hinweg nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden abgesehen, thematisch gruppiert und verglichen. Diese Zusammenstellung wurde zu Kernkategorien verdichtet. Zum Beispiel stellte sich das Narrativ der professionellen bzw. organisatorischen Grenze als ein zentrales Erzählmuster nahezu aller Befragten heraus, wobei sich je nach Professionszugehörigkeit und Setting jeweils unterschiedliche Subkategorien bildeten.
3. Der dritte Analyseschritt bestand in der Identifikation derjenigen Kategorien, die für die Frage nach allgemeinen und spezifischen IPZ-Mechanismen besonders relevant sind, und in einer anschließenden erneuten Analyse des Materials. Die Diskussion und Identifikation dieser Themenkomplexe erfolgte im Rahmen gemeinsamer Datenworkshops der Autoren.

Indem die Schritte nicht als striktes, lineares 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.

Beispiel I: Integrierte Suchthilfe

Die Integrierte Suchthilfe C-Stadt ist das weitgehendste Beispiel interprofessioneller Zusammenarbeit in unserem Sample. Es handelt sich hierbei um den seltenen Fall, dass nicht nur innerhalb einer Organisation, sondern interorganisational IPZ erfolgreich implementiert und etabliert werden konnte. Neben der Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheits- und Sozialfachleute tragen in diesem Beispielfall spitalambulante Dienste, Spitex und kommunale Sozialdienste über Organisationsgrenzen hinweg das gemeinsame Netzwerk.

Befragt wurden eine Ärztin, eine Pflegefachfrau, eine Psychologin und eine Psychotherapeutin, Letztere dabei in einem Doppelinterview. Formal sind die Befragten entweder vom beteiligten Spital oder von den Sozialen Diensten C-Stadts angestellt.

- Jana Jauanek, Psychologin und Johanna Jochum, Psychotherapeutin (Doppelinterview)
- Dr. Karla Kohler, Ärztin
- Laura Lauf, Pflegefachfrau

Welche Bindungskräfte ermöglichen im Beispiel Integrierte Suchthilfe IPZ?

Drogensucht ist wahrscheinlich die «komplette Krankheit», sie affiziert nicht nur die physische Gesundheit des Patienten massiv, sondern hat fast unvermeidlich extremen, negativen Einfluss auf das soziale Leben der Betroffenen und deren psychische Gesundheit. Anders als noch vor Jahrzehnten wird Drogenabhängigkeit – zumindest aus medizinischer Sicht – nicht mehr als unvermeidlich tödliche Form devianten Verhaltens gefasst, sondern als Krankheit, die behandelbar (wenn auch nicht immer heilbar) ist und mit der man vor allem leben kann. Gleichwohl ist die normative Konnotation von Drogensucht im alltäglichen Leben der Betroffenen fast omnipräsent. Im Unterschied zu anderen Erkrankungen, deren psychosoziale Ursachen und/oder Auswirkungen gesellschaftlich weitgehend akzeptiert bzw. zumindest nicht sanktionsbewehrt sind, liegt die Sachlage in der Integrierten Suchthilfe anders.

Interviewpassage 1:

Das Morphinpräparat haben auch Schmerzpatienten, das sind die Armen, und die Methadonpräparate, das sind eher so die Süchtigen, die sind ja selber schuld, und darum haben wir auch ganz verschiedene Substanzen, mit denen wir substituieren können (.) genau. (Lauf, Z. 34–37)

Entsprechend ist ein ganz wesentlicher Organisationsanker interprofessioneller Arbeit der Integrierten Suchthilfe die Sozialdimension des jeweiligen Patienten. Im Zitat beschreibt Frau Lauf, eine erfahrene Pflegefachfrau, dass die Wahl des Suchtmittelsubstituts ganz wesentlich auch von den realen oder auch nur von den vom Patienten befürchteten Stigmata bestimmter, mit Drogensucht assoziierter Substanzen mitbestimmt wird. In diesem Fall geht es darum, wie die Klienten bei einem Spitalaufenthalt möglicherweise durch das Stigma Methadon Nachteile in der Behandlung erfahren könnten. Die höhere soziale Akzeptanz von Patienten, die ein anderes Mittel (Sevre-Long) erhalten, ist in der Aussage mit dessen gedanklicher Verknüpfung mit dem gesellschaftlich legitimierten Krebsleiden begründet. In dieser stark vom Sozialen überformten Konstellation auf Patientenseite liegt u. E. die zentrale Besonderheit der interprofessionellen Zusammenarbeit im Beispiel der Integrierten Suchthilfe C-Stadt. Wenngleich also die Befragten aus dem medizinischen bzw. pflegerischen und therapeutischen Kontext stammen, diskutieren die hier Befragten oft auch die Werte gesellschaftlicher Gemeinschaft mit.

Totalinklusion des Klienten

Die psychischen und somatischen Aspekte der Drogensucht werden immer im Zusammenhang mit den sozialen Aspekten gedacht; die Aufgabe der beteiligten Gesundheits- und Sozialfachleute ist damit prinzipiell allumfassend und unabgeschlossen. In der Tat findet sich kaum ein Lebensbereich, der nicht potenziell durch die beteiligten Experten bearbeitet werden könnte. Ein kurzes Zitat zur Illustration:

Interviewpassage 2:

Ja, glaub ich schon (.) und natürlich ganz ausgehen vom Menschen, (.) den wir, mit dem wir versuchen, also von den Patienten, oder, mit denen wir versuchen zusammenzuarbeiten und denen wir versuchen eine möglichst passende Dienstleistung anzubieten, oder, weil ja eben, ist halt, (.) ja. (.) Die nicht nur sag jetzt mal, (.) nicht nur die Seele krank ist, oder, oder so die Psyche, sondern eben auch die Beziehung und die Finanzen und das Wohnen und so [...]. (Jauanek/Jochum, Z. 397–401)

Es zeigt sich hier ein deutlicher Unterschied zur klassisch arbeitsteiligen professionellen Bearbeitung von Klientenproblemen in der organisierten Krankenbehandlung, aber auch eine besondere Zuspitzung der tendenziell eher an der Individualität von Patienten orientierten interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Geht es in der Medizin (aber auch in anderen professionell dominierten Funktionszusammenhängen wie etwa der Seelsorge oder der

Schule) darum, dass eine Funktionsträgerin, also beispielsweise eine Ärztin, einen bestimmten Bereich des Lebens ihres Klienten, also beispielsweise eine Krankheit, behandelt und dem Klienten dabei über eine allein möglicherweise nicht bearbeitbare Krise hinweghilft, so haben wir es in Situationen, wie sie im obigen Interviewausschnitt repräsentiert sind, mit einer prinzipiellen Allzuständigkeit des interprofessionellen Teams zu tun. Der Klient scheint hier nicht nur in einem Ausschnitt, also beispielsweise als krankes Organsystem oder als dysfunktionale Psyche, sondern als ganze Person in den Zusammenhang der Integrierten Suchthilfe eingebettet. Potenziell ist alles, was sein Leben betrifft, für die Suchthilfe relevant – in dem lapidaren «und so» drückt die Psychotherapeutin aus, dass die Liste der Zuständigkeiten prinzipiell unabschliessbar ist.

In der Analyse des Materials hat sich uns auf den ersten Blick der Vergleich mit dem (stationären) palliativen Setting aus der Vorgängerstudie (SAMW 2017, 40 ff.) aufgedrängt. Auch hier gab es auf den ersten Blick ähnliche Allzuständigkeiten der Professionellen. «Treiber einer ko-kreativen IPZ im Setting der Palliativversorgung 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 zu den Problemen 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» (ebd., 41). Das klingt zunächst sehr ähnlich; der individuelle Patient und seine Bedürfnisse organisieren gewissermassen die Arbeit der Gesundheitsfachleute. Auf den zweiten Blick jedoch fallen zentrale Unterschiede hierzu ins Auge: Der individuelle Patient wurde in dem Interview-Sample aus der stationären palliativen Versorgung vor allem als Individuum jenseits der Problemlagen beschrieben, die ihn erst in die Behandlung des interprofessionellen Teams gebracht haben. Also beispielsweise nicht in erster Linie als Chorea-Huntington-Patient, sondern als Musiker und engagierter Kern einer kulturellen Community; die interprofessionelle Zusammenarbeit organisierte sich in den Erzählungen vor allem um diese personale Identität herum, nicht so sehr um die konkrete Krankengeschichte (vgl. ebd. 40 f.).

Die Individualität der Patienten/Klienten im Setting der Integrierten Suchthilfe hingegen ist eine, die sich aus der jeweiligen (sozialen) Problemkonstellation des Suchtkranken ergibt. Zumindest in unseren Interviews tauchen keine Beschreibungen biografischer Eigenheiten, von Talenten oder konkreten Geschichten der Klienten auf. Die Darstellung von typischen, komplexen Problemkonstellationen erfolgt vom Einzelfall abstrahiert, d. h., es ist eher eine Individualität im Sinne komplexer somatisch-psychisch-sozialer Problemkonstellationen als eine personale Individualität, um die herum sich die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionellen organisiert. Dr. Kohler beschreibt im folgenden Ausschnitt den Ansatzpunkt der Integrierten Suchthilfe:

Interviewpassage 3:

Und dass man sich konzentriert nicht nur auf Sucht, dass wir sagen «unsere Patienten», dass wir auch mit den Angehörigen von ihnen, auch mit Partner oder so sprechen, das ist eine Krankheit, das ist ein Medikament wie alle anderen Medikamente. Und dass man schaut oder ist das richtig, dass diese Suchtverhalten ausserhalb, nicht nur Medikamente einnehmen, was man ja früher oder- oder was hat der Stoff überhaupt gemacht. Wir sagen Stoff oder so, aber das ist ein Medikament. Wie sie das bekommen, zu erzählen, wie sie Ängste haben, was sie konsumieren, was waren Nebenwirkungen. Und dass sie kein Geld gehabt haben, dass sie auch illegale Handlungen gemacht haben müssen, um das zu erreichen und was hat sie alles geprägt. Scham und Schuld und das. Und einfach sagen, dass er seine Krankheit behandelt wie alle anderen. Der kommt und das ist keine Droge für uns, Methadon, oder Subutex oder (unv.) oder dieses Medikament. Und dann kann man sich konzentrieren auf andere Bereiche des Lebens. Sehr oft kommen die Patienten direkt von der Gasse, sie haben keine Wohnung, sie haben nichts regelmässig zu essen oder zu kleiden. So viele Sachen und wir schauen dann, manchmal machen wir alles parallel oder eins nach dem anderen. Und, dass diese Basisbedürfnisse, dass wir sie weiter anschauen wie das weitergeht. Aber wir sind nicht so, jetzt Sucht und nur Abstinenz und abbauen, abbauen oder so. Wir sind so froh, dass viele von unseren Patienten arbeitstätig sind und diese können nicht am primären Markt arbeiten, sie machen sehr viele freiwillige Arbeit [mhm]. Das finde ich auch super. (Dr. Kohler, Z. 87–104)

Der interprofessionelle Ansatz zielt auf die umfassende Problemkonstellation, die hinter der Suchterkrankung steht bzw. diese begleitet. Sätze wie: «Wir haben viele Patienten, die ...» oder «Unsere Klienten sind oft ...» prägen die Darstellungen der befragten Fachleute. Im Positiven wie im Negativen wird die Besonderheit der eigenen Arbeit über typische Muster (Suchtmittelmissbrauch, illegale Handlungen, schwierige familiäre Konstellationen, Wohnungslosigkeit etc.) und nicht über die Illustration an individuellen Patientenschicksalen erläutert.

Im stationären palliativen Setting waren die Patienten, egal wie eingeschränkt und hilflos, in ihrer individuellen Biografie die kompetenten Führer der Gesundheitsfachleute. Auch in Beispielen, in denen buchstäblich alle Bereiche der letzten Lebensphase durch professionelle Interventionen gestützt oder substituiert werden mussten, war es in den Erzählungen die Individualität, die Bedürfnisse und Ziele, die Geschichte des Patienten, die im eigentlichen Sinne die Fallführung innehatte. Ganz anders stellt sich die Situation in den Erzählungen der Integrierten Suchthilfe dar. Zwar hat jeder Patient seine je individuelle Problemkonstellation, diese ergibt sich in den Erzählungen aber eher aus der unterschiedlichen Kombination typischer Einzelprobleme. Die drogenabhängigen Patienten werden als der kompletten Fürsorge und allumfassenden Führung durch die verschiedenen Fachpersonen bedürftig beschrieben. Dieser interessante Unterschied in der narrativen Darstellung von Patienten, die oft ans Bett gefesselt nur noch überschaubare Zeit zu leben haben, und solchen, die zumeist mobil, nicht hospitalisiert sind, hat uns im Material zunächst überrascht. Müsste es hier nicht weitaus grössere individuelle Anknüpfungspunkte geben? Ein weiteres Beispiel:

Interviewpassage 4:

Das is, also, jein. Also natürlich spielt das ne Rolle, weil die Klienten, die zu uns kommen, die müssen zum Beispiel 'n paar Voraussetzungen haben und wir unterstützen die Leute auch oder wir sagen, die Leute, die zum Beispiel keine Wohnung haben, das is sehr, sehr schwierig und unwahrscheinlich, dass sie es ins Heroinprogramm schaffen. Weil sie haben doch, sind sehr, müssen sehr (.) die Zeit sehr im Griff haben, sie müssen pünktlich da sein und das ist dann zum Teil sehr, sehr schwierig. Und das ist das, wo wir auch wirklich dann zusammenarbeiten mit den anderen Institutionen; es gibt auch noch Sitzungen, die wir haben, Abteilungsleiter ähm von der ganzen Prävention und Suchthilfe, wo wir dann wo auch ähm die Leitung dann von der Wohnhilfe dabei ist, oder wo die Leitung vom DRS dabei ist, oder wo die Leitung (.) ähm vom Tö19 dabei ist (.) die gibt's auch und (.) es ist für uns da auch wichtig,

dass es funktioniert. Wir haben einen Heroinklient zum Beispiel gehabt, der ist sehr, sehr lange obdachlos gewesen und hat's einfach nicht geschafft von den Zeiten her und da hat man auch immer wieder Kontakt mit der Wohnhilfe gehabt und geguckt, was kann man machen und das war (.) für uns eigentlich immer nachteilig, dass er keine Wohnung hat und ab dem Zeitpunkt, wo er ne Wohnung hatte, kam er pünktlich, (.) hat's funktioniert. (.) Man hat da nen Riesenunterschied gesehen und das waren auch immer die Zweifel von der Abgabe, dass man gesagt hat, aber ohne Wohnung kann er ja gar nicht ins Programm, und so merkt man, es ist wichtig, es ist wichtig und spielt ne Rolle auch bei anderen Sachen, wo Leute Begleitung brauchen, da sind wir froh, wenn wir zum Beispiel bei der Krisenintervention anklopfen und sagen: (.) «Kannst du?», und wenn's nur ne Begleitung zum Zahnarzt ist. Es sind Sachen, die bei uns Thema sind, die wir mit den Leuten angucken, wo wir sehen, die kommen mit dicken Backen daher oder sowas und wir merken einfach, allein packt es die Person nicht (.) Wir können aber nicht sagen, wir machen heute zu, wir gehen heute zum Zahnarzt alle mit, können wir auch nicht machen, dazu sind wir zu reglementiert (.) und da brauchen wir so zusätzliche Angebote, die wir nutzen können und die soziale Ebene auch anschaut (.) (Lauf, Z. 396–420)

Im Unterschied zum Palliativpatienten wird an diesem langen Zitat ein komplett anderer Bezugsrahmen der interprofessionellen Arbeit deutlich. Im Idealfall geht es in der interprofessionellen Zusammenarbeit der Integrierten Suchthilfe um die Entfaltung von Potenzialen für ein möglichst «normales», d. h. sozial integriertes, gesundes Leben. IPZ in diesem Setting zielt auf diese Normalisierung von Lebensläufen ab und eben gerade nicht auf die finale Anerkennung einer hochindividuellen Biografie. In obigem Zitat wird diese Zielrichtung hin zur Mündigkeit oder zumindest Sozialkompatibilität im Gegensatz zu der Ausgangssituation der Klientinnen deutlich. Das Beispiel des wohnungslosen Heroinabhängigen verweist auf die Bedeutung von (inkorporierten) Normen und Strukturen. Im Status der Wohnungslosigkeit verwundert es die erfahrene Pflegefachfrau kaum, dass auch medizinische Interventionen wie die Substitutionstherapie zum Scheitern verurteilt sind. Es fehlen schlicht die Basisselbstverständlichkeiten sozialen Zusammenlebens. Es sind in diesem Fall erst einmal die grossen Rahmenbedingungen, die durch das Zusammenspiel der verschiedenen Experten bearbeitet werden müssen, um daraufhin medizinische Intervention überhaupt erst zu ermöglichen. Man könnte sehr stark zuspitzen und formulieren: Im Falle der stationären Palliativversorgung haben wir ein Setting untersucht, in dem die (durchaus sehr anspruchsvolle) medizinische Basisver-

sorgung (insb. Schmerz- und Symptomkontrolle) die Grundlage bildet, auf der dann die ganzheitliche und interprofessionelle Betreuung des Patienten erst aufbauen kann. Das zeitlich absehbare Lebensende ist hier der Trigger für die um das gelebte Leben herum organisierte IPZ.

Die Integrierte Suchthilfe hingegen stellt einen Fall dar, in dem zuerst ganz basale soziale oder psychische Dispositionen bearbeitet werden müssen, um erst mit medizinischer Behandlung zum Patienten gelangen zu können. So zeigt das zweite von Frau Lauf genannte Beispiel, wie der Patient von einer Begleitung gewissermassen an der Hand zur zahnmedizinischen Betreuung geführt werden muss, denn «allein packt es die Person nicht». IPZ organisiert sich also in den beiden Fällen extrem verdichteter Interprofessionalität zwar jeweils um den individuellen Patienten, jedoch auf sehr unterschiedliche Weise. Während die konkrete Individualität des Patienten im Setting der palliativen Versorgung als Dreh- und Angelpunkt interprofessionellen Arbeitens dargestellt wird, wird im Setting der Integrierten Suchthilfe eher die Individualität im Potentialis als handlungsleitende Kraft beschrieben. Es wird hier eine aus sich wechselseitig bedingenden Faktoren (Drogenabhängigkeit, Krankheit, Wohnungslosigkeit, sozialer Rückzug, Kriminalität etc.) resultierende Unmündigkeit gegen die Zielsetzung einer Normalisierung des Lebenslaufs und damit eventuell auch der Möglichkeit individueller Entfaltung kontrastiert. Für alle diese Bereiche gibt es professionelle Experten, die, geeint durch das gemeinsame Verständnis der Drogensucht als «kompletter Krankheit», ihre jeweiligen Kompetenzen einbringen können. Besonders deutlich wird das im Interview mit einer Medizinerin, deren hohe Begeisterung für ihre Patienten und die Arbeit in der Integrierten Suchthilfe spürbar ist. Interessant ist die Begeisterung, mit der sie die Erfolge der Arbeit mit dem sehr speziellen Klientel schildert. Hier ein Beispiel aus einer Reihe ähnlich gelagerter Fälle. Es geht in dem Zitat um die erstaunliche Verbesserung der Behandlung von suchterkrankten Tumorpatienten.

Interviewpassage 5:

[...] ich finde es unglaublich, diese Gruppe, was sie auch lebt und unsere Patienten kommen auch in dieser Haltung, dass sie auch Krebs haben und wie sie das gut meistern [mhm]. Da bin ich fasziniert. Und da ist auch unglaubliche Zusammenarbeit und sehr oft, wenn sie so eine Krankheit haben, somatische, irgendwo, dann ist Familie wieder zurück [mhm], ja. Dass wir wirklich schauen, mit vielen sprechen, möchte ein Patient eine Chemotherapie oder nicht (.). Sie wollen auch mit uns besprechen und wir sprechen auch zusammen mit Kantonspital, es wurde nicht irgendwo jemanden überrollt oder will er nicht oder man will

nicht, dann probiert einige Male, irgendwo immer wieder, aber wirklich nicht- das ist sehr wichtig, was der Patient will [mhm]. Dass wir dann schauen, will der auf Augenhöhe, dass wir mit ihm in so eine Lösung zu kommen. [...] Ja ich bin (lacht) - nein, nein, in den letzten Jahren - weil einige sind so gegen 50, Ü45 und man hat gedacht - aber die sind alle durch diese Chemotherapie, Radiotherapie, in einer Stimmung zu bleiben und dass sie regelmässig zur Kontrolle gehen-, das ist unglaublich, unglaublich! [mhm] Früher hatte ich nicht diese (unv.) - es sind viele gestorben, die waren jünger. Aber jetzt finde ich es klasse und bekomme ja auch Feedback vom Kantonsspital, wie sie sich verhalten. Früher, wie war's? Und wenn ich anrufe, sie sind so integriert und hilfsbereit und sie haben keine Probleme mit denen [mhm]. Früher war auch nur Anruf, er ist weg [mhm]. Das ist jetzt ganz anders-, diese Gruppe ist nicht so auffällig [mhm]. (Dr. Kohler, Z. 329–350)

Die Begeisterung der Ärztin ist nur zu verständlich. Suchtkranke Tumorpatienten, die unter dem üblichen Behandlungsregime zumeist früh verstarben, weil sie psychosozial nicht in der Lage waren, die somatischen, psychischen und sozialen Torturen einer Krebsbehandlung durchzustehen, und die Behandlung daher abbrachen, werden jetzt als gut integriertes, ganz normales Patientenkollektiv beschrieben. Mit dem Ausdruck «Das ist unglaublich, unglaublich!» wird hier die Tatsache beschrieben, dass die Suchtkranken dank des integrierten Behandlungskonzepts in C-Stadt mittlerweile eine Gruppe darstellen, die «nicht so auffällig» ist.

Die Integrierte Suchthilfe muss also mindestens in gleicher Weise als Sozialisationsinstanz wie als Instanz der Gesundheitsversorgung verstanden werden – und aus der Gleichwertigkeit dieser Ansatzpunkte ergibt sich auch die sehr spezielle IPZ-Konstellation. Die Schilderung der Totalinklusion der Patienten macht klar, dass es sich um einen enormen Ressourcenaufwand handelt, mit dem diese Form interprofessioneller Ordnung etabliert und erhalten werden kann.

Neuverhandlung von Organisationsgrenzen

Wie aber ist ein derart umfassendes IPZ-Netzwerk überhaupt etablierbar? Bei der Integrierten Suchthilfe in C-Stadt handelt es sich nicht nur um eine Organisation, deren unterschiedliche Professionen sich in besonderer Weise aufeinander beziehen – das auch, aber die grosse Besonderheit ist, dass es sich auch um eine interorganisationale IPZ handelt. Man kann von einem eng geknüpften Netz professioneller Anlaufstellen sprechen, das über die Stadt gespannt ist und die Patienten/Klienten in ihren ganz unterschiedlichen Bedarfen auffängt. Die

Interviews geben wirklich eindrücklich wieder, wie sich hier verschiedenste Berufspersonen trotz ihrer je eigenen professionellen Bezüge und oft auch trotz formaler Mitgliedschaft in unterschiedlichen Organisationen als Teil eines Ganzen verstehen. Das geteilte Verständnis von Drogensucht als umfassender Krankheit findet hier offenbar seinen Niederschlag in einer passenden interorganisationalen Struktur. Das geteilte Verständnis der Problemstellung, die in der WHO-Definition interprofessioneller Zusammenarbeit als Ziel formuliert ist, findet sich in den Beschreibungen unserer Befragten idealtypisch wieder:

Interviewpassage 6:

Ja, ja also (.) ähm, ich glaub einzigartig bei uns in der Integrierten Suchthilfe ist, dass (.), dass es eine Institution ist mit einer (.) Co-Trägerschaft, ja die genau diese zwei Arbeitsbereiche, ähm repräsentiert, oder vertritt. Ja also auf der einen Seite mit der PSC das Gesundheitswesen, Psychiatrie, ähm (.) und auf der anderen Seite die Sozialen Dienste der Stadt C und somit das Sozialwesen mit den, mit den ja, dann jeweils, mit all den wiederum Institutionen, die dort angesiedelt sind. Ja (.) ja genau und diese (.) Geschäftsleitung von der ISW, genau, die wird zusammen von Vertretern von diesen Organisationen gemacht, und das wieder ist auch auf der Ebene der operativen Leitung ist dies auch so ja, (.) also auf meiner Ebene ja. (.) (Jochum/Jauanek, Z. 20–28)

Interessant wäre an dieser Stelle, die genaue Genese der Integrierten Suchthilfe nachzuzeichnen, aber wahrscheinlich sind Ursache und Wirkung hier nicht mehr klar zu trennen. Es ist aber davon auszugehen, dass zumindest ein Verständnis von Drogensucht als umfassendes Problem, dem ein Gemeinwesen nicht nur punktuell, sondern gewissermassen mit gebündelten Kräften gegenüber treten muss, besteht. Deutlich wird in jedem Fall, dass eines der Erfolgsgeheimnisse dieser an sich unerwartbaren IPZ über Organisationsgrenzen hinweg das Verschwimmen organisationaler Grenzen ist. Ein solches Verschwimmen von Organisationsgrenzen ist ein soziologisch höchst bemerkenswertes Faktum. Normalerweise sichern Organisationen ihre Grenzen penibel, da diese die zentralen Identitätsanker sind und festlegen, für was die Organisation zuständig ist und, noch wichtiger: für was nicht. Organisationsgrenzen informieren die Organisation selbst, wofür sie beispielsweise Geld aufwenden muss, welche Anfragen von welcher Seite legitimerweise gestellt und also bearbeitet werden müssen und welche mit Hinweis auf die eigene Nichtzuständigkeit ignoriert werden können. Für jede, die schon einmal die Erfahrung gemacht hat, Ansprüche an eine Organisation gestellt zu haben, für die diese formal nicht zuständig war – egal wie dringlich und wichtig das Anliegen auch war –, wird diese

soziologische Einsicht empirisch bestätigen. Umso erstaunlicher stellt sich die Konstellation der Integrierten Suchthilfe dar, in der zwei Organisationen bzw. Organisationseinheiten derart eng kooperieren, dass selbst für die jeweiligen Organisationen die Organisationsgrenzen kaum klar zu ziehen sind. Die befragte Psychologin und ihre psychotherapeutische Kollegin beschreiben:

Interviewpassage 7:

Ja, das ist sicher so, weil die PSC meint, wir sind die PSC und die Stadt meint, wir sind Stadt, und das ist (.) das macht halt die Zusammenarbeit einfach so (.) ja, für, ja, mhm, mhm. (Jochum/Jauanek, Z. 264–266)

Diese Unklarheit kann von den Fachpersonen strategisch eingesetzt werden, um für ihre Klienten optimale Betreuung in medizinischer, psychischer und sozialer Hinsicht einzuholen:

Interviewpassage 8:

Befragte 2: Ich find's halt schon viel leichter, wenn ich halt weiss, wenn ich über mein PSC-Mail jemand von der PSC schreibe, dann ist mein Absender drin, die wissen, ich gehör da, Datenschutz ist geklärt, das ist einfach, das geht so viel schneller so, ich muss jetzt alles erklären, noch schauen, ist das irgendwie der Mailverkehr geschützt oder nicht, mhm. (.) Da fragt man, ich glaub da fragt man einfach schneller mal nach, oder kommt schneller in Kontakt, [Befragte 1: Ja das stimmt] und der Absender alles, das schafft schon mal Vertrauen, aha wir gehören zur selben Institution und dann manchmal wir haben ja beide (.) äh Mailabsender, und das kann man ja auch gezielt einsetzen (lacht). (Jochum/Jauanek, Z. 289–296)

Diese Einsichten sind auch jenseits dieses sehr spezifischen Settings instruktiv, da hier offensichtlich wird, dass es oft vermeintliche Kleinigkeiten oder Nebensächlichkeiten sind, die IPZ befördern bzw. behindern. So ist es unbestreitbar, dass Faktoren wie «Person», «Kultur», «Haltung», die in den Interviews, aber auch in Untersuchungen zu IPZ stets prominente Erwähnung finden, wichtig sind. In den Hintergrund werden gegenüber diesen tiefgründigen Faktoren jedoch oft die (nur) auf den ersten Blick und scheinbar banalen Rahmenfaktoren gedrängt. An diesem Beispiel wirklich weitestgehender IPZ wird deren Bedeutung umso deutlicher:

Interviewpassage 9:

Ich glaub, es hat auch, ähm, (.) ich glaub jetzt gar nicht mal die ähnliche Haltung, das ist vielleicht das eine, aber das irgendwie auch, dass

man wie zusammengehört, (lacht) also man muss nicht ähm (.) (unverständlich) das Revier definieren, weil man hat ja dasselbe eigentlich. Also wenn ich jetzt immer mit der Wohnhilfe oder so, dann ist irgendwie man sitzt wie schon von Anfang an im selben Boot, das ist wie so kommt es mir vor (.) und ja dasselbe eigentlich. Oder auch ganz kleine praktische Dinge auch, wenn ich jetzt mit der Klinik, wir können ja dann den Verlauf nachlesen, wir benutzen dasselbe System, das erleichtert dann (.) Vieles ganz fest. Oder dass man dann halt im Adressbuch ähm Mailadressbuch gerade den Namen findet und man muss nicht irgendwo suchen gehen, sondern (.) ja. (Jochum/Jauanek, Z. 83–91)

Die gemeinsame Haltung ist das eine, diese wird aber bedingt oder zumindest erleichtert durch ein faktisches Zusammengehören. Die verschiedenen Fachleute können, um ihren Patienten optimal zu helfen, und das heisst im Fall der Integrierten Suchthilfe sowohl sozial als auch psychisch und medizinisch, ohne komplizierte Anbahnungen auf die Ressourcen zweier Organisationen zurückgreifen, die ihre Organisationsgrenzen für diesen speziellen Fall gezielt abgebaut haben. Neben personalen, finanziellen und zeitlichen geht es dabei auch um infrastrukturelle Ressourcen. Banalste Dinge wie E-Mail-Adressen gleichlautender Endung, ein Mail-Adressbuch, auf das ganz unkompliziert zugegriffen werden kann, gleich ob man bei der einen oder der anderen Organisation formal angestellt ist, erleichtern die Zusammenarbeit, weil sie Zusammengehörigkeit trotz unterschiedlicher Expertisen und Aufgabenbereiche praktisch transportieren. Fragen des Datenschutzes, die an anderer Stelle Kooperationen verhindern, sind durch die formalen Doppelmitgliedschaften ganz praktisch aus dem Weg geräumt.

Die strikten Mitgliedschaftsrollen von Organisationen kann man im Normalfall als eine Art Immunsystem bezeichnen. Die Organisation kann, indem sie Kommunikation von Mitgliedern von der von Nichtmitgliedern unterscheidet, klar Eigenes und Fremdes trennen, was u. a. für den organisationsinternen Komplexitätsaufbau und damit die Leistungsfähigkeit der Organisation entscheidend ist. Gleichzeitig ist es dieser Mechanismus, der im Falle gewollter Grenzüberschreitung oft unüberwindliche strukturelle Barrieren aufbaut. Im Fall der Integrierten Suchthilfe C-Stadt wird diese innerorganisationale Immunabwehr gezielt geschwächt – sowohl die städtischen Abteilungen als auch die Klinik halten sich so für Irritationen von – formal – nicht Zugehörigem offen. Probleme für die jeweilige Organisation werden in den Interviews nicht thematisiert, sind aber durchaus denkbar. Dies ist eine Leerstelle, die es uns an dieser Stelle verbietet, den energetischen Aufwand, der organisationsseitig hier für eine gelingende IPZ «bezahlt» werden muss, genauer zu beschreiben.

Thematisiert wird hingegen überdeutlich, dass dieser Energieaufwand Bindungskräfte freisetzt, die diese besonders intensive Form der IPZ dauerhaft stabilisiert. Die überaus grossen Vorteile, die die organisationale Durchlässigkeit für die Zusammenarbeit der jeweiligen Experten und vor allem für die gemeinsame Klientel bedeutet, stehen im Zentrum aller Interviews aus diesem Setting. Ein Vergleich mit anderen Settings bietet sich hier an, um gezielt Potenziale bzw. Restriktionen existierender Organisationsgrenzen zu evaluieren. Insbesondere die IPZ im ambulanten Bereich kann u. E. von einer solchen Betrachtungsweise profitieren.

Welche Rückstellkräfte hindern die Entfaltung des IPZ-Potenzials der Integrierten Suchthilfe?

Obwohl die Beschreibungen aller Befragten aus dem Setting der Integrierten Suchthilfe geradezu hymnisch klingen, gibt es selbstverständlich auch Schwierigkeiten in der Umsetzung der hehren IPZ-Ideale. Vor allem zwei Kategorien sind hier interessant. Zunächst liegt eine mögliche Restriktion tatsächlich in den unterschiedlichen professionellen Bezugsproblemen; diese Probleme werden jedoch als durch Kommunikation leicht zu beheben geschildert. Hier geht es im Kern um die Herstellung eines gemeinsamen Verständnisses der Aufgabe und von diesem Standpunkt aus die (Re-)Definition der eigenen professionellen Zuständigkeit.

Eine zweite, schwerwiegendere Irritationsquelle interprofessioneller Zusammenarbeit liegt – trotz der geschilderten Organisationsform – in den formalen Unterschieden zwischen den beteiligten Professionen. In ganz ähnlicher Weise wie im Beispielfall Diabetes Care können auch hier externe Faktoren hemmend auf IPZ wirken.

Zum ersten möglichen Hindernis, den unterschiedlichen professionellen Bezugsproblemen: Gerade zwischen psychologischer und pflegerischer Arbeit treten in der Integrierten Suchthilfe strukturelle Unterschiede zutage. Abgabe der Substanzen und therapeutische Arbeit mit den Suchtkranken sind voneinander getrennte, gleichwohl eng aufeinander bezogene Aufgabengebiete. Während Erstere der Pflege obliegt, kümmern sich Psychologen um Zweitere. Eine Pflegefachkraft schildert eine typische Problemkonstellation, die sich daraus ergibt:

Interviewpassage 10:

Natürlich gibt's das, es sind verschiedene Berufskategorien, Gruppen, die aufeinandertreffen, und es muss ab und zu knallen! (.) Das ist so, das geht nicht anders. Ein Beispiel zum Beispiel: Abgabe hat irgendwie - - na

ja, was soll ich jetzt für'n Beispiel nehmen, - oftmals ist es so, dass die Abgabe das Gefühl hat, das müsste doch jetzt laufen, und vielleicht nicht genug Rückmeldung kommt von den Psychologen und dann, dann wird's einfach ärgerlich. Dann sagt man, es ist, es ist einfach unbefriedigend, ich weiss nicht, was da läuft mit dem Patienten und ich krieg die Rückmeldung nicht. (.) Da muss man auch sagen, gut, müssen sie sich auch an die eigene Nase nehmen und sagen, gut, dann nimm das Telefon in die Hand, ruf an und frag direkt nach, dann hastes, oder. (.) Äh, dann entscheidet die Abgabe was bei nem Klient und die Psychologin entscheidet genau was anderes bei dem Klient und das ist dann natürlich ein Nichtzusammenarbeiten, sondern jeder arbeitet in seiner Richtung und das kann natürlich zu Konflikten kommen und da nutzen wir dann zum Teil dann auch diese Sitzungen, wo wir dann angucken und (.) dran sind, dass wir zusammenarbeiten und nicht gegeneinander arbeiten, weil es ist ein Klient, den wir behandeln. Genau, man kann nicht immer einer Meinung sein und die Aufgabe ist auch anders; das hat uns erst auch mal bewusst werden müssen, wir ham auch Supervision und sowas schon mal gehabt. Und in der Abgabe ist ne ganz andere Rolle als bei den Psychologen. Wir sind viel mehr auf, auf Regeln bedacht, auf, auf Genauigkeit, auf Pünktlichkeit, auf Kontrolle und die Psychologen sind viel mehr auf Beziehungsbasis – müssen teilweise grosszügiger sein, aber bis das Abgabeteam das auch verstanden hat und gemerkt hat (.) okay, es ist einfach was anderes, hat es sehr viel böses Blut gegeben. Weil ich hab gesagt: «Nein, es gibt jetzt nix mehr, Sie sind zu spät», der ist dann hochgegangen und hat dann was gekriegt [mhm] und es ist nicht einfach, nein zu sagen, also (lacht) ja zu sagen ist viel einfacher, genau, und so was gibt Konflikte. Genau, wir haben uns aber auch zur Gewohnheit gemacht, dass wir so Konflikte, also nicht immer, aber ab und zu, dann auch ansprechen und einfach hingehen und sagen, du, warum hast du's jetzt gegeben, ich hab doch nein gesagt,(.) genau. Aber wir hatten grad heute Morgen den Fall oder gestern auch, ein Patient ist zur falschen Zeit gekommen und eigentlich auch viel zu spät, also falscher Tag, falsche Zeit. Der ist dann weggeschickt worden zum Hintergrund. Weil das ist das, was wir machen können, wenn er nicht dann weggehen will, dann muss er zum Hintergrund, das angucken. (.) Und Hintergrund, also das ist meistens einer von den Psychologen, die haben Hintergrund, die schauen dann einfach, wie weiter mit dem Patienten, weil wir haben relativ viele, die aufs Mal kommen, und dann kann man nicht mit jedem das genau anschauen und der Hintergrund hat gesagt: «Nee es gibt jetzt nichts, Sie können dann und dann wiederkommen, wir ham ja wieder

offen», Punkt und dann ist er wieder runtergegangen und Mitteilung ist dann irgendwie gekommen, der Hintergrund war besetzt (.) und dann hat jemand anders entschieden, dann hat er gekriegt. Das ist natürlich was, das ist schlecht gelaufen, also da hat natürlich der Klient alle Stolpersteine rausgefunden und sie für sich genutzt (.). Beim nächsten Mal wissen wir's vielleicht besser und da ist natürlich der Augenmerk auch wieder okay, vielleicht müsste der Hintergrund dann auch schnelle Rückmeldung geben. (.) Aber das sind dann so Sachen, die nehmen wir für ernst und wahr und wir sehen sie und versuchen sie dann auch anzugucken, zu gucken, was kann man machen. (Lauf, Z. 233–272)

Das hier geschilderte Problem ähnelt sehr jenem Problem, dem sich Eltern gegenübersehen, wenn die Sprösslinge versuchen, Zugeständnisse, die von einem Elternteil nicht gemacht wurden, hinter dessen Rücken dem anderen Elternteil abzutrotzen. Ähnlich wie in Familien wird auch die Lösung hier in der Einsicht in diese Strukturen und in der offenen Kommunikation über diese gesehen. Wir haben es hier also mit einem Problem zu tun, das zwar als typisch, mit den beteiligten Personen und den vorhandenen Kommunikationsgefässen jedoch als prinzipiell handhabbar beschrieben wird. Interessant ist dabei, dass auch hier die Einsicht in professionelle Grenzen, das Anerkennen der je spezifischen professionellen Kompetenzen und Arbeitsweisen und der damit verbundenen je anderen Beziehungsebenen gegenüber den Klienten eine wichtige Rolle für das Funktionieren interprofessioneller Kooperation spielt. Die Herstellung des gemeinsamen Verständnisses des Problemfalls trotz bzw. gerade wegen der differierten Bezugsprobleme der verschiedenen Berufspersonen läuft über diese Auseinandersetzungen um die Grenzen der jeweiligen Aufgabenbereiche. Frau Lauf beschreibt sehr klar, dass die Einsicht in die professionelle Differenz zwischen Pflege und Psychologie ein Schlüssel zur gemeinsamen erfolgreichen Fallbearbeitung ist. Es geht also nicht darum, sachliche Unterschiede nivellieren zu wollen. Professionalität ist kein Hemmschuh. Sondern die Anerkennung unterschiedlicher Professionalitäten ist die Grundlage guten interprofessionellen Arbeitens. Per se handelt es sich hierbei also nicht um eine Rückstellkraft, sondern, mit entsprechender kommunikativer Bearbeitung, setzt die Verhandbarkeit von professionellen Grenzziehungen wiederum Bindungskräfte frei. Auch wenn dieser Aspekt im Setting der Integrierten Suchthilfe nicht so prominent verhandelt wird, handelt es sich um denselben Mechanismus, der im Konzept Palliativbetreuung zentral für die Bindung ist.

An anderer Stelle hingegen werden Differenzen zwischen den Berufsgruppen durchaus strukturell zum Problem. Eine befragte Psychologin beschreibt es wie folgt:

Interviewpassage 11:

[...] die Medizin ist natürlich auch ein schwieriger Partner, (.) ja, ja, (.) weil (.) aus verschiedenen Gründen, aber natürlich einfach aus juristisch-formalen Gründen, weil sie auch das, was wir hier leisten, der grösste Teil der Arbeit, der Konstitution der Patientenarbeit läuft um, läuft um, um, läuft als Leistung der Krankenkasse, sprich, da muss schon mal formaljuristisch ein Arzt die Verantwortung dafür übernehmen, oder, und das wiederum, natürlich, stört natürlich die Idee der gleichberechtigten, (.) ähm, interprofessionellen Zusammenarbeit auch, ja, (.) und das ist schon störend. (.) Ja, und ich denke auch, dass das auch, ähm, wie soll ich sagen, (-) ja dort (.) gehts nicht auf. (lacht). [...] Auch wenn die vielleicht im Alltag dann mal nicht so spürbar ist und so, ähm, (.) aber dann eher, weil Personen, die so überwinden oder gegenseitig und so, (.) oder auch Ideen diese überwinden, aber, aber, ähm sie ist formal da, mhm, mhm. (Jochum/Jauanek Z. 323–331)

Hier wird deutlich, dass es nicht um kommunikativ überwindbare Restriktionen geht. Es sind äussere Strukturzwänge, die medizinisches Wissen, ärztliche Entscheidungen formal auf einer anderen Ebene ansiedeln als etwa das Wissen der Psychologen oder die Entscheidungen von Pflegekräften. Die Befragte beschreibt, wie medizinischer Deutungshoheit aufgrund juristischer Absicherung nur schwer zu widersprechen ist und die finanzielle Anreizstruktur im Gesundheitssystem relevant wird. Was nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen steht und nicht vom Arzt, der Ärztin befundet wird, ist schlicht nicht abrechenbar. Praktischen Vorrang haben tendenziell also die problemlos ökonomisierbaren medizinisch indizierten Leistungen. Auch hier werden die Probleme für die eigene Arbeit als nicht besonders relevant angesehen, allerdings nicht, weil sie prinzipiell über Kommunikation lösbar wären, sondern nur, weil die (aktuelle) Personalkonstellation im Beispiel diese strukturelle Asymmetrie abfedert:

Interviewpassage 12:

Mhm, mhm, mhm, und bei uns ist es ein Stück weit, ein Stück weit, sag ich jetzt mal, ein bisschen (.) durchlöchert, (lacht) weil (.) wir so ne Struktur haben, die, wenn die Personen nicht miteinander klarkommen, denk ich, wär es das volle Chaos hier. (.) Aber weil, ja, ähm, (.) ich zum Beispiel die Abteilung leite, also auch personell sozusagen vorgesetzt bin, ähm, (.) und dann der Arzt aber natürlich im Einzelfall, oder, dann ähm die Behandlung verantworten muss, oder, ja, ja, (.) und von dem her ist es natürlich, habe ich oder wir natürlich schon auch nicht unwesentliches Gegengewicht, (.) oder, ja und versuchen das natürlich auch einzubringen, aber eben, es ist, (lacht) ja, ich glaub, Sie wissen, was ich meine. (Jochum/Jauanek, Z. 367–374)

Man sieht hier selbst im Gelingensfall, dass der Befragte das prekäre und jederzeit Verlierbare dieser besonders gelungenen IPZ permanent bewusst ist. Vor dem Hintergrund der Besonderheit interorganisationeller IPZ, die hier als besondere Bindungskraft geschildert wurde, ist die Bedrohung der IPZ durch die (potenzielle) Rückstellkraft der rechtlichen und abrechnungstechnischen Strukturen des Gesundheitssystems besonders bemerkenswert. Die von aussen formal gesetzten Grenzen interprofessioneller Zusammenarbeit sind eine Rückstellkraft, die nur unter sehr aussergewöhnlichen Bedingungen kompensiert werden kann. Wenn dieser enorme Energieaufwand von den beteiligten Fachpersonen, aber auch den Organisationen (hier mit speziell organisierten Hierarchien), aus welchen Gründen immer, nicht (mehr) geleistet werden kann, «wäre es das volle Chaos hier».

Beispiel II: Palliativbetreuung

In der Vorgängerstudie haben wir Interviews mit Mitarbeitern einer klassischen Palliativstation geführt (SAMW 2017, 40 ff.). Im Unterschied zu den Interviews dieses rein stationären palliativen Settings sind die Interviews dieser Studie im Kontext eines umfassenden Palliativbetreuungskonzepts entstanden. Im Rahmen dieses Konzepts werden Patienten an zwei Standorten stationär betreut, darüber hinaus gewährleisten die Mitarbeiter über einen klinikinternen Konsiliardienst die palliative Betreuung auf allen weiteren Stationen der Klinik und an der Schnittstelle zur ambulanten Palliativversorgung. Für die interprofessionelle Zusammenarbeit ergeben sich aus diesen strukturellen auch grosse praktische Unterschiede. Daraus wiederum lassen sich grundsätzliche Erkenntnisse über die Funktionsweisen, Möglichkeitsbedingungen und Restriktionen von IPZ ableiten. Der Fokus dieser Studie liegt auf der konsiliarischen Palliativbetreuung.

Befragt wurden die folgenden Fachleute:

- Dr. Friedrich Frisch, Arzt
- Gustav Gess, Spitalseelsorger
- Heinrich Holm, Physiotherapeut
- Ilona Ignatz, Pflegefachfrau

Welche Bindungskräfte ermöglichen im Beispiel Konzept Palliativbetreuung eine IPZ?

Der grosse Erfolg palliativer Versorgung in den letzten Jahren hat sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der Gesundheitsfachleute die Akzeptanz und Nachfrage nach solchen Angeboten enorm gesteigert. Palliativstationen sind traditionell und konzeptionell eher kleine, geradezu intime Funktionseinheiten mit ganz besonderen Rahmenbedingungen. Die palliative Versorgung der Gesamtbevölkerung ist über diese Stationen (zumindest aktuell) nicht leistbar.

Verschiedene Angebote reagieren auf diese Diskrepanz von Angebot und Nachfrage. Neben ambulanten palliativen Diensten, die die optimale Palliativversorgung im Zuhause der Patienten betreuen, wird palliative Versorgung zunehmend auch innerhalb von Kliniken, jenseits der engen Grenzen der spezialisierten Fachstationen angeboten. Das Verständnis hinter diesen Ansätzen ist, dass die stationäre Palliativversorgung letztlich nur die Spitze des Eisbergs ist, vornehmlich für palliativmedizinisch besonders komplizierte Fälle. Gleichwohl ist eine spezialisierte Versorgung Sterbender auch jenseits dieser extremen Sterbeverläufe mittlerweile zumindest als Desiderat weitgehend geteilt.

Konsiliare palliative Versorgung reagiert auf diesen Bedarf, indem Spezialisten aller Fachgebiete einer Klinik die Möglichkeit haben, palliative Expertise hinzuzuziehen. Es gibt palliative Fachleute, die aus den Kliniken hinaus in den ambulanten Bereich wirken. Dr. Frisch, Arzt in leitender Position, beschreibt die vielfältigen interprofessionellen Kontakte, die verschiedenen Bezugsprobleme und die enorme Falldichte seiner Arbeitsrealität:

Interviewpassage 13:

Im Palliativzentrum sind wir -, hier arbeiten 20 Menschen. Wir haben aber zwei Palliativstationen [mhm], wir arbeiten in einem Konsiliardienst, wo wir 4000 Konsile pro Jahr haben. Wir arbeiten auch im Netzwerk, das heisst ambulant nach draussen spezialisierte Palliative Care. Wir arbeiten auch in Ambulatorien. Das heisst, wenn ich aus meiner Rolle, aus meiner Profession heraus spreche, so arbeite ich

täglich in verschiedenen interprofessionellen Teams und das macht es noch mal spannender, aber auch nochmals herausfordernder [mhm].
(Dr. Frisch, Z. 20–25)

Dass sich die hier geschilderte Personal- und Arbeitssituation nicht mit derjenigen vergleichen lässt, in der Gesundheitsfachleute exklusiv auf einer spezialisierten Palliativstation arbeiten, ist offensichtlich. Während im Setting stationärer palliativer Versorgung zumeist lange Zeit eingespielte Teams zusammenarbeiten, kommt es in der konsiliaren palliativen Versorgung zu wechselnden interprofessionellen Kooperationen; wenn für Patienten eine Rückkehr in die heimische Umgebung möglich ist, kommt ggf. die Abstimmung mit weiteren Fachpersonen aus der ambulanten Versorgung hinzu. Mitarbeiter in diesem Arbeitsumfeld haben sowohl auf Patienten- und Angehörigenseite wie auch auf Kollegenseite ungleich mehr und dadurch zumeist kürzere Kontakte.

Blurring Boundaries vs. Negotiating Boundaries

Während die Interviews im stationären Bereich um individuelle Geschichten und die Biografie des Patienten organisiert waren, sticht im Vergleich dazu in den Interviews aus dem aktuellen Sample das weitgehende Fehlen solcher hoch individueller Patientengeschichten ins Auge. Stärker als in den Interviews aus der Palliativstation stehen im aktuellen Setting die fachspezifischen Aspekte im Zentrum, beispielsweise die medikamentöse Symptomkontrolle, die physiotherapeutische Unterstützung der Atmung oder seelsorgerliche Rituale. Wo in den Erzählungen der Vorgängerstudie die Individualität – sowohl auf Seite der Patienten als auch jener der Professionellen – die Fachlichkeit geradezu transzendiert hat, diskutieren die Befragten aus der breiter gefassten Palliativversorgung deutlich stärker die Bedeutung von Professionalität und auch Fragen der Hierarchie:

Interviewpassage 14:

Eines ist ganz klar, stolz sein auf die eigene Profession, sicher sein in der eigenen Profession [mhm] (.) Wissen, was die andere Profession kann (.), also anerkennen, wertschätzen der anderen Profession. Diese Profession ihre Arbeit finden und machen lassen, also nicht das tun wollen, was der Seelsorger, der Spiritual Care tut. Aber in den Austausch kommen und auch anregend sein für den anderen, das ist glaube ich das eine. Ein Netzwerk und sein Team versucht ja immer auch hierarchielos zu sein, also mit möglichst wenig Hierarchien, das ist richtig. Nichtsdesto-trotz sind auch Hierarchien im Sinne eines Organigramms hilfreich und notwendig [mhm]. Und diese sollten-, sie müssen akzeptiert werden.

Und zwar nicht im Sinne von Machtausübung, oder Macht schon, aber im positiven Sinn, sondern in der Klarheit der Organisation [mhm] Wer sagt was, wer entscheidet wo was und wo wird gemeinsam entschieden. Also es braucht auch das. Also flache Hierarchien Ja, aber es braucht auch die Hierarchie [mhm] und eben der Stolz auf die eigene Profession und sich selber immer in der eigenen Profession zu hinterfragen, aber sich auch zu perfektionieren. (Dr. Frisch, Z. 69–81)

Während wir in den Interviews im stationären Setting der Palliativversorgung idealtypischerweise ko-kreatives Zusammenarbeiten feststellen konnten, was sich daran zeigte, dass «keine Profession (...) per se Delegationsmacht oder Deutungshoheit beanspruchen [kann]» und dass «Asymmetrien und Entscheidungskompetenzen (...) von deren alltagspraktischer Aushandlung und Bewährung abhängig [sind]» (SAMW 2017, 41), betont der befragte Mediziner hier gerade die Bedeutung von, wenn auch flachen, klaren Hierarchien, von eindeutig geregelten Zuständigkeiten entlang professioneller Grenzen. Anders als in den Interviews aus dem stationären Setting werden hier auch Beispiele solcher Konflikte um die professionelle Grenzziehung beschrieben. Sowohl der Arzt Dr. Frisch als auch die erfahrene Pflegefachfrau Ilona Ignatz beziehen sich auf die «Grenzüberschreitung», wenn Pflegekräfte sich in die ärztlich verantwortete Medikationsentscheidung einmischen:

Interviewpassage 15:

Ja, also (.) auch im Palliative-Care-Bereich, aber schon auch bei uns. Wenn ich auf (.) Visite gehe und frage den Patienten bezüglich Schmerz und das bespreche mit dem Team und mir dann die Pflege sagt, er hat so und so viel Schmerzreserven gebraucht und vielleicht würde er besser auf, ich sage jetzt, Oxycontin ansprechen, also auf Morphin, dann finde ich das zwar spannend und fühle mich dadurch auch nicht gekränkt, aber eigentlich denke ich, diese Kompetenz habe ich selber [mhm]. Mich würde viel mehr interessieren von der Pflege, er hat Schmerzen und kann-, konnte heute nicht zur Toilette gehen, er konnte nicht essen, er konnte nicht aufstehen, er hat die Nacht durchgelitten, er kann mit seinen Angehörigen nicht kommunizieren oder er ist immer verwirrt und kann deshalb sich nicht ausdrücken wie er möchte, das würde mir ergänzend viel mehr nützen als ein Vorschlag, wie ich die Opioidtherapie machen sollte [mhm]. Das ist das Ergänzende, das heisst nicht, dass die Pflege nicht wissen soll, wie die Opioide funktionieren und dass es da auch Alternativen dazu gibt. Genauso, wie ich auch weiss, was eine Pflegediagnose ist oder wie die Pflege arbeitet, deshalb

sage ich ja auch- (.) ich kann drüber diskutieren, habt ihr daran gedacht, aber eigentlich ist das ihre Kompetenz, zu sagen, eben wir haben gedacht an (.) Patienten oder Angehörige einbezogen hat, das ganze Care im Projekt [mhm]. (Dr. Frisch, Z. 88–103)

Interviewpassage 16:

Und eben dieses Grenzüberschreitende, das kann ja dann sehr heikel sein, oder. Wenn ich sage, ich als Pflegende sage, ich würde dem jetzt mal Haldol geben und ich glaube der ist-. Das habe ich einmal erlebt, ich habe gesagt, du der- wir können dem keine SchmerzEinstellung machen, der ist völlig delirant [mhm] und dann hat die, die Ärztin gesagt, du hast gar nicht, wieso- weisst du, dass der delirant ist (lacht). Dann sage ich, das hat uns die Ehefrau doch eben erzählt und der Patient hat ja keine Ahnung, wo er ist und was- und je mehr Opiate wir dem geben, desto- -. Und das hat dann einen Konflikt ausgelöst, weil ich gewagt habe- Und, ja. Und dann haben wir uns eben hingesetzt und wir haben geklärt, wieso macht dich das so wütend, wenn ich als Pflegende und so. Und das war dann wieder sehr hilfreich, also das war gut. (Ignatz, Z. 181–190)

Es geht uns mit diesen Zitaten nicht darum, mögliche schlechte Zusammenarbeit zu unterstellen. Im Gegenteil. Beide Befragten betonen, dass sie die Reibungspunkte zwar als typische «heikle» Situationen wahrnehmen, aber keineswegs als Ausweis dafür, dass interprofessionelle Praxis nicht funktioniert. Gerade die Pflegefachfrau erklärt solche Konflikte durchaus als zielführend auf dem Weg zu einem besseren gemeinsamen Verständnis von interprofessionellen Situationen. Interessant sind die Beispiele im Kontrast zu den Schilderungen aus der stationären Palliativversorgung für die Frage nach den Gelingensbedingungen von IPZ unter jeweils eigenen Kontextbedingungen. In den kleinräumigen, ganz um die wenigen Patienten gruppierten interprofessionellen Teams fanden wir keine Darstellung von Auseinandersetzungen um professionelle Kernbereiche. Professionsgrenzen wurden hier eher als inexistent bzw. das Gelingen der IPZ als Verwischung von professionellen Demarkationen beschrieben. In dem grössräumigeren Konzept Palliativbetreuung hingegen scheinen Grenzziehungsfragen eine ernsthafte Bedeutung für die alltägliche Arbeit der Berufsfachleute zu haben. Je «normaler» Palliativversorgung im Spektrum medizinischer Standardleistungen wird, umso ähnlicher scheinen auch die Herausforderungen für IPZ in diesem Bereich denen anderer Bereiche zu werden. Die Frage danach, was gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit im Konzept Palliativbetreuung ausmacht, wird typischerweise mit einem Hinweis auf die Notwendigkeit der Aushandlung professioneller Zuständigkeiten beantwortet: Aushandlungs-

prozesse darum, wer was mit welcher Berechtigung tun darf und wer wem gegenüber in einer Hol- bzw. Bringschuld von Informationen ist. Organisations- wie professionssoziologisch erstaunt dieser Unterschied wenig; für die praktische Arbeit an der Verbesserung interprofessioneller Arbeitszusammenhänge haben die Einsichten freilich Konsequenzen. Denn: Beide Formen palliativer Versorgung gibt es und wird es voraussichtlich weiterhin geben, beide Formen haben ihre je spezifische Berechtigung und tragen zum Ziel bei, möglichst allen Sterbenden bei Bedarf die individuell adäquate Versorgung zukommen zu lassen.

Während wir für die Palliativstation das «Organisieren des Unorganisierbaren» als zentralen Mechanismus von IPZ in der palliativen Versorgung feststellen konnten, ähneln die Aufgaben im Konzept Palliativbetreuung deutlich mehr denen des normalen Krankenhausbetriebs. Ein Physiotherapeut beschreibt, was er an seiner Arbeit im palliativen Bereich als erfüllend erlebt:

Interviewpassage 17:

Wenn ein Patient mit aussichtslosen Situationen mittel- oder kurzfristig mit schwerster Symptomatik zu uns ankommt, dort in noch kurzer Zeit behandelt wird und in nur wenigen Tagen schmerzfrei oder (unv.)-frei oder angstfrei oder übelkeitsfrei wieder zurück in seine gewünschte oder gewohnte Situation gehen kann. Zurück nach Hause im besten Fall, zurück ins Pflegeheim, wo er wohnt. Und dort mit ein bisschen weniger Freude, aber doch auch ein gutes Resultat, wenn der Patient halt in eine andere Situation gebracht werden muss, aber trotzdem wieder austreten kann. Oder wenn der Patient bei uns verstirbt unter (unv.) oder für die Familie gut zu betauernde Umstände, also dass der Patient so stirbt, dass die Zeit vorher so verlebt werden kann, dass man nicht in einem weiteren Therapiezustand darum kämpft, dass die Familie Zeit hat, Abschied zu nehmen, gut begleitet werden kann, das gehört auch- das ist auch ein Therapieziel. Da muss nicht der Patient schon sämtlich rausmarschieren, aber er muss die Station in gutem- Einvernehmen kann man nicht sagen, aber auf eine gute Art und Weise verlassen auch als gestorbener Patient (unv.) die Familie. (Holm, Z. 83–95)

Es geht darum, dass die Patienten oder wenigstens die Angehörigen nach der Intervention der Palliativexperten besser dran sind als vorher, dass ihr Alltag, wie eingeschränkt auch immer, gut weiterfunktionieren kann. Es kann unter diesen Umständen nicht immer darum gehen, die Individualität des Sterbenden in toto zu würdigen und zur finalen Entfaltung zu bringen, aber es geht darum, ihn

auch jenseits des Somatischen, psychisch und in seinen sozialen Bezügen, zum Ausgangspunkt für die interprofessionellen Bemühungen und das heisst hier eben auch für die je professionellen Bemühungen zu nehmen. Anders als im kurativen Bereich geht es zwar nicht um Heilung, aber die Idee eines gut vorbereiteten, konfliktfreien Spitalaustritts ohne unschönes Nachspiel ist auch im Zitat der betonte Wunsch. Es geht also nicht, wie in den Palliativstationen, um «das Organisieren des Unorganisierbaren», es geht vielmehr darum, entsprechend den Möglichkeiten eines «normalen» Spitalbetriebs eine möglichst gute Lösung in der besonderen Situation eines absehbar nahen Lebensendes zu erwirken. Der Ansporn für die Verdichtung interprofessioneller Bemühungen, für den erhöhten Energieeinsatz, beschreiben die Befragten in dem Willen, den Spagat zwischen besonderer, weil existenzieller Problemkonstellation und der normalen Struktur medizinischer Versorgung zu meistern. Die Frage nach den Bindungskräften, die es ermöglichen, einen solchen konsiliaren Palliativdienst, der quer zu den sonstigen Spitalstrukturen (Stationen, Hierarchien) liegt, nicht nur ins Leben zu rufen, sondern dauerhaft mit Leben zu füllen und zu verstetigen, lenkt den Blick auf die Thematisierung von professionellen Grenzziehungen.

Ähnlich wie wir es auch in anderen Settings, etwa am Beispiel InHospITool, sehen werden, sind Fragen professioneller Grenzziehung keineswegs gleichzusetzen mit misslingender oder nicht realisierter IPZ. Sie sind vielmehr Ausdruck eines enormen Energieaufwands, den die Beteiligten leisten, um für die Patienten, aber auch die beteiligten Berufspersonen neue, dem hergebrachten Normalfall überlegene Lösungen zu etablieren. Fragen der Grenzziehung treten entsprechend oft dort auf, wo neue Einsichten oder Initiativen auf hergebrachte Arbeitsroutinen und Rollenverständnisse stossen. Ein konkretes, sehr drastisches Beispiel lässt diese allgemeine Einsicht en détail rekonstruieren:

Interviewpassage 18:

Mmmh, ich komme gerade aus einem Gespräch von einer amerikanischen Patientin, die hat einen Tumor im Bauch, ein Mesotheliom, die Diagnose steht seit drei Wochen, die Patientin weiss, dass sie sterben wird, möchte aber nicht sterben. Diese (.) Diagnose überwältigt sie noch, ihr Ehemann ebenfalls und da ist enorm viel Turbulenz und Aktivitäten in diesem System. Jemand wollte sie auch an ein Universitätsspital weiterweisen, wir haben gesagt, wir finden das nicht sinnvoll und er hat trotzdem die Ambulanz geholt, das Empfängerspital hat sie nicht entgegengenommen. Das ist so kurz die Situation. Nun sehr viel Gespräche von der Pflege mit ihm, sehr viel von den Ärzten mit ihm, sehr viel von Sozialdienst etc. Und nun war's natürlich wichtig, dass wir das auch

mal koordinieren, zeigen, was wir können, wo unsere Grenzen sind, Tagespläne aufstellen und auch klarzumachen, was unsere Ressourcen sind. Dass das Ziel von uns mit dem Patienten respektive der Patientin die gleichen sind, nämlich, dass es ihr so gut wie möglich geht, so wenig Leiden wie möglich. Dass wir auch nochmals Rehabilitation versuchen möchten, aber nur, wenn sie einverstanden ist und- deshalb erzähle ich es auch (.), den, die Einzelperson aus der Schusslinie zu nehmen. Also da war ein gestresstes Verhältnis zur Stationsärztin, da war ein gestresstes Verhältnis zur Stationsleitung von der pflegerischen Seite und dann aufzutreten als gemeinsames Ganzes, Ziele aufzeigen, zeigen, dass zu dem Ziel verschiedene Wege führen können, dass wir aber arbeiten können, müssen wir mal einen Weg einschlagen, dieser Weg wird für jetzt mal für eine Woche durchgeführt. Wenn wir falsch liegen, kann man diesen Weg korrigieren, trifft man sich wieder, aber wir können nicht jeden Tag alles neu diskutieren und Stunden investieren. So sehe ich Interprofessionalität, also (.) jeder übernimmt seine Verantwortung entsprechend seiner Hierarchiestufe, seiner Profession, seiner Stellung im Team. Aber wir haben eine gemeinsame Aufgabe, ein gemeinsames Ziel und müssen, möchten flexibel sein [mhm]. (Dr. Frisch, Z. 32–54)

In dem Zitat schildert Dr. Frisch eine individuelle Extremsituation, die gleichwohl in der Arbeitsrealität grosser Spitäler mehr oder minder zum Alltag gehört. Selbst wenn wir davon ausgehen, dass alle Beteiligten optimal arbeiten: Die Spitzenmedizin liefert genaue Befunde und relativ verlässliche Prognosen, hervorragende Pflege versorgt die Patienten bestmöglich und engagierte Sozialdienstmitarbeiter versuchen, die Rahmung des Spitalaufenthalts zu optimieren. Und dennoch kommt es immer wieder zu Situationen wie dieser, in der alle Beteiligten unzufrieden sind. Das tritt natürlich insbesondere aber bei weitem nicht ausschliesslich in derart existenziellen Krankheitslagen auf. Klassische Palliativstationen lösen diese Konflikte über eine Form von Totalinklusion der Patientinnen, die wir in der Vorgängerstudie ausführlich geschildert haben. Grenzziehungen zwischen den Professionen werden hier abgebaut (sog. «Downplaying») gegenüber der je individuellen Bezugnahme auf den Einzelfall. Diese Vorgehensweise ist erwiesenermassen hochproduktiv, bindet aber enorme Ressourcenmengen, die im Gesundheitssystem nur punktuell bereitgestellt werden können.

Demgegenüber macht das Zitat zentrale Unterschiede zum Modell der konsiliarischen Palliativversorgung deutlich: Ressourcen, insbesondere die zeitlichen Ressourcen der beteiligten Gesundheitsfachleute, sind hier nicht unerschöpflich. Die Zeit, die einem einzelnen Patienten gewidmet werden kann, ist überschaubar. Der Fall wird als schwierig und zeitintensiv geschildert; im Rahmen des Möglichen ist bereits viel Zeit von den verschiedenen Beteiligten aufgewandt worden, um die Situation zu verbessern – offenbar ohne durchschlagenden Erfolg. Dann kommt der Satz, der aufhorchen lässt: «Und nun war's natürlich wichtig, dass wir das auch mal koordinieren, zeigen, was wir können, wo unsere Grenzen sind, Tagespläne aufstellen und auch klar zu machen, was unsere Ressourcen sind.» Hier nun geht es darum, sich einerseits als Team zu organisieren und andererseits nach aussen klare Grenzen des Machbaren zu ziehen. Ein solcher Satz scheint uns im klassischen stationären Palliativsetting kaum sagbar, aber im Konzept Palliativbetreuung mit seinen ganz anders gelagerten Rahmenbedingungen erscheint folgerichtig, dass eine gelungene Zusammenarbeit deutlich klarer und strukturierter erfolgen muss. Individuelle Schicksale liegen meist quer zur arbeitsteiligen Logik professioneller Organisationen, was zumindest einen Teil der Unzufriedenheit von Patienten, aber auch Gesundheitsfachleuten in herkömmlichen stationären Settings erklärt. Je mehr Individualität zugelassen wird, umso mehr Unordnung kommt ins System, die dann wieder geordnet werden muss, soll es nicht zu Friktionen kommen. Anders als beim «Organisieren des Unorganisierbaren» auf den klassischen Palliativstationen wird hier, wie geschildert wird, gerade mit den Mitteln formaler Organisation Grenzziehung betrieben. Gegenüber der Patientin und ihren Angehörigen werden klare Grenzen des Machbaren gezogen und das Team sortiert sich – in dieser Beschreibung zumindest – nach den klassischen Mustern professioneller Organisationen, also einerseits nach den professionellen Funktionsbezügen und andererseits hierarchisch. Was aus dem Zusammenhang gerissen im Zitat des Arztes so klingt, als beharre er auf tradierten professionell-hierarchischen Pfünden (und zum Teil mag das ja sogar mit hineinspielen), erweist sich bei genauerem Hinsehen auch als sein entscheidendes Abstimmungsinstrument der speziellen Form IPZ im konsiliarischen Dienst. Zwar geht es um Grenzziehung, gleichwohl sind die hier verhandelten Grenzen nicht unveränderlich. Vielmehr scheint jede Teamkonstellation und jeder Patientenfall in gewissem Umfang je neue Aushandlungen zu verlangen. Frau Ignatz, eine leitende Pflegekraft aus dem palliativen Konsiliardienst, schildert, wie jede neue interprofessionelle Konstellation, aber auch jeder neue Patientenkontakt potenziell eine Reorganisation der Grenzen verlangt. Hierbei werden zwar etablierte Hierarchien verschoben, aber Fragen nach der Leitung und auch genuine Expertisefragen stehen weiterhin im Vordergrund:

Interviewpassage 19:

Ja, ja also eben zu Beginn, das war deswegen mein Beispiel von diesem leitenden Arzt aus der Onkologie, der plötzlich realisiert hat, dass unser Dienst- also dass das eben nicht mehr so jetzt eher- das habe ich aber früher erlebt. Der hat einfach gedacht, das ist eh klar, ich muss das Gespräch leiten, das liegt bei mir und der hat jetzt unseren Dienst kennengelernt. Und das war auch da ein Stück, es braucht seine Zeit, bis das akzeptiert wurde. Das war nicht selbstverständlich. Unser Dienst ist halt so etabliert mittlerweile, die kennen uns, deswegen geht das. Was noch dazu kommt, eben, es sind ja nicht nur wir zwei, also wir merken dann auch mal, da geht es um ganz andere Ängste, der hat Angst um das Geld und wer wird schauen, meine Kinder, also wir müssen oft auch andere Dienste schnell einschalten. Es braucht Sozialdienst oder- vorher war der Physio da, auch der, was ich merke, eben es ist wirklich oft eine Gruppe. (Ignatz, Z. 286–296)

Die hergebrachten hierarchisch und professionell formierten Grenzen sind in diesem Setting zwar präsent, aber potenziell verhandelbar. Frau Ignatz schildert im Interview immer wieder, wie sie mit einzelnen Berufsfachleuten – zumeist Ärztinnen und Ärzten – ihre jeweiligen Positionen aushandeln muss. Dabei ist die Reflexivität eindrucklich, mit der die Rückstellkräfte hergebrachter Positionierungen im organisatorischen Gefüge des Spitals beschrieben werden. Als erfolgreich kann die Pflegefachfrau ihr Grenzmanagement deshalb beschreiben, weil sie immer auch einkalkuliert, dass das anfängliche Beharren anderer Akteure auf etablierten Strukturen nicht böswillig oder unwissend erfolgt, sondern sich etablierter Strukturen und eingelebter Routinen verdanken (der Arzt ist letztlich verantwortlich für seinen Patienten; die Pflegefachkraft ist es klassischerweise gewohnt, auf Anweisung der Ärztin zu warten etc.). Beharrlichkeit und Geduld und die stetige Bereitschaft zur aktiven Aushandlung der eigenen Position als verantwortliche Pflegefachfrau werden hier als Schlüssel zum professionellen (!) Erfolg geschildert. Aber diese persönliche Bereitschaft und reflexive Kompetenz zum professionellen Grenzmanagement der Beteiligten ist noch nicht die ganze Erklärung für die gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit im Konzept Palliativbetreuung. Zentraler «Energieförderer» für diese Anstrengungen bildet der Patient bzw. präziser der Ansporn, komplexe bio-psycho-soziale Konstellationen unter der Bedingung endlicher Ressourcen möglichst gut zu bearbeiten.

Aktive Zieldefinition

Als zentral wird angesehen, zunächst gemeinsam mit Patientin und Angehörigen bzw. anhand deren Bedürfnissen ein klares Ziel zu formulieren. Das grundlegende Ziel auszuhandeln bildet so etwas wie den Basismechanismus, um den es geht. Was soll erreicht werden und was kann realistisch erreicht werden? Die Klärung dieser Fragen ist die Voraussetzung eines gemeinsamen Fallverständnisses, das Grundlage für die professionelle sowie die interprofessionelle Arbeit darstellt. Gerade dort, wo es darum geht, viele unterschiedliche Patienten in jeweils wechselnden professionellen Konstellationen zu betreuen, ist leicht einsichtig, dass es kaum möglich ist, sich jedes Mal aufs Neue auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten einzustellen und sich dementsprechend mit den anderen Gesundheitsfachleuten permanent zu koordinieren. Gleichwohl bestehen der oben zitierte Dr. Frisch, aber auch die anderen Befragten darauf, der gesamtheitlichen Situation des Patienten gerecht werden zu wollen. Die konkrete Abstimmung eines gemeinsamen Ziels und die Vereinbarung, wann dieses Ziel ggf. nachjustiert wird, bildet die sichere Basis für den Spagat zwischen umfassendem Betreuungsanspruch und dem Anspruch, diese Betreuung möglichst allen Patienten des Spitals bei Bedarf zukommen zu lassen. Diese gemeinsame Zieldefinition wird auch von dem befragten Physiotherapeuten als der entscheidende Faktor für gute IPZ beschrieben:

Interviewpassage 20:

Wenn die Ziele sich nicht decken. Die Ziele im Behandlungsteam, wenn ein Pflegedienst, ein ärztlicher Dienst, ein Physiotherapeut, nicht dasselbe Ziel im Auge oder im Sinn haben. Also wenn die eine Seite oder jemand vom Team von einer möglichen kurativen Therapie spricht und eine andere Seite von einem raschen Versterben spricht und man sich nicht einig wird, einigt, welchen Weg geht das Behandlungsteam jetzt. Oder, was häufiger der Fall ist, wenn das Gleiche passiert zwischen-selten zwischen Behandlungsteam und Patient, aber öfters zwischen Behandlungsteam und Angehörigen oder unter den Angehörigen selber. Das ist ja im Moment sehr akut zwei Fälle auf der Station, wo die Meinungen, was machbar ist oder was gemacht werden soll, was sinnvoll ist, was patientengerecht ist, was im Sinne des Patienten ist, weit auseinandergehen. Und da meistens treten, denke ich, da die Schwierigkeiten auf. Wenn es eine schwere Situation ist, die klar ist, dann kann man diese kann man besser steuern oder besser behandeln als eine leichtere Situation, wo verschiedene Ziele formuliert werden. (Holm, Z. 101–112)

Die Beispiele aus der Vorgängerstudie thematisierten diese Zielfindung nicht in gleicher Weise. Die Ziele dort waren zwar ebenso präsent, wurden aber als aus der Biografie des Patienten sich selbstverständlich ableitende Ziele dargestellt. Das Therapeutische ergab sich gewissermassen naturwüchsig daraus. Hier muss das therapeutische Ziel nun expliziert und gemeinsam festgelegt werden, wenn palliative Versorgung auch unter «normalen» Spitalbedingungen gelingen soll.

Entsprechend anders verhält es sich auch mit der Bedeutung von Kommunikationsgefässen. Während in den Interviews aus dem rein stationären Bereich Gefässe zwar teilweise als durchaus sinnvoll angesehen wurden, standen sie im Ansehen doch hinter dem Ideal einer gleichsam organischen IPZ, in der sich die Koordination über eine interprofessionelle, aber vor allem persönliche Gruppierung aller Fachpersonen um den jeweiligen Patienten ergibt. Eine Aussage war beispielsweise, dass der Ruf nach Gefässen bereits der Hinweis darauf sei, dass IPZ nicht optimal laufe (s. SAMW 2017). Anders verhält es sich in der koordinationsintensiveren Praxis des Palliative-Care-Konzepts:

Interviewpassage 21:

Ja das ist echt wertvoll. Wir hatten eine neue Erfahrung jetzt gemacht vor ein paar Monaten, wir hatten im palliativen Konsildienst nicht diese, diese geregelten interprofessionellen Gespräche. Und wir wussten auch nicht, wie, wie können wir das, weil auf jeder Station sind das auch andere, ist das ein anderer Physio, ein anderer Ergo, wie bringen wir das und wir haben jetzt so für uns wie für eine Lösung gefunden, dass wir ein Mal in der Woche ein interprofessionelles Treffen haben mit Seelsorgern, Physio, Ergo, Ernährung, Sozialdienst. Und zuerst haben wir gedacht, ja wir machen das einfach, weil das so - gefordert ist und wir machen das kurz, Viertelstunde. Und wir haben jetzt in kürzester Zeit gelernt, was das bringt. Dieser ganz kurze Informationsfluss, ich denke, das dient tatsächlich dem Patienten sehr. Plötzlich hören wir etwas, das wir gar nicht gewusst haben, und realisieren, ah jetzt kommt was vom Seelsorger und wie man da, hat er besonders Schmerz-, also das hat dann auch mit der Behandlung, das hat dann Einfluss auf die Behandlung. Also das finde ich sehr, sehr wertvoll. Zuerst haben wir murrend- «ja jetzt sitzen wir da so rum und dann wieder und wieder so was», aber wir merken, wie das Netz viel klarer gespannt ist und dieser Informationsfluss ist ganz einfach plötzlich. [...] Also wir haben jetzt herausgefunden, wir brauchen, um ganz kurz zu klären, pro Patient, den wir betreuen, fünf Minuten. Also wenn wir halt zehn betreuen, dann geht's länger- aber je nach Situation auch weniger. Aber es ist dann vieles, es ist dann

nicht so hart strukturiert, aber klar, es geht dann um diesen Menschen, wir haben ihn gesehen, gibt es etwas Wichtiges, was wir voneinander wissen müssen, also es muss ja dann nicht alles auf den Tisch, sondern gibt es etwas Wichtiges und dann - - also das macht mir Freude. Trotz unserer schlechten Vorahnung (lacht) hat sich das sehr als was Wertvolles erwiesen. (Ignatz, Z. 364–378)

Das interprofessionelle Gespräch als strukturierte Form der Abstimmung im palliativen Konsildienst wurde von der Befragten, einer sehr erfahrenen Palliativ-Pflegefachfrau, zunächst als notwendiges Übel angesehen. Ähnlich erging es wohl ihren Kollegen. Als Effekt beschreibt Frau Ignatz aber, wie dieses anfangs als Zeitfresser angesehene Gefäss in der spezifischen Situation des Konzepts Palliativbetreuung die Abstimmungsprobleme lösen hilft, die sich aus der stark arbeitsteiligen Form, die palliative Versorgung hier annimmt, ergibt. In ganz kurzer Zeit, so schildern es aber auch andere Befragte, entwickeln die Beteiligten ein umfassendes, gemeinsames Verständnis vom Patienten. Die Information des Seelsorgers kann unter Umständen Bedeutung für die pflegerische oder physiotherapeutische Arbeit haben – eine Information, die im eng getakteten Alltag der Palliativexperten sonst womöglich nicht verfügbar wäre. Der Physiotherapeut schildert, wie diese gemeinsamen Abstimmungen und Zielsetzungen eine interprofessionelle Arbeit möglich machen, in der zwar jeder Professionelle seine fachliche Expertise einbringt, diese fachliche Expertise aufgrund der gemeinsamen Abstimmung jedoch nicht den Blick auf die individuelle Problemlage des Patienten verstellt:

Interviewpassage 22:

Der Pneumologe macht sein Ding, die Pflege macht ihr Ding, die Physiotherapie macht ihr Ding und dann merkt man am Austrittstag, uff, der hat Treppen zu Hause, die Lunge ist soweit hergestellt, aber er kann gar nicht Treppen gehen. Und dann ist es an der Physiotherapie gelegt, dass die das falsch eingeschätzt hat oder nicht mitbekommen hat, dass er austreten soll oder (unv.), das passiert bei uns nie, weil da denken alle auf sehr stark auf die Aktivitäts- und Partizipationsebene der Patienten. Und weniger in den Strukturen. Dann kann man sagen, für uns spielt's keine Rolle, dass der Patient einen Tumor hat, wir müssen wissen, wie sein funktioneller Alltag aussieht, so ein bisschen überspitzt formuliert. Und das ist sicher bei anderen Stationen anders, oder vielleicht, das ist jetzt ein bisschen aus (unv.), man behandelt halt, sage ich mal, in einer orthopädischen Station hier dieses Knie. Und wenn das wieder funktioniert,

dann ist's gut und das ist ja auch meistens so bei jungen Kniepatienten, die muss man nicht so ganzheitlich betrachten, sondern wie ein 80-jährigen Patienten mit fünf verschiedenen Erkrankungen. (Holm, Z. 140–152)

«Wer einen Hammer hat, dem gerät jedes Problem zum Nagel», das ist eine übliche Professionsschelte. Genau einer solchen eindimensionalen Professionalität, die in stark arbeitsteiligen, arbeitsintensiven Zusammenhängen dominieren kann, wird hier mit dem einfachen Mittel interprofessioneller Gespräche gegensteuert, ohne die Effektivitätsgewinne professioneller Arbeitsteilung dadurch aufgeben zu müssen.

Welche Rückstellkräfte hindern die Entfaltung des IPZ-Potenzials des Konzepts Palliativbetreuung?

Der Erfolg palliativer Ideen beruht zu einem nicht geringen Teil auf der Aufwertung von Individualität im Gesundheitswesen. Individuelle Zuwendung leisten zu können ist anspruchsvoll, sowohl in professioneller wie in Ressourcen-hinsicht. Ähnlich wie die «totale» IPZ am Beispiel der Integrierten Suchthilfe sind auch die klassischen Palliativstationen als High-End-IPZ in bestimmten Krankheitskonstellationen absolut unabdingbar. Nicht jedoch in allen. Gleichwohl werden die Mitarbeitenden des Konzepts Palliativbetreuung durchaus mit entsprechenden Ansprüchen konfrontiert:

Interviewpassage 23:

Ja, das gibt's durchaus. Und auch immer wieder Bedürfnisse, man möchte doch gerne auf die Palliativstation, wo ich dann aber sage, ich sehe das jetzt nicht zwingend [mhm]. Also wir haben ein Konzept hier im Kantonspital, das auch interprofessionell aufgesetzt ist, wo wir sagen, nicht jeder sterbender Patient muss zu uns, Liverpool Care Pathway ist hier das Schlagwort, und wir können eine gute Sterbephase eigentlich auf jeder Abteilung hier im Kantonspital gewährleisten [mhm]. Und dann gibt es trotzdem-, nicht trotzdem, die können das ja nicht anders wissen, aber gibt es natürlich auch Angehörige, die sagen, «aber unser Vater ist so schwer krank, der ist doch palliativ, wieso geht der nicht auf die Palliativstation?» [mhm]. Dann muss ich erklären, ja wissen Sie, das machen unsere Kollegen hier genauso gut, Sie haben gar keine Vorteile, ja [mhm]. (Dr. Frisch, Z. 189–198)

Es wird wohl eine Aufgabe gegenwärtiger und zukünftiger Palliativspezialisten sein, das gegenwärtige (Ideal-)Bild palliativer Versorgung mit den Realitäten des Gesundheitswesens in Einklang zu bringen. Auch nach innen gilt es die (funktionalen) Ansprüche der Palliativmedizin mit den veränderten Realitäten einer möglichst flächendeckenden Versorgung in Einklang zu bringen. Selbstverständlich birgt die weniger enge, stärker arbeitsteilige interprofessionelle Zusammenarbeit starke Gegenkräfte zur idealtypischen ko-kreativen IPZ auf den Stationen. Symptomatisch dafür erscheint uns, dass zum ersten Mal in unseren Interviews das Thema Datenschutz thematisch wurde. Von mehreren Beteiligten wurde darauf hingewiesen, dass dieser Punkt – zumindest potenziell – Zusammenarbeit über Professionsgrenzen erschweren könnte. Die klassischen Professionen Arzt und Seelsorger berufen sich, wenn auch völlig undramatisch, auf das Beichtgeheimnis respektive die ärztliche Schweigepflicht. Der Klinikseelsorger:

Interviewpassage 24:

Was auch für mich jetzt, auch die Zusammenarbeit mit Angehörigen ist wichtig, aber auch die mit der Pflege, mit Stationsärztin. Manchmal gibt es auch mit, zum Beispiel mit dem Sozialdienst oder mit der Psychoonkologie, Psychosomatik, auch Zusammenarbeit. Jetzt gerade vorhin war ich oben mit einer Frau mit einer Therapiehündin (lacht), wo ich auch von der Patientin weiss, dass sie selber einen Hund hat [mhm] und sie dann auch so darauf hinweisen konnte [mhm]. Ja da gibt's manchmal Dinge, die ich glaube, dass man unter Profis auch Dinge sagen darf, ohne dass es den Datenschutz verletzt, aber weil es ja dann immer zugunsten des Patienten oder der Patientin ist [mhm]. (Hr. Gess, Z. 29–37)

Herr Gess formuliert hier nur in einem Nebensatz, dass er schon davon ausgehe, dass die Information über die Hundeliebe einer Patientin noch vom Datenschutz gedeckt sei, bzw. dass in einem so kleinen, zudem dem Wohl der Patientin dienenden Aspekt der Zweck die Mittel heiligt. Wir wollen das auch nicht überbetonen, aber die Frage, ob und in welcher Form der Informationsfluss über die Fachgrenzen hinweg legitim ist, weist auf den enormen Energieaufwand gelungener IPZ hin. Noch deutlicher wird das in einem weiteren Zitat von Dr. Frisch:

Interviewpassage 25:

Da habe ich wenig Berührungängste, aber es gibt schon auch solche Momente (.). Nehmen wir einen Patienten, der in einer ganz schwierigen Leidenssituation ist, und wenn's dann eben heisst, ja da ist das Konzept des Total Pains oder so. Und dann gibt es schon, dass ich dann auch der Seelsorge sage, schau mal, das ist wirklich jetzt ein Schmerz, bei dem

ich denke, bei dem ich denke, aber auch glaube, da komme ich mit meinen Medikamenten oder mit meinen Massnahmen nicht hin. Und aus biografischen Daten gehe ich auch davon aus, da liegt noch was Tiefes drunter, geh mal hin und schau. Und das sehe ich eigentlich als relativ entspannt, das funktioniert auch recht gut. Wo ich dann eher ein bisschen Probleme habe, ist, wenn es darum geht, das ist jetzt Berufsgeheimnis, also das ist das Seelsorgegeheimnis [mhm]. Habe ich kein Problem damit, weil ich sage, okay, ich muss gar nicht alles wissen vom Patienten, wenn ich weiss, da ist was in der Biografie, in der Lebensgeschichte, was stark verletzt hat, was traumatisch, was schlimm ist. Das muss ich gar nicht im Detail wissen. Ich bin froh, wenn ich weiss, da gibt's jemanden, der nimmt sich darum an, also der, der trägt Sorge darum, dann ist das schon okay. Das muss ich auch nicht verschriftlicht haben und irgendwo dokumentiert und niedergeschrieben. Aber wenn die Seelsorge dann so sagt, ist alles Beichtgeheimnis im Sinne von (.) ich spreche zwar mit dem Patienten, aber ihr dürft das nicht wissen, schaut aber gleichzeitig in unsere Dokumentation hinein, dann finde ich das ein bisschen inkonsequent. Eben nochmals, ich kann gut damit leben, das Problem ist da aufgehoben und damit ist gut. Aber dass ich schreiben darf, biografisch wichtiges Momentum, Seelsorge nimmt sich dem an. Aber so muss ich-, möchte ich das dokumentiert haben, dann weiss nämlich mein Kollege in der Nacht auch, okay, da gibt's was, wenn da eine grosse Krise, und die kommt wahrscheinlich nachts, muss ich dem nicht nachspringen. Und eben die gleiche Sorgfalt eigentlich auch mit unseren Daten in die andere Richtung, dass man damit auch sorgfältig umgeht und ich bin nicht überzeugt, dass der Seelsorger zuerst die Krankenakte studieren muss, bevor sie zum Patienten gehen sollen [mhm]. Ich verbiete ihnen das überhaupt nicht, die dürfen das, das ist ihre Professionalität, wie sie an die Menschen hingehen, aber ich glaube, es gibt eine zusätzliche Kraft, wenn sie wie mit dem weissen Blatt hingehen [mhm]. (.) Und das, glaube ich, geht gelegentlich im Krankenhaus verloren. Weil so viele Daten dauernd ausgetauscht werden, und jeder muss noch mit jedem auch noch gesprochen haben. (Dr. Frisch, Z. 270–298)

Auch in dieser Schilderung wird deutlich, dass gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit im Konzept Palliativbetreuung viel stärker von aktiven Aushandlungs- und Abstimmungsprozessen der jeweiligen Grenzen abhängig ist, als sich das in den Schilderungen klassischer palliativer Settings abbildet. An den zitierten Beispielen wird deutlich, dass Arzt – bzw. Ärzte und Seelsorge ein je eigenes, nicht deckungsgleiches Bezugsproblem und ihre je eigenen Bezugs-

systeme haben. Gerade in den wechselnden Konstellationen zwischen Stationen und konsiliarer Betreuung müssen interprofessionelle Routinen entweder stets neu, interpersonal ausgehandelt werden oder durch geeignete Gefässe in feste Strukturen gegossen werden, um nicht den starken Rückstellkräften normaler Zusammenarbeit zum Opfer zu fallen.

Die hier geschilderten Restriktionen speisen sich zu einem nicht geringen Teil auch aus den ideellen Grundlagen der Palliativversorgung. Wenngleich unsere Interviews nicht die «Treuhand» (des Swiss cross) ins Zentrum gerückt haben, ist hier doch eine zentrale Bedeutung gesamtgesellschaftlicher Werte und deren permanenter Aushandlungsbedürftigkeit auszumachen. Die allgemein geteilte Einsicht, wie unverzichtbar Palliativversorgung ist, kann nicht zuletzt als Effekt treuhänderischen Engagements zugunsten der «vergessenen» Patientengruppe der Sterbenden verstanden werden. Die Erkenntnis, dass hier Handlungsbedarf besteht, zeitigt spürbar Wirkung. Palliativmedizin gilt als flächendeckend notwendig und wünschenswert. Die gesellschaftliche Aushandlung dieses Postulats unter den Gegebenheiten endlicher Ressourcen im Gesundheitssystem könnte eine ähnlich sinnvolle Fragestellung der nächsten Jahrzehnte sein.

Beispiel III: Diabetes Care

Beim Konzept Diabetes Care handelt es sich um ein spezielles Betreuungsangebot für Typ-2-Diabetes. Kern der Behandlung ist nicht allein die medizinische Kontrolle und medikamentöse Regulation des Blutzuckerspiegels, sondern in gleichem Masse die Betreuung und Schulung in Sachen gesundheitsfördernder Lebensführung. Neben die ärztliche Berufsgruppe treten in dem Konzept speziell geschulte MPKs, Physiotherapeuten und Ernährungsberater, um das patientenzentrierte Konzept Diabetes Care ins Werk zu setzen. Die Interviews für die vorliegende Fallanalyse wurden in einer grossen Praxisgemeinschaft (ca. 12 Ärzte, 24 MPKs und weitere Gesundheitsfachleute) erhoben. Befragt wurden drei MPKs, eine Physiotherapeutin und ein Arzt. Für Diabetes Care sind hier insgesamt zwei der MPKs einen Teil ihrer Arbeitszeit von ihren üblichen Praxisaufgaben freigestellt, um sich intensiv und weitgehend eigenständig um einen Teil der Beratung und Versorgung von Typ-2-Diabetikern zu kümmern. Zudem erfolgt (idealerweise) die Einbindung physiotherapeutischer Expertise in die Grundversorgung der Diabetiker.

Das Beispiel ist im Setting der Grundversorgung zu verorten. Wie die Vorgängerstudie (SAMW 2017) gezeigt hat, ist dieses Setting besonders prekär, was die interprofessionelle Zusammenarbeit angeht (ebd., 42 ff.). Aufgrund der spezifischen Struktur in der Grundversorgung sehen sich die Bemühungen, IPZ zu implementieren, vor allem aber dauerhaft am Leben zu halten, stets höchster Zerfallsgefahr gegenüber. Nur schwer ist in diesem Setting nachhaltig die Energie aufzubringen, interprofessionelle Kooperationen auf Dauer zu stellen – umso brisanter daher die Beschreibung eines Falles, in dem dies gelingt.

- Manuela Merk, Physiotherapeutin
- Dr. Nathan Niebler, Arzt
- Ottilie Ohm, MPK
- Paula Posmik, MPK
- Raphaela Ruditz, MPK

Welche Bindungskräfte ermöglichen im Beispiel Diabetes Care IPZ?

Um es gleich vorwegzunehmen: Diabetes Care trägt, insbesondere was die Zusammenarbeit der MPKs mit den Ärzten anbelangt, viele Merkmale dessen, was wir in der Vorgängerstudie als Delegation, also als Verschiebung von Aufgaben von einer Berufsgruppe zu einer anderen («Task Shifting») bezeichnet und von der interprofessionellen Zusammenarbeit i. e. S. unterschieden hatten (ebd., 7). Aufgabengebiete, die klassischerweise von Ärztinnen betreut werden, werden z. B. an MPKs ausgelagert, dabei jedoch durchaus mit zusätzlichen Inhalten angereichert. Das zugrunde liegende Rational ist also einerseits durchaus die Einsparung der kostspieligen, knappen Ressource ärztlicher Arbeitszeit, gleichzeitig verbleibt der Lead und die Hauptverantwortung für den Patienten bei den Ärzten. Dies wird von allen Befragten eindeutig so benannt und als nicht weiter problematisch beschrieben.

Wir sprechen aber dennoch von IPZ, weil jenseits der substituierten ärztlichen Aufgaben über die Diabetes-Care-Spezialistinnen, die Physiotherapeutinnen und Ernährungsberater ein psychosoziales Surplus in die Behandlung der chronischen Patienten eingebracht wird, das monoprofessionell kaum zu erwirtschaften wäre. Der folgende Ausschnitt aus einem Interview mit dem beteiligten Arzt gibt in nuce Auskunft darüber, wo in diesem Beispiel nach Ge- und Misslingsbedingungen für erfolgreiche IPZ zu suchen ist und warum überhaupt der Aufwand von IPZ sinnvollerweise betrieben wird:

Interviewpassage 26:

Befragter: Diabetes ist nicht heilbar.

Interviewer: Aber es geht so weit runter, wenn ich mich gut bewege-?

Befragter: Genau, dass Sie zumindest keine Medikamente benutzen müssen bzw. dass Sie eben die Spätfolgen oder Komplikationen nach hinten verschieben können.

Interviewer: Okay. Gibt's hindernde Faktoren an der ganzen Geschichte?

Befragter: Ein hindernder Faktor ist von Patientenseite, dass Patienten aus irgendwelchen Gründen sagen, das brauche ich nicht. Diese Widerstände gibt's immer wieder mal. Hindernde Faktoren können einfach sein, dass wir Ärzte nicht dran denken, also das war am Anfang- der Beginn war schon relativ zäh, bis wir das alles mal im Kopf hatten.

Genau, das sind aber eher so strukturell-organisatorische Geschichten.

(Dr. Niebler, Z. 288–301)

Es klingen hier zwei zentrale Momente an, die einerseits die interprofessionelle Behandlung einer chronischen, lebensstilverknüpften Erkrankung besonders sinnvoll machen; andererseits schildert Dr. Niebler jedoch auch zentrale Kräfte, die insbesondere im Setting der Grundversorgung interprofessionelle Zusammenarbeit so zerfallsanfällig machen. Wir widmen uns zunächst den Gründen, die IPZ im spezifischen Fall der Behandlung von Diabetes Typ 2 so ausserordentlich zielführend machen, und kommen unter «Rückstellkräfte» auf den Aspekt der strukturellen Barrieren gegen diese sinnvolle Arbeitsform zurück.

Ärztliche Anweisung vs. pädagogische/beraterische Begleitung

Diabetes Typ 2 ist, das obige Zitat weist darauf hin, als lebensstilabhängige, chronische Erkrankung idealerweise nicht allein medikamentös zu behandeln, vielmehr ist die Veränderung zentraler Lebensbereiche, insbesondere des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, zentral für die Symptomkontrolle und die Vermeidung von Folgeschädigungen. Der Patient kann demnach im Idealfall nicht in seinem wörtlichen Status des Erduldenden (patients) medizinischer Interventionen bleiben, sondern muss, auch jenseits der konkreten Behandlungssituation, aktiv mit-handeln. Diese Aktivität, im Sinne fremder Rationalitäten die eigene Lebensführung umzugestalten, kann, wie jeder wahrscheinlich schon am eigenen Leib erfahren hat, leicht als Zumutung empfunden werden. Die Aufgabe der Gesundheitsfachleute liegt mithin jenseits des rein Medizinischen – exakt daraus bezieht die interprofessionelle Zusammenarbeit im Beispiel ihre Bedeutung.

Alle befragten Gesundheitsfachleute betonen die Bedeutung einer veränderten Lebensführung für Patienten mit Diabetes Typ 2 und wie schwierig diese Veränderung etwa im Gegensatz zu operativen oder medikamentösen Interventionen zu bewerkstelligen ist.

Interviewpassage 27:

Ja, also ich denke, so Gewohnheiten ändern, das ist schon etwas, was sehr schwierig ist. Essensgewohnheiten, Bewegungsgewohnheiten. Ich denke, das ist für alle Menschen schwierig. Ja. (Merk, Z. 261–263)

Die Physiotherapeutin Manuela Merk betont, wie schwierig die Veränderung von Routinen ist, wobei Diabetes Typ 2 sich als besonders tückisch erweist, weil er sich meist schleichend ankündigt und nicht mit akuten, etwa lebensbedrohlichen somatischen Krisen einhergeht und ihm entsprechend auch nicht mit heroisch-professionellen Mitteln begegnet werden kann. Dr. Niebler dazu:

Interviewpassage 28:

[...] wir sind eben nicht in der Akutsituation, das heisst, wir können uns nicht nur auf das Medizinische verlassen. Auf der anderen Seite glaube ich aber auch, dass wir den Patienten nicht nur auf die Individualität reduzieren können, sondern wir müssen einen Weg zusammen finden. Und das ist ein Bereich, der gepflegt werden muss. Es ist eben kein Selbstläufer, es steckt schon auch Arbeit dahinter. (Dr. Niebler, Z. 319–323)

Das Zitat zeigt, dass die Schwierigkeit der (interprofessionellen) Behandlung eines Typ-2-Diabetes in seiner Zwischenstellung liegt – weder hat man es mit akut somatischen Krisen zu tun wie etwa bei einem Schlaganfall, noch mit einer existenziellen Lebensendkrise, wie etwa auf der Palliativstation. Wie unsere Vorgängerstudie gezeigt hat, gibt es in diesen beiden Bereichen besonders gut etablierte, hochgradig funktionale Modi interprofessioneller Arbeitsverdichtung (vgl. SAMW 2017 33 ff; 40 ff.). Mit der sprechenden Formulierung Dr. Nieblers, dass man in der Versorgung bei Diabetes den «Patienten nicht nur auf die Individualität reduzieren» könne, aber eben auch nicht nach einem fest einstudierten Notfallplan agieren kann, beschreibt der Arzt die prekäre Situation. Diabetes Care reagiert auf diese Konstellation, indem klassische ärztliche (Kurz-)Interventionen mit ausführlichen Konsultationen durch MPKs und ggf. andere Gesundheitsfachleute (insb. Physiotherapeuten) komplementiert wird. Die nichtärztlichen Interventionen haben dabei, so unser Eindruck aus dem Interviewmaterial, deutlich pädagogische oder beraterische Züge. Das heisst, es

geht nicht nur darum, allein an der Krankheit anzusetzen, sondern es wird eine Einstellungs-, zumindest jedoch eine Verhaltensänderung der Patienten angestrebt. Das Behandlungsfeld wird damit enorm erweitert:

Interviewpassage 29:

Wir erhoffen oder ich denke, das ist auch eine Möglichkeit, dass man die Patienten, ich sage immer so, länger gesund hält. Die haben zwar eine chronische Krankheit, aber wir versuchen sie länger gesund zu halten und dadurch ist die Lebensqualität sicher die bessere. Ich denke, das muss man auch tun im Sinn von, da reicht es nicht nur die Medikamente, sondern es braucht auch die Beratung in allen Bereichen. Ernährung und Bewegung sind da halt zwei grosse Themen. (Ohm, Z. 9–14)

Eine grundsätzliche und damit nachhaltige Veränderung von Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten und generell eine Einsicht in die Bedeutung gesunder Lebensführung scheint in den Angeboten der MPKs und Physiotherapeutinnen einen mindestens ebenso hohen Stellenwert einzunehmen wie die blosser medizinische Symptomkontrolle, auf die die Verhaltensänderungen gleichwohl abzielen:

Interviewpassage 30:

Aber ich glaube eigentlich, für den Patienten ist es- ich glaube, er weiss viel mehr über seine eigene Krankheit, das ist ja ein grosses Ziel, dass man den Patienten eigentlich unabhängig probiert zu machen, so vom Haus. Ich denke durch das Mehr-Wissen ist sein Verhalten anders im Alltag, er merkt- er kriegt eigentlich das Steuer ein bisschen selber in die Hand zurück, er weiss, also wenn ich mich ernährungs- und bewegungstechnisch besser vielleicht verhalte, dann brauche ich weniger Tabletten. Und ich denke, so steigt die Qualität. Und das Wichtigste ist wahrscheinlich, dass nicht noch Zweit- und Dritterkrankungen resultieren. (Ohm, Z. 65–72)

Interviewpassage 31:

Ja. Ich habe auch schon einem Patienten gesagt, es ist nicht meine Aufgabe, sein Leben zu führen und wenn er möchte, dann kann er kommen und wir können auch einfach nur alle drei Monaten das Labor machen und sagen, es ist nicht gut. Und es dabei belassen. Dann bräuchten wir das eigentlich auch nicht und dann kommen sie meist nach drei Monaten, sie haben sich das jetzt doch noch mal überlegt und- [...] Genau, weil er hat ja verschiedene Möglichkeiten. Es sind ja nicht nur

Medikamente, sondern es spielen ja verschiedene Faktoren- wo er arbeiten möchte, das soll er selber entscheiden. Natürlich, wenn jemand 140 kg hat bei einer Grösse von 1,70 wäre natürlich sinnvoller, er würde das Gewicht reduzieren. Vielleicht möchte er aber lieber spazieren.
(Posmik, Z. 119–132)

Was in diesen beiden Zitaten deutlich wird, ist, dass eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit immer auch auf die Einsicht des Patienten in die Notwendigkeit von Eigeninitiative setzt – der Patient soll mündig gemacht werden in dem Sinne, dass er selbst will, was professionell als das Richtige und das Evidente angesehen wird. Es ist dabei historisch wohl nicht zufällig, dass sich eine Strategie des Lebensstilmanagements nicht auf monoprofessionelle ärztliche Expertise verlässt, sondern einen interprofessionellen Ansatz wählt. Wie oben dargestellt, spielen zugleich Ressourcenerwägungen eine grosse Rolle für die ärztliche Akzeptanz von Diabetes Care. Hier noch mal ein ärztliches Zitat:

Interviewpassage 32:

Genau. Nicht von allen, oder es gibt so zwei Patientengruppen. Überwiegender Anteil der Patienten schätzt das, gibt dafür auch Patienten, die das dann nach einmaliger Konsultation als zu grossen Eingriff in ihre Privatsphäre empfinden. Das sind vor allem die, die etwas fester sind, die da zu sehr einen Verbotscharakter wittern. Also dass man sagt, du musst einfach abnehmen, du darfst nicht mehr so viel essen. Wobei das ist meistens dann eher ein gewisses Kommunikationsproblem. Dann gibt's aber auch die dritte Patientengruppe, die damit gar nichts zu tun haben will und sagt, ich gehe lieber zum Arzt. Die sind eben dann weiter in meiner Behandlung wie sonst auch. (Dr. Niebler, Z. 117–124)

Es ist interessant, dass die interprofessionelle Behandlungsstrategie offenbar von denjenigen Patienten abgelehnt wird, die eine Einmischung in ihre privaten Gewohnheiten jenseits der medizinischen Basisversorgung ablehnen. Diejenigen Patientinnen, die «Verbotscharakter wittern», verzichten auf die komplementäre Behandlung durch die anderen Gesundheitsfachleute und verbleiben in exklusiv ärztlicher Behandlung. Die hier vom Arzt reformulierte (nicht jedoch von ihm im Interview geteilte!) Patientenkritik an der Diabetes Care klingt fast wie die in den 1960er und 70er Jahren aufkommende, bis heute nachwirkende Kritik am ärztlichen Paternalismus, der sich jenseits seiner fachlichen Kompetenzen in die (normative) Bewertung der Lebensführung seiner Patienten einmischt. Prominente kritische Professionssoziologen wie Eliot Freidson und Magali Sarfatti Larson formulierten diese Kritik ebenso ätzend wie präzise.

Eine Analogie macht die Stossrichtung der Kritik klar: Ähnlich wie ein Strassenbauingenieur zwar qua seines Sachwissens in der Lage ist, zu planen, wie eine Strasse am besten gebaut wird, ist auch der Arzt im optimalen Fall kompetent, bestimmte Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln. Hingegen ist der Strassenbauingenieur nicht kompetent, zu entscheiden, ob es überhaupt sinnvoll ist, eine bestimmte Strasse zu bauen, und wenn ja, wo sie den meisten Nutzen bzw. geringsten Schaden für die Betroffenen anrichtet. Ebenso entzögen sich derartige Bewertungsfragen auch in der Medizin der genuin ärztlichen Expertise. In gleicher Weise steht für die Kritiker die Frage danach, ob etwas als Krankheit im Sinne eines zu behebenden Mangels zu beschreiben ist und ob es aus Perspektive des jeweiligen Patienten überhaupt sinnvoll ist, sich behandeln zu lassen, auf einem anderen Blatt (vgl. hierzu etwa Freidson 1979, Larson 1977). Solche Fragen der Definition seien moralische, das ganze Leben betreffende, nicht aber medizinische Fragen, und in dieser Ebenenvermischung zwischen Sein und Sollen bzw. zwischen zwei verschiedenen Arten des Wissens besteht den soziologischen Kritikern zufolge das Skandalöse ärztlicher Professionsmacht.

Diese klassische Kritik aus der Professionssoziologie macht auf ein grundlegendes Spannungsfeld aufmerksam. Gerade bei nichtakuten Gesundheitsfragen mit eher geringerer Fallschwere kann die Grenze zwischen medizinischer Rationalität und Lebensautonomie rasch berührt werden. Was dem Arzt, der Ärztin als das einzig Richtige, Vernünftige erscheint, greift dem anderen, dem Betroffenen, zu sehr ins Private ein. Ärzte scheinen, nicht ausschliesslich aus Kapazitätsgründen, intensives Hineinregieren in die Lebensführung ihrer Patienten zu vermeiden. Vielleicht gar als Reaktion auf die damalige Kritik am ärztlichen Paternalismus? Die erfolgreiche Behandlung chronischer Diabetespatienten im untersuchten Beispiel scheint jedenfalls davon zu profitieren, dass andere, historisch weniger vorbelastete (und selbst lange Zeit den Ärzten subordinierte) Gesundheitsfachleute hier eine Lücke schliessen können.

Interviewpassage 33:

Ja also besonders erfolgreich ist es, wenn ein Patient zu mir geschickt wird mit desolaten Werten. Interessiert den nicht, hat keine Lust, will sich nicht mehr bewegen, hat keinen Bock, auf die Ernährung zu schauen, und dann machen wir eine Bestandsaufnahme, wo steht der, was sind seine Möglichkeiten und möchte er irgendwo arbeiten und wo möchte er arbeiten und das gebe ich dem Patienten zurück, das entscheide ich nicht, ich erzähle ihm die Möglichkeiten und wirklich viel kommt dann, ja ich könnte vielleicht, ja eventuell geht dann das da

noch und dann fangen wir mit etwas ganz Kleinem an und schauen das nach drei Monaten wieder an, hat das funktioniert oder hat das nicht funktioniert, und die kommen wirklich runter wieder mit ihren Werten, obwohl sie eigentlich anfangs- ich bin nur hier, weil der Arzt mich zu ihnen geschickt hat. Also die erwarten dann, dass ich ihnen sage, so und das und das und das geht nicht. Das mache ich nicht, das ist nicht meine Aufgabe. Wo der Arzt dann vielleicht auch sagt, Sie müssen jetzt, weil er ist Mediziner und ich weiss aus medizinischer Sicht, Sie müssen das jetzt (unv.) Patient. Ich muss gar nichts (lacht). (Posmik, Z. 97–109)

Frau Posmik, die Diabetes-Fach-MPK, beschreibt recht plastisch, wie sie in ihrer Sprechstunde oftmals zunächst eine generelle Abwehr gegenüber medizinischen Übergriffen auf den Privatbereich durchbrechen muss, um dann mit ihrer Form der Intervention Erfolge zu erzielen. Das medizinisch gesicherte Wissen des Arztes taugt offenbar nicht zur pädagogischen Verhaltensänderung.

Im Gegensatz zu direktiven Ansagen «Sie müssen jetzt», die dem Patienten die trotzig Replik «Ich muss gar nichts» fast schon in den Mund legt, setzen die nichtärztlichen Gesundheitsfachleute auf eine niedrigschwellige Politik der kleinen Schritte. In bester (Sozial-)Pädagogen- oder Lebensberatermanier werden die Patienten da abgeholt, wo sie stehen. Die notwendige Verhaltensänderung wird in den möglichen Verhaltenshorizont des individuellen Patienten einzupassen versucht. Im obigen Zitat von Frau Posmik werden die zentralen Prinzipien deutlich: Die MPKs, aber auch die Physiotherapeuten verordnen keine Aktivitäten, sondern besprechen mit dem Patienten, was aus dessen eigener Perspektive möglich und wünschenswert wäre und wie sich daraus positive Effekte für den Umgang mit Diabetes Typ 2 ableiten lassen. Sie versuchen gewissermassen den Lead an den Patienten selbst weiterzugeben, indem sie ihm offenlassen, wo er ansetzen möchte:

Interviewpassage 34:

Ja, und ich denke- weil ich Patienten so ein bisschen abschreckend wird, ich denke, oh jetzt gehe ich da zu einem Hyperaktiven, vielleicht hyper-sportlichen Physiotherapeuten und halt dass ich im Fitness (unv.) und darauf habe ich keine Lust. Dabei muss das gar nicht so sein, also- Also ich denke man muss- ich versuche immer so ein bisschen heraus-zufinden, woran haben sie Spass, auf das man aufbaut mit körperlicher Aktivität, also sei es jetzt Tanzkurs oder- ja. (Merk, Z. 205–210)

Die Physiotherapeutin betont im Interview stets, dass sie zunächst dem Eindruck entgegenwirkt, auf drastische Veränderungen und Einschränkungen zu drängen, dass die begleitende Diabetes-Therapie buchstäblich ein Spaziergang – oder ein Tänzchen – ist.

Und selbst dort, wo die MPK weiss, dass einem Patienten nur eine drastische – selbstverständlich mit Einschränkungen und Entbehrungen verbundene – Gewichtsreduktion helfen kann, beschreibt sie die Bedeutung eines niedrigschwelligen Zugangs zum Patienten gegenüber der Gewichtsreduktion als vordringlicher, um seine prinzipielle Kooperation gewährleisten zu können. Die Gesundheitsfachleute verstehen sich hier als Begleiter auf dem Weg in eine gesundheitsbewusstere Alltagsroutine. Wo der Arzt als Reparatur- und Verordnungsinstanz wirkt, verstehen sich die anderen Expertinnen mehr als Pädagoginnen, die anleiten, begleiten, überprüfen und nachjustieren:

Interviewpassage 35:

Ja, ich denke, etwas Gutes ist, ja, die Patienten, wo man wirklich dann irgendwie motivieren können und dass sie das wirklich auch sehen und dass es ihnen besser geht, das ist- die können Gewicht halten, sie können vielleicht mit Medikamenten runter, sie sehen auch, dass normalerweise meine, das heisst ja nicht, dass sie in die Physiotherapie regelmässig kommen müssen, das genügt vielleicht, dass sie jeden Tag nur eine halbe Stunde spazieren, das ist wirklich, was sie selbstständig machen können und sie sehen auch Resultate. Also sehen beim nächsten Mal nach drei Monate, ah ich habe ja viel bessere Werte als vorher. Und dass die dann auch den Zusammenhang sehen. Aber ich denke viel- ja, die meisten Menschen sind bequem und brauchen vielleicht immer wieder so einen kleinen Schubs, dass sie in der richtigen Spur bleiben. Und auch mal- ja Lob tut gut, das tut jedem Mensch gut und den Patienten auch und dass es auch wirklich so ankommt, das haben sie gut gemacht. Und ja, dann gibt's halt viele Patienten, die da durch die Latte fallen oder vielleicht nicht so das erste, ja jetzt geht's in die Physiotherapie und dann haben vielleicht schon eine (unv.) bekommen vom Arzt, aber dann, ja, dann sind sie vielleicht zu bequem oder wollen nicht oder andere Termine oder weiss ich was, das erfahren wir dann nicht. (Merk, Z. 45–59)

Es klingt plausibel, dass dieser niedrigschwellige Ansatz motivierender ist, dass er auch vielfach geeignet ist, Patienten jenseits der medikamentösen Therapie zu einem Umdenken hinsichtlich einer gesünderen Lebensweise zu verhelfen. Was aber, wenn ein Patient keine Einsicht in die lebenswichtige Veränderung seiner Gewohnheiten entwickelt? Denn nicht alle Patienten springen auf die pädagogische Politik der kleinen Schritte an:

Interviewpassage 36:

Es gibt «Jaa, ich werde das und das machen» und dann passiert gar nichts. «Ja, ich habe halt doch Schokolade gegessen, Snickers, (unv.) Cola-, ja, ich erzähle jetzt die drei Monate dasselbe» und irgendwann finde ich- ja ich glaube, man müsste da mit den Medikamenten- das andere klappt glaube ich so nicht. (Posmik, Z. 245–249)

Ganz klar beschreibt die erfahrende Diabetes-MPK, dass die Einmischung in die Lebensführung ein sehr schmaler Grat ist, dass sie zwar beispielsweise beharrlich den Gewichtsverlauf beobachtet und dokumentiert, aber nur ja nicht zu stark mit eigenen Wertungen und Vorgaben auf die Patientin eindringt. Erst diese Zurückhaltung ist es, die ihr den Zugang zum Patienten und damit überhaupt die Möglichkeit positiver Beeinflussung des Krankheitsverlaufs eröffnet. Diese Vorsicht und Zurückhaltung ist den MPKs freilich nur möglich, weil sie, gewissermassen als letzte Eskalationsstufe, auf die ärztliche Intervention zurückgreifen können:

Interviewpassage 37:

Beharrlich, aber nicht aufdringlich, weil- ja es ist so, manchmal auch wirklich schwierig, ich merke manchmal, oh, das war glaube ich zu viel. [...] Ja, und dann hat's dann doch schon auch gegeben, dass ich gesagt habe, Sie, das ist jetzt einfach nur noch gefährlich, jetzt müssen Sie zum Arzt. Das gibt's schon auch, dass ich nicht mehr frage, was möchten Sie, sondern dass ich sage, jetzt ist's einfach gefährlich. Die Patienten gehen dann aber auch wirklich, weil die wissen, ich würde das nicht machen, wenn es nicht so wäre. (Posmik, Z. 228–239)

Die medikamentöse Therapie ist gewissermassen das Rettungsnetz, das allen beteiligten Gesundheitsfachleuten erst die Gelassenheit eines auf Selbsteinsicht setzenden, nicht ärztlich dominierten Behandlungsregimes möglich macht. Aus unserem Interesse an der Interprofessionalität springt ins Auge, dass der Ansatz gerade in seiner Komplementarität von Diabetes Care und klassischer ärztlicher Verordnungslogik funktional ist. Möglich ist dies nur, weil in den Darstellungen

geglückter IPZ alle Gesundheitsfachleute, von der Physiotherapeutin bis zum Arzt, ein gemeinsames Verständnis von und Wissen um die besonderen Herausforderungen des Krankheitsbildes haben. Um dieses Verständnis herum werden die jeweiligen professionellen Grenzen gruppiert. Sie sind sich im Ziel der Lebensstil-Veränderung einig und verstehen die jeweils eigene Rolle als eine, die erst im Zusammenspiel mit den anderen Rollen für die Patienten wirksam und sicher sein kann.

Welche Rückstellkräfte hindern die Entfaltung des IPZ-Potenzials von Diabetes Care?

Wir haben in der Vorgängerstudie ausführlich geschildert, dass im Bereich der Grundversorgung interprofessionelle Zusammenarbeit einen besonders prekären Status hat (SAMW 2017, 42 ff.). Ein zentraler Punkt der Analysen war, dass die interprofessionellen Verdichtungen, so sie denn stattfinden, projekthafte, also tendenziell temporäre Verdichtungen sind. Das heisst, es entspinnen sich Zusammenarbeiten um konkrete Anlässe, um besonders komplexe Patientenfälle (ebd. 43) oder auf Initiative besonders engagierter Gesundheitsfachleute (ebd. 43 f.). Ohne organisatorische Rahmungen droht IPZ regelmässig wieder zurück in das eingelebte professionelle Nebeneinander zu fallen. Das Beispiel Diabetes Care ist daher von Interesse, weil sein Erfolg u. E. zu einem grossen Teil der Struktur des Programms zu verdanken ist. Es stellt die Projekthaftigkeit auf Dauer und entzieht sie damit zu einem gewissen Grade den Zerfallstendenzen, denen IPZ im Setting der Grundversorgung ganz besonders unterliegt. Wie voraussetzungsreich die Etablierung einer erfolgreichen interprofessionellen Zusammenarbeit ist, zeigt sich in der Tatsache, dass Diabetes-Care-Modelle zwar an mehreren Standorten angesetzt wurde, jedoch nicht überall gleichermassen mit Leben gefüllt werden konnten:

Interviewpassage 38:

Ich weiss nur, dass (unv.) mal so eine Phase hatte, wo sie's wirklich überall aufziehen wollten, aber dann auch ein bisschen- man hat dann einfach mal ausgebildet, aber halt die Umsetzung ist halt nicht nur, eine MPK auszubilden, sondern da müssen viele mitspielen, dass es funktioniert. Ich weiss auch so Praxen, da wären die MPKs bereit, aber die Ärzte wollen nicht oder es funktioniert nur, wenn alle offen sind für diese Zusammenarbeit. (Ohm, Z. 323–329)

Wenig überraschend steht und fällt ein interprofessionelles Projekt auch mit den beteiligten Gesundheitsfachleuten und deren Verhältnis zueinander. Eine Akzeptanz der neuen professionellen Grenzen insbesondere durch die Ärzte ist in diesem Setting ebenso wichtig wie prekär. Sie müssen spüren und die Sicherheit

gewinnen, dass sie keine Patienten «verlieren», sondern an Effizienz gewinnen können, weil sie ihre Zeit bereits für weitere Patienten aufwenden können. Die Konstellation zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachleuten und den Patienten ist im ambulanten Setting der Grundversorgung eine gänzlich andere als in stationären Zusammenhängen. Die Grundversorgung zeichnet sich durch ein besonders breites Spektrum medizinischer Aufgaben oftmals im vergleichsweise undramatischen Bereich alltäglicher (Infektionen, kleinere Verletzungen) und dauerhafter, alters- oder lebensstilbedingter (eben Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc.) Erkrankungen aus. Die Patienten kommen in der Regel nur für kurze Konsultationen zum Arzt, der entweder direkte Massnahmen anordnet (Medikamentengabe, Krankschreibung etc.) bzw. den Patienten zu einem ambulanten Spezialisten oder ans Spital weiterverweist. Aufgabe der MPKs ist im Praxisalltag vor allem, den reibungslosen Ablauf grosser Mengen zeitlich eng getakteter Einzeltermine zu ermöglichen, sich um die Organisation der notwendigen Infrastruktur und Abrechnung zu kümmern. Während die längerfristige stationäre Behandlung per se auf die praktische Arbeit von verschiedenen Berufsgruppen direkt am Patienten (das heisst noch nicht IPZ!) angewiesen ist, prägt das Medizinische die grösstenteils kurzfristigen, vornehmlich genuin medizinischen Interventionen der Grundversorgung. Andere Berufsgruppen als die Ärzte, z. B. MPKs oder Physiotherapie, sind entweder hauptsächlich für Organisatorisches zuständig oder werden erst im Nachgang zur ärztlichen Behandlung als zumeist nichtresponsive Überweisungsempfänger tätig. Solch eingelebte Strukturen zu ersetzen, erfordert jedoch grossen und vor allem kontinuierlichen Energieaufwand.

Beispiel IV: InHospitoOL

Bei InHospitoOL handelt es sich um eine computergestützte Anwendung, die die interprofessionelle Koordination von Patientenaustritten im Krankenhaus erleichtern soll. Drei Berufsgruppen, die Pflege, die Ärzte und der Sozialdienst tragen das je professionsspezifisch mögliche Austrittsdatum eines jeden Patienten ein. Darüber hinaus können Gründe für mögliche Verzögerungen (z. B.: Untersuchungen stehen aus; Selbstpflege noch nicht hinreichend möglich; noch kein Platz für stationäre Anschlusspflege vorhanden) vermerkt werden. Der Austrittsstatus wird je Berufsgruppe mit einem Ampel-Farbsystem markiert. Erst wenn die Ampeln aller drei Berufsgruppen auf Grün stehen, ist der Patient faktisch austrittsbereit. Seine Bedeutung entfaltet das Tool insbesondere in der Behandlung multimorbider Patienten, da hier die Austrittsplanung nicht allein vom biomedizinischen Status des Patienten abhängt, sondern auch von der Fä-

higkeit des Patienten, sich im normalen Alltag zu Hause zurechtzufinden, bzw. davon, ob eine geeignete Möglichkeit stationärer Weiterbetreuung (Reha, Pflegeheim) zur Verfügung steht.

Zu ihren Erfahrungen mit InHospitoOL wurden insgesamt fünf Gesundheitsfachleute aus dem internistischen und neurologischen Setting befragt, die innerhalb einer Klinik tätig sind: ein Arzt, drei Pflegefachleute und eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes. Im Weiteren liegt der Fokus hier nicht auf den Unterschieden zwischen diesen Settings, für tragfähige Aussagen dazu ist die Stichprobe ungeeignet. Was wir am Material aufzeigen können, ist vielmehr, wie leistungsfähig i. S. der Beförderung interprofessioneller Zusammenarbeit technische Lösungen einerseits sein können und wie hochgradig abhängig diese Funktionalität andererseits von Arbeits- und Führungskulturen ist.

- Dr. Anton Abel, Arzt
- Beate Brunner, Sozialdienstmitarbeiterin
- Carl Cramer, Pflegefachmann
- Dorothee Daller, Pflegefachfrau
- Erika Eberle, Pflegefachfrau

Welche Bindungskräfte ermöglichen im Beispiel InHospitoOL IPZ?

Auf Ebene der Technik wird vor allem die Einfachheit betont, die InHospitoOL zu einer potenziellen Verbesserung interprofessioneller Abläufe macht. Einfachheit bezieht sich hier selbstverständlich nicht auf die Architektur des Tools selbst, sondern auf seine Anwendung und Handhabbarkeit durch die Gesundheitsfachleute.

InHospitoOL bietet allen beteiligten Fachpersonen die Möglichkeit, die jeweils aktuellen Informationen zu einem bestimmten Patienten einzutragen und damit in Echtzeit allen anderen Fachpersonen zugänglich zu machen. Die von uns interviewten Mitarbeitenden aus der Ärzte- und Pflegschaft sowie dem Sozialdienst betonten in ihren Darstellungen die Bedeutung der Austrittsplanung mithilfe des Ampelsystems. Dieses ermöglicht es jeder Berufsgruppe, den Austrittsstatus eines Patienten zu kategorisieren. Austreten kann der Patient, sobald alle professionellen Gruppen die Ampel auf «Grün» geschaltet haben. Im Umkehrschluss bedeutet es aber auch, dass, solange noch eine Profession «Rot» bzw. «Orange» oder «Gelb» stellt, kein Austritt erfolgen kann, unabhängig davon, ob nun eine Ärztin, eine Pflegefachkraft oder ein Mitarbeiter des Sozialdienstes das Signal auf Stopp stellt.

Das klingt zunächst alles ganz banal: Informationen wie etwa die, ob ärzteseitig noch Untersuchungen ausstehen oder ob der Sozialdienst noch nach einem Rehaplatz für den Patienten sucht, werden in ein digitales Formular getippt, ein Farbcode illustriert die damit verknüpfte, an sich wenig komplexe Information «austrittsbereit/nicht austrittsbereit», und das alles wird von den verschiedenen am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen idealerweise möglichst zeitnah in das digitale System eingegeben. Worin liegt nun aber das Erfolgsgelheimnis, bzw. präziser: die technische Voraussetzung möglicher, durchaus als beeindruckend beschriebener IPZ-Erfolge durch InHospiTOOL?

InHospiTOOL ist einfach handhabbar und ersetzt bzw. komplementiert im Fall konsequenter Nutzung andere, möglicherweise zeitaufwendigere Formen der Kommunikation. Ein befragter Chefarzt, der – nicht zuletzt durch die Erhebung entsprechender Kennzahlen – von der Funktionalität des Werkzeugs überzeugt ist, formuliert:

Interviewpassage 39:

InHospiTOOL will das mit einem systematischen, einfachen Tool angehen. Eigentlich ist es ein Informationsübermittlungstool, das die modernen digitalen Medien braucht, um auf einen Blick Information, die eigentlich klar sein sollte, allen Akteuren klarmacht, und sie so miteinander wieder zusammenarbeiten können. Ohne dass man miteinander telefonieren muss, ohne dass man aufeinander warten muss und einfach alle Berufsgruppen ihren Tätigkeiten nachgehen können. Das ist vereinfacht gesagt das Hauptziel bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit. Wir brauchen das Forum der Visite, das im Idealfall gemeinsam stattfindet, und nutzen ein digitalisiertes vom Patienteninformationssystem oder Klinikinformationssystem Instrument, um diese Informationsübermittlung transparent zu machen.
(Dr. Abel, Z. 32–42)

Die digitalen Medien, so Abel, bieten eine technische Plattform, die – in der Theorie zumindest – eine ebenso schnelle wie einfache Übermittlung überschaubarer Informationsmengen ohne zeitliche und informationelle Verzerrung zwischen mehr als zwei Personen erlaubt. Der befragte Chefarzt hat offenbar bereits einschlägige Erfahrungen mit Software im Klinikalltag gemacht, denn er sieht die Vorteile dieses Tools gerade in der wenig komplexen Anwendung der Software: «Dabei muss dieses Tool extrem einfach sein und schnell sein, weil wir die Tendenz haben, diese elektronischen Tools zu kompliziert zu machen, sodass sie im Alltag nicht funktionieren.» (Dr. Abel, Z. 232–234)

Der Clou, weshalb wir die Einfachheit dieser technischen Lösung betonen, liegt darin, dass sie im krassen Gegensatz zur Komplexität der zu erfüllenden Aufgabe steht – indem InHospiTOOL so schlicht gebaut und funktional restringiert ist, gestattet es im Gelingensfall die Synchronisation nicht nur unterschiedlicher Personen, sondern Personengruppen, Aufgaben und deren zeitlicher Horizonte. Die Pflege, die Ärzteschaft und der Sozialdienst bearbeiten je für sich hochkomplexe Aufgabenbereiche (sachlich), dies jedoch in einem eng aufeinander angewiesenen Zeitrahmen (zeitlich), und der einzelne Fall wird nicht nur inter- sondern sogar intraprofessionell von jeweils mehreren Individuen bearbeitet (sozial).

Zwar handelt es sich bei InHospiTOOL um ein Hilfsmittel, welches das klassische Gefäss der gemeinsamen interprofessionellen Visite nicht ersetzen, sondern lediglich ergänzen soll, gerade aber für den Sozialdienst, der in der beforschten Klinik nicht regelhaft die Visiten begleitet, ist es die vornehmliche Form der Einbindung in interprofessionelle Entscheidungsprozesse.

Interviewpassage 40:

Dafür ist es eben auch nötig, dass halt der Arztdienst diese Einträge in diesem Tool macht, die er vielleicht nicht immer ganz als sinnvoll erachtet, weil er eben die Patienten alle aus seiner Sicht kennt. (.) Aber (.)Ja, für, dazu beizutragen, dass diese Zusammenarbeit auf Augenhöhe nötig ist, wenn das jemand erkennt, dann kann er auch mit gutem Gewissen diese 20 Sekunden investieren, um diese Einträge zu machen, sodass das möglich ist. Aber das ist Augenhöhe bezüglich Informationsstand, ist nötig, ist möglich und auch Augenhöhe im Bereich der Diskussion, in die man eben, wie auch wiederum zeigen kann, hier wird strukturell vorgegeben, was wir zu tun haben. Ich habe auch eine Meinung, die ich abgeben kann. Hier ist diese Spalte und hier gebe ich meine Meinung ab und ich bin auch nicht darauf angewiesen, dass der Arzt oder Sozialdienst oder irgendjemand mich jetzt fragt, wie siehst du das. (Cramer, Z. 188–198)

Eine Pflegefachfrau erklärt, dass die – aus Ärztesicht möglicherweise nicht unmittelbar nachvollziehbare – Zusatzarbeit für die anderen Berufsgruppen im Zweifelsfall einen Unterschied ums Ganze macht. Indem die Ärztin auf oder unmittelbar nach Visite «20 Sekunden» investiert, ermöglicht sie es dem Mitarbeiter des Sozialdienstes oder der Pflegschaft, auf informationeller Augenhöhe und also selbst innerhalb seiner Berufsgruppe professionell agieren zu können. Mit gleicher Stossrichtung bringt es die Pflegefachfrau Frau Eberle auf den Punkt:

Interviewpassage 41:

Und das Visitentool ist von dem her keine grosse Aufgabe, aber (.)
dadurch entsteht so ein grosses Feld, was man direkt bearbeiten kann.
(Eberle, Z. 202–203)

Zweierlei wird deutlich: Die Einfachheit des Tools ermöglicht erstens die Synchronisation jeweils für sich hochkomplexer Arbeitsbereiche, was im Effekt wiederum die weitere Ausdifferenzierung und höhere Komplexitätsverarbeitungskapazität innerhalb der beteiligten Bereiche potenziell erhöht, ohne dass zweitens die direkten, sprich: interaktionalen interprofessionellen Abhängigkeiten erhöht werden müssen. Frau Eberle erklärt hier, dass mit InHospitoOL die Handlungsgrade für die Pflege dadurch erhöht werden, dass sie über die jeweiligen Entscheidungen anderer Berufsgruppen stets in Kenntnis gesetzt ist. Erst das eröffnet den Horizont, auf Grundlage möglichst weitreichender Information eigenständig professionelle Handlungsoptionen abwägen zu können.

Das Hauptaugenmerk aller Beschreibungen von gelingender, durch InHospitoOL beförderter IPZ liegt im verbesserten Outcome. Dabei, so beschreiben es die Interviewpartner für den Gelingensfall, verbessert sich sowohl der interprofessionelle Gesamt-Outcome, sprich das Ergebnis für den Patienten, als auch der jeweilige professionelle Outcome. Im Falle konsequenter Anwendung schärft InHospitoOL also den Blick für die jeweiligen professionellen Handlungsfelder und grenzt diese deutlicher gegeneinander ab, als dies ohne das Visitentool der Fall wäre. Interessant ist, dass im Effekt dieses Grenzmanagement zu einem besseren Verständnis der Erfordernisse und Leistungen der unterschiedlichen Professionen und damit zu einer besseren interprofessionellen Zusammenarbeit zu führen scheint. Professionelle Profilschärfung und interprofessionelle Kooperation bedingen sich in der konsequenten Anwendung von InHospitoOL wechselseitig. Dabei werden nicht etwa bestehende professionelle Grenzen abgebaut, sondern mit der Differenzierung des Tools nach den Berufsgruppen geradezu verfestigt. Wichtig ist jedoch, dass diese Grenzen vom Tool nicht als Statusgrenzen, sondern als funktionale Grenzen festgeschrieben werden. InHospitoOL basiert auf der Annahme, dass es jeweilige professionsspezifische Gründe für Austrittsbereitschaft gibt, dass es dabei jedoch für die faktische Austrittsbereitschaft eines Patienten irrelevant ist, welche Gründe noch gegen einen Austritt sprechen. Professionsgrenzen werden damit gleichzeitig verschärft und entdramatisiert. Selbstverständlich hat der Sozialdienst andere Gründe für sein «Rot» als die Ärztin. Aber beide «Rot» haben für die Organisation und alle Mitarbeitenden den gleichen Effekt.

Welche Rückstellkräfte hindern die Entfaltung des IPZ-Potenzials von InHospiTOOL?

Klingt es bisher fast zu schön, um wahr zu sein? Ein einfach handhabbares technisches Tool, das sowohl inter- wie innerprofessionelle Entwicklung befördert, Arbeit auf Augenhöhe ermöglicht und sich nicht nur positiv auf die Arbeitszufriedenheit, sondern vor allem auf das entscheidende Kriterium des besseren (Patienten-)Outcomes auswirkt. Der heilige Gral – IPZ auf Knopfdruck?! Mitnichten. InHospiTOOL ist hochgradig von entgegenkommenden Bedingungen abhängig, wenn ein Zurückfallen in den Normalfall des professionellen Nebeneinanders oder die (Wieder-)Entstehung professioneller Antagonismen verhindert werden soll. Auch wenn wir die Machbarkeit und Niedrigschwelligkeit des Tools bisher ins Zentrum gestellt haben, zeigt vor allem das Interview mit einer weiteren Pflegekraft, dass keineswegs die Implementierung selbst schon die Nutzung mit sich bringt.

Interviewpassage 42:

Ja, genau, die ist im Haus 1. Und wir sehen eigentlich nur immer, ja doch, das ist so, im InHospiTOOL suchen wir uns dann die Informationen, ist Patient bereits in der Reha angemeldet, wie sieht es aus, ist überhaupt ein Sozialdienst aufgeschaltet oder nicht. Es ist nicht immer ganz genau ersichtlich, oder, weil häufig fehlt das dort auch und dann müssen wir einfach in Verlaufseinträge schauen, hat der Sozialdienst irgendwann einmal etwas geschrieben. Es ist so, wir schauen immer an verschiedenen Orten oder rufen noch an, genau. (Daller, Z. 248–253)

Frau Daller beschreibt, wie InHospiTOOL in ihrer Arbeitsrealität zusätzlichen unnötigen Aufwand und damit erwartbar Frust produziert. Das Interview thematisiert durchaus auch gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit, aber gerade dort, wo die Sprache auf InHospiTOOL kommt, kippt die grundsätzlich positive Einstellung Frau Dallers gegenüber IPZ. Ihre Beschreibungen zeigen eindrücklich, wie InHospiTOOL im Falle nicht gelingender Implementierung gar die Kraft sein kann, die – in freier Verkehierung von Goethes Mephisto – stets das Gute will und doch das Böse schafft:

Interviewpassage 43:

Also bei uns ist das InHospiTOOL so, das Ziel ist, dass wir das gemeinsam an der Visite besprechen und sagen, wie ist die Situation des Patienten, wo wollen wir hin? Wir bekommen immer wieder Mahnmails von ganz oben, vor allem von unserem Chefarzt, dass die Assistenzärzte das besser betreiben sollen, dass sie es machen sollen. Wir haben sehr schlechte Zahlen, die Assistenzärzte füllen das kaum aus oder wenn,

dann nicht mit uns zusammen. Genau, also es ist so, wenn wir etwas besprechen, sage ich ihnen oft, fülle das doch gleich aus, dann haben wir das getan, dann ist es korrekt, dann hast du deine Meinung, ich habe meine Meinung. Genau. Aber ich muss Ihnen, ich sage, ich bin ja nicht die Kindergärtnerin von ihm, von dem her. Irgendeinmal denke ich auch, ja dann, dann lasst es halt sein oder- ich vergesse es auch einfach zu sagen. Es hat noch einen viel zu tiefen Stellenwert, es wird viel zu oft vergessen, es ist nicht in diesem Fluss der Visite, der eigentlich immer das gleiche Schema hat, dort ist es noch viel zu wenig verankert. Ich weiss, dass es auf anderen Stationen viel besser läuft wie bei uns. (Daller, Z. 164–175)

Interprofessionelle Fronten werden verhärtet, wenn die Nutzung von InHospitoOL zwar erwünscht wird, diese Erwünschtheit sich jedoch nicht in eine handlungsleitende Kultur übersetzt. Die Einschätzungen der enttäuschten Pflegefachfrau decken sich interessanterweise exakt mit denen des vom Tool überzeugten Chefarztes: «Der Fisch stinkt am Kopf und wir müssen selber immer das vorleben» (Dr. Abel, Z. 516 f.). Offenbar ist InHospitoOL bei aller Praktikabilität extrem, womöglich stärker als andere, nicht technische IPZ-Lösungen, von einer hierarchischen Implementierung und kontinuierlichen Pflege abhängig.

Interviewpassage 44:

Deshalb hat an vielen Spitälern-, wurde dann entschieden oder war entscheidend für den Erfolg der Umsetzung, wir nennen das Compliance-, wir schätzen oder unser Ziel war, dass wir eine achtzigprozentige Compliance erreicht hatten. Also an Werktagen, dass an achtzig Prozent der Tage das Tool im Sinne des Gesetzgebers ausgefüllt wurde. Das ist so eine realistische Zielgrösse. Hundert Prozent ist nicht möglich, und wenn es weniger als die Hälfte ausgefüllt wird, dann ist der Effekt ein Placeboeffekt und kein wirksamer Effekt. Und man hat gesehen, wenn ich das so sagen darf, dass an Spitälern, die eher chaotisch geführt wurden, das sagt nichts über die medizinisch-somatische Qualität des Chefs, sondern mehr über die Führungsstruktur, dass dort die Compliance eigentlich schlechter war. Dass die Pflege dort sich auch beklagt hat und in Spitälern, die demgegenüber auf moderne, wenn ich das so sagen darf, Führungsstrukturen und Verständnis der Ärzte zählen konnten, das sehr rasch, sehr gut umgesetzt wurde. (Dr. Abel, Z. 335–346)

Nadelöhr einer gelingenden Umsetzung sind offenbar die ärztlichen Führungspersonen, die im Positiven wie im Negativen für Trickle-down-Effekte sorgen.

Interviewpassage 45:

In A-Stadt hat es bewirkt, dass wir, als wir es eingeführt haben 2010, 2011, alle sehr motiviert waren. Aber, wie immer in (unv.), man pocht etwas weniger darauf, es schleicht sich wieder Prozesse auf. Und bei uns war, als wir die Studie begonnen haben, es nicht mehr so ideal wie vorher. (Dr. Abel, Z. 497–500)

Es bedarf anscheinend eines nicht unerheblichen Aufwands in der praktischen und kulturellen Implementierung und im fortwährenden Präsenthalten, um die oben geschilderte Funktionalität überhaupt ins Werk zu setzen. Das zeigt sich auch nochmals deutlicher in zwei Schilderungen einer vom Tool restlos überzeugten Pflegefachfrau. Sie beschreibt, was auf ihrer Station alles betrieben wird, um alle Beteiligten vom Visitentool zu überzeugen und dessen Nutzung sicherzustellen:

Interviewpassage 46:

Ja, ein grosser Teil trägt dazu bei, dass unsere Stationsleitungen das Thema präsent machen und dass es verstanden wird, also dass Informationen gegeben werden, um das zu verstehen. Und ja, wir haben immer regelmässig Teamsitzung und da wird's auch angesprochen, wenn das jetzt zum Beispiel weniger ausgefüllt worden ist, das sieht man ja auch sofort an der Statistik und dann wird halt auch im Team diskutiert, woran das jetzt liegt. Und das hat ja so einen hohen Stellenwert, dass der Patient durch das Visitentool ja so schnell wie möglich, bestmöglichst austreten kann. Es wird halt auch direkt erklärt, wenn man neu anfängt, was der Hintergrund des Ganzen ist. (Eberle, Z. 124–131)

Interviewpassage 47:

Was auch dazu beiträgt für die interdisziplinäre Zusammenarbeit, ist, dass für neue Mitarbeiter die verschiedensten Berufsfelder vorgestellt werden beim Einführungstag, also man hat quasi zwei Einführungstage und da werden die unterschiedlichen Berufsfelder vorgestellt. Und da werden die Aufgabenbereiche quasi (.) abgesteckt und man weiss, okay, das macht der Sozialdienst, das macht die Berufsgruppe, das macht die Pflege, die Ärzte.

Interviewer: Und was ist das Besondere daran? [...]

Befragte: Nein. Ne, (lacht) in (.). Das ist jetzt das dritte Krankenhaus, wo ich arbeite und ich habe sowas noch nicht erlebt, dass es Einführungstage gibt und das ist einfach -, man hat eine Übersicht, man ist informiert und letztendlich ist die Information ja das Grundlegende, um etwas auch anzunehmen und wenn ich nicht weiss, wofür das Visitentool zum Beispiel ist, dann mache ich's nicht (lacht). Also ich sollte dann nachfragen, wofür das ist, aber wenn es nur die Hälfte weiss und ich jeden Zweiten frage und der es nicht weiss, dann ist das mühsam und dann wird es nicht mehr so wertgeschätzt. (Eberle, Z. 157–177)

Der Kontrast dieser Zitate zu denen der unzufriedenen Pflegefachfrau Frau Daller verdichtet die Krux des an sich so simplen technischen IPZ-Tools. Gerade technische Synchronisationslösungen sind hochgradig von der Implementierung und fortwährenden (kulturellen) Pflege durch (ärztliche) Führungspersonen der Organisation abhängig, da sie nur dann funktionieren, wenn sie von allen Statusgruppen gleichermaßen genutzt werden. Ohne diese entgegenkommen- den Rahmenbedingungen verbessert sich IPZ nicht nur nicht, sondern es besteht die Gefahr, professionelle Konfliktlinien («ignorante Assistenzärzte») neu aufzureissen. Technisch unterstützte IPZ ist von zwei Seiten von besonderen Rückstellkräften bedroht: Zum einen können technische Lösungen schlicht einfacher ignoriert werden als persönliche Interaktionen. Es bedarf weit grösserer Energie, ein persönliches Gegenüber zu ignorieren, einen Telefonanruf nicht entgegenzunehmen, als es bedarf, den Laptop nicht aufzuklappen. Daher muss die Attraktivität solcher Tools evident gehalten werden. Zum anderen stärken Synchronisationstools insbesondere die Position vormals und z. T. (v. a. rechtlich) noch immer subordinierter Berufsgruppen. Das heisst, InHospiTOOL nivelliert in gewisser Hinsicht Statusgrenzen. Das Eigeninteresse an der konsequenten Nutzung von InHospiTOOL für Pflegefachleute oder Sozialdienstmitarbeiter ist also tendenziell höher als das der Ärzte. Diese können sich im Zweifelsfall auf etablierte Routinen verlassen und Informationen jederzeit einholen, bzw. sind letztlich die rechtlich Entscheidungsbefugten; im zeitsensiblen Arbeitsalltag in den Kliniken sind die Ärzte daher die Berufsgruppe, die am ehesten eine Gefahr für die konstante Anwendung des Tools darstellt.

Anhang 2: Analyseinstrument und Skala

Strukturierte Literaturanalyse

Ziel der Studie war auch, IPZ-Analyseinstrumente zu identifizieren und zu evaluieren, die für IPZ-Förderung in den unterschiedlichen Settings/Kontexten vorhanden und im Schweizer Kontext hilfreich sein könnten. Insbesondere sollte ein Fragebogen für zukünftige Förderungen von IPZ identifiziert werden, der valide Aufschlüsse über erfolgskritische Dimensionen von IPZ liefern könnte. Von Relevanz ist dabei natürlich, inwieweit die qualitativen Ergebnisse mit Dimensionen eines quantitativen Instruments korrespondieren.

Hintergrund für die Methodensuche bilden unsere früheren Studienergebnisse und weitere, neuere Forschungsarbeiten, die zeigen, dass IPZ in Abhängigkeit des jeweiligen Versorgungssettings und der darin arbeitenden Gesundheitsberufe in unterschiedlichen Formen auftritt (Atzeni et al. 2016, Reeves et al. 2018). Mehr noch, in den verschiedenen Settings der Gesundheitsversorgung treffen meist mehrere, d. h. mehr als zwei, Gesundheitsberufe und damit divergierende professionelle Haltungen und IPZ-Verständnisse aufeinander (Braithwaite et al. 2013). Als Konsequenz daraus muss für ein IPZ-Analyseinstrument bzw. eine IPZ-Skala folgender Rahmen gefordert werden:

- Der primäre Fokus des Instruments liegt auf interprofessioneller Zusammenarbeit (und z. B. nicht nur auf allgemeiner Teamarbeit).
- Das Instrument ermöglicht eine differenzierte Einschätzung der Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen mit den jeweils anderen (z. B. Einschätzung der Pflegenden zur Zusammenarbeit mit den Ärzten, Sozialarbeitenden, Physiotherapeutinnen etc.).
- Umfang und Fragen des Instruments sind für den Einsatz in unterschiedlichen Settings geeignet und praktikabel.

Ergebnisse der strukturierten Literaturanalyse

In unserer strukturierten Literaturanalyse (Details siehe unter «Methodik», unten) in Medline, über die Website des National Center for Interprofessional Practice and Education (Assessment and Evaluation) sowie freie Internetsuche fanden wir aus initial 854 Publikationen ein einziges Analyseinstrument, das diese Bedingungen erfüllte (vgl. Kapitel «Methodik strukturierte Literaturanalyse»).

Diese IPC-Skala bzw. das Fragebogentool wurde entwickelt und validiert, um die verschiedenen berufsgruppenbezogenen Perspektiven in der interprofessionellen Zusammenarbeit zu analysieren (Kenaszchuk et al. 2010, Fragebogen siehe unter «IPZ-Fragebogen», unten). Dabei werden die Angehörigen der verschiedenen in einem Setting beteiligten Berufsgruppen aufgefordert, die Zusammenarbeit zwischen der eigenen und jeder der anderen Berufsgruppen anhand von 13 Aussagen auf einer Likert-Skala einzuschätzen. Das ursprünglich englischsprachige Tool wurde mittlerweile von einer Südtiroler Forschungsgruppe auf Deutsch und Italienisch übersetzt und validiert (Vitadello et al. 2017).

Mit der Validierung der Skala und aufgrund einer Faktorenanalyse konnten drei Subskalen der interprofessionellen Zusammenarbeit, nämlich «Kommunikation» («Communication»), «Abstimmung» («Accomodation») und «Abgrenzung» («Isolation») identifiziert werden (Kenaszchuk et al. 2010). Die beiden Faktoren «Kommunikation» und «Abstimmung» betreffen wichtige Aspekte des für IPZ typischen kommunikativen Austauschs und der Verständnissuche und werden von Berufspersonen in gelingender IPZ typischerweise hoch eingeschätzt. Dabei finden sich interessanterweise asymmetrische Einschätzungen zwischen den Berufsgruppen: Beispielsweise schätzen Ärztinnen und Ärzte ihre Zusammenarbeit mit Pflegenden besser ein als die Pflegenden ihre Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft (Wieser et al. 2018).

Die Subskala «Abgrenzung» wird mit negativ formulierten Aussagen erhoben, da – so die Autoren in der Ursprungspublikation – IPZ auch mit negativen Einstellungen konnotiert sein könnte und allfällig spannungsgeladene Beziehungen zwischen Berufsgruppen, z. B. zwischen Pflegenden und Ärzten, mit nur positiven Aussagen zu IPZ unentdeckt oder unterschätzt werden könnten (Kenaszchuk et al. 2010).

Ergebnisse der Online-Befragung

Mit der Zielsetzung einer Prüfung der Anwendbarkeit im schweizerischen Kontext haben wir den Fragebogen in unseren vier Modellen guter IPZ-Praxis eingesetzt und diesen als Online-Link an insgesamt 424 Personen verschickt, von denen 135 (32 %) antworteten. Die nachfolgenden Ergebnisse sind gesamthaft für alle vier Praxisbeispiele (Integrierte Suchthilfe, Palliative Care, Diabetes Care, InHospitoOL) dargestellt. Angesichts der hier vorliegenden methodischen Forschungsfrage, der kleinen Anzahl Antworten (n=135) und der Bedingung, dass zur Gewährleistung der Anonymität nur Ergebnisse mit mindestens 5 Einschät-

zungen gezeigt werden, verzichten wir auf die Präsentation der Einzelergebnisse der vier Praxisbeispiele und stellen im Folgenden die Gesamtergebnisse dar, bei denen sowohl die Häufigkeiten der Zusammenarbeit als auch die Einschätzungsunterschiede zwischen den Berufsgruppen von Interesse sind.

Eine grösser angelegte Studie, die nach den spezifischen Settingunterschieden und den je wirksamen Bindungs- und Rückstellkräften auch in quantitativer Hinsicht sucht, scheint uns angesichts der interessanten Ergebnisse dieser Erprobungsphase aussichtsreich und wird aktuell in einer weiteren Studie unternommen.

Häufigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit

Tabelle 2 zeigt die Häufigkeit der Zusammenarbeit mindestens einmal pro Woche zwischen den Berufsgruppen bzw. der Antworten auf die Frage «Mit welchen der folgenden Berufsgruppen haben Sie innerhalb des letzten Jahres wie häufig zusammengearbeitet?». Auffallend hier sind die Unterschiede zwischen den Zusammenarbeitskonstellationen, beispielsweise geben fast alle nichtärztlichen Berufspersonen an, mindestens einmal in der Woche mit einer Ärztin oder einem Arzt zu kooperieren, während sich für die übrigen Berufe ausgesprochen divergierende Ergebnisse zeigen. Ein ähnliches Bild auf tieferem Niveau finden wir für die Häufigkeit der täglichen Zusammenarbeiten (Tab. 3). Sehr ähnliche Ergebnismuster wurden auch von anderen Autoren beschrieben (Wieser et al. 2018). Die Ärzte und Ärztinnen sind also bzgl. Häufigkeit zentral in der Zusammenarbeit.

Tab. 2: Häufigkeit der wöchentlichen Zusammenarbeit zwischen den Berufen (> 1 x pro Woche)

Antwortende	Zusammenarbeit im letzten Jahr (mind. einmal pro Woche) mit Prozent (Anzahl)							
	ÄrztInnen	Pflegenden	Psycholog- Innen	Physiothera- peutInnen	Ernährungs- beraterInnen	Ergo- therapeut- Innen	Sozial- arbeiter- Innen	MPA/PKA*
ÄrztInnen (n=32)	–	78% (25)	34% (11)	69% (22)	47% (15)	19% (6)	41% (13)	63% (20)
Pflegende (n=49)	94% (46)	–	47% (23)	80% (39)	49% (24)	39% (19)	61% (30)	20% (10)
PsychologInnen (n=9)	100% (9)	56% (5)	–	11% (1)	0% (0)	11% (1)	22% (2)	33% (3)
Physiotherapeut- Innen (n=9)	100% (9)	56% (5)	56% (5)	–	11% (1)	56% (5)	33% (3)	56% (5)
Ernährungsberater- Innen (n=1)	100% (1)	100% (1)	0% (0)	0% (0)	–	0% (0)	0% (0)	0% (0)
ErgotherapeutInnen (n=2)	50% (1)	100% (2)	50% (1)	100% (2)	0% (0)	–	50% (1)	0% (0)
SozialarbeiterInnen (n=5)	80% (4)	60% (3)	20% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	–	0% (0)
MPA/PKA* (n=23)	100% (23)	43% (10)	57% (13)	61% (14)	30% (7)	4% (1)	4% (1)	–
Andere (n=5)	80% (4)	60% (3)	20% (1)	60% (3)	20% (1)	0% (0)	40% (2)	60% (3)

* Medizinische PraxisassistentInnen / Praxis-KoordinatorInnen

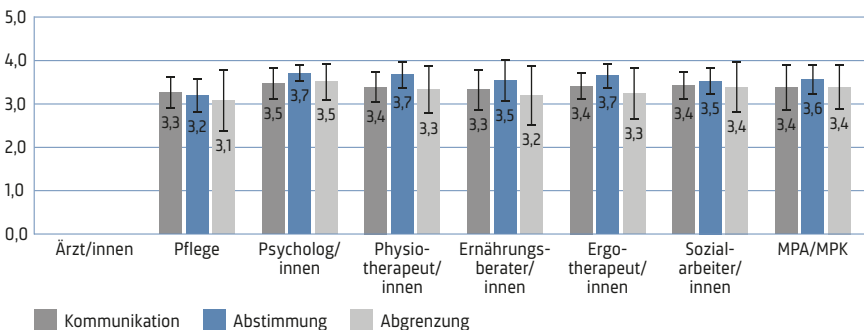
Tab. 3: Häufigkeit der täglichen Zusammenarbeit zwischen den Berufen

Antwortende	Zusammenarbeit im letzten Jahr (mind. einmal pro Tag) mit Prozent (Anzahl)							
	ÄrztInnen	Pflegenden	Psycholog- Innen	Physiothera- peutInnen	Ernährungs- beraterInnen	Ergo- therapeut- Innen	Sozial- arbeiter- Innen	MPA/PKA
ÄrztInnen (n=32)	-	66% (21)	3% (1)	16% (5)	3% (1)	3% (1)	16% (5)	59% (19)
Pflegende (n=49)	84% (41)	-	14% (7)	51% (25)	4% (2)	14% (7)	14% (7)	10% (5)
PsychologInnen (n=9)	56% (5)	44% (4)	-	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	33% (3)
Physiotherapeut- Innen (n=9)	22% (2)	56% (5)	0% (0)	-	0% (0)	22% (2)	0% (0)	11% (1)
Ernährungsberater- Innen (n=1)	0% (0)	100% (1)	0% (0)	0% (0)	-	0% (0)	0% (0)	0% (0)
ErgotherapeutInnen (n=2)	0% (0)	50% (1)	0% (0)	50% (1)	0% (0)	-	0% (0)	0% (0)
SozialarbeiterInnen (n=5)	60% (3)	60% (3)	20% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	-	0% (0)
MPA/PKA (n=23)	83% (19)	9% (2)	9% (2)	22% (5)	4% (1)	0% (0)	0% (0)	-
Andere (n=5)	0% (0)	40% (2)	0% (0)	20% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	40% (2)

Einschätzungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit

Abbildungen 4–8 zeigen die Einschätzungen der einzelnen Berufsgruppen zur interprofessionellen Zusammenarbeit mit den jeweils anderen.⁸ Dargestellt werden die drei erwähnten Subskalen (Mittelwerte \pm SD). Die beiden Skalen «Kommunikation» (dunkelgraue Säulen) und «Abstimmung» (blaue Säulen) entsprechen, wie formuliert, den Bindungskräften, «Abgrenzung» (hellgraue Säulen) verstehen wir als Ausdruck von Rückstellkräften. Bei «Abgrenzung» (hellgraue Säule) ist zu beachten, dass aufgrund der Fragenformulierungen ein sog. Reverse Scoring angewandt werden musste, d. h., tiefere Werte bedeuten höhere Rückstellkräfte oder anders herum, höhere Werte stehen für niedrigere Rückstellkräfte.

Abb. 4: Einschätzung Ärztinnen und Ärzte der IPZ mit anderen Berufen (n=32)



8 Resultate sind nur gezeigt, wenn von einer Berufsgruppe mindestens 5 Einschätzungen vorlagen.

Abb. 5: Einschätzung Pflegende der IPZ mit anderen Berufen (n=49)

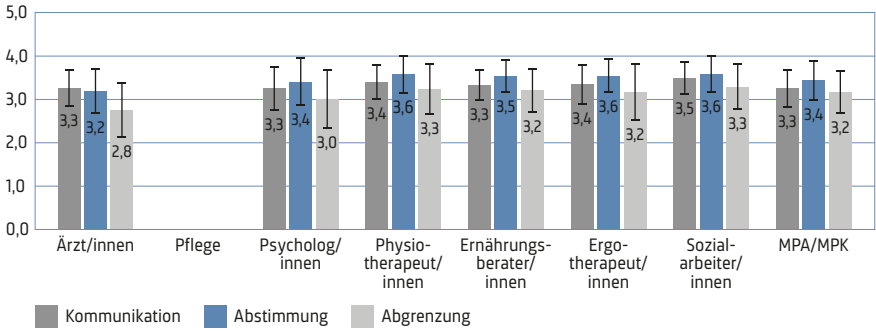


Abb. 6: Einschätzung Psychologinnen und Psychologen der IPZ mit anderen Berufen (n=9)

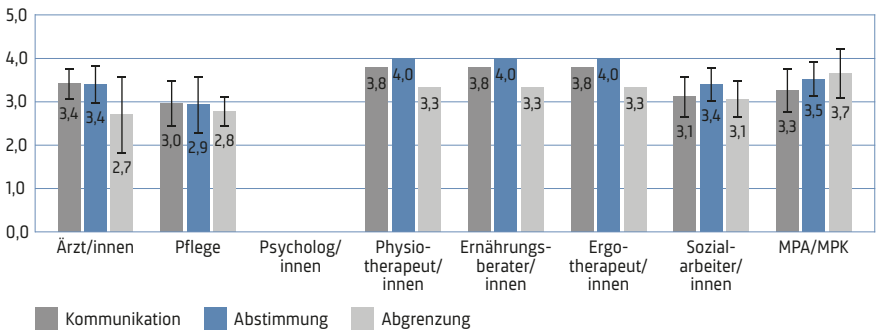


Abb. 7: Einschätzung Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten der IPZ mit anderen Berufen (n=9)

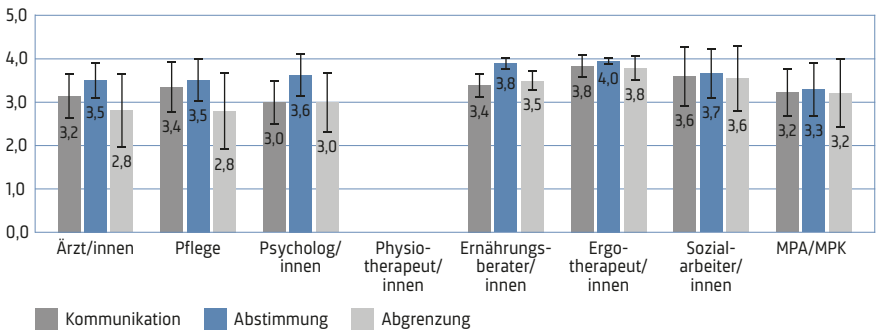
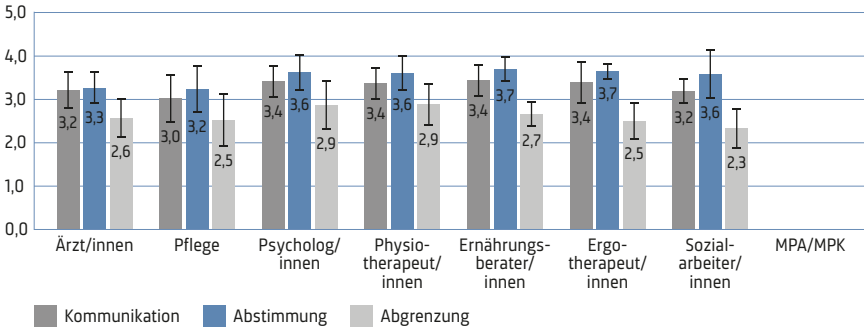


Abb. 8: Einschätzung Medizinische Praxiskoordinatorinnen der IPZ mit anderen Berufen (n=23)



Insgesamt fällt auf, dass die Einschätzungen insbesondere der Subskalen «Kommunikation» und «Abstimmung» alle oberhalb des mittleren Wertes von 3 liegen, wobei «Abstimmung» etwas höhere Werte als der Faktor «Kommunikation» aufweist. Nachdem hier gelingende Beispiele untersucht wurden, entspricht dieses leicht «überdurchschnittliche» Ergebnis den Erwartungen und korrespondiert mit unseren qualitativen Ergebnissen.

Bei Betrachtung der Einschätzungen der Zusammenarbeit aus den verschiedenen professionellen Perspektiven sind insbesondere folgende Unterschiede augenfällig: Während Ärztinnen und Ärzte die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen relativ homogen beurteilen, fallen die Einschätzungen der anderen Perspektiven heterogener aus. Besonders beachtenswerte Unterschiede finden sich bei der dritten Subskala, unserem «Mass» für die Rückstellkräfte, indem beispielsweise die Einschätzungen der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen seitens der Ärzte und Ärztinnen signifikant höher ausfallen als die Einschätzungen seitens dieser Berufsgruppen zur Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft (Mann-Whitney-U-Test, $p < 0,05$). Dies darf dahingehend interpretiert werden, dass die nichtärztlichen Berufsgruppen mehr Abgrenzung und Rückstellkräfte seitens der Ärztinnen und Ärzte wahrnehmen als umgekehrt. Analoge Unterschiede finden sich zudem auch innerhalb der nichtärztlichen Berufe wie zwischen Pflegenden und Medizinischen Praxisassistentinnen. Auch dieses quantitative Ergebnis korrespondiert mit den qualitativen Befunden.

Methodisch erfreulich ist zu vermerken, dass dieses Analysetool nicht zu sog. Deckeneffekten neigt, sondern IPZ in einem ausreichend breiten Bereich einzuschätzen vermag.

Diskussion und Fazit

Die Anwendung des Instruments zeigt, dass sich relevante Unterschiede erheben lassen. Zudem ergeben sich interessante Parallelen zwischen den drei Subskalen des Instruments auf der einen und unseren Studienergebnissen bzw. den Schlussfolgerungen zur IPZ auf der anderen Seite: Ausgehend von der Feststellung, dass professionelles Arbeiten den «Normalfall» bzw. die «Default-Position» bedeutet und interprofessionelle Zusammenarbeit der «Sonderfall» sei, haben wir postuliert, dass gelingende IPZ besondere Bindungsenergien bzw. Bindungskräfte benötigt, damit sich IPZ gegenüber der Default-Position behaupten kann, und dass Rückstellkräfte beobachtet werden können, die einem Gelingen der interprofessionellen Zusammenarbeit entgegenwirken. Wir postulieren, dass die beiden Subskalen «Kommunikation» und «Abstimmung» Operationalisierungen von Bindungskräften darstellen, während die dritte Subskala «Abgrenzung» ihre Entsprechung in den Rückstellkräften findet.

Eine weitere Parallele ergibt sich zu einer kürzlich erschienen, wichtigen Übersichtsarbeit zu «Boundary Work» (Langeley et al. 2019). Diese Arbeit differenziert drei Modi des «Grenzmanagements» u. a. zwischen professionellen Gruppen. Der Modus «Competitive» zeigt eine Entsprechung zu «Abgrenzung», die beiden anderen Modi mit den von uns beschriebenen Bindungskräften bzw. (wenn auch nicht trennscharf) Überlagerungen mit «Kommunikation» und «Abstimmung». Wir verstehen diese Parallelen, die noch intensiver zu prüfen wären, als ermutigende Hinweise auf eine inhaltliche Stimmigkeit und entsprechende Anwendbarkeit der Skalen.

Zusammenfassend erscheint uns angesichts der vorliegenden Ergebnisse und der beschriebenen Parallelen das vorliegende Instrument hilfreich, um IPZ testen zu können. Dieses Instrument

- legt den primären Fokus spezifisch auf interprofessionelle Zusammenarbeit,
- ermöglicht eine differenzierte Einschätzung der Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen mit den jeweils anderen,
- ist in Umfang und Fragen für den Einsatz in unterschiedlichen Settings geeignet und praktikabel,
- führt nicht zu Deckeleffekten.

Neben diese methodischen Überlegungen erweist sich ein interessanter Zusammenhang mit unseren qualitativen und theoretischen Analysen. In empirischer wie theoretischer Hinsicht lassen sich Konnexe zwischen der Identifikation von Bindungs- und Rückstellkräften herstellen (auch wenn im vorliegenden Fall die Datenlage zu klein war, um eine echte Triangulierung im Sinne eines Mixed Method Designs herstellen zu können – ein solches Vorgehen wäre ein Desiderat künftiger Forschung). Wie erwähnt kann die Skala «Abgrenzung» als Hinweis auf Rückstellkräfte interpretiert werden, während die beiden anderen Bindungskräfte adressieren.

Methodik der strukturierten Literaturanalyse

Zur Identifikation bestehender Instrumente zur Messung von interprofessioneller Zusammenarbeit wurde primär eine strukturierte Literatursuche in PubMed [1], der Suchoberfläche der von der National Library of Medicine (USA) erstellten Datenbank MEDLINE, mit folgender Suchstrategie durchgeführt:

```
((((("Interprofessional Relations"[MAJR] OR "Attitude of Health Personnel"[MAJR] OR "Interdisciplinary Communication"[MAJR]) AND (Interprofessional [Title/Abstract] OR "Teamwork" [Title/Abstract]))) NOT education[Title])) AND (instrument[Title/Abstract] OR assess*[Title/Abstract] OR tool[Title/Abstract] OR measure*[Title/Abstract])
```

Im Rahmen der Sekundärsuche wurden die in der Website des «National Center for Interprofessional Practice and Education» [2] gelisteten Tools «Assessment and Evaluation» sowie in systematischen Reviews publizierte Analyseinstrumente in die Suche aufgenommen. Letztlich wurden mit einer Suche in Google bzw. den Stichwörtern «Interprofessionelle Zusammenarbeit» + «tool» sowie «Interprofessionelle Zusammenarbeit» + «Instrument» gezielt nach Instrumenten in deutschsprachigem Kontext gesucht.

Die Publikationen wurden als relevant beurteilt, wenn sie ein Instrument zur Messung interprofessioneller Zusammenarbeit beschreiben. Ausgeschlossen wurden Publikationen, die eines oder mehrere der folgenden Ausschlusskriterien erfüllten:

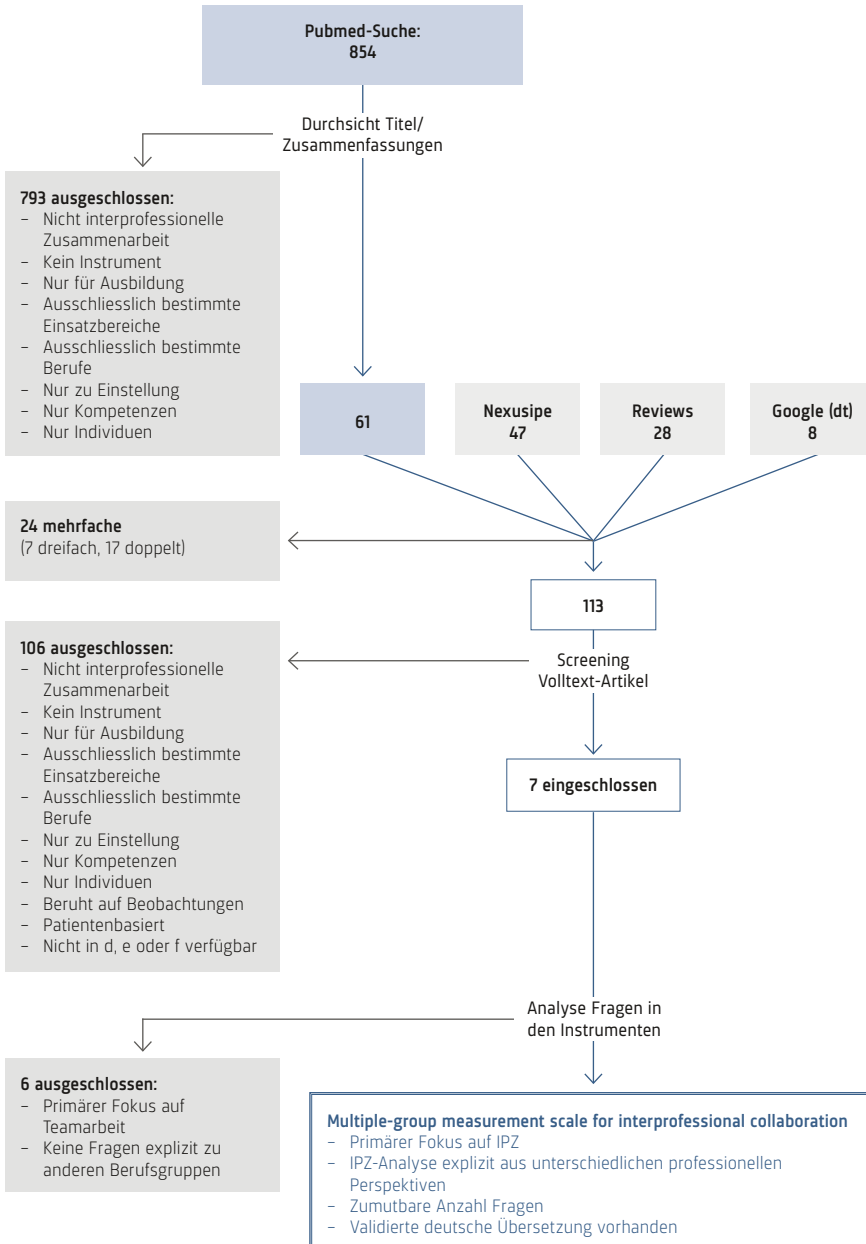
- Primärer Fokus nicht auf interprofessioneller Zusammenarbeit
- Kein Messinstrument
- Ausschliesslich zur Analyse der Qualität von Ausbildungen

- Ausschliesslich für bestimmte Einsatzbereiche (z. B. Intensivstation) verwendbar
- Ausschliesslich für bestimmte Berufe (z. B. Zusammenarbeit Arzt – Apotheker) verwendbar
- Ausschliesslich individuelle Einstellungen, Merkmale oder Kompetenzen werden erfragt
- Basiert auf Befragungen von Patienten
- Bedingt Beobachtungen von Team und Teammitgliedern
- Instrument ist nicht in Deutsch, Englisch oder Französisch erhältlich

Von den Publikationen, die die Anforderungen erfüllten, wurden die Fragebogen der einzelnen Instrumente dahingehend untersucht, ob der primäre Fokus auf interprofessioneller Zusammenarbeit liegt, ob explizit unterschiedliche professionelle Perspektiven analysiert werden und ob das Instrument bezüglich der Anzahl und der Art der Fragen in verschiedenen Settings praktisch einsetzbar ist.

Die Primärsuche in der MEDLINE-Datenbank [1] ergab 854 Publikationen (Abb. 9). In einem ersten Schritt wurden Titel und Abstract dahingehend untersucht, ob sie die Anforderungen erfüllen. 793 Publikationen wurden dadurch ausgeschlossen. Die verbleibenden 61 Publikationen wurden zusammen mit 47 Artikeln des «National Center for Interprofessional Practice and Education» [2], 28 Artikeln aus den systematischen Reviews [3-5] und 8 Artikeln der deutschen Google-Suche der Volltext-Analyse unterzogen. 7 der Publikationen kamen in drei der Quellen, 17 in zwei Quellen vor. Von den 113 Artikeln konnten im Volltextscreening 106 Artikel ausgeschlossen werden, weil sie die obgenannten Anforderungen nicht erfüllten. Die verbleibenden 7 Instrumente [6-12] wurden aufgrund der Fragebogenstruktur, der IPZ-Dimensionen und der einzelnen Fragen vertieft analysiert. Von diesen sieben Instrumenten konnten sechs ausgeschlossen werden, weil sie keine differenzierte Einschätzung der Zusammenarbeit zwischen einzelnen Berufsgruppen ermöglichten und/oder einen expliziten Fokus auf interprofessionelle Zusammenarbeit in Teams hatten. Das verbleibende Instrument, die von Kenaszchuk et al. entwickelte «Multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration» (IPC-Scale) [8] analysiert IPZ explizit aus unterschiedlichen professionellen Perspektiven und steht in validierten deutschen und italienischen Versionen zur Verfügung [13].

Abb. 9 Flussdiagramm Literaturrecherche zu Instrumenten zur Analyse von IPZ.



IPZ-Fragebogen

Fragen zur Person

A. Ich bin: ÄrztIn / PflegendeR / PsychologIn / PhysiotherapeutIn / ErnährungsberaterIn / ErgotherapeutIn / SozialarbeiterIn / Medizinische PraxisassistentIn / PraxiskoordinatorIn / Andere						
B. Mit welchen der folgenden Berufsgruppen haben Sie innerhalb des letzten Jahres zusammengearbeitet?						
	Mind. einmal jeden Tag	Mind. einmal die Woche	Mind. einmal im Monat	Einige Male pro Jahr	nie	
ÄrztInnen						
Pflegenden						
PsychologInnen						
PhysiotherapeutInnen						
ErnährungsberaterInnen						
ErgotherapeutInnen						
SozialarbeiterInnen						
Medizinische PraxisassistentInnen / PraxiskoordinatorInnen						

Fragen zu IPZ

Erfragt werden die Einschätzungen der IPZ zwischen der eigenen und den jeweils anderen Berufsgruppen, mit denen mind. einmal pro Monat zusammengearbeitet wird.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme teilweise zu	Stimme voll und ganz zu
1. Meine Berufsgruppe und die andere Berufsgruppe sind sich bezüglich ihrer jeweiligen Verantwortlichkeiten einig.				
ÄrztInnen				
Pflegende				
PsychologInnen				
PhysiotherapeutInnen				
ErnährungsberaterInnen				
ErgotherapeutInnen				
SozialarbeiterInnen				
Medizinische PraxisassistentInnen / PraxiskoordinatorInnen				

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme teilweise zu	Stimme voll und ganz zu
2. Die andere Berufsgruppe ist in der Regel bereit, unsere Arbeit bei der Planung ihrer Arbeit zu berücksichtigen.				
Antwortauswahl wie bei Frage 1				
3. Ich finde, die Behandlung und Betreuung der Patienten und Patientinnen wird von uns mit der anderen Berufsgruppe angemessen diskutiert.				
Antwortauswahl wie bei Frage 1				
4. Die andere Berufsgruppe und meine Berufsgruppe haben ähnliche Vorstellungen, wie die Patientinnen und Patienten behandelt und betreut werden sollten.				
Antwortauswahl wie bei Frage 1				
5. Die andere Berufsgruppe ist bereit, mit meiner Berufsgruppe über klinische Fragen zu diskutieren.				
Antwortauswahl wie bei Frage 1				
6. Die andere Berufsgruppe ist bereit, sich auf die Art und Weise einzustellen, wie wir unsere Arbeit organisieren.				
Antwortauswahl wie bei Frage 1				
7. Die andere Berufsgruppe ist bereit, sich auf neue Arbeitsweisen meiner Berufsgruppe einzustellen.				
Antwortauswahl wie bei Frage 1				
8. Die andere Berufsgruppe fragt normalerweise nicht nach unserer Meinung.				
Antwortauswahl wie bei Frage 1				
9. Die andere Berufsgruppe erkennt, wenn wir ihre Unterstützung benötigen.				
Antwortauswahl wie bei Frage 1				
10. Wichtige Informationen werden von uns immer an die andere Berufsgruppe weitergegeben.				
Antwortauswahl wie bei Frage 1				
11. Meinungsverschiedenheiten mit der anderen Berufsgruppe bleiben oft ungeklärt.				
Antwortauswahl wie bei Frage 1				
12. Die andere Berufsgruppe ist der Meinung, ihre Arbeit sei wichtiger als unsere.				
Antwortauswahl wie bei Frage 1				
13. Die andere Berufsgruppe ist bereit, ihre neuen Arbeitsweisen mit uns zu diskutieren.				
Antwortauswahl wie bei Frage 1				

Referenzen strukturierte Literaturanalyse zu IPZ-Analyseinstrumenten

- 1 **National Library of Medicine (NCBI).** PubMed. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed (accessed 13 Nov 2018).
- 2 National Center for Interprofessional Practice and Education. **Assessment and Evaluation.** https://nexusipe.org/advancing/assessment-evaluation?sort_by=is_view_totalcount (accessed 13 Nov 2018).
- 3 Walters SJ, Stern C, Robertson-Malt S. **The measurement of collaboration within healthcare settings: a systematic review of measurement properties of instruments.** JBI database Syst Rev Implement reports 2016; 14: 138–97. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-2159
- 4 Shrader S, Farland MZ, Danielson J, et al. **A Systematic Review of Assessment Tools Measuring Interprofessional Education Outcomes Relevant to Pharmacy Education.** Am J Pharm Educ 2017; 81: 119. DOI: 10.5688/ajpe816119
- 5 Thannhauser J, Russell-Mayhew S, Scott C. **Measures of interprofessional education and collaboration.** J Interprof Care 2010; 24: 336–49. DOI: 10.3109/13561820903442903
- 6 Orchard CA, King GA, Khalilii H, et al. **Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and Testing of the Instrument.** J Contin Educ Health Prof 2012; 32: 58–67. doi:10.1002/chp.21123
- 7 Temkin-Greener H, Gross D, Kunitz SJ, et al. **Measuring interdisciplinary team performance in a long-term care setting.** Med Care 2004; 42: 472–81. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15083108 (accessed 13 Nov 2018).
- 8 Kenaszchuk C, Reeves S, Nicholas D, et al. **Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration.** BMC Health Serv Res 2010; 10: 83. DOI: 10.1186/1472-6963-10-83
- 9 Tilden VP, Eckstrom E, Dieckmann NF. **Development of the assessment for collaborative environments (ACE-15): A tool to measure perceptions of interprofessional «teamness»;** J Interprof Care 2016; 30: 288–94. DOI: 10.3109/13561820.2015.1137891
- 10 Ødegård A, Strype J. **Perceptions of inter-professional collaboration within child mental health care in Norway.** J Interprof Care 2009; 23: 286–96. DOI: 10.1080/13561820902739981
- 11 Schroder C, Medves J, Paterson M, et al. **Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool.** J Interprof Care 2011; 25: 189–95. DOI: 10.3109/13561820.2010.532620
- 12 TeamSTEPPS® **Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ) Manual** | Agency for Healthcare Research and Quality. www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/reference/teamperceptionsmanual.html#AppendixA (accessed 13 Nov 2018).
- 13 Vittadello F, Mischo-Kelling M, Wieser H, et al. **A multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration: Adaptation and validation into Italian and German languages.** J Interprof Care 2018; 32: 266–73. DOI: 10.1080/13561820.2017.1396298

Literatur

- Alexander C., Charles G. (2014), **An Introduction to Interprofessional Concepts in Social and Health Care Settings**, in: *Relational Child & Youth Care Practice* 27(3), 51–55.
- Atzeni G., Nassehi A. (2015), **Professionelle Übersetzungselite? Soziologische Überlegungen zur Struktur von Wertkonflikten in der modernen Gesellschaft**. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 61(4), 302–313.
- Baecker D. (2017), **Polykontextualität des Krankenhauses**, in: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthe, E.-W., (Hrsg.), *Integration und Kooperation – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Springer.
- Bahcall S. (2019), **The Innovation Equation**. HBR March/April, 74–81.
- Bischofberger I., Baumgartner U. (2016), **Neue Berufsprofile für die Praxis: «Nurse Practitioner» und «Physician Assistant» – Orientierung über neue Rollen im Gesundheitssystem**. *Krankenpflege*. *Soins infirmiers* 109(9): 23–25.
- Braithwaite J., et al. (2013), **Continuing differences between health professions' attitudes: The saga of accomplishing systems-wide interprofessionalism**. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1), 8–15. DOI: 10.1093/intqhc/mzs071.
- Dannemiller Tyson Associates (2000), **Whole-Scale Change**. Unleashing the Magic in Organizations. San Francisco.
- DiazGranados D., Dow A.W., Appelbaum N., Mazmanian P.E. & Retchin S.M. (2017), **Interprofessional practice in different patient care settings: A qualitative exploration**, *Journal of Interprofessional Care*. DOI: 10.1080/13561820.2017.1383886.
- Edmondson A. (2019), **The Fearless Organization. Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth**. Hoboken, New Jersey.
- Freidson E. (1979), **Der Ärztestand. Berufs- und wissenssoziologische Durchleuchtung einer Profession**. Stuttgart.
- Frenk J., et al. (2010), **Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world**. The Lancet Commission, Volume 376, issue 9756, 1923–1958.
- Gawande A. (2017), **The Heroism of Incremental Care**. *The New Yorker*, Jan 23.
- Glouberman S. (2002), **Structures, Power and Respect: The Nurse's Dilemma**. Canadian Nursing Advisory Committee.
- 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.
- Larson M. (1977), **The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis**. Berkeley, Los Angeles.
- Leape L. (2014), **The Checklist Conundrum**. *N Engl J Med* 370; 11, 1063–64.
- Lozeau D., Langley A., Denis J-L. (2002), **The Corruption of Managerial Techniques by Organizations**. *Human Relations* 55(5). DOI: 10.1177/0018726702055005427.
- Langley A. et al. (2019), **Boundary Work among Groups, Occupations and Organizations: From Cartography to Process**. *Academy of Management Annals*. Published online: 15 May 2019. DOI: 10.5465/annals.2017.0089.
- Lykke A., Anderson V. (2010), **Interdisciplinary Promises and Hierarchical Ambiguities in a Danish Hospital Context**. *Professions & Professionalism*. Volume 9, No 1 (2019), e2862.
- Maier C.B., Köppen J., Busse R., MUNROS team (2018), **Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries**. *Hum Resour Health.* 2018;16:24. DOI: 10.1186/s12960-018-0285-9.
- Maier C.B., Aiken L.H. (2016), **Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study**. *Eur J Public Health.* Dec; 26(6): 927–934. DOI: 10.1093/eurpub/ckw098.

- Martin J.S., Ummerhofer W., Manser T., Spirig R. (2010), **Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome.** *Swiss Med Wkly.* 2010;140: w13062. DOI: 10.4414/smw.2010.13062.
- Martínez-González N.A., Tandjung R., Djalali S., Rosemann T. (2015), **The impact of physician – nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review.** *Human Resources for Health* 13: 55.
- Mintzberg, H. (1979), **The Structuring of Organizations.** Prentice Hall: Montreal.
- Mintzberg, H. (2017), **Managing the Myths of Health Care.** Oakland: Berett-Koehler.
- Nightingale Florence (1863), **Notes on Hospitals.** London: Longman Green.
- Haddara W., Lingard L. (2013): **Are We All on the Same Page? A Discourse Analysis of Interprofessional Collaboration,** in: *Academic Medicine* 88(10), 1509–1515.
- 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.
- Reeves S., Perrier L., Goldman J., Freeth D., Zwarenstein M. (2013), **Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update) (Review).** *The Cochrane Library* 2013, Issue 3. www.thecochranelibrary.com.
- Schlup J. (2014), **Eine Charta der Zusammenarbeit – ohne Zusammenarbeit?** *Schweiz Ärztztg.* 2014; 95(48): 0.
- Schmitz C., Atzeni G., Berchtold P. (2017), **Challenges in interprofessionalism in Swiss health care: the practice of successful interprofessional collaboration as experienced by professionals.** *Swiss Med Wkly.* 2017;147:w14525.
- Schmitz C., Berchtold B., Zwahlen M. (2018), **Das Management der Medizin.** *Schweiz Ärztztg.* 2018; 99(33): 1078–1080.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2014), **Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen.** Charta.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2017), **Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit.** *Swiss Academies Reports* 12 (2).
- Seifritz E. (2019), **Psychotherapie-Petition: schlechtere medizinische Versorgung zu höheren Kosten.** *NZZ* 9.4.2019.
- Touati N., Rodríguez C., Paquette M.-A., Maillet L., Denis J.-L. (2019), **Professional Role Identity: At the Heart of Medical Collaboration Across Organisational Boundaries.** *International Journal of Integrated Care*, 2019; 19(2): 1, 1–11. DOI: 10.5334/ijic.4184.
- Tschacher W., Munt M. (2013), **Das Selbst als Attraktor: das psychologische Selbst aus systemtheoretischer und achtsamkeitsbasierter Sicht.** *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 18, 18–37.
- Vogd W. (2009), **Systemtheorie und Methode? Zum komplexen Verhältnis von Theoriearbeit und Empirie in der Organisationsforschung.** *Soziale Systeme* 15(1), 97–136.
- Vogd W. (2011), **Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung.** Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Vogd W. (2017), **The Professions in Modernity and the Society of the Future: A Theoretical Approach to Understanding the Polyvalent Logics of Professional Work.** *Professions & Professionalism*, Volume 7, No 1 (2017), e1611. DOI: 10.7577/pp.1611.
- Willke H. (2001), **Systemtheorie III: Steuerungstheorie,** Stuttgart: Fischer, UTB; 3. Aufl.
- World Health Organization (WHO) (2010), **Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice,** Genf.
- 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.*

