



University of St.Gallen

Center for Health Care

Schweizer Forum für  
Integrierte Versorgung **fmc**

# Das Management von Professionsgrenzen in der integrierten Versorgung

Webinar, 4. Februar 2026

Prof. Dr. Matthias Mitterlechner  
Oliver Strehle, FMC  
Daniel Schibler, CEO Concara



From insight to impact.

# Das Management von Professionsgrenzen in der integrierten Versorgung


## **Boundary Work in Response to Professionals' Contextual Constraints: Micro-strategies in Interprofessional Collaboration**

**Clarissa E. Weber** 

**Christian Kortkamp**

**Indre Maurer**

University of Göttingen, Germany

**Eva Hummers** 

University Medical Center Göttingen, Germany

Organization Studies  
2022, Vol. 43(9) 1453–1477  
© The Author(s) 2022



Article reuse guidelines:  
[sagepub.com/journals-permissions](https://sagepub.com/journals-permissions)  
DOI: 10.1177/01708406221074135  
[www.egosnet.org/os](http://www.egosnet.org/os)



# Ausgangslage und Forschungsfrage

## Ausgangslage

- In der integrierten Versorgung arbeiten verschiedene Professionen zusammen, um Patienten/innen und ihre Angehörigen interprofessionell zu betreuen -> Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ), z. B. Hausärzte und Pflegefachpersonen
- IPZ erfordert das Aushandeln von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten (AKV) an beruflichen Schnittstellen (engl. „Boundary Work“).
- IPZ findet in einem Kontext statt, der z. B. aus Zeitdruck, ökonomischem Druck oder rechtlichen Vorgaben bestehen kann. Dieser Kontext erzeugt neben dem gemeinsamen Versorgungsziel zusätzlich teils konkurrierende Interessen.
- Falls die Professionen aufgrund divergenter Interessen z. B. ihre Beteiligung an der Betreuung der Patienten begrenzen wollen, können Versorgungslücken, Reibungsverluste und Eskalationen im Grenzbereich der Zuständigkeiten entstehen.

## Forschungsfrage

- Wie gestalten die an der IPZ beteiligten Professionen die Grenzen ihrer Zusammenarbeit in einem Kontext, der zu konkurrierenden Interessen führen kann? Welche Strategien entwickeln sie dafür?

# Begriffe und Definitionen

<b>Begriff</b>	<b>Definition / Bedeutung</b>
Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ)	Zusammenarbeit von Mitgliedern verschiedener Professionen über Berufsgrenzen hinweg zur Erfüllung einer gemeinsamen Aufgabe.
Boundary Work	Verhandlung von Grenzen zwischen Professionen bezüglich der Aufteilung Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten (AKV) -> Aushandlungsprozess
Kontext	<p>Rahmenbedingungen des Arbeitsalltags (z. B. Zeitdruck, Vergütungssystem, rechtliche Restriktionen), die Handlungsoptionen und Interessen prägen, zum Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="484 710 1644 787">• <i>Effizienzinteresse von Hausärzten:</i> Begrenzung von Aufwand/Unterbrechungen, v. a. weil Heimbesuche zeitintensiv und relativ niedrig vergütet sind.</li><li data-bbox="484 836 1804 912">• <i>Sicherheitsinteresse von Pflegefachkräften im Pflegeheim:</i> Absicherung gegen Risiko/Haftung bei unklarer Situation; Tendenz, früh und häufig ärztliche Einbindung zu verlangen.</li></ul>

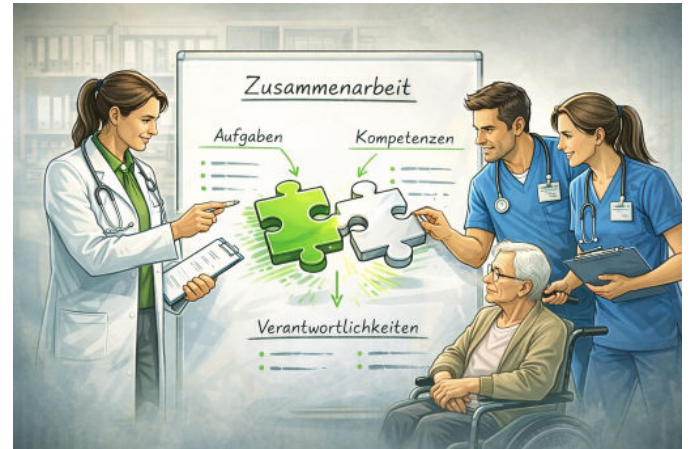
# Forschungsmethodik

## Kontext

- Fokus auf IPZ zwischen Hausärztinnen/Hausärzten und angestellten Pflegefachpersonen in Pflegeheimen
- Pflege hat stark eingeschränkten rechtlichen Handlungsspielraum für medizinische Interventionen
- Die Hausärzte sind in der Regel selbständig.
- Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen/Hausärzten und Pflege ist formal wenig geregelt

## Datenerhebung und -analyse

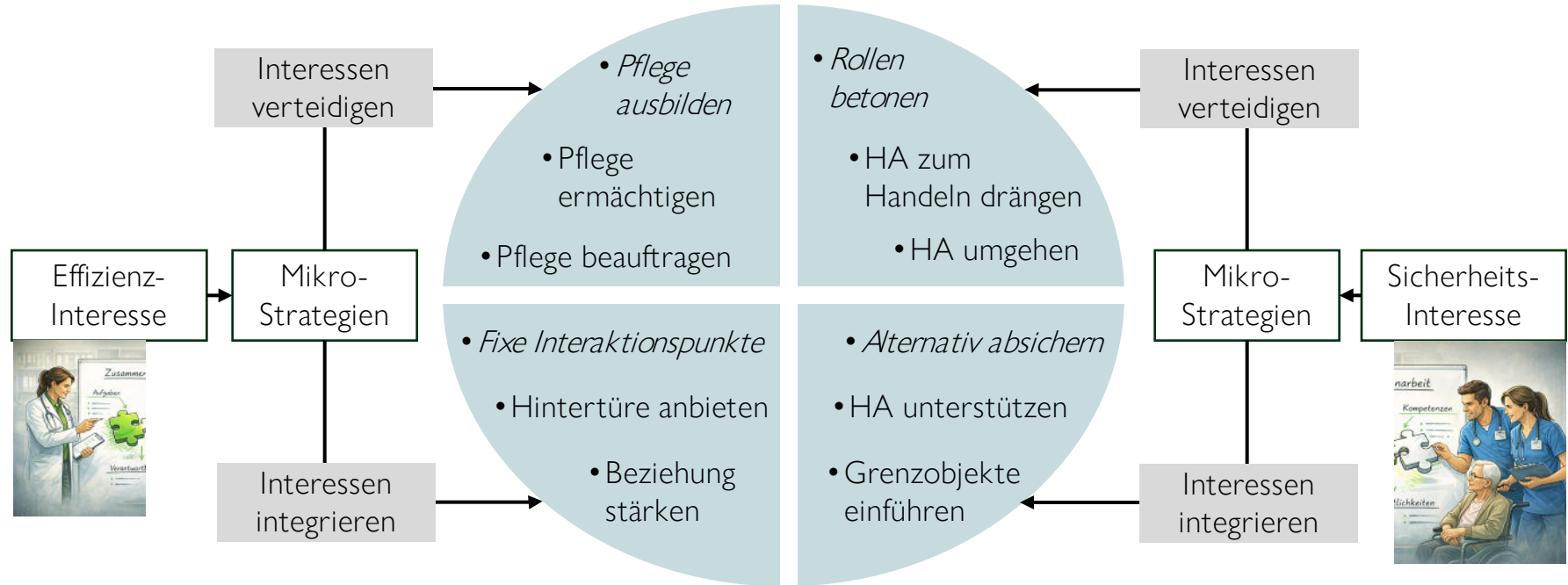
- 72 semi-strukturierte Interviews (39 mit Pflege, 33 mit Hausärzten)
- 70 Stunden Beobachtung in 9 Heimen
- Analyse nach Gioia-Ansatz, Fokusfall „Bewohner fühlt sich unwohl“ (unklare Patientensituation)



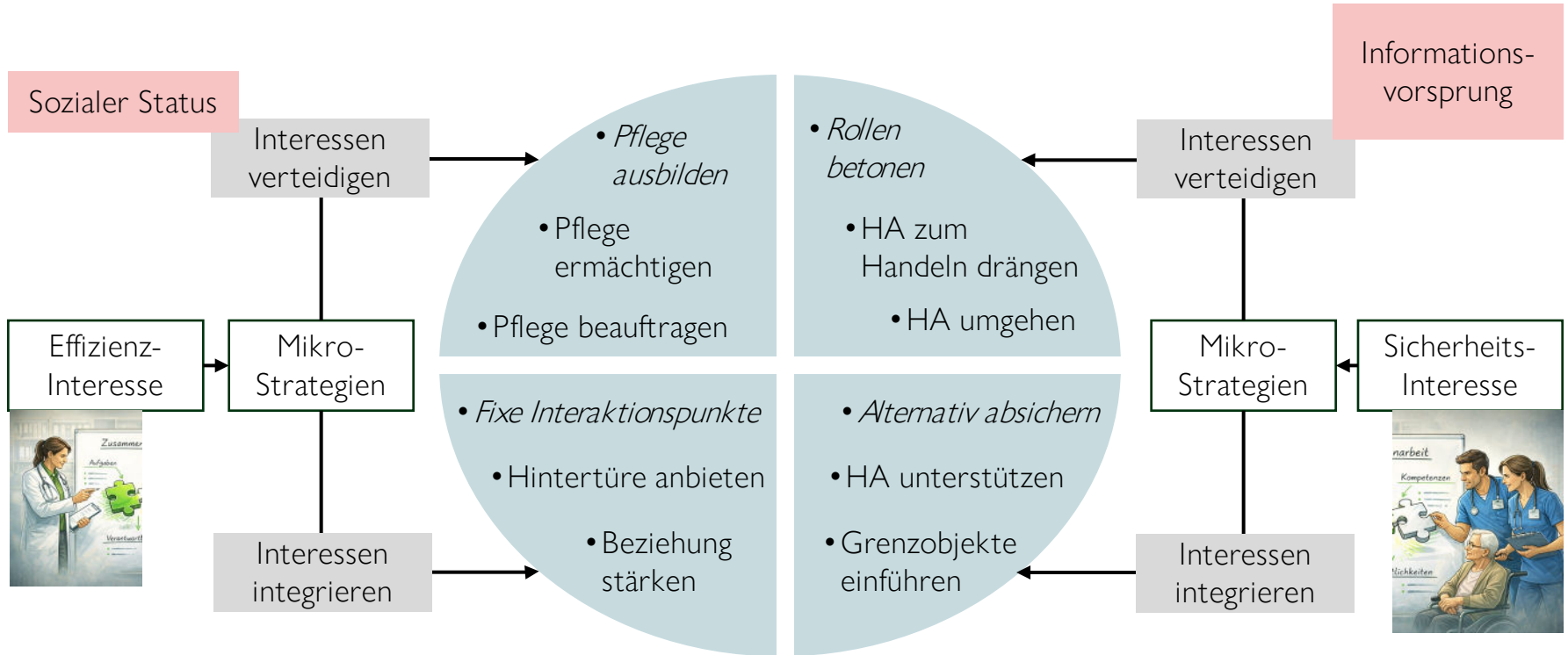
# Strategien der Verhandlung von Grenzen in der IPZ (1/2)

- Hausärztinnen/Hausärzte und Pflege verfügen über ein Portfolio an Strategien, um die Grenzen ihrer Zusammenarbeit (Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten) zu verhandeln („Boundary Work“)
- 2 Typen von alltäglichen Strategien:
  - Verteidigen -> eigenes Interesse ohne Rücksicht auf das Gegeninteresse durchsetzen
  - Integrieren -> Interessen beider Seiten berücksichtigen

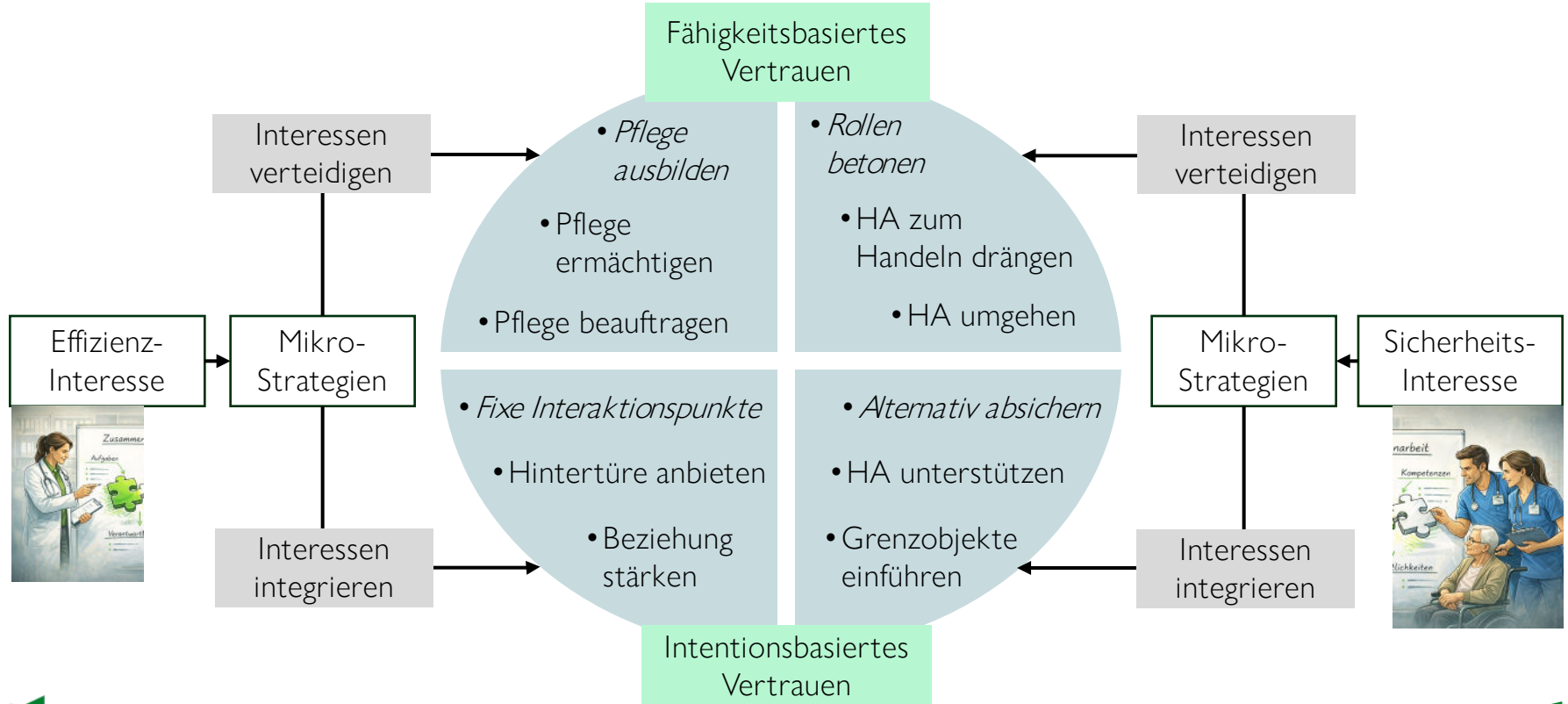
# Strategien der Verhandlung von Grenzen in der IPZ (2/2)



# Machtbasis der Strategien



# Vertrauensbasis der Strategien



# IPZ als dynamisches «Spiel» zwischen den Akteuren



Interessen  
verteidigen

Interessen  
integrieren

Interessen  
verteidigen



Interessen  
integrieren

z. B. Eskalation?	z. B. Überversicherung?
z. B. Überkompensation?	z. B. sichere Stabilisierung?

- Die Praxis der IPZ hängt nicht nur von der selbst gewählten Strategie ab, sondern von der Sequenz ab: Wer wählt welche Strategie und wie reagiert der andere?
- Wie verändert sich durch die Interaktionsdynamik die Qualität der IPZ?
- Welche Wirkungen hat die Interaktionsdynamik auf die Qualität der Patientenversorgung?

# Implikationen für die Praxis (1/2)

1. Sicherstellen, dass Versorgungspartner nachvollziehbare Sicherheiten haben, um Eskalationen und potenziell unnötige Überversorgung (z. B. Spitaleinweisungen) zu vermeiden, gerade bei unklaren Situationen.
2. IPZ strukturieren (beidseitig entlastend):
  - Regelmässige Kontaktfenster/Visitenrhythmus und Sammellogik für „kleine Themen“ etablieren
  - Standardprozesse (SOP) für verschiedene, wiederholt auftretende Patientensituationen definieren (wer macht was, welche Vitalparameter, wann Arztkontakt, wann Rettungsdienst).
  - Notfallkanal (z. B. Notfallnummer/definierte Erreichbarkeit) etablieren und Gebrauch klären
3. „Grenzobjekte“ fördern, z. B. standardisierte Kurzformulare, Besuchsbuch, strukturierte Übergaben; reduziert Such- und Klärzeiten und verbessert Entscheidungsqualität.

# Implikationen für die Praxis (2/2)

## 4. Vertrauensarbeit operationalisieren:

- Intentionsbasiertes Vertrauen: Regeln gegen Übernutzung (z. B. Notfallnummer nicht „für alles“), Erwartungskklärung, Feedbackschleifen
- Fähigkeitsbasiertes Vertrauen: Qualifizierung/Kompetenzaufbau (z. B. Vitalparameter-Set, Assessment-Standards) und transparente Kompetenzprofile.

## 5. Governance/Policy: Kooperationsverträge und SOPs zwischen Versorgungspartnern als Hebel zur Stabilisierung der Zusammenarbeit.

# Reflexionsfragen für die Praxis

1. Wo gibt es unklare (Patienten-)Situationen, die eine Verhandlung der Schnittstellen der Zusammenarbeit (Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortung) zwischen den Versorgungspartnern erfordern?
2. Welche impliziten und expliziten Interessen bringen die Versorgungspartner in die Verhandlung?
3. Welche Verhandlungsstrategien sind erkennbar (z. B. Interessen verteidigen, integrieren, andere)?
4. Welche Interaktionsdynamik ist zwischen den Versorgungspartnern in den Verhandlungen erkennbar? Wie wirkt sich die Dynamik auf die Qualität der IPZ und die Behandlungsqualität für die Patienten aus? Auf die Effizienz der Versorgung und die Zufriedenheit der beteiligten Fachpersonen?
5. Wie könnte die IPZ zwischen den Versorgungspartnern verändert / optimiert werden, um den unterschiedlichen Interessen gerecht zu werden (z. B. SOP, Grenzobjekte, Vertrauensarbeit etc.)? Was sind „Best Practices“?

# Kontakt.

Prof. Dr. Matthias Mitterlechner

Geschäftsführer CHC-HSG

+41 79 309 69 20

matthias.mitterlechner@unisg.ch



University of St.Gallen  
Center for Health Care  
Dufourstrasse 40a  
9000 St.Gallen

[chc.unisg.ch](http://chc.unisg.ch)

Akkreditierungen



# Anhang

# Präzisierung der Mikro-Strategien (1/2)

Strategietyp	Akteursgruppe	Ziel / Logik	Mikro-Strategie	Präzisierte Beispiele aus der Praxislogik des Artikels
Defending strategies	Hausärzt:innen (GPs)	Begrenzung der eigenen Grenze durchsetzen (Effizienzinteresse); Reduktion von Kontaktaufwand, ohne aktiv die Absicherungslogik der Pflege zu bedienen	educating nurses	Ärzt:innen geben der Pflege Rückmeldungen und medizinische Heuristiken, was in welcher Situation zuerst zu prüfen/zu beobachten ist, bevor erneut angerufen wird (z.B. welche Vitalwerte, welche Beobachtungszeichen, welche zeitliche Dynamik). Dadurch sollen „unnötige“ Anrufe/Visiten vermieden und Anfragen besser vortriagiert werden.
			empowering nurses	Ärzt:innen schaffen Handlungsspielräume, die Anfragen/Visiten reduzieren: z.B. Vorab-Verordnungen/Standing Orders oder „bei Bedarf“-Medikation, klare Grenzwerte („wenn X, dann Y“), delegierbare Routinehandlungen. Logik: Pflege kann mehr selbst lösen, ohne jedes Mal eine ärztliche Intervention auszulösen.
			ordering nurses	Ärzt:innen verlangen Vorleistungen, bevor sie selbst aktiv werden: z.B. „messen Sie zuerst Blutdruck/Temperatur/Sauerstoffsättigung“, „beobachten Sie noch 30 Minuten und melden Sie sich dann mit Werten“, „stellen Sie Unterlagen bereit“. Dadurch wird die Interaktion „verlängert“ und zugleich der ärztliche Aufwand (zumindest initial) begrenzt.
Defending strategies	Pflegefachpersonen (Nurses)	Begrenzung der eigenen Grenze durchsetzen (Absicherungsinteresse); Verantwortungs- und Entscheidungsrisiko an ärztliche Seite verschieben	emphasizing roles	Pflege verweist explizit auf rechtliche/organisationale Grenzen („das darf ich nicht entscheiden/anordnen“), betont ärztliche Zuständigkeit bei Unwohlsein, Medikationsanpassung, Diagnostik. Praktisch: frühes „Hochskalieren“ an GP, um Haftungs- und Vorwurfrisiken zu reduzieren.
			tricking GPs into action	Pflege rahmt Situationen als dringlicher, um eine ärztliche Reaktion auszulösen: z.B. dramatisierendes Framing („es wird schlechter“, „ich mache mir Sorgen“), wiederholtes Nachfassen, Hervorheben potenzieller Risiken. Mechanismus: die ärztliche Risikoverantwortung wird salient gemacht, wodurch die Grenze „zurück“ in den ärztlichen Bereich gedrückt wird.
			bypassing interaction	Wenn der GP nicht reagiert oder ablehnt: Umgehung der direkten Zusammenarbeit durch Einschalten anderer Instanzen, z.B. anderer Ärzt:innen, ärztlicher Notdienst, Rettungsdienst/Hospitalisation; im Extrem als „letztes Mittel“ auch ohne vorgängige GP-Abstimmung, um maximale Absicherung herzustellen.

# Präzisierung der Mikro-Strategien (2/2)

Accommodating strategies	Hausärzt:innen (GPs)	Kompromissgrenze etablieren: Effizienz sichern und zugleich Absicherungsbedürfnis der Pflege mittragen; Reibung senken	offering fixed interaction opportunities	Ärzt:innen institutionalisieren planbare Kontaktfenster: z.B. fixe Telefonzeiten, regelmässige Heimbefuche, „Sammellisten“ für Anliegen, gebündelte Fallbesprechungen. Effekt: weniger ad-hoc Unterbrechungen, Pflege erhält verlässliche Absicherungspunkte.
			providing loopholes	Ärzt:innen schaffen bewusst eng definierte „Ausnahmen“ von der Begrenzung, z.B. direkte Mobilnummer oder zugesagte sofortige Rückmeldung für klar definierte Notfallsituationen. Das reduziert Eskalation, funktioniert aber nur, wenn die Pflege die Ausnahme nicht als Dauerkanal nutzt.
			making IPC personal	Beziehungsarbeit als Koordinationsressource: Ärzt:innen investieren in persönliche, respektvolle Kommunikation, kennen Ansprechpersonen, bauen Verlässlichkeit auf. Praktischer Nutzen: weniger Misstrauen, weniger strategische Eskalation, geringere Transaktionskosten in der Abstimmung.
Accommodating strategies	Pflegefachpersonen (Nurses)	Kompromissgrenze etablieren: Absicherung wahren und zugleich den Aufwand der Ärzt:innen reduzieren; bessere Anschlussfähigkeit der Anfragen	finding alternative safeguards	Pflege sichert sich ab, ohne sofort ärztlich zu eskalieren: z.B. internes Vier-Augen-Prinzip, engmaschiges Beobachten, zusätzliche Messungen, zeitlich begrenztes Monitoring und erneute Bewertung nach Protokoll. Ziel: Risiko kontrollieren, aber Kontakt nur bei klaren Triggern.
			offering input to GPs	Pflege liefert „entscheidungsreife“ Informationen: strukturierte Lagebeschreibung, Verlauf, aktuelle Werte, Kontext (z.B. Verhalten, Essen/Trinken, Schmerzen), eigene Einschätzung/Hypothese. Dadurch wird Telefontriage möglich und eine Visite wird gezielter oder vermeidbar.
			introducing facilitation objects	Nutzung von Koordinationsartefakten zur Standardisierung: z.B. Visitbook/Visitenbuch, Formulare, Checklisten, Handouts, vorbereitete Unterlagen. Effekt: weniger Informationsverluste, schnellere Orientierung der Ärzt:innen, effizientere Übergaben und weniger Rückfragen.