

## **ZWISCHENBERICHT FÜR DEN ZEITRAUM 01.01.2013 bis 31.12.2013**

Förderkennzeichen: FKZ 01GX1024

Abgabetermin: spätestens 30.04.14

**Vorhaben: Entwicklung und Evaluation eines Konzepts zur patientenorientierten Teamentwicklung in Rehabilitationskliniken (PATENT)**

### **Im Fall von Verbänden Angaben des Koordinators zur Entwicklung der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung des Verbundes bzw. zu verbundübergreifender Aktivitäten**

Kein Verbund

### **Darstellung der wichtigsten wissenschaftlich-technischen Ergebnisse und anderer für das Vorhaben wesentlicher Ereignisse (z. B.: personelle Veränderungen)**

Im Jahr 2013 wurden die Baseline-Messung der Hauptstudie sowie die Interventionen in den Rehabilitationskliniken der Interventionsgruppe begonnen. Ausgewählte wissenschaftliche Ergebnisse werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

## **Darstellung wichtiger wissenschaftlicher Ergebnisse der Studie PATENT**

### **1 Theoretischer Hintergrund**

Für eine erfolgreiche patientenorientierte Behandlung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind eine Vielzahl an verschiedenen Berufsgruppen sowie deren Interaktion bzw. Teamarbeit erforderlich. Interprofessionelle Teamarbeit ist daher ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die patientenorientierte Behandlung. Bislang wird der Teamarbeit und ihrem Einfluss auf die Behandlungsergebnisse und Patientenzufriedenheit wenig Beachtung geschenkt. Es ist davon auszugehen, dass durch die stärkere Fokussierung der interprofessionellen Teamarbeit sowohl die Patientenorientierung als auch die patienten- und mitarbeiterrelevanten Ergebniskriterien verbessert werden können.

#### **Teamentwicklungsprogramm**

Zur Konzeption des Teamentwicklungsprogramms wurde im Rahmen der Pilotstudie 2012 sowohl eine quantitative (Fragebogen) als auch qualitative Erhebung (Interviews, Fokusgruppen) mit Führungskräften, Mitarbeitern und Patienten in fünf Rehabilitationskliniken unterschiedlicher Indikationsbereiche durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten eine zu große Heterogenität bezüglich der Ausprägung der erfassten Merkmale der Teamarbeit als auch bezüglich der Anliegen für Teamentwicklung, als dass ein standardisiertes Teamentwicklungsprogramm konzipiert werden konnte. Dies wurde als Anlass genommen, ein klinikspezifisches Vorgehen in den Vordergrund zu stellen und lediglich den Prozess (Problemlösefokussierung und Aufgabenorientierung) und die Methode (systemischer Ansatz) zu standardisieren (siehe Anlage A: Ablaufplan).

Die patientenorientierte Behandlung als gemeinsame Aufgabe des Behandlungsteams nimmt einen zentralen Stellenwert in der täglichen Rehabilitationspraxis ein. Die Teamentwicklung setzt hier an und erarbeitet die konkrete Aufgabe des Teams als Ausgangspunkt, um zu sehen, inwiefern die Umsetzung der Aufgaben unter den derzeitigen Teamstrukturen und -prozessen möglich ist oder ob es Veränderungen dieser bedarf. Alle anderen Erfolgsfaktoren der Teamarbeit, wie Kommunikation, Koordination und Kooperation werden unter diesen Aspekten betrachtet und im Team besprochen, inwiefern diese zur gemeinsamen Aufgabenerledigung beitragen. Im Mittelpunkt des Ansatzes steht daher das Herausarbeiten und Festlegen der gemeinsamen Aufgabe des Teams. In Folge werden dann für die optimale Aufgabenerledigung die Teamstrukturen und -prozesse aufgebaut.

Entsprechend dem Ablaufplan des Teamentwicklungskonzepts wurde ein halbstandardisiertes Auftragsklärungsgespräch mit der Leitungsebene der Interventionskliniken geführt (Gesprächsleitfaden: siehe Anlage B). Dabei wurden die Aufgabe des Teams sowie die möglichen Inhalte der Teamentwicklung erarbeitet. Die in diesem Gespräch erarbeitete Aufgabe wurde dann in einem ersten Termin mit dem Rehabilitationsteam besprochen (Anlage C) und die Potenziale für Verbesserungen der Teamarbeit aus Sicht der Teammitglieder erfasst. Pro Klinik sind dann ca. zwei bis drei weitere Teamentwicklungstermine im Team vorgesehen, die dazu dienen, die Umsetzung der Teamoptimierung zu begleiten (Leitfaden hierzu siehe: Anlage D und Anlage E).

## **Ziel und Fragestellung der Hauptstudie**

Das Ziel der Hauptstudie ist die Implementierung und Evaluation des in der Pilotstudie konzipierten Teamentwicklungsprogramms und die Beantwortung der nachfolgenden Fragestellung:

- Können durch die Teamentwicklung die Patientenorientierung sowie die patienten- und mitarbeiterrelevanten Ergebniskriterien verbessert werden?

Für die Evaluation ist ein kontrollierter prä-post Vergleich vorgesehen, für welchen die folgenden Fragestellungen handlungsleitend sind:

- Wie werden Teamarbeit, Patientenorientierung, mitarbeiter- und patientenrelevante Ergebnisparameter in den einzelnen Kliniken bewertet?
- Unterscheiden sich diese Parameter zwischen den Kliniken?

## **2 Methodik**

Die Evaluation des Teamentwicklungsprogramms erfolgt in einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie mit einer schriftlichen Mitarbeiter- und Patientenbefragung zu zwei Messzeitpunkten. 2013 wurde die Baseline-Messung (1. Messzeitpunkt) zu interprofessioneller Teamarbeit, Patientenorientierung und den mitarbeiterrelevanten Ergebnisparametern in allen Kliniken (Interventions- und Kontrollkliniken) vor Beginn der Teamentwicklung in den Interventionskliniken durchgeführt.

### **2.1 Instrumente der Patientenbefragung**

Zur Messung der Patientenorientierung wurde der englischsprachige Fragebogen „Client-Centred Rehabilitation Questionnaire [CCRQ]“ nach Cott et al. (2006) ins deutsche übersetzt und psychometrisch überprüft (Dangel 2014). Die interprofessionelle Teamarbeit wurde mit der Internen Partizipationsskala (Körner & Wirtz 2013) erfasst. Zur Erfassung der patientenrelevanten Ergebniskriterien wurde der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit [ZUF-8] (Kriz et al. 2008) und 9 Items aus dem Fragebogen persönlicher Symptom- und Problemliste [PSPL] (Steffanowski et al. 2003) eingesetzt. Die soziodemographischen Merkmale wurden über sieben Items erfasst. Die Items bezogen sich auf das Alter, das Geschlecht, den Familienstand, die Erwerbsfähigkeit, die Art der Erkrankung, bisherige Rehabilitationsaufenthalte sowie den Schulabschluss. Patientenseitig wurde ein Stichprobenumfang von N=50 pro Klinik angestrebt.

### **2.2 Instrumente der Mitarbeiterbefragung**

Zur Analyse der Teamstruktur wurden die Skalen „Teamführung“ und „Teamorganisation“ des TeamPuls-Instruments (Wiedemann et al. 2000) verwendet. Zur Untersuchung des Teamprozesses wurde der Fragebogen zur Arbeit im Team [FAT] (Kauffeld & Frieling 2001, Kauffeld 2004) sowie sieben Items der Wissensintegrationsskala [WIP] (Steinheider et al. 2009) herangezogen. Die mitarbeiterrelevanten Ergebniskriterien werden durch das allgemeine Wohlbefinden „Skala zum

Wohlbefinden“ (Brähler et al. 2007), Aspekte körperlicher und emotionaler Erschöpfung (zwei Items des Copenhagen Psychosocial Questionnaire [COPSOQ], Nübling et al. 2005) und die Aspekte Arbeitszufriedenheit und Kündigungsabsichten von Mitarbeitern durch zwei Items des Fragebogens zur Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken [MIZU] (Farin et al. 2002) erfasst. Die Patientenorientierung wurde durch acht Items und die Rahmenbedingungen der Teamarbeit durch vier Items aus dem LORE-Fragebogen von Kockert und Kollegen (2012, unveröffentlicht, Universität Bielefeld) entnommen. Darüber hinaus wurden Aspekte zur Organisation und Art der interprofessionellen Teambesprechung mit neun Items erfasst: (1) direkter Austausch mit anderen Berufsgruppen, (2) Häufigkeit der Teamsitzungen, (3) Art der Festlegung der Therapieziele, (4) Einbringung der Teammitglieder in die Diskussion über die Therapieziele, (5) Art der zu besprechenden Patienten, (6) Rangordnung des Behandlungsteams, (7) Wunsch nach verstärkter Einbindung einer Berufsgruppe, (8) Anzahl der Rehateam-Mitglieder und (9) Dauer der Mitarbeit im Rehateam. Die soziodemographischen Merkmale wurden über sechs Items erfasst. Die Items erfragten die Berufsgruppe, das Innehaben einer Führungsposition, die Dauer der Beschäftigung in der Klinik, das Alter und Geschlecht sowie die Art der Anstellung.

## **2.3 Ablauf der Fragebogenerhebung**

Die Datenerhebung der Baselinemessung fand im Zeitraum von Mai bis Oktober 2013 statt. Es wurden insgesamt 12 Rehabilitationskliniken mit unterschiedlichen Indikationsgebieten rekrutiert (Kardiologie, Neurologie, Onkologie, Orthopädie). Aufgrund eines hohen Mitarbeiterkrankenstandes und hoher Arbeitsbelastung im Rahmen der Klinik Re-Zertifizierung (Qualitätssicherungsmaßnahmen) sprangen kurz vor der Durchführung der Befragung zwei Kliniken (K10; K12) ab. Die Zustimmung für die Studienteilnahme erfolgte von den Klinikleitungen sowie dem jeweiligen Betriebsrat. Das Austeilen der Fragebögen für die Führungskräfte, Mitarbeiter und Patienten fand klinikintern über die Klinikleitung oder Studienverantwortliche statt. Die Durchführung der Studie erfolgte auf der Grundlage der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG, in der Fassung 11.06.2010) bei der Datenerhebung, -speicherung, -veränderung und -nutzung personenbezogener Daten sowie unter Beachtung ethischer Richtlinien.

## **2.4 Datenaufbereitung und Datenanalyse**

Die Fragebögen wurden mit Hilfe einer Epidata Maske eingegeben. Die Datenkontrolle wurde zu 10% durchgeführt, d.h. es wurde jeder 10. Fragebogen in eine zusätzliche Datenbank eingegeben und dann die entsprechenden Fragebögen mit der gleichen Identifikationsnummer in den beiden Datenbanken miteinander abgeglichen. Insgesamt betrug die Fehlerquote 0,14%. Es wurden nur diejenigen Fälle in die Analyse mit einbezogen, die weniger als 30% Fehlwerte aufwiesen. Die Auswertung erfolgte deskriptiv-explorativ mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 22 (Vergleich der Mittelwerte zwischen den Kliniken). Häufigkeiten und Verteilungsmerkmale der erhobenen Variablen wurden deskriptiv beschrieben.

# **3 Zentrale wissenschaftliche Ergebnisse**

Nachfolgend werden nach der Beschreibung der Patienten- und Mitarbeiterstichprobe ausgewählte zentrale wissenschaftliche Ergebnisse der Baseline-Messung beschrieben. In diesem Falle soll bei der Prämessung untersucht werden, inwiefern zwischen den Kliniken Unterschiede bestehen. Diese Ergebnisse sollen dann im Prä-Post-Vergleich für die abschließende Evaluation herangezogen werden.

## **3.1 Beschreibung der Stichproben**

In Tabelle 1 sind die Kliniken, welche an der Prämessung teilgenommen haben, der Indikationsbereich, die Klinikgröße gemessen an der Bettenzahl sowie die Rücklaufquoten der Mitarbeiter- und Patientenbefragung aufgeführt.

**Tab 1. Beschreibung des Rücklaufes der Mitarbeiter- und Patientenbefragung sowie Darstellung von Indikationsbereich und Klinikgröße**

Klinik ID	Klinikgröße Bettenzahl gesamt (N)	Indikationsbereich / Gruppe	Versandte Fragebögen (N)	Erhaltene Fragebögen (N)	Rücklaufquote in %
1	140	Onkologie / EG	MA: 41	MA: 17	MA: 41.5%
			PA: 100	PA: 84	PA: 84.0%
2	188	Neurologie / EG	MA: 144	MA: 46	MA: 31.9%
			PA: 90	PA: 65	PA: 72%
3	244	Orthopädie / EG	MA: 93	MA: 36	MA: 38.7%
			PA: 140	PA: 99	PA: 71.0%
4	310	Orthopädie / EG	MA: 109	MA: 40	MA: 36.7%
			PA: 100	PA: 73	PA: 73.0%
5	124	Orthopädie / EG	MA: 70	MA: 11	MA: 15.7%
			PA: 135	PA: 39	PA: 28.8%
6	80	Orthopädie / EG	MA: 37	MA: 16	MA: 43.2%
			PA: 83	PA: 53	PA: 61.0%
7	152 <sup>1</sup>	Onkologie / KG	MA: 100	MA: 44	MA: 44.0%
			PA: 25	PA: 22	PA: 100%
8	215	Neurologie / KG: Patienten-Befragung abgelehnt	MA: 121 -	MA: 55 -	MA: 45.5% -
9	220	Orthopädie / KG	MA: 140	MA: 37	MA: 26.4%
			PA: 77	PA: 61	PA: 79.2%
10	229	Orthopädie / KG: Absage	-	-	-
			-	-	-
11	106	Orthopädie / KG	MA: 35	MA: 15	MA: 42.9%
			PA: 100	PA: 43	PA: 43.0%
12	275	Orthopädie / KG: Absage	-	-	-
			-	-	-
Gesamt			MA: 890	MA: 317	MA: 35.6%
			PA: 850	PA: 539	PA: 63.4%

**Legende:**

Experimentalgruppe = EG, Kontrollgruppe = KG, Mitarbeiter = MA, Patienten = PA

<sup>1</sup> Insgesamt 152 Betten für pädiatrische Lymphologie, geriatrische Lymphologie und onkologische Rehabilitation;  
Bettenzahl für  
Onkologie= 40 Betten

### 3.1.1 Patienten

An der Befragung nahmen insgesamt 539 Patienten teil. In die Auswertung wurden acht Kliniken mit insgesamt 466 Patienten (nach Ausschluss von Fragebögen mit Fehlwerten über 30%) eingeschlossen. Eine neurologische Klinik lehnte die Befragung neurologisch beeinträchtigter Patienten ab und eine weitere Klinik wurde aufgrund eines zu geringen Fragebogenrücklaufs (<30%) ausgeschlossen. Die Stichprobe bezieht sich auf 280 Frauen (60.1%) und 181 Männer (38.8%). Das Alter betrug im Durchschnitt 59.68 Jahre ( $N=458$ ,  $SD=13.34$ ,  $Range=19-86$  Jahre). Der Großteil der Befragten  $N=296$  war verheiratet (63.5%), 65 Patienten gaben an, ledig zu sein (13.9%), 56 Personen

waren geschieden oder getrennt lebend (12.0%) und 39 waren verwitwet (8.4%). Die meisten Patienten  $N=245$  gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung nicht erwerbstätig zu sein (52.6%), von insgesamt 455 Patienten, die diese Frage beantworteten. 272 Patienten sagten aus, an einer orthopädischen oder rheumatologischen Erkrankung zu leiden (58.5%), 83 Personen gaben eine onkologische Erkrankung an (17.8%), 67 Patienten eine neurologische (14.4%), 2 eine kardiologische (0.4%) und 33 Patienten kreuzten „sonstige“ an (7.1%). Von den befragten Patienten äußerten 51.6% ( $N=238$ ), zuvor schon einmal eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen zu haben und für 47.9% ( $N=223$ ) war dies der erste Rehabilitationsaufenthalt.

### 3.1.2 Mitarbeiter

Insgesamt wurden Daten von 317 Personen in 10 stationären Rehabilitationskliniken der medizinischen Rehabilitation erhoben. Eine Klinik wurde jedoch aufgrund einer Rücklaufquote von < 30 % ausgeschlossen. Somit gingen nur 9 Kliniken und die Daten von insgesamt  $N=306$  Personen in die Analyse mit ein. Die Befragten waren in der Mehrzahl weiblich ( $N=215$ , 72.4%), der Anteil der Männer lag bei 27.6% ( $N=82$ ). Mit 35.8% gehörte der Großteil der befragten Personen der Altersgruppe von 40 bis 49 Jahre an ( $N=107$ ). 33 Personen waren jünger als 30 (11.0%), 40 Personen zwischen 30 und 39 Jahren (13.4%), 101 Personen zwischen 50 und 59 Jahren (33.8%) und 18 der Befragten waren älter als 59 Jahre (6.0%). Die Gesamtstichprobe der Befragten setzte sich aus folgenden Arbeitsbereichen zusammen: 53 Personen waren im ärztlichen Bereich tätig (17.6%), 81 in der Pflege (26.9%), 89 Personen waren Physiotherapeuten oder Sportlehrer (29.6%), 29 arbeiteten als Psychologin oder Sozialarbeiter (9.6%) und 49 Personen (16.3%) konnten anderen Gesundheitsberufen zugeordnet werden. Zudem hatten 208 der befragten Personen keine Führungsposition inne (70.3%), 66 Personen hatten eine mittlerer Führungsposition (22.3 %) und 22 Personen eine Anstellung auf der oberen Führungsebene (7.4%). Die meisten der Befragten arbeiteten zum Zeitpunkt der Messung bereits mehr als 15 Jahre in der jeweiligen Klinik ( $N=99$ , 32.9%). Bei 90 Personen lag die Dauer des Arbeitsverhältnisses unter 5 Jahren (29.9%), bei 49 Befragten zwischen 6 und 10 Jahren (16.3%) und bei 63 Personen zwischen 11 und 15 Jahren (20.9%).

### 3.1.3 Ergebnisse der Patientenbefragung

#### Patientenorientierung

Die Erfahrungen als Patient werden durch die Subskalen *Entscheidungsfindung*, *Information und Aufklärung*, *emotionale Unterstützung*, *Ergebnisevaluation*, *Koordination* und *Körperliches Wohlbefinden* zusammengefasst. Die Skalen können dabei Werte von 1-4 annehmen (1=„stimme voll zu“, 4=„stimme überhaupt nicht zu“).

Die Einschätzung der Skalen Entscheidungsfindung, Information/Aufklärung, Emotionale Unterstützung, Ergebnisevaluation und körperliches Wohlbefinden zeigten signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken (Entscheidungsfindung:  $F(7,393)=14,025$ ,  $p<.001$ ; Information/Aufklärung:  $F(7,353)=7,669$ ,  $p<.001$ ; Emotionale Unterstützung:  $F(7,439)=8,656$ ,  $p<.001$ ; Ergebnisevaluation:  $F(7,431)=12,977$ ,  $p<.001$ ; körperliches Wohlbefinden:  $F(7,418)=11,327$ ,  $p<.001$ ). Die durchschnittlichen Bewertungen der Skalen Entscheidungsfindung (Mittelwert  $M=1.87$ , Standardabweichung  $SD=0.69$ ), Information und Aufklärung ( $M=2.35$ ,  $SD=0.55$ ), Emotionale Unterstützung ( $M=1.60$ ,  $SD=0.60$ ), Ergebnisevaluation ( $M=2.02$ ,  $SD=0.77$ ), Einbezug der Familie ( $M=2.03$ ,  $SD=0.92$ ), Koordination ( $M=2.71$ ,  $SD=0.78$ ), und Körperliches Wohlbefinden mit  $M=1.68$ ,  $SD=0.61$  liegen im oberen positiven Bereich. Im Vergleich zu den anderen Skalen wird die Skala „Koordination der Behandlung“ aus Sicht der Patienten insgesamt dezent schlechter bewertet, insbesondere bewerten Patienten aus der Klinik 4 ( $M=2.90$ ,  $SD=0.92$ ) den Aspekt der Behandlungs Koordination durch das Rehabilitationsteam schlechter als der Gesamtdurchschnitt. Die Ergebnisse der einzelnen Skalen sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Skala „Einbezug in die Familie“ musste aufgrund der Fehlwerte über 30% („kann ich nicht beurteilen“) aus der Analyse ausgeschlossen werden.

**Tab 2. Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimum und Maximum und Anzahl der Befragten (N) der einzelnen Kliniken sowie der klinikübergreifende Gesamtmittelwert für alle sieben Subskalen im Vergleich.**

		Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 6	Klinik 7	Klinik 9	Klinik 11	Gesamt
<b>Entscheidungsfindung</b>	<i>N</i>	75	48	74	58	41	21	51	33	401
	<i>M</i>	1.57	1.73	2.39	2.13	1.69	1.51	1.66	1.87	1.87
	<i>SD</i>	0.46	0.59	0.82	0.73	0.48	0.43	0.62	0.52	0.69
<b>Information/Aufklärung</b>	<i>N</i>	65	43	72	53	36	17	46	29	361
	<i>M</i>	2.24	2.31	2.65	2.55	2.13	2.06	2.17	2.28	2.35
	<i>SD</i>	0.49	0.59	0.61	0.48	0.42	0.28	0.46	0.52	0.55
<b>Emotionale Unterstützung</b>	<i>N</i>	77	59	87	66	46	20	55	37	447
	<i>M</i>	1.33	1.54	1.92	1.76	1.46	1.29	1.50	1.66	1.60
	<i>SD</i>	0.38	0.67	0.72	0.67	0.47	0.37	0.44	0.51	0.60
<b>Ergebnisevaluation</b>	<i>N</i>	77	54	91	64	43	19	56	35	439
	<i>M</i>	1.81	1.90	2.56	2.18	1.66	1.54	1.78	2.04	2.02
	<i>SD</i>	0.56	0.70	0.87	0.78	0.43	0.42	0.72	0.77	0.77
<b>Koordination</b>	<i>N</i>	78	62	89	69	46	22	58	37	461
	<i>M</i>	2.77	2.63	2.74	2.90	2.60	2.61	2.61	2.70	2.71
	<i>SD</i>	0.59	0.91	0.78	0.92	0.70	0.74	0.83	0.58	0.78
<b>Körperliches Wohlbefinden</b>	<i>N</i>	71	46	84	67	47	18	56	37	426
	<i>M</i>	1.49	1.63	2.13	1.74	1.46	1.43	1.51	1.67	1.68
	<i>SD</i>	0.40	0.61	0.73	0.58	0.44	0.46	0.52	0.52	0.61

*N= absolute Zahl numerisch, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung*

### **Teamarbeit (interne Partizipation)**

Die interprofessionelle Teamarbeit der verschiedenen Berufsgruppen wurde von den Patienten durch 6 Items eingeschätzt, die mit den Items Kommunikation, Koordination, Kooperation, Respekt und Kultur im interprofessionellen Team zusammengefasst die Team Skala ergeben. Die Items werden auf einer vier-stufigen Likert-Skala bewertet (1=„trifft überhaupt nicht zu“, 2=„trifft eher nicht zu“, 3=„trifft eher zu“ und 4=„trifft völlig zu“).

**Tab 3. Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimum und Maximum und Anzahl der Befragten (N) der einzelnen Kliniken sowie der klinikübergreifende Gesamtmittelwert der Team Skala.**

	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 6	Klinik 7	Klinik 9	Klinik11	Gesamt
<b>N</b>	67	53	56	48	43	19	46	33	365
<b>M</b>	87.06	85.41	79.26	82.97	90.10	92.75	89.34	86.61	85.99
<b>SD</b>	13.23	15.26	17.99	16.67	13.06	11.62	11.70	16.32	15.19
<b>Min</b>	38.67	44.33	33.17	33.33	44.33	66.83	61.33	44.50	33.17
<b>Max</b>	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

*N= absolute Zahl numerisch, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, Min= Minimum der Anzahl der Befragten (N), Max= Maximum der Anzahl der Befragten (N)*

Tabelle 3 stellt die Mittelwerte der einzelnen Kliniken und den Gesamtmittelwert dar. Für die Teamarbeit konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Kliniken festgestellt werden (Teamarbeit:  $F(7,357)=3,363$ ,  $p=.002$ ). Die Patienten bewerten die Teamarbeit insgesamt sehr positiv. Die Bewertungen liegen im oberen Bereich ( $M=85.99$ ,  $SD=15.19$ ).

## Patientenzufriedenheit

Der ZUF-8 bildet die Zufriedenheit mit der Behandlung aus Sicht des Patienten ab. Die acht Itemwerte werden durch einen Skalen-Summenwert zusammengefasst (Wertebereich von 8 bis 32). Hohe Skalenwerte kennzeichnen eine hohe, niedrige Skalenwerte eine geringe „Zufriedenheit“.

**Tab 4. Mittelwerte, Standardabweichungen, Minimum und Maximum und Anzahl der Befragten (N) der einzelnen Kliniken sowie der klinikübergreifende Gesamtmittelwert der ZUF-8 Skala.**

	Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 6	Klinik 7	Klinik 9	Klinik 11	Gesamt
<b>N</b>	78	62	90	68	47	22	58	37	462
<b>M</b>	28.88	26.66	25.13	27.71	28.81	30.23	28.66	26.92	27.55
<b>SD</b>	3.01	3.74	3.91	4.08	3.17	2.39	2.89	3.52	3.77
<b>Min</b>	17.00	17.00	15.00	12.00	21.00	26.00	22.00	18.00	12.00
<b>Max</b>	32.00	32.00	32.00	32.00	32.00	32.00	32.00	32.00	32.00

Hinsichtlich der Bewertung der Patientenzufriedenheit zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Kliniken (Zufriedenheit mit der Behandlung:  $F(7,454)=12.120$ ,  $p<.001$ ). Die Ergebnisse zeigen ein recht positives Bild der globalen Patientenzufriedenheit. Die durchschnittlichen Bewertungen im klinikübergreifenden Vergleich liegen im mittleren bis oberen Bereich ( $M=27.55$ ,  $SD=3.77$ ).

## Externe Partizipation

Nachfolgend werden die Ergebnisse von drei Items berichtet, die sich auf die Partizipation der Patienten (externe Partizipation) beziehen: (1) Mir wurde von Seiten des Behandlungsteams geholfen, alle wichtigen Informationen zu verstehen, (2) Mir wurden die Vor- und Nachteile von unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten erläutert und (3) Ich und das Behandlungsteam haben gemeinsam realistische und überprüfbare Ziele vereinbart (siehe Tabelle 5). Dabei wurden die Items auf einer sechs-stufigen Likert-Skala bewertet (1=„so gut wie nie“, 2=„selten“, 3=„manchmal“, 4=„häufig“, 5=„sehr häufig“, 6=„so gut wie immer“).

Im Hinblick auf die Bewertung der Einzelitems (Hilfe beim Verstehen wichtiger Informationen:  $F(7,451)=3,098$ ,  $p=.003$ ; Erläuterung von Vor- und Nachteilen der Behandlungen:  $F(7,436)=12,455$ ,  $p<.001$ ; Vereinbarung überprüfbarer Ziele zwischen Patient und Behandler:  $F(7,415)=8,209$ ,  $p<.001$ ) zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken.

**Tab 5. Mittelwerte, Standardabweichungen und Anzahl der Befragten (N) der einzelnen Kliniken sowie der klinikübergreifende Gesamtmittelwert der drei Lore Items.**

		Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 6	Klinik 7	Klinik 9	Klinik 11	Gesamt
<b>Hilfe beim Verstehen wichtiger Informationen</b>	<i>N</i>	77	60	92	68	47	22	57	35	458
	<i>M</i>	4.99	4.65	4.30	4.35	4.94	4.77	4.82	4.57	4.64
	<i>SD</i>	1.02	1.30	1.32	1.06	1.09	1.38	1.27	1.40	1.23
<b>Vor- und Nachteile von Behandlungen erläutert</b>	<i>N</i>	74	61	89	67	43	20	57	32	443
	<i>M</i>	4.03	2.74	2.04	2.46	3.53	4.35	3.39	2.63	3.00
	<i>SD</i>	1.64	1.86	1.33	1.60	1.87	1.76	1.82	1.86	1.82
<b>Vereinbarung gemeinsamer überprüfbarer Ziele</b>	<i>N</i>	68	59	82	58	43	20	58	34	422
	<i>M</i>	4.50	3.93	2.96	3.40	4.21	4.70	3.50	2.94	3.69
	<i>SD</i>	1.42	1.81	1.61	1.66	1.37	1.45	1.64	1.92	1.71

*N= absolute Zahl numerisch, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung*

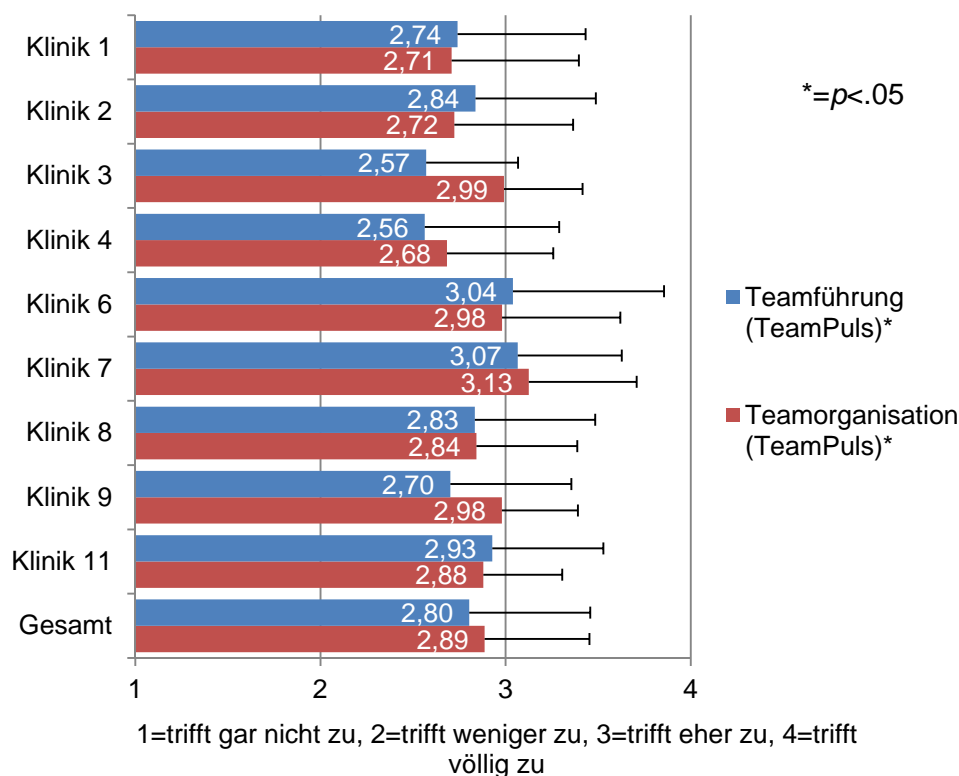
Die durchschnittlichen Bewertungen des Items „Hilfe beim Verstehen wichtiger Informationen“ ( $M=4.64$ ,  $SD=1.23$ ), liegen im oberen positiven Bereich. Hingegen werden aus Sicht der Patienten die Vor- und Nachteile von Behandlungen nur manchmal beantwortet bzw. erläutert ( $M=3.00$ ,  $SD=1.82$ ). Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere diese Aspekte den Patienten aus Klinik 2 ( $M=2.74$ ,  $SD=1.86$ ), Klinik 3 ( $M=2.04$ ,  $SD=1.33$ ), Klinik 4 ( $M=2.46$ ,  $SD=1.60$ ) und Klinik 11 ( $M=2.63$ ,  $SD=1.86$ )

nur selten erläutert werden. Die Bewertung des Items „Vereinbarung gemeinsamer und überprüfbarer Ziele“ zwischen Patient und Behandler liegt im klinikübergreifenden Vergleich im mittleren Bewertungsbereich (M=3.69, SD=1.71). Patienten aus Klinik 3 (M=2.96, SD=1.61), Klinik 4 (M=3.40, SD=1.66) und Klinik 10 (M=2.94, SD=1.92) bewerteten, dass die Vereinbarung gemeinsamer überprüfbarer Ziele nur selten bis manchmal stattgefunden hat. Insgesamt ist die Bewertung dieses Items sehr heterogen, d.h. es ist eine deutliche Streuung bei den gegebenen Antworten festzustellen.

### 3.2 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

#### Teamführung und -organisation

Die Einschätzung der Skalen Teamführung und der Teamorganisation zeigten signifikante Unterschiede (Teamführung:  $F(8,254)=2.42$ ,  $p=.016$ ; Teamorganisation:  $F(8,254)=2.54$ ,  $p=0.011$ ) zwischen den Kliniken (siehe Abbildung 1). Die Teamführung wurde von den Befragten durchschnittlich mit  $M=2.80$  ( $SD=0.65$ ) bewertet. Der Range der Skalenmittelwerte lag zwischen Klinik 4 ( $M=2.56$ ,  $SD=0.73$ ) und Klinik 7 ( $M=3.07$ ,  $SD=0.56$ ) bei .51. Für die Teamorganisation wurde klinikübergreifend ein Skalenmittelwert von  $M=2.89$  ( $SD=0.57$ ) ermittelt. Hier lag der Range zwischen Minimum und Maximum, also zwischen den Skalenmittelwerten von Klinik 4 ( $M=2.68$ ,  $SD=0.57$ ) und Klinik 7 ( $M=3.13$ ,  $SD=0.58$ ), bei .45.



**Abb. 1 Gesamt- und Skalenmittelwert je Klinik für die Skalen Teamführung und Teamorganisation des TeamPuls nach Wiedemann et al. (2006)**

#### Struktur- und Personenorientierung

Tabelle 6 zeigt die Skalenmittelwerte für jede Klinik und den Gesamtskalenwert über alle Kliniken hinweg für alle Haupt- und Subskalen des FAT. Es ergaben sich für die Subskalen der Dimension Strukturorientierung und Personenorientierung je signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken (Zielorientierung:  $F(8,273)=2.84$ ,  $p=.005$ ; Aufgabenbewältigung:  $F(8,273)=3.24$ ,  $p=.002$ ; Zusammenhalt:  $F(8,273)=3.16$ ,  $p=.002$ ; Verantwortungsübernahme:  $F(8,273)=2.25$ ,  $p=.024$ ). Der klinikübergreifende Skalenmittelwert der Zielorientierung betrug  $M=4.76$  ( $SD=0.84$ ), wobei Klinik 4 mit



M=4.48 (SD=1.08) den niedrigsten und Klinik 7 mit M=5.18 (SD=0.71) den höchsten Skalenmittelwert aufwiesen. Daraus ergab sich ein Range von 0.70. Die Mitarbeiter der Rehabilitationsteams stufen die Aufgabenbewältigung durchschnittlich mit M=4.32 (SD=1.05) ein. Klinik 1 hatte mit M=3.82 (SD=1.40) den geringsten und Klinik 7 mit M=4.84 (SD=0.91) den höchsten Skalenmittelwert. In Bezug auf den Zusammenhalt ergab sich ein Durchschnittswert von M=4.37 (SD=0.99) über alle Kliniken hinweg. Klinik 1 hatte den niedrigsten Mittelwert (M = 3.89, SD=1.24) und Klinik 6 den höchsten (M=5.05, SD=0.50). Für die Skala Verantwortungsübernahme wurde ein Mittelwert von M=4.21 (SD=1.03) ermittelt. Für die beiden Hauptskalen Struktur- und Personenorientierung ergaben sich ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken (Strukturorientierung:  $F(8,286)=2.80$ ,  $p=.005$ ; Personenorientierung  $F(8,287)=2.37$ ,  $p=.018$ ). Der Skalenmittelwert der Strukturorientierung betrug M=4.57 (SD=0.88). Für die Skala Personenorientierung ergab sich ein Gesamtmittelwert von M=4.31 (SD=0.94). In Klinik 1 wurde der niedrigste (M=3.84, SD=1.19) und in Klinik 6 der höchste Skalenmittelwert (M=4.80, SD=0.58) erfasst.

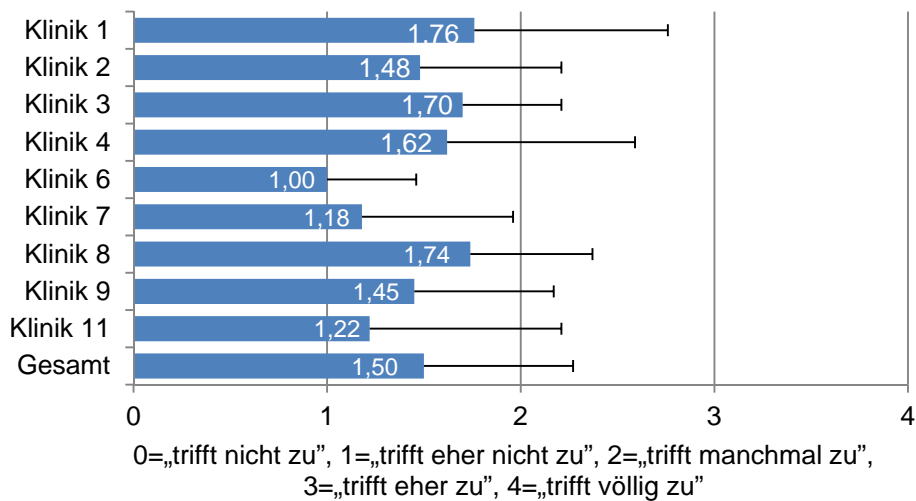
**Tab 6. Mittelwerte, Standardabweichungen und Anzahl der Befragten (N) der einzelnen Kliniken sowie der klinikübergreifende Gesamtmittelwert der Haupt- und Subskalen des FAT nach Kauffeld et al. (2004).**

		Klinik 1	Klinik 2	Klinik 3	Klinik 4	Klinik 6	Klinik 7	Klinik 8	Klinik 9	Klinik 11	Gesamt
<b>Ziel-Orientierung*</b>	N	17	43	34	31	14	41	53	34	15	282
	M	4.75	4.78	4.79	4.48	4.64	5.18	4.50	4.99	4.69	4.76
	SD	0.97	0.81	0.72	1.08	1.10	0.71	0.73	0.60	0.96	0.84
<b>Aufgaben-Bewältigung*</b>	N	17	43	34	31	14	41	53	34	15	282
	M	3.82	4.11	4.49	4.16	4.68	4.84	4.00	4.49	4.33	4.32
	SD	1.40	1.06	0.95	1.25	0.95	0.91	0.81	0.92	1.20	1.05
<b>Zusammenhalt*</b>	N	17	43	34	31	14	41	53	34	15	282
	M	3.89	4.64	4.01	4.28	5.05	4.56	4.22	4.27	4.78	4.37
	SD	1.24	1.09	0.77	1.14	0.50	0.93	0.83	1.04	0.88	0.99
<b>Verant-wortungs-übernahme*</b>	N	17	43	34	31	14	41	53	34	15	282
	M	3.74	4.21	4.00	4.08	4.50	4.70	4.05	4.28	4.23	4.21
	SD	1.38	1.04	0.92	1.11	0.90	0.90	1.00	0.82	1.16	1.03
<b>Struktur-Orientierung*</b>	N	17	46	35	32	16	44	55	35	15	295
	M	4.38	4.46	4.69	4.38	4.72	4.99	4.28	4.75	4.55	4.57
	SD	1.03	0.89	0.78	1.10	0.96	0.87	0.68	0.69	1.00	0.88
<b>Personen-Orientierung*</b>	N	17	46	35	33	16	44	55	35	15	296
	M	3.84	4.48	4.05	4.26	4.80	4.54	4.17	4.22	4.59	4.31
	SD	1.19	1.00	0.77	1.07	0.58	0.95	0.77	0.94	0.94	0.94

Legende: Angabe der Skalenmittelwerte und der Standardabweichungen, \* $p<.05$  für den Vergleich zwischen den Kliniken

### Wissensintegration

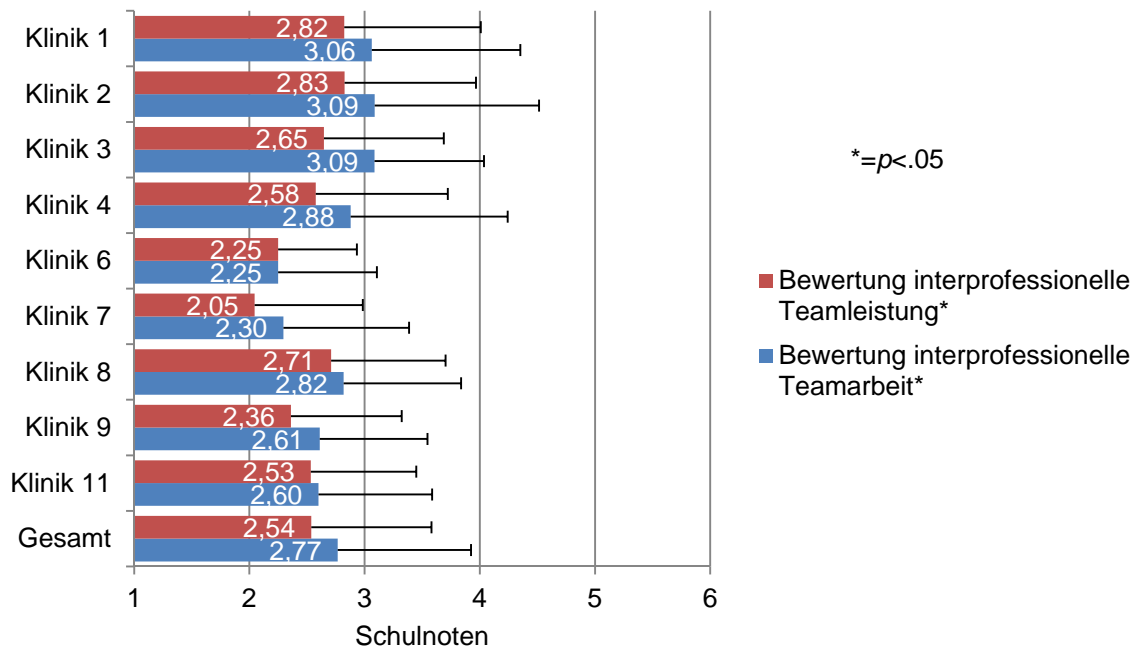
Für die Gesamtskala zu Wissensintegrationsproblemen ergab sich ein klinikübergreifender Durchschnittswert von M=1.5 (SD=0.77). Abbildung 2 stellt die Mittelwerte der Kliniken und den Gesamtmittelwert dar. Zwischen den Kliniken besteht auch hier ein bedeutsamer Unterschied ( $F(8, 285)=3.53$ ,  $p = .001$ ).



**Abb. 2 Gesamt- und Skalenmittelwerte je Klinik für die Skala zu Wissensintegrationsproblemen nach Steinheider et al. (2009)**

### Teamleistung und Teamarbeit

Bezüglich der interprofessionellen Teamleistung und Teamarbeit konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Kliniken festgestellt werden (Teamleistung:  $F(8,287)=2.43$ ,  $p=.015$ ; Teamarbeit:  $F(8,287)=2.48$ ,  $p=.013$ ). Abbildung 3 zeigt die Mittelwerte für jede Klinik und den Gesamtmittelwert in Schulnoten an.



**Abb. 3 Gesamt- und Klinikmittelwerte für die interprofessionelle Teamleistung und Teamarbeit**

Die Teamleistung wurde durchschnittlich mit  $M=2.54$  ( $SD=1.04$ ) als gut bis befriedigend bewertet. Die Mitarbeiter in Klinik 7 schätzten die Leistung mit  $M=2.05$  ( $SD=0.94$ ) als gut, in Klinik 2 mit  $M=2.83$  ( $SD=1.14$ ) als eher befriedigend ein. Für die interprofessionelle Teamarbeit wurde ein

linikübergreifender Gesamtmittelwert von  $M=2.77$  ( $SD=1.16$ ) ermittelt. In Klinik 6 ergab sich eine Einschätzung von  $M=2.25$  ( $SD=0.86$ ), in Klinik 2 ( $M=3.09$ ,  $SD=1.43$ ) und Klinik 3 ( $M=3.09$ ,  $SD=0.95$ ) wurde dagegen die Teamarbeit mit durchschnittlich befriedigend bewertet.

### Mitarbeiterzufriedenheit

Die allgemeine Arbeitszufriedenheit wurde insgesamt mit  $M=3.94$  ( $SD=0.85$ ) bewertet. Die Mittelwerte zwischen den Kliniken schwankten zwischen  $M=3.70$  ( $SD=1.03$ ) für Klinik 2 und  $M=4.27$  ( $SD=0.76$ ) für Klinik 7 und unterscheiden sich zwischen den Kliniken nicht bedeutsam ( $F(8,295)=1.58$ ,  $p=.129$ ). Abbildung 4 stellt die Klinikmittelwerte und den Gesamtmittelwert dar.

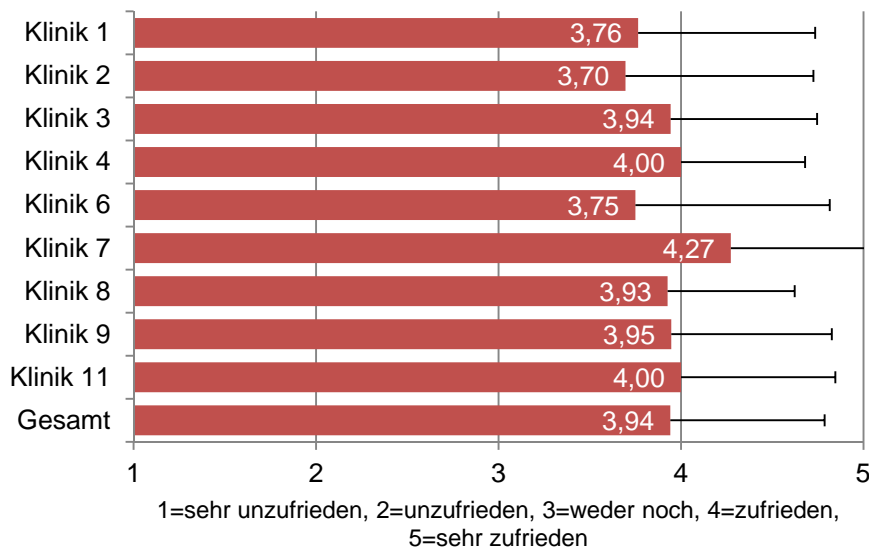


Abb. 4 Gesamt- und Klinikmittelwerte für allgemeine Arbeitszufriedenheit

## 4 Ergebnisse der Teamentwicklung

### Klinik 1

#### Das Auftragsklärungsgespräch (Juni 2013)

Das Auftragsklärungsgespräch (siehe Anlage B) fand in Klinik 1 Ende Juni 2013 statt und wurde zusammen mit der ärztlichen und der kaufmännischen Geschäftsführung der Klinik sowie einer Projektmitarbeiterin der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie der Universität Freiburg und einem externen Kooperationspartner, der das Projektteam PATENT in Fragen Team- und Organisationsentwicklung berät und an den Teamentwicklungen beteiligt ist, durchgeführt.

#### Ergebnisse:

**Der Kontext des Teamentwicklungsauftrages:** Im Auftragsklärungsgespräch äußerte die ärztliche Leitung den Wunsch, die interprofessionelle Teambesprechung noch zielorientierter an der sozialmedizinischen Beurteilung ausrichten zu wollen und die Erreichung der Reha-Ziele mit Vertretern aller relevanter Berufsgruppen noch stärker in den Vordergrund zu drängen. Derzeit würden nur 30% der Fälle das sozialmedizinische Besprechungsformat erfüllen, der „Rest“ der Besprechungszeit würde für die Besprechung der psychologischen Situation des Patienten durch die Psychologen gefüllt. Diese hat jedoch nach Ansicht der ärztlichen Leitung nichts mit der sozialmedizinischen Beurteilung zu tun.

**Definierter Teamentwicklungsauftrag:** Das Besprechungsformat der interprofessionellen Teambesprechung soll umgestaltet werden mit dem Ziel, dass alle relevanten Berufsgruppen Informationen hinsichtlich der sozialmedizinische Beurteilung austauschen.

### **Erster Teamentwicklungstermin (Juli 2013)**

Der erste Termin mit dem Reha-Team fand im Juli 2013 statt. Insgesamt nahmen an diesem Termin 13 Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen teil: Diätassistenz, Psychologie, Sozialarbeit, Küche, Sporttherapie, Ergotherapie, Ärzte, Pflege und Klinikleitung. Das methodische Vorgehen richtet sich nach dem Leitfaden „1. Termin im Team“ (siehe Anlage C).

#### **Ergebnisse:**

**Festlegung eines konsensfähigen Teamziels bzw. einer Teamaufgabe:** Dem Reha-Team wurde erläutert, dass bereits ein Vorgespräch mit der Klinikleitung stattgefunden hat, in dem die Teamaufgabe vorläufig definiert wurde. Im Wesentlichen ging es um die Erreichung der Reha-Ziele anhand vorher definierter Beurteilungskriterien mit dem Fokus sozialmedizinische Beurteilung und der Besprechung der Problemfälle im Team, insbesondere bei der Teambesprechung. Die Klinikleitung betonte in diesem Zusammenhang nochmals die Wichtigkeit jeder einzelnen Berufsgruppe und ein Kommunizieren auf Augenhöhe. Unter reger Diskussion aller Beteiligten wurde im gemeinsamen Prozess mit dem Großteam folgendes Ziel erarbeitet (auf Flipchart protokolliert): „alle (für die Zielerreichung relevanten) Informationen liegen auf dem Tisch“.

#### **Bewertung der derzeitigen Zielerreichung**

Im Anschluss an die Zieldefinition wurde die momentane Beurteilung der Zielerreichung erfragt. Im Wesentlichen wurden zwei Einschätzungen geäußert: zwischen „10–70/80%“ und „50–60%“.

#### **Ideen zur verbesserten Umsetzung der Zielerreichung**

Im nächsten Schritt wurden im Brainstorming Ideen zur Umsetzung in Hinblick auf die Zielerreichung gesammelt. Hierbei kamen von verschiedenen Berufsgruppen erste Ideen, welche auf Flipchart notiert wurden, wie beispielsweise weniger Patienten zu besprechen, klare Kriterien für die Auswahl (sozialmedizinische Beurteilung) zu definieren, die Teilnehmer der Teambesprechung zu definieren, eine Tagesordnung mit Anmeldeschluss festzulegen.

Es wurde vereinbart, dass die Ideen beim nächsten Termin weiter ergänzt werden können und im nächsten Schritt klare Umsetzungskriterien in Hinblick auf die Zielerreichung definiert werden.

### **Zweiter Teamentwicklungstermin (November 2013)**

Der zweite Teamentwicklungstermin fand im November 2013 mit insgesamt 16 Mitarbeitern der Kooperationsklinik aus verschiedenen Berufsgruppen statt: Diätassistenz (1), Psychologie (2), Physiotherapie (4), Kunsttherapie (1), Ärzte (6) und Klinikleitung (2). Im Vergleich zum ersten Termin war der Bereich der Physiotherapie und der Psychologie deutlich stärker vertreten. Ziel dieses Termins war die Verbesserung der Zielerreichung durch die Erarbeitung konkreter Kriterien.

#### **Ergebnisse:**

An die im Team erarbeiteten Ergebnisse (Team-Ziel und erste Ideen zur Verbesserung der Zielerreichung) des ersten Teamentwicklungstermins vom Juli 2013 wurde erinnert (auf Flipchart protokolliert).

#### **Bewertung der derzeitigen Zielerreichung aus Sicht des Reha-Teams**

Die Teilnehmer sollten auf einer Skala von schlecht bis optimal ihre persönliche Bewertung hinsichtlich der derzeitigen Zielerreichung vornehmen (Punkte kleben). Hierbei wurde deutlich, dass Optimierungsbedarf besteht.

#### **Erarbeitung der Kriterien für die Auswahl der Patienten bei der Teambesprechung**

Bei dem 2. Teamentwicklungstermin standen vor allem organisatorische Fragen wie beispielsweise die Erarbeitung der Auswahlkriterien der Patienten für die Teambesprechung im Vordergrund. Im Team wurden Kriterien für die Auswahl an Patienten, welche bei der Teambesprechung besprochen werden sollten, erarbeitet und auf Flipchart protokolliert. Diese lauteten: sozialmedizinische Beurteilung (nicht eindeutig), Reha-Ziele gefährdet, Therapieprozess schwierig (Psychodiagnose), „auffällige“ Patienten, bei Aufnahme „komplizierter“ Patient. Es wurde vereinbart, dass die Auswahlkriterien sichtbar auf einer Meldeliste vermerkt werden.

### ***Erarbeitung der Kriterien für das Meldeverfahren***

Hinsichtlich des Meldeverfahrens wurde im Team festgelegt, dass alle Berufsgruppen Patienten melden könnten analog der Auswahlkriterien mit Nennung des Anliegens. Außerdem wurde der Zeitpunkt, bis wann an wen und wie gemeldet werden kann, definiert.

### ***Arbeitspakete bis zum nächsten Termin***

Hinsichtlich der Meldeliste sprechen sich Vertreter zweier Berufsgruppen nochmals ab. Zudem sollen erste Erfahrungen mit der Umsetzung des Meldeverfahrens und der Teambesprechung gewonnen werden.

### ***Dritter Teamentwicklungstermin (Februar 2014)***

Insgesamt nahmen am dritten Teamentwicklungstermin 18 Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen teil: Pflege (1), Sozialdienst (1), Psychologie (1), Physiotherapie (6), Kunsttherapie (1), Ärzte (6) und Klinikleitung (2). Ziel dieses Termins war die Reflexion erster Verbesserungsmaßnahmen sowie die Erarbeitung weiterer Ideen zur Verbesserung der Zielerreichung.

### ***Ergebnisse:***

#### ***Besprechung und Bewertung der geplanten Verbesserungsmaßnahmen***

Die Umsetzung des Meldeverfahrens gelänge, berichteten die Klinikmitarbeiter und die Klinikleitung. Zudem habe die Umsetzung des Meldeverfahrens dazu geführt, dass bei der Teambesprechung nur noch 4 bis max. 10 Patienten besprochen werden und die Teambesprechung vom Zeitansatz sehr viel effizienter geworden sei und nun nur noch ca. eine halbe Stunde dauere. Deutlich wurde, dass vor allem die Ärzte den Bedarf haben, Patienten zur Teambesprechung anzumelden und das Forum zur Sammlung wichtiger Informationen zur sozialmedizinischen Beurteilung nutzen. Deutlich wurde, dass die Teambesprechung dann optimal genutzt werden kann, wenn die relevanten Informationen über die Patienten gezielt und frühzeitig von den anderen Berufsgruppen erfragt werden können und diese die Informationen liefern.

#### ***Klärung und Bearbeitung weiterer Verbesserungsideen zur Zielerreichung***

Im Anschluss wurden die Teilnehmer nochmals gebeten, eine momentane Beurteilung des derzeitigen Zielerreichungsgrades vorzunehmen (Punkte kleben). Hierbei wurde deutlich, dass die Bewertungen der Teammitglieder hinsichtlich des Teamziels „alle (für die Zielerreichung relevanten) Informationen liegen auf dem Tisch“ nahe dem optimalen Bereich liegen. Es wurde ersichtlich, dass die Teammitglieder zum jetzigen Zeitpunkt keinen weiteren Teamentwicklungsbedarf für sich sehen können und sie Maßnahmen zur Verbesserung der interprofessionellen Teamarbeit optimal umsetzen können.

#### ***Stärkung der nachhaltigen Veränderungskompetenz***

Mit dem Ziel der längerfristigen Stabilisierung des Ergebnisses wurde nach der Einschätzung der Haltbarkeit der erreichten Veränderungen gefragt. Darüber hinaus wurde von Beraterseite die konsequente Umsetzung der geplanten Verbesserungen gelobt und die generelle Veränderungskompetenz des Teams in den Mittelpunkt gestellt.

#### ***Feedback und Abschluss***

Die Teammitglieder und die Klinikleitung äußerten sich sehr positiv hinsichtlich dem Vorgehen bei der Teamentwicklung („richtigen Weg gebracht“, durch „angenehme offene Art, als Team in Lage gebracht, in Veränderungsprozess zu gehen und effizienter zu werden“, „wichtig war, sich Zeit für die Teamarbeit und deren Verbesserung zu nehmen“) und dankten den Moderatoren für die externe Unterstützung. Die Teammitglieder vereinbarten zudem für sich im Oktober 2014 einen Reflexionstag hinsichtlich ihrer Teamarbeit vorzunehmen. Die Steuerung des Termins wurde ebenfalls festgelegt.

## **Klinik 2**

### **Das Auftragsklärungsgespräch (Juni 2013)**

An dem Gespräch nahmen der Verwaltungsdirektor, der Chefarzt, eine Assistenz des Verwaltungsdirektors, eine Mitarbeiterin des Stabsstellenbereichs Pflege, ein Projektmitarbeiter der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie der Universität Freiburg und ein externer Kooperationspartner, der das Projektteam PATENT in Fragen Team- und Organisationsentwicklung berät, teil.

### **Ergebnisse:**

**Der Kontext des Teamentwicklungsauftrages:** Im Verlauf der letzten Jahre zeichnete sich in Klinik 2 ein veränderter Schweregrad des Patientenkontexts ab, was Auswirkungen auf die Behandlungsleistungen hatte. Die Veränderungen bezogen sich auf Patienten mit einem hohen therapeutischen und pflegerischen Betreuungsbedarf. Aus Sicht der Klinikleitungen erforderten die langen Wegezeiten vom Patientenbett bis in die Behandlungsräume der jeweiligen Abteilungen und eine unflexible zentrale Therapieplanung von Behandlungsleistungen ein Umdenken. Die Klinikleitung verfolgte dabei die Idee einer „neuen“ Teamkooperationsform. Der Grundgedanke bezieht sich auf die Etablierung eines Behandlungsteams, das in fester Konstellation stationsbezogen zusammenarbeitet, sich dabei nach dem Bedarf sowie der Belastungsfähigkeit des Patienten orientiert und die Therapiefrequenz dabei flexibel gestaltet.

**Definierter Teamentwicklungsauftrag:** Im Rahmen des Auftragsklärungsgesprächs wurde das Anliegen an die Teamentwicklung wie folgt definiert: „Prozessbegleitung bei dem Aufbau einer neuen Stationseinheit und Einführung eines „neuen“ Teamkooperationskonzeptes.“

**Arbeitspakete für die Kooperationsklinik bis zum nächsten Termin:** Für die Umsetzung des Kooperationskonzeptes waren im Vorfeld klinikinterne Absprachen mit den Abteilungsleitungen notwendig, um konzeptionelle Aspekte sowie den Projektaufbau und -ablauf vorzubereiten. Der Termin für die Übermittlung des Teamauftrages an das Reha-Team wurde aus Sicht der Klinikleitung für Oktober 2013 als realisierbar eingeschätzt.

### **Erste Trainingssituation mit dem Reha-Team (Oktober 2013)**

Der erste Termin mit dem Reha-Team fand Ende Oktober 2013 statt. An dem Termin nahmen der Chefarzt, eine Mitarbeiterin des Stabsstellenbereichs Pflege sowie Rehateammitglieder aus den Bereichen Physiotherapie (N=2), Ergotherapie (N=2), Pflege (N=1), physikalische Therapie/Massage (N=2), Psychologie (N=1), Sprachtherapie (N=2) teil. Das methodische Vorgehen richtet sich nach dem Leitfaden „1. Termin im Team“ (siehe Anlage C).

### **Ergebnisse:**

**Festlegung eines konsensfähigen Teamziels bzw. einer Teamaufgabe:** Dem Reha-Team wurde erläutert, dass bereits ein Vorgespräch mit der Klinikleitung stattgefunden hat, in dem die Teamaufgabe vorläufig definiert wurde. In einem Gruppenprozess wurde diese Teamaufgabe aufgegriffen und der Klinikleitung wie auch dem Reha-Team die Möglichkeit gegeben, diese auszudifferenzieren und Ergänzungen anzubringen. Als Ergebnis wurde die Aufgabe des Reha-Teams wie folgt definiert: „eine enge, auf den Patienten ausgerichtete interdisziplinäre Abstimmung a) des therapeutischen Vorgehens, b) der Reha-Ziele und c) der Therapie“.

**Arbeitspakete für die Kooperationsklinik bis zum nächsten Termin:** Für die erste Erprobungsphase der berufsgruppenübergreifenden Kooperation auf der „neuen“ Station war der Abschluss baulicher Maßnahmen notwendig. Die Klinikleitung beabsichtigte diese Phase bis Ende des Jahres 2013 abgeschlossen zu haben.

### **Zweite Trainingssituation mit dem Reha-Team (Januar 2014):**

Der ursprünglich anvisierte Termin Ende des Jahres 2013 wurde in den Januar 2014 verschoben, da die baulichen Maßnahmen noch nicht abgeschlossen waren. Zum Zeitpunkt des 2. Termins konnte das Reha-Team auf zweieinhalb Wochen Erfahrungswerte berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit zurückgreifen. Die Zielsetzung des 2. Termins bezog sich auf a) den Erfahrungsaustausch aus der Pilotphase (Herausforderungen und Verbesserungsideen), b) auf die Priorisierung der Anliegen und c) auf die Festlegung des weiteren Vorgehens (siehe Anlage D). Im

Rahmen der moderierten Diskussion wurde als Ergebnis nachfolgender Handlungsbedarf beschrieben und als prioritär betrachtet:

- a) klare Strukturen und Verantwortungsbereich bei der Projektsteuerung und -koordination
- a) verbesserte Zugangssteuerung von Phase C+ Patienten auf Station 1 B

Zum Ende des 2. Termins wurde das methodische Vorgehen zur Bearbeitung der für das Reha-Team relevanten Themenbereiche festgelegt. Die Klinikleitung sah sich hierzu in der Verantwortung und unterbreitete den Vorschlag, die einzelnen Themenbereiche aufzugreifen und im Sinne eines iterativen Prozesses die entsprechenden Maßnahmen bis zu dem nächsten Termin einzuleiten. Nach Einschätzung der Klinikleitung sollte dieser Termin für den März 2014 terminiert werden.

#### ***Dritte Trainingssituation mit dem Reha-Team (April 2014):***

Der dritte Termin mit dem Reha-Team fand Anfang April 2014 statt. An dem Termin nahmen der Chefarzt, der Oberarzt, die Pflegedienstleitung, eine Mitarbeiterin des Stabsstellenbereichs Pflege, die Ressortleitung der Physiotherapie sowie Rehateammitglieder aus den Bereichen physikalische Therapie/Massage (N=1), Sprachtherapie (N=2), Stationsarzt (N=1) teil. Das methodische Vorgehen richtet sich nach dem Leitfaden „3. Termin im Team“ (siehe Anlage E).

#### ***Ergebnisse:***

Im Hinblick auf den formulierten Handlungsauftrag der zweiten Trainingssituation berichtete der Chefarzt rückblickend, dass die Patientenbelegung im Verlauf von Anfang Februar bis Anfang April von vorerst 3 „schwerer betroffenen Patienten“ auf 7 Patienten erhöht und eine konstante Belegung von 5 bis 7 Patienten gesichert werden konnte. Darüber hinaus wurde berichtet, dass die angedachte tägliche Kurzbesprechung aller Patienten im Zeitrahmen von 30 Minuten (9:00-9:30 Uhr) einen hohen Zeitaufwand und einen hohen personellen Ressourcenaufwand nach sich zog, so dass sich das Projektteam auf eine Patientenbesprechung am Montag und Mittwoch einigte.

***Priorisierung weiterer Themen und Bearbeitung eines konkreten Themenfeldes:*** Der Fokus der dritten Trainingssituation bezog sich auf a) das Aufgreifen der Erfahrungswerte im Zeitverlauf von Februar bis April 2014, b) der Erfassung und Priorisierung weiterer Themen und Anliegen und c) der Bearbeitung eines konkreten Themenfeldes. Im Zusammenhang mit der Themenpriorisierung wurde die wöchentliche Patientenbesprechung als Gegenstand definiert und nachfolgende kritische Punkte über den Ablauf und die Inhalte berichtet: 1. da nun 7 anstatt anfangs 3 Patienten in der Patientenbesprechung besprochen werden, ist die Zeit mit 30 Min. zu knapp kalkuliert, 2. meist sind nicht die eigentlichen Behandler des Patienten in der Besprechung anwesend, sondern sog. Berufsgruppenvertreter, die den Patienten nicht direkt kennen und lediglich die Dokumentation des Behandlers vorlesen, 3. die fehlende Präsenz der Pflege in den Patientenbesprechungen wird kritisiert, 4. es liegen divergierende Bedürfnisse zwischen Arzt und Therapeuten vor: Stationsärztin benötigt vom Team konkrete Inhalte über den Behandlungsverlauf und Behandlungsinhalte, um den Anforderungen des Kostenträgers gerecht zu werden. Im Gegensatz dazu wünschen sich die Therapeuten eine multilaterale Kommunikation sowie Zeit, um sich intensiver über Behandlungsinhalte und Alltagsbeobachtungen austauschen zu können.

***Erarbeitete Lösungsansätze:*** 1. Auswahl von Patienten für die Patientenbesprechung: Es wurde festgelegt, dass nicht zwingend alle 7 Patienten der Station an einem Tag besprochen werden müssen. Welche Patienten hierfür ausgewählt werden, erfolgt in Absprache zwischen der Stationsärztin und dem Reha-Team. 2. Kontinuierliche Präsenz der Berufsgruppe Pflege: Die zuständige Pflegedienstleitung erachtet eine Anwesenheit der Berufsgruppe Pflege als zwingend erforderlich und wird die Teilnahme von Pflegenden einfordern. 3. Adäquate Vorbereitung und Dokumentation der Patientenbesprechung: Da der behandelnde Therapeut, Psychologe oder Pflegenden nicht immer an den Besprechungen teilnehmen kann, besteht Konsens darüber, dass sich die Vertreter der jeweiligen Berufsgruppe adäquat auf die Besprechung vorbereiten. 4. Modifikation des bestehenden Dokumentationsbogens: Es wurde angeregt, in weiteren internen Projektbesprechungen das Thema aufzugreifen und zu eruieren, ob der bestehende Dokumentationsbogen für das Patientenklintel ausreicht oder um weitere Punkte zu ergänzen ist. 5. Rückkopplung der Ergebnisse der Patientenbesprechung an die jeweiligen Behandler: Es wurde vereinbart, dass die relevanten Informationen aus den Besprechungen auch an die Behandler zeitnah weitergeleitet werden.

### Klinik 3

#### **Das Auftragsklärungsgespräch (Oktober 2013)**

Das Auftragsklärungsgespräch (siehe Anlage B) fand in Klinik 3 Anfang Oktober 2013 statt zusammen mit der Chefarztin der Klinik sowie einer Projektmitarbeiterin der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie der Universität Freiburg und einem externen Kooperationspartner, der das Projektteam PATENT in Fragen Team- und Organisationsentwicklung berät und die Teamentwicklungen durchführt.

#### **Ergebnisse:**

**Der Kontext des Teamentwicklungsauftrages:** Im Auftragsklärungsgespräch äußerte die ärztliche Leitung den Wunsch, die interprofessionelle Teambesprechung eines Intervisionsteams noch zielorientierter an der sozialmedizinischen Beurteilung ausrichten zu wollen. Ein einheitliches Vorgehen bei den „schwierigen“ Wirbelsäule III Patienten sei wichtig. Die Besonderheit des Teams läge darin, dass dieses Intervisionsteam, welches zwei chronifizierte Schmerzpatienten bespricht, von den Ärzten nur gelegentlich besucht wird und die Leitung dieses Teams nicht offiziell benannt ist.

**Definierter Teamentwicklungsauftrag:** Ziel der Teamentwicklung war die optimale Zusammenarbeit des Intervisionsteams, in welchem einmal wöchentlich für eine halbe Stunde besonders betreuungsintensive Patienten mit chronischen Rückenschmerzen besprochen wurden. Hierbei sollte die interprofessionelle Intervisionsbesprechung noch stärker sozialmedizinisch ausgerichtet werden.

#### **Erster Teamentwicklungstermin (November 2013)**

Der erste Termin mit dem Intervisionsteam fand im November 2013 statt. Insgesamt nahmen an diesem Termin 13 Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen teil: Sozialberatung, Psychologie, Physiotherapie, Ärzte, Pflege und Klinikleitung. Das methodische Vorgehen richtet sich nach dem Leitfaden „1. Termin im Team“ (siehe Anlage C).

#### **Ergebnisse:**

##### **Festlegung eines konsensfähigen Teamziels bzw. einer Teamaufgabe**

Unter reger Diskussion aller Beteiligten wurden im gemeinsamen Prozess mit dem Großteam zuerst die verschiedenen Zielsetzungen gesammelt (auf Flipchart protokolliert): gemeinsames Lernumfeld, einheitliche Sprache, Finden und Sichern der gemeinsamen Behandlungsphilosophie der chronischen Schmerzpatienten, Kraft tanken für Weiterbehandlung, einheitliches Bild bekommen vom Patienten, passt Patient in die Gruppe?, optimaler Informationsaustausch zwischen Berufsgruppen, Marktplatz für Informationen, sozialmedizinische Beurteilung erleichtern, Nachsorgeempfehlung.

Es wurde deutlich, dass das Intervisionsteam vor allem dann optimal zusammenarbeiten kann, wenn es einen „lebhaften Marktplatz“ gibt und ein mehrseitiger Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen besteht.

##### **Bewertung der derzeitigen Zielerreichung**

Im Anschluss an die Zieldefinition wurde die momentane Beurteilung der Zielerreichung erfragt. Im Wesentlichen lagen die Einschätzungen im oberen Mittelfeld.

#### **Zweiter Teamentwicklungstermin (Dezember 2013)**

Der zweite Teamentwicklungstermin fand im Dezember 2013 statt. Insgesamt nahmen an diesem Termin 11 Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen teil: Psychologie (2), Sozialberatung (2), Physiotherapie (2), Pflege (1), Ärzte (3) und Klinikleitung (1).

#### **Ergebnisse:**

##### **Ideen zur verbesserten Umsetzung der Zielerreichung**

In Kleingruppenarbeit wurden Ideen zur Verbesserung der Zielerreichung gesammelt wie beispielsweise die Anwesenheit der Ärzte, die Beteiligung der Pflege, der Nutzen der Teambesprechung, mehr bei der Sache zu bleiben etc.. Die Ideen wurden von den jeweiligen Gruppenmitgliedern vorgestellt und auf die Metaplanwand geheftet und anschließend geclustert.

Bei gemeinsamer Betrachtung der Ideen-Inhalte wurde deutlich, dass die Intervisionsbesprechung in ihrer jetzigen Form zwei unterschiedlichen Haupt-Zielsetzungen folgt: 1. Team-Intervision und 2. Fallbesprechung.



Weiter wurde deutlich, dass das Ziel „Marktplatz“ sehr unspezifisch ist und eher den z.T. unbefriedigenden Status Quo abbildet.

#### **Arbeitspaket für die Kooperationsklinik:**

Von Seiten der Moderation wurde vorgeschlagen, die Hauptzielsetzung (Hauptaufgabe dieses Teams) mit einem Kleinteam eindeutig festzulegen.

Wenn diese dann geklärt ist, kann wieder mit dem großen Team gearbeitet werden. Im Nachgang an das Gruppentreffen wurde mit der Ärztlichen Direktorin vereinbart, dass sie zunächst alleine mit relevanten Vertretern des Interventionsteams bis Mitte Januar 2014 die Zielsetzung besprechen wird und sich Anfang Februar 2014 bei dem Projektpartner meldet und das weitere Vorgehen besprochen wird.

#### **Klinik 4**

##### **Das Auftragsklärungsgespräch (April 2013)**

Das Auftragsklärungsgespräch (siehe Anlage B) fand in Klinik 4 Mitte April 2013 statt. Das Auftragsklärungsgespräch wurde von der Projektleitung und einer Projektmitarbeiterin der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie der Universität Freiburg mit der Kaufmännische Direktorin, der Ärztlichen Leitung und dem Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) der Klinik durchgeführt.

**Teamentwicklungsauftrag:** Die optimale Zusammenarbeit des Teams solle gestärkt werden. Hierbei solle das Team dafür sorgen, dass die Patienten alles bekommen, was sie brauchen. Des Weiteren ist Zielsetzung dieses Themas, sowohl die Behandlung zu überprüfen und zu kontrollieren und Nuancen in der Therapieplanung zu besprechen, als auch die Informationen sach- und fachgerecht in das Team einzubringen und sich gegenseitig auszutauschen z.B. bei der Antragsstellung oder im Umgang mit schwierigen Patienten.

##### **Zweiter Termin Auftragsklärung (Juli 2013)**

Unter Anwesenheit des Chefarztes und der Teamleitung fand der zweite Termin in dieser Kooperationsklinik statt. Das Anliegen der Klinikleitung fand die Zustimmung bei der Teamleitung, wurde jedoch durch das Ziel ergänzt, die gemeinsame Anstrengung zu verbessern, um die Behandlung auf ein gemeinsames Ziel auszurichten. Aus der Vorbesprechung war bekannt, dass viele Patienten in kurzer Zeit besprochen werden müssen. Auf Fragen der Restrukturierung oder Reorganisation der Teambesprechung wich die Leitung aus. In diesem Gespräch wurde vielfach betont, dass das Team gut funktioniert und man sehr zufrieden sei. Da von Seiten der ärztlichen Leitung und der Teamleitung kein konkretes Anliegen zu nennen war, wurde vereinbart im Januar 2014 die Ergebnisse der Baseline-Messung an die Leitungsebene zurückzumelden.

#### **Klinik 5**

##### **Das Auftragsklärungsgespräch (Juni 2013)**

Das Auftragsklärungsgespräch (siehe Anlage B) fand in Klinik 5 Ende Juni 2013 statt, an dem die Klinikmanagerin, der Chefarzt und die Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) der Klinik sowie ein Projektmitarbeiter der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie der Universität Freiburg und ein externer Kooperationspartner, der das Projektteam PATENT in Fragen Team- und Organisationsentwicklung berät, teilnahmen.

##### **Ergebnisse**

**Der Kontext des Teamentwicklungsauftrages:** In Klinik 5 werden sowohl orthopädische als auch kardiologische Patienten unter einem Dach von zwei getrennten Klinikträgern versorgt. Im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen, des internen Audits im Jahre 2012, wurde offensichtlich, dass die Patientenfallbesprechungen in den beiden Fachbereichen unterschiedlich ablaufen und organisiert

sind. In Vorgesprächen zwischen dem Projekt-Team PATENT mit der Klinikleitung und dem QMB wurde angeregt, Elemente aus der wöchentlichen Teambesprechung der kardiologischen Klinik in die Teambesprechung der orthopädischen Klinik zu transferieren, da sich diese Form in der Praxis bewährt habe. Darüber hinaus wurde thematisiert, dass die Berufsgruppe der Pflege an den Patientenfallvorstellungen nur inkonstant teilnimmt, was in der Folge zu einem Informationsverlust führt.

**Definierter Teamentwicklungsauftrag:** Im Rahmen des Auftragsklärungsgespräches wurde der Teamentwicklungsauftrag wie folgt definiert: 1. Integration der Pflege in das Besprechungsformat „wöchentliche Patientenfallvorstellung“ und 2. „Transferierung von einzelnen und bewährten Elementen aus der Teambesprechung der kardiologischen Klinik in die Teambesprechung der orthopädischen Klinik“.

**Arbeitspakete für die Kooperationsklinik bis zu dem nächsten Termin:** Die Klinikleitung führte im Vorfeld des nächsten Schrittes – der Auftragsübermittlung (siehe Anlage D) – Gespräche mit den einzelnen Abteilungsleitungen. Der Termin für die Übermittlung des Teamauftrages an das Reha-Team wurde für Mitte Juli terminiert.

#### **Erste Trainingssituation mit dem Reha-Team (Mitte September 2013)**

Aufgrund personeller Engpässe war es für die Klinik nicht möglich, den angesetzten Termin (Mitte Juli 2013) zu halten, so dass der erste Termin mit dem Reha-Team erst Mitte September 2013 stattfinden konnte. An dem Termin nahmen der Chefarzt, die QMB-Beauftragte der Klinik sowie Rehateammitglieder aus den Bereichen: Ernährungsberatung (N=1), Physiotherapie (N=4), Sporttherapie (N=1), Ergotherapie (N=1), Pflege (N=3), physikalische Therapie/Massage (N=3), Psychologie (N=1) teil. Das methodische Vorgehen richtet sich nach dem Leitfaden „1. Termin im Team“ (siehe Anlage C).

**Ergebnisse:** Im Gruppenprozess wurde das Teamziel von den Teammitgliedern wie folgt operationalisiert: a) Informationsaustausch (Bündelung der für die Behandlung relevanten Patienteninformationen sowie knappe und präzise Informationsweitergabe), b) multilaterale Kommunikation der Teammitglieder untereinander (Austausch über den Behandlungsverlauf sowie über aktuelle Ereignisse und das Verhalten des Patienten im Stationsalltag), c) Auswahl und Abstimmung der notwendigen Behandlungsmaßnahmen im Team.

Bis auf die Tatsache, dass eine konstante Teilnahme der Pflege bei den Fallbesprechungen wichtig sei, bewerteten die Reha-Teammitglieder das bisherige Besprechungsformat gut und sahen übereinstimmend keinen Handlungsbedarf, das Besprechungsformat, die Inhalte, den Ablauf oder die Moderation zu verändern. Da jedoch der Fachbereich Pflege über wesentliche Alltagsbeobachtungen zu den Patienten verfügt, wodurch relevante Informationen zur Behandlungsplanung generiert werden, war es allen Teammitgliedern wichtig, eine konstante Teilnahme der Pflege zu erreichen. In diesem Zusammenhang wurden Ideen entwickelt, die Pflege in die wöchentliche Fallbesprechung besser zu integrieren. Letzten Endes sah sich der Chefarzt dazu verpflichtet und schlug vor, dass er in den darauf folgenden zwei Wochen einen Gesprächstermin vereinbaren wird, um mit der Pflegedienstleitung über die Anpassung des Personaleinsatzplans zu sprechen, um eine konstante Teilnahme zu garantieren. Diese Intervention wurde von Seiten des Chefarztes gesteuert und bedurfte keiner weiteren Unterstützung von Seiten des Projekt-Teams. Da zum damaligen Zeitpunkt weder das Reha-Team noch der Chefarzt einen weiteren Interventionsbedarf sahen, endete somit die Intervention. Von Seiten des Projekt-Teams PATENT wurde dennoch das Angebot unterbreitet, eine nachgelagerte Intervention anbieten zu können. Die Voraussetzung hierfür sei jedoch ein konkreter Handlungsauftrag von Seiten der Klinikleitung, der verschriftlicht an das Projektteam heranzutragen ist. In den Folgewochen wurden von Seiten der Klinik keine weiteren Teamentwicklungsanliegen an das Projekt-Team formuliert.

## **Klinik 6**

### **Das Auftragsklärungsgespräch (Ende Oktober 2013)**

Das Auftragsklärungsgespräch (siehe Anlage B) fand in Klinik 6 Ende Oktober 2013 statt, an dem der Geschäftsführer, eine Prokuristin der Klinikgruppe, der Chefarzt der ambulanten Rehabilitation, der Chefarzt der stationären Rehabilitation sowie zwei Projektmitarbeiter der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie der Universität Freiburg teilnahmen.

### **Ergebnisse:**

**Der Kontext des Teamentwicklungsauftrages:** Im Rahmen des Auftragsklärungsgesprächs zeichneten sich zwei divergierende Sichtweisen zwischen den medizinischen Leitungen und dem Geschäftsführer ab, was den Gegenstand der Teamentwicklung betraf. Die ärztlichen Leitungen der Klinik fokussierten die wöchentliche Teambesprechung und entwickelten die Idee, das Konzept der wöchentlichen Patientenbesprechung aus dem ambulanten Setting auf die stationäre Rehabilitation zu übertragen. Beide Klinikleitungen sahen den Vorteil des ambulanten Konzeptes, da alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Berufsgruppen an den Teambesprechungen teilnahmen und ein intensiver Austausch der Behandler untereinander stattfand, was im Gegensatz dazu bei der stationären Rehabilitation nicht der Fall war. Da die einzelnen Berufsgruppen sowohl in der stationären Rehabilitation als auch in der ambulanten Rehabilitation eingesetzt wurden, waren den Berufsgruppen beide Konzepte geläufig. Im Gegensatz zu der Idee der medizinischen Leitung fokussierte der Geschäftsführer ein Team auf Ebene der Abteilungsleitungen der Bereiche Therapie und Pflege (Physio, Ergo, Pflege, etc.), Verwaltung, Haustechnik, Service sowie der medizinische Leitung, mit der Zielsetzung, diese Abteilungsbereiche intra-institutionell stärker zu vernetzen und inter-institutionell an eine Außenstelle der Klinikgruppe anzugliedern. Der strategische Gedanke einer sog. „transsektoralen Versorgungskette“, bestand darin, dass das Reha-Team das ganze Spektrum der rehabilitativen Versorgungsleitungen der Klinikgruppe kennt, den Behandlungsverlauf der Patienten überwacht und bei Bedarf im Sinne einer Prozesssteuerung eingreift, um den Patienten weitere Versorgungsangebote offerieren zu können.

**Definierter Teamentwicklungsauftrag:** Aufgrund der divergierenden Sichtweisen konnte im Verlauf des Auftragsklärungsgesprächs kein Konsens erzielt werden, so dass die Formulierung eines tragfähigen Teamentwicklungsauftrages nicht möglich war. Dieser Konflikt zeigte sich auch in der Auffassung, was die zentrale Aufgabe des Teams sei. Die Sichtweise der Ärzte bezieht sich hierzu auf die individuelle Patientenbehandlung und Anpassung der Behandlungsinhalte/-maßnahmen an den Bedarf des Patienten und der Besprechung der Patienten-Probleme im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Reha-Teams, wohingegen die Verwaltungsleitung die zentrale Aufgabe des Teams unter dem Gesichtspunkt der optimalen Behandlung mit den zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Ressourcen sieht.

**Arbeitspakete für die Kooperationsklinik bis zu dem nächsten Termin:** Aus Sicht aller Beteiligten war es notwendig, einen weiteren Termin für die Konkretisierung und Formulierung des Auftrages für die Teamentwicklung anzusetzen. Die Projektmitarbeiter PATENT unterbreiteten den Vorschlag, ein gesondertes, internes Treffen zwischen medizinischer und Verwaltungsleitung anzusetzen, um einen tragfähigen Teamauftrag zu erarbeiten sowie zu formulieren und diesen als Basis für Teamentwicklung an das Projektteam PATENT weiterzuleiten. Hierfür erhielt die Leitungsebene den Leitfaden für das Auftragsklärungsgespräch und wurde aufgefordert, anhand dieser Struktur den Auftrag für die Teamentwicklung schriftlich festzuhalten. Das Projekt-Team PATENT sicherte der Kooperationsklinik zu, eine erste Auswertung der Fragebogenerhebung für Zeitpunkt t1 vorzunehmen, um diese Ergebnisse als mögliche Entscheidungsgrundlage für die Formulierung des Auftrages der Teamentwicklung nutzen zu können. Einen Termin für die erste Trainingssituation mit dem Reha-Team wurde von Seiten der Klinikleitung für Mitte Januar als realistisch eingeschätzt.

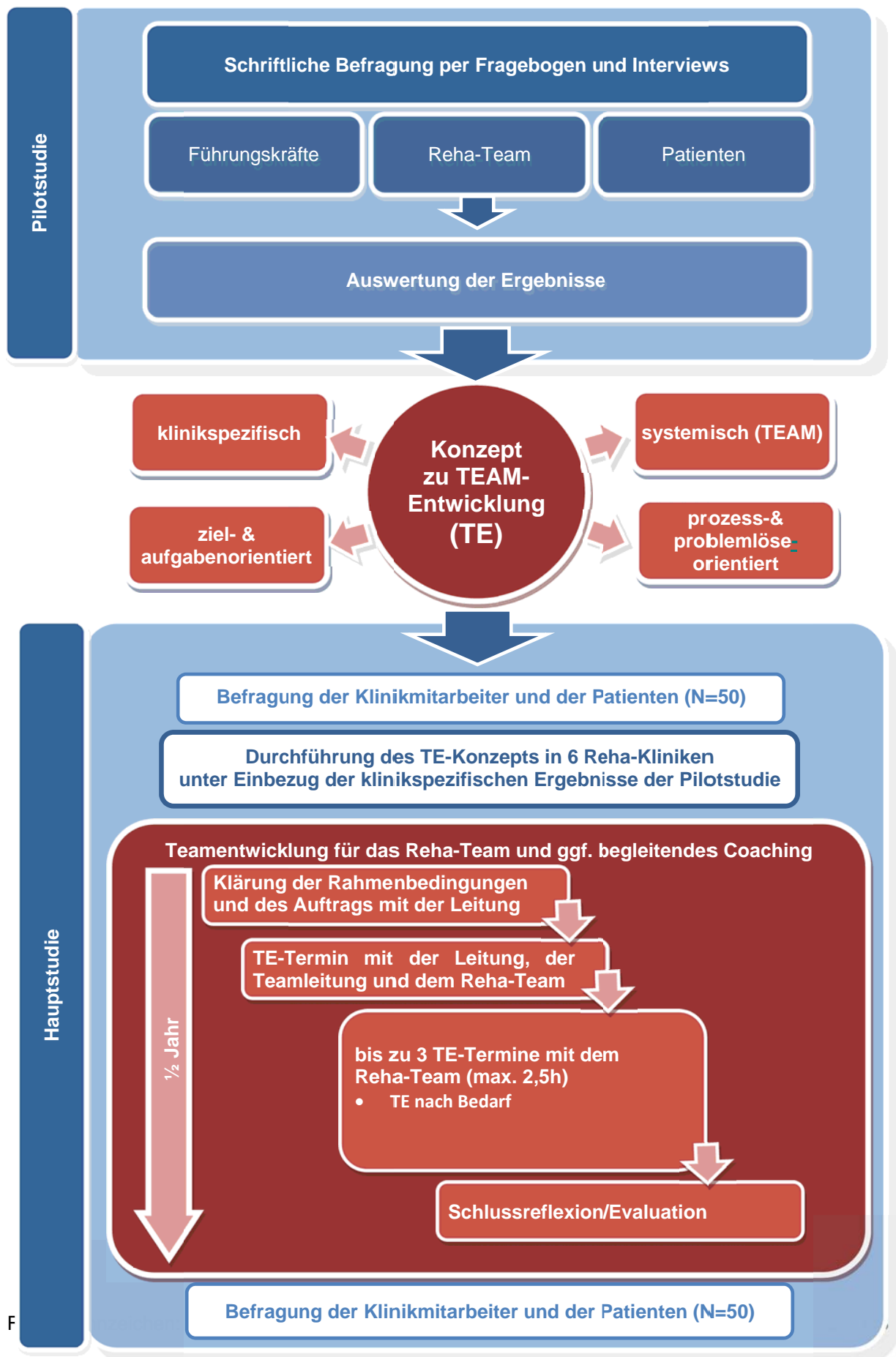
**Absage der Teilnahme an der Teamentwicklung PATENT (März 2014):** Da bis Ende Dezember kein formulierter Teamauftrag vorlag, wurde in mehreren Telefonaten im Zeitraum Anfang Januar bis Ende Februar nochmals auf die Notwendigkeit eines schriftlich fixierten Teamauftrages hingewiesen. Mitte März 2014 erhielten wir die Nachricht, dass aufgrund personeller Engpässe sowie der bevorstehenden Re-Zertifizierung der Klinik keine Ressourcen für eine Teamentwicklung zur Verfügung stehen. Die Klinik 6 zog somit die ursprünglich ausgesprochene Zusage an der Projektteilnahme zurück.

## 5 Literatur

- Brähler E, Mühlan H, Albani C, Schmidt S. Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica* 2007; 53 (2): 83-96.
- Cott CA, Teare G, McGilton KS, Lineker S. Reliability and construct validity of the client-centred rehabilitation questionnaire. *Disabil Rehabil.* 2006; 28 (22): 1387-97.
- Dangel H. Psychometrische Überprüfung der deutschen Version des Client-Centred Rehabilitation Questionnaire (CCRQ). Interne Forschungsarbeit. Pädagogische Hochschule Freiburg 2014.
- Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (Hrsg.): Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) (11.06.2010). Im Internet: [http://www.bfdi.bund.de/DE/GesetzeUndRechtsprechung/BDSG/BDSG\\_node.html](http://www.bfdi.bund.de/DE/GesetzeUndRechtsprechung/BDSG/BDSG_node.html); Stand: 11.03.2012.
- Farin E, Meixner K, Follert P, Jäckel WH, Jacob A. Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken: Entwicklung des MiZu-Reha-Fragebogens und Anwendung in der Qualitätssicherung. *Rehabilitation* 2002; 41 (4): 258-267.
- Kauffeld S, Frieling E. Der Fragebogen zur Arbeit im Team (FAT). *Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie* 2001; 45 (1): 26-33.
- Kauffeld S. *Der Fragebogen zur Arbeit im Team (FAT)*. Göttingen: Hogrefe 2004.
- Kockert S. LORE-Fragebogen. Was Reha-Einrichtungen von Wirtschaftsunternehmen lernen können: Steigerung der Leistungsfähigkeit durch zielgerichtete Organisationsentwicklung von Reha-Einrichtungen. Unveröffentlichter Fragebogen, Universität Bielefeld 2012.
- Körner M, Wirtz MA. Development and psychometric properties of a scale for measuring internal participation from a patient and health care professional perspective. *BMC Health Services Research* 2013, 13:374. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/374>
- Kriz D, Nübling R, Steffanowski A, Wittmann WW, Schmid J. Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation. *Z Med Psychol* 2008; 17: 67-79.
- Nübling M, Stößel U, Hasselhorn HM, Michaelis M, Hofmann F. Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen - Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). 1. Aufl., Bremerhaven: Wirtschaftsverlag 2005.
- Schmidt J. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit-ZUF-8. In: Bengel J, Wirtz M, Zwingmann C (Hrsg.): *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation*. 1 Aufl., Göttingen: Hogrefe 2008.
- Steffanowski A, Lichtenberg S, Nüling R, Wittmann WW, Schmidt J. Individuelle Ergebnismessung – Vergleich zwischen prospektiven und retrospektiven Problemangaben in der psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2003; 42: 22–29.
- Steinheider B, Bayerl PS, Menold N, Bromme R. Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung von Wissensintegrationsproblemen in interdisziplinären Projektteams (WIP). *Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie* 2009; 53 (3): 121–130.
- Wiedemann J, Watzdorf E, Richter P. *TeamPuls-Internetgestützte Teamdiagnose*. 2. Aufl., Methodensammlung Band 15. Dresden: Technische Universität, Institut für Arbeits- und Organisationspsychologie 2001.

## Anlage:

### Anlage A: Ablaufplan des Teamentwicklungskonzepts



## **Anlage B: Auftragsklärungsgespräch**

### **1 Begrüßung, Vorstellung**

- Projektmitarbeiter, Studieninhalte
- externer Kooperationspartner, Intervention

### **2 Vorstellung Tagesprogramm (zeitl. Orientierung)**

- Übersicht Projektablauf (ca. 10 Min)
- Organisation Befragung (max. 20 Min)
- Vorstellung der Intervention (ca. 20 Min)
- Auftragsklärung, Intervention (ca. 45 Min)
- Terminplanung, Abschluss (ca. 15 Min)

### **3 Übersicht Projektablauf**

- Pilotphase - Konzeptentwicklung TE - Hauptstudie
- Ggf.: Ergebnisse Pilotstudie zur Konzeption der Intervention, Ergebnisse nicht aktuell
- Organisation Befragung (Mitarbeiter/Patienten)
- Kontextmarkierung: Forderungen Kostenträger und QM, aktuelles Thema

### **4 Einführung Auftragsklärung**

- Definition Auftragsklärung
- Auslöser: kein Problem sondern Verbesserungsmöglichkeiten durch Projektteilnahme
- Frage nach früheren Projekten, Initiativen zur Teamarbeit - Ergebnisse

### **5 Vorstellung Intervention (Produktinformation)**

- Erläuterung Basis-Modell (Auftrag der Leitung – Umsetzung im Team)
- Vorgehensweise:
  - Konkretisierung Aufgabe, Ziel für das Team
  - Vermittlung des Zieles an das Team (Einbindung der Team-Leitung)
  - Ermittlung von Verbesserungsmöglichkeiten zur optimalen Zielerreichung
  - Planung und Umsetzung der Verbesserung

### **6 Auftragsklärung**

- Erwartungen, Wünsche an das Beratungsteam, Frage nach No-Goes
- Konsensherstellung für die geplante Vorgehensweise?

### **7 Intervention**

- Frage nach dem ausgewählten Behandlungsteam, Teilnehmer, Leitung
- Eruierung von Aufgabe, Auftrag, Zielsetzung des Teams
  - Konkretisierung der Aufgabe, des Auftrags („was genau ist damit gemeint?“)
  - Differenzierung der Qualität des Ergebnisses („woran würden Sie erkennen?“)
- Frage nach der Vermittlung des Auftrags an das Team
- Weiteres Vorgehen: Ziel und Setting des nächsten Termins

### **8 Abschluss**

- Reflexion: Vorgehen in Ordnung, Besprechung informativ, hilfreich?
- Weitere Terminplanung

## **Anlage C: Ablauf des ersten Termins im Reha-Team**

### **1 Begrüßung, Vorstellung**

- Projektmitarbeiter, Studieninhalte
- externer Kooperationspartner, Intervention

### **2 Vorstellung Tagesprogramm (zeitl. Orientierung)**

- Übersicht Projektablauf, Organisation Befragung (max. 5 Min)
- Einführung TE (10 – 15 Min)
- Besprechung des Teamzieles, der Teamaufgabe (ca. 60 Min)
- Sammlung von Anliegen in Hinblick auf die Zielerreichung (ca. 30 Min)
- Abschluss

### **3 Übersicht Projektablauf**

- Pilotphase – Konzeptentwicklung TE – Hauptstudie, ggf. Organisation Befragung
- Ergebnisse der Pilotstudie zur Konzeption der Intervention
- Einführung TE
- Erläuterung Teamentwicklung
- Definition Team
- Vorgehensweise:
  - Konkretisierung Aufgabe, Ziel für das Team (Bericht aus der Vorbesprechung)
  - Vermittlung des Zieles an das Team (Einbindung der Team-Leitung)
  - Ermittlung von Verbesserungsmöglichkeiten zur optimalen Zielerreichung
  - Planung und Umsetzung der Verbesserung
- Prozessmarkierung, aktueller Stand: Besprechung des Zieles, der Aufgaben im Team

### **4 Ziele, Aufgaben des Teams**

- Wiederholung des im Vorfeld formulierten Zieles durch die Leitung; Bitte an die Leitung, das Beschriebene zu ergänzen/korrigieren
- Verständnisfragen zu Ziel/Aufgaben
- Konkretisierung des Zieles (Praktikabilität der Zielsetzung, Umsetzbarkeit der Aufgaben)
- Beiträge der einzelnen Teammitglieder zur Zielerreichung

### **5 Sammlung von Anliegen**

- Sammlung von Anliegen in Hinblick auf die Zielerreichung (Flipchart, Mod.-Karten)
- Entwicklungsmöglichkeiten im Team?
- Mögl. Themen: Moderation/Leitung, ökonomischer Informationsaustausch, ggf. Fachkenntnis, Perspektivenwechsel

### **6 Abschluss**

- Besprechung weiteres Vorgehen
- Reflexion: Teambesprechung hilfreich?
- Weitere Terminplanung

## **Anlage D: Ablauf des zweiten Termins im Reha-Team**

### **1 Begrüßung, Vorstellung**

- Begrüßung der Teilnehmer, insbesondere der Neuen
- Ggf. erneute kurze Vorstellung des Projektes, falls viele neue Teilnehmer anwesend sind
- TN-Liste

### **2 Vorstellung Tagesprogramm (zeitl. Orientierung)**

- Rückblick (... Min)
- Bearbeitung der Ideen zur Verbesserung (... Min)
- Abschluss, weitere Planung (... Min)

### **3 Rückblick (zeitl. Orientierung)**

- Orientierung: Zweiter Termin im Team, der erste war am...
- Erinnerung: Team erhält seinen Sinn über das Ziel, die Aufgabe
- Darstellung der wesentlichen Ergebnisse des erstens Termins (Flipchart):
  - Ziel, Aufgabe des Teams ist ...
  - Möglichkeiten zur Verbesserung der Zielerreichung wären ...
- Frage nach
  - Erleben im Rückblick: Wie ging es Ihnen damit?
  - Ereignisse dazu in der Zwischenzeit: Gab es seither irgendwelche Ereignisse, Veränderungen in Zusammenhang mit der Teamarbeit?

### **4 Verbesserung der Zielerreichung**

Vorbereitung:

- Zielsetzung für den aktuellen Termin: Wünsche, Befürchtungen, Ergebnisse
- Fokussierung auf das formulierte Teamziel: Skalierung der derzeitigen Zielerreichung (Punkte-Kleben)
- Aktualisierung der Sammlung zu Verbesserungsideen (Flipchart, Mod.-Karten)

Bearbeitung:

- Bildung thematischer Cluster
- Priorisierung: z.B. Bedeutung für Erreichung Teamziel vs. zeitliche Umsetzbarkeit
- Formulierung von Lösungsideen: ggf. Gruppenarbeit (Flipchart, Mod.-Karten)
- Sammeln, Zusammentragen der Lösungsideen (Flipchart, Metaplanwand)
- Gemeinsame Bewertung hinsichtlich Verbesserung der Teamziel-Erreichung
- Gegencheck: Prüfung der Auswirkungen der Veränderungen ggf. in anderen Bereichen
- Motivierung zur Umsetzung
- Zeitliche Fixierung der Veränderung(en)

### **5 Abschluss**

- Besprechung weiteres Vorgehen
- Reflexion: Teambesprechung hilfreich?
- Weitere Terminplanung: noch ... weitere Termine, bis .... abgeschlossen!



## **Anlage E: Ablauf des dritten Termins im Reha-Team**

### **1 Begrüßung, Vorstellung**

- Begrüßung der Teilnehmer
- Kurze Vorstellung der Projektmitarbeiter
- TN-Liste

### **2 Vorstellung Tagesprogramm (zeitl. Orientierung)**

- Rückblick (10 Min)
- Besprechung und Bewertung der geplanten Verbesserungsmaßnahmen (30 Min)
- Klärung und Bearbeitung weiterer Verbesserungsideen (45 Min)
- Abschluss, weitere Planung (15 Min)

### **3 Rückblick (zeitl. Orientierung)**

- Orientierung: Rückblick auf zweiten Termin
- Erinnerung: Ein Thema zur Verbesserung der Teamarbeit war ?
- Darstellung der wesentlichen Ergebnisse des letzten Termins (Flipchart)
- Frage nach
  - Erleben im Rückblick: Wie ging es Ihnen damit?
  - Ereignisse dazu in der Zwischenzeit: Gab es seither irgendwelche Ereignisse, Veränderungen in Zusammenhang mit der Teamarbeit?

### **4 Weitere Verbesserung der Zielerreichung**

Vorbereitung:

- Fokussierung auf das formulierte Teamziel: Skalierung der derzeitigen Zielerreichung (Punkte-Kleben)
- Erinnerung an die Sammlung zu Verbesserungsideen, Klärung der noch offenen Punkte (ggf. Flipchart)

Bearbeitung:

- Priorisierung: Bedeutung der noch offenen Themen für Erreichung des Teamziels
- Formulierung von Lösungsideen: ggf. Gruppenarbeit (Flipchart, Mod.-Karten)
- Sammeln, Zusammentragen der Lösungsideen (Flipchart, Metaplanwand)
- Gemeinsame Bewertung hinsichtlich Verbesserung der Teamziel-Erreichung
- Gegencheck: Prüfung der Auswirkungen der Veränderungen ggf. in anderen Bereichen
- Motivierung zur Umsetzung
- Zeitliche Fixierung der Veränderung(en)

### **5 Abschluss**

- Besprechung weiteres Vorgehen
- Reflexion: Teambesprechung hilfreich?
- Weitere Terminplanung: Projektabschluss bis ..., Termine bis dahin nach Bedarf

**Stand der Arbeiten im Vergleich zum geltenden Arbeits-, Zeit- und Finanzierungsplan, Gründe für eventuelle Änderungen**

---

Insgesamt ist der Stand der Arbeit im Vergleich zum Arbeits- und Zeitplan um ca. sechs Monate verzögert, was auf verschiedene Gründe zurückzuführen ist. Eine Projektmitarbeiterin konnte erst zum 1.1.2012 eingestellt werden, da sie zuvor in Elternzeit war. Zudem wurde die Pilotstudie auf die Interventionskliniken der Hauptstudie ausgedehnt, da es sehr unterschiedliche Indikationsbereiche sind und wir sicherstellen wollten, dass die individuellen Anliegen aller Kliniken in die Planung der Teamentwicklung eingehen. So wurden doppelt so viele Kliniken als im Projektantrag geplant befragt. Des Weiteren haben wir neben Patienten und Mitarbeiter auch die Führungskräfte befragt. Dies bedeutete insbesondere bezüglich der Aufbereitung und Auswertung der qualitativen Daten (Transkription und Inhaltsanalyse) einen erheblichen Mehraufwand, was zu einem verzögerten Beginn der Hauptstudie beitrug.

Die Pilotstudie konnte zum Ende des Jahres 2012 abgeschlossen werden. Es zeigte sich auch, dass sich kein einheitliches Training konzipieren lässt, da der Bedarf in den Kliniken sich sehr unterschiedlich gestaltet, weshalb wir für die Intervention ein bedarfsorientiertes, klinikspezifisches, problemorientiertes, systemisches Vorgehen gewählt haben, welches einen standardisierten Ablauf aufweist, thematisch jedoch flexibel gestaltbar ist.

Vorausschau: Es wurde im April 2014 eine ausgabenneutrale Verlängerung des Projektes bis Ende Feb. 2015 beantragt.

---

**Haben sich die Aussichten für das Erreichen der Vorhabensziele geändert?  
Wenn ja, welche Probleme sind entstanden?**

---

Nein

---

**Haben sich die Vorhabensziele geändert? Wenn ja, warum?**

---

Die Vorhabensziele an sich haben sich nicht verändert, wir werden jedoch die Evaluation etwas abweichend vom Design des Projektantrags gestalten, da sich die Prozesse der Teamentwicklung in den Interventionskliniken sehr lange (länger als geplant) hinziehen. Die Teamentwicklung wird nicht wie geplant direkt im Anschluss an die Durchführung sowie nach einem halben Jahr durch eine Mitarbeiter- und Patientenbefragung evaluiert, sondern lediglich durch eine direkt anschließende Befragung der Mitarbeiter, die an der Teamentwicklung teilgenommen haben sowie durch eine Post-Erhebung nach 3 Monaten. Die Posterhebung nach drei Monaten erlaubt zu sehen, inwiefern die Umsetzung nachhaltige Veränderungen bei den Mitarbeitern als auch Patienten zeigt.

**Sind inzwischen Ergebnisse anderer Arbeitsgruppen bekannt geworden, die für das Vorhaben von Bedeutung sind? Wenn ja, welche?**

---

Nein

---

**Fortschreibung des Verwertungsplans:**

- \* Sind für Vorhabensergebnisse Patente angemeldet oder erteilt oder Erfindungen in Anspruch genommen worden? Wie wurden sie verwertet; sind weitere Verwertungsmöglichkeiten erkennbar?
- \* haben sich die wirtschaftlichen bzw. die wissenschaftlich-technischen Erfolgsaussichten nach Projektende geändert?
- \* haben sich Änderungen an der wissenschaftlichen oder wirtschaftlichen Anschlußfähigkeit (für die Umsetzung notwendige nächste Schritte) ergeben?

Wenn ja, bitte spezifizieren, ggf. mit Zeithorizont.

Nein

**Liste eigener Publikationen von Vorhabensergebnissen  
(bitte Sonderdrucke gemäß Zuwendungsbescheid beifügen)**

**Kongressbeiträge**

Körner, M., Zimmermann, L. & Müller, C. (2013). Erfolgsfaktoren funktionsübergreifender Teams in der medizinischen Rehabilitation. Das Gesundheitswesen, 8/9, 541-542.

Körner, M., Wirtz, M. (2013). Entwicklung und psychometrische Überprüfung einer Skala zur Erfassung der internen Partizipation in interprofessionellen Teams. 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 04.-06.03.2013 Mainz. DRV-Schriften, Band 103 (S. 208-215). Berlin: DRV-Bund.

Müller, C., Zimmermann, L. & Körner, M. (2013). Interprofessionelle Kooperation und Teamentwicklung in Rehabilitationskliniken - Eine qualitative Analyse. DRV Schriften, Band 101 (S. 220-222). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Zimmermann, L., Müller C. & Körner M. Evaluation der Patientenorientierung in Rehabilitationskliniken aus Sicht der Patienten – ein mixed-method Ansatz. 12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung vom 23.-25.10.2013 in Berlin.

Zimmermann, L., Konrad, A., Müller, C. & Körner, M. (2013). Evaluation der interprofessionellen Teamarbeit und der Wichtigkeit von Teamentwicklung aus Sicht des Reha-Teams und der Führungskräfte. Das Gesundheitswesen, 8/9, 536.

Zimmermann, L., Müller, C. & Körner, M. (2013). Team and teamwork. Evaluation of interprofessional teamwork in rehabilitation clinics – A quantitative and qualitative approach. In G. Hertel, C. Binnewies, S. Krumm, H. Holling & M. Kleinmann (Eds), Imagine the future world: How do we want to work tomorrow? Abstract proceedings of the 16th EAWOP Congress 2013 (p. 803-804). <http://miami.uni-muenster.de/servlets/ DerivateServlet/Derivate-6876/abstractvolume-EAWOP-2013.pdf>

Zimmermann, L., Konrad, A., Müller, C. & Körner, M. (2013). Evaluation der interprofessionellen Teamarbeit in der stationären Rehabilitation - Ein Vergleich zwischen Führungskräften und Behandler Teams. DRV Schriften, Band 101 (S. 218-220). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L. & Bengel, J. (2014). Interprofessionelle Teamarbeit zur Behandlung von chronischen Erkrankungen – Ein systematisches Review. 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 10.-12.03.2014 Karlsruhe. DRV-Schriften, Band 103 (S. 301-311). Berlin: DRV-Bund.

Körner, M., Rundel, M., Müller, C. & Zimmermann L. (2014). Wie gut gelingt die Wissensintegration in multiprofessionellen Teams der medizinischen Rehabilitation? 23. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 10.-12.03.2014 Karlsruhe. DRV-Schriften, Band 103 (S. 301-311). Berlin: DRV-Bund.

Müller, C., Zimmermann, L., Rundel, M. & Körner, M. (2014). Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in Rehabilitationskliniken – Eine Befragung von Führungskräften. 23.

Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 10.-12.03.2014 Karlsruhe. DRV-Schriften, Band 103 (S. 301-311). Berlin: DRV-Bund.

### **Publikationen**

Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L. & Bengel, J. (submitted). Interprofessional teamwork in medical treatment of chronic diseases – a systematic review. *Disability and Rehabilitation*.

Körner, M. & Zimmermann, L. (eingereicht). Interprofessionelle Teamarbeit in der Gesundheitsversorgung. *Enzyklopädie der Psychologie, Medizinische Psychologie*, Band 2, Anwendungen.

Müller, C., Zimmermann, L. & Körner, M. (accepted). Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in Rehabilitationskliniken - Eine Befragung von Führungskräften. *Die Rehabilitation*

Zimmermann, L. & Körner, M. (2014). Emotionale Erschöpfung und Wohlbefinden bei Gesundheitsfachberufen, *Public Health Forum*, 22 (82): 30-32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2013.12.028>.

Zimmermann, L., Michaelis, M., Quaschnig, K., Müller, C. & Körner, M. (2014). Die Bedeutung der internen und externen Partizipation für die Patientenzufriedenheit, *Die Rehabilitation*, <https://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1357116>.

Zimmermann, L., Konrad, A., Müller, C., Rundel, M., Körner M. (accepted). Patient perspectives of patient-centeredness in medical rehabilitation. *Patient Education and Counseling*.