Projektbericht

Neue Anforderungen an professionelles Handeln und Kooperation in Medizin und Pflege (proKo)

Susanne Dettmer, Tom Frenzel, Laura-Maria Jordan, Astrid Heck,
Daniel Schwertfeger, Florian Tille, Adelheid Kuhlmey

2014

Charité - Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft (CC1)
Luisenstraße 57, 10117 Berlin
http://medsoz.charite.de

Gliederung

1. Allgemeine Angaben **3**
1.1 Bezeichnung des Vorhabens 3
1.2 Antragsteller/innen 3
1.3 Teilnehmer: Anzahl, Zusammensetzung, Rekrutierung 3
1.4 Inhalte des Projekts, Methoden, Zeitplan 4
2. Ziele und Erwartungen **7**
3. Vorbereitung **8**
3.1 Beteiligte und Ablauf 8
3.2 Schwierigkeiten und Probleme 9
4. Durchführung **10**
4.1 Projektverlauf 10
4.1.1 Arbeitsdefinition und Erstellung des Kategoriensystems 10
4.1.2 Durchführung der qualitativen Untersuchung 11
4.1.3 Durchführung der quantitativen Untersuchung 15
4.2 Änderung gegenüber der Planung 19
4.3 Kooperationspartner 20
5. Nachbereitung **21**
6. Zielerreichung **22**
6.1 Arbeitsdefinition und Kategoriensystembildung 22
6.2 Ergebnisse der qualitativen Untersuchung 29
6.3 Ergebnisse der quantitativen Untersuchung 50
6.4 Ableitung von Handlungsempfehlungen 85
6.5 Resonanz aller Beteiligten, positive und negative Erfahrungen 99
6.6 Langfristige Auswirkungen 99
7. Öffentlichkeitsarbeit **101**
7.1 Aktivitäten 101
7.2 Resonanz 101
8. Perspektiven **102**
9. Literatur **103**
Anhang **106**

1. Allgemeine Angaben

1.1 Bezeichnung des Vorhabens

Das Vorhaben trägt den Titel „ Neue Anforderungen an professionelles Handeln und Kooperation in Medizin und Pflege“ (proKo).

1.2 Antragsteller/innen

Die vorliegende, von der Robert Bosch Stiftung geförderte Vorhaben wurde unter der Leitung von Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey und Dr. phil. Susanne Dettmer am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft an der Charité durchgeführt. Als wissenschaftliche Mitarbeiter/innen im Projekt waren Dr. Tom Frenzel, M.A. Laura-Maria Jordan und Dipl. Soz. Astrid Heck beschäftigt. Daniel Schwertfeger und Florian Tille haben zudem als studentische Mitarbeiter im Projekt mitgearbeitet. Das Vorhaben begann am 01.01.2012 und endete mit einer kostenneutralen Laufzeitverlängerung um 4 Monate am 30.04.2014.

1.3 Teilnehmer: Anzahl, Zusammensetzung, Rekrutierung

An der *qualitativen Interviewstudie* nahmen insgesamt N=29 Ärzte/Ärztinnen und Pflegekräfte teil. Davon waren 14 Ärztinnen/Ärzte (w=8; m=6) und 15 Pflegekräfte (w=12; m=3). Bei den Ärztinnen und Ärzten waren im Einzelnen folgende Statusgruppen vertreten: 3 Oberärzte, 4 Fachärzte und 7 Assistenzärzte. Unter den befragten Pflegekräften waren 4 Pflegekräfte mit Führungsaufgaben. Die Teilnehmer/innen wurden innerhalb zweier großer Centren der Charité ausgewählt (Centrum für Innere Medizin mit Gastroenterologie und Nephrologie sowie Centrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum). Vorab wurden Gespräche mit den pflegerischen und ärztlichen Centrumsleitungen geführt, in denen sieben Stationen aus beiden Centren für die Befragungen ausgewählt wurden. Zu den Auswahlkriterien gehörten neben inhaltlichen Arbeitsanforderungen (ITS, Normalpflege, Funktionsbereich, operative Stationen) auch die Verteilung auf unterschiedliche Campi der Charité (Campus Mitte, Campus Virchow, Campus Benjamin Franklin) sowie die disziplinäre Zusammensetzung des Ärzteteams (multidisziplinare vs. monodisziplinäre Ärzteteams). Zudem sollten Personen mit und ohne Führungsaufgaben in beiden Berufsgruppen befragt werden. Ziel war es, auf den Stationen jeweils zwei Interviews pro Berufsgruppe zu führen. Angestrebt wurde dabei ein möglichst ausgeglichenes Verhältnis von männlichen und weiblichen Befragten, was in der Pflege aber aufgrund der niedrigen Anzahl männlicher Pflegekräfte nicht realisierbar war.

Mithilfe der pflegerischen und ärztlichen Leitungen der Centren wurden die Interviewpartner/innen aus den ausgewählten Stationen rekrutiert, indem die Mitarbeiter zunächst per E-Mail über das Projekt informiert wurden und um Teilnahme an der Befragung gebeten wurden. Die Namen der Freiwilligen teilte die Stationsleitung entweder telefonisch oder per E-Mail mit. In den meisten Fällen wurden seitens der Leitung bereits Terminvorschläge für die Durchführung der

Interviews gemacht, ansonsten erfolgte die Terminvereinbarung mit den Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften persönlich am Telefon. Schwierigkeiten bei der Rekrutierung ergaben sich bei den Ärztinnen und Ärzten durch telefonische „Nicht-Erreichbarkeit“ aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen, Operationen oder aufgrund von kurzfristigem Tausch von Diensten. Dadurch verlief die Rekrutierung der Ärzte und Ärztinnen zeitintensiver als bei den Pflegekräften.

An der *quantitativen Fragenbogenerhebung* zur Validierung des Screening-Instruments nahmen insgesamt N=208 Personen teil, davon 119 Pflegekräfte und 89 Ärztinnen und Ärzte, was einer prozentualen Verteilung von 57% zu 43% entspricht. Dadurch wurde die für die geplanten multivariaten Analysen notwendige Stichprobengröße erreicht. Die Verteilung der Berufsgruppen lässt sich vor dem Hintergrund der höheren Anzahl an Pflegekräften in der Ausgangsstichprobe als ausgeglichenes Verhältnis zwischen medizinischem und pflegerischem Personal beschreiben. Auch diese Erhebung fand an den bereits für die qualitative Befragung ausgewählten zwei Charité-Centren statt. Bei der Auswahl der Charité-Centren für die Stichprobe spielten hier vor allem folgende Kriterien eine übergeordnete Rolle: Einbeziehung einer möglichst heterogenen Stations- und Kooperationsstruktur der beteiligten Kliniken und Verteilung der beteiligten Kliniken über mehrere Standorte der Charité (Virchow-Klinikum, Berlin-Mitte und Benjamin-Franklin). 94% der befragten Personen nutzten die digitale Version des Fragebogens, 6% die zusätzlich zur Verfügung gestellte Papierversion. Um die Datenqualität bei der Erhebung zu sichern, wurde das ärztliche Personal ausschließlich über hausinterne E-Mail-Zugänge unter Verwendung anonymisierter Teilnahme-Codes angeschrieben, sodass nicht befugte Teilnehmer aus der Befragung ausgeschlossen werden konnten.

Die beiden untersuchten Centren umfassen zusammen 12 Kliniken und 28 Stationen, wobei Ärzte/Ärztinnen und Pflegekräften aus allen 12 Kliniken an der Fragebogenerhebung teilnahmen. Soziobiographische Angaben (Alter, Geschlecht, berufliche Position) der Teilnehmer wurden aus Gründen der Anonymität nicht erfragt. Dies war notwendig, weil es teilweise nur eine männliche Pflegekraft pro Station gibt und eine Identifizierung durch die Geschlechts- und Berufsgruppenangabe leicht möglich gewesen wäre. Das Gleiche gilt für Führungspositionen in den einzelnen Kliniken.

1.4 Inhalte des Projekts, Methoden, Zeitplan

Im vorliegenden Vorhaben stand die Identifikation zentraler Wirkfaktoren für eine gelingende interdisziplinäre Kooperation im Mittelpunkt. Zunächst wurde hierzu eine umfassende internationale Literaturrecherche durchgeführt. Im Zuge dieser Recherche wurden aktuelle Befunde

sowie theoretische Konstrukte zu interprofessioneller Kooperation aus der Literatur[1] zusammengetragen. Nach intensiver Sichtung des internationalen Literaturpools folgte eine ausführliche Dokumentenanalyse. Die identifizierten Wirkfaktoren[2] bilden die theoretische Grundlage für die Entwicklung des Screening-Instruments (quantitative Erhebung) sowie für die durchgeführte Interviewstudie (qualitative Erhebung). Die empirische Überprüfung der gewonnenen zusammengefassten hypothetischen Faktoren erfolgte mit Hilfe einer online-gestützten Befragung praktisch in der Patientenversorgung tätiger Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte an der Charité. Die Bewertung der gewonnenen Ergebnisse mit Blick auf den Zusammenhang zum Ausmaß des Gelingens der interprofessionellen Zusammenarbeit erfolgte mittels faktorenanalytischer Verfahren. Bei der darauf aufbauenden Konstruktion des Screening-Instruments flossen zudem die Ergebnisse der qualitativen Interviewstudie ein, sodass am Ende die wichtigsten Wirkfaktoren im Sinne von Erfolgsfaktoren und Problembereiche der interprofessionellen Kooperation valide und ökonomisch im Screening abbildet werden konnten. Zur Validierung des Screenings wurden außerdem relevante Kennzahlen des Controling-Bereichs (Fluktuation, INeK-Verweildauer, Deckungsbeitrag, Leasing-Rate der Pflegekräfte) herangezogen und die Zusammenhänge mit den Faktorausprägungen betrachtet.

Zeitlicher Ablaufplan

Zeitraum	Arbeitsschritte
01/12 – 03/12	Vertiefte internationale Literaturauswertung und synoptische Ergebnissystematisierung zu den Bereichen: Schnittstellenforschung, Curricula und Gestaltungsleitlinien von schnittstellenrelevanten Arbeitsprozessen interdisziplinärer Teams und Dokumentenanalysen
04/12– 05/12	Ableitung und Übertragung der oben herausgearbeiteten Kernkategorien für die Instrumentenentwicklung
05/12	*Projektsitzung zur Vorstellung und Diskussion der Zwischenergebnisse mit Fachexperten*
06/12 – 08/12	Entwicklung des Interviewleitfadens, Interviewerschulung und Durchführung von Probeinterviews, Expertengespräche mit den pflegerischen und ärztlichen Centrumsleitungen sowie mit der Pflegedirektion der Charité
09/12 -02/13	Durchführung von 29 Leitfadeninterviews mit Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften, Transkription der Interviews, Auswertung und Systematisierung der Ergebnisse, Zusammenführung der Ergebnisse mit den theoretischen Vorarbeiten, Anpassung an das Untersuchungsfeld
03/13 – 04/13	Ableitung einer Liste von zentralen Wirkfaktoren einer gelingenden interprofessionellen Kooperation zwischen Medizin und Pflege

[1] Die detaillierte Auflistung der verwendeten internationalen Forschungsliteratur befindet sich im Zwischenbericht des Forschungsprojekts unter Punkt 4.
[2] Siehe ausführlich zu den Wirkfaktoren den Zwischenbericht unter Punkt 2.

04/13	*Projektsitzung zur Vorstellung und Diskussion der Zwischenergebnisse mit Fachexpertenn*
04/13 – 05/13	Durchführung der online-gestützten, prototypischen fachübergreifenden quantitativen Screening-Befragung zur Bedeutung und Ausprägung der herausgearbeiteten Faktoren in unterschiedlichen Arbeitsbereichen an den Schnittstellen interdisziplinärer Zusammenarbeit und Kooperation
06/13 – 07/13	Datenauswertung der Online-Erhebung: quantitative Ergebniserstellung, Zusammenführung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse
07/13	*Projektsitzung zur Vorstellung und Diskussion der Zwischenergebnisse mit Fachexperten*
08/13 – 11/13	Abschließende Entwicklung des Screening-Instruments zur Erfassung von kritischen erfolgsrelevanten Schnittstellen-Problembereichen
11/13 – 12/13	Fertigstellung des Screeining-Instrument (Online- und Papierversion)
01/13 – 02/13	Validierung der Ergebnisse mit Outcome-Maßen des Controlling-Bereichs der Charité, Ableitung von Handlungsempfehlungen
03/14 – 04/14	Aufbereitung der Ergebnisse, Ergebnispräsentationen im Colloquium, bei der Pflegedirektion sowie Erstellung des Projektberichts

2. Ziele und Erwartungen

Im vorliegenden Forschungsvorhaben sollen qualifikations- und ressourcenbedingte, tätigkeitsbezogene und organisatorische Parameter analysiert werden, die insbesondere an der Schnittstelle der Kooperation von medizinischem und pflegerischem Personal im Krankenhausbetrieb zu Einbußen in der Versorgungsqualität und zu Ineffizienz führen. Ziel der *qualitativen Befragung* ist es, die subjektive Sichtweise von medizinischem und pflegerischem Personal hinsichtlich der schnittstellenrelevanten Kooperationsbereiche sowie die häufigsten Problemlagen in den interprofessionellen Teams in Erfahrung zu bringen. Ziel der *quantitativen Untersuchung* ist die Entwicklung eines Screening-Instruments zu schnittstellenrelevanten Problembereichen der Kooperation. Schließlich sollen Handlungsempfehlungen zur Förderung der interprofessionellen Kooperation auf Kompetenz- und Organisationsebene sowie Ansätze für die Gestaltung der Aus- und Fortbildung abgeleitet werden.

In einem ersten Untersuchungsschritt sollte der aktuelle Stand der nationalen und internationalen Forschung zum Thema Erfolgsfaktoren und Problembereiche interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal in Krankenhäusern herausgearbeitet werden. Die wichtigsten in der Literatur benannten Wirkfaktoren des Gelingens interprofessioneller Kooperation sollte zusammengetragen werden. Darauf aufbauend sollte ein Interviewleitfaden zur mündlichen Befragung von Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften entwickelt werden sowie die Abbildung der Wirkfaktoren auf Skalenebene für das Screening-Instrument umgesetzt werden. Bei der Konstruktion des Screening-Instruments sollte insbesondere auf bereits vorhandene arbeitspsychologische Verfahren aufgebaut werden. Anschließend sollte die empirische Überprüfung im Sinne einer Validierung des Screenings in Form einer Online-Befragung anhand einer ausreichend großen Stichprobe von Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften vorgenommen werden. Ziel dieser Online-Befragung war die Reduktion des Screenings auf die wichtigsten Faktoren bzw. Skalen, die das Gelingen der interprofessionellen Kooperation valide und ökonomisch abbilden sollten. Die Bewertung der empirischen Ergebnisse sollte mittels faktorenanalytischer Verfahren erfolgen, sodass eine Auswahl empirisch bestätigender Faktoren in Relation zu ihrem jeweiligen Zusammenhang mit den Ergebnissen zum Ausmaß des Gelingens der interprofessionellen Zusammenarbeit vorgenommen werden konnte. Schließlich sollten Handlungsempfehlungen zur Förderung der interprofessionellen Kooperation abgeleitet werden, wobei auch auf die Erkenntnisse der internationalen Forschungsbefunde aufgebaut werden konnte.

3. Vorbereitung

3.1 Beteiligte und Ablauf

In Vorbereitung des Vorhabens wurden in Absprache mit der *Pflegedirektion* der Charité zunächst zwei Centren für die Durchführung des Vorhabens ausgewählt. Anschließend wurden Gespräche mit den *pflegerischen und ärztlichen Leitungen* der Centren zur Stichprobenauswahl für die geplante Interviewstudie sowie zur Vorbereitung der Online-Befragung geführt. Gleichzeitig wurde der *Vorstand* der Charité über das Vorhaben informiert. Hierzu wurde das Vorhaben im Rahmen einer Vorstandssitzung vorgestellt und diskutiert. Dies wurde infolge der angespannten Situation nach dem Ausbruch von Serratien-Keimen in der Neonatologie der Charité sowie nach Missbrauchsvorwürfen gegen einen Pfleger der Charité notwendig, da es sich bei unseren Befragungen um eine Mitarbeiterbefragung in eben diesen Bereichen zu einem plötzlich sehr sensiblen Thema handelte. Zum anderen mussten unsere Befragungen von den *Personalräten* der Charité (Klinikpersonalrat, Fakultätspersonalrat, Gesamtpersonalrat) im Mitbestimmungsverfahren genehmigt werden. Schließlich wurde es zusätzlich notwendig, alle *pflegerischen- und ärztlichen Dienstleitungen der für die Befragungen ausgewählten Kliniken* zu informieren und z.T. auch auf den einzelnen Stationen persönlich über die Befragungen zu informieren und Interviewtermine abzusprechen.

Außerdem wurde für das Vorhaben ein *Beirat aus Experten* gegründet, der sich aus den folgenden Beiratsmitgliedern zusammensetzt: Frau Dipl.-Päd. Rosemarie Bristrup (Geschäftsführung Bundesärztekammer, Dezernat 3), Frau Hedwig Francois-Kettner (Pflegedirektion Charité), Herrn Prof. Dr. Harm Peters (Dieter Scheffner Fachzentrum Charité) und Herrn Dipl.-Math. Alfred Töpper (Geschäftsführung QBB – Qualitätsgesellschaft Bildung und Beratung mbH). Projektbegleitend wurden dem Expertenbeirat die Arbeitsschritte präsentiert, zur Diskussion gestellt und ggf. modelliert.

Ebenfalls zur Vorbereitung des Vorhabens gehörte das Einholen der datenschutzrechtlichen Genehmigung vom *Datenschutzbeauftragten* der Charité. Hierzu wurde jeweils ein Datenschutzkonzept für die qualitative Interviewstudie und für die quantitative Online-Befragung entwickelt und nach Genehmigung entsprechend umgesetzt.

Bezüglich der technischen Umsetzung der Online-Befragung gab es eine enge Zusammenarbeit mit dem Evaluationsbereich der Charité. Die bereits vorhandene Software für die Evaluation in der Lehre konnte auch für die elektronische Umsetzung des Fragebogens und die anschließende Online-Befragung im Rahmen des Vorhabens genutzt werden.

Schließlich gab es auch eine Kooperation mit der Leitung des *Controlling-Bereichs* der Charité, um unsere Ergebnisse mit ökonomischen Kennzahlen in Beziehung setzen zu können. Hierzu wurden entsprechende Datensätze aus den zwei untersuchten Charité-Centren aufbereitet und dem Vorhaben zur Verfügung gestellt.

3.2 Schwierigkeiten und Probleme

Der Zugang zum angestrebten Forschungsfeld innerhalb der Charité gestaltete sich wesentlich schwieriger als im Vorfeld vermutet. Auf Grund der hohen Komplexität der Organisations- und Kommunikationsstruktur des größten Universitätsklinikums Deutschlands benötigt es ein deutlich höheres Maß an zeitlichen Ressourcen, um den Ablauf einer reibungslosen qualitativen und quantitativen Datenerhebung vorzubereiten. Nach erfolgreichen Genehmigungsabsprachen mit dem Vorstand der Charité, den Pflegedienstleitungen sowie dem Datenschutzbeauftragten der Charité, musste auch noch eine Genehmigung der Mitarbeiterbefragung durch den Personalrat erfolgen. Durch diese zahlreichen Abstimmungsnotwendigkeiten und Genehmigungsverfahren hat sich im Zeitplan schließlich eine Verzögerung von insgesamt mehr als drei Monaten ergeben. Infolgedessen wurde bei der Robert Bosch Stiftung eine kostenneutrale Laufzeitverlängerung des Vorhabens um vier Monate beantragt und genehmigt.

4. Durchführung

4.1 Projektverlauf

4.1.1 Arbeitsdefinition und Erstellung des Kategoriensystems

In einem ersten Schritt wurde auf der Grundlage einschlägiger Literatur eine Arbeitsdefinition für den Begriff „interprofessionelle Zusammenarbeit“ bzw. Kooperation erarbeitet. Lemieux-Charles und McGuire (2006) kommen zu dem Schluss, dass die von ihnen untersuchten empirische Studien über einen Zeitraum von 19 Jahren, die sich mit der Zusammenarbeit von ärztlichem und Pflegepersonal beschäftigen, weitestgehend von uneinheitlichen Begriffsgrundlagen ausgehen, was die Vergleichbarkeit der Aussagen über dieses Forschungsfeld erheblich erschwert. Wir sind dem Vorschlag unter anderem dieser Autoren gefolgt und haben eine Arbeitsdefinition der interprofessionellen Kooperation gegenüber den verwandten Begriffen der interdisziplinären und multidisziplinären Zusammenarbeit erstellt, auf die alle weiteren Schritte der Forschung aufbauten und direkt rückbeziehbar waren.

Obwohl in der Forschung zu multidisziplinären, interdisziplinären und interprofessionellen Teams die begrifflichen Definitionen nicht einheitlich verwendet werden, lassen sich dennoch auf dieser Grundlage Merkmale herausarbeiten, die eine relativ klare *begriffliche Abgrenzung* erlauben. Dabei fällt auf, dass interdisziplinäre und interprofessionelle Teams die meisten Ähnlichkeiten aufweisen. Das ist auch daran zu erkennen, dass diese beiden Begriffe oft synonym verwendet werden. Da sich beide Begriffe ihrer inhaltlichen Bedeutung nach unterscheiden lassen und eine fundierte begriffliche Grundlage insbesondere im Spiegel der von uns beabsichtigten methodischen Triangulation aus empirisch-qualitativer und empirisch-quantitativer Forschung notwendig ist, wurden die zentralen Abgrenzungs- und Überschneidungspunkte der Begrifflichkeiten in einem ersten Schritt systematisch herausgearbeitet. Diese Erkenntnisse wurden nicht nur bei der Analyse und Zusammenfassung der Forschungsliteratur zur interprofessionellen Kooperation berücksichtigt, sondern auch bei den eigenen Untersuchungen sowie bei der Interpretationen der Untersuchungsergebnisse berücksichtigt.

Zur Erstellung eines neuen Kategoriensystems, das der Beschreibung und Erfassung interprofessioneller Kooperation dienen soll, wurde das Prinzip der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2003) verwendet. Ausgehend vom bisherigen Kenntnisstand in (internationaler) Forschung und Literatur werden Einflussfaktoren identifiziert und zu einem Kategoriensystem zusammengefasst. Es gilt zunächst eine konkrete Fragestellung zu entwickeln, die bei der Analyse der wissenschaftlichen Literatur als Leitlinie dient und aus der sich die Selektionskriterien ableiten (Vgl. Mayring, 2003). In der vorliegenden Forschungsarbeit lautet diese Fragestellung: Welche Einflussfaktoren wirken sich positiv bzw. negativ auf die Qualität interprofessioneller Kooperation in Medizin und Pflege aus und erhöhen somit die Teameffektivität? Zu diesem Zweck wurden empirische Arbeiten untersucht, die dieser Fragestellung entsprechen,

um Faktoren zu finden, die einen Einfluss auf die Qualität interprofessioneller Kooperation nehmen.

Im Ergebnis resultierte ein Kategoriensystem, das als Grundlage für die Auswahl von validen existierenden Messskalen und ergänzend zu entwickelnder Skalen diente. Das Ziel dieses Schrittes bestand in der Erstellung eines ausführlichen Pre-Test-Fragebogens, der möglichst viele der identifizierten Dimensionen abbilden sollte. Auf dessen Grundlage wurde anschließend, anhand vor allem statistisch-faktorenanalytischer Auswertungen sowie interner und externer Validierungsberechnungen eine Gewichtung und Auswahl sowohl der einzubeziehenden Faktoren als auch der diese abbildenden Items im zu entwickelnden Screening, vorgenommen (vgl. unter 6.1).

4.1.2 Durchführung der qualitativen Untersuchung

Methodisches Vorgehen

Für die qualitative Befragung wurde das *problemzentrierte, teilstrukturierte Interview* gewählt. Hierbei geht der Forscher bereits durch die vorab stattgefundene Literaturrecherche mit einem Vorverständnis und gleichzeitig mit einem relativ offenen wissenschaftlichen Konzept ins Feld, welches durch die Ergebnisse der Interviews weiter modifiziert werden soll. Das zentrale Instrument des problemzentrierten Interviews ist hierbei der Interviewleitfaden, der als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen für die zentralen Themenbereiche sowie zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews dient. Im Interviewleitfaden wurden die wesentlichsten Aspekte des Forschungsthemas zusammengefasst (siehe Anhang S. 107). Die entwickelten Fragen dienen der Steuerung des Interviewverlaufs, wobei nicht der strikte Wortlaut oder die Einhaltung der Fragenreihenfolge verlangt wird - vielmehr können die Fragen flexibel dem Verlauf des Interviews angepasst werden. Die relativ offene Gestaltung des Interviewverlaufs verfolgt das Ziel, die subjektive Perspektive der Befragten besser zur Geltung kommen zu lassen und auf diese Weise zusätzliches (Hintergrund-)Wissen über das Untersuchungsfeld zu erhalten. Der Vorteil liegt darin, dass die Befragten offen und ausführlich antworten und das Interview von sich aus auf neue Aspekte lenken können, die ggf. durch Nachfragen vertieft werden können (vgl. Flick, 1995). Auf Grundlage der zuvor durchgeführten Literaturrecherche und den dort identifizierten Wirkfaktoren wurde der Leitfaden für das etwa 40-minütige Face-to-Face-Interview entwickelt. Der Aufbau des Interviewleitfadens gestaltet sich dabei folgendermaßen:

Übersicht der Themenbereiche und -abfolge

1.	Angaben zur beruflichen Tätigkeit und zur Teamarbeit
2.	Informationsfluss und Arbeitsklima
3.	Flexible Arbeitsteilung und Rahmenbedingungen der Kooperation
4.	Umgang mit Konflikten
5.	Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum
6.	Führungskultur und Wertvorstellungen
7.	Qualitätsmanagement-Sicherung
8.	Weiterbildungsmöglichkeiten
9.	Gewichtung der einzelnen Dimensionen
10.	Resümee und Ausblick

Als Einstieg in eine zwanglose und offene Interviewsituation wurden einige allgemeine Fragen zur gegenwärtigen Tätigkeit gestellt. Die Interviewteilnehmer(innen) wurden gebeten, das eigene Arbeitsumfeld genauer zu beschreiben und anschließend die Qualität der darin stattfindenden Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal einzuschätzen. Im weiteren Interviewverlauf wurden jeweils verschiedene Fragen zu den einzelnen im Vorfeld identifizierten Wirkfaktoren gestellt. Diese zielten in erster Linie auf eine Beschreibung der subjektiv wahrgenommenen Arbeitsrealität im Kontext einer gelingenden vs. weniger gut gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege ab. So wurden die Interviewteilnehmer beispielsweise aufgefordert, den Umgang mit Konflikten zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal auf ihrer Station zu beschreiben. Nachdem sämtliche im Rahmen dieses Projektes gelisteten Wirkfaktoren angesprochen und aus Sicht der Befragten beleuchtet wurden, ist der (die) Interviewpartner(in) dazu aufgefordert worden, die zuvor thematisierten Wirkfaktoren mit Hilfe von Karteikarten ihrer Bedeutung nach in eine Rangfolge für das Gelingen der interprofessionellen Zusammenarbeit zu setzen. Diese Gewichtung der Wirkfaktoren wurde zur Dokumentation fotografisch festgehalten (vgl. Anhang S. 113). Zum Abschluss des Interviewgesprächs wurden die Teilnehmer(innen) gebeten, Wünsche und Verbesserungsvorschläge für eine Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit zu äußern.

Die Interviews wurden digital aufgenommen und im Anschluss transkribiert, um eine authentische Wiedergabe des Gesprächs und eine nachträgliche Analyse zu ermöglichen. Damit hat der Interviewer während des Interviews die Möglichkeit, sich auf das Gespräch sowie auf non-verbale und atmosphärische Aspekte zu konzentrieren. Im Anschluss an jedes Interview wurde außerdem ein Postskriptum erstellt (siehe Anhang S. 114), welches Anmerkungen zu der wahrgenommenen Schwerpunktsetzung im Interview, zu situativen und non-verbalen Aspekten während des Gesprächs sowie zu thematischen Auffälligkeiten enthält (vgl. Witzel, 2000). Die qualitative Datenerhebung fand in zwei Centren der Charité-Universitätsmedizin Berlin statt. Vorab wurden Gespräche mit den pflegerischen Centrumsleitungen geführt, in denen sieben Stationen ausgewählt wurden. Zu den Auswahlkriterien gehörten neben inhaltlichen Anforderungen (ITS, Normalpflege, Funktionsbereich, operative Stationen), auch die Standortverteilung auf drei Campi der Charité (Mitte, Wedding, Steglitz) sowie die multi- vs. monodisziplinäre Zusammensetzung des Ärzteteams. Die Interviews wurden während der Arbeitszeit der Teilnehmer/innen in geeigneten Räumlichkeiten auf der Station, z.B. im Aufenthaltsraum der Ärzte/Pflegekräfte, im Büro oder im Behandlungszimmer durchgeführt. Dies ermöglichte gleichzeitig einen gewissen Einblick in die Arbeitssituation der Befragten vor Ort. Die Gespräche wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen. Störungen während der Durchführung waren nicht zu vermeiden. Häufigste Störungen waren Nebengeräusche des Krankenhausalltages vor der Tür oder durch ein geöffnetes Fenster (z.B. Stimmen auf dem Gang, Hubschrauber etc.), Hereinkommen von Personen und das Klingeln des Telefons. In einigen Fällen kam es zu einer längeren Unterbrechung des Interviews z.B. aufgrund eines Raumwechsels, eines dringenden Einsatzes der befragten Person oder wegen einer dringenden Besprechung.

<u>Pretest und Interviewschulung</u>

Im Vorfeld der Befragung wurde der Interviewleitfaden im Rahmen eine Voruntersuchung getestet. Für den *Pretest* konnten zwei Pflegekräfte und ein Arzt gewonnen werden. Sie wurden während ihrer Arbeitszeit in ihrem Arbeitsumfeld interviewt. Es wurde darauf geachtet, dass Testpersonen, Ort und zeitliche Aufwand möglichst authentisch sind. Geprüft wurde unter anderem, ob es zu Schwierigkeiten bei den Fragen hinsichtlich der Verständlichkeit kommt oder ob die Länge der Befragung mit dem Arbeitsalltag der Befragten verträglich ist. Im Anschluss des Interviews wurden die Testpersonen um ihre Meinung, Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge gebeten. Nach Aussagen der Testpersonen wurden die wesentlichen Aspekte angesprochen. Die Dauer des Interviews wurde als zumutbar empfunden. Zu „abstrakt“ und kompliziert gestellte Fragen konnten überarbeitet und optimiert werden.

Im April 2013 fand eine 3,5-stündige *Interviewerschulung* für alle Projektmitglieder statt. Im ersten Block der Veranstaltung wurde eine theoretische Einführung in die Interviewdurchführung gegeben. Diese umfasste Themen zur Gestaltung der Eingangsphase eines Interviews, der Grundhaltung des Interviewers, die Handhabung des Leitfaden, die Kunst des Fragens

und dem Formulieren von Anschlussfragen sowie die Handhabung von schwierigen Interaktionssituationen. Im zweiten Block fanden 2 Probeinterviews mit einer Medizinstudentin statt. Hierfür hat sich das Team in zwei Gruppen aufgeteilt. Während die eine das Interview mit der Studentin führte, befragten sich die Gruppenmitglieder der anderen gegenseitig und übten unter anderem den Einstiegstext. Im Anschluss der Interviews fand für alle eine Feedbackrunde mit der befragten Studentin statt. Abschließend wurden noch offene Fragen der Schulungsteilnehmer und bisherige Erfahrungen mit Interviews besprochen.

Transkription, Pseudonymisierung und Anonymisierung

Um eine einheitliche Qualität der Transkriptionen zu gewährleisten, wurde das (um einige Transkriptionsregeln erweiterte) Transkriptionssystem von Dresing und Pehl (2011) verwendet. Zur Veranschaulichung wurde ein Beispieltranskript angefertigt. Neben dem wörtlichen transkribieren wurden Aussagen im Dialekt ins Hochdeutsche übersetzt und Wortverschleifungen an das Schriftdeutsch angenähert. Die Satzform wurde auch bei syntaktischen Fehlern beigehalten. Emotionale nonverbale Äußerungen, wie zum Beispiel lachen oder seufzen sowie unabhängige Ereignisse, wie z.B. andere Geräusche, wurden in Klammern notiert. Besonders betonte Äußerungen wurden durch Großschreibung gekennzeichnet. Auch die Anonymisierung geschah im Rahmen der Transkription. Jede interviewte Person erhielt ein Pseudonym. Dieses setzt sich aus den Buchstaben „P“ für Pflegekraft und „A“ für Ärzte, „W“ oder „M“ für das Geschlecht und einer Zahl zusammen, die angibt das wievielte Interview dieses in der jeweiligen Berufsgruppe ist (Bsp. PW1, PW2; PM3 oder AM1, AM2…). Nach erfolgter Transkription, wurden die Texte dahingehend überarbeitet, dass die konkrete Nennung von weiteren Personen, Kliniken-, oder Stationsnamen ersetzt wurden durch *Name (Person)*, *Name (Klinik)* oder *Name (Station)*. Ebenfalls wurden bestimmte Sachverhalte, Informationen und/oder Geschichten, die eindeutig zuordenbar waren, entfernt und durch das Einfügen von [*Text aus Datenschutzgründen entfernt*] kenntlich gemacht (vgl. Transkriptionsregeln im Anhang ab S. 115).

Auswertung

Unter Berücksichtigung der zentralen Fragestellung wurden die Interviews einer berufsgruppenvergleichenden Analyse unterzogen. Zudem sollten die spezifischen Anforderungen hinsichtlich der Kooperation der Berufsgruppen in den jeweiligen Arbeitsbereichen/Station herausgearbeitet werden. Das methodische Vorgehen der qualitativen Auswertung der Interviews orientierte sich einerseits am Vorgehen der *Qualitativen Inhaltsanalyse* (Mayring, 2010), anderseits wurde es dem forschungspraktischen Ablauf (z.B. zeitlichen oder personellen Ressourcen) angepasst (vgl. Schmidt 2004, Lüders 2004). Zur Unterstützung der qualitativen Auswertungsarbeit mit größeren Datenmengen wurde die Software MAXQDA verwendet. Diese gibt jedoch keine bestimmte Methode der Analyse vor, sondern mit ihrer Hilfe lassen sich die

transkribierten Texte, aber auch Audio- und Bilddateien anschaulich organisieren, systematisieren und analysieren (vgl. Kuckartz 2010). Die anonymisierten Transkripte, Postskriptums und Fotos der qualitativen Befragung wurden in MAXDQA zusammengeführt und für die Auswertung aufbereitet. Das Programm fügt bei den eingelesenen Transkripten zu Beginn eines jeden Sprechabsatzes des Interviewten und Interviewers fortlaufende Zahlen ein. Diese Zahlen werden in Kombination mit der jeweiligen ID bei Zitaten als Quellenverweis verwendet (z.B. PW8:Z56).

Die Kodierung der Interviews erfolgte anhand der theoretisch ermittelten Wirkfaktoren/Kategorien bezüglich des Gelingens der interprofessionellen Kooperation. Hierbei wurden die Wirkfaktoren als Oberkategorien verwendet und um die Oberkategorien „Wunsch“ und „Verbesserungsvorschläge“ erweitert. Die einzelnen Fragen des Leitfadens zu den Wirkfaktoren, wurden als Subkategorien verwendet. Jede Antwort auf eine Frage wurde als Analyseeinheit behandelt und geprüft zu welchen Kategorien sie sich zuordnen lässt. Das Kategoriensystem wurde im Verlauf des allgemeinen Auswertungsprozesses induktiv um die Aspekte aus dem Berufsgruppenvergleich ergänzt, die auf das subjektive Erleben und die Relevanzstrukturen der Befragten hinwiesen. Dadurch wurden die Anforderungen eines explorativen Vorgehens umgesetzt. Im Anschluss daran wurden alle weiteren Interviews mit diesem Kategoriensystem kodiert (siehe Anhang ab S. 117).

Für den Berufsgruppenvergleich wurde jedes Interview in Bezug auf die individuelle Schwerpunktsetzung des/der Befragten hin analysiert. Zentrale Themen, die sich wie ein roter Faden durch das Interview zogen, oder Punkte, die eine erkennbare emotionale Vehemenz aufwiesen, wurden unabhängig voneinander zusammengefasst. Zur Analyse der Schwerpunktsetzung wurde insbesondere die Abschlussfrage nach dem persönlichen Wünschen und Idealvorstellungen in Bezug auf die Zusammenarbeit sowie die persönliche Gewichtung der Wirkfaktoren herangezogen. Im Anschluss wurde die jeweilige Zusammenfassung der Kernpunkte aller Interviews miteinander kontrastiert und im Team diskutiert. Mittels induktiven Vorgehens wurde die Schwerpunktsetzung aller Interviews einer Berufsgruppe (Ärzte/Pflegekräfte) in Kategorien zusammengefasst und dem bereits bestehenden Kategoriensystem hinzugefügt.

4.1.3 Durchführung der quantitativen Untersuchung

<u>Validierungsfaktorbildung: Teameffektivität, Burnout und Controllingdaten</u>

Wir folgen bei der Abbildung der Zielkriterien zur Messung einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit weitestgehend der Kritik und den Vorschlägen von Lemieux-Charles

und McGuire (2006), die bei einer Übersicht zum Stand der Teamforschung im medizinischen Bereich feststellen, dass viele der dort dargestellten Ergebnisse der Messung zur „Teameffektivität“ nur unzureichend und weitestgehend uneinheitlich validiert sind. Selten werde reflektiert, welche konkreten Auswirkungen scheinbar identifizierte Einflüsse auf die Teameffektivität haben und was das eigentlich sei. Hinzu komme das oben erwähnte Problem einer nicht einheitlichen Klärung des interprofessionellen oder interdisziplinären Teambegriffs, woraus sich insgesamt eine unübersichtliche und unsystematische Gesamt-Forschungsstrategie ergebe.

Lemieux-Charles und McGuire schlagen ein Messmodell vor, welches sie als „Integrated Team Effectiveness Model“ (ITEM) bezeichnen und das eine Weiterentwicklung anderer Modelle, allen voran des „Model of Team Effectiveness“ von Cohen und Baily (1997) darstellt. Auf der Grundlage dieser Modelle wurden im vorliegenden Forschungsvorhaben die Validierungskriterien konstruiert bzw. abgeleitet. Hierzu zählen eine Skala zur Messung der Teameffektivität, die Messung des Burnouts sowie validierende Berechnungen anhand von Maßzahlen, die Aspekte der Teameffektivität abbilden bzw. damit im Zusammenhang betrachtet werden können (Fluktuation der Teammitglieder, relative durchschnittliche Verweildauer der Patienten, Leasingrate der Pflegekräfte sowie der Deckungsbeitrag auf Klinikebene.

Konstruktion des Fragebogens

Zur Differenzierung der hypothetischen Kategorienstruktur, mit der das Konstrukt interprofessioneller Kooperation möglichst inhaltsvalide abgebildet werden soll, wurde das Prinzip der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2003) analog in Form einer *induktiven Fragebogenkonstruktion* verwendet. Diese Methode basiert auf einem faktorenanalytischen Design und stützt sich in weiten Teilen auf qualitative Elemente. Durch dieses Vorgehen können Items auf ihre psychometrische Tauglichkeit hin überprüft werden und zu latenten Variablen oder Faktoren zusammengefasst werden (vgl. Bühner, 2006). Die so gewonnenen Konstrukte beschreiben dabei einen übergeordneten gemeinsamen Faktor. Der wesentliche Unterschied zwischen einer Faktorenanalyse und der induktiven Kategorienbildung nach Mayring besteht in der statistischen Komponente des faktorenanalytischen Vorgehens.

Das Vorgehen erfolgte in mehreren Schritten: Recherche und Auswahl von validen, existierenden psychometrischen Testverfahren, die Teilbereiche der der interessierenden Wirkfaktoren abbilden bzw. Neukonstruktion von Items für Wirkfaktoren und Validierungsskalen.

Pretest und Qualitätssicherung

Nachdem der Fragebogen vollständig konstruiert wurde, erfolgten ein *Pretest und mehrere qualitätssichernde Diskussionsrunden* zur Überprüfung des Aufwandes bei der Durchführung, der Verständlichkeit, etwaiger Formulierungsfehler oder uneinheitlicher Begriffsverwendungen sowie der generellen Benutzerfreundlichkeit. In die Überprüfung wurden alle Teammitglieder

sowie zwei Pflegekräfte mit einbezogen. Die Rückmeldungen wurden systematisch gesammelt, diskutiert und ausgewertet und das Instrument entsprechend angepasst. Im Zusammenhang mit dem Pretest wurden die Antwortformate diskutiert und festgelegt und es erfolgte die Festlegung auf eine Strategie zur Vorbeugung von Verzerrungstendenzen beim Ausfüllen des Fragebogens. Bei der Instruktion und Aufklärung der Teilnehmenden wurde eine Strategie maximaler Transparenz hinsichtlich Ziel und Hintergrund der Forschung, Datenschutzsicherung und Freiwilligkeit sowie Eigenheiten des Fragebogens verfolgt.

Durchführung der Fragebogenerhebung, Mitarbeit der Teilnehmer

Die überwiegend online-gestützte Fragebogenerhebung (96 % der Datensätze) fand an zwei Centren der Charité gleichzeitig statt. Die Auswahl der Centren erfolgte anhand inhaltslogischer Überlegungen und mit Unterstützung der Pflegedirektion sowie des Vorstandes des Hauses. Der Datenschutzbeauftragte wurde ebenso einbezogen wie der Klinik-Personalrat. Alle zuständigen Gremien stimmten der Erhebung zu. Die technische Realisierung der Online-Befragung erfolgte unter Rückgriff auf eine hausinterne Software („EvaSys“) und mit maßgeblicher Unterstützung und in enger Zusammenarbeit der Evaluationsabteilung des Hauses.

Insgesamt nahmen N=208 Personen an der Befragung teil, davon 119 Pflegekräfte und 89 ärztliche, was einer prozentualen Verteilung von 57:43 % entspricht. Die geschätzte Ausschöpfungsquote liegt bei etwa 6 % der angeschriebenen Personen. Die für die geplanten multivariaten Analysen notwendige Stichprobengröße wurde erreicht. Die inhomogene Verteilung der Teilnehmenden über die Centren und Kliniken wirkt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht maßgeblich auf die inhaltsanalytischen und statistischen Berechnungen zum Zweck der Konstruktion des Screening-Instruments aus. Insgesamt kann die Stichprobe als gut für die Erreichung der Zielstellung eingeschätzt werden, da die Datenqualität, was Vollständigkeit und Verzerrungen der ausgefüllten Bögen, trotz der Länge des Instruments, angeht, als sehr gut bis ausgezeichnet angesehen werden kann.

Datenauswertung: Screening-Entwicklung und Validierung

Im Mittelpunkt der statistischen Berechnungen stand ein *faktorenanalytisches Vorgehen*. Zur Durchführung einer Faktorenanalyse müssen generell mehrere Kriterien erfüllt sein. Wir folgen im Weiteren den Empfehlungen von Bühner (2006), denen zufolge im ersten Schritt eine faktorenanalytische Methode festgelegt und darüber entschieden werden sollte, welche Rotationstechnik zum Einsatz kommt. Hinsichtlich der Extraktion von Faktoren wird empfohlen, dass man mehrere Kriterien zur Bestimmung der Faktorenanzahl heranzieht. Bei der Auswahl der Analyse, dass man sich unter Berücksichtigung der Forschungsfrage auf eine Methode festlegt.

Aufgrund der Fragestellung und des im ersten Forschungsschritt erzeugten relativ großen Itempools ist die Datenreduktion zum Zweck der Erstellung eines Screeining-Fragebogens auf der Grundlage der am besten geeigneten Items zur Abbildung der wichtigsten Einflussfaktoren das Hauptziel der Berechnungen. Demnach wäre die Hauptkomponentenanalyse die Methode der Wahl. Andererseits basierte die Erzeugung der Items für den ersten Schritt auf der Identifikation und Hypothetisierung einer latenten Faktorenstruktur hinsichtlich der Einflussfaktoren auf eine gelingende interprofessionelle Kooperation medizinisch-pflegerischer Teams. Das bedeutet, dass eine parallele Fragestellung darauf abzielt, die aus der Forschungsliteratur-Analyse abgeleitete Faktorenstruktur zu überprüfen, also die Zusammenhänge der Items mit den vorher postulierten latenten Variablen zu verifizieren. Dadurch kommt die Hauptachsenanalyse ebenso in Betracht. Statistisch kann wegen der hohen Itemanzahl aber davon ausgegangen werden, dass beide Methoden zu ähnlichen Ergebnissen führen (Bühner, 2006).

Folglich wurde entschieden, das Hauptaugenmerk auf die Durchführung einer *Hauptkomponentenanalyse* im Rahmen einer *exploratorischen Faktorenanalyse* zu richten und die Hauptachsenanalyse parallel unter gleichen Bedingungen einzusetzen, um anhand des Vergleiches beider Ergebnisse Aussagen über die Belastbarkeit verschiedener Modelle treffen zu können, die in die inhaltsanalytische Auswahlentscheidung einfließen sollen. Dieses Vorgehen hat auch den Vorteil, dass die Replizierbarkeit unserer Pilotstudie dadurch erhöht wird, dass mehr als nur eine Methode angewendet wird.

Folgende Verfahren wurden zur *Bestimmung der Faktorenanzahl* herangezogen: Scree-Test (Scree-Plot), Parallelanalyse und Minimum-Average-Partial-Test (MAP-Test). Das Kaiser-Guttman-Kriterium, welches besagt, dass Faktoren extrahiert werden, die einen Eigenwert größer 1 besitzen, kann nur bei der Durchführung einer PCA angewendet werden (Bühner, 2006).

Da das Ziel einer Faktorenanalyse darin besteht, möglichst eine Einfachstruktur zu finden, d. h., Items mit hohen Ladungen auf einem Faktor und niedrigen Ladungen auf allen anderen Faktoren, ist die Auswahl einer obliquen *Rotationstechnik* am passenden, sowohl aus inhaltlicher als auch aus statistischer Sicht. Die Korrelation der postulierten Faktoren ist sehr wahrscheinlich, da sie alle im Zusammenhang mit dem Gelingen der interprofessionellen Kooperation stehen und eine gegenseitige Wechselwirkung angenommen wird. Ohnehin führen orthogonale Rotationstechniken nur selten zu einer Einfachstruktur. Deshalb wird eine *Promax-Rotation* angewendet, die korrelierte Faktoren zulässt und im Allgemeinen zu gut interpretierbaren Lösungen führt, weil mittlere und kleine Ladungen gegen Null tendieren, während hohe Ladungen durch die Rotation nur geringfügig reduziert werden (Bühner, 2006).

Als *Kriterium für die Eliminierung von Items* aufgrund der statistisch wahrscheinlichen Interpretierbarkeit wurde folgendes Vorgehen gewählt: Die Ladung eines Items sollte mindestens a = .30 sein, um eine sinnvolle Interpretation vorzunehmen zu können (vgl. Bühner, 2006). Backhaus et al. (2011) empfehlen hingegen nur hohe Faktorladungen von a > .50 zu berücksichtigen. Da beide Vorgehensweisen Vor- und Nachteile haben, wurde entschieden, einen Vergleich der Eliminierungs-Ergebnisse bei konservativem (a>.50) oder nicht-konservativem

(a >.30) Kriterium vorzunehmen, und zwar im Rahmen der exploratorischen Faktorenanalyse sowohl für die Ergebnisse der Hauptkomponenten- als auch für die der Hauptachsenanalyse.

Die Schwelle für die *Interpretierbarkeit von Faktoren* orientiert sich an den Empfehlungen von Bortz (2005), demzufolge mindestens vier Items mit Ladungen über a = .60 vorhanden sein müssen, und zwar unabhängig von der Stichprobengröße und mindestens 10 Items mit einer Ladung über a = .40 existieren. Bühner (2006) schränkt ein, dass dies für Stichproben mit einem N > 150 gelte, das Kriterium ist erfüllt.

Die parallele Durchführung einer *konfirmatorischen Faktorenanalyse* (CFA) dient bei unserem Vorgehen in erster Linie der Überprüfung der explorativ gewonnenen Faktorenstruktur. Naturgemäß ist damit die Einschränkung verbunden, dass aufgrund unserer Stichprobengröße beide Modellvarianten mit den gleichen Daten durchgeführt werden, was mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine Replikation zur Folge hat. Allerdings können wir eine konfirmatorische Bestätigung der explorativ gewonnenen Modelle als Anzeichen der Stabilität der Modelle interpretieren[3]. Im Vergleich zur explorativen bietet die konfirmatorische Faktorenanalyse auch Indizes zur Einschätzung der Modellgüte an. Da die konfirmatorische Faktorenanalyse ein strukturprüfendes Verfahren ist und die Konstruktion unserer Ausgangs-Faktoren aus den theoretischen und empirischen Erkenntnissen einer Vielzahl an Arbeiten zum Thema abgeleitet wurde, hätte sie auch als einzige Analysemethode angewendet werden können, um das Modell zu überprüfen. Da ein konfirmatorisches Vorgehen aber nicht primär auf eine Datenreduktion abzielt, wird sie der exploratorischen Analyse bei unserem Vorgehen nachgeordnet.

Die verwendete *Schätzmethode* ist die Maximum-Likelihood-Methode (ML). Zur Beurteilung der Modellgüte über die *Fit-Indizes* werden herangezogen: $\chi 2$-Statistik, RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), SRMR (Standardized Root Mean Residual), CFI (Comparative Fit Index), TLI (Tucker-Lewis-Index).

4.2 Änderung gegenüber der Planung

Außer der zeitlichen Verschiebung aufgrund der in Punkt 3.2 benannten Verzögerungen, gab es keine Änderungen gegenüber der ursprünglichen Planung.

[3] So gilt die Maximum-Likelihood-Methode im Rahmen eines konfirmatorischen Vorgehens beispielsweise als robust gegenüber der Normalverteilungsannahme, was für EFA-Berechnungen nicht im gleichen Ausmaß zutrifft. Da unsere Daten nicht normalverteilt sind, können wir eine konfirmatorische Replikation der explorativ gewonnenen Faktorenstruktur also als einen Beleg dafür interpretieren, dass die Modelle statistisch stabil sind, weil wir diese Überprüfung unter anderen Bedingungen und mit anderen Voraussetzungen durchführen, wodurch die Prüfung der Modellstabilität von einem anderen Blickwinkel aus möglich wird.

4.3 Kooperationspartner

Die Kooperationspartner sind bereits unter Gliederungspunkt 3.1 aufgelistet.

5. Nachbereitung

In Nachbereitung des Vorhabens wurden die Ergebnisse des Projektes für Präsentationen aufbereitet, um insbesondere die Kooperationspartner, den Projektbeirat, den Vorstand, die Pflegedirektion, den Controlling-Bereich und die Personalräte der Charité über den Ausgang des Projektes zu informieren. In Nachbereitung des entwickelten Screening-Instruments wurde außerdem ein Auswertungsmanual erstellt, das eine einfache Handhabung der Datenauswertung für potentielle Anwender des Screenings ermöglicht. Das Auswertungsmanual kann im Sinne einer Auswertungsroutine zusammen mit dem Screening-Instrument zur allgemeinen Verfügung gestellt werden. Ein weiterer wichtiger Schritt der Nachbereitung war der Beginn von hausinternen Verhandlungen über den flächendeckenden Einsatz des Screenings an der gesamten Charité (siehe auch Punkt 8). Schließlich wurden Vorbereitungen für die Publikation der Ergebnisse getroffen.

6. Zielerreichung

Die folgende Darstellung der Zielerreichung orientiert sich an der Beschreibung des Projektverlaufs unter Gliederungspunkt 4.

6.1 Arbeitsdefinition und Kategoriensystembildung

In *multidisziplinären Teams arbeiten* verschiedene Berufsgruppen nebeneinander (vgl. Kilgore & Langford, 2009; Körner, 2010), es besteht eine klare Rollenverteilung (Körner, 2010) und eine direkte Verantwortung für die Patientenbetreuung (Deneckere et al. , 2011). Dabei ist die Interaktion der Teams *zeitlich begrenzt* (vgl. Deneckere et al., 2011; Kilgore et al., 2009; Körner, 2010). Da Rollen und Verantwortung bei der gemeinsamen Bewältigung umschriebener und wiederkehrender Aufgaben klar definiert und auf einen zeitlich begrenzten Rahmen beschränkt sind, kommunizieren interdisziplinäre Teams vergleichsweise wenig miteinander. So werden patientenbezogene Informationen meist erst im Nachgang von Untersuchungen durch die dafür Verantwortlichen mit andere Teammitgliedern ausgetauscht (vgl. Mitchell, Parker, Giles & White, 2010). Der Aspekt geringerer Kommunikation wird teilweise kritisch gesehen. Kilgore et al. (2009) bringen ein geringes Ausmaß an Kommunikation in dieser Form von Teams in einen Zusammenhang mit Ineffizienz und einer schlechteren Patientenversorgung. Deneckere et al. (2010), Kilgore et al. (2011) und Körner (2010) stellen fest, dass multidisziplinäre Teams zu einer stärkeren Hierarchisierung neigen, wobei dem ärztlichen Personal meist allein die Planung und Koordinierung im Rahmen der Übernahme einer Gesamtverantwortung übertragen wird.

Interdisziplinäre Teams lassen sich von multidisziplinären gut abgrenzen. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist weniger von parallelen und nebeneinander herlaufenden Arbeitsbestandteilen gekennzeichnet, sondern basiert wesentlich stärker auf *gemeinsamen* Zielen, Entscheidungen oder Problemlösungen und ist weniger hierarchisch. Wenn die unterschiedlichen Sichtweisen, Kompetenzen, Herangehensweisen und Erfahrungen mehrerer Berufsgruppen koordiniert werden müssen, benötigt das Team disziplinübergreifende Kompetenzen, damit die Effektivität der gemeinsamen Arbeit gesichert wird. In jedem Fall resultiert ein erhöhter Kommunikations- und Koordinierungsaufwand. Im Rahmen einer gelingenden Zusammenarbeit entstehen gemeinsame Verantwortungsbereiche, die auch von einer gemeinsam getragenen Führungsverantwortung unter Berücksichtigung der jeweiligen speziellen Aufgaben in Relation zu den Kompetenzen, gekennzeichnet ist. Grundvoraussetzung und Merkmal interdisziplinärer Teamzusammenarbeit sind regelmäßige Zusammenkünfte und

Abstimmungsroutinen aller Teammitglieder, um den Informationsfluss und Informationsaustausch sicherzustellen (vgl. D'Amour et al., 2005; Kilgore et al. , 2009; Körner, 2010; Orchard et al., 2005; Temkin-Greener et al., 2004; Youngwerth & Twaddle, 2011).

Interprofessionelle Teams sind denen interdisziplinärer in der Forschungsliteratur oft ähnlich bzw. werden oft synonym verwendet. Ihre Mitglieder treffen gemeinsam Entscheidungen, Verantwortungsbereiche überschneiden sich und die Kommunikationserfordernisse sind hoch. Die Begriffe werden in der Forschung zu ärztlich-pflegerischen Teams uneinheitlich verwendet (vgl. D'Amour et al. , 2005; Kvarnström, 2008a; Mitchell et al. , 2010). Streng genommen gehören Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zum Pflegepersonal unterschiedlichen Professionen in Abgrenzung zu unterschiedlichen Disziplinen, wie etwa Facharztdisziplinen, an. Schmerfeld und Schmerfeld (2000) betrachten interprofessionelle Kooperation hingegen, ähnlich wie Orchard et al. (2005), als Teil interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Da es in unserem Forschungsvorhaben um die Schnittstelle der Berufsgruppen Ärzteschaft und Pflege geht, wurde der Schwerpunkt von uns auf den Begriff der *interprofessionellen Kooperation* gesetzt. Die darüber hinausgehenden Aspekte, insbesondere die Verwandtschaft zum Begriff der interdisziplinären Teams, fanden jeweils Berücksichtigung bzw. wurden in die Erwägungen mit einbezogen.

Kategoriensystem zur Abbildung wichtiger Einflussfaktoren

Die anhand der Literaturanalyse herausgearbeiteten Einflussfaktoren (vgl. 4.1) auf das Gelingen interprofessioneller Zusammenarbeit werden im Folgenden entsprechend der Ordnungslogik des Konstruktes interprofessioneller Kooperation nach Gaboury et al. (2009) dargestellt. Die Autoren schlagen eine von uns mitgetragene Unterscheidung individueller von externen Faktoren vor. Individuelle Faktoren beziehen sich auf Merkmale, die von Personen im Team selbst aktiv und direkt beeinflusst werden können, während zu den externen Faktoren solche gehören, die schwerer individuell, aktiv und direkt veränderbar sind, etwa Organisationsstrukturen oder andere Rahmenbedingungen der Tätigkeit.

In der weit überwiegenden Mehrzahl der analysierten Forschungs- und Übersichtsarbeiten werden bestimmte Kommunikationsmuster und Kommunikationsroutinen als entscheidende *individuelle Faktoren* für das Gelingen der interprofessionellen Teamarbeit herausgestellt. Dazu zählt im Speziellen eine *offene Kommunikation*, die es ermöglicht, dass Wissen über einen offenen Austausch aller beteiligten Professionen im Team freigegeben werden kann, so dass schnittstellenrelevante Lernprozesse einsetzen können, die für eine hohe Teameffektivität auch unter wechselnden Anforderungsbedingungen nötig sind. Darüber hinaus ermöglicht

eine offene Kommunikation einen konstruktiven Umgang mit Fehlern und trägt darüber zu einer höheren Qualitätssicherung bei (vgl. Baker et al., 2006; D'Amour et al., 2005; Manser, 2009 oder Rodriguez et al., 2005;). Frankel et al. (2006) stellen *Transparenz* als eine der wichtigsten Grundlagen für das Entstehen einer offenen Kommunikation heraus.

Als zentral für die Effektivität der interprofessionellen Zusammenarbeit in Krankenhäusern wird der kommunikative Umgang mit Patienteninformationen gesehen, speziell geht es um die Aspekte Dokumentation und Austausch. Lützenkürchen (2005) stellt heraus, dass die *formale Dokumentation* von Patienteninformationen unter anderem zur Teameffektivität beiträgt. Frankel et al. (2006) stellen fest, dass die Annahme, der Austausch über Besprechungen zusätzlich zur Dokumentation, sei zusätzlicher und verzichtbarer Aufwand, zu Fehlern führen könne und falsch sei, da es ohne *parallele Besprechungen* zu Informationsverlusten komme. Bolte und Porschen (2006) verweisen darauf, dass formale Besprechungen und Austauschprozesse Grenzen gesetzt sind, Porschen (2008) betont aus diesem Grund darüber hinaus die Bedeutung *informeller, spontaner Kommunikationsmöglichkeiten* im Rahmen *persönlicher Gespräche* als sehr effektiv und ergänzend notwendig. Informelle Gespräche seien zudem beziehungsorientiert und eigneten sich deshalb auch als Problemlösungsstrategie.

Salas et al. (2007) differenzieren das Potenzial informeller spontaner Kommunikationsmöglichkeiten weiter und konstatieren, dass Teams besonders dann auch effektiv das Spektrum verschiedener Kommunikationsmöglichkeiten nutzen könnten, wenn ein *vertrauensvolles Verhältnis* zwischen den Teammitgliedern vorherrscht, vor allem auch, was aufgabenbezogene Entscheidungen anderer betrifft. Hieraus würde eine hohe Anpassungskompetenz auch in kritischen Situationen resultieren, weil die *Sicherheit* bestehe, sich auf andere verlassen zu können (vgl. Salas et al., 2007). Als eine wichtige Grundlage für das Entstehen von Vertrauen im Team und eine hohe Teamkohäsion benennen Mickan und Rodger (2005) einen *respektvollen Umgang* miteinander bei gleichzeitiger Akzeptanz oder Toleranz unterschiedlicher Meinungen.

Unter anderem Dahlgaard (2010) erarbeitet den Faktor der Bereitschaft, sich auf andere professionelle Sichtweisen im Team einzulassen als erfolgskritisch. Aus dieser Bereitschaft könne eine reflektierte *Perspektivenübernahme* entstehen, wodurch ein Ab- und Angleichen der Vorgehensweisen beim Bewältigen gemeinsamer Aufgaben möglich werde. Durch ein besseres Verständnis der anderen Beteiligten steige die individuelle Verantwortung gegenüber dem Gelingen der Zusammenarbeit, weil die Gesamtaufgabe im interprofessionellen Kontext, also zusätzlich auch aus dem Blickwinkel der jeweils anderen Profession heraus, verstanden werden kann und dadurch eine konzertierte und abgestimmte Herangehensweise möglich wird.

Auf dieser Grundlage können sich zunehmend geteilte Wert- und Zielvorstellungen entwickeln (vgl. auch Baker et al., 2006). Salas et al. (2007) konstatieren, dass sich damit verbunden auch effizientere und effektivere kooperative Problemlöse- und Aufgabenbewältigungsstrategien entwickeln, weil Aufgabenverständnis, Rollenverteilungen und Zielvorgaben in einem *gemeinsam geteilten mentalen Modell* repräsentiert werden. Wenn aus diesem Modell heraus der eigene Aufgaben- und Verantwortungsbereich im Hinblick auf das gemeinsam verfolgte Ziel einer optimalen Patientenversorgung für alle Teammitglieder erkennbar ist, kann sich das Team als Ganzes auch besser wechselnden Bedingungen und Herausforderungen mittels der Übertragung tatsächlich übertragbarer Kompetenzen und flexibler Aufgabenübernahmen anpassen.

Im Zusammenhang mit der Flexibilität der Teams in unterschiedlichen Anforderungssituationen steht der Aspekt der *Teamautonomie*. D'Amour et al. (2005) fassen zusammen, dass sowohl individuelle als auch Teamautonomie wichtig seien, um Zufriedenheit und Anpassungsmöglichkeiten aufrecht zu erhalten. Sie stellen aber die Teamautonomie als entscheidend heraus. Dahlgaard (2010) verweist darauf, dass die Qualität und Akzeptanz der Entscheidungen des Teams auch auf der *Partizipation* aller Beteiligter basieren.

Rodriguez et al. (2005) ziehen das Klima der Offenheit von oben heran, stellen es dabei aber in einen direkten mit einem gelingenden *Konfliktmanagement* interprofessionell arbeitender Teams. Seien Teams nicht dazu in der Lage, fachliche Differenzen und die daraus resultierenden Konflikte zu bewältigen, könne eine kooperative Zusammenarbeit gar nicht stattfinden. Ähnlich argumentieren Chang et al. (2009), wenn sie herleiten, dass die Berufsrollen und Rollenerwartungen von ärztlichen und Pflegekräften per se verschieden seien und hieraus zwangsläufig Konflikte entstünden, die, werden sie nicht konstruktiv bewältigt, weitreichende negative Konsequenzen bis hin zur Patientensicherheit, haben können. Temkin-Greener et al. (2004) liefern eindeutige empirische Belege für den positiven Einfluss eines geregelten Konfliktmanagements auf den Zusammenhalt eines Teams, aber auch auf die Teameffektivität.

Unter anderem Baker et al. (2006) stellen die *Teamführung* besonders heraus. Unter der Voraussetzung einer nicht zu starren, also eher flexiblen Arbeitsgestaltung, benennen sie die klare Artikulation von Zielen, Aufgaben und Rollen als zentrale Erfolgsmerkmale. Die Führungskraft habe die Aufgabe, diese Benennung bei gleichzeitiger Einbeziehung der Teammitglieder in die Entscheidungsfindung zu bewerkstelligen. Deneckere et al. (2011) nennen die Teamführung als einen der wichtigsten Faktoren mit Einfluss auf die Qualität der Arbeit medizinisch-pflegerischer Versorgungsteams. Die Teamführung sei neben der Koordination der Aufgaben auch für die positive Beeinflussung des Teamklimas und die Schaffung von Teamvisionen zuständig. Die Teamführung habe alle Aspekte einer gelingenden interprofessionellen

Kooperation zu berücksichtigen, sollte konsequent, vernetzt und sichtbar sein (vgl. Bolia & Nelson, 2007). Dabei wirke sich eine zu starre Hierarchie negativ auf die Effektivität des Teams aus (Baker et al., 2006; Chan et al., 2009).

Unter die *externen Faktoren* fasst Lützenkirchen (2005) *Zeitdruck*, der neben durchschnittlich gewachsenen Anforderungen, vor allem wegen ökonomischer Gründe und Personalmangel, unter anderem auch aus den notwendigen Abstimmungsroutinen resultiere. Diese Notwendigkeit zur (zeit-)intensiveren Abstimmung könne unter externen Druckbedingungen als zusätzliche Belastung empfunden werden und das Gelingen der Zusammenarbeit dadurch erheblich beeinträchtigen. Frankel et al. (2006) oder Salas et al. (2007) stellen die Bedeutung einer systematischen *Qualitätssicherung* der Arbeit heraus, in deren Mittelpunkt klar kommunizierte und eingehaltene Leitlinien stehen, die mit gelebten Leitbildern flankiert sind, um die Patientensicherheit in den zentralen Mittelpunkt der Arbeit zu rücken.

Zur *Teamstabilität und -zusammensetzung* konstatieren Gabory et al. (2009), dass eine stabile personelle Besetzung über einen längeren Zeitraum positiv für die Entwicklung von Vertrauen und Sicherheit (siehe oben) sei und insofern grundlegende Voraussetzung für die Entwicklung tragfähiger und stabiler Teamstrukturen. Weitere untersuchte Einflüsse beziehen sich auf die Zusammensetzung von Teams hinsichtlich ethnischer (Gaboury et al., 2009) und persönlichkeitsbezogener Mitgliedermerkmale (Rodriguez et al., 2005), wobei eine gemischte ethnische Gruppe effektiver zusammenarbeiten soll als ein Team mit stark unterschiedlichen Persönlichkeiten.

Da das Zusammenspiel interprofessioneller Teams im Gesundheitswesen Kompetenzen erfordert, über die beide Berufsgruppen nicht per se verfügen, werden von verschiedenen Autoren Möglichkeiten von Aus- und *Weiterbildungen* reflektiert. Frankel et al. (2006) stellen Teamtrainings in den Mittelpunkt der Bemühungen, die sich direkt auf die Inhalte des übergeordneten Qualitätsmanagements zum Zweck der Maximierung der Patientensicherheit beziehen, wie Trainings zum Umgang mit kritischen Ereignissen, Kommunikationstechniken oder interaktive Trainings zum Einüben kritischer Kooperationsschnittstellen-Abläufe. Schroeder (2010) verweist grundsätzlich auf eine gemeinsame Beteiligungsmöglichkeit an solchen Bildungsangeboten und Kompetenztrainings und sieht für die Organisation und Angebotsschaffung die Leitung der Krankenhäuser in der Pflicht. Vacon et al. (2013) konnten in einer Übersichtsarbeit eine Verbesserung der Teameffektivität nach Workshops zur Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen nachweisen. Sie fordern allerdings langfristige Interventionen, um nachhaltige Verbesserungen angesichts der Komplexität und Dynamik der Herausforderungen an die Teammitglieder erreichen zu können. Ähnlich argumentieren Sieger et al., 2010).

In der folgenden Tabelle sind die oben stehenden Ergebnisse aus der Literaturrecherche in Form einer hypothetischen elf Faktoren unterscheidenden Struktur zusammengefasst.

Hypothetische Faktorenstruktur

	Einflussfaktor	Inhalte
1	Kommunikation	▪ Systematische, dichte, klare Kommunikation ▪ Informelle Kommunikation ▪ Dokumentationsfrequenz ▪ Zugangsberechtigung ▪ Wege der Informationsweitergabe ▪ einheitliche Fachsprache
2	Kollektive Wertvorstellungen und Zielvorgaben	▪ Interesse an/Bereitschaft zur IK ▪ Patientenfokussierung ▪ geteiltes Verständnis von Aufgaben, Zielen und Kommunikationswegen
3	Flexible Arbeitsteilung	▪ adäquate Rollenverteilung (am Bedürfnis des Patienten ausgerichtet) ▪ Rollenverteilung ist transparent ▪ flexible Kooperationsmodelle ▪ flexible Verantwortungsverteilung
4	Autonomie	▪ individuelle Autonomie ▪ Team Autonomie ▪ Partizipationsmöglichkeiten an Entscheidungsfindungen ▪ Möglichkeit Erfahrungen und Wissen einzubringen
5	Qualität der interpersonellen Beziehungen	▪ Kollegialität / Kohäsion ▪ Vertrauen ▪ respektvoller Umgang ▪ gegenseitige Wertschätzung Unterstützung

	Einflussfaktor	Inhalte
6	Konflikt- und Fehlermanagement (Konflikt = interpersonelle Probleme Fehler = Sachprobleme)	▪ Bearbeitungsstrategien (Lösungsvorschläge werden gemeinsam im Team erarbeitet) ▪ Mediatoren ▪ Fehlermanagementsysteme ▪ Wissen darüber, wie mit Fehlern umgegangen wird ▪ Gemeinsame Reflexion von Problemlagen
7	Führungskultur	▪ Führungsstil ▪ paritätisches Auftreten ▪ werteorientierte, unterstützende Führung
8	Kooperation ermöglichende und fördernde Strukturen und Prozesse	▪ Informationsfluss-Steuerung ▪ Zirkel der Vor- und Nachbesprechung (bietet Möglichkeit zur unmittelbaren Fehlerrückmeldung, fördert optimale Patientenversorgung) ▪ „traditionelle Strukturen“ (z.B. Visiten) ▪ zeitliche Ressourcen
9	Qualitätsmanagement-Sicherung (QM)	▪ Patientenfokussierung ▪ Patientensicherheit ▪ Sicherung der Qualitätsstandards
10	Strukturelle Beschaffenheit interdisziplinärer Teams	▪ Zeitliche Stabilität (Vertrautheit, Kompetenzentwicklung durch Erfahrung) ▪ Homogenität vs. Heterogenität in Bezug auf Alter, Geschlecht, Herkunft, Qualifikation, Persönlichkeit
11	Qualifizierungsmaßnahmen	▪ Workshops ▪ Fortbildungen und Weiterbildungsmaßnahmen ▪ Explikation der Kompetenzen diverser Gesundheitsberufe

6.2 Ergebnisse der qualitativen Untersuchung

Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe der qualitativen Interviewstudie umfasst insgesamt n=29 Personen. Davon sind n=14 Ärzte und Ärztinnen (w=8; m=6). Im Einzelnen sind unter den befragten Ärztinnen und Ärzten folgende Statusgruppen vertreten: 3 Oberärzte, 5 Fachärzte und 7 Assistenzärzte.

Ärztinnen/Ärzte n=14

	Oberärzte	**Fachärzte**	**Assistenzärzte***	**insg.**
weibl.	0	3	5	8
männl.	3	1	2	6
insg.	3	4	7	14

(*von Berufsanfängern bis vor der Facharztprüfung stehend)

Die Gruppe der Pflegekräfte ist mit n=15 in der Stichprobe vertreten. Davon sind 12 weiblichen und 3 männlichen Geschlechts. Insgesamt 4 der 15 Pflegekräfte sind mit Führungsaufgaben betraut (Stationsleitungen und Praxisanleitung für Auszubildende).

Pflegekräfte n= 15

	Stationsleitung*	**Praxisanleiter für Aus-zubildende**	**Stations-pflege-kräfte**	**insg.**
weibl.	3	1	8	12
männl.	0	0	3	3
insg.	3	1	11	15

(*inkl. stellvertretende und kommissarische Stationsleitung)

Die befragten Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte verteilten sich auf insgesamt 7 Stationen und auf alle drei Campi der Charité [Campus Virchow Klinikum (CVK), Campus Mitte (CCM) und Campus Benjamin Franklin (CBF)]. In der folgenden Tabelle ist die Verteilung der Befragten auf die Stationen mit ihren jeweiligen Tätigkeitsbereichen und Standorten im Einzelnen aufgeführt:

Verteilung der Befragten n=29

Station	Teilnehmer ID	Tätigkeitsbereich	Campus	Insg.
Station 1	AM3, AW4 PW1, PM4, PW5	Funktionsbereich	CCM	5
Station 2	AM2, AM11 PW2, PM3	ITS	CVK	4
Station 3	AW5, AW8, AM1 PW6, PW7	Normalpflege	CVK	4
Station 4	AW9, AM10 PW16, PW19	Operative Station	CVK	4
Station 5	AM1, AW12, AM13 PW8, PW9	Normalpflege , Multidisziplinäres Ärzteteam	CVK	5
Station 6	AW14, AW15 PW12, PM13	ITS	CVK	4
Station 7	AW16 PW14, PW15	Operative Station	CBF	3

Probleme der interprofessionellen Kooperation im Berufsgruppenvergleich

Im Folgenden werden die Probleme und Schwachstellen der interprofessionellen Kooperation aus Sicht von Ärzten/Ärztinnen und Pflegekräften am Beispiel unterschiedlicher Stationsbereiche anhand von prototypischen Zitaten dargestellt und anschließend zusammengefasst.

Schwerpunktsetzung der Problembereiche

Pflegekräfte	Ärzte
Kommunikation, Informationsweitergabe u. Austausch	Flexible, klare Aufgabenverteilung, administrative Tätigkeiten

Häufige Rotation der Assistenzärzte (häufige Einarbeitungsnotwendigkeit)	Personalmangel (Einsatz von Leasingkräfte), hohe Arbeitsbelastung der Pflege
Mangelnde Wertschätzung	Kommunikation, Informationsweitergabe u. Austausch
Führung	Führung

Schwerpunktsetzung der Problembereiche bei den Pflegekräften

Für die befragten Pflegekräfte stellen sich insbesondere folgende Problembereiche in der interprofessionellen Kooperation mit den Ärztinnen/Ärzten dar:

1. Kommunikation und Informationsaustausch

Kernpunkt:

Ungenaue, unleserliche oder keine Dokumentation von Arztanordnungen; Arztentscheidungen/Anweisungen sind unklar, sodass der Arzt nochmals kontaktiert werden muss. Dadurch wird die Koordinierung von Terminen erschwert und die Ausführung der Anordnungen verzögert sich.

Ankerbeispiele:

PW12: „**Ganz viele Sachen werden** auch einfach **nicht aufgeschrieben**. **Da muss man** dann ganz oft noch **hinterherrennen**.“ (Z44)

PW14: „[…] und **sie [*Ärzte*]** tragen ja bei uns **im Verordnungsbogen was ein**, wenn sie was haben und **dann ziehen sie den schwarzen Reiter, was sie manchmal leider vergessen**, wir weisen dann immer die neuen Ärzte darauf hin, bitte immer den schwarzen Reiter, weil ich guck nicht immer automatisch im Verordnungsbogen **und dann sehe ich plötzlich auf einmal eine Verordnung, da ist aber der Reiter nicht gezogen**.“ (Z61)

PW19: „Eigentlich soll es über die Kurven, über **die ärztlichen Anordnungen** sein. Aber **die sind halt leider auch häufig sehr ungenau**. Also das beste Beispiel hatte ich heute schon wieder, dass ich eine Anordnung von dreimal eine Tablette. Wie viel? Ja, also solche Sachen. […] Aber man muss ja natürlich fragen, wie viel Milligramm. Also das sind solche Sachen, sind sehr, sehr ungenau. **Häufig auch so Anordnungen nach Plan**. Ja, wenn man einen Schüler hat oder eine Leasingkraft, wissen die nicht wie viel. WIR wissen es nach fünf Jahren. […]“ (Z31)

Kernpunkt:

Gemeinsame Visiten sind oft nicht möglich, aufgrund des erhöhten Versorgungsaufwands der Pflege oder die Visiten dauern durch die häufigen Unterbrechungen zu lange.

Ankerbeispiele:

PW1: „**Wenn es die Personaldecke zulässt, dann werden gemeinsam Visiten gemacht**. **Oftmals werden die allerdings unterbrochen** durch Abrufe in den OP beziehungsweise […] und **dann ist das Aufrechterhalten der Fortführung der Visite natürlich schlecht**, **weil** dann **das Pflegepersonal** ja auch wiederum **in andere Arbeitsabläufe eingebaut ist**. […].“(Z27)

PW19: „**Man versucht es**. Also ich meine, man muss dazu sagen, dass es manchmal einfach **vom Zeitfaktor her nicht funktioniert**. **Wenn wir** so um acht, halb neun anfangen und wir sind leider **NUR zu Viert im Frühdienst, dann schaffen wir das manchmal einfach von der Grundpflege her nicht, dass wir pünktlich dabei sein KÖNNEN**. Aber wir versuchen es schon, dass wir dabei sind.“ (61)

Kernpunkt:

Informationen werden nicht an die Pflege weitergeleitet. Patienten wissen zum Beispiel mehr als die Pflegekräfte.

Ankerbeispiele:

PW5: „[…]. Und **hier funktioniert** auch **nicht wirklich die Kommunikation**, also **da werden** zum Beispiel **Patienten nicht angesagt**, die irgendwo auf den Stationen noch sind und eine Behandlung brauchen. **Das bleibt** dann **irgendwo** zwischen den Ebenen […] **stecken** und **irgendwann wird uns dann** im Laufe des Nachmittages **die Info gegeben** „Ach, da ist noch jemand, der muss noch *Name (Behandlung)* werden. […]. Also **man versucht schon immer**, **irgendwie seine Arbeit zu machen**, **aber wenn das von ärztlicher Seite nicht klappt**, **weil sie alles vergessen,** oder **weil sie irgendjemandem was sagen, der das dann** aber auch wieder **vergisst**, also, **das ist sehr schwierig**, ja.“ (Z25)

PW6: „[…] Ja, der eine weiß nicht, was der andere macht, auch die Kommunikation zwischen Schwestern und Ärzten haut auch nicht immer hin. **Da sagen uns** manchmal **abends die Patienten, was denn stattfindet** und **was noch passiert** mit dem Patienten. **Weil uns die Ärzte das gar nicht dann sagen**. **Das erzählen die dem Patienten, aber uns nicht und das kann ja auch nicht sein**, also, ja. […].“ (Z55)

Kernpunkt:

Bei z. B. Fragen sind die Ärzte für das Pflegepersonal oft nicht erreichbar. Es gibt keinen festen ärztlichen Ansprechpartner auf Station.

Ankerbeispiele:

PW14: „Ach so, **manchmal haben wir** auch **gar keinen Arzt, hier auf Station**.“ (Z122) „ Ja, ja, **weil dann sind die alle im OP**, die Ärzte sind ja an sich auch weniger geworden, z. B. **wenn**

man jetzt **Nachtdienst hat**, **ist** ja **nur ein Diensthabender** da und **wenn der im OP ist**, dann **hat man keinen Arzt**, das kann auch passieren.“ (Z125)

PM3: „[…] die **Ärzte** kommen hier zum Dienst, dann gibt es eine **Morgenbesprechung**, die sehr ausführlich ist, und **zu dieser Zeit hat man** im Grunde genommen auch nur, wenn notwendig, einen telefonischen Kontakt, aber **keinen persönlichen Kontakt**.[…]“ (Z51) „Wie gesagt, **Dienstbeginn der Ärzte um Acht und um halb Zehn sieht man ungefähr den ersten Arzt, um vielleicht kleine Probleme zu lösen**, **die man noch nicht mal am Telefon besprechen müsste**, weil sie doch zu unwichtig sind, aber **manchmal wäre es schon schön**, wenn man dann **[*Rücksprache halten könnte*]**. Ja, **relativ zügig** dann halt. […]“ (Z53)

Wünsche/ Verbesserungsvorschläge:

- Gezielte Standardisierung von bestimmten Anordnungen, z.B. Schmerzstandard.

PW15: „Also **wir** hatten, ja dokumentenmäßig **haben** wir jetzt **ein paar Sachen** noch mal **vereinheitlicht**, **was** gerade so **Verordnungen angeh**t, weil das ja doch immer ein großes Thema ist, dass viele Sachen, die wir verabreichen, nicht verordnet sind. Ähm, **da sind wir** jetzt noch einmal **auf einen gemeinsamen Nenner gekommen**, dass **wir** quasi noch mal so **ein Dokument** entwickelt haben, was wir, also **mit den Ärzten zusammen entwickelt haben**, **wo** quasi schon **bestimmte Anordnungen drauf sind** und **wenn es unterschrieben ist**, für uns quasi **schon geltend** ist, **was so die Abläufe ein bisschen einfacher macht**.“ (Z89)

PW7: „Es könnte effektiver gestaltet werden, **wenn** zum Beispiel **manche Anordnungen ein bisschen effektiver ausgearbeitet sind**, geht es um S**chmerzmittelgaben**, oder so. Ich meine, **so ein Standardmittel** verabreicht man schon auch in eigener Verantwortung als Pflegekraft, ich meine, wo ich sage, **ich kann** es für mich vertreten, dem Patienten **das auch ohne Anordnung zu geben**, **aber** wäre natürlich **für die Pflegekraft** auch **einfacher, wenn einfach das schon stehen würde, so.** Ich meine, **alles wird in Standard aufgeschrieben**, dann kann ich auch eine **Standardschmerzmittelmedikation als Beispiel aufschreiben**. […].“ (Z85)

- Ein Arzt oder Ärztin, der/die dauerhaft auf Station eingesetzt ist und somit für das Pflegepersonal erreichbar ist.

PM4: „[…] Ja, dann sind meistens drei Ärzte morgens da, einer geht auf *Name (Station),* **einer bleibt mittlerweile hier, was ich auch wichtig finde**, weil einfach hier unten auch genügend zu tun ist. **Früher sind sie alle zusammen auf *Name (Station)*, gegangen, das ging gar nicht, wenn dann hier ein Notfall war, dann war keiner da. Es war keiner der Ärzte zu sehen.“** (Z47)

PW9: „Nein, ich komme immer nur wieder auf […] auf diese feste Struktur. Vielleicht wirklich **ein fester Arzt** pro Seite, der **als Ansprechpartner** da ist. […]“ (Z284)

PW5: „[…] Und **es würde** auch wesentlich **besser sein, wenn wir hier** auch **einen Ansprechpartner** hätten, **von ärztlicher Seite**, **der immer** hier **präsent ist**, **und nicht überall hinrennt**,

ja. **Das wäre eine Arbeitserleichterung und würde** auch dem, ich sage mal, **dem Klima besser tun**, ja, **wenn immer einer da wäre**.“ (Z61)

2. Häufige Rotation der Assistenzärzte/-ärztinnen

Kernpunkt:

Durch die häufige Rotation der Assistenzärzte verändert sich i.d.R. alle sechs Monate die Teamzusammensetzung. Das wirkt sich negativ auf das Arbeitsklima aus und die Assistenzärzte werden z.T. nicht als teamzugehörig empfunden. Die häufige Rotation erhöht den Abstimmungsbedarf und bringt Unruhe auf die Stationen.

Ankerbeispiele:

PM3: „[…] ich glaube, **ein großes Problem […] ist diese Rotation hier**, insbesondere der Assistenten. **Neue Gesichter, immer wieder ein neues Eingewöhnen und das ist im Grunde genommen ein Kreislauf**, ja. Und **wenn dieses Team sozusagen der Ärzte und der Pflege**, sagen wir mal, **über einen längeren Zeitraum stabil zusammenbleiben würde**, dann könnte ich mir durchaus vorstellen, **dann sind die Abläufe untereinander und die Kommunikation einfach deutlich besser,** ja, würden dann besser sein.“ (Z157)

PW2: „[…] **die Ärzte**, die hier schon fest angestellt sind, mit **denen kommt man natürlich super aus und wir kennen uns untereinander**. Und dann haben wir ja **die Rotanten, die halbjährlich wechseln**, und […] **mit denen muss man sich erst einarbeiten**, nicht? Also, das dann wieder klargemacht wird, wer macht BGAs und wer nimmt Blut ab und **wer macht das und wer macht das, das muss dann immer erst wieder von vorne geregelt werden**.“ (Z21)
PW1: „[…] Und **im ärztlichen Bereich**, da sieht es natürlich anders aus, die Mediziner sind ja von der Rotation, Fluktuation ganz anders betroffen als im Pflegebereich, somit **müssen wir uns halt auch immer wieder auf neue Kollegen einstellen**, was eben oft auch heißt, **Einarbeitung in bestimmte Prozesse, wie geht der Stationsablauf oder der Tagesablauf**, welche Dinge sind notwendig. **Das läuft oft über die Pflege**, **weil die Mediziner oft nicht ausreichend von ihren Kollegen eingearbeitet werden**.“ (Z17)

Kernpunkt:

Die mangelnde Einarbeitung der Assistenzärzte führt zu einer Mehrbelastung für die Pflege, da diese die Einarbeitung mit übernehmen müssen. Es gibt keinen erfahrenen Arzt, der immer da ist. Die Unerfahrenheit der jungen Ärzte führt z.B. zu „unnötigen“ Arbeitsanweisungen oder zu Zeitverzögerungen bei der Patientenversorgung und Koordination, da Arztanweisungen erst nach der Besprechung mit dem Oberarzt gegeben werden können.

Ankerbeispiele:

PW16: „[…] Also **da** finde ich, **mangelt es** eigentlich noch mehr, als bei uns in der Pflege. Weil **die Ärzte** kommen ja wirklich **von draußen und wissen erst mal gar nichts**. Und **dann sollen** sie sich reinfinden und **das, was sie irgendwann mal im Theoretischen gelernt haben, in die Praxis umsetzen.** Und **damit sind sie** mehr oder weniger **alleine gelassen**. Sicherlich **habe sie** immer **noch einen dienstälteren Assistenzarzt** vor der Nase, **die aber meistens im OP stehen**. **Die können sie** gar **nicht** direkt **fragen, sondern immer erst später**. […]“ (Z185)

PW8: „**Das immer eine gewisse Unsicherheit vorliegt**. **Das** immer nochmal **der Oberarzt gefragt werden muss**. Sei es wenn es um eine Entlassung geht, das darf nicht alleine entschieden werden. Ähm, **was halt natürlich auch generell den Ablauf verzögert**.“ (Z124)

- **Exkurs Problembereich „Gastärzte“ (in der Funktion als Assistenzärzte)**

***Ankerbeispiele*:**

PW14: „Na ja, […], **ich denke, es hängt mit den ausländischen Ärzten zusammen**, **die** sind **oft** eben **der Sprache nicht so richtig mächtig**, müssen lernen, **auch Schreiben ist schwierig**, weil **die denken**, wenn sie nach, hier zu uns kommen nach Deutschland, **sie gehen nur in OPs**, und **denken nicht, sie müssen auch die Station machen**. Und **da sind** ja **viele überfordert**. Wie soll man das ändern, es gibt ja, sind ja kaum deutsche Ärzte. Ich weiß nicht, wie das auf den anderen Stationen hier so ist, aber **wir haben halt das Problem.**“ (Z117)

PW15: „[…]. Ähm, ja, ich glaube, […] **dass wir viel mit den Gastärzten arbeiten**, […]. […] aber **qualitativ ist das einfach schlecht**, […], also nicht mal die Gastärzte allein, aber **dieses kommunikative ist einfach schlecht**. Also **wir hatten** auch schon **Sachen, wo** dann **Diagnosen falsch übermittelt wurden**, also schlechte Diagnosen falsch übermittelt wurden, […], **weil die es** einfach **falsch verstanden haben**, ja. Und **so was geht gar nicht** und es **steht auch in jeder Patientenzufriedenheit drin**, dass das Sprachliche einfach so ein großes Manko ist und einfach im Krankenhaus nicht sein kann und das, das sehen wirklich alle so. […].“ (Z69)

Wünsche/ Verbesserungsvorschläge:

- Klar geregelte Einarbeitungsroutinen und bessere Betreuung der Assistenzärzte.

PW8: „Ja, ich glaube, das ist aber nicht unbedingt mein Wunsch, sondern es wäre wahrscheinlich auch ein Wunsch der Assistenzärzte. **Einfach, dass die besser angeleitet werden**, **damit zwischen uns die Kommunikation auch noch besser läuft**, **weil die dann einfach auch wüssten was sie da eigentlich tun.** Und ja, **dass man sich** halt einfach **ein bisschen besser darauf verlassen kann, was auch vom Arzt angesetzt wird**. Weil man halt auch **viel selber entscheiden muss und ja viel auch nachkontrollieren muss**! Und, **es wäre schon schöner wenn ich mich auf das verlassen könnte, was da auch steht**.“ (Z222)

- Ärzte müssen auf der Station einen Pflegetag absolvieren, damit sie z.B. sehen wie umfangreich die Ausführung einer Anordnung sein kann.

PW12: Prinzipiell werden sie gut eingearbeitet. […]. Das finde ich, läuft ganz gut. Vergessen natürlich auch viel und wir auf unserer Station haben es auch so gemacht, dass wenn ein neuer Arzt anfängt, dass **die einen Pflegetag mitmachen müssen**.“ (Z68) „[…], **dass die sehen**, d**as die Anordnung ja nicht einfach so schnell gemacht sind, wie sie aufgeschrieben sind** und ja, **das muss jeder Arzt machen**, das hat auch jeder Arzt hier, **der anfängt**.“ (Z72)

3. Mangelnde Wertschätzung

Kernpunkt:

Mangelnde Wertschätzung der Pflegekräfte von Seiten der Ärzteschaft. Es besteht die Empfindung, dass der hohe Arbeitsaufwand, die Leistung und Erfahrung der Pflegekräfte nicht genügend anerkannt wird. Z.T. sehen Ärzte die Pflegekräfte nicht als gleichwertige Teammitglieder.

Ankerbeispiele:

PW5: „[…], aber wenn jetzt **die Schwestern**, **die hie**r so **lange, lange Jahre arbeiten**, die **haben ja ganz viel Berufserfahrung**. Und **wenn man dann versucht, mit den Ärzten** irgendwie **auf einen** gewissen **Nenner zu kommen**, dass man sagt: „Können wir das nicht

irgendwie so machen? Warum muss der jetzt schon wieder oder kann man nicht weniger machen, von der Zeit? Dem geht es nicht gut.“, nein, **da wird völlig geblockt**, **so nach dem Motto, „Die Schwester, die hat mir gar nichts zu sagen.“** Also **man wird** einfach auch **nicht für voll genommen** hier.“ (Z51)

PM13: „(Seufzt) Ich weiß es nicht ob, also manchmal, **ich habe schon oft das Gefühl, dass meine Arbeit** und die Arbeit so als Pflegekraft v**on den Ärzten nicht unbedingt gewertschätzt wird**, weil ich das Gefühl habe, **vieles was man den Ärzte**n so **an Informationen weitergibt** oder so, wo man denkt, […] , da müsste man vielleicht reagieren und so, **wird dann** einfach **auf die lange Bank geschoben** und dann macht man seine normale Pflegearbeit weiter **und dann heißt es auf einmal**, jetzt müsst ihr aber, **jetzt muss es ganz dringend sein und so.**“ (Z68)

PW19: „[…]. Also, **man hat** manchmal **das Gefühl als Pflegekraft nicht ernst genommen zu werden**, **Hilfskraft zu sein**, also es ist halt immer, **es wird immer gesagt**, gesagt, **es muss immer sofort und gleich passieren**, obwohl wir halt vom Personal her das teilweise gar nicht leisten können. […]. Aber es ist halt einfach **manchmal wenn man Bescheid gibt**, und sagt: „**Ähm, das und das**“, **dass man** halt **das Gefühl hat, man wird nicht ernst genommen**. **Das braucht halt lange** und **ehe dann was passiert**.“ (Z23)

PW15: „(Lacht) **Zusammenarbeit gibt es nur punktuell mit bestimmten Ärzten**, würde ich jetzt mal so grob sagen. Also **es gibt Ärzte**, die also mehr, also kommunikativ schon mehr übermitteln oder **wo man auch das Gefühl hat, dass sie wissen, was wir machen**, **aber es gibt auch Ärzte, die quasi völlig fernab davon sind und nicht mal guten Morgen sagen**, wenn sie zum Dienst kommen, so ungefähr.“ (Z41)

PW12: „[…], ach, da fällt mir grad ein, sind Ärzte was Besseres? […]. **Es gibt halt ein paar Ärzte**, die sehen halt uns auch **nur als Pflegekraft** an, gibt es halt auch, **das merkt man auch** dann, **das gesagt wird, ich bin hier der Arzt, ich habe hier das Sagen.** […].“ (Z168)

PM4: „Förderlich wäre, wenn sie von ihrem hohen Ross runterkommen würden. Das scheint irgendwie so ein Schalter zu sein, sie betreten die Klinik und jetzt heißt es „I**ch bin Arzt und bin ganz oben und jetzt macht mal“**. Das würde es fördern, **wenn dieser Schalter** eben **nicht mehr vorhanden wäre**, **sondern einfach dieses Menschliche**. […].“ (Z280) „[…] Und **wir sind für sie das Fußvolk**, das muss man einfach mal so klipp und klar sagen ((Knallt die Hände zusammen)) wie es ist, das Fußvolk, **wir sind nichts**.“ (Z290)

Wünsche/Verbesserungsvorschläge:

PW12: „Dass man sich **dann doch irgendwie mehr austauscht**, dass man halt **auch mal von den Ärzten hört, wie es bei denen halt auch ankommt**. **Wie sie grad unsere Zusammenarbeit schätzen** und sehen und, ja, **aus deren Sicht**, dass man sich doch irgendwie, […] mal **kurz zusammen setzt** und, muss ja nicht immer alles so streng sein, ja. […]kann ja auch einfach so mal ein bisschen plauschen. Und halt, **dass dieses, was von den Ärzten da passiert, diese Trennung da nicht**…“ (Z200) „Ja, das würde ich ganz, ganz schade finden, das […] **wenn man sagt**, **man macht** jetzt halt **einen Ausflug von der Station her**, man plant da was, **dass sich die Ärzte da mehr [*involvieren*]**.“ (Z202) „Ja, weil wenn Ärzte was organisieren, geht es ja auch, bei uns wird gesagt, da ist keine Zeit. […] **ich denke, wenn man privat schon irgendwie sich da versteht, dass es dann noch besser auf Arbeit klappen würde**.“ (Z204)

4. Führung

Kernpunkt:

Kritik am Führungsstil der Stationsleitung, die z.T. als unprofessionell wahrgenommen wird. Kritikpunkte betreffen insbesondere zu viel Emotionalität, zu geringe Sachlichkeit und Konfliktvermeidung, was die Lösung von Problemen im Team behindert.

Ankerbeispiele:

PW12: „**War ich** eine Zeitlang **nicht überzeugt**, **weil ich es nicht professionell genug fand**, weil es halt schon irgendwie nach Gesicht ging, glaube ich, wen sie leiden konnte und wen nicht. […]. […] man muss halt auf einer professionellen Ebene, **wenn irgendwas nicht gefällt, muss man das ruhig und sachlich irgendwie erklären**. Und **das kann [*die pflegerische Leitung*]** manchmal **nicht**, […], also **da wird** dann auch **rumgeschrien**, wo ich so denke, nee, **das geht gar nicht** so. Ähm, ja, und **die Art und Weise, wie [*sie*] was ausdrückt**, und wie viele Sachen [*sie*] auch einfach weitergibt, **das hab ich lange Zeit** irgendwie **für nicht gut angesehen**, **das ändert sich aber auch gerade irgendwie**. Ich weiß nicht warum, aber es ist irgendwie anders.“ (Z114)

PW5: „[…] **unsere Leitung macht und tut, aber scheut auch jeden Konflikt**, zum Beispiel, ja, und so setzt sich das auch. **Man**, ja, **klärt das unter sich**, wenn dann etwas zu klären ist.“ (Z108)

PM3: „Ja, also ich habe mit meiner Stationsleitung aktuell ein sehr, sehr gutes Verhältnis. Ich habe allerdings auch ein sehr, sehr großes Kontrastprogramm. **Die Leitung, die vor ihnen da war**, **das war eine richtig alte Schule**, das war **ein eiserner Besen**, die **mit komplett veralteten Strukturen** gearbeitet hat, also im Grunde genommen, d**as, was nach ihr jetzt kam, konnte fast nur besser sein**. […].“ (Z91)

Kernpunkt:

Die Führungsqualität und Struktur der ärztlichen Leitung wird negativ bewertet. Die Leitungsverantwortung für (z.B. die Assistenzärzte) als unzureichend wahrgenommen

Ankerbeispiele:

PW1: „Aus dem Bereich der Pflege heraus erlebe ich das immer wieder, dass **im ärztlichen Bereich, dass ich da vermisse diese Strukturen, wie sie es in der Pflege gibt**. Also **es gibt** leitende **Klinikdirektoren**, leitende **Professoren**, **leitende Oberärzte**, wie auch immer, **was** aber letztendlich aber **nicht immer unbedingt sofort heißt, dass da auch eine Leitung passiert**. **Ich erlebe es quasi so**, **dass** Informationsweitergaben oder **die Führung des Personals**, des ärztlichen Personals, was sozusagen eine Stufe weiter **nicht insofern passiert**, **wie es in der Pflege passiert**. […]. „ (Z113)

PW15: „[…] also **es gibt** auch **Sachen, die wir** natürlich **an *[die ärztliche Leitung]* weiterleiten**, damit es irgendeinen Effekt hat, **meistens geht** dann irgendwie so **eine komische Rundmail an alle weiter**, irgendwie über dieses Thema und *[**die ärztliche Leitung**]* **verordnet wieder** irgendwelche **völlig absurden Sachen, die die Ärzte einhalten sollen** und **darüber sind sie** natürlich dann auch wieder **stinkig und das fällt dann wieder auf uns zurück**. Deswegen, so **an *[die ärztliche Leitung]* gewisse Sachen weiterzutragen**, **ist nicht** so **effektiv**, […]. Deswegen, […] **wenn die Struktur dort besser wäre**, **hätte ich** natürlich auch **so eine Sachen** z. B. wo das um den Arzt ging, mit *[der ärztlichen Leitung]* besprochen, oder an [*sie*] **weitergeleitet**, aber…“ (Z97)

Wünsche/Verbesserungsvorschläge:

- Ärzte müssen im Bereich des Managements ebenfalls fortgebildet werden.

PW1: „[…] Und **ich würde mir wünschen**, dass, was **das** betrifft**, im ärztlichen Bereich** auch **ein Verantwortungsbewusstsein entsteht** und **dadurch** auch **eine gute Kooperation zwischen Pflege und Ärzten hinzubekommen** wäre oder ist. Das heißt, **würde mir wünschen**, dass **im ärztlichen Bereich Management durchaus mehr fortgebildet wird**, weitergegeben wird, erfüllt wird. Weil **im pflegerischen Bereich wird** das überall **erwartet, dass es eine Managementausbildung gibt**, in den Stationsleitungen, Bereichsleitungen, Zentrumsleitungen, aber meines Erachtens, und da will ich niemanden auf die Füße treten, **aber** es heißt ja, nicht **nur weil ich Medizin studiert habe, habe ich auch eine Managementausbildung**, und das wäre sehr von Vorteil.“ (Z113)

Schwerpunktsetzung der Problembereiche bei Ärztinnen/Ärzten

Für die befragten Ärztinnen und Ärzte stellen sich insbesondere folgende Problembereiche in der interprofessionellen Koopderation mit den Ärztinnen/Ärzten dar:

1. Flexible, klare Aufgabenverteilung und administrative Tätigkeiten

Kernpunkt:

Die Trennung der Arbeitsabläufe/Arbeitsverteilung in ärztliche und pflegerische Tätigkeiten wird als zu unflexibel (Bsp. Blutentnahmen) wahrgenommen und sind oft nicht einheitlich geregelt.

Ankerbeispiele:

AM2: „Na ja. Das ist ja **eine uralte Geschichte**. Die gab es schon vor dreißig Jahren. **Es gibt bestimmte Dinge,** die **die Pflegekräfte formal nicht machen sollen,** weil es **vielleicht ärztliche Aufgabe ist.** Und anders herum **die Ärzte nicht machen wollen, weil es vielleicht ordinär pflegerische Aufgaben sind.** Das es da **immer Punkte gibt**, **wo man sich vielleicht doch hilft.** Der eine macht mal das, der andere mal das. **An den Grenzen**. Das **finde ich persönlich normal.** Das finden aber **andere Leute** manchmal **nicht** so normal. Und **es gibt** ja so **Steinbeißer in jeder Berufsgruppe**, **die** meinen sie müssten jetzt **auf ihr Recht pochen**. Und **wenn das** dann **eskaliert**, dann **ist mal ein Tag** irgendwann wahrscheinlich **Stunk**.[…]“ (Z121)

AM3: „Na **flexiblere Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen**.“ (Z150) „Könnte aussehen, **dass die Pflege** auch **medizinische Entscheidungen trifft**, ja, und **Verantwortung übernimmt für medizinische Entscheidungen**. […]“ (Z152)

AW5: „Ich würde schon **viel Aufgaben gerne abgeben, die ich für nicht-ärztlich halte**. Z.B. das ganze **Blutabnehmen**, **Flexülen legen**. Ist meiner Meinung nach keine ärztliche Aufgabe. **Chemotherapie anhängen** ist keine ärztliche Aufgabe. **CT- Anforderungen** schreiben, **Scheine ausfüllen**. Das ist keine ärztliche Aufgabe. Aber **ich verstehe auch**, **dass die Schwestern das nicht machen, weil die keine Zeit dafür haben**. […].“(Z101)

Kernpunkt:

Organisatorische Aufgaben, die als „nicht-ärztliche Verpflichtungen“ empfunden werden, sind zu sperrig, sehr zeitintensiver und werden durch veraltete Technik erschwert. Oft sind die Aufgabenbereiche nicht eindeutig zugeordnet.

Ankerbeispiele:

AW16: „[…]. Naja, ich meine **man macht halt WAHNSINNIG VIEL Administratives**. […]. Also was ich **kopiere**. **Zettel ausfüllen**, wo ich **irgendwelche Namen eintrage** von Patienten. Da denke ich manchmal: Ja ICH SPINNE ja? Genau. Also wirklich solche Dinge. […] Sozialdienst, irgendwelche **Verlegungen**, wo **anrufen**, **irgendwelche Befunde**. Da helfen die WAHNSINNIG gut auch die Schwestern mit. **Nur finde ich für mich ist das auch keine pflegerische Aufgabe**. **Wieso soll die SCHWESTER jetzt anfangen zu kopieren** und Patientennamen. […]

Am Schluss sitzen dann halt **die Leitung der Station** und **der Facharzt da** und **tüten** irgendwelchen **Sachen ein**. […] **Es grenzt für mich an Absurdität** […].“(Z151)

AM11: „[…]. **Was** vor allen Dingen **tierisch auf die Nerven fällt hier** in unserem Krankenhaus ist, **dass man Abläufe insgesamt verbessern könnte**. Wir haben neulich einen dermatologischen Arzt zum Konzil gehabt. […] wir haben dem die Fotos geschickt und der sollte sich die angucken […]. Dann hat er gesagt: " Ja, da muss mal ein Dermatologe vor Ort vorbeikommen. Ich weiß das jetzt. Ich übergebe das. Melden Sie das bitte in SAP an UND rufen Sie uns morgen nochmal an." **Also es sind DREI Sachen für eine einzige Sache**. Dafür gibt es aus meiner Sicht keine Rationale**. Und das verzögert nur die Abläufe**. Dann geht es vielleicht hier unter nochmal und das verzögert nochmal. […]. **Das ist nicht gut**.“ (Z137)

Wünsche/Verbesserungsvorschläge:

- Strukturierung und Organisation der Arbeitsabläufe auf Station verbessern, zum Beispiel die Abgabe organisatorischer Tätigkeiten an hierfür spezialisierten Personal und eine bessere Verwendung von bereits bestehenden technischen Ressourcen.

  AW14: „[…] also **die Schwestern hier**, haben das jetzt ganz gut gemacht, muss man sagen. Also, die haben da schon auch einen Vorbildcharakter. Die **haben sich da jetzt diese Stationshilfe besorgt**, die keine Schwesternausbildung hat und die jeden Tag da ist und die denen aber ganz viel Arbeit abnimmt.“ (Z126) „So eine Servicekraft im Prinzip, aber die auch INHALTLICH eigentlich relativ viel macht. Also auch so komplizierte Sachen, wie gesagt, wie Apotheke bestellen und so. **Und im Prinzip bräuchten wir so was auch**. Also **um** halt **dieser** ganzen **Bürokratieflut gerecht zu werden** und **dann hätte man** auch wieder **mehr Zeit für** […] **das Medizinische** halt **oder** auch **die Zusammenarbeit mit den Schwestern**. […].“ (Z128)
  AM13: „[…] **was mir helfen würde**, das ist nicht mehr Personal, sondern das, was mir helfen würde, wäre, und was den Assistenten helfen würde, ist, **wenn wir die ganze Zettelage** und **Faxerei** los wären. **Also, das ist einfach eines Krankenhauses der Spitzenversorgung oder mit dem Anspruch der Spitzenversorgung im Jahr 2013 unwürdig**.[…]“ (Z60)

- Zum Beispiel mehr Pflegepersonal um ärztlicher Tätigkeiten delegieren zu können.

  AM10: „[…] Aber **mehr Pflege anstellen**, und dann wirklich das so ausweiten, dass man da **ein gutes Konzept** hat, dass man einfach als Arzt mehr […], es geht nicht darum, dass man jetzt irgendwelche minderwertigen Aufgaben abgibt, **es geht** einfach **darum**, **dass ich dann einfach mehr Patienten zum Beispiel visitieren kann**, […], als wenn ich bei jedem zweiten Patienten einen **ZVK ziehen** muss,[…], irgendeine **Erstvergabe Antibiotika** habe, da ein **Blutabnehmen**, das **sind einfach Sachen, dir mir EXTREM viel Zeit und Nerven kosten**, wo ich dann wichtige Patienten von der Rettungsstelle nicht sehen kann, oder wo andere wichtige Patienten immer hinten angestellt werden. Und **das ist wirklich** auch **im Patienteninteresse**, **dass man sagt**: „**Ok, man hat mehr Pflege, und dafür kann man diese ganzen Tätigkeiten einfach schnell, weil die [*Pflegekraft*] macht sowieso ihre Runde, und dann kann sie das Antibiotikum (unv.), dann kann sie den Zugang legen und so weiter**", ja. Also das finde ich einen ganz, ganz wichtigen Punkt eigentlich, ja.“ (Z147)

2. Personalmangel, Einsatz von Leasingkräften, zu hohe Arbeitsbelastung der Pflege

Kernpunkt:

Personalunterbesetzung (hoher Krankenstand, Überstundenanhäufung, Sperrung von Betten) führt u.a. zu einer Erhöhung der Arbeitsbelastung der Pflege, dies führt z.B. zu einer Belastung des Arbeitsklimas, zu Informationsverlusten, zu keinen gemeinsamen Visiten.

Ankerbeispiele:

AW4: „[…]. **Das Pflegepersonal ist** aber personell **so schlecht besetzt**, dass sie schon **maximal ausgelastet** sind. Und dass, **wenn noch zusätzliche Arbeit von uns dazu kommt**, die dann überlastet sind. Und das **äußert sich in schlechter Kommunikation und Wutausbrüchen** uns gegenüber.“ (94)

AM11: „[…]. **Man merkt schon, dass die Belastung der Pflege durch Mindestbesetzung**, die nicht haltbar sind. Quasi Leasingkräfte, Leasing-System. **Das die Leute einfach mehr belastet werden**. Und der Eindruck ist, wenn **wir jetzt überlegen in den letzten drei, vier Wochen, wie oft Leute krank geworden sind und Betten gesperrt werden mussten**, hat man den Eindruck, **dass das zunimmt**, ja. Und ich glaube auch **nicht nur bei den Pflegekräften**. Wenn man sich den Krankenstand anguckt in der **Arzt-Dienst-Gruppe** […].“ (Z103)

I: Welche Faktoren wirken sich Ihrer Meinung […] noch negativ auf das Arbeitsklima aus?

AW9: „Überlastung. **Die Schwestern sind EXTREM überlastet**. Selbst die guten sind zum Teil einfach überlastet. Weil **die müssen häufig arbeiten, alleine, auf 18 Patienten**, oder manchmal sogar mehr, vor allen Dingen am Wochenende in dem Dienst, mit einer Leasingkraft, die nicht einmal weiß, wo hier (ähm) ein Metronidazol steht, oder ein Perfalgan steht. Das ist ein Albtraum, also das ist wirklich nicht auszuhalten. Das KANN eigentlich die Charité nicht wollen, […], die sollten DRINGEND darauf achten, ihre Pflegekräfte zu halten, und Fortbildungen für die zu machen und denen ein angenehmes Arbeiten zu erleichtern, und **diese Leasingkräfte, die können nicht billiger sein als eine Schwester.** Das muss man mal durchrechnen, das ist doch unmöglich. Das ist Wahnsinn. Das geht nicht. **Außerdem ist es eine Gefährdung von Patienten**, das muss man auch sagen. Also **ich habe noch nie so viel Mist erlebt wie mit Leasingkräften**. **Die sind nicht schlechter, aber die sind nicht so engagiert, die haben keine Ortsbindung, die erkennen dieses Patientengut nicht so wie die Schwestern, die Stammschwestern hier**. **Das ist aber wichtig, sonst kann man das alles nicht einschätzen, die sind ja alle schwer krank.** Das kann man echt nicht machen, also das geht nicht. Deswegen denke ich, ist es manchmal ein bisschen schwierig.“(Z65)

Kernpunkt:

Der Einsatz von Leasingkräften in der Pflege wird sehr kritisch gesehen:

- kosten zusätzlich Zeit, Einarbeitung, die sich wg. der Fluktuation dieser Kräfte nicht lohnt
- erschweren Zusammenarbeit und werden als „gefährlich“ für den Patienten empfunden (Stichwort: Patientensicherheit)
- verursacht „immense Kosten“ wg. Fehlern, die aus Unkenntnis gemacht werden

Ankerbeispiele:

AM13: „Ja, **Leasingkräfte werden** […], glaube ich, **noch sehr selten eingesetzt**, aber immer wieder mal,[…]. **War dann eine Katastrophe**, muss man echt sagen, also **dann war der Punkt gegeben immer, wo ich** dann **Angst hatte**, nicht, also wo ich dann wirklich dachte: ‚Mein Himmel', ja also, **da fehlten dann die Basics, da kann ich mich dann auch nicht darauf verlassen, wenn ich dann eine Schwester frage und sage: „Wie sieht denn das aus, Krankenbeobachtung,** wie geht es dem *Name (Patienten)*?", ja, […] **da merkt man dann erst einmal, was man an denen [*Stammpersonal*] hat** […].“ (Z50)

AW8: „[…] **Das Problem** ist ein bisschen, **sind zum Teil Leasingkräfte**, die es aber nicht besser KÖNNEN, weil sie einfach dafür nicht ausgebildet sind. Und **dadurch entstehen** auch, denke ich, **immense Kosten, weil viele Untersuchungen** dann **nicht stattfinden**, **die mit sehr viel Aufwand erst einmal organisiert werden müssen.** […] also, **die** nicht-gut ausgebildeten Kräfte **wissen** zum Beispiel **nicht, welchen Patienten man nüchtern lassen muss**, ja, dann isst der Patient, **dann findet die Untersuchung nicht statt**, **dann verlängert sich** dadurch **der stationäre Aufenthalt**, dann passiert es auch, dass Transporte nicht organisiert werden, auch wieder, weil die Leasingkräfte das einfach, oder die Aushilfskräfte, das einfach nicht besser wissen können, worauf man auch achten muss, ja. Und **dadurch sind da häufig strukturell wirklich massive Defizite**. Nicht bei den Schwestern, die sich hier auf Station auskennen, da überhaupt nicht.[…]“ (Z64)

Wünsche/ Verbesserungsvorschläge:

- Ärzte wünschen sich ausreichend festes, gut qualifiziertes und bezahltes Stammpersonal und das die Arbeit der Pflegekräfte auch auf Leitungsebene gewürdigt wird.

AM13: „**Was ich mir wünschen würde**, wäre vielleicht mal so ab und zu, **ein bisschen Anerkennung** für die *Name (Station)*.“ (Z127) „[…] **ich finde die Schwestern dort […] klasse**, ich finde auch die Kollegen, die dort […] arbeiten, klasse, […]. […] Und **das müsste so ein bisschen mehr goutiert werden**. **Diese Station als Schwester ordentlich zu machen, ist eine gewisse Herausforderung, als Arzt auch**, im Übrigen, und ich hab da viel Spaß, ich versuche das zu vermitteln, dass die das toll machen, aber**, das könnte vielleicht ab und dazu auch mal so von OHC-Leitungsebene kommen, und das täte denen, glaube ich, ganz gut**.“ (Z131)
AW9: „Also **ich brauche unbedingt Schwestern, die sich mehr damit identifizieren**, hier mit der Klinik, dafür müssten die einen gemeinsamen Chef mit uns haben. **Ich wünsche mir, dass die entschieden mehr Geld bekommen, dass überhaupt einmal ein Bewusstsein dafür da ist, was die arbeiten.** Die arbeiten im Schichtdienst, bis die 70 sind, und dass, ich fühle mich fast schon schlecht, ja. Weil es einfach nicht geht. Die arbeiten hier genauso wie ich. Natürlich haben sie minimal weniger Verantwortung oder vielleicht auch einfach weniger Verantwortung. **Trotzdem würde ich mir das wünschen, weil ich weiß, dass dann hier** ((Atmet tief durch)) **einiges auch anders laufen würde**. Es wäre einfach ein leichteres, reibungsloseres, **es würde weniger Klinsch geben, weniger Frustration auf Seiten der Schwestern,** also auch weniger Frustration, die einfach so weitergegeben wird ungefiltert an Patienten oder an mich.“ (Z259)

AW8: „Ähm, **gut ausgebildete Pflegekräfte, die auf der Station fest sind und bleiben und kein fachfremdes Personal.** Weil das auch für die Leute, die nicht hier vom Fach sind, die nicht auf einer *Name (Fachbereich Station)* arbeiten, ja auch unzufrieden stellend ist, wenn man nicht genau weiß, wie die Strukturen funktionieren. Und das kann man nicht wissen, wenn man nur für eine Nacht oder einen Abend nur einmal da ist.“ (Z234)

3. Kommunikation und Informationsweitergabe und Austausch

Kernpunkt:

Die Kommunikation zw. Ärzte und Pflege leidet, da Informationen aus vielschichtigen Gründen verloren gehen, z.B. aufgrund der Teambesetzung oder des Zeitmangels. Die bestehenden Kommunikationswege werden als arbeitsintensiv und zeitraubend wahrgenommen und es finden oft keine gemeinsamen Visiten statt.

Ankerbeispiele:

AM13: „Der gängige Weg, den wir versuchen, ist […] dass wir dann sagen, wir haben irgendetwas mit Patient und Angehörigen ja meistens besprochen, **die Schwester war** eigentlich **wie üblich nicht** gerade **am Bett**, **weil sie gar nicht konnte**, **dann schreibt man es in die Kurve ein**, dokumentiert es damit, **und versucht, die Schwester**, die Zimmerschwester **zu finden** und **es direkt anzusprechen**.“ Also **man** versucht eigentlich immer **beide Kanäle zu nutzen**, **was es** dann **sehr schwierig macht**, **weil man** eben dann eigentlich aus dem Patientenzimmer heraus kommt und **immer erst einmal die Zimmerschwester sucht**.“ (Z34) „[…] **die Zimmerschwester selber sucht gerade irgendwie einen anderen Arzt** vom anderen Team, **und so ist man dort oben immer irgendwie sehr, sehr unruhig unterwegs**.“ (Z36)

AW9: „**Es ist strukturell hier nicht möglich, Visiten gemeinsam durchzuführen**, **was** zum Teil **daran liegt, dass wir zu viele Veranstaltungen haben**, […], so dass **es nicht möglich ist**, **eine** sinnvolle **einheitliche frühe Uhrzeit zu finden**, zu der man immer gemeinsam Visite macht, und **das ist extrem störend, wenn ich an den Wunden da alleine herumdoktere** und **dann ewig lang** (unv.) da **hinein schreiben**, **anstatt dass die Schwester dabei ist** und wir gemeinsam die Wunde angucken und besprechen, „so läuft das ab jetzt und das machen wir damit", und **dann haben alle das gleiche Bild vor Augen. Das wäre viel besser.“** (Z41)
AW9: „Naja, **man muss die Schwester dann suchen** und dann **muss** man **ihr sagen**, **was man gemacht hat**, **oder man schreibt** es eben nur **auf**. Und **wenn man es nur aufschreibt**, dann **kommen häufig Rückfragen**, und dann **wird man angerufen**, und dann sagt man eben, was man da gemeint hat. **Das ist alles zeitaufwändig und unnötig**.“ (Z49)

AW12: „Also Art und Weise wie ist **viel direkte Kommunikation** und wenig ‚nun **die Ärzte machen eine Kurven (unv.) und ziehen die Reiter**, was ich eigentlich ganz schön finde, **was es manchmal** aber auch **für uns umständlicher macht**, **weil wir jeweils die Schwester suchen müssen**. Wenn **die aber zum Beispiel** gerade **in der Visite steckt**, wenn die **einen Patienten vom Transport** und so weiter **abholen muss**, also **so dass man** manchmal **viel Zeit damit** ver**bringt**, **die** gerade **zuständige Schwester zu suchen**. **Ich bin mir sicher, umgekehrt ist das genauso.**“ (Z47)

Kernpunkt:

Mehr Zeit für persönliche Gespräche z.B. bei gemeinsamen Frühstücken.

Ankerbeispiele:

AM13: „Also **ich empfinde beide Berufsgruppen extrem,** sage ich mal, **bemüht um Kooperation.** Prinzipiell von der Einstellung her ist man da sehr um Interaktion und Kooperation bemüht. Das Problem der Zusammenarbeit ist schlicht und ergreifend, dass beide Seiten inzwischen so EXTREM eingespannt sind, dass wir kaum noch gemeinsame Runden bekommen. […].**Was völlig fehlt**, **ist die Chance**, **gemeinsam zu frühstücken**, **die Leute** auch mal irgendwie mal eine Viertelstunde **mal nur so als Person, und nicht nur in der Funktion wahrzunehmen**. […]“(Z26)

Wünsche/Verbesserungsvorschläge:

- Gemeinsame Visiten und zum Beispiel monatliche Besprechungen

AW5: „Ich **wünsche mir mehr Personal**. Und **ich wünsche mir gemeinsame Schwestern-Ärzte-Visiten.“** (Z244) „Ich glaube, dass im Prinzip **die Hälfte der Tagesarbeit vermieden werden könnte, wenn man einmal gemeinsam Visite machen würde** und irgendwie Zeit hätte zu fragen, was war heute Nacht mit dem. Gab es da irgendetwas? Müssen wir irgendwas beachten? Und die Schwestern mich auf Sachen hinweist und ich das nicht irgendwie zwei Stunden später erfahre. Und das ist unter unseren momentanen Arbeitsbedingungen einfach nicht möglich. Und **ich denke, da würden alle enorm von profitieren. Das würde auch den Zusammenhalt stärken**. **Wenn man einfach mehr gemeinsame Medizin machen würde und nicht parallel aneinander vorbei**. Ich glaube, dass ist das was auch viele Schwestern frustriert.“ Z246)
AM13: „[…] Also das, **was einfach fehlt, sind strukturelle Schnittmengen**, wo völlig klar ist, **einmal pro Monat oder einmal pro Woche trifft man sich in einem großen Kreis und spricht** in einem großen Kreise **die Problemen an.** […]“ (Z26)

AM11: „Das man sich, **quasi diese gemeinsamen Sitzungen. Dass die wichtig sind**. Das ist mir eigentlich wichtig. Und **das man da Probleme besprechen kann, die im Alltag untergehen.**“ (Z256)

- Förderung von gemeinsamen Unternehmungen durch den Arbeitgeber.

AW4: „ACHSO, und was ich glaube, **was man machen sollte**, ist, dass man **gemeinsame Unternehmungen zwischen Pflegepersonal und Ärzten** machen sollte**, um das Team zu fördern**.“ (Z243) „Genau. Und **das sollte man vom Arbeitgeber fördern**, **weil wenn man privat was zusammen erlebt**, so wie zum Beispiel [*die Erfahrung*] gezeigt hat in den letzten Jahren, dass **das das Team mehr zusammenschweißt**. **Und das ist wichtig**.“ (Z247)

AM11: „**Mehr Zeit miteinander**, ja. Es werden ganz viele Sachen auch auf dieser Station gemacht. Also Sommerfest. Aus der Abteilung eigentlich. Sommerfest, Winterfest. **Und das**

man sich auch fernab dieser Station gut unterhalten kann. Und Spaß miteinander hat. Das finde ich wichtig.“ (Z258)

4. Führung

Kernpunkt:

Kritik am Führungsstil und an der Führungsstruktur.

Ankerbeispiele:

AW12: „[…] ich will jetzt **meinen Oberarzt** hier **nicht diskreditieren**, ich schätze ihn sehr als Person und auch als Mediziner, **aber die Art und Weise**, **wie er diese Station führt, finde ich** naja, **nicht optimal, das könnte besser sein**. Es herrscht zu viel Unklarheit“ (Z163)

AW15: „[…]. Und auch was so andere Sachen anbelangt – also gerade, **wenn es** so **Konflikte gibt**. […] **Da scheuen sich die Oberärzte ein bisschen davor**, **das dann in die Hand zu nehmen** und zu machen und manchmal ist es dann so – also ein gutes Beispiel ist so **Urlaubsplan oder Dienstplan** – **dann werden gerne keine klaren Ansagen gemacht**, sondern das läuft dann irgendwie so und ähm „gucken wir mal. Wird schon gut gehen“. **Ich würde mir** manchmal **ein bisschen mehr Führung wünschen** und auch das dann auch **klare Ansagen** gemacht werden. Und das es irgendwie **klare Regeln** gibt.“ (Z151)

Kernpunkt:

Trennung zwischen pflegerischer und ärztlicher Leitung wird oft als hinderlich für die Zusammenarbeit gesehen.

Ankerbeispiele:

AM3: „Na, ich glaube, **ein strukturelles Problem ist die Teilung der Hierarchieebenen** in **Pflegehierarchie** und **Ärztehierarchie**.“ (Z146) „**Das schürt eben die Befindlichkeiten zwischen den Berufsgruppen.“ (Z148)**

AW9: „Früher war das so, da war nämlich der Chef der Chef von allen. Und das war ein schönes System, weil alle waren diesem Menschen verpflichtet. Und Rechenschaft schuldig. Und **diese bescheuerte, affige Trennung in Pflegeleitung**, die haben ihren Chef, **da werden zwei Lager aufgemacht** und **auf einmal heißt es: „Deine Aufgabe, meine Aufgabe**, das ist **meine Gehaltsklasse, deine Gehaltsklasse**, das mache ich, das machst du, **unsere Pflegeleitung hat aber gesagt, ja unser Chef hat aber gesagt**“. Völlig idiotisch. Weil, das ist ein Team, und **wieso hat ein Team nicht einen Chef**? **Wieso hat denn ein Team zwei Chefs**? WOFÜR? Um da Berufspolitik am Arbeitsplatz auszufechten oder was?[…]“ (Z150)

AW5: „Die müssen auch miteinander reden. Also **der Oberarzt muss mit der Stationsleitung sprechen. Vor allem wenn es Probleme gibt. Aber das ist undenkbar, dass eine pflegerische Leitung ärztliche Aufgaben leitet und übernimmt und genauso andersherum**, ja. Weil die Pflege viele Dinge machen und von denen wir auch nichts verstehen. Und wo wir auch die Strukturen nicht verstehen. Und ich denke, dass ist sinnvoll. **Wichtig ist dann, dass die Kommunikation auf pflegerischer und ärztlicher Seite funktioniert.**“ (Z170)

AW16: „[…]. Ja, **das war sicher eine positive Entwicklung**, **dass nicht irgendein Arzt jetzt der Chef der Schwestern ist** oder der überhaupt keine pflegerischen Probleme versteht. Ja,

das war sicher gut diese Entwicklung. **Aber die Entwicklung ist ja jetzt, das man nicht miteinander spricht** und **die mir ja erklären: „Wir haben es gar nicht notwendig mit dem Arzt zu sprechen“.** Brauchen sie doch gar nicht. […] Also so trete ich nicht auf. **Naja, das finde ich ganz katastrophal.**“ (Z228)

Wünsche/ Verbesserungsvorschläge:

- Bessere Organisation der Arbeitsabläufe, klare Ansagen und Regeln seitens der Oberärzte.

AW14: „Naja, eine **klare Positionierung also der Pflege gegenüber**. Also zum Beispiel der pflegerischen Leitung gegenüber, also zum Beispiel könnten die auch einmal sagen: „Das geht so nicht“, also wenn ein Patient aufgenommen wird, dann wird er aufgenommen und dann macht man keine stundenlangen Diskussionen. […] **Aber auch in der ärztlichen Organisation des Arbeitsablaufes -zum Beispiel was den Dienstplan angeht**. […]“ (Z186)
„[…] also, **ich will** ja jetzt **keinen autoritären Führungsstil**, **aber ich glaube** manchmal würden **klare Ansagen die Zusammenarbeit vereinfachen**.“ (Z188)

Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse

Pflegekräfte und Ärzte geben zwar unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bezüglich der Problembereiche interprofessioneller Kooperation an (die sich aus den jeweiligen berufsgruppenspezifischen Aufgabenbereichen ergeben), aber es gibt auch deutliche Gemeinsamkeiten. Es wird deutlich, dass beide Berufsgruppen die Kommunikation - und insbesondere die Informationsweitergabe – als einen entscheidenden Einflussfaktor auf die Qualität der Zusammenarbeit ansehen. Auf der pflegerischen Seite wird die Informationsübermittlung von allen Befragten als wesentliche Schwachstelle in der Zusammenarbeit benannt und sogar als Behinderung der eigenen pflegenden Stationsarbeit eingeordnet. Speziell der als besonders wichtig empfundene direkte bzw. mündliche Austausch von Informationen wird aufgrund struktureller Barrieren (unterschiedliche Schichtsysteme, fehlende gemeinsame Übergaben und Visiten) als defizitär angesehen. Auch insbesondere die Ärztinnen und Ärzte äußern den Wunsch nach gemeinsamen Visiten mit dem Pflegepersonal und würden für sich darin gleichzeitig eine Arbeitserleichterung sehen. Da es jedoch i.d.R. an formal strukturierten gemeinsamen Schnittstellen des Informationsaustausches (Visiten, Übergaben) mangelt, wird versucht, neben dem als schwerfällig und zeitaufwendig beschriebenen schriftlichen Weg, die jeweilige zuständige Person direkt anzusprechen oder telefonisch zu erreichen. Dies führt unter anderem dazu, dass sich Pflegekräfte und Ärzte immer wieder gegenseitig auf der Station „suchen“, um Fragen zu klären und sich somit in ihrem Arbeitsablauf durch Anrufe oder direkten Fragen gegenseitig unterbrechen. Da die Ärztinnen und Ärzte einen Teil ihrer Arbeitszeit außerhalb der Station verbringen (z.B. im Operationssaal oder in der Notaufnahme), sind sie für die Pflegekräfte schwerer zu erreichen. Daher wird seitens der Pflegekräfte die Notwenigkeit gesehen, einen festen ärztlichen Ansprechpartner zu benennen, der auf der Station verbleibt und immer ansprechbar ist. Sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Seite gehen Informationen verloren. Die Folge sind Verzögerungen unter anderem im Bereich der Patientenaufnahme und -entlassung oder aber bei angemeldeten Untersuchungen von Patienten, die z.T. in Folge der Verzögerungen nicht stattfinden können und neu angemeldet werden müssen. Gerade der letztgenannte Punkt stellt vor allem für Ärztinnen und Ärzte ein Problem im Rahmen *der zahlreichen organisatorischen und administrativen Aufgaben* dar. Der hohe Anteil an diesen Tätigkeiten mit teilweise veralteter Technik (z.B. Faxgerät) und umständlichen Abläufen, wird von den Befragten kritisch hinterfragt, da sie viele dieser Tätigkeiten als nicht-ärztliche Aufgabe empfinden. Wenn eine Untersuchung aufgrund von Informationsverlust ausfällt, müssen die Ärzte eine zeitintensive Anmeldung der Untersuchung wiederholen. In diesem Bereich wünschen sich die befragten Ärztinnen und Ärzte mehr Entlastung. Die Arbeitsschritte für die Anmeldung von Untersuchungen oder Konsilanforderungen müssten aus ihrer Sicht effektiver

und einheitlicher gestaltet werden bzw. sollten am besten von einer für diesen Aufgabenbereich verantwortlichen Person übernommen werden.

Weitere Schwachstellen in der Zusammenarbeit sind aus Sicht der Pflegekräfte die *Rotation der Assistenzärzte* und aus Sicht der ärztlichen Kräfte der *Einsatzes von Leasingkräften* in der Pflege. Beide Aspekte werden von den Befragten als „Fluktuation“ und Erschwernis in der Zusammenarbeit im Team wahrgenommen, was zu Unruhe im Team führt und das Arbeitsklima negativ beeinflusst. Die Pflegekräfte stehen infolge der Rotation von Assistenzärzten vor der Herausforderung, sich immer wieder auf neue Personen (mit ihren spezifischen Arbeitsweisen) einzustellen. Dieser Prozess wird aus der Sicht beider Berufsgruppen durch eine unzureichende Einarbeitung der Assistenzärzte in die allgemeinen Stationsabläufe erschwert. Häufig müssen Teile der Einarbeitung von den Pflegekräften übernommen werden. Dies und die fachliche Unerfahrenheit der jungen Assistenzärzte führen ebenfalls häufig zu Verzögerungen im Stationsablauf oder verschärfen diese zusätzlich. Sowohl von den Pflegekräften als auch von den befragten Assistenzärzten wird eine bessere Einarbeitung in die Stationsabläufe und eine fachliche Anleitung und Betreuung gewünscht. Auf zwei der sieben Stationen wurde ein „Pflegetag“ für die Assistenzärzte eingeführt, dabei begleiten die neu hinzugekommenen Ärzte die Pflegekräfte bei ihrer Arbeit und erfahren so etwas über die Stationsroutinen und die pflegerischen Anforderungen. Den Einsatz von Leasingkräften empfinden insbesondere die Ärztinnen und Ärzte als große Belastung, da die Leasingkräfte weder die Station noch die Patienten und deren Krankheitsbilder ausreichend kennen. Immer wieder kommt es während der Arbeitszeit von Leasingkräften zu Komplikationen, Anordnungen werden nicht umgesetzt, Informationen gehen verloren oder Untersuchungen finden nicht statt. Einige der befragten Ärztinnen und Ärzte sehen sogar die Patientensicherheit gefährdet. Im Gegensatz zu den pflegerischen Leasingkräften wird das pflegerische Stammpersonal von befragten Ärztinnen und Ärzten wertgeschätzt. Sie heben die hohe *Arbeitsbelastung* der Pflege und deren geringe Bezahlung hervor. In diesem Zusammenhang wird auch die Personalpolitik kritisiert. Viele der befragten Ärztinnen und Ärzte würden gerne mehr ärztliche Tätigkeiten (wie venöse Blutentnahmen, den Wechsel von Infusionen oder Portpunktionen) an das Pflegepersonal delegieren können. Sie wissen aber auch, dass die Pflege aufgrund der hohen Arbeitsbelastung diese Aufgaben nicht immer zusätzlich leisten kann, darf bzw. will.

Die Aussagen der Befragten beider Berufsgruppe spiegeln deutlich den Wunsch nach stabilen, festen Teams wieder. Bei der täglichen Zusammenarbeit wird es von Vorteil angesehen, nicht nur die professionelle Perspektive und Qualifikationen der anderen Berufsgruppe zu kennen, sondern auch einen guten persönlichen Umgang mit den Teammitgliedern zu pflegen. Je größer und multidisziplinärer (im Sinne von mehreren medizinischen Fachrichtungen) ein Team

ist, desto höher sind die Anforderungen an eine gelingende Kooperation im ärztlich-pflegerischen Team.

Vielen Befragten aus beiden Berufsgruppen wäre es wichtig, mehr Zeitfenster für persönliche Gespräche mit den Angehörigen der jeweils anderen Berufsgruppe zu haben. Dies ist leider aufgrund der straffen Organisation und der unterschiedlichen Schichtsysteme im Stationsalltag kaum möglich. Die von den Pflegekräften wahrgenommene *mangelnde Wertschätzung* der eigenen Arbeit und der langjährigen Erfahrungen wird ebenfalls nicht als förderlich für eine gute Zusammenarbeit gesehen. Auch einige der befragten Ärztinnen und Ärzte übten Kritik am Umgang und der Einstellung mancher ärztlicher Kollegen gegenüber dem Pflegepersonal.

Einige Ärztinnen und Ärzte hinterfragen im Zusammenhang mit der Kooperation auch die Trennung zwischen pflegerischer und ärztlicher Leitung, die ihrer Meinung nach die Kooperation beider Berufsgruppen erschweren würde. Die meisten der befragten ärztlichen Professionsangehörigen betrachten diese Trennung jedoch aus berufsspezifischen Gründen als sinnvoll. Als bedeutsam für die Zusammenarbeit der Berufsgruppen wird von allen Befragten angesehen, dass beide Leitungen ausreichend miteinander kommunizieren. Die befragten Pflegekräfte mit Leitungsaufgaben weisen zudem auf die unterschiedlichen Strukturen in den jeweiligen Leitungsebenen hin und kritisierten, dass ärztliches Personal nicht bzw. kaum für Management- und Führungsaufgaben ausgebildet wird, während dies auf pflegerischer Seite verpflichtend ist. Betrachtet man die Aussagen der ärztlichen Professionsangehörigen zum Thema Führungsqualität, so zeigt sich, dass sie zwar fachlich und menschlich von den meisten leitenden Oberärzten überzeugt sind - jedoch nicht in gleichem Maße von ihren Führungskompetenzen.

6.3 Ergebnisse der quantitativen Untersuchung

<u>Validierungsfaktorbildung: Teameffektivität , Burnout und Controllingdaten</u>

Aus den Modellen zur Beschreibung und *Messung der Teameffektivität* (siehe 4.1.3) lassen sich subjektive und objektive Kriterien ableiten. Nach Lemieux-Charles und McGuire (2006) lassen sich zwei methodische Schritte für die Untersuchung von Teams im medizinisch-pflegerischen Kontext benennen: (1) Die Definition des untersuchten Teams (siehe 6.1.1) und (2) die Wahl der Outcome-Maße zur Messung des Gelingens der untersuchten Teamzusammen-

arbeit. Die Festlegung der Outcome-Maße soll dabei sowohl subjektive als auch objektive Faktoren berücksichtigen. Objektive Faktoren beziehen die Patienten, das Team und die Organisation mit ein. In der Tabelle sind die entwickelten und ausgewählten Maße zusammengefasst.

Tabelle: Outcome-Maße zur Messung der Teameffektivität

	Outcome-Maße	**Messung**
Subjektiv	Subjekitve Einschätzung über Zielerreichung und Zufriedenheit im Team	7 eigene Items und jeweils 1 Item aus folgenden Verfahren: *FTPS, FEZ, FAÄ (Verfahrensbeschreibungen siehe unter 6.1.4)*
	Burnout- Risiko	Maslach-Burnout-Inventory (MBI-GS-D, Büssing & Glaser, 1998)
Objektiv	Fluktuation des Teams (Zu- und Abgänge des Personals)	Kennzahlen des untersuchten Krankenhauses aus dem Jahr 2012 auf Klinik-Ebene laut Controlling-Daten
	Leasing-Rate der Pflegekräfte	
	Relative Verweildauer der Patienten („InEk-Verweildauer“)	

Die subjektiv wahrgenommene Teameffektivität wurde anhand von zehn Items abgebildet. Für diesen Zweck wurden sieben eigene Items entwickelt sowie drei Fragen aus den in der Tabelle unter 6.1.1 aufgelisteten Testverfahren übernommen und z.T. umformuliert. Des Weiteren wurde das Maslach-Burnout-Inventory (MBI-GS-D, Büssing et al., 1998) zur Erfassung des Burnout-Risikos und somit des subjektiven Wohlbefindens der Teammitglieder ausgewählt. Hierfür wurde die deutsche Fassung MBI-GS-D (Büssing & Glaser, 1998) mit 16 Items verwendet.

Fragebogenkonstruktion: Itemauswahl und -konstruktion

Die Auswahl der Items erfolgte anhand der Orientierung des unter Punkt 4 beschriebenen Modells zur interprofessionellen Kooperation. Dabei lag der Fokus zunächst auf existierenden *diagnostischen Verfahren*, die bereits einer Validitätsprüfung unterzogen wurden und reliable Testkennwerte aufweisen. Folgende „Anker“ bzw. Schlüsselbegriffe für die Suche nach solchen Verfahren standen dabei im Vordergrund: interprofessionelle Kooperation (Zusammenarbeit), interdisziplinäre Kooperation (Zusammenarbeit), Medizin und Pflege sowie die 11 identifizierten Einflussfaktoren oder deren Subdimensionen. Die Recherche ergab eine Vielzahl an Verfahren, die unterschiedliche Aspekte des vorliegenden Modells zur IK berücksichtigen. In einem weiteren Schritt wurden diese Verfahren auf Skalen- sowie Itemebene betrachtet, um geeignete Fragen zu selektieren. In erster Linie wurden solche Verfahren berücksichtigt, die für den Krankenhausbetrieb konzipiert wurden. Die Tabelle zeigt eine Übersicht der Verfahren, aus denen einzelne Fragen oder, in Einzelfällen, komplette Skalen übernommen wurden.

Ausgewählte Verfahren

Verfahren	Beschreibung	Bezugsgruppe
Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus, Selbstbeobachtungsversion (TAA-KH-S, Büssing & Glaser, 2002)	Organisation im Krankenhaus sowie Krankenpflegetätigkeiten.	Krankenhausbetrieb
Fragebogen zu Teamwork und Patientensicherheit (FTPS, Salem et al., 2008)	Differentielle Einstellungen zu sicherheitsrelevanten Aspekten bei verschiedenen Berufsgruppen auf unterschiedlichen Hierarchieebenen	Krankenhausbetrieb
Fragebogen zur Arbeitssituation von Ärzten/Pflegekräften (FAÄ-FAP, Fischbeck & Lauchbach, 2005)	Beschreibung der Arbeitssituation von Ärzten und Pflegenden, die über die jeweilige berufliche Belastung Auskunft geben.	Krankenhausbetrieb

Verfahren	Beschreibung	Bezugsgruppe
Fragebogen zur erlebten Zusammenarbeit (FEZT, Lauche et al., 1999, Verbeck, 2001)	Zur Evaluierung von Unterstützungsmöglichkeiten für die Zusammenarbeit in Innovationsteams.	Ingenieurbetrieb und Maschinenbau
Fragebogen zu arbeitsbezogenen Konflikten in Teams (FAKT, Windel et al., 1999)	Soziale Konflikte in Arbeitsgruppen.	Produktion, Verwaltung, Dienstleistungsbereich
Fragebogen zur Analyse der soziomoralischen Atmosphäre in Unternehmen (SoMoA, Pircher- Verdorfer, Weber et al., 2007, 2009)	Ethikbezogene Aspekte der organisationalen Sozialisation	Klein- und mittelständische Unternehmen aus Wirtschaft und gemeinnützigen Unternehmen
Dutch Test of Conflict Handling – deutsche Fassung (DUTCH, Dreu et al., 2001)	Bewältigungsstile in interpersonalen Konflikten	Stichprobe an Studenten
Skala zur Erfassung von Wissensintegrationsprobleme n in interdisziplinären Projektteams (WIP, Steinheider et al., 2009)	interdisziplinäre Projektteams	akademische Forschungsteams

Falls ein Fragebogen nicht frei verfügbar war, wurden die Autoren angeschrieben und um Freigabe zu Forschungszwecken gebeten. Alle Autoren stimmten nach Absprache der Verwendung der Instrumente im Validierungsverfahren zu. Nachdem der potenzielle Itempool zur Erfassung interprofessioneller Kooperation „erschöpft“ war, mussten noch *Items* für Faktoren, die durch die Items der o. g. Fragebögen noch nicht stark genug abgebildet werden konnten, *entwickelt* werden. Die Formulierung der Items erfolgte dabei auf Grundlage der wichtigsten Richtlinien nach Bortz (2005). Die Itemselektion erfolgte in mehreren Expertenrunden, in denen inhaltlich über die Tauglichkeit der ausgewählten Fragen diskutiert wurde. An den Diskussionsrunden beteiligten sich Personen, die im Forschungsbereich in verschiedenen Disziplinen anzusiedeln sind (Soziologie, Psychologie, Anthropologie). Die Beschreibung der Outcome-Maß-Konstruktion ist unter 6.1.3 gefasst, das Verfahren verlief analog.

Pretest und Qualitätssicherung

Nach der Durchführung des Pretests erfolgten Diskussionsrunden des Teams, der Fragebogen wurde ein weiteres Mal überarbeitet und das Ergebnis erneut von den Experten der *Diskussionsrunde* bearbeitet, geprüft und diskutiert. Sämtliche Unklarheiten, Kritikansätze und Unstimmigkeiten konnten im Konsensverfahren ausgeräumt und behoben werden.

Die neben der formal-gestalterischen und *Usability*-bezogenen Qualitätssicherung stattfindende *Item-bezogene* Diskussion diente vor allem dem Zweck, inhaltsgleiche Items in Anbetracht der Länge des Fragebogens zu eliminieren, da bekannt ist, dass redundante Items sich in späteren Analysen gruppieren könnten und somit solche Items statistisch ausgeschlossen werden, die eventuell zur Beschreibung des Konstrukts dienlich wären (vgl. Bühner, 2006).

Zwar wird in der einschlägigen Literatur (z. B. bei Bühner, 2006 oder Steiner & Benesch, 2010) aus statistischen Gründen empfohlen, möglichst zahlreiche Items zur Beschreibung eines Konstrukts zu verwenden, da theoretisch eine unendliche Anzahl an zu generierenden Items möglich ist und eine *angemessene Redundanz* eine bessere Auswahl genau passender Items zulässt. Allerdings spielt sich diese Diskussion im Spannungsfeld freiwilliger Teilnahme, und zwar in Form zusätzlichen Arbeitsaufwandes für die Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte, ab, weshalb die *pragmatisch-ökonomische* Dimension der Beschränkung auf wahrscheinlich notwendige Items für eine spätere Selektion ein erhebliches Gewicht bekommt. Zudem steigt mit der Länge eines Fragebogens die Abbruchtendenz der Teilnehmenden oder die Beantwortungsqualität wegen Ermüdung bzw. lassen sich wegen des Aufwandes weniger freiwillig Teilnehmende gewinnen.

In diesem Schritt erfolgte auch die Festlegung der *Antwortformate*. Zur Messung wurden weit überwiegend 5-stufige Likert-Skalen verwendet, deren Abstufungen begrifflich kodiert sind. Raab-Steiner und Benesch (2010) erkennen darin den Vorteil, dass die Bedeutung der Antwortkategorien somit intersubjektiv vereinheitlicht wird. Die Abstände sind dabei von 1 („trifft voll zu) bis 5 („trifft überhaupt nicht zu“) definiert. Es wird auf Ordinalskalenniveau gemessen.

Nach intensiver Abwägung wurden zwei alternative Antwortformat zugelassen, um die drei verwendeten Originalskalen des zugrundeliegenden Verfahrens (TAA-KH, 5-stufige Likert-Skala mit anderer begrifflicher Kodierung) nicht zu verändern und um das zum Zweck der externen Validierung unserer Instrumentenkonstruktion vollständig eingesetzte, international validierte Verfahren zur Messung von Burnout-Tendenzen (MBI, 6-stufige Likert-Skala mit eigener begrifflicher Kodierung) nicht zu verändern. Zwar empfehlen z. B. Bühner (2006) oder Raab-Steiner und Benesch (2010) die Verwendung einheitlicher Antwortskalen. Allerdings

sind die Empfehlungen hinsichtlich des Einsatzes unterschiedlicher begrifflicher Kodierungen nicht einheitlich.

Um möglichen *Verzerrungstendenzen* bei der Beantwortung entgegenzuwirken, die sich aus den Unterschieden bei der Abfrageskala ergeben, wurde entschieden, dass die TAA-KH-Skalen am Anfang des Fragebogens eingesetzt werden, gefolgt von allen anderen Frageblöcken mit dem Hauptantwortformat. Auf der letzten Seite wird der Fragebogen mit dem 6-stufigen MBI-Antwortformat abgeschlossen. So konnten ständige Wechsel des Antwortformates vermieden werden. Zusätzlich wurde auf den Wechsel eines Antwortformates in den Instruktionstexten vor dem jeweiligen Frageblock ausdrücklich hingewiesen, um die Teilnehmenden darauf aufmerksam zu machen.

Als weitere mögliche Verzerrungstendenzen beim Ausfüllen wurden die Konstrukte soziale Erwünschtheit beim Ausfüllen und Reihenfolgeeffekte diskutiert. Darüber hinaus wurde der Ermüdungsaspekt, welcher insbesondere bei langen Fragebögen berücksichtigt werden muss, reflektiert. Um Missverständnissen beim Beantworten vorzubeugen und um eine maximale inhaltliche und forschungsstrategische *Transparenz* herzustellen, wurde eine Einleitungsinstruktion erarbeitet, die über das Projektziel aufgeklärt. Den Teilnehmenden wurde verdeutlicht, dass ihre Mithilfe wichtig ist, um einen ökonomischen Fragebogen zu entwickeln. Zusätzlich erhielten die Teilnehmenden Informationen darüber, warum der Fragebogen so lang ist, Fragen sich ähneln und das Antwortformat wechselt. Dies geschah auf Grundlage der Annahme, dass sich die teilnehmenden Personen keiner Bewertung ausgesetzt fühlen und eher im Sinne einer Verbesserung der Arbeitssituation antworten. Vor jedem der Frageblöcke wurde eine kurze Instruktion und inhaltliche Erklärung gegeben, die meist aus einem oder zwei Sätzen bestand.

Der Hinweis auf die Speicherfunktion in der Eingangsinstruktion und damit die Möglichkeit einer späteren Fortführung der Beantwortung des Fragebogens, sollte den Faktor *Zeitdruck* mindern und die Qualität der Beantwortung, etwa im Fall von *Ermüdung*, sichern.

Im Ergebnis wurde das im Anhang (S. 119) abgebildete Instrument inklusive Instruktion und einführenden Informationen zum Projekthintergrund fertig gestellt.

Ergebnisse der Fragebogenerhebung

Die Fragebogenerhebung wurde an zwei ausgewählten Centren, dem CC 13 für Innere Medizin mit Gastroenterologie und Nephrologie und dem CC 17 für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik an der Chairité durchgeführt. Die Auswahl

der Centren für die *Stichprobe* erfolgte mit Unterstützung der Pflegedirektion des Krankenhauses. Dabei spielten folgende Kriterien eine übergeordnete Rolle: Einbeziehung einer möglichst heterogenen Stations-/Kooperationsstruktur der beteiligten Kliniken, Verteilung der beteiligten Kliniken über mehrere Standorte der Charité (Virchow-Klinikum, Standort Berlin-Mitte und Benjamin-Franklin-Krankenhaus).

Insgesamt konnten ca. 3600 Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte um Teilnahme gebeten werden. Das Verhältnis zwischen Personal aus dem Pflege- bzw. Medizinbereich ist dabei naturgemäße unausgewogen (ca. 3000 Pflegekräfte und 600 Ärzte/Ärztinnen). Insgesamt nahmen *N=208* Personen an der Befragung teil. Die Ausschöpfungsquote liegt somit bei ca. 5,78 %. Eine genaue Angabe dieser Quote ist nicht möglich, da uns die exakte Mitarbeiteranzahl nicht bekannt gemacht wurde. Die hier angegebene Ausschöpfungsquote basiert auf Angaben eines Personalpools von ungefähr 3600 Mitarbeiter/-innen auf den ausgewählten Stationen.

Von den 208 befragten Personen sind 119 Pflegekräfte und 89 Ärztinnen bzw. Ärzte. 94 % der befragten Personen nutzten dabei die digitale Version des Fragebogens, 6 % die Papierversion. Um die Datenqualität bei der Erhebung zu sichern, wurde das ärztliche Personal ausschließlich über hausinterne E-Mail-Zugänge unter Verwendung anonymisierter Teilnahme-Codes angeschrieben.

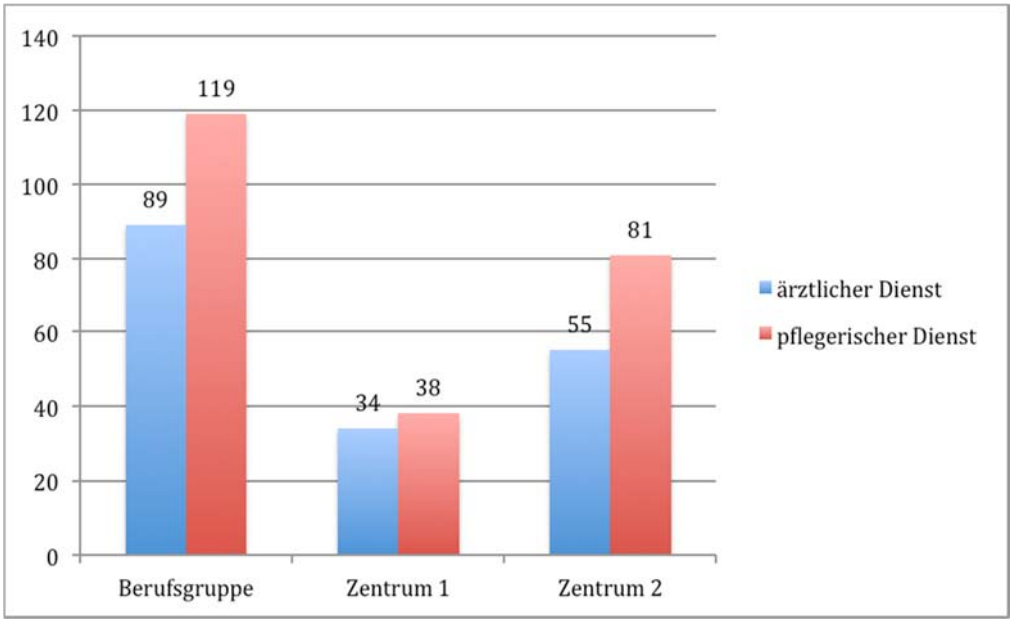
Insgesamt füllten 49,04 % der befragten Personen alle über 170 Items des Fragebogens vollständig aus, wobei die übrigen Datensätze nicht mehr als 10 % fehlende Werte aufweisen. Ausnahme bilden hierbei 4 Datensätze, die ca. 15 % fehlende Werte enthalten, aber beibehalten wurden, da mit SPSS auffallende Muster fehlender Werte analysiert wurden und diese Analyse keine Auffälligkeiten ergab.

In der Abbildung ist die Verteilung der Berufsgruppen im Allgemeinen sowie bezogen auf die zwei Centren zu finden. Die linke Säule stellt dabei den ärztlichen Dienst und die rechte Säule den pflegerischen Dienst dar. Für erste Centrum lässt sich ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen medizinischem und pflegerischem Personal feststellen (34:38). Für das zweite Centrum ist das Verhältnis unausgewogener (55:81). Betrachtet man die gesamte Verteilung auf Klinikebene, ohne dabei zwischen den Berufsgruppen zu unterscheiden, kann eine deutliche Unausgewogenheit ausgemacht werden. Insgesamt gab es fast doppelt so viele teilnehmende Personen im zweiten Zentrum (N=136) wie in Zentrum 1 (N=72). Insgesamt arbeiten somit 65 % der Teilnehmenden in Zentrum 2 und 35 % in Zentrum 1.

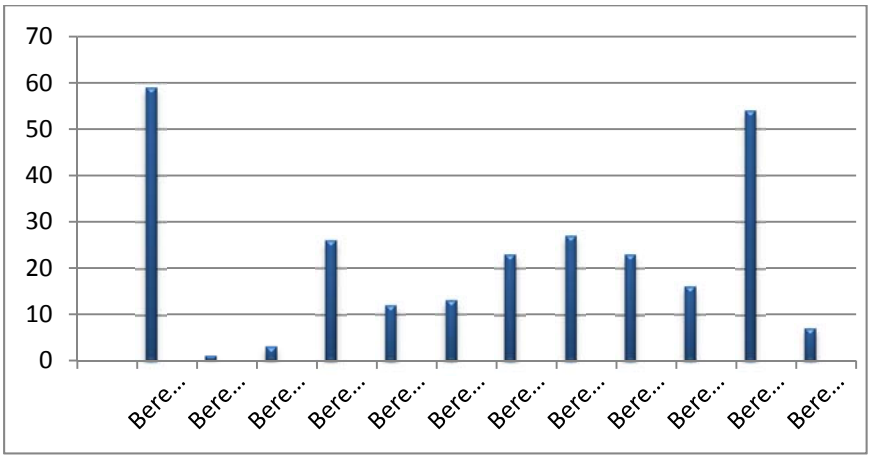
Die beiden untersuchten Centren umfassen 28 Stationen, wobei Angestellte aus allen 12 Kliniken und von 25 der einbezogenen Stationen teilnahmen. Die zweite Abbildung zeigt die Häu-

figkeitsverteilung nach Stationsbereichen. Das Verhältnis der Stationsverteilung ist sehr unausgewogen, Stationsbereich 1 und 11 bilden fast 50 % der Stichprobe ab. Der Grund dafür ist unklar.

Häufigkeitsverteilung der Teilnehmenden nach Berufsgruppen in den Centren



Häufigkeitsverteilung der Teilnehmenden nach Kliniken



Insgesamt betrachtet stellt insbesondere die relativ hohe Beteiligung der Ärzteschaft an der Befragung einen *erheblichen Erfolg* der Befragung dar. Vor allem unter dem Aspekt der völligen Freiwilligkeit und extrinsisch anreizlosen Teilnahme an der sehr ausführlichen Befragung neben dem beruflichen Alltag ist deutlich positiv zu bewerten.

Die beschriebene, deutlich unausgewogene Verteilung der Teilnehmenden über Centren, Kliniken und Stationen würde die Aussagekraft der inhaltlichen Messergebnisse der Validierungsstudie sehr deutlich einschränken. Da es aber nicht das Anliegen dieser Untersuchung

war, repräsentative Daten zu den inhaltlichen Aspekten der Befragung zu erheben, sondern eine Validierungsstudie zu Items und Skalen mit anschließender Itemselektion für die Erstellung eines Screeing-Instruments durchzuführen, gilt diese Einschränkung nicht für das eigentliche Anliegen dieses Forschungsprojekts. Statistisch-inhaltlich wurde das eigentliche Ziel einer genügend großen Stichprobe von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften, die möglichst viele der zum Teil redundanten Items mit hoher Qualität beantworten, erreicht, so dass die skalenbasierte und faktorenanalytische Auswertung der erhobenen Daten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu qualitätssicheren und validen Aussagen führt.

Screening-Entwicklung und Validierung

Voraussetzungsüberprüfung und Itemselektion

Die 152 Items des eingesetzten Fragebogens wurden vor der Durchführung der explorativen Datenanalyse vor allem aufgrund statistischer Kennwerte auf 118 Items reduziert. Hierzu wurden vor allem fehlende Werte, Schiefe/Kurtosis (Normalverteilung), Minimum/Maximum und die interne Konsistenz (Reliabilität; Cronbachs Alpha) der einzelnen postulierten Skalen/Faktoren herangezogen.

Sowohl *Schiefe und Kurtosis* als auch Minimum- und Maximum-Werte sind nur bei sehr wenigen Items auffällig. West, Curran und Finch (1995) geben an, dass ungeachtet des Vorzeichens eine Schiefe > 2 und ein Exzess > 7 als Richtwerte dienen, in deren Grenzen Schiefe und Kurtosis akzeptable sind. Aus der folgenden Tabelle wird ersichtlich, dass keines der Items eine Schiefe > 2 oder einen Exess > 7 aufweist.

Übersicht zu Kennwerten der Items der Befragung.

	Minimum	Maximum	Schiefe	Standardfehler	Kurtosis	Standardfehler
TAA_1_InfoDef	1	5	-,231	,169	-,448	,337
TAA_2_InfoDef	1	5	-,400	,170	,069	,338
TAA_3_InfoDef	1	5	,136	,169	-,817	,337
TAA_4_ZeitR	1	5	,426	,169	-,269	,337
TAA_5_ZeitR	1	5	,748	,169	,204	,337
TAA_6_ZeitR	1	5	,727	,170	,031	,339
TAA_7_ZeitR	1	5	-,279	,171	-,744	,341
TAA_8_ZeitR	1	5	,183	,172	-,588	,343
TAA_9_ZeitR	1	5	,442	,169	-,433	,337
TAA_10_indAut	1	5	,178	,170	-,432	,338
TAA_11_indAut	1	5	,010	,170	-,368	,339
TAA_12_indAut	1	5	-,303	,169	-,105	,337

TAA_13_indAut	1	5	,098	,169	-,600	,337
Komm_1_rec	1	5	-,691	,170	,994	,339
Komm_2_rec	1	5	-,368	,171	,850	,340
Komm_3_rec	1	5	-,528	,170	,085	,339
Komm_4_rec	1	5	-,244	,171	-,262	,340
Komm_5_rec	1	5	-,357	,171	,081	,341
Komm_6_rec	1	5	-,318	,171	-,143	,340
Komm_7_rec	2	5	,022	,170	-,304	,338
Komm_8_rec	1	5	-,424	,169	,004	,337
Komm_9_rec	1	5	-,067	,170	-,588	,338
Komm_10_rec	1	5	-,581	,171	,035	,340
Komm_11_rec	1	5	-,109	,172	-,932	,342
Komm_12_rec	1	5	-,205	,172	-,717	,342
Komm_13_rec	1	5	-,616	,169	,434	,337
StrPro_1_rec	1	5	,181	,169	-1,372	,337
StrPro_2_rec	1	5	-,345	,171	-1,022	,341
StrPro_3_rec	1	5	1,090	,172	,131	,342
StrPro_4_rec	1	5	-,492	,172	-,580	,342
StrPro_5_rec	1	5	-,373	,172	-,682	,342
StrPro_6_rec	1	5	-,268	,172	-,433	,343
StrPro_7_rec	1	5	-,210	,172	-,380	,342
StrPro_8_rec	1	5	-,520	,172	-,076	,342
StrPro_9_rec	1	5	,194	,172	-,796	,343
StrPro_10_rec	1	5	,431	,170	-,450	,339
StrPro_11_rec	1	5	-,316	,170	-,803	,339
StrPro_12_rec	1	5	,458	,171	-,636	,341
StrPro_13	1	5	1,009	,172	,457	,341
StrPro_14	1	5	,800	,170	-,275	,339
StrPro_15	1	5	,717	,170	,387	,339
StrPro_16	1	5	-,058	,170	-,820	,338
StrPro_17	1	5	1,060	,170	,356	,339
FlexAr_1_rec	1	5	-,646	,170	,096	,338
FlexAr_2_rec	1	5	-,411	,170	-,297	,339
FlexAr_3_rec	1	5	-,398	,169	-,358	,337
FlexAr_4	1	5	,017	,171	-,914	,340
FlexAr_5_rec	1	5	-,373	,170	-,311	,338
FlexAr_6_rec	1	5	-,623	,169	,220	,337
FlexAr_7	1	5	-,728	,170	,208	,339
FlexAr_8_rec	1	5	-,460	,170	,146	,338
StruBe_1_rec	1	5	-,452	,170	,220	,338
StruBe_2	1	5	,961	,170	,469	,338
StruBe_3_rec	1	5	-,250	,170	-,939	,338
StruBe_4_rec	1	5	,642	,169	-,693	,337

StruBe_5	1	5	1,328	,170	**2,**037	,338
StruBe_6_rec	1	5	,411	,170	-,572	,339
StruBe_7	1	5	-,602	,171	-,489	,340
Quali_1_rec	1	5	-1,113	,171	,825	,340
Quali_2_rec	1	5	-,826	,170	-,008	,338
Quali_3_rec	1	5	-,090	,169	-,914	,337
Quali_4_rec	1	5	-,250	,170	-,939	,338
Quali_5_rec	1	5	,671	,170	-,185	,339
Quali_6_rec	1	5	-,179	,170	-,730	,338
Quali_1_rec	1	5	-,418	,170	-,632	,338
QM_1_rec	1	5	-1,140	,170	1,510	,339
QM_2_rec	1	5	-,482	,170	,143	,339
QM_3_rec	1	5	-,263	,170	-,611	,339
QM_4_rec	1	5	-,626	,171	-,186	,340
QM_5_rec	1	5	-,680	,171	-,375	,340
QM_6_rec	1	5	-,185	,170	-,631	,339
QM_7_rec	1	5	-,198	,171	-1,055	,341
QM_8_rec	1	5	-,256	,171	-,834	,341
QM_9_rec	1	5	-,073	,175	-,846	,349
QM_10_rec	2	5	-,462	,170	-,673	,338
Führ_1_rec	1	5	-,337	,170	-,168	,339
Führ_2_rec	1	5	-,147	,171	-,605	,341
Führ_3_rec	1	5	-,326	,171	-,463	,341
Führ_4_rec	1	5	-,478	,170	,096	,339
Führ_5_rec	1	5	,008	,171	-,836	,340
Führ_6_rec	1	5	,107	,170	-,972	,338
Führ_7_rec	1	5	-,619	,169	-,112	,337
Führ_8_rec	1	5	-,207	,170	-,085	,339
Führ_9_rec	1	5	-,254	,170	,212	,339
Führ_10_rec	1	5	-,168	,170	-,687	,339
Führ_11_rec	1	5	-,753	,172	,408	,341
Führ_12_rec	1	5	-,442	,170	-,089	,339
Führ_13_rec	1	5	-,916	,171	,547	,340
Führ_14_rec	1	5	-,143	,172	-,813	,343
Führ_15_rec	1	5	-,337	,172	-,559	,342
Führ_16_rec	1	5	-,291	,172	-,511	,341
Kollek_1	1	5	,101	,171	-1,007	,340
Kollek_2	1	5	-,304	,170	-,532	,339
Kollek_3	1	5	,173	,170	-,944	,339
Kollek_4	1	5	-,073	,170	-,774	,339
Kollek_5	1	5	,032	,170	-,862	,338
Kollek_6	1	5	-,432	,172	-,552	,343
Kollek_7	1	5	-,268	,171	-,899	,341

AutPart_1_rec	1	5	-,006	,170	-,903	,339
AutPart_2_rec	1	5	-,099	,170	-,735	,338
AutPart_3_rec	1	5	-,250	,171	-,420	,340
AutPart_4_rec	1	5	-,415	,170	-,282	,338
AutPart_5_rec	1	5	-,253	,171	-,701	,340
AutPart_6_rec	1	5	-,113	,170	-,864	,339
AutPart_7	1	5	-,027	,170	-,921	,339
AutPart_8_rec	1	5	-,098	,172	-,260	,342
AutPart_9_rec	1	5	-,128	,172	-,708	,341
AutPart_10_rec	1	5	-,580	,171	-,060	,341
AutPart_11_rec	1	5	-,639	,171	-,064	,341
IntBez_1_rec	1	5	-,270	,170	-,472	,339
IntBez_2	1	5	-,166	,171	-,692	,340
IntBez_3_rec	1	5	-,605	,170	,011	,338
IntBez_4_rec	1	5	-,367	,170	-,034	,338
IntBez_5_rec	1	5	-,307	,170	-,036	,339
IntBez_6_rec	1	5	-,254	,171	-,660	,340
IntBez_7_rec	1	5	-,414	,171	,120	,340
IntBez_8_rec	1	5	-,444	,171	-,136	,340
IntBez_9	1	5	-,534	,170	-,535	,339
IntBez_10_rec	1	5	-,694	,172	,360	,342
IntBez_11_rec	1	5	-,931	,170	1,381	,339
IntBez_12	1	5	-,565	,171	-,293	,340
IntBez_13_rec	1	5	-,185	,170	-,468	,339
IntBez_14_rec	1	5	-,282	,170	-,410	,339
IntBez_15	1	5	-,648	,171	-,274	,340
Konfl_1_rec	1	5	-,103	,170	-,344	,338
Konfl_2_rec	1	5	,058	,171	-,960	,340
Konfl_3_rec	1	5	-,182	,171	-,774	,340
Konfl_4_rec	1	5	-,138	,171	-,274	,340
Konfl_5_rec	1	5	-,110	,171	-,238	,341
Konfl_6_rec	1	5	-,341	,171	-,010	,341
Konfl_7	1	5	-,423	,171	-,378	,341
Konfl_8_rec	1	5	-,339	,171	,316	,341
Konfl_9_rec	1	5	-,525	,171	,304	,340
Konfl_10_rec	1	5	-,066	,171	-,342	,341
Konfl_11_rec	1	5	-,548	,170	-,474	,339
Konfl_12_rec	1	5	-,469	,171	-,002	,340
Konfl_13_rec	1	5	,155	,171	-,089	,340
Konfl_14_rec	1	5	-,179	,172	-,379	,341
Konfl_15_rec	1	2	,412	,176	-1,850	,351
Konfl_16_rec	1	2	-2,099	,172	2,430	,341
Konfl_17_rec	1	5	-,878	,186	,362	,370

Konfl_18_rec	1	5	-,146	,185	-,539	,368
Konfl_19_rec	1	5	-,401	,191	-,212	,379
Konfl_20_Umg-Fehl_rec	1	5	-,462	,170	-,006	,339
Konfl_21_Umg-Fehl_rec	1	5	-,128	,172	-,452	,341
Konfl_22_UmgFehl	1	5	-,337	,171	-,422	,341
Konfl_23_Umg-Fehl_rec	1	5	-,324	,171	-,137	,341
Konfl_24_Umg-Fehl_rec	1	5	-,110	,171	-,655	,341
Konfl_25_Umg-Fehl_rec	1	5	-,087	,172	-,691	,343
Konfl_26_UmgFehl	1	5	-,481	,171	-,370	,341
Konfl_27_Umg-Fehl_rec	1	5	-,661	,171	-,160	,340
Konfl_28_UmgFehl	1	5	-,190	,172	-,871	,342
Konfl_29_Umg-Fehl_rec	1	5	-,269	,173	-,732	,345

Lediglich sechs Items weisen eine Schiefe > 1 und nur sieben Items einen Exzess > 1 auf. Es liegt augenscheinlich eine angemessene Homogenität im Datenpool vor. Die Items sind sowohl links- als auch rechtsschief verteilt, wobei ein Großteil der Items linksschief verteilt ist. Das Ergebnis bedeutet nicht, dass die Daten in der vorliegenden Stichprobe mutlivariat normalverteilt sind, da dieser Schnelltest höchstens auf univariate Normalverteilung prüft. Dennoch rechtfertigt nach West, Curran und Finch (1995) dieses Ergebnis die Anwendung der Maximum Likelihood-Methode. Zusätzlich dazu wurde noch der *Kolmogorov-Smirnov-Test* auf multivariate Normalverteilung durchgeführt. Der Test fiel für jedes Item signifikant aus ($p < .001$), keines der Items ist multivariat normal verteilt. Zum gleichen Ergebnis kommt der *Mardia-Test* ($z=19.72$; $p<.001$). Wir folgen der Empfehlung von Bühner (2006), trotz Robustheit der ML-Schätzmethode bei konfirmatorischen Faktorenanalysen gegenüber Verletzungen der multivariaten Normalverteilung, einen korrigierten $\chi 2$-Wert anzugeben, um einer Überschätzung vorzubeugen. Das erfolgt mit Hilfe der *Bollen-Stine-Bootstrap-Korrektur* des p-Wertes.

Minimum- und Maximumwerte der Items sind nur bei zwei Items auffällig, bei denen keiner der Ausfüllenden den Wert 1 („trifft voll zu“) angegeben hat. Eines der Items wurde eliminiert, da es beim Ausfüllen missverständlich verstanden sein worden könnte, das andere wurde wegen der inhaltlichen Bedeutung beibehalten.

Fehlende Werte im Datensatz werden mit dem Median aller Nachbarpunkte ersetzt. Um Verzerrungen zu minimieren, wurden sechs Items mit mehr als 5 % fehlenden Werten ausgeschlossen. Die ausgeschlossenen Items bezogen sich einheitlich auf ein Fehlermelde-System, das nach Anregung des Beirates mit in die Befragung aufgenommen worden war. Vorangestellt war eine Weichenfrage („Kennen Sie...?“), so dass der dazugehörige Block öfter nicht ausgefüllt wurde. Der Ausschluss der Items stellt keinen Datenverlust für die Erstellung des Screenings dar.

Die Reliabilität oder *interne Konsistenz* der a priori postulierten Skalen bzw. Faktoren wurde mit Hilfe des Cronbachs Alpha Wertes berechnet. Folgende Tabelle zeigt die entsprechenden Werte.

Interne Konsistenz der a piori formulierten Faktoren/Skalen

Skala/Faktor	Cronbachs Alpha
Kommunikation	.794
Strukturen und Prozesse	.884
Flexible Arbeitsteilung	.790
Strukturelle Beschaffenheit	.243
Qualifizierungsmaßnahmen	.408
Qualitätssicherung (QM)	.819
Führung	.916
Kollektive Wertvorstellungen	.904
Autonomie und Partizipation	.905
Interpersonelle Beziehungen	.904
Konflikt- und Fehlermanagement	.873 (Konfl_1 bis Konfl_14)
	.859 (Umgang mit Fehlern)

TAA-KH-Skalen	.805 (Informationsdefizite)
	.831 (Zeitressourcen)
	.772 (Individuelle Autonomie)

Bei Cronbachs-Alpha-Koeffizienten ab .70 wird angenommen, dass die Items einer Skala oder eines Faktors eine akzeptable interne Konsistenz aufweisen. Dieser Wert wird für die Skala „Strukturelle Beschaffenheit“ (.243) und „Qualifizierungsmaßnahmen“ (.408) deutlich unterschritten. Selbst wenn diese Faktoren einen Einfluss auf die Qualität interprofessioneller Kooperation hätten, würden sich die ausgewählten Items eher schlecht für die Beschreibung dieser Faktoren eignen. Informationen aus den parallel laufenden qualitativen Erhebungen gaben Hinweise darauf, dass sowohl strukturelle Merkmale von Teams, wie z. B. Merkmale der Zusammensetzung (Geschlechterverteilung, kultureller Hintergrund etc.) als auch Qualifizierungsmaßnahmen (z. B. Fortbildungen), einen vergleichsweise geringeren Stellenwert als Einflussfaktor auf das Gelingen der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege zugesprochen bekommen als andere Einflüsse.

Aufgrund der hohen Itemanzahl pro Faktor wurde der Reliabilitätstest zum Ausschluss weiterer Items herangezogen. War der Wert der internen Konsistenz der Gesamtskala nach Eliminierung eines der Items höher als unter seinem Einschluss, wurde es ebenfalls entfernt. Das traf auf neun Items zu.

Die Skala „individuelle Autonomie“ (TAA-KH-Skala, 4 Items) wurde *aus inhaltlichen und testökonomischen Gründen* entfernt. Die Skala des Faktors *Autonomie* besteht bereits aus zahlreichen Items, die sich allerdings eher auf die Autonomie des Teams beziehen. Auch die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung legen nahe, dass der Aspekt individueller Autonomie dem der Teamautonomie untergeordnet ist.

Weiterhin wurde die *Anti-Image-Matrix* zur Feststellung der Eignung eines Items für die Durchführung einer Faktorenanalyse geschätzt. Drei Items wiesen in der Diagonale der Anti-Image-Matrix einen Wert kleiner als .60 auf und wurden entfernt.

Die spezifische Überprüfung der Tauglichkeit des Datensatzes für die Durchführung einer exploratorischen Faktorenanalyse mittels Beurteilung des *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO-) Maßes* sowie der Durchführung des *Bartlett-Tests auf Sphärizität* ergab, dass insgesamt von einer guten Eignung der Daten ausgegangen werden kann.

Ergebnisse der exploratorischen Faktorenanalyse

Durch die Eliminierung einiger Items aus statistischen und/oder inhaltlichen Gründen hat sich die angenommene Faktorenanzahl bereits von elf auf *neun postulierte Faktoren* reduziert. Die Dimensionen „Qualifizierungsmaßnahmen“ und „Strukturelle Beschaffenheit“ wurden nicht in die nachfolgenden Analysen einbezogen.

Zur Bestimmung der *Anzahl zu extrahierender Faktoren* sind in der folgenden Tabelle das Kaiser-Guttman-Kriterium, die Parallelanalyse, der MAP-Test zusammengefasst. Nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium müssten 27 Faktoren extrahiert werden, da diese Anzahl an Faktoren einen Eigenwert größer 1 besitzen. Die Ergebnisse der Parallelanalyse legen eine 7-Faktorenlösung nahe. Folgt man dem MAP-Test und seinen Ergebnissen, so müssten 17 Faktoren extrahiert werden. Das Ergebnis des Scree-Tests ist nicht eindeutig interpretierbar. Je nach Betrachtungsweise lässt sich ein „Knick“ im Eigenwertverlauf nach zwei bzw. fünf oder sechs Faktoren vermuten. Da nach Bortz (2005) die Anzahl der bedeutsamen Faktoren unter Berücksichtigung des *Kaiser-Guttman-Kriteriums* häufig überschätzt werden, vor allem, wenn eine große Anzahl an Items vorliegt, scheint die 27-Faktorenlösung nicht geeignet zu sein. Der *Scree-Test* erlaubt die Interpretation einer 2-, 5- oder 6-Faktorenlösung.

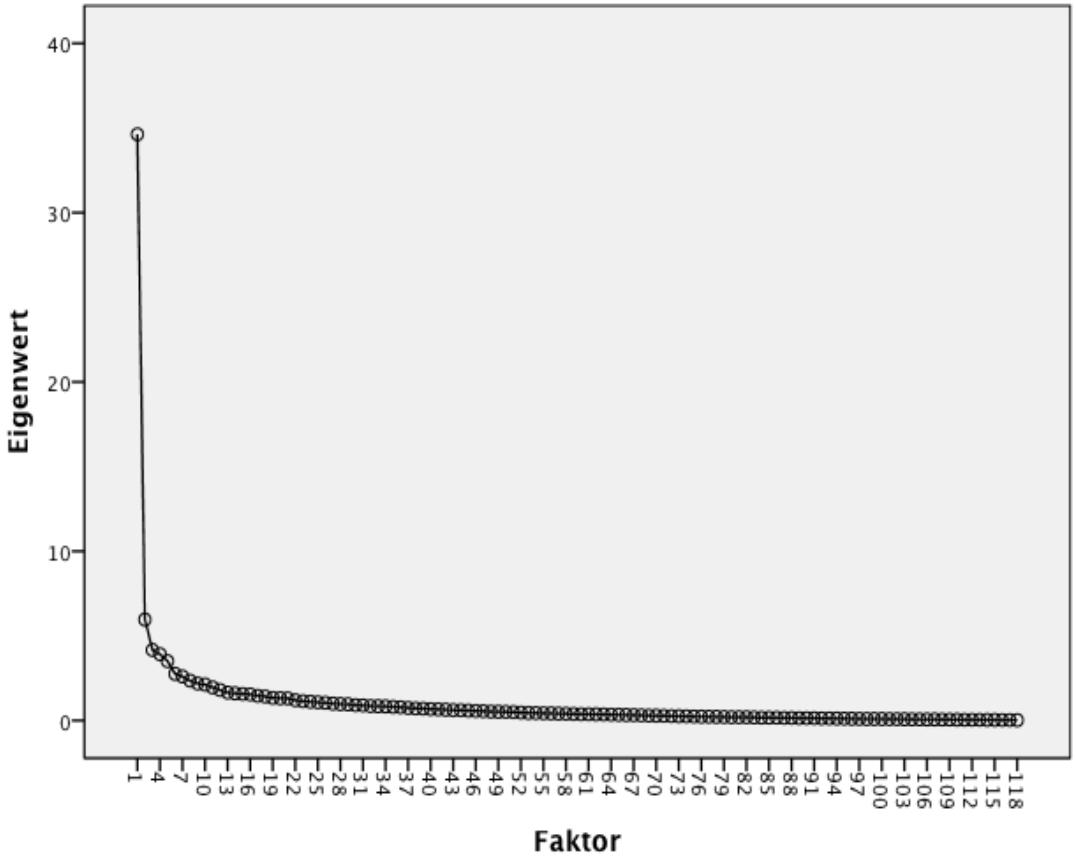
Kriterien zur Bestimmung der Faktorenanzahl

	Kaiser-Guttmann	Parallelanalyse			MAP-Test
Faktor	Eigenwert	Zufälliger Eigenwertverlauf		Empirischer Eigenwertverlauf	Quadrierte Partialkorrelation
1	34,629	3,110	<	34,629	.0899
2	5,9621	2,930	<	5,962	.0141
3	4,1648	2,825	<	4,164	.0122
4	3,923	2,737	<	3,923	.0113
5	3,512	2,650	<	3,512	.0104
6	2,757	2,578	<	2,757	.0097
7	2,602	2,512	<	2,602	.0095
8	2,354	2,449	>	2,354	.0092
9	2,193	2,392	>	2,193	.0089
10	2,127	2,335	>	2,127	.0089
11	1,956	2,281	>	1,956	.0087

17	1,461	2,009	>	1,461	.0085
18	1,420	1,965	>	1,420	.0086

Anmerkung: Werte der Faktoren 12-16 sowie 19-118 werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht aufgeführt.

Screeplot (Eigenwertverlauf)



Die Parallelanalyse wurde auf Grundlage von 1000 erzeugten Stichproben, 206 Fällen und 118 Variablen durchgeführt. Erst beim achten „zufällig“ erzeugten Eigenwert übersteigt dieser den empirischen Eigenwert, so dass nach diesem Ergebnis 7 Faktoren zu extrahieren sind. Nach den Ergebnissen des MAP-Tests zu urteilen, müssten 17 Faktoren extrahiert werden, da sich die kleinste quadrierte Partialkorrelation auf Faktor 17 befindet.

In Abwägung der Ergebnisse der Tests in Relation zu den Ausgangsüberlegungen erscheint die Ausgangsberechnung im Rahmen einer *Neunfaktoren-Lösung* im ersten Schritt gerechtfertigt zu sein. Folgende Tabelle zeigt die Mustermatrix der Lösung aufgrund der Berechnungen mit den bislang verbliebenen 118 Items. Ladungen von Items mit a<.30 wurden unterdrückt.

Mustermatrix der Neun-Faktoren-Lösung (Schritt 1)

Item	Faktor								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
IntBez_11_rec	,759								
IntBez_4_rec	,734								
IntBez_5_rec	,707								
IntBez_7_rec	,676								
Konfl_4_rec	,637								
Konfl_6_rec	,624								
Konfl_9_rec	,603								
IntBez_1_rec	,595								
IntBez_8_rec	,585								
IntBez_9	,553								
IntBez_12	,545				,398				
Konfl_8_rec	,545								
Konfl_7	,530								
Führ_13_rec	,508							,326	
IntBez_3_rec	,507		,352						
Konfl_10_rec	,496								
IntBez_10_rec	,494		,322						
IntBez_15	,490								
FlexAr_4	,475					,411			
Konfl_5_rec	,472	,420							
IntBez_13_rec	,452								
FlexAr_1_rec	,446			,309					,329
Konfl_22_UmgFehl	,431				,319				
Konfl_1_rec	,429								
IntBez_6_rec	,426		,335						

Konfl_13_rec	,416							
Konfl_23_UmgFehl_rec	,364							
IntBez_14_rec	,360	,321						
Konfl_24_UmgFehl_rec	,347						,315	
StrPro_4_rec		,852						
StrPro_6_rec		,831						
StrPro_5_rec		,804						
StrPro_8_rec		,728						
StrPro_2_rec		,699						
StrPro_7_rec		,618						
StrPro_10_rec		,585			,328			
StrPro_3_rec		,567						
Führ_2_rec		,549						
StrPro_1_rec		,546						
Führ_10_rec		,534						
Führ_1_rec		,519						
Konfl_3_rec	,404	,478						
StruBe_1_rec		,474				,379		
StrPro_11_rec	-,350	,441		,305				
TAA_1_InfoDef		,440			,330			
StrPro_12_rec		,437		,330				
TAA_3_InfoDef		,434						
Komm_6_rec		,432				,334		
AutPart_9_rec		,427						
Führ_3_rec		,423						
Führ_14_rec		,422	,397					
Konfl_2_rec	,403	,416						
Komm_10_rec		,415						
Komm_8_rec		,378						
StruBe_7		,374						-,358
Führ_8_rec		,360	,303					
Führ_15_rec		,342	,319					
Komm_4_rec								
AutPart_4_rec			,798					
AutPart_5_rec			,747					
AutPart_7			,618					
AutPart_6_rec			,591					
AutPart_3_rec			,506					
Konfl_21_UmgFehl_rec			,492					
Konfl_27_UmgFehl_rec			,483					,418
AutPart_1_rec			,463					
AutPart_2_rec			,462					
Konfl_26_UmgFehl	,336		,389					

Konfl_14_rec			,380						
Konfl_20_UmgFehl_rec			,366						
Konfl_25_UmgFehl_rec			,314						
QM_4_rec				,660					,434
QM_5_rec		-,304		,647					,400
Führ_6_rec				,588					
Führ_12_rec				,578					
Führ_9_rec				,563					
Führ_7_rec				,540					
Führ_5_rec			,334	,514					
Führ_4_rec				,481					
QM_2_rec				,469				,332	
FlexAr_2_rec	,390			,423					
AutPart_8_rec			,325	,374					
Führ_16_rec				,337					
Kollek_7					,802				
Kollek_4					,777				
Kollek_6					,744				
Kollek_3					,735				
Kollek_5					,648				
Kollek_2					,642				
Kollek_1					,638				
TAA_6_ZeitR						,818			
TAA_4_ZeitR						,739			
TAA_5_ZeitR						,734			
TAA_9_ZeitR						,668			
TAA_8_ZeitR						,639			
TAA_7_ZeitR						,621			
StrPro_17						,546			
StrPro_14						,493			
StrPro_16						,475			
Komm_12_rec							,568	,363	
FlexAr_8_rec							,504		
FlexAr_5_rec							,496		
Komm_11_rec							,493	,439	
Komm_5_rec							,466		
Komm_7_rec		,406					,451		
Komm_1_rec							,413		
FlexAr_3_rec	,359			,409			,411		
TAA_2_InfoDef							,393		
Komm_2_rec							,379		
Komm_3_rec							,372		
Komm_13_rec							,371		

FlexAr_6_rec	,316			,331		
QM_3_rec					,747	
QM_7_rec					,592	
QM_8_rec					,572	
QM_6_rec					,362	
Konfl_12_rec			,369			,717
AutPart_11_rec						,413

Im Ergebnis liegt *keine Einfachstruktur* vor. Die Struktur erlaubt keine eindeutige Interpretation, auf Faktor neun laden lediglich zwei Items, bei Faktor vier und sieben liegt eine Doppelladung vor, Faktor acht kann nicht eindeutig inhaltlich interpretiert werden. Insgesamt wurden 37 Items mit Doppel- oder Mehrfachladungen bei a $\leq$ .30 eliminiert. Bei strenger Auslegung der Selektionskriterien müssten vier der neun Faktoren ausgeschlossen werden. Faktoren vier und sieben ließen sich zwar inhaltlich interpretieren, genügen aber nicht den Kriterien zur Faktoreninterpretation. Da bei schwierigen Entscheidungen der Vergleich mehrerer Faktorstrukturen empfohlen wird, erfolgt im nächsten Schritt die Überprüfung einer 7- und 6-Faktorenlösung. Das Ergebnis der 6-Faktorenlösung findet sich in folgender Tabelle.

Mustermatrix 6-Faktoren (Schritt 2)

Item	Faktor					
	1	2	3	4	5	6
AutPart_4_rec	,911					
AutPart_5_rec	,861					
AutPart_7	,685					
AutPart_6_rec	,676					
Konfl_21_UmgFehl_rec	,664					
AutPart_3_rec	,628					
AutPart_2_rec	,579				,385	
AutPart_1_rec	,556					
Konfl_25_UmgFehl_rec	,515					
Konfl_14_rec	,497					
Konfl_20_UmgFehl_rec	,490		,315			
AutPart_9_rec	,461					
IntBez_9	,438	,309				

Konfl_23_UmgFehl_rec	,434					
AutPart_11_rec	,350					
Konfl_4_rec	,339					
Konfl_1_rec	,321					
Konfl_8_rec		,673				
IntBez_11_rec		,660			,403	
Konfl_9_rec		,618				
Komm_3_rec		,549				
IntBez_5_rec		,516	-,320			
FlexAr_8_rec		,516				
IntBez_4_rec		,505				
Komm_5_rec		,488				
Komm_1_rec		,483	,441			
Konfl_10_rec		,473				
Konfl_6_rec		,448				
IntBez_7_rec	,318	,447				
FlexAr_5_rec		,440		-,339		
IntBez_8_rec	,322	,428				
TAA_2_InfoDef		,406				,323
IntBez_1_rec		,388				
Komm_13_rec		,360				
IntBez_15		,343				
Konfl_7		,321		,318		
Konfl_13_rec						
StrPro_8_rec			,729			
StrPro_4_rec			,704			
StrPro_5_rec			,683			
StrPro_6_rec			,644			
StrPro_7_rec	,337		,634			
StrPro_2_rec			,595			
Komm_8_rec			,581	-,309		
TAA_3_InfoDef			,476			

Komm_2_rec		,350	,472			
StrPro_3_rec			,449			
Führ_1_rec			,414			
StrPro_1_rec			,389			
Komm_10_rec			,387			
QM_3_rec			,368			
Führ_2_rec			,356	,304	,318	
Führ_10_rec			,342		,330	
Kollek_7				,899		
Kollek_6				,834		
Kollek_5				,822		
Kollek_4				,783		
Kollek_3				,751		
Kollek_1				,708		
Kollek_2				,678		
QM_6_rec	,335			,357		
IntBez_13_rec				,319		
QM_8_rec						
Führ_4_rec					,640	
Führ_7_rec					,615	
Führ_6_rec					,579	
Führ_3_rec					,543	
Führ_9_rec					,520	
Führ_12_rec		,322			,499	
Führ_16_rec					,421	
QM_7_rec					,383	
TAA_6_ZeitR						,835
TAA_5_ZeitR						,734
TAA_4_ZeitR						,713
TAA_8_ZeitR						,684
TAA_9_ZeitR						,681
TAA_7_ZeitR						,656

StrPro_17	,542
StrPro_16	,485
StrPro_14	,452

Der Vergleich der 6- mit der 7-Faktorlösung ergab eine bessere Eignung der 6-Faktoren-Lösung. Die 6-Faktorenstruktur kommt einer Einfachstruktur näher, da sich vor allem die Items der Faktoren „Kommunikation“ und „Qualitätssicherung“ auf verschiedene Faktoren verteilen und damit auflösen. Auf die 7-Faktorenlösung trifft dies ebenfalls zu, wobei Faktor 5 und 7 nicht eindeutig interpretierbar sind, da Items mehrerer a priori Dimensionen Hauptladungen auf ihnen besitzen. Man könnte zwar in Betracht ziehen, dass sieben Faktoren in Frage kommen. In Abwägung aller Ergebnisse und abschließender ökonomischer und methodischer Gründe der Fragebogenkonstruktion wurde schließlich die *6-Faktorenlösung festgelegt*.

Wegen Doppel- oder Mehrfachladungen innerhalb der 6-Faktorenstruktur wurden insgesamt weitere 18 Items eliminiert. Darüber hinaus wurden zwei Items entfernt, die auf keinem der Faktoren eine bedeutende Ladung besitzen. Im nächsten Schritt erfolgte die Anpassung der Skalenlänge auf Grundlage der Selektionskriterien nach Backhaus et al. (2011). Auf Faktor eins wurden alle Items mit einer Ladung unter .46 entfernt. Auf den Faktoren zwei bis fünf alle Items mit einer Ladung unter .40. Die Abweichung vom konservativen Selektionskriterium von .50 wurde akzeptiert, um eine einheitliche Indikator-Item-Anzahl pro Faktor zu gewährleisten. Auf Faktor 6 wurden wegen der hohen Haupt- und geringen Nebenladungen alle Items beibehalten. Die folgende Tabelle zeigt die Mustermatrix der korrigierten 6-Faktorlösung.

Mustermatrix der korrigierten 6-Faktorlösung (Schritt 3)

Item	Faktor					
	1	2	3	4	5	6
AutPart_4_rec	,899					
AutPart_5_rec	,888					
AutPart_7	,782					
AutPart_6_rec	,703					
AutPart_3_rec	,634					
Konfl_21_UmgFehl_rec	,499					
AutPart_1_rec	,495				,336	
Konfl_25_UmgFehl_rec	,487					

AutPart_9_rec	,461					
Kollek_7		,922				
Kollek_6		,880				
Kollek_4		,803				
Kollek_5		,803				
Kollek_3		,772				
Kollek_1		,718				
Kollek_2		,711				
TAA_6_ZeitR			,849			
TAA_5_ZeitR			,770			
TAA_4_ZeitR			,736			
TAA_9_ZeitR			,709			
TAA_8_ZeitR			,708			
TAA_7_ZeitR			,634			
StrPro_17			,565		,312	
StrPro_16			,507			
StrPro_14			,478			
StrPro_4_rec				,825		
StrPro_8_rec				,819		
StrPro_5_rec				,807		
StrPro_6_rec				,752		
StrPro_2_rec				,733		
StrPro_3_rec				,481		
TAA_3_InfoDef			,323	,445		
Führ_1_rec				,428	,318	
Führ_7_rec					,813	
Führ_4_rec					,810	
Führ_9_rec					,678	
Führ_6_rec					,676	
Führ_3_rec					,561	
Führ_16_rec					,558	
FlexAr_8_rec					,379	,323

Komm_5_rec	,377	,360
Konfl_9_rec		,835
Konfl_8_rec		,798
Konfl_10_rec		,666
Komm_3_rec		,553
Konfl_6_rec		,466
IntBez_4_rec		,429

Um zu starke Doppelladungen zu vermeiden und eine Einfachstruktur zu erhalten, wurden im nächsten Schritt weitere 7 Items entfernt. Aus inhaltlichen Gründen wurden darüber hinaus zwei Items aus Faktor eins eliminiert.

Finale Mustermatrix der 6-Faktorenlösung

Item	Faktor					
	1	2	3	4	5	6
Kollek_7	,917					
Kollek_6	,878					
Kollek_4	,783					
Kollek_5	,750					
Kollek_3	,744					
Kollek_2	,718					
Kollek_1	,717					
TAA_6_ZeitR		,841				
TAA_5_ZeitR		,797				
TAA_4_ZeitR		,777				
TAA_8_ZeitR		,719				
TAA_9_ZeitR		,713				
StrPro_16		,499				
StrPro_14		,492				
StrPro_4_rec			,889			
StrPro_5_rec			,854			
StrPro_8_rec			,826			

StrPro_6_rec		,807				
StrPro_2_rec		,660				
StrPro_3_rec		,486				
AutPart_4_rec			,906			
AutPart_5_rec			,876			
AutPart_7			,864			
AutPart_6_rec			,672			
AutPart_3_rec			,593			
AutPart_9_rec			,434			
Führ_7_rec				,828		
Führ_4_rec				,813		
Führ_9_rec				,725		
Führ_6_rec				,723		
Führ_16_rec				,593		
Führ_3_rec				,593		
Konfl_9_rec						,914
Konfl_8_rec						,781
Konfl_10_rec						,756
Konfl_6_rec						,501
Komm_3_rec						,488
IntBez_4_rec						,465

In der finalen Lösung weisen alle Items eine hohe Hauptladung und keine bedeutende Nebenladung auf. Damit ist eine *Einfachstruktur* gefunden. Nur sechs Items besitzen eine Hauptladung kleiner .50, vier weitere Items laden über .50, zwei Items über .60, *während alle übrigen Items eine Hauptladung größer .70* besitzen. Zudem lassen sich nun alle Faktoren anhand der auf ihnen ladenden Items, unter Berücksichtigung der statistischen Kriterien gut interpretieren. Insgesamt resultiert ein 6-Faktoren-Modell mit homogener Skalenlänge, das ***Gesamt-Instrument umfasst 38 Items***. Die *Faktoren-Interkorrelation* ist erwartungsgemäß gegeben, wie aus nachstehender Tabelle ersichtlich wird.

Faktorenkorrelationsmatrix des Hauptmodells

	IPP	ZeitR	Info	BetMög	TeamL	TFeed

IPP	--					
ZeitR	.24	--				
Info	.52	.16	--			
BetMög	.40	.13	.48	--		
TeamL	.50	.12	.57	.52	--	
TFeed	.46	.02	.39	.41	.47	--

Anmerkung: folgende Faktorenbezeichnungen wurden abgekürzt: *Interprofessionelle Perspektive = IPP; Zeitressourcen = ZeitR; Informationsfluss im Team = Info; Beteiligungs-möglichkeiten = BetMög; Teamleitung = TeamL; Teamklima und Feedback = TFeed*

Es fällt auf, dass der Faktor „Zeitressourcen“ die geringsten Interkorrelationen aufweist. Die Faktoren „Informationsaustausch im Team “ und „Interprofessionelle Perspektive “ weisen den stärksten Zusammenhang auf (r=.66).

Der *Vergleich mit den Ergebnissen alternativer Analysemethoden* zeigt, dass alle vier zu vergleichbaren Faktorenstrukturen führen, wobei die Hauptkompomenten-Analysen eine 6-faktorielle und die Hauptachsen-Analysen eine 5-faktorielle Struktur als Endergebnis berechnen. Inhaltlich sind die Faktoren in den verschiedenen Ergebnisstrukturen miteinander vergleichbar.

Modellvergleiche nach Faktoren- und Itemanzahl

Methode	Faktorenstruktur	Itemanzahl
Variante 1 (Hauptmodell)	6-faktoriell	38
Variante 2	5-faktoriell	40
Variante 3	6-faktoriell	35
Variante 4	5-faktoriell	30

Ergebnisse der konfirmatorischen Faktoranalyse

Die Durchführung der konfirmatorischen Faktorenanalyse erfolgte auf Grundlage von sogenannten Ankeritems, deren unstandardisierte Faktorladungen auf 1 gesetzt wurden. Hierfür wurde das Item eines Faktors ausgewählt, dass im Zuge der explorativen Analysen die höchste Ladung auf dem jeweiligen Faktor besitzt. Dies entspricht dem Vorgehen nach Byrne (2010). Die Faktorenbezeichnungen in Tabelle 16 wurden hier bereits an die letztliche Fassung angepasst.

Ankeritems der Faktoren im konfirmatorischen Modell

Ankeritem	Faktor

(Kollek_7) *„Die unterschiedlichen Denkweisen der Ärzte und Pflegekräfte erschweren die Bildung einer gemeinsamen Basis für die Patientenversorgung.“*	**Interprofessionelle Perspektive**
(TAA_6_ZeitR) *Man hat bei der Arbeit wegen kurzfristigen Terminvorgaben immer wieder Zeitdruck.*	**Zeitressourcen**
(StrPro_4_rec) *...unmittelbar über Fehler zu sprechen.*	**Informationsfluss im Team**
(AutPart_4_rec) *Jeder kann sich bei uns offen zu Meinungen von Entscheidungsträgern äußern, ohne negative Folgen fürchten zu müssen.*	**Beteiligungsmöglichkeiten**
(Führ_7_rec) *...wird jede(r) über Aktuelles, Wichtiges oder Neues im Allgemeinen reibungslos durch die Vorgesetzten informiert.*	**Teamleitung**
(Konfl_9_rec) *Ich bekomme hilfreiche Kritik von anderen.*	**Teamklima und Feedback**

Anmerkung: Ankeritems für Variante 1 (Hauptmodell)

Die Ergebnisse der Analyse zur Modellschätzung sind in der folgenden Tabelle aufgeführt. Die Fit-Indizes sind uneinheitlich und weisen insgesamt auf einen mittelmäßigen Modellfit hin.

Fit-Indikatoren für das Hauptmodell

	÷2	df	p	RMSEA	SRMR	CFI	TLI
Hauptmodell	1169.184	650	0.000	0.062	0.075	0.872	.861

Anmerkung: 6-Faktoren-Modell; Methode: Variante 1

Die Werte für den RMSEA sowie den SRMR liegen innerhalb der geforderten Cut-off-Grenzen. Das Verhältnis des $\chi 2$-Wertes und der Freiheitsgrade (df) ist kleiner als 2.5, was den geforderten Richtwerten entspricht (Homburg et al., 1995, S.169). Des Weiteren ist der p-Wert sig-

nifikant und nach diesem Ergebnis mósste das Modell abgelehnt werden. Die Bootstrap-Korrektur, die auf 1000 simulierten Stichproben basierte, ergab, dass das Modell in allen Simulationsstichproben besser passte. Der p Wert wurde mit p = .001 ausgegeben. Damit ist der korrigierte p-Wert etwas hφher als der eigentliche Wert. Daher kann man davon ausgehen, dass sich die Verletzung der multivariaten Normalverteilung auf den empirischen p-Wert auswirkt (Vgl. Bóhner, 2006). Deshalb ist die Betrachtung weiterer Fit-Indikatoren zur Beurteilung der Modellgóte unbedingt notwendig. Dazu werden die Werte CFI und TLI herangezogen. Beide befinden sich zwar in Nähe des empfohlenen Wertes von .90 (Homburg et al., 1995), jedoch deutlich außerhalb des von Hu & Bentler (1998, 1999) geforderten Cut-Off-Wertes von .95.

Der Vergleich mit drei alternativen Modellen erbrachte einen leicht besseren Fit des 5-Faktorenmodells. Der *RMSEA-Wert* ist am kleinsten im Hauptmodell. Dennoch liegt der RMSEA-Wert in allen Modellen innerhalb des geforderten Bereiches von <.08. Der SRMR-Wert liegt ebenfalls in allen Modellen deutlich unter dem Cut-Off-Richtwert von <.11, mit dem höchsten Wert im Hauptmodell (.075). Wir betrachten aus den RMSEA-Wert als wichtigsten Fit-Wert im Vergleich und konstatieren, dass unser Modell trotz der Schwächen einiger Fit-Indizes insgesamt als eingeschränkt bestätigt gelten kann.

Screening-Ableitung und Zusammensetzung

Nachfolgend sind die endgültige Screening-Version (vgl. Anhang ab S. 119) inklusive der neu benannten Faktoren mit Formulierungen, ergänzt um die Faktorladung jedes Items dargestellt. Aus der letzten Spalte wird das ursprüngliche Verfahren, aus dem das jeweilige Item stammt, ersichtlich.

Tabelle: Screening-Finale Version

Itembezeichnung	Itemformulierung	a	Verfahren
	Faktor 1: Interprofessionelle Perspektive		
Kollek_7	Die unterschiedlichen Denkweisen der Ärzte/Pflegekräfte erschweren die Bildung einer gemeinsamen Basis für die Patientenversorgung.	.83	Eigenes Items
Kollek_6	Die interprofessionelle Zusammensetzung bei uns erschwert die Entwicklung eines gemeinsamen Aufgabenverständnisses.	.81	WIP
Kollek_4	Ärzte/Pflegekräfte bemühen sich zu wenig, die Denkweisen und methodischen Vorgehensweisen der anderen Berufsgruppe zu verstehen.	.78	WIP
Kollek_5	Ärzte/Pflegekräfte haben unterschiedliche Zielvorstellungen.	.69	WIP
Kollek_3	Es wird zu wenig Zeit und Mühe aufgewendet, um ein gemeinsames Aufgabenverständnis zu entwickeln.	.79	WIP

Kollek_2	Ärzte/Pflegekräfte können die eigene Sichtweise nur unzureichend verständlich machen.	.76	WIP
Kollek_1	Bei uns wird mehr über ärztlich-pflegerische Teamarbeit geredet als danach gehandelt.	.65	WIP
	Faktor 2: Zeitressourcen		
TAA_6_ZeitR	Man hat bei der Arbeit wegen kurzfristigen Terminvorgaben immer wieder Zeitdruck.	.80	TAA-KH
TAA_5_ZeitR	Man hat bei der Arbeit immer wieder zu viel auf einmal zu tun.	.82	TAA-KH
TAA_4_ZeitR	Man muss sich immer wieder sehr beeilen und wird trotzdem nicht mit seiner Arbeit fertig.	.80	TAA-KH
TAA_8_ZeitR	Man hat bei der Arbeit wegen Wünschen von Patienten immer wieder Zeitdruck.	.51	TAA-KH
TAA_9_ZeitR	Man muss immer wieder Tätigkeiten unter Zeitdruck verrichten, weil andere Personen nur zu bestimmten Zeiten erreichbar sind.	.60	TAA-KH
StrPro_16	Man muss sich bei der Arbeit immer wieder über Regeln und Vorschriften hinwegsetzen, um überhaupt fertig zu werden.	.52	TAA-KH
StrPro_14	Es kommt vor, dass ein Patient nicht die zeitliche Aufwendung und Betreuung erhält, die eigentlich gut für ihn wäre.	.47	TAA-KH
	Faktor 3: Informationsaustausch im Team		
	In den Besprechungen zwischen Ärzt(inn)en und Pflegekräften gibt es die Möglichkeit...		
StrPro_4_rec	...unmittelbar über Fehler zu sprechen.	.81	Eigenes Items
StrPro_5_rec	...das gemeinsame Vorgehen auf den einzelnen Patienten abzustimmen.	.91	Eigenes Items
StrPro_8_rec	...sich gegenseitig über Termine zu informieren.	.81	Eigenes Items
StrPro_6_rec	...Rat und Unterstützung zu bekommen.	.82	Eigenes Items
StrPro_2_rec	Visiten finden bei uns regelmäßig mit gemeinsamer ärztlich-pflegerischer Beteiligung statt.	.43	Eigenes Items
StrPro_3_rec	Übergaben finden bei uns regelmäßig mit gemeinsamer ärztlich-pflegerischer Beteiligung statt.	.38	Eigenes Items
	Faktor 4: Beteiligungsmöglichkeiten		
AutPart_4_rec	Jeder kann sich bei uns offen zu Meinungen von Entscheidungsträgern äußern, ohne negative Folgen fürchten zu müssen.	.77	SaMoA
AutPart_5_rec	Mitarbeiter(innen) werden ermutigt und bestärkt, den eigenen moralischen Standpunkt hinsichtlich Vorgehen und Vorhaben zu äußern.	.83	SaMoA
AutPart_7_rec	Bei uns gibt es für Mitarbeiter(innen) kaum eine Möglichkeit, bestehende Regeln und Normen zu verändern.	.62	SaMoA
AutPart_6_rec	Wenn bei uns wichtige Entscheidungen getroffen werden müssen, fließen dabei die Meinungen von vielen Mitarbeiter(inne)n ein.	.77	SaMoA

AutPart_3_rec	Auf geäußerte Vorschläge und Anregungen bekommt man bei uns eine angemessene Rückmeldung.	.78	SaMoA
AutPart_9_rec	An wichtigen Entscheidungen über Regeln der Zusammenarbeit werden die Mitarbeiter(innen) beteiligt.	.70	SaMoA
	Faktor 5: Teamleitung		
	In unserem ärztlich-pflegerischem Team...		
Führ_7_rec	...wird jede(r) über Aktuelles, Wichtiges oder Neues im Allgemeinen reibungslos durch die Vorgesetzten informiert.	.63	Eigenes Item
Führ_4_rec	...weiß jeder, an wen er sich wenden kann, um eine fachgerechte Anleitung zur Erledigung von Aufgaben zu erhalten.	.71	Eigenes Item
Führ_9_rec	...weiß Jede(r), auf welchem Weg und über wen er/sie an aktuelle, wichtige oder neue Informationen gelangen kann.	.61	Eigenes Item
Führ_6_rec	...werden Verbesserungspotenziale und auftretende Probleme bei der Patientenversorgung systematisch gesammelt.	.63	Eigenes Item
Führ_16_rec	...unterstützen die Vorgesetzten aktiv eine gelingende Kooperation zwischen Ärzt(inn)en und Pflegekräften.	.82	Eigenes Item
Führ_3_rec	...werden bei nicht routinemäßigen Aufgaben Anleitungen von medizinischem und pflegerischem Personal gemeinsam gegeben.	.68	Eigenes Item
	Faktor 6: Teamklima und Feedback		
Konfl_9_rec	Ich bekomme hilfreiche Kritik von anderen.	.71	FEZ*
Konfl_8_rec	Wenn ein(e) Kollege(in) einen Fehler von mir gesehen hat, kann ich mich darauf verlassen, dass er/sie mich darauf hinweist.	.64	FEZ
Konfl_10_rec	Wir geben uns häufig methodische Anregungen über bessere Vorgehensweisen.	.66	FEZ
Konfl_6_rec	Wenn es bei uns in prinzipiellen Dingen gegensätzliche Meinungen gibt, redet man offen darüber.	.72	SaMoA*
Komm_3_rec	Wir sprechen eine "gemeinsame Sprache", so dass keine Missverständnisse aufgrund von unterschiedlichen Fachsprachen auftreten.	.52	Eigenes Item
IntBez_4_rec	Bei uns besteht untereinander ein vertrauensvolles Verhältnis.	.67	TAA-KH*

Anmerkung: Hauptmodell (Variante 1); * = umformuliertes Items

Reliabilitäts- und Validitätsanalysen des Screenings

Im ersten Schritt erfolgte eine *Reliabilitätsanalyse* der entwickelten Skalen. Die interne Konsistenz für die einzelnen Skalen ist nachstehender Tabelle abgebildet. Es zeigt sich durchweg ein Cronbachs α > .80, was für eine durchgängig hohe Reliabilität der Skalen spricht.

Skalenreliabilitäten

Skala/Faktor	Cronbrachs á

Interprofessionelle Perspektivenübernahme (7 Items)	.90
Zeitressourcen (7 Items)	.83
Informationsaustausch im Team (6 Items)	.85
Beteiligungsmöglichkeiten (6 Items)	.88
Teamleitung (6 Items)	.84
Teamklima und Feedback (6 Items)	.82

Des Weiteren wurde die *Split-Half-Reliabilität* nach Spearman-Brown berechnet. Insgesamt betrug diese .79. Für die einzelnen Skalen ergaben sich folgende Werte: Interprofessionelle Perspektivenübernahme .87, Zeitressourcen .76, Informationsaustausch im Team .84, Beteiligungsmöglichkeiten .86, Teamleitung .85, Teamklima und Feedback .74. Auch diese Überprüfung deutet auf eine durchweg hohe Reliabilität hin.

Die *Inhaltsvalidität* kann insbesondere wegen des erheblichen Aufwandes beim Konstruktionsprozess unter Berücksichtigung von Standards bei der Fragebogenkonstruktion im Hinblick auf die Itemauswahl und –konstruktion als hoch eingeschätzt werden. Möglichen Verzerrungstendenzen wurde von Beginn an entgegengewirkt. Die Items wurden für jeden Faktor sorgfältig und in mehrfachen Diskussionsrunden unter Beteiligung unterschiedlicher Sozialwissenschaftlerinnen ausgewählt und in ihren Formulierungen hinterfragt. Darüber hinaus kommen einige der eingesetzten Items aus bereits existierenden Verfahren, deren statistische Güte belegt ist.

Die *Konstruktvalidität* fassen wir mit Berichten über die konvergente und faktorielle Validität zusammen. Die *konvergente Validität* kann mittels Korrelation mit inhaltlich ähnlichen Verfahren geschätzt werden, wobei sich hohe Zusammenhänge zeigen sollten. In der vorliegenden Untersuchung wurde zu diesem Zweck das Maslach-Burnout-Inventory (MBI-GS-D) verwendet, welches das Burnout-Risiko auf Grundlage von 16 Items misst. Hierfür wurde für jeden der ermittelten Faktoren die Summenskala gebildet und mit der Summenskala des MBI korreliert. Zusätzlich wurde die subjektiv wahrgenommene Zufriedenheit mit der Qualität der interprofessionellen Kooperation im Team (Outcome 1) erhoben. Dies wurde anhand von neun Items realisiert. Die ursprüngliche Skala zur Messung von Outcome 1 bestand zwar aus zehn Items. Die interne Konsistenz erhöhte sich allerdings durch die Eliminierung des Items Out_10_rec von .89 auf .91. Auch hierfür wurde die Summenskala aus den verbliebenen neun Items gebildet und mit den Summenskalen der ermittelten Faktorenstruktur korreliert. Die Ergebnisse sind in nachstehender Tabelle zusammengefasst.

Korrelationen mit subjektiven Outcome-Maßen

	Outcome 1	MBI

Interprofessionelle Perspektive	,661**	-,364**
Zeitressourcen	,364**	-,309**
Informationsfluss im Team	,682**	-,366**
Beteiligungsmöglichkeiten	,608**	-,413**
Teamleitung	,612**	-,410**
Teamklima und Feedback	,587**	-,268**

Anmerkung: ** p < .01, Spearman-Rho (1-seitig)

Alle Summenskalen korrelieren sehr signifikant in der erwarteten Richtung mit den Summenskalen der Outcome-Maße. Die subjektiv von den Teammitgliedern wahrgenommene Qualität der interprofessionellen Kooperation im Team steht jeweils in einem deutlichen Zusammenhang mit allen Faktoren des Screenings. Der negative Zusammenhang der Faktoren mit dem Burnout-Risiko-Gesamtwert des MBI ist mäßig. Die Korrelationskoeffizienten übersteigen in ihrer Größe die Erwartungen deutlich. Dieses Ergebnis wird als sehr starker Beleg für die konvergente Validität des Screenings gewertet.

Die *faktorielle Validität* wurde mittels der konfirmatorischen Faktorenanalysen abgeschätzt. Problematisch ist dabei, dass beide Modellberechnungen auf der gleichen Stichprobe basierten, weshalb die Ergebnisse nur eingeschränkt Hinweise auf die faktorielle Validität liefern. Die Modellvergleiche im Zuge der explorativen Analysen sprechen hingegen für eine hohe faktorielle Validität, weil trotz der Anwendung verschiedener Schätzmethoden und Selektionskriterien Faktorenstrukturen gefunden wurden, die inhaltlich vergleichbare Skalen hervorbrachten, wobei die mittels der parallel verwendeten Hauptachsenanalyse identifizierte Faktorenstruktur exakt den Faktoren der Hauptkomponenten-Analyse zugeordnet werden konnte.

Die *Kriteriumsvalidität* des Verfahrens wurde mit Hilfe von Kennzahlen des Controllings berechnet (vgl. die Ausführungen unter 4.1 und 6.1). Hierzu wurden neben den oben genannten subjektiven die unter 6.1 beschriebenen objektiven Outcome-Maße zur Einschätzung der Teameffektivität in Anlehnung an das dort vorgestellte Modell Laut Lemieux-Charles et al. (2006) herangezogen. Zwischen den Faktorskalen und den Daten, die von Seiten des Klinik-Controllings bereitgestellt worden sind, zeigten sich die in nachfolgender Tabelle dargestellten Zusammenhänge.

Korrelationen mit objektiven Outcome-Maßen

	Fluktuation	INeK Verweildauer	Deckungs-beitrag	Leasing-Rate der Pflegekräfte
	-,157*	-,236**	-,073	-,064

Interprofessionelle Perspektivenübernahme				
Informationsfluss im Team	-,152*	-,210**	-,080	-,143*
Teamführung	-,147*	-,040	-,022	,120
Zeitressourcen	-,066	-,126	,274**	-,178*
Beteiligungsmöglichkeiten	,062	,059	,123	,060
Teamklima und Feedack	-,192**	-,050	-,065	,158*

Anmerkung: * $p \leq .05$; ** $p < .01$, Spearman-Rho (1-seitig); alle Daten sind auf Klinik-Ebene aggregiert.

Bei der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen den Faktorausprägungen und *Controlling-Daten* auf Klinik-Ebene fallen schwache signifikante bis sehr signifikante Werte auf. Die deutlichsten erwartungskonformen negativen Zusammenhänge zeigen sich zwischen der Teamfluktuation (definiert über die Summe der Zu- und Abgänge ärztlichen und pflegerischen Personals in 2013 in der entsprechenden Klinik) mit dem Faktor Teamklima und Feedback, zwischen der InEK-Verweildauer (definiert als relative Abweichung von der bundesdurchschnittlichen klinikspezifischen Verweildauer der Patientinnen und Patienten) und den Faktoren Interprofessionelle Perspektivenübernahme sowie Informationsfluss im Team und dem positiven Zusammenhang des Faktors Zeitressourcen mit dem Deckungsbeitrag der entsprechenden Kliniken. Alle anderen bedeutsamen Zusammenhänge können wegen des sehr schwachen Korrelationskoeffizienten (Rho < .20) vernachlässigt werden. Dennoch fällt auf, dass die weit überwiegende Anzahl der sehr schwachen Zusammenhänge erwartungskonform in der Richtung ihrer Ausprägung ist.

Da sämtliche Auswertungen auf Klinik-Ebene aggregiert sind und im Zusammenhang mit der Komplexität ihres Zustandekommens betrachtet werden müssen, stellen die zum Teil sehr bedeutsamen Korrelationen, die fast durchweg erwartungskonforme Richtungen ihres Zusammenhangs aufweisen, einen sehr starken Beleg der Kriteriumsvalidität des Messinstruments dar. So ließe sich anhand der Daten beispielsweise formulieren, dass die gemeinsam geteilte Varianz der durchschnittlichen InEK-Verweildauer der Patientinnen und Patienten auf den Stationen der einbezogenen Kliniken und der des Faktors Interprofessionelle Perspektivenübernahme bis zu 5,5 % beträgt. Angesichts der Anzahl an Patientinnen über alle Kliniken hinweg und der damit verbundenen komplexen Wechsel- und Auswirkungen ist dies ein eindrucksvolles Ergebnis.

Einschränkungen der quantitativ-empirischen Ergebnisse

Die Limitationen der Ergebnisse wurden an den entsprechenden Stellen ausgeführt, die wichtigsten werden kurz erneut zusammengefasst: Der Datensatz zur faktoriellen Überprüfung unserer Modelle mittels der konfirmatorischen Analyse war identisch mit dem der explorativen Analysen, was die Aussagekraft der konfirmatorischen Berechnungen stark einschränkt. Bei erneutem Einsatz des Screenings sollte die Validierung möglichst anhand einer Stichprobengröße von N>200 wiederholt werden. Leider war es nicht möglich, zu den objektiven Validierungsdaten auch die Patientenzufriedenheit der Kliniken hinzuzufügen, was die Berechnungen zusätzlich aufgewertet hätte. Eine deutliche Einschränkung der Berechnungen ergibt sich auch aus der unausgewogenen Stichprobenzusammensetzung hinsichtlich der Verteilung der Teilnehmenden über die unterschiedlichen Kliniken hinweg. Zwar ist dieser Aspekt für die Kernziele des Projekts, die Erstellung des Screening und die Identifizierung von wichtigen Faktoren im Zusammenhang mit dem Gelingen der interprofessionellen Zusammenarbeit, weniger bedeutsam. Für den Gebrauch des Screenings und die anschließende Auswertung bietet sich allerdings ein Vergleich von Stationsbereichen an, um so womöglich Unterschiede, etwa nach Fachbereichen, möglich zu machen.

6.4 Ableitung von Handlungsempfehlungen

Allgemeine Konstruktbetrachtung

In einem ersten Schritt werden Handlungsempfehlungen gegeben, die auf einer übergeordneten Ebene angesiedelt sind. Hierbei werden die herausgearbeiteten und diskutierten Einflussfaktoren in ihren theoretischen und empirischen Zusammenhängen betrachtet, um darauf aufbauend Interventionsansätze zu empfehlen. Im Zuge der Screening-Entwicklung wurden viele Items konstruiert, ausgewählt und ausgewertet, die wegen der vorrangigen Itemselektion zwar nicht Bestandteil des entwickelten Screening-Verfahrens wurden, aber dennoch zur Beurteilung einzelner sowie des Zusammenspiels aller betrachteten Dimensionen herangezogen werden können.

Erwartungsgemäß steht eine übergeordnete Kerndimension des Screenings in einem engen Zusammenhang mit *„Möglichkeiten und Grenzen der interprofessionellen Kommunikation“.* Das Einnehmen einer *interprofessionellen Perspektive* ist ohne einen berufsgruppenübergreifenden Austausch nicht möglich. Wenn dieser Informationsaustausch auf mehreren Ebenen stattfindet, also sowohl informell als auch innerhalb formaler Strukturen, können Entscheidungsprozesse bei der Verfolgung von gemeinsamen Zielen sowie der abgrenzbaren oder gemeinsamen Aufgabenbewältigung reflektiert und im besten Fall nachvollzogen werden. Die Möglichkeit der Perspektivenübernahme erleichtert die Entwicklung einer verbundenen, übergeordneten Handlungssteuerung bei jedem einzelnen Teammitglied.

Unter diesem Blickwinkel zeigt sich theoretisch bereits deutlich der auch empirisch bestätigte *Zusammenhang* mit anderen Einflussfaktoren. Dazu zählt insbesondere der Faktor Informationsaustausch, aber auch die Beteiligungsmöglichkeiten und die Teamführung. Der *Informationsaustausch im Team* umfasst sowohl fachliche als auch zwischenmenschliche kommunikative Anteile und Prozesse, mit einem deutlichen Schwerpunkt auf der Strukturierung des Informationsflusses. Der Faktor *Beteiligungsmöglichkeiten* bildet einerseits Möglichkeiten und Gepflogenheiten im Zusammenhang mit einer offenen Meinungsäußerung im Team sowie andererseits und damit verbunden Partizipationsmöglichkeiten des Einzelnen an Entscheidungsprozessen ab. Auch beim Faktor *Teamleitung* stehen kommunikative Steuerungsprozesse im Vordergrund. Dabei spielt vor allem die Herstellung von Transparenz hinsichtlich der zu erledigenden Aufgaben sowie der Möglichkeiten, an Informationen zu gelangen, eine zentrale Rolle.

Die statistisch signifikanten Korrelationen zwischen diesen Faktoren und - wenn auch etwas schwächer - mit dem Faktor *Teamklima und Feedback*, können als Hinweis auf ein latentes Gesamt-Konstrukt interpretiert und bewertet werden, woraus sich Handlungsempfehlungen für den Berufsalltag ableiten lassen.

Übergeordnete Handlungsempfehlungen

Einen ersten Hinweis auf geeignete Interventionsmaßnahmen geben Gaboury et al. (2009), die sich mit der Bedeutung von Teambesprechungen und anderen, komplexeren, kommunikativen Prozessen auseinandersetzen, wie z. B. Visiten. Auf der Grundlage von Experteninterviews weisen ihre Ergebnisse auf eine *dynamische Interaktion zwischen* den im vorherigen Absatz beschriebenen und im Forschungsprojekt bestätigten *Wirkfaktoren* hin. Die Autoren kommen unter anderem zu dem Schluss, dass fehlende Zeitressourcen, die von den Beschäftigten häufig angegeben werden, nicht allein betrachtet und für Probleme verantwortlich gemacht werden können. Diese Annahme lässt sich auch anhand der Ergebnisse unserer Untersuchung stützen. Der Faktor Zeitressourcen hängt mit allen anderen Einflüssen am wenigsten systematisch zusammen, was darauf hindeutet, dass die oben beschriebenen Wechselwirkungen der vor allem *kommunikationsbezogenen Faktoren* in einer relativen Unabhängigkeit vom Faktor Zeitressourcen interpretiert werden können. Diese Feststellung stützt die übergeordnete Annahme, dass es bei kommunikativen Prozessen in komplexen Arbeitsumwelten nicht in erster Linie die Quantität der zur Verfügung stehenden Zeit ist, die in einem systematischen Zusammenhang mit dem Gelingen der Kommunikation und Interaktion des Teams steht, sondern vor allem die *Qualität der Nutzung der*, wenn auch knappen, *Zeitressourcen*. Auf die Bereitstellung und die Gewichtung von Informationen sowie die Organisation des Informationsflusses und der Arbeitsabläufe hat vor allem die Teamführung einen erheblichen Einfluss. Personen, die in interprofessionellen Teams leitende Aufgaben übernehmen, können *Besprechungen* optimal *strukturieren*, *Entscheidungsprozesse* sowie *Wege der*

Informationsbeschaffung als auch *Zuständigkeiten für Aufgaben* zum Teil gemeinsam mit allen Beteiligten erarbeiten und festlegen. Diese Kern-Informationen können *transparent dargestellt und vermittelt* werden und sollten regelmäßig, etwa bei sich ändernden Anforderungen an das Team oder bei personellen Veränderungen im Team, angepasst bzw. wiederholt werden, so dass eine gemeinsam getragene Wissensbasis entsteht.

Diese Aspekte sind grundlegende Ansatzpunkte für effektive Interventionen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Hierüber entsteht zum Beispiel die Möglichkeit der effizienten und effektiven Einweisung neuer Teammitglieder in ihren Arbeitsbereich. Da die Patientenversorgung ein komplexes und konzertiertes Zusammenspiel von Menschen und Kompetenzen erfordert, benötigt das Team vor allem die Möglichkeit, auf der *Grundlage von transparenten und verlässlichen Basisinformationen und -routinen*, selbstorganisiert auf neue und oft auch unvorhergesehene Ereignisse und Anforderungen reagieren zu können.

Hierzu sind neben standardisierten Dokumentationswegen *regelmäßige Absprachen* notwendig. Von vielen Beschäftigten in Krankenhäusern wird berichtet, dass die Arbeitsbedingungen unter dem Einfluss von Personalknappheit und Zeitdruck stehen. Regelmäßige Besprechungen, die einen notwendigen intensiven Austausch patientenbezogener und organisatorischer Informationen ermöglichen und die nachweislich in einem direkten Zusammenhang mit Fragen der Patientensicherheit stehen, nehmen zeitliche Ressourcen in Anspruch. Die Schaffung von Rahmenbedingungen für einen reibungslosen Informationsfluss zwischen den Teammitgliedern ist vor allem Aufgabe der Teamleitung und kann vor allem dann gut gelingen, wenn die Kommunikation zwischen der Teamleitung und den Teammitgliedern gut funktioniert. Um Transparenz und Effektivität dieses Austausches zu erhöhen, ist es sinnvoll, die Standpunkte aller Teammitglieder explizit aufzugreifen und reflektiert in Entscheidungsprozesse einfließen zu lassen. Hierüber kann eine Integration von unterschiedlichen professionellen Sichtweisen gut gelingen.

Gaboury et al. (2009) berichten davon, dass viele Mitglieder medizinischer Versorgungsteams Besprechungen als „Zwang“ empfinden. Da die Teammitglieder selbst am besten darüber Bescheid wissen, was genau zu ihrem täglichen Aufgabenbereich gehört, sind sie auch dazu in der Lage zu erkennen, wann und wie Informationen am besten ausgetauscht werden können. Es ist deshalb nicht notwendig, Teambesprechungen als ‚Maßnahme‘ durchzusetzen, sondern vielmehr, die unterschiedlichen Ansichten aller Beteiligten zu günstigen Orten und Zeitpunkten gemeinsamer Abstimmungen zu integrieren und herauszuarbeiten. Diese Schnittmengen variieren je nach Aufgaben, Größe und Zusammensetzung der Teams erheblich und variieren auch über die Zeit.

Inhaltlich kritisieren zum Beispiel Gaboury et al. (2009) statische Besprechungsroutinen aus folgendem Grund: Oftmals stehe bei den Besprechungen vor allem die Aufgabendelegation im Vordergrund, ohne dass dabei die Meinungen und realen Möglichkeiten aller Beteiligten angemessen im Sinne von optimal berücksichtigt werde. Wenn *Besprechungen* einberufen

werden, sollte vorab eine *klare Struktur* festgelegt werden, die *Inhalte und Ziele* enthält und den Beteiligten die Möglichkeit einer Vorbereitung bietet. Bei der Durchführung der Besprechung ist es dann notwendig, einen *offenen Meinungs- und Standpunkteaustausch* nicht nur zu ermöglichen, sondern anzustreben. Hierdurch wird die Wahrscheinlichkeit der interprofessionellen Perspektivenübernahme deutlich erhöht, da in der gemeinsamen Reflexion der gemeinsam zu bewältigenden Teamaufgaben jeder Beteiligte seinen spezifischen berufs- und tätigkeitsbezogenen Standpunkt einbringen und verständlich machen kann.

Darüber hinaus sollte es explizites Anliegen von Besprechungen sein, den *Informationsaustausch außerhalb formaler Besprechungen abzustimmen*, also aufgaben- und anlassbezogen innerhalb des Teams festzulegen, auf welchen Wegen wer, wann welche relevanten Informationen mit wem austauscht, um *unnötige Besprechungen* aller mit nur wenig relevanten Inhalten für das gesamte Team und den Berufsalltag möglichst vieler Teammitglieder *zu vermeiden*. Je mehr Transparenz und Klarheit über den Informationsaustausch herrscht, desto effektiver kann diese Zeit für andere Tätigkeiten und Aufgaben eingesetzt und genutzt werden.

Die *Qualität der Steuerung* des Informationsflusses und der Kommunikationsroutinen und damit auch der Effizienz der Nutzung der real zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen steht in einem direkten und in unserem Forschungsprojekt *empirisch belegten Zusammenhang* mit dem *Erleben von Beanspruchung, Belastung, Stress* und mit dem *Burnout-Risiko* der Teammitglieder sowie der *Zufriedenheit und Identifikation* der Teammitglieder mit ihrem interprofessionellen Team. Ein kompetent und qualitativ hochwertig geführter und strukturierter Informationsaustausch im Team, der die Beteiligung aller Mitglieder ermöglicht und wertschätzt, trägt mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit zur Entstehung eines Teamklimas bei, das einen offenen und konstruktiven Meinungsaustausch und berufsgruppenübergreifendes Denken fördert.

<u>Handlungsempfehlungen auf Ebene der Wirkfaktoren</u>

Eines der *wichtigsten Ergebnisse* dieses Forschungsprojektes ist der empirische Nachweis eines vergleichsweise starken (r_s bis zu -.413) und durchweg sehr signifikant negativen *Zusammenhanges aller* in das Screening eingeflossenen *Faktorskalen mit dem* subjektiv eingeschätzten *Burnoutrisiko* der Teilnehmenden, abgebildet über eine Adaptation des Maslach Burnout Inventory, einem weltweit anerkannten und eingesetzten Verfahren zur Messung der dem Konstrukt zugrunde liegenden Dimensionen emotionale Erschöpfung, Zynismus und Leistungs-(un)zufriedenheit. Darüber hinaus sind *alle Faktorskalen* vergleichsweise stark (r_s bis zu .682) und durchweg sehr signifikant mit der subjektiv eingeschätzten *Outcome-Summe zur Teamzusammenarbeit korreliert*. Betrachtet man die Ergebnisse unserer Untersuchung im Zusammenhang mit dem Stand der Forschung in diesen Bereichen, lässt sich auf einer belastbaren qualitativ und quantitativ empirischen Basis konstatieren, dass die von uns unter-

suchten Dimensionen in einem *nachweisbaren direkten Zusammenhang mit dem Gesundheitsrisiko* der Beschäftigten (siehe z. B. Maslach, 2001, 2003) *und mit der Teameffektivität* (siehe z. B. Lemieux-Charles & McGuire, 2006) stehen.[4]

Das *Screening* kann in der Praxis zeitökonomisch dazu eingesetzt werden, um Hinweise darauf zu erhalten, in welchen der untersuchten Dimensionen einerseits *Ressourcen* des Teams und andererseits *Verbesserungspotenziale* bis hin zu *Interventionsbedarf* mit erhöhter Wahrscheinlichkeit auszumachen sind.

Die mit Hilfe des Screenings differenzierbaren Dimensionen sind zwar nicht unabhängig voneinander, bilden aber verschiedene Aspekte der interprofessionellen Kooperation ab und erlauben dadurch auch *spezifische diagnostische und interventionsbezogene Schwerpunktsetzungen*, je nach den Besonderheiten eines untersuchten Teams. Hierdurch können Aufwand und Kosten (z. B. für Teamtrainings) reduziert werden, gezielte Weiterbildungen, wie Workshops, können fokussiert und damit effizienter eingesetzt werden. Wenn es gelingt, den Interventionsbedarf zu evaluieren und einzugrenzen, können auch Handlungsempfehlungen umgesetzt werden, die aus weniger komplexen und damit aufwändigen Umsetzungsschritten bestehen, etwa einer klaren Strukturierung der Inhalte von Teambesprechungen oder eine im Team erfolgende gemeinsame Erarbeitung einer strukturierten Visite.

Insgesamt kann aufgrund der erhobenen und ausgewerteten Daten keine endgültige Aussage Rangfolge der Bedeutung einzelner oder mehrerer der Faktoren gemacht werden. Dennoch erlauben uns die Ergebnisse der vertiefenden qualitativen Analysen die Ableitung von Tendenzen, so dass wir dazu in der Lage sind, *übergeordnete, standardisierte Handlungsempfehlungen* zu erstellen.

Wenn das Screening von einer genügend großen Anzahl der Mitglieder im Team eingesetzt wird, resultiert im Ergebnis ein Profil, das die Summen jeder Faktorskala als Ausdruck der Ressourcen-/Potenzial-Einschätzung abbildet. Dieses *Profil* lässt es zu, zwei Bereiche voneinander abzugrenzen: Einen *kritischen Bereich*, der auf einen *erhöhten Interventionsbedarf* hinweist sowie einen *Entwicklungsbereich*, der oberhalb der kritischen Schwelle beginnt und im oberen Bereich *Ressourcen* im Sinne guter Ausprägungen der Bedingungen im jeweiligen Team anzeigt.

Faktor: Interprofessionelle Perspektive - Handlungsempfehlungen

[4] Anmerkung: Seit der Novellierung des Arbeitsschutzgesetzes vom 24.10.2013 sind „psychische Belastungen bei der Arbeit“ expliziter Gegenstand des Arbeitsschutzes. Der Gesetzgeber verlangt eine Dokumentation von Gefährdungen, die Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen sowie deren Evaluierung.

Die interprofessionelle Perspektivenübernahme ist eine der Grundvoraussetzungen für das Gelingen der Kooperation in ärztlich-pflegerischen Teams. Auch die einschlägige Forschungsliteratur kommt vergleichsweise einhellig zu dem Schluss, dass das berufsgruppenübergreifende Denken ein „Stützpfeiler“ interprofessioneller Zusammenarbeit ist.

Auffällige Ausprägungen auf dieser Skala weisen darauf hin, dass ärztliches und/oder pflegerisches Personal sich nicht als ein Team versteht und definiert und dass ihre jeweiligen Zielvorstellungen voneinander abweichen. Die Ausprägung dieses Faktors bildet also die Tendenz im Sinne der Bereitschaft und/oder Fähigkeit der Teammitglieder zum berufsgruppenübergreifenden Denken ab.

Um hier Verbesserungen zu erzielen, bieten sich im Kern vor allem *interprofessioneller Teamtrainings* an. Um den Erfolg zu sichern und einen Transfer in die Praxis zu ermöglichen, ist die gemeinsame Beteiligung von ärztlichem und pflegerischem Personal notwendig. Das Ziel dieser Gruppe von Trainings besteht darin, die kollektive Wahrnehmung als ein Team zu fördern, um aus dieser Perspektive heraus sowohl die eigene als auch die Sichtweise der anderen Berufsgruppe reflektieren und angleichen zu können. Barrieren zwischen den Berufsgruppen, die sich z. B: aus unterschiedlichen Fachsprachen oder aus dem Fehlen bewusster, konkreter und verbindlicher gemeinsamer Team-Ziele ergeben, können wirksam mit Workshops oder Trainings verringert werden. Konzeptionell wird empfohlen, dass die Trainings vorwiegend *interaktive Komponenten* enthalten, um den interprofessionellen *Dialog* zu fördern.

Ein *strukturierter interprofessioneller Dialog* kann darüber hinaus auch *außerhalb von Trainingsmaßnahmen* in den Berufsalltag integriert werden. Inhaltlich wird empfohlen, dass die Teams intensiv mit der anderen Berufsgruppe über ihre Aufgabenbereiche und ihren *Berufsalltag austauschen*, um u. a. ein Verständnis für unterschiedliche *Ziele*, *Aufgaben, Tätigkeitsabläufe und deren Logik* sowie die damit verbundenen Probleme und *Problemwahrnehmungen* zu entwickeln. Darauf basierend kann jedes Teammitglied im Sinne eines dynamischen Lernprozesses das eigene Handeln neu ausrichten bzw. anpassen. Durch die gemeinsame Bemühung um Verständnis werden zudem gegenseitiger Respekt und Wertschätzung gefördert.

Bei der Durchführung von Teamtrainings mit Fokus auf interprofessioneller Kooperation spielt es zunächst keine Rolle, welche Teilbereiche die Trainings im Speziellen abdecken (z. B. Patientengespräche, technische Trainings). Zur Förderung und Entwicklung berufsgruppenübergreifenden Denkens ist in erster Linie die *gemeinsame und freiwillige Teilnahme beider Berufsgruppen* wichtig. Kommt die gemeinsame Teilnahme zustande, kann dies bereits als erster wichtiger Entwicklungsschritt interpretiert werden, wenn gemeinsam ein Interesse an und die Bereitschaft zur Kooperation gezeigt wird, ein Problembewusstsein und der Wunsch nach Veränderung entstanden sind, wobei dieser Schritt des Teams eine Lösungsorientierung anzeigt.

Die *Integration* und Beförderung interprofessioneller Dialogmöglichkeiten *im Berufsalltag* kann, unter Berücksichtigung der oben ausgeführten Kernelemente, z. B. bei Besprechungen,

Visiten sowie beim informellen kommunikativen Austausch besonders berücksichtigt und gefördert werden. Die Teamleitung hat einen besonderen Einfluss auf und eine besondere Verantwortung für die Ermöglichung dieser Lernprozesse und kann über eine Veränderung des Vorgehens, etwa bei Teambesprechungen, gezielt die Entwicklung des interprofessionellen Dialogs beeinflussen und verbessern. Unter Berücksichtigung der Kernelemente solcher Trainings kann die Verantwortung für die Organisation, Gestaltung und Durchführung solcher Trainingselemente deshalb den Teamleitungen überantwortet werden.

Ein *niedrigschwelliges Angebot* lässt sich zum Beispiel in Form einer Gesprächsrunde unter Beteiligung möglichst vieler Teammitglieder konzipieren. Nach einer transparenten Kommunikation von Ziel, Zweck und Inhalten dieser Gesprächsrunde, die allen Beteiligten die Möglichkeit zur Vorbereitung ermöglicht, können, gesteuert von der *Teamleitung*, Problemwahrnehmungen der Berufsgruppen gesammelt, begründet vorgetragen, hinterfragt und verständlich gemacht werden. Gelingt es, eine gemeinsame Problemdefinition zu finden, kann das Team nach Ansätzen zur Lösung suchen, können die Mitglieder des Teams Unterstützungswünsche äußern, schließlich Festlegungen getroffen und Wiedervorlagen (Evaluierung des Erfolges nach einiger Zeit) vereinbart werden. Ein wiederholtes und sinnvolles Thema kann bei Etablierung der Runden etwa die gezielte, vom Team gemeinsam entwickelte, Implementierung, Umsetzung und Bewertung von Möglichkeiten des dialogischen Austausches von Informationen im Arbeitsalltag sein.

Diese Form des *regelmäßigen Team-internen Austausches* ist eine einfache und kostengünstige Methode, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu einer Verbesserung der interprofessionellen Perspektivenübernahme beitragen wird. Um kontraproduktive Entwicklungen zu vermeiden, ist die Teamleitung dazu angehalten, während der Gesprächsrunden dafür zu sorgen, dass alle Beteiligten sich auf einer Ebene begegnen, die letztlich darauf abzielt, auf der Grundlage einer geteilten Verantwortung das zentrale, und übergeordnete Ziel ihrer Zusammenarbeit zu erreichen – eine optimale Patientenversorgung und -sicherheit.

Die fachliche, aufgaben- und tätigkeitsbezogene Expertise des jeweiligen Arbeitsbereiches liegt in jedem Fall vor. Bei Bedarf kann der Teamleitung aber *Unterstützung beim Erwerb von Kompetenzen* zur Organisation, Durchführung und leitenden Moderation der Gesprächsrunden auf Grundlage moderner Instrumente und Richtlinien angeboten werden.

Faktor: Zeitressourcen

Bei den Zeitressourcen handelt es sich um einen von strukturellen, organisatorischen und ökonomischen Bedingungen hochgradig beeinflussten Faktor.

Bei sehr *auffälligen Ausprägungen* auf dieser Skala, auch im Vergleich, wird empfohlen, die übrigen auffälligen Dimensionen zu prüfen und in einen Zusammenhang mit diesem Ergebnis

zu interpretieren. Die Verringerung der Fluktuation im Team und anderen Maßnahmen zur *Stabilisierung der Teamstrukturen* können ein erster wirksamer Interventionsansatz sein. Sollte die Bearbeitung anderer etwaiger Defizitbereiche keine positive Veränderung nach sich ziehen oder sind mehrere der Dimensionen bei gleichzeitigem überdurchschnittlichen Mangel an zeitlichen Ressourcen überdurchschnittlich auffällig, wird eine parallele zeitnahe und zumindest vorübergehende *Personalinvestition* empfohlen, um das Gesundheitsrisiko der Teammitglieder zu verringern und die Möglichkeit zu schaffen, durch die Entlastung des Teams vorhandene Ressourcen stärken und entwickeln zu können.

Wenn innerhalb des Teams übereinstimmend ein überdurchschnittlicher Zeitdruck berichtet wird, der eine hohe Arbeitsbelastung abbildet und unter anderem dazu führt, dass Aufgaben nicht beendet werden können, können entweder nicht genügend *personelle Ressourcen* vorhanden sein, um den Anforderungen gerecht werden zu können und/oder aufwändige *Arbeitsprozesse* (z. B. umständliche Dokumentationen, das Fehlen von Informationen, eine überdurchschnittliche Häufung zeitintensiver Routinetätigkeiten etc.) erzeugen eine *Überbeanspruchung* der Beschäftigten. Wenn parallel zum berichteten Zeitdruck auch auf anderen Dimensionen negative Werte auffallen, deutet dies auf *organisationale Defizite* und/oder eine *übermäßige Fluktuation* hin.

In diesem Fall wird empfohlen, in einen direkten Austausch mit der Teamführung und den Teammitgliedern zu treten und eine *differenzierte Diagnostik* vorzunehmen. Kernziel der Intervention soll die kurzfristige *Entlastung des Teams* sein. Sind vor allem schwer vom Team beeinflussbare *Rahmenbedingungen*, wie etwa besondere ökonomische Herausforderungen, Ursache der Belastung des Teams, wird eine akute Abhilfe empfohlen, um die Mitglieder des Teams zu schützen und mittelfristig eine positive und stabilisierende Entwicklung überhaupt möglich zu machen. Die arbeitspsychologische, arbeitssoziologische und arbeitsmedizinische Forschung hat klar belegt, dass Stress, der aus einer dauerhaften Überbeanspruchung und Überlastung resultiert, ein *ernsthaftes gesundheitliches Risiko* für die Mitarbeitenden bedeutet, in einem eindeutig belegten Zusammenhang mit dem Auftreten überlastungsbedingter *Fehlhandlungen und Handlungsfehler* steht und dadurch eine *Gefährdung der Patientensicherheit* nicht ausgeschlossen werden kann.

Faktor: Teamleitung

Der Faktor Teamleitung bildet im Kern Führungskompetenzen ab, die in einem direkten Zusammenhang mit Voraussetzungen für eine erfolgreiche Anleitung und Steuerung interprofessionell arbeitender Teams stehen.

Auffällige Ausprägungen auf dieser Dimension lassen sich als Hinweis auf führungskompetenzbezogenes Entwicklungspotenzial interpretieren. Hierunter fallen etwa Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich der transparenten Weitergaben von Informationen, der Aufgaben- und Zuständigkeitsverteilung oder der Zielsetzungen im Team. Auch die Informationsflusssteuerung seitens der Teamleitung zum Austausch zwischen den Berufsgruppen auf der Grundlage transparenter, zugänglicher und kontingenter Kommunikationsstrukturen und -wege fließt mit in diese Dimension ein.

Eine Möglichkeit der *Intervention* bieten *Teamtrainings für Führungskräfte* mit dem Fokus auf interprofessionelle Kooperation. Es wird empfohlen, dass alle Führungskräfte beider Berufsgruppen und, wenn möglich, gemeinsam teilnehmen. Die Aufgabe der Teamleitung besteht im Anschluss darin, das erworbene Wissen an ihr Team weiterzugeben. Wichtiger ist aber die schrittweise *praktische Umsetzung im Arbeitsalltag* der Teams unter Einbeziehung aller Mitglieder. Es ist bekannt, dass dem Führungspersonal eine besondere *teambildende Vorbildfunktion* zukommt, weil die praktische Ausgestaltung und Umsetzung von Leitbildern, also die *Bildung gemeinsam getragener, verbindender Werte* und die *Bindung* daran, übergeordnete Leitungsaufgaben darstellen.

Die konkreten Inhalte eines solchen Trainings lassen sich anhand wichtiger Module des „Interprofessionellen Kompetenztrainings für Führungskräfte“ der Akademie für Gesundheitsberufe an der Universität Heidelberg exemplarisch wie folgt umreißen:

- Modul Interprofessionelle Zusammenarbeit (*Verständnis und Grundlagen der interprofessionellen Zusammenarbeit, Anforderungen in Kliniken heute*)
- Modul Besprechungen erfolgreich gestalten (*Besprechungen ergebnisorientiert leiten, Moderationstechniken, erfolgreiche und ansprechende Gestaltung von Besprechungen*)
- Modul Umgang mit kritischen Situationen und Konflikten (*Entstehung von Konflikten, Eskalationsstufen und Möglichkeiten der Steuerung, förderlicher Umgang mit Konflikten*)

Insbesondere die Verbindung der Faktoren „Informationsfluss im Team“, „Beteiligungsmöglichkeiten“ sowie „Teamklima und Feedback“ spielen im Zusammenhang mit interprofessioneller Führung eine entscheidende Rolle. Sollen Maßnahmen ergriffen werden, wird dringend empfohlen, dass sich *Führungskräfte* interprofessioneller Teams *im Rahmen eines systematisch angelegten Weiterbildungs- und Kompetenzentwicklungsprozesses zu Experten in diesen Bereichen entwickeln*.

Niedrigschwellige sowie kosten- und zeitgünstigere Möglichkeiten der Intervention auf Teamleitungsebene bestehen flankierend oder alternativ vor allem darin, konkrete Ansätze und Maßnahmen aus der Schnittstellenfunktion heraus zu schaffen, die einen berufsgruppenübergreifenden Austausch ermöglichen und optimieren. Da von unterschiedlichen Kompetenzausprägungen innerhalb der Hierarchieebene der Teamleitungen auszugehen ist, bietet

sich die *hausinterne Organisation flankierender Weiterbildungs- und Supervisionskonzepte* an. Es wird empfohlen, solche Konzepte grundsätzlich so anzulegen, dass die *Führungskräfte beider Berufsgruppen gemeinsam* teilnehmen. Darüber hinaus wird empfohlen, den Adressatenkreis dieser Konzepte auf Personen, die delegierte Führungsaufgaben zur Strukturierung der Arbeitsabläufe im Team übernehmen (z. B. Dienstplanerstellung, Vorbereitung von Besprechungen), auszuweiten.

Faktor: Informationsfluss im Team

Beim Faktor Informationsfluss im Team sind zwei Aspekte besonders zu berücksichtigen. Zum einen die quantitativen Dimensionen Frequenz und Häufigkeit und zum anderen die qualitative Dimension der Organisation und Durchführung bei Besprechungen der Teammitglieder.

Auffälligen Ausprägungen bei dieser Faktorskala deuten darauf hin, dass eine oder beide Dimensionen dieses Faktors unterdurchschnittlich ausgeprägt sind und sollte wegen der relativ hohen Interkorrelation mit den anderen Faktoren interprofessionelle Perspektive, Teamleitung, Beteiligungsmöglichkeiten sowie Teamklima und Feedback abgeholfen werden.

Der Hauptansatzpunkt der *Intervention* zielt auf die Einführung *regelmäßiger, strukturierter Teambesprechungen* unter der Maßgabe eines *offenen Austausches* aller Beteiligten durch die Teamführung ab. Teambesprechungen sollen vorher bestimmten, klar kommunizierten und *entscheidungsfokussierten Zielstellungen* dienen, die allen Mitwirkenden einen angemessenen Beitrag der Beteiligung ermöglichen. Unter den Begriff Teambesprechungen sind sowohl *formale als auch informelle Kommunikationswege* gefasst, die in Absprache mit allen Beteiligten entwickelt und erprobt werden sollen.

Auch bei diesem Faktor wird deutlich, dass der Informationsfluss im interprofessionellen Team klar strukturiert und nachhaltig organisiert sein muss, um einen positiven Lernprozess innerhalb des interprofessionellen Teams befördern zu können. Die Handlungsempfehlung bezieht sich ausdrücklich nicht nur auf die Einführung formalisierter Kommunikationsstrukturen, wie Besprechungen, sondern zielt im Wesentlichen auf einen Entwicklungsprozess ab, der von einem Klima getragen wird, das von Transparenz, Klarheit und Offenheit hinsichtlich der Fragen *Wer sich wann und mit wem worüber und mit welchem Ziel austauscht*, geprägt ist. Es ist nicht ausreichend, dass Informationen weit überwiegend mit Hilfe von Patientenakten oder anderen formalisierten Hilfsmitteln weitergegeben werden oder dass Führungskräfte Anweisungen und Delegationen verfügen. Genauso wie der *Austausch der Führungskräfte beider Berufsgruppen* nötig ist, um doppelte, sich widersprechende oder überhaupt Konflikte begünstigende Anweisungen zu verhindern, ist der der interprofessionelle Dialog zwischen beiden

Berufsgruppen im Team nötig, um eine stabile und reibungslose Zusammenarbeit überhaupt erst möglich zu machen. Ein positives interprofessionelles Teamklima wird nicht entstehen, wo die *Möglichkeiten des direkten Austausches untereinander* begrenzt sind, weil sie nicht *bewusst zeitlich, ökonomisch und personell gefördert und unterstützt* werden. Auf welchen Wegen ein Team in einen interprofessionellen Dialog eintritt, ist von den spezifischen Anforderungen an ein Stationsteam abhängig und muss deshalb mit allen Beteiligten abgesprochen und auf der Grundlage der tatsächlichen Herausforderungen und Tätigkeitsschwerpunkte des Teams individuell entwickelt werden. Dies wirkt sich auch auf die *teamspezifische Definition von Inhalt, Häufigkeit und Frequenz notwendiger Austauschprozesse* aus. Nur das Team selbst kann im Konsensverfahren am besten einschätzen, wann und wie oft welche Besprechungen wozu notwendig und in Anbetracht der natürlicherweise wechselnden Auslastungs- und Arbeitsbelastungen möglich sind, um zu Entscheidungen zu gelangen.

Wird mit Hilfe des Screenings erhoben, dass der Informationsfluss im Team bei gleichzeitiger guter Teamführung gut ist (Ressourcen), dabei aber die Ausprägung der interprofessionellen Perspektive gering ist, wird empfohlen, die *Inhalte des interprofessionellen Dialogs* entsprechend anzupassen. Dabei gilt es, eine aufgaben- und teamspezifische Ausgewogenheit zwischen den Möglichkeiten und Notwendigkeiten fachliche und persönliche Informationen austauschen zu können, zu finden. Die *Herstellung dieser Ausgewogenheit* in Relation zu den wechselnden Tätigkeits- und Anpassungs-Anforderungen an das Team und innerhalb des Teams, z. B. wegen Fluktuationen oder auftretenden Konflikten im Team oder wegen externer verursachter struktureller, organisatorischer oder räumlicher Veränderungen, die von der Organisation bis hin zur Politik veranlasst sein können, *ist eine zentrale Führungsaufgabe*. Ein Misslingen dieser Aufgabe lässt sich zum Beispiel daran erkennen, dass die Mehrheit der Teammitglieder die Meetings als wenig effizient und zielführend und eher als zusätzliche Arbeitsbelastung ansehen denn als wichtigen und notwendigen Bestandteil ihrer Tätigkeit.

Faktor: Teamklima und Feedback

Der Faktor Teamklima und Feedback bildet im Kern den Umgang mit Meinungsverschiedenheiten und damit verbunden auch das Vertrauensverhältnis im Team ab.

Ist diese Dimension *auffällige ausgeprägt*, wird eine vertiefte Diagnostik empfohlen. Wenn das Vertrauen der Teammitglieder untereinander beeinträchtigt ist, kann dies zumindest auf ernst zu nehmende latente Konflikte bis hin zu Feindseligkeiten untereinander hindeuten.

Bei extremen Werten wird *empfohlen*, allen Beteiligten die Möglichkeit zu geben, sich zu diesem Ergebnis zu äußern, um ein Bild von den möglichen Ursachen, dem Ausmaß des Konfliktes sowie der daran Beteiligten genau festzustellen. Es ist sinnvoll, für eine Auswertung im Team, bei der die Gesprächskultur, Umgangsformen und vor allem die konfliktträchtigen Problembereiche unter Einbeziehung aller unterschiedlichen Sichtweisen moderiert zu reflektieren.

Wenn es häufig Konflikte sowie eine Vielzahl an Missverständnissen innerhalb des Teams gibt, kann es sinnvoll sein, strukturierte *Teamtrainings zur Konfliktbearbeitung* einzusetzen und für die Moderation eine zur Vertraulichkeit verpflichtete *Team-externe Fachkraft* hinzuzuziehen, da eine Konfliktmoderation einer professionellen Anleitung bedarf.

Bei der Arbeit an der *Feedbackkultur* im Allgemeinen oder vergleichsweise unkritisch häufigen Missverständnissen im Team kann über die Rückmeldung anderer zu den jeweils eigenen Standpunkten und zu Vorgängen des Arbeitsablaufes eine Annäherung gelingen, wenn vorher das Problem oder die Unstimmigkeit gemeinsam erkannt und definiert worden sind. Dies kann im Rahmen von *Besprechungen unter Leitung der Teamführung* geleistet werden, wobei darauf zu achten ist, dass jeder Vorschlag und jede Sichtweise ernst genommen wird.

Zur allgemeinen Verbesserung des Teamklimas jenseits von Konfliktthemen wird empfohlen, dem Team regelmäßig zeitliche und materielle Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen, um *positive gemeinsame außerbetriebliche Unternehmungen* organisieren und durchführen zu können.

Faktor: Beteiligungsmöglichkeiten

Der Faktor Beteiligungsmöglichkeiten ist latent in den meisten anderen Dimensionen enthalten, thematisiert aber als unabhängiges Konstrukt vor allem die freie und unbefangene Meinungsäußerung sowie die Beteiligungsmöglichkeiten an Entscheidungsprozessen im Team.

Auffällige Messwerte können auf ein autoritäres Teamklima und/oder ein geringes Interesse der Teammitglieder an einem offenen Austausch untereinander und an Beteiligung hinweisen. *Interventionen* setzen auf Ebene der Teamleitung an. Entscheidungsspielräume zu schaffen, zu kommunizieren und Teammitglieder partizipieren zu lassen, ist *Führungsaufgabe*. Trainingsprogramme zur Weiterbildung sind insgesamt derzeit noch selten. Ein aus dem Bereich Gesundheitswesen stammendes Programm, das exemplarisch als Vorgehensschema empfohlen werden kann, ist das interprofessionelle „Train-the-Trainer“- Programm zur Implementierung der partizipativen Entscheidungsfindung in Rehabilitationskliniken (Körner, Ehrhardt & Steger, 2011).

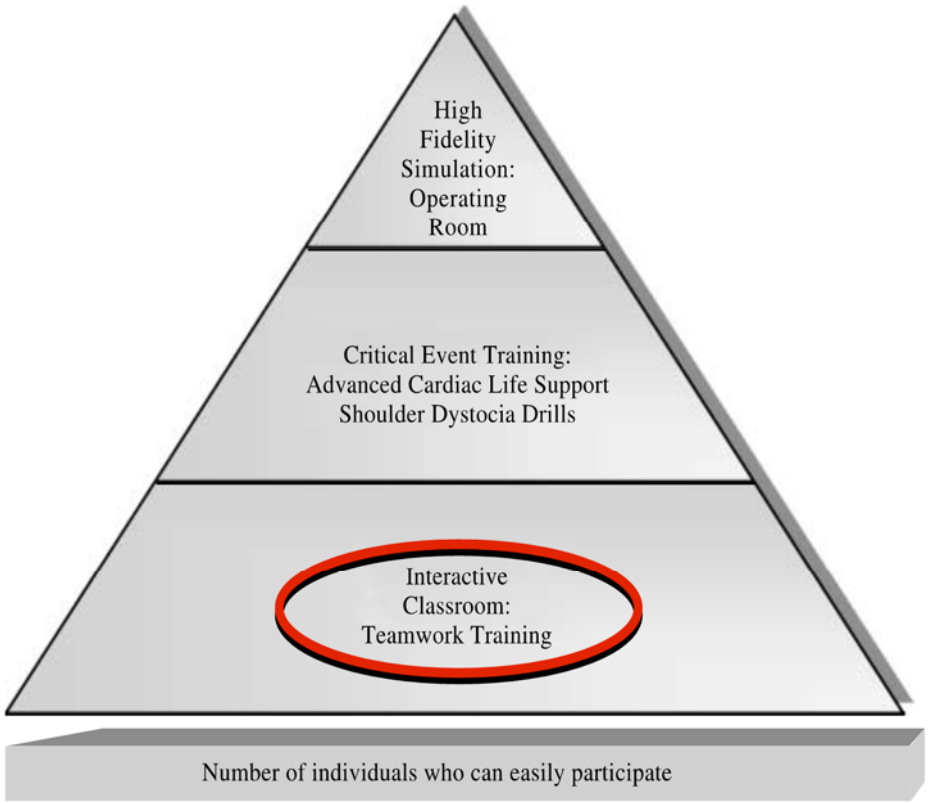
Mitarbeitende des ärztlichen und pflegerischen Personals orientieren sich bei ihrem eigenen Verhalten an den Möglichkeiten und Grenzen, die ihnen seitens des leitenden Personals vorgegeben werden. Teammitglieder werden sich nur selten zu Entscheidungen oder anderen Belangen äußern, wenn sie die Erfahrung gemacht haben, dass ihre Meinung unberücksichtigt bleibt oder das Gefühl haben, dass ihre Äußerungen nicht erwünscht sind. Da ein nicht-partizipatives bis autoritäres Klima den allgemeinen Informationsfluss hemmt, aber auch einen Austausch über Probleme und Fehler verhindern kann, erhöht es die Wahrscheinlichkeit von Informationsflussdefiziten, die im Zweifelsfall negative Folgen bis hin zu Handlungsfehlern und

Fehlhandlungen haben können. Da Teamleitungen ihrerseits der Leitung des Hauses unterstehen, wird empfohlen, Leitlinien partizipativer Führung in Elemente des *Qualitätsmanagements* mit aufzunehmen, explizit in *Leitbildern* zu verankern und ihre *Umsetzung über Feedback-Instrumente der Teammitglieder regelmäßig zu evaluieren*.

Angebot von spezifischen Teamtrainings

Der Einsatz von Teamtrainings und Weiterbildungen ist mit Kosten verbunden. Werden die Kosten für spezielle Trainings als zu hoch betrachtet, können immer noch Trainingsarten gewählt werden, die sich als effektiv erwiesen haben und im Vergleich zu anderen Trainings kostengünstiger sind. Frankel (2006) indentifiziert beim Vergleich von drei Trainingsarten, von denen zwei relativ kostenintensive Simulationstrainings waren, die insbesondere durch Technik unterstützt wurden, *„Interactive Classroom“- Teamwork Trainings* als eine effektive Methode für Organisationen, um möglichst viele Beschäftigte zu schulen.

Figure 3: The spectrum of teamwork training



Frankels (2006) Übersicht zeigt, dass die untere Stufe am meisten Raum für potenzielle Teilnehmer bleibt. Kostenintensivere Teamtrainings, wie Simulationen, bieten sich vor allem dann an, wenn ein festes Team besteht, das regelmäßig zusammen arbeitet. *Interaktive Trainingskonzepte* sind kostengünstiger und können zu einer Verbesserung interprofessioneller Kooperation beitragen. Dabei geht es im Hinblick auf die von uns untersuchten Kerndimensionen der Schnittstellen zwischen ärztlichem und Pflegepersonal nicht in erster Linie um spezifische Fachinhalte, sondern vor allem um den *Erwerb von Kompetenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit*. Für den Einsatz von Trainings und Weiterbildungsmaßnahmen bedarf es einer gründlichen Planung. Es wird empfohlen, die interne Fortbildungseinrichtung (soweit vorhanden) damit zu beauftragen oder aber externe Angebote wahrzunehmen, die gezielte Trainings zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit anbieten.

Ansätze zur curricularen Gestaltung der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung

Der Sachverständigenrat (2007), der Wissenschaftsrat (2012) und auch die WHO betonen die steigende Bedeutung verstärkt kooperativer und koordinierter Arbeitsweisen (collaborative practice) in der Gesundheitsversorgung und das daraus erwachsende Erfordernis nach interprofessionellen Ausbildungsangeboten. Absolventen verschiedener Gesundheitsberufe sollten bereits in der Ausbildung für die interprofessionelle Zusammenarbeit sensibilisiert werden, wichtige Kommunikationsstrukturen kennenlernen und anwenden können sowie Kenntnisse über die Handlungsfelder der anderen Berufsgruppen und deren Methoden vermittelt bekommen. In Deutschland werden die Angehörigen der Gesundheitsberufe in ihrer Ausbildung bisher noch nicht adäquat auf die interprofessionelle Zusammenarbeit vorbereitet. Auf internationaler Ebene existieren dagegen zahlreiche bildungs- und wissenschaftspolitische Modelle für hochschulische Qualifikationen, die auf ein nach dem Kooperationsprinzip organisiertes Gesundheitswesen abzielen. Häufig sind diese Modelle vor dem Hintergrund einer in dem jeweiligen Land bereits erfolgten Akademisierung der Gesundheitsfachberufe zu sehen; diese ist insbesondere in Großbritannien, einigen skandinavischen Ländern, den Niederlanden, Kanada und den USA weit fortgeschritten.

Ein erster Schritt zur Überwindung der komplett getrennten Ausbildung von Medizinern und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe in Deutschland ist die Entwicklung von gemeinsamen Modulen und Praktika in Kooperation mit den medizinischen Fakultäten und Lehrkrankenhäusern. Bereits im Rahmen von Reform- und Modellstudiengängen der Humanmedizin erprobte Lehrformate wie Problemorientiertes Lernen (POL) oder Kommunikation, Interaktion, Teamarbeit (KIT) bieten sich für den gemeinsamen Unterricht besonders an, um die interprofessionelle Perspektivübernahme zu üben sowie theoretische praktische Inhalte zu verbinden.

Mit der Formel der WHO „learning together to work together“ kann das Leitbild treffend zusammengefasst werden. An der Charité laufen mit Förderung der Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms „Operation Team“ bereits erste Modelle zur Implementierung interprofessionellen Lernens, die systematisch weiter ausgebaut werden sollten. Zusätzlich könnten interprofessionelle Kompetenzen in der klinischen Praxis im Rahmen von Praktika („interprofessional training wards“) gestärkt werden. Dabei sollte die berufsübergreifende Zusammenarbeit im Mittelpunkt stehen, bei der alle Beteiligten in ihrer jeweiligen beruflichen Rolle agieren. Um diese Entwicklungen weiter zu befördern, müssten zum einen verstärkt kooperative Strukturen/Modelle zwischen medizinischen Fakultäten und Fachhochschulen geschaffen werden. Zum anderen wird auch innerhalb der medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken eine bessere Vernetzung zwischen den Studiengängen der Medizin und den anderen dort ansässigen Ausbildungsgängen der Gesundheitsfachberufe benötigt.

6.5 Resonanz aller Beteiligten, positive und negative Erfahrungen

Die Resonanz der beteiligten Untersuchungsteilnehmer war ebenso wie die Resonanz der Kooperationspartner innerhalb der Charité sehr positiv. Das Thema des Vorhabens wurde als aktuell und als sehr relevant für die Arbeit in der Patientenversorgung wahrgenommen. Die Unterstützung der Beteiligten war entsprechend hoch, was vor dem Hintergrund der starken Arbeitsbelastung aller Untersuchungsteilnehmer und Projektpartner nicht selbstverständlich ist. Insbesondere die große Unterstützung der Pflegedirektion und der pflegerischen Leitungen der zwei untersuchten Centren der Charité hat maßgeblich mit zum Erfolg des Vorhabens beigetragen. Auch die Personalräte zeigten großes Interesse an dem Projekt und unterstützen das Vorhaben mit Hintergrundinformationen und organisatorischen Hinweisen zur Durchführung der Befragungen. Schließlich hat uns auch der Controlling-Bereich der Charité durch die Bereitstellung von kaufmännischen Kennzahlen zu den untersuchten Charité-Centren sehr unterstützt. Über negative Beobachtungen und Erfahrungen kann nicht berichtet werden.

6.6 Langfristige Auswirkungen

Es ist eine längerfristige Kooperation mit der Pflegedirektion der Charité geplant, um gemeinsam das entwickelte Screening-Instrument zukünftig flächendeckend an der Charité einzusetzen. Es soll zudem in regelmäßigen Abständen im Sinne einer Evaluation wiederholt eingesetzt werden, um zwischenzeitlich erzielte Erfolge bzw. Veränderungen der interprofessionellen Kooperation messen zu können (siehe hierzu ausführlicher unter Punkt 8). Die Daten

können dann von der Pflegedirektion gezielt zur Beurteilung von Fortbildungs- oder Interventionsbedarf genutzt werden.

Wünschenswert wäre auch eine Umsetzung der erarbeiteten Handlungsempfehlungen an der Charité – dazu müssen jedoch noch weitere Gespräche u.a. mit dem Vorstand der Charité geführt werden.

7. Öffentlichkeitsarbeit

7.1 Aktivitäten

Alle Informationen zum Forschungsprojekt wurden auf der Homepage des Instituts sowie in Form eines Projektflyers veröffentlicht. Zum Projektdesign und zu den Ergebnissen des Projekts wurden zudem Vorträge auf nationalen Kongressen sowie innerhalb der Charité gehalten. Aus dem Projekt heraus ist zudem eine Diplomarbeit entstanden, die sich mit den methodischen Aspekten der Entwicklung des Screening-Instruments beschäftigt. Zu den Ergebnissen des Projekts ist soll in Kürze eine internationale Publikation entstehen.

7.2 Resonanz

Die Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Projektes stieß auf eine sehr positive Resonanz und das Vorhaben wurde nicht nur innerhalb der Charité sondern auch innerhalb der wissenschaftlichen Community bekannt. Es bestehen bereits weitere Anfragen zu Vorträgen zu den Ergebnissen des Projektes.

8. Perspektiven

In der zurückliegenden Förderphase sind zahlreiche Kontakte und Kooperationen innerhalb der Charité entstanden. Der Vorstand und die Pflegedirektion der Charité hat das Vorhaben ebenso unterstützt wie die Personalräte und die Controlling-Abteilung des Hauses. Für die Zukunft ist ein flächendeckender Einsatz des entwickelten Screening-Instruments an der gesamten Charité geplant. Hierzu wurden bereits erfolgreich Gespräche mit der Pflegedirektion der Charité geführt. Das Screening soll an der Charité in regelmäßigen Zeitabständen als Evaluationsinstrument eingesetzt werden, um bereichsspezifisch bestehende Probleme der Kooperation – aber auch evtl. zwischenzeitlich erzielte Fortschritte - abbilden zu können. Zudem ist die Einrichtung einer eigenen Homepage geplant, auf der das Screening-Instrument sowie eine Auswertungsroutine (Auswertungsmanual) vorgestellt werden und für Interessenten zur allgemeinen Verfügung gestellt werden soll. Ebenfalls in Planung begriffen ist die Publikation der Ergebnisse des Projektes in einem international anerkannten Fachjournal sowie die Präsentation der Ergebnisse auf Fachtagungen und Kongressen.

Im Sinne einer *Anschlussperspektive* streben wir eine Vertiefung des Projektes innerhalb der eigenen Institution in Form einer erweiterten Kompetenzmessung an. Gleichzeitig streben wir als Erbringung eines erweiterten evidenzbasierten Wirksamkeitsnachweises eine begleitete Umsetzung der Handlungsempfehlungen und insbesondere deren ausführliche Bewertung in unterschiedlichen Bereichen an. Hierbei sollen neben Effektivitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien der Teams und Abteilungen insbesondere erfolgsrelevante Merkmale bei den Teammitgliedern gemessen werden. Zum einen sollen in Form eines Pre-Post-Designs die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter(innen), arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster (z. B. Burnout-Tendenzen), etwaige Fluktuations-muster im Team sowie das Kommunikationsklima über die Zeit der Intervention hinweg gemessen werden. Sollten substanzielle Verbesserungen nachgewiesen werden können, ist perspektivisch von einer hohen Akzeptanz der Maßnahmen auszugehen. Da dieses Vorhaben auch maßgeblich im Eigeninteresse der Charité sowie der beteiligten Lehrkrankenhäuser liegt, sollen Möglichkeiten der Finanzierung aus Eigenmitteln sowie eine Förderung der Charité Stiftung geprüft werden.

9. Literatur

Antoni, C. & Scheffler, D. (2003). *Formative Evaluation interdisziplinärer Kooperation – Konzepte, Methoden und Ergebnisse des Teilprojekts A1 im SFB 522 Umwelt und Region*, Trier.

Baker, D., Day, R. & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Services Research, 41*, 1576-1598.

Brockhoff, K., Hauschildt, J. (1993): Schnittstellen-Management – Koordination ohne Hierarchie. *Zeitschrift für Organisation, 6*, 396-403

Bromme, R. (2000). Beyond one's own perspective: The psychology of cognitive interdisciplinarity. In P. Weingart & N. Stehr (Eds.), *Practicing interdisciplinarity* (pp. 115-133). Toronto: University of Toronto Press.

Bolia, R.,S. & Nelson, T., W. (2007). Characterizing team performance in network-centric operations: Philosophical and methodological issues. *Aviation, Space and Environment Medicine, 78 (*5), B71-B76.

Brockhoff, K. & Hauschildt, J. (1993). Schnittstellen-Management. *Zeitschrift für Organisation und Führung, 62 (6)*, 396-403.

Buchholz, H. (2002). Reibungsverluste an peripheren und internen Schnittstellen Überlegungen zum Kosten- und Qualitätsmanagement im Krankenhaus. *Organisationsberatung – Supervision – Coaching, 1*, 25-40.

Büscher, A. & Preßmann, P. (2010, unveröffentlicht). *Internationale Modelle interdisziplinärer Praxis in der Gesundheitsversorgung*.

Büssing, A., Barkhausen, M., Glaser, J. (1996): Schnittstellen im Krankenhaus. Analyse aus der Sicht des Pflegedienstes am Beispiel von Kooperation und Kommunikation. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 3*, 129-138

Büssing, A.; Glaser, J. (2002): Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus – Selbstbeobachtungsversion (TAA-KH-S). Göttingen: Hogrefe

Chang, W., Ma, J., Chiu, H., Lin, K., & Lee, H. (2009). Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 1946-1955.

Dahlgaard, K. (2010). Verbesserung der teamorientierten Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden – Neue Chancen durch Prozessorientierung und erweiterte Aufgaben für Pflegende. *Zeitschrift für evidenzbasierte Fortbildung und Qualifizierung im Gesundheitswesen, 104*, 32-38.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriquez, L., San M., & Beaulieu, M., D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks*. Journal of Interprofessional Care, 1*, 116-131.

Defila, R. & Di Giulio, A. (**19**96). Voraussetzungen zu interdisziplinären Arbeiten und Grundlagen ihrer Vermittlung. In: Ph. W. Balsiger, R. Defila & A. Di Giulio (Hrsg.). *Ökologie und Interdisziplinarität – eine Beziehung mit Zukunft? Wissenschaftsforschung zur Verbesserung fachübergreifender Zusammenarbeit* (S. 125-142). Basel: Birkhäuser.

Deneckere, S., Robyns, N., Vanhaecht, K., Euwema, M., Panella, M., Ludewijckx, C., Leigheb, F., Sermeus, W., et al. (2011). Indicators for follow-up of multidisciplinary teamwork in care processes: Results of an international expert panel. *Evaluation & the Health Professions, 34 (3),* 258-277.

Drinka, T. & Clark, P. (2000). Health Care Teamwork. Interdisciplinary Practice and Teaching. Westport: Greenwood.

Dresing, T. & Pehl, T. (2011): Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen, 1. Auflage. Eigenverlag Marburg 2011, S.15ff

Ellingson, L. (2003). Interdisciplinary Health Care Teamwork in the Clinic Backstage. *Journal of Applied Communication Research, 31(2)*, 93.-117.

Flick, U. (1995): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Reinbek: Rowohlt Verlag

Frankel, A., S., Leonard, M., W. & Denham, C.,R. (2006). Fair and just culture, team behavior, and leadership engagement: The tools to achieve high reliability. *Health Research and Educational Trust , 41,* 1690-1709.

Gaboury, I., Bujold, M., Boon, H., & Moher, D. (2009). Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components. *Social Science & Medicine, 69*, 707-715

Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N. & Radbruch, L. (2007). Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine, 21*, 347–354.

Keith, M.K. & Askin, D.F. (2008). Effective collaboration: The key to better healthcare. *Nursing Leadership, 21* (2), 51-61.

Körner, M., Schüpbach, H. Bengel, J. (2005). Berufsgruppenübergreifende Kooperation in der medizinischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 13 (4)*, 158-166.

Kuehn, A. F. (2009). The kaleidoscope of collaborative practice. In: L.A. Joel (Ed.). Advanced practice nursing. Essentials for role development. FA Davis: Philadelphia.

Kuckartz, U. (2010): Einführung in die Computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3., aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.

Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration: A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care,22 (2),* 191-203

Laubach, W. & Fischbeck, S. (2007). Job Satisfaction and the Work Situation of Physicians: a survey at a German University hospital. *International Journal of Public Health, 52 (1)*, 54-59.

Lingard, L., Conn, L., Russell, A., Reeves, S., Miller, K.,L., Kenaszchuk, C., & Zwarenstein, M. (2007). Interprofessional information work: Innovations in the use of the chart on internal medicine teams. *Journal of Interprofessional Care, 21 (6)*, 657-667.

Lüders, Ch. (2004): Herausforderungen qualitativer Forschung. In: Flick, U., Kardorff, E. und Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch., S. 632 – 642. Rowohlt Verlag. Reinbek.

Lützenkirchen, A. (2005). Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen – eine aktuelle Bestandsaufnahme. *Gruppendynamik und Organisationsberatung, 36 (3)*, 311-324.

Magnusson, A. & Lützén, K. (2009). Factors that influence collaboration between psychiatric care and CSSs: experiences of working together in the interest of persons with long-term mental illness living in the community. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 23(1)*, 140-145.

Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand , 53*, 143-151.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag. Weinheim und Basel.

Meijer, W. J. & Vermeij, D. J. B. (1997). A Comprehensive Model of Cooperation Between Caregivers Related to Quality of Care. In: *Int J Qual Health Care*, 9: 23-33.

Mickan, S., M., & Rodger, S., A. (2005). Effective Health Care Teams: A model of six characteristics developed from shared perceptions. *Journal of Interprofessional Care, 19 (4),* 358-370.

Miller, G. A., Galanter, E. & Pribram, K. H. (1973). Strategien des Handelns. Pläne und Strukturen des Verhaltens. Stuttgart: Klett-Kotta

Mitchell, R., Parker, V., Giles, M., & White, N. (2010). Toward realizing the potential of diversity in composition of interprofessional health care teams. *Medical Care Research and Review, 67 (1),* 3-26.

Nijhuis, B.J.G., Reinders-Messelink, H.A., de Blécourt, A.C.E., Olijve, W.G., Groothoff, J.W., Nakken, H. & Postema, K. (2007). A review of salient elements defining team collaboration in paediatric rehabilitation. *Clinical Rehabilitation, 21*, 195-211.

Orchard, C., A., Curran, V. & Kabene, S. (2005). Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. Medicla Education Online, Available from http://www.med-ed-online.org

Ødegard, A. & Strype, J. (2009). Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway. *Journal of Interprofessional Care, 23 (3)*, 286-296.

Pircher Verdorfer, A. & Peus, C. (2014). The Measurement of Servant Leadership: Validation of a German Version of the Servant Leadership Survey (SLS). Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 58(1), 1-17.

Porschen , S. (2008). Belastungen bei der Bewältigung von Arbeit: Widersprüchliche Kooperationsanforderungen. Wirtschaftspsychologie, 1, 72-77.

Rodriguez, L., Beaulieu, M., D., D`Amour, D., & Ferrade-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies*. Journal of Interprofessional Care, 1,* 132-147.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.* Baden-Baden: Nomos-Verlag.

Salas, E., Rosen, M., A., & King, H. (2007). Managing teams managing crisis: principles of teamwork to improve patient safety in the Emergency Room and beyond. *Theoretical Issues in Ergonomics Science,8,* 381-394.

Salem, I., Renner, W. & Schwarz, N. (2008). Der Fragebogen zu Teamwork und Patientensicherheit - FTPS (Safety Attitudes Questionnaire – deutsche Version). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 79*, 70-76.

Salomon, T. & Rothgang, H. (2010). *Interdisziplinäre Kooperation der Gesundheitsberufe am Beispiel der Schlaganfallversorgung. Ergebnisse einer systematischen Übersichtsarbeit.* Zentrum für Sozialpolitik.

Schmidt, Christiane (2004): Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick, U., Kardorff, E. und Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch., S. 447 – 456. Rowohlt Taschenbuch Verlag. Reinbek bei Hamburg.

Sexton, J. B. , Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P.R., Thomas, E.J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. BMC Health Serv Res. 2006, 6:44.

Sperka, M. & Rozsa, J. (2007). *Kommino - Fragebogen zur Erfassung der Kommunikation in Organisationen.* Göttingen: Hogrefe.

Steinheider, B., Bayerl, P. S., Menold, N. & Bromme, R. (2009). Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung von Wissensintegrationsproblemen in interdisziplinären Projektteams (WIP). *Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie 53 (3)*, 121-130.

Temkin-Greener, H., Gross, D., Kunitz, St., J., & Mukamel, D. (2004). Measuring interdisciplinary team performance in a long-term care setting. *Med Care, 42,* 472-481.

Verbeck, A. (2001). Kooperative Innovation. Effizienzsteigerung durch Team-Management. Zürich: vdf.

Der Wissenschaftsrat (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen, Berlin.

Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228.

Anhang

CHARITÉ
Robert Bosch Stiftung

Screening zur Erfassung der Qualität interprofessioneller Kooperation zwischen Medizin und Pflege

Interprofessionelle Perspektive	trifft voll zu	trifft eher zu	teils/ teils	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Die unterschiedlichen Denkweisen der Ärzte und Pflegekräfte erschweren die Bildung einer gemeinsamen Basis für die Patientenversorgung.	☐	☐	☐	☐	☐
Die interprofessionelle Zusammensetzung bei uns erschwert die Entwicklung eines gemeinsamen Aufgabenverständnisses.	☐	☐	☐	☐	☐
Ärzte und Pflegekräfte bemühen sich zu wenig, die Denkweisen und methodischen Vorgehensweisen der anderen Berufsgruppe zu verstehen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ärzte und Pflegekräfte haben unterschiedliche Zielvorstellungen.	☐	☐	☐	☐	☐
Es wird zu wenig Zeit und Mühe aufgewendet, um ein gemeinsames Aufgabenverständnis zu entwickeln.	☐	☐	☐	☐	☐
Ärzte und Pflegekräfte können die eigene Sichtweise nur unzureichend verständlich machen.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei uns wird mehr über ärztlich-pflegerische Teamarbeit geredet als danach gehandelt.	☐	☐	☐	☐	☐
Informationsfluss im Team	trifft voll zu	trifft eher zu	teils/ teils	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Visiten finden bei uns regelmäßig mit gemeinsamer ärztlich-pflegerischer Beteiligung statt.	☐	☐	☐	☐	☐
Übergaben finden bei uns regelmäßig mit gemeinsamer ärztlich-pflegerischer Beteiligung statt.	☐	☐	☐	☐	☐
In den Besprechungen zwischen Ärzt(inn)en und Pflegekräften gibt es die Möglichkeit...					
...unmittelbar über Fehler zu sprechen.	☐	☐	☐	☐	☐
...das gemeinsame Vorgehen auf den einzelnen Patienten abzustimmen.	☐	☐	☐	☐	☐
...Rat und Unterstützung zu bekommen.	☐	☐	☐	☐	☐
...sich gegenseitig über Termine zu informieren.	☐	☐	☐	☐	☐

CHARITÉ
Robert Bosch Stiftung

Zeitressourcen	trifft voll zu	trifft eher zu	teils/teils	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Man hat bei der Arbeit wegen kurzfristigen Terminvorgaben immer wieder Zeitdruck.	☐	☐	☐	☐	☐
Man hat bei der Arbeit immer wieder zu viel auf einmal zu tun.	☐	☐	☐	☐	☐
Man muss sich immer wieder sehr beeilen und wird trotzdem nicht mit seiner Arbeit fertig.	☐	☐	☐	☐	☐
Man hat bei der Arbeit wegen Wünschen von Patienten immer wieder Zeitdruck.	☐	☐	☐	☐	☐
Man muss immer wieder Tätigkeiten unter Zeitdruck verrichten, weil andere Personen nur zu bestimmten Zeiten erreichbar sind.	☐	☐	☐	☐	☐
Man muss sich bei der Arbeit immer wieder über Regeln und Vorschriften hinwegsetzen, um überhaupt fertig zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
Es kommt vor, dass ein Patient nicht die zeitliche Aufwendung und Betreuung erhält, die eigentlich gut für ihn wäre.	☐	☐	☐	☐	☐
Partizipationschancen an Entscheidungsfindungen	trifft voll zu	trifft eher zu	teils/teils	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Jeder kann sich bei uns offen zu Meinungen von Entscheidungsträgern äußern, ohne negative Folgen fürchten zu müssen.	☐	☐	☐	☐	☐
Mitarbeiter(innen) werden ermutigt und bestärkt, den eigenen moralischen Standpunkt hinsichtlich Vorgehen und Vorhaben zu äußern.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei uns gibt es für Mitarbeiter(innen) kaum eine Möglichkeit, bestehende Regeln und Normen zu verändern.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn bei uns wichtige Entscheidungen getroffen werden müssen, fließen dabei die Meinungen von vielen Mitarbeiter(inne)n ein.	☐	☐	☐	☐	☐
Auf geäußerte Vorschläge und Anregungen bekommt man bei uns eine angemessene Rückmeldung.	☐	☐	☐	☐	☐
An wichtigen Entscheidungen über Regeln der Zusammenarbeit werden die Mitarbeiter(innen) beteiligt.	☐	☐	☐	☐	☐

CHARITÉ
Robert Bosch Stiftung

Teamklima und Feedback	trifft voll zu	trifft eher zu	teils/teils	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Ich bekomme hilfreiche Kritik von anderen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn ein(e) Kollege(in) einen Fehler von mir gesehen hat, kann ich mich darauf verlassen, dass er/sie mich darauf hinweist.	☐	☐	☐	☐	☐
Wir geben uns häufig methodische Anregungen über bessere Vorgehensweisen.	☐	☐	☐	☐	☐
Wenn es bei uns in prinzipiellen Dingen gegensätzliche Meinungen gibt, redet man offen darüber.	☐	☐	☐	☐	☐
Wir sprechen eine "gemeinsame Sprache", so dass keine Missverständnisse aufgrund von unterschiedlichen Fachsprachen auftreten.	☐	☐	☐	☐	☐
Bei uns besteht untereinander ein vertrauensvolles Verhältnis.	☐	☐	☐	☐	☐
Teamleitung	trifft voll zu	trifft eher zu	teils/teils	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
In unserem ärztlich-pflegerischen Team...					
...wird jede(r) über Aktuelles, Wichtiges oder Neues im Allgemeinen reibungslos durch die Vorgesetzten informiert.	☐	☐	☐	☐	☐
...weiß jeder, an wen er sich wenden kann, um eine fachgerechte Anleitung zur Erledigung von Aufgaben zu erhalten.	☐	☐	☐	☐	☐
...weiß Jede(r), auf welchem Weg und über wen er/sie an aktuelle, wichtige oder neue Informationen gelangen kann.	☐	☐	☐	☐	☐
...werden Verbesserungspotenziale und auftretende Probleme bei der Patientenversorgung systematisch gesammelt.	☐	☐	☐	☐	☐
...unterstützen die Vorgesetzten aktiv eine gelingende Kooperation zwischen Ärzt(inn)en und Pflegekräften.	☐	☐	☐	☐	☐
...werden bei nicht routinemäßigen Aufgaben Anleitungen von medizinischem und pflegerischem Personal gemeinsam gegeben.	☐	☐	☐	☐	☐