

Qualifikationsarbeit
CAS Wirkungsvoll führen und Kultur entwickeln
2018 / 2019

Interprofessionelle Zusammenarbeit – jenseits der Hierarchie

Einflussmechanismen im Aufbau des «Runden Tisches» im Bereich Palliative Care

Vor- und Nachname/n: Denise Bürkler
Email-Adresse: denise.buerkler@stud.hslu.ch

Von dieser Qualifikationsarbeit wurden 18. Januar 2019 eine elektronische Fassung und drei schriftliche Exemplare bei der Hochschule Luzern eingereicht.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren. Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung der Weiterbildung der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Bestätigung Selbsterarbeitung¹

Ich/wir versichere/versichern, dass ich/wir den vorliegenden Leistungsnachweis selbständig erarbeitet habe/n und dass dabei keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden. (Zeichenzahl mit Leerzeichen 41'000).

Ort, Datum:

Unterschrift/en:

Kriens, 14. Januar 2019

A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. Buntz", is enclosed in a thin black rectangular border. The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke at the bottom.

¹ Gemäss aktuellem Merkblatt „Plagiate werden geahndet“, gültig für Studierende und Mitarbeitende der Hochschule Luzern

Abstract

Der Interprofessionalität in der Gesundheitsversorgung wird künftig eine wichtige Rolle zugesprochen. Im Hinblick auf die demografische Altersentwicklung und den absehbaren Fachkräftemangel ist dieser Dienstleistungsbereich gefordert neue Versorgungsmodelle zu prüfen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit gewinnt dort an Bedeutung, wo die einzelnen Fachpersonen mit ihrem Fachwissen nur einen Teil der komplexen Bedürfnisse abdecken können. Gerade in der palliativen Betreuung und Pflege ist die interprofessionelle Zusammenarbeit ein wichtiger Ansatz. Der Wunsch vieler Menschen ihren letzten Lebensabschnitt zu Hause zu verbringen, bleibt zu oft einen Wunsch. Die Meisten verbringen ihre letzten Lebenstage in einem Pflegeheim oder im Spital. Eine besondere Form der interprofessionellen Zusammenarbeit thematisiert das Konzept «Runder Tisch». Die Besonderheit dieser Form der Zusammenarbeit liegt zum einen darin, dass sich Fachpersonen situativ und zeitlich begrenzt vernetzen, ein Problem versuchen zu lösen und dann jede Person wieder ihren Weg geht. Zum anderen sind die Teilnehmenden im Auftrag ihrer «eigenen» Organisation unterwegs. Jede Organisation erzeugt ihre eigenen Werte- und Kommunikationskultur. Diese Form der Interprofessionalität kann nur dann gelingen, wenn sich die verschiedenen Professionen auf gleicher «Augenhöhe» begegnen. In der Frage wie und wo diese Art der Zusammenarbeit unterstützt werden soll, ist daher der Blick auf laterale Führungsprinzipien zu richten. Ein ganz zentraler Platz nimmt die Art und Weise der Verständigung zwischen den involvierten Parteien ein. Insbesondere scheinen transparente, strukturierende Elemente (z.B. Regeln, Abklärungen im Vorfeld) und kommunikationsbezogene Einflussfaktoren einen wichtigen Part einzunehmen. Auch das Thema Macht nimmt einen zentralen Platz ein. Damit eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit gelingt, sind die Teilnehmenden zum einen in Bezug auf ein adäquates Rollenverständnis zu sensibilisieren. Zum anderen wird sichtbar, dass die verschiedenen Organisationshintergründe als Einflussfaktor miteinbezogen werden muss. Organisationsspezifische Themen sind im Vorfeld von der teilnehmenden Fachperson zu klären.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Der «Runde Tisch» in der palliativen Versorgung	1
1.2 Zielsetzung und Fragestellung	2
2. Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit	3
2.1 Koordinative Verdichtung.....	4
2.2 Projekthafte Verdichtung	5
2.3 Ko-kreative Verdichtung.....	5
2.4 Einordnung «Runder Tisch»	5
3. Prinzip der lateralen Führung – Steuerung der Verhaltenserwartung	6
3.1 Unsicherheit in Verständigungsprozessen	7
3.2 Unsicherheit in Vertrauensprozessen	7
3.3 Unsicherheit in Machtprozessen	7
4. Datengrundlage und Methodik	9
4.1 Aufbau Workshop	9
4.2 Methodisches Vorgehen	10
4.3 Auswertung Verständigung, Vertrauen, Macht	12
5. Reflexion und Schlussfolgerung	14
6. Literaturverzeichnis	15

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Drei Verdichtungsformen (Atzeni Gina et al., 2017, S. 7).....</i>	<i>4</i>
<i>Tabelle 2: Formen klinischer Organisation (adaptiert nach Mintzberg/Glouberman 2001, Atzeni Gina et al., 2017, S. 48).....</i>	<i>4</i>
<i>Tabelle 3: Fragestellungen Workshop 1 (eigene Darstellung)</i>	<i>10</i>
<i>Tabelle 4: Fragestellungen Workshop 2 (eigene Darstellung)</i>	<i>10</i>
<i>Tabelle 5: Ablauf Inhaltsanalyse (eigene Darstellung in Anlehnung Mayring, 2003, S. 58-62).....</i>	<i>11</i>
<i>Tabelle 6: Feinanalyse Verständigung, Macht, Vertrauen (eigene Darstellung)</i>	<i>13</i>

1. Einleitung

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat sich mit dem Förderungsprogramm «Interprofessionalität in der Gesundheitsversorgung (2017-2020)» zum Ziel gesetzt, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken und die Effizienz zu steigern. Auch setzen sich bedeutende Fachpersonen für eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit ein und zeigen auf, welche Vorteile eine gelingende Kooperation für Patienten wie auch für die involvierten Fachpersonen mit sich bringen kann. Trotzdem treffen die Fachpersonen in der Praxis auf Widerstände wie Ängste, Unsicherheiten und unklare Zuständigkeits- und Verantwortungsverhältnisse (Sottas Beat, Kissmann Stefan, Brügger Sarah, 2016b, S. 4-5).

Die beiden Kantone Obwalden und Nidwalden haben im Rahmen der kantonalen Konzepte Palliative Care und Demenz eine dreiteilige Fachveranstaltung mit verschiedenen Workshops zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit initialisiert und durchgeführt. Die gewonnenen Daten aus den Workshops sollen in der vorliegenden Arbeit auf der Basis einer wissenschaftlichen Theorie analysiert und aufbereitet werden.

In einem ersten Schritt ist ein allgemeines Verständnis des Begriffs Palliative Care aufzubauen und die Bedeutung des Konzepts «Runder Tisch» zu erläutern. Auf dieser Grundlage lassen sich konkrete Zielsetzungen und Fragestellungen für die vorliegende Arbeit formulieren. In Kapitel 2 werden verschiedene Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit aufgezeigt und einen Bezug zum Konzept «Runder Tisch» hergestellt. Kennzeichnend für eine gelingende Umsetzung sind laterale Führungsaspekte zentral. Diese werden in Kapitel 3 vorgestellt und im Hinblick auf die Analyse ausgearbeitet. Genauere Angaben über den Aufbau der Workshops wie auch Aussagen wie die Workshop-Daten zustande gekommen sind, lassen sich in Kapitel 4 finden. Gleichermassen wird in diesem Kapitel den methodischen Aufbau der Inhaltsanalyse erläutert und die Analyse vorgenommen. Auf welche Themenbereiche eine erfolgreiche Umsetzung des «Runden Tisches» eine besondere Beachtung geschenkt werden sollte, führt das letzte Kapitel aus.

1.1 Der «Runde Tisch» in der palliativen Versorgung

Alarmiert durch die stetige Zunahme der begleiteten Suizide der organisierten Sterbehilfen, aber auch durch die demografische Altersentwicklung hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) den Handlungsbedarf erkannt. Diese hat das Thema der letzten Lebensphase fundiert erfasst und Massnahmen zur Umsetzung in der «Nationalen Strategie Palliative Care (2010-2015)» verankert. Auch die beiden Kantone Obwalden und Nidwalden griffen das Thema konzeptuell auf und erarbeiteten verschiedene Massnahmen zur Umsetzung. Um die Bedeutung des Begriffs «Runder Tisch» zu verstehen, ist ein kleiner thematischer Exkurs notwendig.

Die Medizin ist auf dem Grundsatz der Heilung (Eid des Hippokrates) ausgelegt. Sterben geht mit der Tatsache einher, dass die Künste der Heilung ausgeschöpft sind. «Da können wir nichts mehr tun!» war etwa auf der Arztvisite im Spital zu hören. Die Begleitung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase fristete ein stiefmütterliches Dasein. Sterbende und ihre Angehörigen wurden mit ihren Fragen, Ängsten und Sorgen alleingelassen. Was nützt die beste Therapie, wenn beispielsweise die Patientin/der Patient von Ängsten geplagt keine Nacht durchschlafen kann? Kann von einer guten Lebensqualität gesprochen werden, wenn etwa vorhandener

Schmerz gut behandelbar ist, jedoch die nächsten Angehörigen mit der Situation überhaupt nicht klarkommen? Mit der Entwicklung von Palliative Care² geht ein Paradigmawechsel einher: Nicht mehr die Diagnose oder die Heilung ist handlungsleitend, sondern die Lebensqualität der betroffenen Person steht im Zentrum. In palliativen Situationen kann es schnell zu instabilen, komplexen und vielfältigen Symptomen (z.B. Schmerz, Angst, Überforderung usw.) kommen. Eine lückenlose Behandlung und die Reduktion von vermeidbaren Problemen (z.B. notfallmässiger Spitaleintritt, fehlende Notmedikation) bedingt eine gute Zusammenarbeit verschiedener Professionen und zwar unabhängig, ob die Patientin/der Patient in stationärer Behandlung ist oder zu Hause lebt.

Die Zusammenarbeit an einem «Runden Tisch» findet, wenn immer möglich, im Beisein der Patientin/des Patienten und den Angehörigen statt. Das Ziel liegt darin, die Lebensqualität der Betroffenen so gut wie möglich zu erhalten. Zusammen mit den erforderlichen Fachpersonen (oftmals aus verschiedenen Organisationen) wird eine gemeinsame Standortbestimmung vorgenommen, mögliche Lösungen diskutiert und das weitere Vorgehen angepasst und festgelegt. Bei wesentlichen Änderungen kann eine erneute, gemeinsame Standortbestimmung notwendig sein. Hilfreiche Betreuungs- und Notfallpläne unterstützen den Findungsprozess. Diese wurden von engagierten Palliativmediziner*innen vorwiegend aus der Spitalversorgung³ entwickelt und sind teilweise frei zugänglich. Dasselbe gilt auch für das Konzept «Runder Tisch», welches von einigen Palliativmediziner*innen in ihrer Palliativabteilung erfolgreich eingesetzt wird.

Weder der Kanton Obwalden noch der Kanton Nidwalden verfügt über eine spitaleigene Palliativabteilung. Zur Sicherstellung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sollte eine spezialisierte Palliativstation eine gewisse Grösse haben. In beiden Kantonen ist das notwendige Patientenvolumen zu klein. Dies bedeutet nicht, dass keine palliativen Leistungen erbracht werden! Vielmehr sind die Fachpersonen und Experten in verschiedenen Organisationen eingebunden und die Umsetzung ist auf verschiedenen Schultern verteilt. Soll die Einführung des «Runden Tisches» gelingen, müssen die regionalen Entwicklungen und Bedürfnisse der verschiedenen Organisationen zwingend mitberücksichtigt werden.

1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Die von den Kantonen Ob- und Nidwalden organisierte Fachveranstaltungsreihe «Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung. Eine Notwendigkeit, Herausforderung und Chance»⁴ wurde von den Fachpersonen sehr begrüsst. Sehr engagiert wurde an verschiedenen Workshops diskutiert und gearbeitet. Die Einführung des «Runden Tisches» – so die These – kann nur dann gelingen, wenn die allgemeinen Rahmenbedingungen

² Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der die Kuration der Krankheit als nicht mehr möglich erachtet wird. Patientinnen und Patienten wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein (Bundesamt für Gesundheit, Nationale Leitlinie Palliative Care, 2014, S. 8)

³ Einige in der Schweiz sehr engagierte und bekannte Palliativmediziner: Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio (Universität Lausanne); Prof. Dr. Steffen Eychmüller (Inselspital Bern); Dr. med. Roland Kunz (Spital Affoltern / Waid-Spital Zürich); Dr. med. Andreas Weber (Spital Wetzikon)

⁴ Nähere Informationen können bezogen werden unter: <https://www.nw.ch/gesundheitsamtpub/10677>

und wichtigsten Voraussetzungen zur Zusammenarbeit allen Teilnehmenden bereits im Vorfeld bekannt sind. Damit die verschiedenen Inputs aus den Workshops nicht einfach im Leeren verhallen, sieht die vorliegende Arbeit vor, die Daten in eine sinnvolle und nutzbringende Struktur zu bringen. Dies mit dem nachfolgenden Ziel, das interprofessionelle Team – vor allem im Hinblick auf die Anwendung des «Runden Tisches» – mit gezielten, strukturierenden Hilfsmitteln (z.B. Merkblätter) unterstützen zu können. Selbstverständlich spielen für eine gelingende Zusammenarbeit auch Finanzierungsfragen oder ein dafür sensibilisiertes Organisationsmanagement eine grosse Rolle. Der Fokus dieser Arbeit liegt jedoch vorwiegend auf der Ebene der Zusammenarbeit beziehungsweise auf der Interaktionsebene ohne dabei die mitbestimmenden Organisationsstrukturen ausser Acht zu lassen. Die Arbeit wird durch folgende Fragestellungen strukturiert:

- Gibt es unterschiedliche Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit?
- Welche Herausforderungen ergeben sich bei der Initialisierung eines «Runden Tisches»?
- Gibt es zentrale, interaktive Einflussfaktoren in der Umsetzung eines «Runden Tisches»?
- In welchen Themenbereichen können agile, interprofessionelle Teams in einer organisationsübergreifenden Zusammenarbeit unterstützt werden?

Das nachfolgende Kapitel geht der ersten Fragestellung nach, zeigt mögliche Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit und stellt einen Zusammenhang zum Konzept des «Runden Tisches» her.

2. Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit

Das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung erlebt einen regelrechten Boom. So generiert die Suchmaschine Google mit den Begrifflichkeiten «Interprofessionelle Zusammenarbeit» ungefähr 115'000 und unter der Bezeichnung «Interprofessionelle Teams» 142'000 Ergebnisse.⁵

Im Auftrag der Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) haben Atzeni Gina, Schmitz Christof & Berchtold Peter untersucht, welche Praktiken der interprofessionellen Zusammenarbeit in verschiedenen Versorgungssettings gelingen oder misslingen. Gemäss den Autoren ergeben sich auf Grundlage verschiedener Metaanalysen zwei wissenschaftlich geprägte Diskursstränge. Der utilitaristische Strang schiebt die «Effizienz bzw. den rational-sachlichen Gewinn» in der interprofessionellen Zusammenarbeit in den Vordergrund (2017, S. 5). Der zweite, emanzipatorische Strang hingegen setzt sich mit der «Dominanz einer Profession (z.B. der ärztlichen) zugunsten anderer (z.B. Pflegefachleute)» und der daraus resultierenden Zusammenarbeit auseinander (ebd., S. 5). Damit gemeint ist die Zusammenarbeit auf «Augenhöhe». Die beiden Stränge bilden ein Kontinuum zwischen rationalen, klar definierten Handlungsmustern und mehrdimensionalen Aushandlungsprozessen. Innerhalb des beschriebenen Kontinuums haben die Autoren ihre Erhebungsdaten auf drei Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit eingrenzen können

⁵ Internetzugriff 17.12.2018

und bezeichnen diese als koordinative, projekthafte und ko-kreative Verdichtung. Insgesamt zeigen die Autoren, dass eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit immer auch unter dem Aspekt der Situations- und Kontextabhängigkeit zu betrachten ist.

Die drei Verdichtungsformen lassen sich auf einem Kontinuum zwischen der Medizin als direktives und hierarchisch gegliedertes Element und einem individualisierendem Anspruch auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit auf gleicher «Augenhöhe» einordnen. Die verschiedenen organisatorischen Formen bezeichnen die Autoren als Programm beziehungsweise als Knoten oder Netz. In der nachfolgenden Darstellung verbildlichen und beschreiben die Autoren die möglichen Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit (Tabelle 1+2):

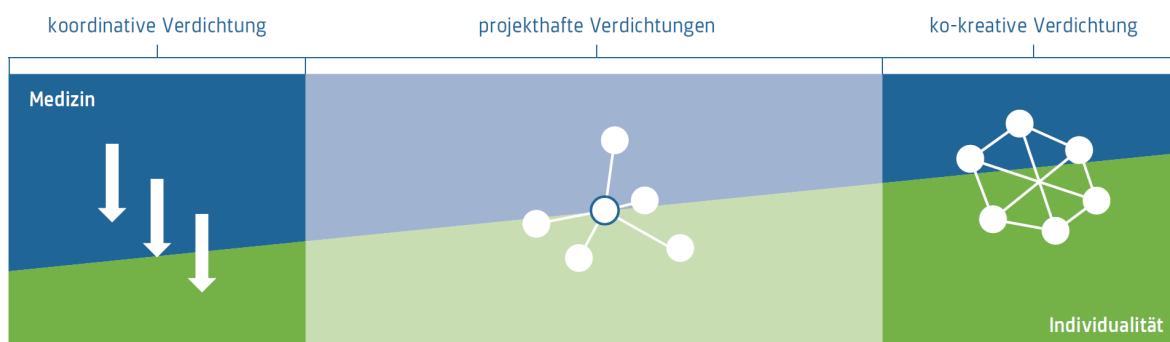


Tabelle 1: Drei Verdichtungsformen (Atzeni Gina et al., 2017, S. 7)

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

Tabelle 2: Formen klinischer Organisation (adaptiert nach Mintzberg/Glouberman 2001, Atzeni Gina et al., 2017, S. 48)

2.1 Koordinative Verdichtung

Als koordinative Zusammenarbeitsformen verstehen Atzeni Gina et al. ineinandergreifende, klar definierte, meist institutionalisierte und antrainierte Handlungsmuster. Die Koordination erfolgt oftmals bei plötzlichen, unvorsehbaren Krisen und unter starker Zeitknappheit. Diese Form der Zusammenarbeit ist geprägt durch die Dominanz der Medizin. Festgelegte Konzepte, klare Prozessabläufe und Anleitungen bestimmen den situativen Handlungsablauf (2017, S. 24). So sind zum Beispiel bei einem Reanimationseinsatz oder bei einer Operation Handlungsabläufe und Zuständigkeiten klar definiert und in Prozessabläufen oder Standards festgelegt.

2.2 Projekthafte Verdichtung

In der Mitte des Kontinuums lassen sich gemäss Atzeni Gina et al. interprofessionelle Handlungsmuster erkennen, welche sie als projekthafte Verdichtungen bezeichnen. Die Tätigkeiten in diesem Bereich sind weniger durch krisenhafte oder spezifische Situationen geprägt. Vielmehr beschreibt dieses Spektrum der interprofessionellen Zusammenarbeit einen «fortwährender Austausch zwischen den verschiedenen Gesundheitsfachleuten» zur Gewährleistung der funktionalen Versorgung (2017, S. 29). Was ist damit gemeint? Tritt beispielsweise eine Patientin oder ein Patient in ein Spital ein, ist der gesamte Behandlungsprozess vom Ein- bis zum Austritt optimal und qualitativ zu organisieren. Der Behandlungsprozess ist mit einer Vielzahl von Schnittstellen (z.B. Fachärzte, Pflege, Küche, Reinigung usw.) geprägt. Dieser muss zusammen mit der Patientin, dem Patienten und den am Behandlungsprozess beteiligten Personen geklärt werden.

2.3 Ko-kreative Verdichtung

Die dritte Form der interprofessionellen Zusammenarbeit bezeichnen die Autoren Atzeni Gina et al. als ko-kreative Verdichtung. Diese beschreibt «Formen der Zusammenarbeit, die auf ein Nach- und Nebeneinander verschiedener professioneller und individueller Kompetenzen setzt, die in relativ weiten Zeithorizonten diskursiv aufeinander abgestimmt werden» (2017, S. 6). Dies in der Bedeutung, dass keine Profession Dominanz für sich beanspruchen kann. Die verschiedenen Professionen können nur gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten und allenfalls mit den Angehörigen nach alltagspraktischen Lösungen suchen und Entscheide treffen. Diese Art der Zusammenarbeit lässt sich vorwiegend im Bereich der Palliative Care finden.

2.4 Einordnung «Runder Tisch»

In der Zusammenarbeit von interprofessionellen Teams lassen sich drei Hauptformen festlegen, welche unterschiedlich strukturiert und organisiert sind. In der alltagsnahen Anwendung der interprofessionellen Zusammenarbeit spielen dabei die spezifischen Strukturen und die subjektive Wahrnehmung der Fachpersonen eine wesentliche Rolle.

Das Kontinuum der interprofessionellen Zusammenarbeit beschreibt eine Spannweite zwischen:

- klar definierten, eher hierarchisch geprägten und institutionalisierten Handlungsstrukturen (kooperative Verdichtung);
- gewährleisten von reibungslosen Behandlungsprozessen innerhalb einer Institution (projekthafte Verdichtung);
- und individualisierten, netzwerkartigen bzw. mehrdimensionalen Aushandlungsprozessen (ko-kreative Verdichtung).

Werden nun die in Punkt drei beschriebenen Strukturen dem Konzept «Runder Tisch» gegenübergestellt, wird die Zuordnung sichtbar. Für die Zusammenarbeit der Teams am «Runden Tisch» werden die individualisierten, netzwerkartigen bzw. mehrdimensionalen Aushandlungsprozesse zentral. Mit dem Dialog auf «Augenhöhe» wird ein laterales Rollen- und Teamverständnis für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit unabdingbar.

Während ein direktives Verhalten und Rollenverständnis diese Form der Zusammenarbeit misslingen lassen würde.

In Bezug auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit im Bereich «Runder Tisch» lässt sich eine weitere Herausforderung diskutieren. Alle drei Verdichtungsformen beschreiben Prozesse innerhalb einer Organisation (z.B. Spital) oder in enger, geregelter Zusammenarbeit (z.B. Palliativabteilung). Das ist dahingehend von Bedeutung, dass Organisationen nur innerhalb ihrer eigenen Organisationsstruktur autonom agieren und eine «eigene Sprache» und eine eigene Werthaltung entwickeln können. Gerade in ambulanten palliativen Settings sind die Fachpersonen oftmals aus verschiedenen Organisationen gefordert, zeitlich, punktuell und situativ zusammen zu arbeiten. Im Sinne der Systemtheorie ist die Kommunikation oder eine Begegnung kontingent. Kontingent im Sinne von Luhmann Niklas meint, dass Situationen des gegenseitigen Wahrnehmens auch zwangsläufig durch Verhaltensunsicherheiten mitbestimmt werden. Kontingenz heisst immer auch, dass jeder Interaktionspartner aus verschiedenen Handlungsmöglichkeiten wählen kann. Der Vorteil eines interprofessionellen Teams innerhalb einer Organisation liegt darin, dass Verhaltensunsicherheiten mit geeigneten Strukturen geregelt werden können (z.B. Leitbild, Organigramm, Standards usw.). Der «Runde Tisch» ist jedoch ein agiles, zeitlich befristetes Netzwerk, in dem unterschiedliche Fachpersonen ihren eigenen Organisationshintergrund in das Team einbringen. Daher scheint es sinnvoll, den Fokus der interprofessionellen, vernetzenden Zusammenarbeit auf die Ebene der Interaktion zu richten. Mit Blick auf Interaktionsprozesse beschreibt das nachfolgende Kapitel auf der theoretischen Grundlage einen Ansatz der lateralen Führung. Dabei werden mögliche Einflussfaktoren vorgestellt, welche eine Teamarbeit massgeblich mitbeeinflussen.

3. Prinzip der lateralen Führung – Steuerung der Verhaltenserwartung

Der Ansatz der lateralen Führung beschreibt Situationen in denen eine Person ein Team ohne disziplinarische Weisungsbefugnisse begleitet. Statt direkte Anweisungen stehen Begriffe wie Kooperation, Vertrauen, Verständigung oder Partizipation im Vordergrund. Aus organisatorischer Sicht haben beide Führungsstränge – die laterale wie auch die hierarchische Führung – ihre Daseinsberechtigung. Eine Reanimation würde ohne klare Anweisungen und festgelegten Abläufen nicht funktionieren. In palliativen Settings der ko-kreativen, interprofessionellen Zusammenarbeit hingegen wird die Vernetzung des unterschiedlichen Fachwissens notwendig. Ein weiterer Punkt kommt hinzu: Setzt sich das Team aus verschiedenen Organisationen zusammen, können auf dieser Interaktionsebene nur mit Kooperation und Partizipation Ziele erreicht werden.

Als zentrales Element in Interaktionsprozessen mit lateralem Führungsanspruch muss nach Steiger Thomas (2013, S. 38-39) das Rollenverständnis mitberücksichtigt werden. Das Prinzip der Führung ist als Gruppenphänomen zu verstehen, welches Interaktionen zwischen verschiedenen Personen einschliesst. Dies mit dem Ziel, die Interaktionen mit einer beabsichtigten Einflussnahme zu formen. «Das Rollenkonzept beschreibt Führung als einen komplexen Prozess der Begegnung von Führungskraft und Organisation» (ebd., S. 58ff.) und geht mit der Rollenübernahme einher. Die gegenseitige Zuschreibung von Erwartungen, Position, Status und Verhalten bestimmt die Funktion der Rolle. «Voraussetzung und Ergebnis dieser Interaktion ist eine subjektiv erfahrene Wirklichkeit» und der bewussten Wahrnehmung und Einbezug (ebd., S. 59). In Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit am «Runden

Tisch» ist die Frage zu stellen, ob solche gegenseitigen, sehr unterschiedlichen Erwartungszuschreibungen sich generalisieren und strukturieren lassen.

Die Gestaltung der Verhaltenserwartung in der lateralen Führung beruhen nach Kühl Stefan auf drei Säulen von Einflussfaktoren: Verständigung, Vertrauen und Macht. «Dabei laufen Verständigungs-, Macht- und Vertrauensprozesse in der Organisation (und nicht nur dort) stets gleichzeitig ab» (2017, S. 34). So kann eine sinnvoll gewertete Verständigung Vertrauen aufbauen, während eine misslungene Verständigung Misstrauen oder Machteffekte generiert.

3.1 Unsicherheit in Verständigungsprozessen

Nach Luhmann Niklas bilden sich Interaktionssysteme, «wenn die Anwesenheit von Menschen benutzt wird, um das Problem der doppelten Kontingenz durch Kommunikation zu lösen» (1997, S. 814). Das Problem der doppelten Kontingenz ist dahingehend zu verstehen, dass unsere Gedanken für beide Seiten nicht zugänglich sind und nur über die selektive Kommunikation erfassbar werden. «Interaktionssysteme können und müssen laufend aufgegeben und neu begonnen werden. Das macht eine übergreifende Semantik, eine Kultur erforderlich» (1987, S. 588).

Die Basis des Steuerelements Verständigung sind nach Kühl verfestigte Denkmuster. Akteure sind in ihrer Organisationsstruktur eingebunden, deren Erwartungen erfüllt werden müssen. «In Organisationen entstehen solche Denkmuster aus der funktionalen Differenzierung als Folge der Arbeitsteilung» und werden z.B. in professionsbezogenen Standards oder Auffassungen erkennbar (2017, S. 20ff.). Der Ansatzpunkt liegt darin, dass nur durch die Verständigung über verschiedene Erfahrungen und Interessen ein Einvernehmen zur Lösung bestimmter Aufgaben erreicht werden kann. Es geht nach Kühl also darum, «die Denkgebäude des Gegenübers so zu verstehen, dass neue Handlungsmöglichkeiten erschlossen werden» (2016, S. 252).

3.2 Unsicherheit in Vertrauensprozessen

Aus systemtheoretischer Sicht ist jede Interaktion an das Thema der doppelten Kontingenz gekoppelt. Wir wissen nicht, was das Gegenüber denkt oder wie es handeln wird. Es kann seine Absichten verschleiern oder im Wissen bestehender Erwartungen anders handeln als zu erwarten wäre. Jede Interaktion ist mit einem gewissen Risiko verbunden. Als Folge der doppelten Kontingenz «ist die Entstehung von Vertrauen bzw. Misstrauen» ein zentraler Punkt (Luhmann, 1987, S. 179).

Gemäss Kühl (2017, S. 27-29) ist Vertrauen eine riskante Vorleistung. Vorhandenes Vertrauen stabilisiert Verhalten und bildet die Basis für weitere Handlungen. Es muss nicht alles in Verträgen oder dergleichen geregelt werden. Der zentrale Vorteil von Vertrauen als Einflussmechanismus besteht nach Kühl darin, «dass Vertrauen eine Strategie mit grossem Handlungsspielraum ist» (2017, S. 28). So geht eine gute Vertrauenskultur mit höherer Flexibilität einher, während eine Misstrauenskultur die Flexibilität reduziert.

3.3 Unsicherheit in Machtprozessen

Der Begriff Macht ist allgegenwärtig und doch nicht immer fassbar. Auch die Wissenschaft versucht in verschiedenen Theorien und Diskursen zu klären, was nun genau Macht bedeutet.

Nach Foucault Michel werden «in Wirklichkeit [...] Machtbeziehungen definiert durch eine Form von Handeln, die nicht direkt und unmittelbar auf andere, sondern deren Handeln einwirkt» (2005, S. 255). Hingegen bezeichnet der Soziologe und Nationalökonom Max Weber Macht als Chance, «innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen [...]» (1980, S. 28). In diesem Verständnis ist der Begriff Macht eher als «Einweg-Kommunikation» von oben nach unten zu verstehen. Eine Kommunikation von Mächtigen zum «Ohnmächtigen». Eine etwas andere Perspektive nimmt Kühl ein. Dieser definiert Macht als «eine Austauschbeziehung, die zwar asymmetrisch, aber stets wechselseitig ist. Eine Person [...] kann die eigenen Auffassungen nur dann durchsetzen, wenn eine andere Person [...] bereit ist, sich mit ihr in eine Beziehung einzulassen» (2017, S. 23). Macht beschreibt daher ein wechselseitiges Konstrukt in Interaktionsprozessen und ist nicht mit Hierarchie gleichzusetzen. Ein Vorgesetzter ist beispielsweise von seiner Rolle her befugt den Mitarbeitenden Weisungen zu erteilen. Gleichzeitig ist er jedoch zur betrieblichen Zielerreichung auch auf die Fachkompetenz von Mitarbeitenden angewiesen. Die Machtelemente in der lateralen Führung beruhen nicht auf hierarchische, direkte Anweisungen, sondern baut auf andere Machtquellen auf. Folgende Machtquellen bzw. Einflussmechanismen der Macht hebt Kühl (2017, S. 24-25) zusammengefasst hervor:

- Einfluss auf formale, organisatorische Regeln, welche den Aktivitätsradius des Gegenübers bestimmen;
- Spezialisiertes Fachwissen;
- Gute Vernetzung nach aussen;
- Kontrolle über Kommunikationskanäle und Informationsquellen.

Um eine qualitative Analyse vornehmen zu können, wird im folgenden Kapitel das verwendete Textmaterial aus den Workshops genauer beschrieben. Mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse und unter Berücksichtigung der theoretischen Einbettung wird das vorliegende Datenmaterial in einem weiteren Schritt näher untersucht.

4. Datengrundlage und Methodik

Im Rahmen der dreiteiligen Impulsveranstaltung «Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Grundversorgung» haben die Kantone Ob- und Nidwalden 2017 / 2018 die Fachpersonen zur Weiterbildung und Vertiefung des Themas eingeladen. Das Ziel der Veranstaltung war, eine möglichst breite Palette von Fachpersonen aus der Grundversorgung zu sensibilisieren und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Eine theoretische Einbettung des Themas Interprofessionalität in der ersten Veranstaltung führte die gesellschaftlichen Veränderungen und die organisatorische Komplexität vor Augen. In der zweiten Veranstaltung rückte die Ebene der Organisation in den Vordergrund mit der Frage, wie die Organisationen die interprofessionelle Zusammenarbeit stützen könnten. Ganz konkret und auf der Interaktionsebene setzte die letzte Veranstaltung an. Die Teilnehmenden konnten mit Unterstützung eines Improvisationstheaters gelingende und nicht gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit «formen» und visualisieren. In allen Veranstaltungen waren zwischen jeweils 55 bis 65 Personen aus verschiedenen Dienstleistungsbereichen der Grundversorgung (Ärzte, Spitex, Spitalärzte, Pflege, Langzeitpflege) wie auch Organisationen mit Betreuungs- oder Beratungsdienstleistungen (z.B. Alzheimervereinigung, SRK, Pro Senectute) vertreten.

4.1 Aufbau Workshop

Die ersten beiden Impulsveranstaltungen waren mit je einem stündigen bis knapp zweistündigen Workshop⁶ begleitet. Der erste Workshop widmete sich allgemein den Erfolgsfaktoren und Herausforderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit. Am zweiten Workshop wurde eine mögliche Form der interprofessionellen Zusammenarbeit – der «Runde Tisch» - vorgestellt und praxisnah vertieft. Beide Workshops waren analog strukturiert und die Fragestellungen gliederten sich jeweils in drei Arbeitsbereiche (siehe Tabelle unten). In einer ersten Runde hatten die Fachpersonen (eingeteilt in drei Gruppen) die Gelegenheit spezifische Fragestellungen eines Themenblocks zu diskutieren und Überlegungen auf Flipcharts zu notieren. Die zweite und dritte Runde bot die Möglichkeit, das Arbeitsthema der anderen Gruppen zu diskutieren und zu ergänzen.

Themenblöcke und Fragestellungen Workshop 1

<i>Dazu wollen wir Sorge tragen. Das macht uns zufrieden</i>
<ul style="list-style-type: none">• Was erleben wir in unserer interprofessionellen Zusammenarbeit?• Was haben wir schon?• Was schätzen wir an der interprofessionellen Zusammenarbeit?• Was macht uns zufrieden und freut uns?
<i>Energie tanken & Funken zünden</i>
<ul style="list-style-type: none">• Wie kann gute interprofessionelle Zusammenarbeit gelingen?• Welche Erwartungen haben wir bezogen auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit?

⁶ Nähere Informationen können bezogen werden unter: <https://www.nw.ch/gesundheitsamtpub>

<i>Das ist schwierig, Hindernisse & Stolpersteine</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Was erleben wir bei der interprofessionellen Zusammenarbeit als schwierig? • Was verunsichert? • Mit welchen Massnahmen können wir bei der interprofessionellen Zusammenarbeit Hindernisse & Stolpersteine überwinden? • Was oder wer kann uns dabei unterstützen.

Tabelle 3: Fragestellungen Workshop 1 (eigene Darstellung)

Themenblöcke und Fragestellungen Workshop 2

<i>Grundlagen «Runder Tisch»</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Was tun wir konkret damit das Instrument «Runder Tisch» erlebbar ist und umgesetzt wird?
<i>Akzeptanz</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Was tun wir konkret, damit die gegenseitige Akzeptanz der unterschiedlichen Fachpersonen im Vordergrund steht?
<i>Kommunikation & Information</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Was tun wir konkret für eine wirkungsvolle und respektvolle Kommunikation? • Wie werden wir informieren?

Tabelle 4: Fragestellungen Workshop 2 (eigene Darstellung)

4.2 Methodisches Vorgehen

Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse liegt darin, das bestehende Textmaterial so zu reduzieren, dass die wesentlichen Aussagen in verkürzter Form erhalten bleiben. Diese Vorgehensweise der Verdichtung schafft eine neue Überschaubarkeit und lässt schrittweise eine thematische Gliederung entwickeln. Dabei werden theoretisch begründete Kategorien an das Datenmaterial herangetragen, um im Analyseprozess die verschiedenen Textstellen diesen zuzuordnen (siehe Mayring Philipp, 2003, S. 58–62). Der Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse sieht folgendermassen aus:

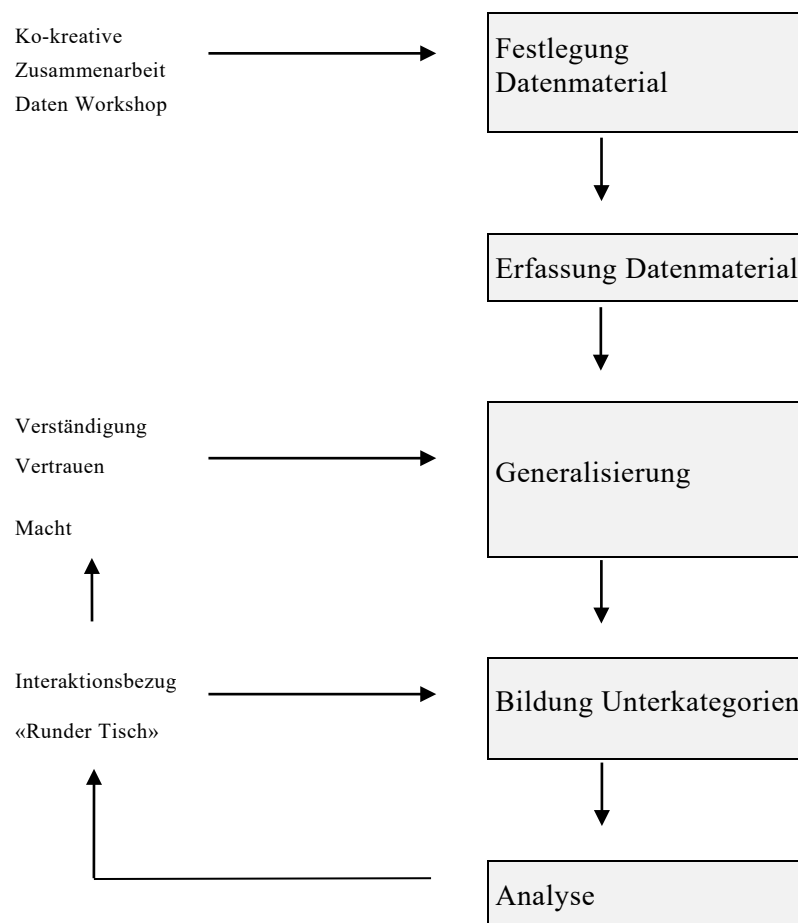


Tabelle 5: Ablauf Inhaltsanalyse (eigene Darstellung in Anlehnung Mayring, 2003, S. 58-62)

Die ko-kreative Verdichtung beschreibt individualisierte, netzwerkartige bzw. mehrdimensionale Aushandlungsprozesse und legt damit den Rahmen des Datenmaterials fest. Textelemente, welche nicht in diesen Zusammenhang zuzuordnen waren, wurden nicht berücksichtigt. Zum Beispiel das Datenelement «grosser Leidensdruck Patient» beschreibt die mögliche Motivation einen «Runden Tisch» zu initialisieren und ist ein wichtiger Hinweis in der Diskussion der palliativen Betreuung und Pflege. Jedoch kann ein grosser Leidensdruck einer Patientin / eines Patienten kein verhandelbares Element zwischen Fachpersonen darstellen.

In einem zweiten Schritt wurden die Daten gestützt auf dem Dreisäulenprinzip Verständigung, Macht und Vertrauen analysiert, verdichtet und zugeordnet. Datenelemente ohne direkten Interaktionsbezug «Runder Tisch» wurden dabei entfernt. Auch hier ein Beispiel: Die Einberufung eines «Runden Tisches» hat zum Ziel, die Lebensqualität von Menschen in palliativen, instabilen Situationen zu erhalten und zu stabilisieren. Daher ist der Datensatz «Weiterbildung» nicht der Interaktion im Rahmen des « Runden Tisches» zuzuordnen. Hingegen in der Kategorie Macht zeigte sich, dass nebst der Ebene der asymmetrischen, wechselseitigen Austauschbeziehungen auch der Organisationshintergrund der Fachpersonen

einen beachtenswerten Einfluss auf den «Runden Tisch» auszuüben vermag. Einige Datenelemente konnten je nach Datenherkunft unterschiedlich kategorisiert werden. Zum Beispiel der Datensatz «Rahmen definieren» kann als Element der Macht wie auch als Verständigungsmittel verstanden werden. Solche Datensätze wurden daher unter Berücksichtigung der entsprechenden Fragestellung im Workshop in beiden Kategorien berücksichtigt. Innerhalb der verwendeten Kategorien Verständigung, Vertrauen und Macht zeichneten sich Unterthemen ab. In der weiteren Überprüfung der zugeordneten Textelemente innerhalb der einzelnen Kategorien zeichneten sich weitere Themengruppen ab.

4.3 Auswertung Verständigung, Vertrauen, Macht

Von 91 verwertbaren Inputs aus den Workshops sind 57 dem Bereich Verständigung, gefolgt vom Einflussfaktor Macht mit 27 Elementen hinterlegt. Vertrauen war für die Workshop-Teilnehmenden kein ausgeprägtes Thema. Dies zeigte sich auch in der Datenmenge im Einflussfaktor Vertrauen. Hier liessen sich 7 Elemente einordnen.

Um innerhalb der einzelnen Einflussfaktoren spezifische Faktoren konkretisieren zu können, wurden gleichartige oder ähnliche Elemente gruppiert. Gestützt auf der Grundlage der Feinanalyse liessen sich insgesamt 8 Untergruppen herauskristallisieren. Eine genauere Analyse des Einflussfaktors Macht zeigt, dass organisationsspezifische Angaben nicht zu unterschätzen sind. Daher wurden in dieser Kategorie die organisationsspezifischen Daten – also Daten ohne direkten Interaktionsbezug – trotzdem miteinbezogen. In der folgenden Übersicht sind die Einflussfaktoren und Untergruppen in der Reihenfolge der Ausprägung dargestellt. Die in der Klammer eingefügten Zahlen weisen auf die Häufigkeit der Workshop-Nennungen hin.

Einflussfaktor Verständnis

- Ablaufstruktur (34 Elemente)
- Personenbezug (9 Elemente)
- zeitlich / örtlich (8 Elemente)
- Kommunikationsbezug (6 Elemente)

Einflussfaktor Macht

- organisatorischer Hintergrund (14 Elemente)
- Rollenverständnis (13 Elemente)

Einflussfaktor Vertrauen

- Erfahrung (4 Elemente)
- Sinnhaftigkeit (3 Elemente)

In der nachfolgenden Tabelle sind die entsprechenden Datenelemente und ihre Zuordnung aufgeführt:

Einflussfaktor Verständigung	Einflussfaktor Macht	Einflussfaktor Vertrauen
Element: zeitliche / örtlich <ul style="list-style-type: none"> - örtliche Nähe - kurze Prozesse/ Entscheidungswege - gemeinsame Zeitgefässe für Austausch - Zeitgefäss in nützlicher Frist finden - Beteiligte an den Tisch bringen - verschiedene Dienstpläne - grosse Pensensunterschiede/ Erreichbarkeit - Zeitfenster für Verfügbarkeit 	Element: Rollenverständnis <ul style="list-style-type: none"> - Interessenkonflikte - Hierarchisches Verhalten - Statusdenken - Verantwortung tragen - Verantwortung für Entscheidung in Berufsgruppe übernehmen - Standesdünkel fallen lassen - Zielverfolgend - Rollen klären - nicht schlecht reden - ermutigen, inspirieren - andere Meinungen als wertvoll wahrnehmen - Ehrlich, Wahrhaftig - Fachkompetenz respektieren 	Element: Erfahrung <ul style="list-style-type: none"> - gute Erfahrungen sammeln - Erfahrungsaustausch rückwirkend - Haltungen kennen lernen - Ermutigen, inspirieren
Element: Personenbezug <ul style="list-style-type: none"> - Stärken der anderen nutzen / kennen - Perspektivenvielfalt - "verschiedene Bedürfnisse der Beteiligten" - ethische Unterschiede/Haltungen - verschiedene Werte der Generationen - alle Ressourcen erkennen, Nutzen stärken - aktiv anbieten - aktiv werden / Einladung initiieren - Initiative ergreifen 		Element: Sinnhaftigkeit <ul style="list-style-type: none"> - getragen werden - Gemeinsamer Sinn - Sinn für alle Beteiligten
Element: Kommunikationsbezug <ul style="list-style-type: none"> - Schnittstellen für gegenseitigen Austausch - fehlende gemeinsame Sprache - Kommunikation / Überwindung - gegenseitige Rückversicherung ob verstanden - einfache angemessene Sprache - ungelöstes benennen 	Element: organisatorischer Hintergrund	
Element: Ablaufstruktur <ul style="list-style-type: none"> - Klärung Grundbedürfnisse - gemeinsame fachliche Standards - Einigung gemeinsame Instrumente - Koordinator sollte bekannt sein - Regelung Koordination - Wer macht Case-Management - Ziele klären / Patientenbedürfnis - gleiches Verständnis / Methode Technik - Informationen Patient sammeln - Bedürfnisse abklären - In Organisation Verantwortliche mit Erfahrung bezeichnen - Initiierung wer Bedarf wahrnimmt - Auswertung mit Beteiligten - Notfalltelefon von erfahrenen Rundtischperson - Erwartungen klären - definierte Spielregeln - Gesprächsregeln - Klärung Dokumentation - Klärung Aufgaben - Klärung Informationswege - "richtige" Personen nehmen teil - richtige Methoden / Instrumente bzw. Kommunikationskanälen - Dienstleistungsangebot: Möglichkeiten, Grenzen aufzeigen - Stellvertretung und entsprechende Kommunikation in aussergewöhnlichen Situationen - Vorausschauende Planung ermöglicht effektive Kommunikation - aufs Maximum reduziert - komplexe Situation in max. 3 Informationsbotschaften (Berg/ Einzelteile) - Vorbereitet in Gespräch - Output muss klar sein - Struktur / Leitfaden - der mit dem meisten Druck - am nächsten der Situation, die Problem wahrnehmen - Strukturen klären: Zeit, Verantwortlichkeiten - Klärung Informationswege 	<ul style="list-style-type: none"> - Konkurrenz - Konkurrenzdenken verschwinden - "Selbsterhaltungstrieb Organisation überwinden" - Verantwortung in eigener Organisationsstruktur bekannt - Strukturen klären: Geld, Zeit, Verantwortlichkeiten - Vernetzung - Informationen für alle Beteiligten zugänglich - Einblick / Transparenz - Kompetenzen klären - Klärung Kompetenzen - Klärung Informationswege - "richtige" Personen nehmen teil - Rahmen definieren - Themen und Ziele definieren 	

Tabelle 6: Feinanalyse Verständigung, Macht, Vertrauen (eigene Darstellung)

5. Reflexion und Schlussfolgerung

Das Thema interprofessionelle Zusammenarbeit lässt sich auf verschiedenen Ebenen beobachten. Eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit ist nicht nur auf der Teamebene oder der individuellen Ebene zentral, sondern auch die Ebene des Organisationsmanagements ist in der Verantwortung. Diese ist gefordert geeignete Bedingungen zu schaffen und die notwendigen strukturell-organisatorischen Prozesse einzuleiten (z.B. Klärung von Kompetenzen, Rollen und Aufgaben; gemeinsame Sprache und Standards usw.).

Von Bedeutung ist die Form der interprofessionellen Zusammenarbeit, denn je nach Kontext tragen spezifische Handlungsstrukturen zur Lösung bei. Während zum Beispiel in Notsituationen unmissverständliche Anweisungen nötig sind, brauchen mehrdimensionale Aushandlungsprozesse andere anleitende Arbeitsstrukturen. Der «Runde Tisch» ist eine Zusammenarbeitsform mit Vernetzungscharakter und wird durch Aushandlungsprozesse auf gleicher «Augenhöhe» bestimmt. Dies bedeutet zum einen, dass die Zusammensetzung des Teams wie auch die Häufigkeit der gemeinsamen Zusammenarbeit extrem variabel ist. Zum anderen findet die Zusammenarbeit ausserhalb der eigenen Organisation statt. Der Aufbau einer «Organisationskultur» oder die Entwicklung einer gemeinsamen «Wertekultur» wie es innerhalb einer Organisation oder auf einer Palliativabteilung möglich ist, ist in Bezug auf den «Runden Tisch» kaum erreichbar. Bei dieser Form der interprofessionellen Zusammenarbeit treffen differente Wertehaltungen, verschiedene Bedürfnisse und Vorstellungen oder auch uneinheitliche Kommunikationsstile aufeinander. Ängste, aber auch Befürchtungen über ergebnislose, ineffiziente Sitzungen bei knappen Zeitressourcen sind bei der Initialisierung des Konzepts des «Runden Tisches» zu berücksichtigen und mit geeigneten, strukturierenden Hilfsmitteln und Empfehlungen die Unsicherheiten zu reduzieren.

Die Analyse zeigt, dass einige wichtige Einflussfaktoren in der Initialisierung eines «Runden Tisches» zu beachten sind. Dabei scheinen die Einflussfaktoren Verständigung und Macht sehr zentral zu sein. Für die Entwicklung eines Leitfadens oder ähnlichem rücken Faktoren in den Vordergrund, welche die notwendigen Bedingungen und Voraussetzungen im Vorfeld klären und bestimmen sollten. Und dies auf der personell-fachlicher wie auch organisatorischer Ebene. Weiter geht hervor, dass für Teamsitzungen eine Ablaufstruktur in einfacher und transparenter Form Unsicherheiten reduzieren könnte. In der Realisierung von unterstützenden Hilfsstrukturen ist ein weiterer Punkt zentral – ein transparentes Rollenverständnis. Nur die Kommunikation auf gleicher «Augenhöhe» führt für diese Art der interprofessionellen Zusammenarbeit zu einem zielführenden Resultat.

Das persönliche Ziel der vorliegenden Arbeit lag darin, die vorhandenen Workshop-Daten in eine sinnvolle, wissenschaftlich begleitete Struktur zu bringen. Eine besondere Herausforderung lag darin, die theoretische Aufbereitung und Analyse des doch recht umfangreichen Datensatzes in eine «kleine» Arbeit unterzubringen. Besonders überraschend waren die klaren Ergebnisse in Bezug auf die vorhandenen Verständigungsunsicherheiten und das grosse Bedürfnis, eine Zusammenarbeit auf gleicher «Augenhöhe» zu installieren. Die Erkenntnisse sollen in einem nachfolgenden Schritt in die Erarbeitung von einem Leitfaden einfließen mit der Absicht, die Teams bei der Initialisierung eines «Runden Tisches» zu unterstützen.

6. Literaturverzeichnis

- Atzeni, Gina; Schmitz, Christof & Berchtold Peter (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit*. Swiss Academies Reports 12 (2). Gefunden unter <http://www.akademien-schweiz.ch/index/Publikationen/Swiss-Academies-Reports.html>
- Bundesamt für Gesundheit (ohne Datum). *Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» 2017-2020*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html>
- Bundesamt für Gesundheit (ohne Datum). *Nationale Strategie Palliative Care 2010-2015*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html>
- Foucault, Michel (2005). *Subjekt und Macht*. In Daniel Defert, François Ewald (Hrsg.), *Michel Foucault, Analytik der Macht* (1. Aufl., S. 240-263). Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.
- Kühl, Stefan (2017). *Laterales Führen. Eine kurze organisationstheoretische Handreichung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kühl, Stefan (2016). *Führen ohne Hierarchie: Macht, Vertrauen und Verständigung im Konzept des Lateralen Führens*. In Olaf Geramanis, Kristina Hermann (Hrsg.), *Führen in ungewissen Zeiten. Impulse, Konzepte und Praxisbeispiele* (S. 251-264). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Luhmann, Niklas (1987). *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie* (1. Aufl.). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1998b). *Die Gesellschaft der Gesellschaft* (1. Aufl.). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Mayring, Philipp (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz. S. 58-62.
- Steiger, Thomas (2013). *Das Rollenkonzept der Führung*. In Eric Lippmann (Hrsg.), *Handbuch angewandter Psychologie für Führungskräfte. Führungskompetenz und Führungswissen* (4. Aufl., S. 35-61). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Sottas, Beat; Kissmann, Stefan & Brügger, Sarah (2016). *Interprofessionelle Ausbildung (IPE): Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele*. Expertenbericht für das Bundesamt für Gesundheit, Bern. Gefunden unter <http://www.formativeworks.ch/?page=publikationen&lang=de>
- Weber, Max (1980). *Die Typen der Herrschaft*. In Johannes Winckelmann (Hrsg.), *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie* (5. rev. Aufl., S. 122-155). Studienausgabe. Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck).