



Donna Weiss
Felice Tilin
Marlene Morgan

Interprofessionelle Gesundheits- versorgung

Management und Leadership

 hogrefe

Interprofessionelle Gesundheitsversorgung

Interprofessionelle Gesundheitsversorgung

Donna Weiss, Felice Tilin, Marlene Morgan

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheitsberufe

Sophie Karoline Brandt, Bern; Heidi Höppner, Berlin; Christiane Mentrup, Zürich;
Sascha Sommer, Bochum; Birgit Stubner, Erlangen-Nürnberg; Markus Wirz, Zürich;
Ursula Walkenhorst, Osnabrück

Donna Weiss
Felice Tilin
Marlene Morgan

Interprofessionelle Gesundheitsversorgung

Management und Leadership

Aus dem Amerikanischen von Christina Janssen



Donna Weiss, PhD, OTR/L, FAOTA
Felice J. Tilin, PhD
Marlene J. Morgan, EdD, OTR/L

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Anregungen und Zuschriften bitte an:
Hogrefe AG
Lektorat Gesundheitsberufe
z.Hd.: Barbara Müller
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
verlag@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Barbara Müller
Bearbeitung: Barbara Müller
Herstellung: Daniel Berger
Umschlagabbildung: Martin Glauser, Uttigen
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: punktgenau GmbH, Bülh
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Original English language edition published by Jones & Bartlett Learning, LLC
5 Wall Street
Burlington, MA 01803 USA
The Professional Health Care Team Leadership and Development,
Copyright © 2018 by Jones & Bartlett Learning, LLC. All right reserved

1. Auflage 2019
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95973-3)
ISBN 978-3-456-85973-6
<http://doi.org/10.1024/85973-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Danksagung	11
Einleitung: Interprofessionelle Führung im Gesundheitswesen	13
<hr/>	
Teil 1: Das Team und die Gruppenentwicklung	21
1 Gruppen – Teams – Systeme	23
1.1 Warum Gruppen?	23
1.2 Was unterscheidet eine Gruppe von einer zufälligen Zusammenstellung von Menschen?	24
1.3 Was ist der Unterschied zwischen einem Team und einer Gruppe?	25
1.4 Ein Systemansatz für Gruppen	26
1.5 Anwendung der Systemtheorie	29
2 Gruppenentwicklung	35
2.1 Die Gruppe	35
2.2 Es ist nicht so wie es scheint: das unbewusste Eigenleben einer Gruppe	37
2.3 Stadien der Gruppenentwicklung	39
2.4 Ein integratives Modell zur Gruppenentwicklung	42
2.5 Bestimmung der Phasen einer Gruppenentwicklung: Merkmale und Ziele	42
2.6 Wie beeinflusst die Gruppenphase die Teamleistung?	48
2.7 Gruppengröße: Weniger ist mehr	49
2.8 Wie lange dauert es, bis eine Gruppe die nächste Phase erreicht?	50
3 Bausteine der Teambildung: Normen, Ziele, Rollen, Kommunikation, Führungskräfte und Mitglieder	53
3.1 Normen	53
3.2 Ziele	54
3.3 Rollen	55

3.4	Kommunikationsstile	59
3.5	Kommunikationsnetzwerke	65
Teil 1: Übungen zur Team- und Gruppenentwicklung		73
Übung 1: Wie sehr/ stark ist die Gruppe auch ein Team?		73
Übung 2: Ich und Wir		73
Übung 3: TOPS: Team Orientation and Performance Survey		73
Übung 4: Zielsetzung des Teams		76

Teil 2: Beziehungszentrierte Führung 79

4	Perspektiven der Mitarbeiterführung	81
4.1	Perspektiven der Mitarbeiterführung	81
4.2	Theorien zu Persönlichkeit und Charakterzügen	82
4.3	Die Persönlichkeitstheorie der großen Fünf	88
4.4	Emotionale Intelligenz	92
4.5	Resonanz	97
5	Bausteine von Führungsstilen	101
5.1	Macht/ Leistungsfähigkeit	101
5.2	Motivation	105
5.3	Lernen	107
6	Zwischenmenschliche Beziehungen	115
6.1	Die Führungskraft als Lernende	116
6.2	Die Führungskraft als Coach	118
6.3	Die Führungskraft als Partner	119
6.4	Die Führungskraft als Impulsgeber	120
6.5	Die Führungskraft als Ökologe	120
Teil 2: Übungen der beziehungsorientierten Führungsaktivitäten		125
Übung 1: Myers-Briggs – Dein Führungsverhalten bei Stress und in deiner Bestform		125
Übung 2: Die beste Führungskraft		127
Übung 3: Die Lernkurve einer Führungskraft		128

Teil 3: Der Aufbau und Erhalt von interprofessionellen Teams 137

7	Aufbau von Diversität	139
7.1	Oberflächliche Diversität	140
7.2	Tieferegehende Diversität	141
7.3	Verknüpfungen des Gehirns und die unterbewussten Vorurteile	141
7.4	Unbewusste Vorurteile minimieren	142

7.5	Möglichkeiten des Aufbaus interprofessioneller Diversität in einem Team	144
7.6	Offene Befragung, Aktives Zuhören und Kreativität in Teams	147
7.7	Überbrückung der Diskrepanz	149
7.8	Umgang mit Konflikten	150
8	Förderung einer Kultur der Zusammenarbeit	157
8.1	Technologieunterstützte gemeinschaftliche Praxis	161
8.2	Das 12-Ableitungen-EKG	163
8.3	„Just in time“-Kommunikation	165
8.4	Entwicklung einer forschungsgemeinschaftlichen Praxis	167
8.5	Erfolgreiche Zusammenarbeit: R-E-S-P-E-K-T	168
8.6	Technologien für Gesundheitsinformationen: Ein Instrument für die Zusammenarbeit	170
9	Generative Praxis	175
9.1	Individuelle Praxis	176
9.2	Interpersonelle Praxis	180
9.3	Gruppenpraxis	184
9.4	Organisatorische Praxis	187
	Teil 3: Übungen zum Aufbau und Erhalt von interprofessionellen Teams	199
	Übung 1: 360 Grad Mini Feedback Übung	199
	Übung 2: Die Kunst der (Team)Kultur	199
	Übung 3: Checkliste für Verhalten, das eine Kultur der Zusammenarbeit fördert	200
<hr/>		
	Sachwortverzeichnis	203

Vorwort

Qualität im Gesundheitswesen erfordert Teamwork. Einzelpersonen zusammenzusetzen, um über die Fachbereiche hinaus zu unterrichten oder Gesundheitsversorgung anzubieten, garantiert nicht, dass daraus ein Team mit Synergien entsteht, das für eine gemeinsame Vision, eine vereinbarte Aufgabe und ein System der Zusammenarbeit notwendig ist. Damit produktive und effiziente Teams entstehen, bedarf es einer Wissensbasis, ein optimales Vorgehen (Best Practices), interprofessioneller Mitarbeiterführung und Einzelpersonen, die gut vorbereitet sind, kooperative und erfolgreiche Mitglieder eines Teams zu sein.

Es ist aus vielen Grundsatzberichten und durch Forschung offensichtlich, dass Teamwork das Markenzeichen positiver Ergebnisse für die Gesundheit und des Wohlbefindens von Patienten, Familien und Gesellschaften sind. Zusammenarbeit und Kooperation sind gleichbedeutend und müssen zwischen den Einrichtungen ausgebaut werden, um Wohlbefinden zu fördern und Institutionen zu befähigen, umfassend zu funktionieren. Es ist durch viele Gespräche und Berichte, wie dem *Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Independent World* von der Independent Lancet Commission on Education of Health Professionals für das 21ste Jahrhundert und *The Initiative on Future of Nursing*, verfasst durch das Institute of Medicine Committee im Auftrag der Robert Wood Johnson Foundation, offensichtlich, dass es für Kooperation, Zusammenarbeit und Teambildung, einen Paradigmenwechsel bei den Ausbildungsprogrammen sowie bei institutionellen Aufgaben bedarf (Bhutta et al., 2010; Institute of Medicine, 2011).

Ein Paradigmenwechsel entsteht durch bewusste und systematische Dialoge und Diskussionen. Produktive Dialoge und Diskussionen hängen ab von dem Wissensgebiet, der Bereitschaft der Teilnehmer, dem Umfeld, das diese Dialoge fördert, der Diversität von Meinungen, dem Respekt für unterschiedliche Meinungen und dem Vertrauen in den Wert und die Prinzipien, die Partnerschaftlichkeit und Zusammenarbeit fördern. Ob dieser Paradigmenwechsel notwendig ist, um die Grenzen des Berufs zu überschreiten und interprofessionelle Ausbildung zu entwickeln, die Unterschiede der Fachbereiche zur Interdisziplinarität zu

verschieben oder den Ethos von Unabhängigkeit zu Gunsten von Wechselbeziehungen aufzubauen, hängt elementar davon ab. Für die Implementierung wird die Anwendung gut organisierter und umfassender evidenzbasierter Wissensgrundlagen und Instrumente benötigt.

Dieses Buch bietet eine dringend erforderliche Wissensgrundlage zur Entwicklung eines zwischenmenschlichen Führungsstils, der Interdisziplinarität, Interprofessionalität und produktive Teamarbeit fördert. Es beschreibt Möglichkeiten, Theorien, Übungen, umfangreiche Referenzen und Anregungen, die sowohl Experten als auch Einsteiger inspirieren werden, anders über ihre Rollen, über die Art des Führungsstils oder als Mitglieder eines Teams nachzudenken. Ich wage zu behaupten, dass dieses Buch zu einer sehr wichtigen Ressource wird, die zu größeren konstruktiven Handlungen, in Bezug auf die Entwicklung einer Kultur der Zusammenarbeit, führen wird. Die Autoren bieten viele Instrumente an, um den Leser zu befähigen und leistungsfähige Teamarbeit zu fördern. Es ist ein inspirierendes Buch mit einfachen Handlungsgrundsätzen.

Mein Dank gilt den Autoren, die die Weisheit, das Wissen und die Expertise haben, in dieses Buch zu investieren und es zu schreiben. Wenn Lehrende, Studenten, Kliniker, Führungskräfte und Manager das Buch lesen und die Ideen daraus diskutieren, werden sie den Autoren genauso dankbar sein wie ich, nachdem ich es begutachtet habe und den Inhalt nutze. Es ist für ein breites Publikum geschrieben und hat zum Ziel, Best Practice anzuwenden, um bestmögliche Versorgung besonders in der Zeit zu erreichen, in der sich die Gesundheitsversorgung neu erfindet und verändert.

Literatur

- Bhutta, Z. A., Chen, L., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Zurayk, H. (2010). Education of health professionals for the 21st century: A global independent commission. *The Lancet*, 375(9721), 1137–1138.
- Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: The National Academics Press

Danksagung

Unsere individuellen Beiträge zu diesem Buch sind das Ergebnis unzähliger Beziehungen, die wir glücklicherweise im Zuge unseres beruflichen und persönlichen Lebens erleben durften. Durch unsere Zusammenarbeit an diesem Buch, wurden wir durch Erfahrungen, die wir miteinander machten, geformt und verändert. Wir sind dankbar für die Gedanken, die Begleitung und die Unterstützung durch folgende Personen:

- Die Mentoren: Annie McKee, Susan A. Wheelan und Sherene Zolno, die großzügig ihr Stipendium geteilt und unseren Lernprozess gefördert haben.
- Die Kollegen, Lehrer, Klienten, Freunde und die Familien, die ihre Geschichten und ihr Wissen mit uns geteilt haben: Rebecca Austill-Clausen, Stephen Berg, Marco Bertola, Joanne Broder, Summerson, Tracy Christopherson, Luis Constantino, Claire Conway, Wanda Cooper, Laurie Cousart, Vincent Curren, Dan Drake, Mario DiCoccio, Peter Doukas, Tim Fox, Kein Hook, Francis Johnston, Emily Keshner, Moya Kinnealy, John Kirby, Robin Kurilko, Delores Mason, Afaf Meleis, Karen Nicols, Linda Paolini, Prem Rawat, Debra Pellegrino, Melanie Rothschild, Carol L. Savrin, Stephen Scardia, Lana Schuette, Kathryn Shaffer, Judith Shamian, Carole Simon, Mary Sinnott, Beth Sippola, Rob Sippola, Trudi Sippola, David M. Smith, Eileen Sullivan-Marx, Bruce Theriault, Kelsey Tilin, Sam Tilin, Beulah Trey an Sue Carol Verrillo.
- Dem Team von Jones & Bartlett Learning für die geduldige Unterstützung, die Empfehlungen und Ermutigungen, die sie uns während des Publikationsprozesses angeboten/ zur Verfügung gestellt haben: Cathy Esperti, Carter Cathleen McAlister, Sean Fabery, Grace Richards, Kristen Rogers, Alianna Ortu und Laura Almozara. Besonderer Dank gilt insbesondere den Kollegen von Felice an der St. Josephs University, die Zeit und Unterstützung zur Verfügung gestellt haben, dieses Buch fertig zu stellen: Karin Botto, Jeanne Brady, Sabrina DeTurk, William Madge, Robert Palestini, Becky Rice, Erin Schwing und Wendy Thurman.
- Abschließend honorieren wir alle Lernenden – ob Studierende, Lehrer, Leitungs-/ Führungskräfte oder Gruppenmitglieder – und ihr aktives Engagement, indem sie Fragen stellen und neue Wege im Denken, Sein und Tun beschreiten.

Einleitung: Interprofessionelle Führung im Gesundheitswesen

Lernziele

1. Verstehen, dass das interprofessionelle Team im Gesundheitswesen ein weitgehend integratives Konzept ist.
2. Darstellen, wie eine interprofessionelle Ausrichtung die Versorgung der Patienten verbessern kann.
3. Erklären, dass die Wichtigkeit einer beziehungsorientierten Versorgung Einfluss auf das Patientenergebnis hat.
4. Verstehen des Konzepts von Mitgliedern als Führungskräfte.

Menschen sind von Natur aus sozial und bilden Familien, kleine Gruppen und Sippschaften. Während wir uns von Kindern zu Erwachsenen entwickeln, neigen wir dazu, die Verhaltensweisen unserer Familien, Peergruppen und der professionellen Gruppen widerzuspiegeln. Wenn wir erwachsen werden, entsteht unser Selbstbild als Teil unserer Interaktionen und durch das Feedback dieser Gruppen. Über Jahrtausende waren Interaktionen mit einer Vielzahl von Menschen notwendig, um den primären Bedürfnissen wie Liebe und Zuneigung nachzukommen, aber auch um die Arbeit zu leisten, die dazugehörte, um Gemeinschaften zu bilden und zu überleben. Mit der Evolution von Gesellschaften von der Steinzeit bis ins Informationszeitalter, ist die Komplexität der Herausforderungen, die Individuen und Einrichtungen begegnen, gestiegen, genauso wie die Notwendigkeit, gut zu funktionieren, in diversen Gruppen, die diese Herausforderungen meistern. Das Lösen von komplexen Problemen erfordert unterschiedliche Informationsmengen, die nicht im Bereich einer einzigen Person oder einzelnen Profession liegen. Das gilt für alle modernen Bestrebungen, aber am deutlichsten ist das in der Gesundheitsversorgung.

Das Konzept Gesundheit umfasst ein komplexes und holistisches System, bei dem biologische, psychologische, physische, soziökonomische, kulturelle und umweltbezogene Faktoren als miteinander verbundene und interagierende Faktoren voneinander abhängig funktionieren. Rove (2003) hat festgestellt, dass Gesundheitsprobleme typischerweise umfangreich und komplex sind und möglichst angemessen durch eine interprofessionelle Perspektive untersucht werden. Berichte der

Pew Health Professions Commission (1998), dem Institut of Medicine (2001, 2002, 2003) und der Weltgesundheitsorganisation (2010) haben wiederholt Überlegungen unterstützt, dass Bildungsprogramme für Gesundheitsberufe nur dann als vollständig angesehen werden können, wenn sie Arbeitserfahrungen in interprofessionellen Teams vorweisen können. Die Literatur bezüglich höherer Ausbildung ist voller Referenzen zur Forschung sowie interdisziplinären, interprofessionellen und integrativen Studien. Externe Finanzierungsquellen für Forschungen bestimmen, dass Evidenzen interprofessioneller Zusammenarbeit ein entscheidendes Kriterium bei der Gewährung von Fördergeldern sind (Bray, Adamson, & mason, 2007; Garcia & Roblin, 2008; Palincsar, 2007). Bei vielen Ausbildungsprogrammen im Gesundheitswesen mit einer interprofessionellen Ausrichtung sind Evidenzen zu Erfahrungen in einem interprofessionellen Team als Standards für die Akkreditierung notwendig. Es wird erwartet, dass medizinische Fachkräfte im Hinblick auf interprofessionelle Ausrichtung ausgebildet werden und die Fähigkeit entwickeln, Einfluss auf das Team zu nehmen, um komplexe Probleme zu lösen (Frenk et al., 2010; Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011; NIH, 2008; Royeen, Jensen, & Harvan 2009).

Mitglieder interprofessioneller Gesundheitsteams¹ haben viel Austausch untereinander, müssen Berichte erstatten und haben viele Wertesysteme. Sie befinden sich an einem Arbeitsplatz, an dem zunehmend komplexe organisatorische und politische Strukturen vorherrschen. Der wettbewerbsorientierte Gesundheitsmarkt bringt für Fachkräfte eine Vielzahl an Führungsherausforderungen – und nicht zuletzt ist eine davon zu lernen, Einfluss auf die Interdisziplinarität zu nehmen. Drinka und Clark (2000, S. 6) definieren ein interdisziplinäres Gesundheitsteam (Interdiziplinäre Healthcare Team = IHCT) als „eine Gruppe von Individuen mit unterschiedlichem Training und Hintergründen, die zusammen als eine Einheit oder ein System arbeiten“. Disziplinäre Expertise wird dann maximiert, wenn Mitglieder des IHCT routinemäßig zwischenmenschliche Kompetenzen einsetzen und effektiv ihre Arbeit mit anderen koordinieren. Zwischenmenschliche Koordination in Form von qualitativ hochwertiger Kommunikation, gegenseitiger positiver Wertschätzung, Vertrauen und aktiver Beteiligung sind mit einer stärkeren gemeinschaftlichen Identität, Verringerung von Statusdifferenzen, erhöhter Fähigkeit auf Belastung zu reagieren, erhöhter Zufriedenheit bei der Mitarbeitenden im Beruf und der Mitar-

1 In diesem Buch sind alle Geschlechterformen angesprochen, ungeachtet der verwendeten Variante. (Anm. des Lektorats)

beiterbindung assoziiert. Vor allem sind Einrichtungen, bei der einheitliche Kommunikationsstrategien die Norm sind und die mit beziehungsorientierten Organisationen assoziiert werden, hochleistungsfähig und profitabel und haben eine niedrige Mitarbeiterfluktuation, bessere klinische Ergebnisse, eine Verringerung des Krankenhausaufenthalts, und die Patienten empfinden die Versorgung als hochwertiger (Gitell, 2009; Suchman, Sluyter, & Williamson, 2011; Uhlig & Raboin, 2015).

Der Trend einer Spezialisierung bei den Gesundheitsberufen könnte zu einer weniger inklusiven Interpretation der Definition von Drinka und Clark bezüglich Interdisziplinarität gehen. Es könnte so interpretiert werden, dass Personen eingebunden werden, die zwar das gleiche Basistraining, aber ein Fachgebiet haben. Beispielsweise könnten manche Leute das so interpretieren, dass ein Internist, ein Gynäkologe und ein Allgemeinmediziner ein interdisziplinäres Team sind. Der Begriff *interprofessional* impliziert eine weitere Perspektive und kann Personen einschließen, die als Arzt zusätzlich eine Ausbildung in der Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Sozialarbeit und anderen Gesundheitsberufen haben (Hammick, Freeth, Copperman, & Goodsmann, 2009). In der Literatur und der Praxis werden die Begriffe oft synonym verwendet.

Das Gesundheitswesen hat sich von einem hierarchischen Prozess, der durch Ärzte dominiert wurde, hin zu einem inklusiven Team von Fachleuten entwickelt, das sich auch auf Patienten und Pflegende ausweitet. Der konzeptionelle Wandel hinsichtlich der Ausrichtung der Gesundheitsversorgung, erfolgte Hand in Hand mit der Erkenntnis, dass das Gesundheitswesen ein komplexes System von Beziehungen ist. Weder der Begriff *Interdisziplinarität* noch *Interprofessionalität* – spiegelt den Stellenwert der Patienten und anderer wichtiger Mitglieder beim Erreichen guter Patientenergebnisse wider. Der passendere Begriff wäre *beziehungsorientiert*. Der Begriff des beziehungsorientierten Teams im Gesundheitswesen reicht über den traditionellen Kern von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten hinaus und umfasst alle Mitglieder, die Einfluss auf die Patientenergebnisse haben. Das bedeutet, dass die Zusammensetzung von Teams in der Gesundheitsversorgung spezifisch auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt ist. Traditionelle fachliche Grenzen müssen abgebaut werden, da es notwendig ist, sich den Herausforderungen zu stellen, qualitative und kosteneffektive Gesundheitsversorgung anzubieten, die für die wachsende Bevölkerung zugänglich ist (Grant & Finocchio, 1995). Fähigkeiten bei der Teambildung, die Teamzugehörigkeit und das Verständnis für Gruppendynamiken sind als Grundvoraussetzung und für die nächste Generation von Führungskräften im Gesundheitswesen unverzichtbar.

Unabhängig davon, ob Teams sich interdisziplinär, interprofessionell oder beziehungszentriert nennen, muss sich jedes Mitglied eines Teams in der Gesundheitsversorgung folgende wichtige Fragen stellen:

- Wer muss herangezogen werden, um die besten Ergebnisse für Patienten zu erzielen?
- Wie können wir zusammenarbeiten, um diese Ergebnisse effektiv und effizient zu erreichen?
- Was ist mein spezifischer beruflicher und persönlicher Beitrag für das Team?
- Wie kann ich die optimale Funktionalität des Teams und die besten Ergebnisse für Klienten unterstützen?

Das gesamte Potential eines interprofessionellen Teams im Gesundheitswesen wird dann erreicht, wenn jedes Mitglied ein Führungsverhalten übernimmt. Das Mitglied als eine Führungsperson versteht die Stärke seiner spezifischen professionellen Expertise und persönlichen Qualitäten. Es akzeptiert die Verantwortung, aktiv zu einer beziehungszentrierten, sicheren, effektiven und qualitativ hochwertigen Dienstleistung beizutragen. Die designierte Führungsperson ist dafür verantwortlich, dass sie für alle Mitglieder des Teams das Führungsverhalten ausführt, indem sie als Vorbild bei der Eigenwahrnehmung, Selbstregulation, Empathie und positiver Kommunikation agiert und diese Verhaltensweisen auch bei anderen fördert (Boyatzis & McKee, 2005). Führungspersonen, die erfolgreich bei der Förderung einer proaktiven Mitarbeiterführung ihrer Teams sind, stellen fest, dass ihre eigene Perspektive unvollständig ist und erkennen den Wert darin, der Gemeinschaft zu Wissen und Stärke zu verhelfen. So schaffen sie nachhaltige, beziehungszentrierte und sehr produktive Teamkulturen, die kreativ resilient sind angesichts von Veränderungen und die mit der Zeit gedeihen (Uhlig & Raboin, 2015).

Mitarbeiterführung eines interprofessionellen Teams in der Gesundheitsversorgung bedeutet, dass sowohl die designierte Führungsperson als auch die Mitglieder willens sein müssen, die Verantwortungen einer Mitarbeiterführung zu teilen. Sie müssen sich der Gruppendynamik bewusst sein, um mit den umfangreichen diversen Fähigkeiten, Werten und Interessen zu arbeiten (Lee, 2010). Es bedarf einer starken Mitarbeiterführung mit einer umfassenden und integrativen Sichtweise, um diese Probleme entsprechend anzugehen. Mitarbeiterführung sollte so verstanden werden, dass ein Pool an Fachkräften ihr eigenes Basisfachwissen wirksam einsetzt und es mit anderen ähnlichen Fachgebieten vernetzt, um ein genaueres Verständnis und Kompetenzen in der patientenzentrierten und beziehungszentrierten Praxis zu entwickeln. Die Verantwortung für diese Art der Mitarbeiterführung wird von den Gesundheitsfachkräften aller Organisations-

ebenen geteilt, die sich in Forschung, Ausbildung, Administration und der gesundheitspolitischen Entwicklung, wie auch direkt bei der Patientenversorgung engagieren (Boucher, 2016).

Die Herausforderung, mit denen medizinische Fachkräfte konfrontiert sind, ist, dass, obwohl die meisten Gesundheitsfachkräfte in interprofessionellen Teams arbeiten und ihren Wert erkennen, die Mehrzahl der Fachkräfte nur ihre professionelle Fachrichtung sieht und sich nicht als Mitglieder eines interprofessionellen Teams verstehen. Bis vor kurzem wurde in der beruflichen Ausbildung bzw. im beruflichen Training der meisten Fachkräfte, Zusammenarbeit, Entscheidungsfindung in der Gruppe oder gemeinsame Mitarbeiterführung nicht in den Vordergrund gestellt (Calhoun et al., 2008; Lee, 2010). Das Institute of Medicine berichtete, dass fehlende effektive Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen oft als Grund für medizinische Fehler bezeichnet wurde (Institute of Medicine, 1999, 2003). Zum Beispiel, wenn ein Junge an einer behandelbaren Infektion stirbt oder schmerzlindernde palliative Pflege einem sterbenskranken Patienten aus Mangel an interprofessioneller Zusammenarbeit vorenthalten wird (Dowd, 2012; Brown, 2012). Auf der anderen Seite werden verbesserte Patientenergebnisse mit einer erfolgreichen Zusammenarbeit in Verbindung gebracht (Wheelan, Burchill, & Tilin, 2003). „Es wird immer offensichtlicher, dass die Bemühungen, qualitativ gute Pflege zu leisten, nicht durch einen Mangel an klinischer Expertise einzelner Berufsgruppen beeinträchtigt wird, sondern eher durch den Mangel an entsprechendem Wissen und Expertise unter diesen Berufsgruppen, wie diese multidisziplinären Teams problemlos miteinander funktionieren können.“ (übersetzt nach Freshman, Rubio, & Chassiakos, 2010, S. 6)

Da Gesundheitssysteme komplexer werden, müssen Gesundheitsfachkräfte Selbstvertrauen beim Lösen von Problemen in Gruppen entwickeln, ein erfolgreiches Konfliktmanagement anzugehen und Lösungen zu suchen als wirksamen und effektiven Informationsaustausch und Abgrenzungsmanagement (Gray, 2008; McKinaly, Gallagher, Gray, Wilson, & Pullon, 2015). Diese Kompetenzen hängen von dem Verständnis der verschiedenen Stadien der Gruppenentwicklung ab und von dem, was Teams erfolgreich macht. Ein erfolgreiches Team zeigt ein hohes Maß an Reflexionsvermögen und Selbstmanagementfähigkeiten, der Fähigkeit, reziproke Beziehungen zu entwickeln und zu erhalten und die Bereitschaft, andere zu befähigen (Goleman & Boyatzis, 2008). Die erfolgreichsten und produktivsten Teams in der Gesundheitsversorgung sind diejenigen, in denen das Konzept einer gemeinsamen Mitarbeiterführung angewandt wird. Das bedeutet, dass alle Mitglieder, unabhängig vom Status, reflektieren und sich verpflichtet fühlen, eine Führungsrolle anzunehmen und Verantwortung für eine Weiterentwicklung der Gruppe übernehmen.

Dieses Buch ist konzipiert worden, um medizinischen Fachkräften zu helfen, ihre Fähigkeiten bei der Mitarbeiterführung zu erkennen und das Wissen, die Fähigkeiten und Haltung zu entwickeln, die dafür erforderlich sind, um eine positive Kraft für Veränderung und Wachstum bei sich selbst, bei anderen und in ihrer Einrichtung zu sein.

Dieses Buch beinhaltet drei Teile:

1. Teamwork und Gruppenentwicklung
2. Beziehungszentrierte Mitarbeiterführung
3. Aufbau eines unterstützenden interprofessionellen Teams.

Jeder Teil ist in Kapitel unterteilt, die theoretische Konzepte, Fallgeschichten und aktive Lernerfahrungen vorstellen, die für eine Studiensituation, online oder für eine persönliche reflektierende Umgebung geeignet sind.

Teil 1: Teamwork und Gruppenentwicklung stellt Gruppen als ein komplexes System dar und beinhaltet Modelle der Gruppendynamik, die Stadien einer Gruppenentwicklung und wie Teamwork über eine Zeitspanne hinweg optimiert werden kann. Aktivitäten geben Praxisübungen, wie man persönliche Ziele von Gruppenzielen abgrenzen, Entwicklungsstadien einer Gruppe analysieren und Strategien der einzelnen Führungspersonen anwenden kann, um höchst funktionsfähige Teams zu fördern und zu erhalten.

Teil 2: Beziehungszentrierte Mitarbeiterführung bietet eine detaillierte Diskussion über das Verhalten einer Führungskraft, emotionale Intelligenz und wie Selbstwahrnehmung, Selbstmanagement und das Verständnis für eine positive Psychologie die Teamentwicklung und Produktivität unterstützen kann. Aktivitäten helfen dem Leser, die Kompetenzen zu analysieren, die für Führungspositionen im Gesundheitswesen erforderlich sind; das Verhalten von Führungspositionen in echten Lebenssituationen zu analysieren; persönlichen Charakteristiken, Herausforderungen, Philosophie und Verhalten einer Führungsposition zu identifizieren; Strategien für eine erfolgreiche persönliche Führungsposition im Gesundheitswesen zu konzipieren, sowohl für Mitglieder als auch für Leiter eines Teams in der Gesundheitsversorgung.

Teil 3: Leitung und Aufbau eines nachhaltigen zusammenarbeitenden interprofessionellen Teams geht sich über Berufsgrenzen hinaus, unterstützt die Entwicklung einer Teamkultur und generativer Vorgehensweisen. Generative Vorge-

hensweisen wie wertschätzende Befragung und positive Kommunikation können die Entwicklung einer kooperativen Umgebung unterstützen und helfen, nachhaltig die Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit von beziehungsorientierten Teams im Gesundheitswesen aufrechtzuerhalten. Ein reales Bild bieten die Beispiele für die Konzepte bei der Aktion. Die Aktivitäten fokussieren sich darauf, die Studenten und Auszubildenden zu unterstützen, zwischenmenschliche Sensibilität und Achtsamkeit zu entwickeln, empathische Kommunikationsstrategien anzuwenden, Feedback anzunehmen und zu geben, positiv Einfluss zu nehmen, um Vertrauen zu aufzubauen, Konflikte zu lösen und Kreativität und Energie wirksam einzusetzen, die mit einem vielschichtigen Gesundheitsteam einhergeht.

Literatur

- Boucher, N.A. (2016). Direct engagement with communities and interprofessional learning to factor culture into end-of-life health care delivery. *American Journal of Public Health*. e-View Ahead of Print. doi: 10.2105/AJPH.2016.303073
- Boyatzis, R. & McKee, A. (2005). *Resonant leadership*. Boston, MA: Harvard Business School Press
- Bray, M, Adamson, B. & Mason, M. (Eds.). (2007). *Comparative education research: Approaches and methods*. Hong Kong, China: Comparative Education Research Centre.
- Brown, T. (2012, July 15). The boy who wanted to fly. *New York Times*, pp. SR11.
- Calhoun, J., Dollett, L., Sinioris, M., Wainio, J., Butler, P. Griffith, J. & Warden, G. (2008). Development of an interprofessional competency model for healthcare leadership. *Journal of Healthcare Management*, 53(6), 360–374.
- Dowd, M. (2012, July 15). Don't get sick in July. *New York Times*, pp. A20.
- Drinka, T. & Clark, P. (2000). *Health care teamwork: Interdisciplinary practice and teaching*. Westport, CT: Auburn House.
- Frenk, J., Chen, L. Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N. & Zurayk, H. (2010). *Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. doi: 10.1016/50140-6736(10)61854-5
- Freshman, B., Rubino, L. & Chassiako, Y. (2010). *Collaboration across the disciplines in health care*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Garcia, L.M. & Roblin, N.P. (2008). Innovation, research and professional development in higher education: Learning from our own experience. *Teaching and Teacher Education*, 24(1), 104–116.
- Gittell, J. (2009). *High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Goleman, D. & Boyatzis, R. (2008). Social intelligence and the biology of leadership. *Harvard Business Review*, 86(9), 74–81.
- Grant, R.W. & Finocchio, L.J.; California Primary Care Consortium Subcommittee on Interdisciplinary Collaboration. (1995). *Interdisciplinary collaborative teams in primary care: A model curriculum and resource guide*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.
- Gray, B. (2008). Enhancing transdisciplinary research through collaborative leadership. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(25), sl24–sl32.
- Hammick, M., Freeth, D.S., Copperman, J. & Goodsmann, D. (2009). *Being interprofessional*. Maiden, MA: Polity Press.

- Institute of Medicine. (1999). *Terra is human: Building a safer health system*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2002). *Who will keep the public healthy? Educating public health professionals for the 21st century*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2003). *Health professions education: A bridge to quality*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative.
- Lee, T. (2010). Turning doctors into leaders. *Harvard Business Review*, 88(4):50–58.
- McKinlay, E. Gallagher, M. P., Gray, L., Wilson, C. & Pullon, S. (2015). Sixteen months “from square one”: The process of forming an interprofessional clinical teaching team. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 5(2), <http://www.jripe.org/index.php/journal/article/view/191/119>.
- Palincsar, A. (2007). Reflections on the special issue. *Educational Psychology Review*, 19(1), 85–89.
- Pew Health Professions Commission. (1998). *Recreating health professional practice for a new century: The fourth report of the Pew Health Professions Commission*. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.
- Rowe, J. (2003). Approaching interdisciplinary research. In F. Kessel, P. Rosenfield & N. Anderson (Eds.), *Expanding the boundaries of health and social science: Case studies in interdisciplinary innovation* (pp. 3–9). New York, NY: Oxford University Press.
- Royeen, C., Jensen, G. & Harvan, R. (2009). *Leadership in interdisciplinary health care education and practice*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Suchman, A., Sluyter, D. & Williamson, P. (2011). *Leading change in healthcare: Transforming organizations using complexity, positive psychology and relationship-centered care*. London, England: Radcliffe Publishing.
- Uhlir, P. & Raboin, W. E. (2015). *Field guide to collaborative care: Implementing the future of health-care*. Overland Park, KS: Oak Park Prairie Press.
- Wheelan, S. A., Burchill, C. N. & Tilin, F. (2003). The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 12, 527–534.
- World Health Organization: Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of Human Resources for Health. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice* (WHO/HRH / HPN/10.3). Geneva, Switzerland: World Health Organization. http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/