

Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP)

Teilbericht 1
21.12.2015

Beat Sottas, Stefan Kissmann

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1. Ausgangslage und Auftrag	5
2. Konsens betreffend Vorteile interprofessioneller Praxis?	6
3. Definitionen und Begriffsklärungen	7
3.1 Interprofessionalität ist ein Kontinuum	7
3.2 Interprofessionalität ist nicht gleich Interprofessionalität	7
4. Methodische Vorgehensweise	8
4.1 Klärung der Rahmenbedingungen	8
4.2 Recherchestrategie	9
5. Ergebnisse der Recherche in den eingeschlossenen Studien	11
5.1 Metaanalyse von Hewitt	11
5.2 Metaanalyse der Canadian Health Services Research Foundation von Barrett et al. (2007)	15
5.3 Literatur Review von Lemieux-Charles und McGuire (2006)	17
5.4 Literaturübersicht von Zwarenstein, Goldman und Reeves (2009)	18
5.5 Die Synthese von Körner et al. (2014) mit Ergebnissen aus dem deutschsprachigen Raum	19
5.6 Teamprozesse und klinische Performance, ein Schweizer Beitrag von Schmutz und Manser (2014)	19
6. Nutzen und Wirkung bei bildungs- und gesundheitspolitisch interessierenden Aspekten	20
6.1 Effektivere Versorgung dank besserer Zusammenarbeit	21
6.2 Patientensicherheit	21
6.3 Patientennutzen	21
6.4 Arbeitszufriedenheit und Verweildauer	22
6.5 Zugang und Erreichbarkeit	22
6.6 Effizienz und Kostenreduktion	22
6.7 Änderung der Organisationskultur führt zu besserer (Arbeits-)Einstellung der Mitarbeiter	23
6.8 Lebenslanges Lernen	23
6.9 Akzeptanz durch Patienten	23
6.10 Akzeptanz durch einzelne Fachvertreter	24
Literaturverzeichnis	25

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht arbeitet den Nutzen und die Wirksamkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit anhand der Ende 2015 (weltweit) verfügbaren Fallstudien, Metaanalysen und Literaturreviews heraus. Dieser Vollständigkeitsanspruch mag anmassend erscheinen, allerdings gilt zu bedenken, dass die Arbeit durch mehrere Metaanalysen erheblich erleichtert worden ist.

Aufgrund der Fülle des gesichteten und bewerteten Materials ist es möglich, robust abgestützte Bewertungen einer Reihe von Aspekten zu machen, die in den Diskussionen immer wieder als vorteilhaft gegenüber den traditionellen Modellen hervorgehoben werden. Der vorliegende Bericht ist demnach auch ein Wirkungsnachweis der interprofessionellen Kooperation und Praxis (hier interprofessional practice IPP genannt) insb. betreffend Steigerung der Qualität der Versorgung, kosteneffizientere Nutzung der Ressourcen. Zudem wird den Wirkungen aus den drei Perspektiven Patient, Team und Organisation Beachtung geschenkt.

Interprofessionelle Praxis ist nicht ein einheitliches Konzept, sondern manifestiert sich in ganz unterschiedlichen Formen - vom blossen Zusammenfügen von Arbeitskräften unterschiedlicher professioneller Provenienz bis hin zu festen Teams mit ausgeprägter Gruppenidentität und kooperativer Grundhaltung. Diese Unschärfe („conceptual fuzzyness“) betr. Gegenstand, Setting, Ziel, Interessenlage, Verwendungszweck und Perspektive muss immer mitreflektiert werden, weil sie die Bewertung interprofessioneller Praxis wesentlich beeinflusst. Dies erklärt u.a., dass es viele Fallstudien gibt, aber kaum randomisierte Studien mit Kontrollgruppen, welchen höchsten wissenschaftlichen Ansprüchen genügen. In der Literatur wird dies ebenfalls thematisiert. Viele Autoren sehen darin keinen Mangel, sondern vertreten, dass die Methodenvielfalt insgesamt zu belastbaren Ergebnissen führt, weil in der soziprofessionellen Realität keine Laborbedingungen herrschen. Im vorliegenden Bericht sind 10 bildungs- und gesundheitspolitisch besonders interessierende Aspekte untersucht worden. Diese wurden im Kapitel 6 anhand eines Ampelsystems unter Berücksichtigung der Güte der Evidenz (gering, mittel, gut) hinsichtlich ihrer Auswirkung auf Nutzen und Wirksamkeit (negativ, neutral/ambivalent, positiv oder allenfalls unklar) bewertet. Die Vielzahl von Pro- und Contra-Argumenten führen zu folgenden Schlussfolgerungen:

- 1 „bessere Zusammenarbeit = wirksamere Versorgung“: Evidenz recht gut; positive Auswirkungen, weil Aufgabenübertragungen die Flaschenhälse in der Versorgung vermeiden helfen
- 2 „höhere Patientensicherheit dank interprofessioneller Versorgung“: Evidenz schwach, aber in der Praxis sind die Auswirkungen dennoch eher positiv
- 3 „interprofessionelle Zusammenarbeit erhöht Patientennutzen“: Evidenz recht gut. Positive Auswirkungen in der Praxis
- 4 „interprofessionelle Zusammenarbeit macht Fachpersonen im Job zufriedener und sie verbleiben länger im Job“: Evidenz sehr gut mit entsprechend positiven Auswirkungen in der Praxis
- 5 „interprofessioneller Versorgung erleichtert den Zugang und die Erreichbarkeit“: mittlere Evidenz, in der Praxis sind die Auswirkungen teils unklar, teils positiv. Ein positiver Effekt erfordert eine entsprechende Organisation seitens der Leistungserbringer
- 6 „interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten“: in der Tat gibt es für diesen in der Praxis kontrovers bzw. oft kritisch beurteilten Aspekt eine Evidenz mittlerer Güte. In der Praxis hat interprofessionelle Kooperation auch unter Kostengesichtspunkten eher positive Auswirkungen

- 7 „interprofessionelle Organisation erhöht die Motivation der Mitarbeiter“: schwache Evidenz; in der Praxis sind die Auswirkungen unklar oder eher positiv, gefragt ist Teamentwicklung
- 8 „interprofessionelles Arbeiten fördert lebenslanges Lernen“: eher schwache Evidenz. In der Praxis wird oft berichtet, dass kontinuierlich informelle Lernprozesse stattfinden; insgesamt sind die Auswirkungen neutral oder ambivalent bzw. unklar
- 9 „interprofessionelle Zusammenarbeit erhöht die Akzeptanz seitens der Patienten“: gute wissenschaftliche Evidenz. In der Praxis sind die Auswirkungen wegen der gefühlten Zuwendung und scheinbar besseren Betreuung positiv.
- 10 „interprofessionelle Zusammenarbeit erhöht die Akzeptanz bei den Peers“: Evidenz recht gut; in der Praxis sind die Auswirkungen eher positiv bis günstig – vorausgesetzt es gibt Kooperationsbereitschaft und Prozesse mit strukturierten Austauschmöglichkeiten.

Als Schlussfolgerung lässt sich sagen, dass die weltweit verfügbaren Studien die weit verbreitete Auffassung vom Nutzen von interprofessioneller Kooperation stützen: Die ganz überwiegende Anzahl der Studien konstatiert einen positiven oder aber mindestens keinen signifikant negativen Einfluss zwischen Teamprozessen und klinischer Performance. Bei der Frage der Kosteneffizienz ist die Situation nicht eindeutig, weil der Aufgabenübertragung Opportunitätskosten für Koordination gegenüberstehen – ein positiver Effekt setzt geeignete Organisationsentwicklung und adäquate Managementinstrumente voraus.

1. Ausgangslage und Auftrag

Gestützt auf einen Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik hat das BAG im Oktober 2013 der einen Bericht der Themengruppe Interprofessionalität vorgelegt, der Fragen der Interprofessionalität aus dem Blickwinkel der ärztlichen Bildung anzugehen: „Die Themengruppe richtet ihre Arbeit klar auf Fragen der Bildung aus und nicht auf Fragen der Gesundheitspolitik. Sie verfolgt das Ziel, vorrangig für die ärztliche Bildung konkrete Lösungen zu entwickeln, die kurzfristig umgesetzt werden können“ (S. 7). Ausgehend von der Feststellung, dass ein wirksames Zusammenarbeiten auch die anderen im Gesundheitssektor tätigen Berufe umfasst, war es ein Ziel dieses Berichts „ein Konzept für die interprofessionelle Lehre zu erstellen, welches Empfehlungen bezüglich Kompetenzen und Ausbildungsziele beinhaltet, die allen an einer IPC beteiligten Berufe gemeinsam sind (S. 5).

Ausgehend von den im Bericht aufgenommenen konzeptionellen Arbeiten der WHO sowie vielen didaktischen Arbeiten und den weltweit laufenden Umsetzungen gibt es einen impliziten Konsens, dass eine systematische interprofessionelle Kooperation signifikante Vorteile gegenüber der konventionellen, monoprofessionellen Ausbildung und Arbeitsorganisation hat. Das Interesse gilt daher auch in Bericht der Arbeitsgruppe überwiegend der „pädagogischen Wende“, also dem Übergang von monoprofessionellen bzw. professionszentrierten Ausbildungskonzepten hin zu interprofessionellen Ausbildungssequenzen, bei den die Studierenden Teile der Ausbildung gemeinsam absolvieren.

Während in der Ausbildung Aspekte wie z.B. eine verbesserte Kommunikation zur Fehlerreduktion bzw. höheren Patientensicherheit im Vordergrund stehen, gibt es aus der schweizerischen Versorgungspraxis (noch) wenig Belege für die postulierten positiven Effekte. Der „plakative Konsens“ (SAMW) betreffend Sinnhaftigkeit oder gar Notwendigkeit kontrastiert mit der „terrible inertia“ (Lancet) in dem von partikulären berufspolitischen Interessen geprägten Umfeld in Gesundheits- und Bildungspolitik. Es waren denn auch Rückfragen und Befürchtungen betr. „Übersteuerung von Lehrplänen“ oder gar „Machtumverteilungen“ welche Wirksamkeitsbelege für die Praxis einfordern, bevor Massnahmen im Bildungsbereich oder bei der Organisation der Versorgung ein höherer Grad an Verbindlichkeit zugestanden wird.

Im Kontext der Klärung und Konkretisierung von gesundheitspolitischen Massnahmen hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) deshalb eine Studie mit zwei Teilen in Auftrag gegeben.

Gemäss Auftragsbeschreibung sind die folgenden Aspekte zu bearbeiten:

Bericht 1 Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit (Evidenz in der Praxis)

- Analyse der ökonomischen und qualitativen Effekte erfolgreicher Modelle
- Einbezug der internationalen und insb. der europäischen Debatte
- Zeigen, inwiefern IPP im Vergleich zu traditionellen Modellen die Qualität der Versorgung steigert und/oder die Ressourcen kosteneffizienter nutzen lässt

Bericht 2 Handlungsfelder der interprofessionellen Zusammenarbeit (Best practice Ausbildung)

- Recherche von mindestens 40 Best Practice-Beispielen
- Einbezug der internationalen und insb. der europäischen Modelle
- Reflexion der dazugehörigen Didaktik in einschlägigen Publikationen und Institutionen
- Aufzeigen, welche Erkenntnisse aus Best Practice-Modellen für die Bildungsangebote oder Projektförderungen gezogen werden können, um die positiven Effekte zu erzielen.

Zum einen geht es um den Wirkungsnachweis der interprofessionellen Kooperation und Praxis (hier interprofessional practice IPP genannt), zum anderen um das Zusammenstellen der im Bildungsbereich auf internationaler Ebene bekannten und bewährten interprofessionellen Arrangements (interprofessional education IPE).

Im vorliegenden Teilbericht 1 wird der Teil zum Nutzen und zur Wirksamkeit aufgearbeitet. Mit Blick auf die von Themengruppe vorgeschlagenen Visionen leistet Bericht 1 einen Beitrag zum

„nationalen «Weissbuch» zur Interprofessionalität in der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie im Berufsalltag, in dem namentlich gesundheitspolitische, berufspolitische und ausbildungsmethodische Elemente enthalten sind“. Bericht 2 wird dann einen Beitrag zur „Toolbox für eine umfassende interprofessionelle Lehre“ sein.

2. Konsens betreffend Vorteile interprofessioneller Praxis?

Der Bericht zur Phase III des Projekts Zukunft Medizin Schweiz der SAMW greift die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden auf und problematisiert darin das zähe Beharren: „Auch wenn immer wieder die Möglichkeiten und Chancen einer Neuverteilung der Verantwortlichkeiten unter den Gesundheitsberufen genannt und besprochen werden, ist in den vergangenen Jahren wenig Konkretes geschehen, um einen Wandel der Arbeitsmodelle und eben auch der Berufsbilder zu unterstützen. Zumindest in den Meinungsäusserungen scheint zwar ein breiter Konsens zu bestehen, dass die Inhalte, Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten der Berufe im Gesundheitswesen sich wandeln und entwickeln müssen, doch viel weiter hat dieser etwas ratlos anmutende Konsens noch nicht geführt“ (SAMW 2011, S. 27).

Dem stehen auf internationaler Ebene Erkenntnisse gegenüber, die insb. wegen dem Spannungsfeld von steigender Komplexität, ausfransender Spezialisierung und sinkender Patientensicherheit dringenden Handlungsbedarf sehen. Stellvertretend für viele andere Stimmen soll die Herausgeberin des BMJ, Fiona Godlee, zitiert werden: „As health care becomes more complex and fragmented, patient safety relies more than ever on teams of people with a range of skills working effectively together“ (BMJ 2008;337:a1722).

Die Kernaussage, „verbesserte Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Fachpersonen = mehr Wirksamkeit, mehr Patientensicherheit, weniger Leerlauf und tiefere Kosten“, reicht bis in die 1970er Jahre zurück. In einem Rahmenkonzept hat die WHO (2010) den Zusammenhang zwischen interprofessioneller Bildung und interprofessioneller Praxis systemisch herausgearbeitet.

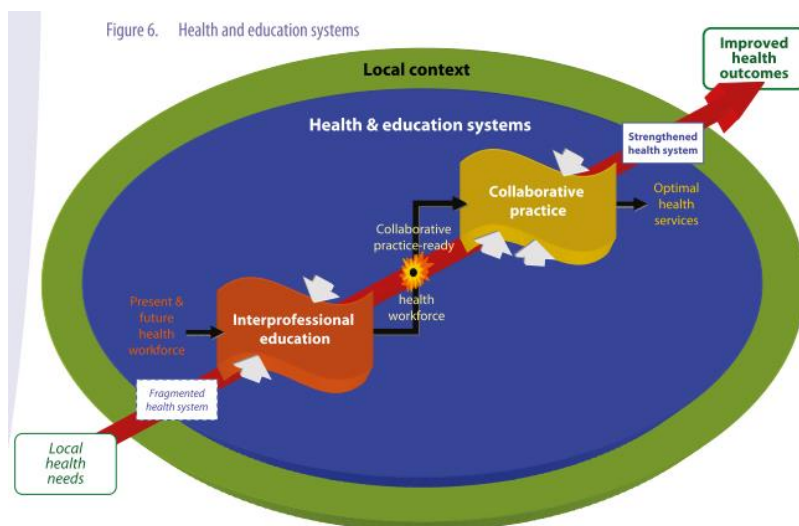


Abb. 1 Darstellung des Zusammenhangs zwischen interprofessioneller Bildung und interprofessioneller Praxis im Rahmenkonzept der WHO (2010). Das gemeinsame Lernen anhand realer Situationen und die gemeinsame Bearbeitung von Problemen erzeugt gerade in der Grundversorgung bessere individuelle und gesellschaftliche Outcomes.

Dieser Zusammenhang mit besseren Ergebnissen in der Praxis – also bessere Effizienz, mehr Wirksamkeit, mehr Patientennutzen, höhere Arbeitszufriedenheit, verbesserte Patientensicherheit, bessere Erreichbarkeit u.a.m. – ist in den letzten Jahren in Dutzenden von Policy Papers als Vision und Vorgabe für die Ausgestaltung der künftigen Versorgung postuliert worden.

3. Definitionen und Begriffsklärungen

3.1 Interprofessionalität ist ein Kontinuum

Interprofessionalität bzw. Interprofessionelle Zusammenarbeit (im Gesundheitsbereich) wurde und wird unterschiedlich definiert. Auch wenn letztlich immer eine wirksamere Berufsausübung das Ziel ist, gibt es mindestens konzeptionell ein Kontinuum mit zwei unterschiedlichen Interessenssphären, nämlich jene der Bildung (insb. die didaktischen Fragen betr. der Vorbereitung der Lernenden auf eine kooperative Haltung) und jene der Praxis (z.B. Fragen der Rollenklarheit, Organisation, Wirksamkeit u.a.m.). Dieses Konzept eines Kontinuums findet sich bereits Mitte der 1970er-Jahre in den Empfehlungen der OECD über sog. „Regional Health Universities“ (Sottas et al. 2013) und ist auch die zentrale Aussage des Rahmenpapiers der WHO 2010. Die Definitionen greifen in der Regel beide Aspekte auf.

Allgemein anerkannt ist die Definition des «Centre for the Advancement of Interprofessional Education» im Vereinigten Königreich (CAIPE 2006, basierend auf Arbeiten aus den 1990-Jahren)¹, welche interprofessionelle Ausbildung (Interprofessional Education IPE) dann als gegeben ansieht, wenn zwei oder mehr Berufe miteinander, voneinander und übereinander lernen, um die Zusammenarbeit und die Versorgungsqualität zu verbessern.

Hinsichtlich der interprofessionellen Praxis wird im vorliegenden Bericht im Grundsatz einem Vorschlag von Kälble (2004) gefolgt, „dass Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten (optimal) nutzbar gemacht werden“ (S. 40). Diese sozioprofessionelle Definition grenzt Interprofessionalität allerdings nur unzureichend gegenüber nahen Konzepten wie z. B. Multiprofessionalität oder schlichter Zusammenarbeit ab.

Interprofessionalität an sich, zeugt nach D'Amour et al. (2005) vom Streben aller Beteiligten, die verschiedenen Fachrichtungen und deren Herangehensweisen in Einklang zu bringen. Dies setzt kontinuierliche Interaktion und permanenten Wissensaustausch voraus (S. 9). Diese Form der Kollaboration schliesst neben dem Behandlungsteam auch den Patienten und sein soziales Umfeld mit ein. Gemeinsam soll partizipativ und koordiniert eine Entscheidung hinsichtlich der Behandlung erreicht werden (CIHC 2010 S. 11).

Zwarenstein et al. (2009 S. 2) formulieren es noch einmal anders – stärker soziologisch – und sprechen von einem ausgehandelten Übereinkommen zwischen den Gruppen, hinsichtlich des Fachwissens und der Beiträge, welche sie einbringen können. Interprofessionalität schliesst dadurch auch die daraus erwachsenden Problemfelder ein, wie z.B. Spannungen durch Machtgefälle, Kommunikationsprobleme, Missverständnisse hinsichtlich Rollen und Verantwortung, sowie Konflikte durch unterschiedliche Vorstellungen bei der Behandlung und Versorgung.

3.2 Interprofessionalität ist nicht gleich Interprofessionalität

Die unterschiedlichen Definitionen zeigen, dass der Begriff zwar *en vogue* ist, aber unterschiedlichen Inhalten und Zielen gerecht werden muss. Im Grunde gibt es verschiedene Annäherungen und Zugänge. Thistlethwaite et al. (2013) vertreten denn auch die Auffassung, dass selbst lange und elaborierte Definitionen von Interprofessionalität dem Gegenstand nicht gerecht werden.

Interprofessionalität im Gesundheitsbereich bezieht sich auf ein breites und spannungsgeladenes Kontinuum zwischen extremen Ausprägungen. Auf der einen Seite kann es sich um ein kaum koordiniertes, blosses Zusammenfinden von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen zur Patien-

¹ <http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/>

tenversorgung handeln. Auf der anderen Seite figurieren eng geführte Strukturen und Konstellationen, in denen Teams wie ein Uhrwerk funktionieren, wo sämtliche Belange der einzelnen Teammitglieder ko-produktiv berücksichtigt werden, wo die Mitglieder sich individuell in den Dienst des Teams und als Team wiederum in den Dienst der Patienten stellen. Hammick et al. (2009) sehen dabei eine Festigung der Haltung und Überzeugung, dass das Team gute Arbeit leisten kann und dass die Mitglieder effektiver sind, wenn sie zusammen arbeiten als wenn sie allein Aufgaben erledigen ("the belief that the team can perform well and that group members are more effective working together than apart"). Die Unschärfen betr. Gegenstand, Setting, Ziel, Interessenlage und Verwendungszweck müssen bei den Studien zu Interprofessionalität mitbedacht und gewürdigt werden. Wie später aufgezeigt wird, beeinflussen sie die Aussagen gerade betreffend die interprofessionelle Praxis wesentlich (vgl. Lemieux-Charles 2006 S. 289-296).

4. Methodische Vorgehensweise

Im weiten Feld der Interprofessionalität ist hier ein methodisches Vorgehen gewählt worden, welches eine Selektion der Ergebnisse nach Massgabe der beiden Themenbereiche „interprofessionelle Bildung“ und „interprofessionelle Praxis“ erlaubt. Auch wenn ein Teil der Rechercheergebnisse beide Themenbereiche abdeckt, gilt das Interesse im vorliegenden Beitrag der interprofessionellen Praxis sowie den Erkenntnissen über Nutzen und Wirksamkeit. Entsprechend diesem Geltungsbereich erfolgte nach einer Klärung von Einschluss- und Ausschlusskriterien und der Limitationen ein zweistufiger Prozess mit einer schärferen Fassung der Definition.

4.1 Klärung der Rahmenbedingungen

Damit die Sinnhaftigkeit der Recherchestrategie ersichtlich wird, soll zu Beginn das Feld umrissen werden. Ein wichtiger Orientierungspunkt ist die Analyse von Paradis und Reeves (2013), welche die wichtigsten Trends der Forschung zu Interprofessionalität dargestellt haben. Ihre Recherche fand innerhalb der PubMed Datenbank statt (eine zentrale, umfassende U.S. amerikanische Meta-datenbank) und beschränkte sich dementsprechend auf englischsprachige Artikel. Für den Zeitraum von 1970 bis 2010 wurden 100488 Artikel mit Bezug auf Interprofessionalität gefunden. Der Trend zeigt eine kontinuierliche Zunahme der neuen Publikationen und Zeitschriften, welche sich mit dem Thema befassen, so dass die Anzahl im Jahr 2015 noch einmal bedeutend höher ist.

Bereits diese Grundlage zeigte, dass eine vollständige Analyse des Korpus ein anspruchsvolles Unterfangen ist, zumal die Suche nicht auf englischsprachige Literatur begrenzt bleiben sollte. Auch wenn ein ansehnlicher Teil der Publikationen aus nichtenglischsprachigen Ländern ebenfalls in Englisch verfasst wird, sollte der Gefahr entgegengewirkt werden, dass Forschungstraditionen im nichtenglischen Raum unberücksichtigt bleiben. Um eine höhere Repräsentativität zu erreichen, wurde für andere Länder eine vertiefte Suche vorgenommen. Konkret betrifft dies allerdings nur Schweden und Norwegen, welche als einzige Länder neben Grossbritannien, USA, Kanada und Australien einen quantitativ, nennenswerten Beitrag zu diesem Forschungsfeld geliefert haben.

Eine Schwierigkeit bei der Beurteilung und Verwertung der Studien ist, dass diese trotz Fokus auf interprofessionelle Praxis zwei stark unterschiedliche methodische Zugänge haben. Auf der einen Seite gibt es Studien, in welchen interprofessionelle Praxis „beobachtet“ wird. Auf der anderen Seite stehen die Fälle, in denen eine Intervention gemacht wird, welche interprofessionelle Zusammenarbeit vermitteln/begünstigen soll, wobei allerdings die formalen Eigenschaften der Teams, z. B. deren Hierarchien, Arbeitsumgebung, Verantwortung, Arbeitsabläufe unverändert bleiben, also zwar Wissenszuwachs aber keine wirkliche Organisationsentwicklung stattfindet. Dabei ist dann auch nicht klar, was die pre-/post-Ergebnisse wirklich messen und bedeuten. Zwischen diesen beiden Zugängen liegt eine Grauzone mit Interventionen, welche auf längere Kontinuität bzw. auf eine Änderung der formalen Eigenschaften abzielen.

Im vorliegenden Bericht werden Studien zu einmaligen Interventionen nicht berücksichtigt und die Studien aus dem Graubereich nur mit Abstrichen. Eingeschlossen wurden Analysen, welche die generellen Vorteile von interprofessioneller Praxis identifizieren, was idealerweise auf Grundlage von Studien aus einem gefestigten, etablierten, interprofessionellen Kontext geschehen sollte.

4.2 Recherchestrategie

Die Suche nach einschlägigen Beiträgen erfolgte in zwei Stufen. Nach einer allgemeinen Recherche in verschiedenen nationalen und sprachregionalen Datenbanken erfolgte eine Selektion relevanter Titel, eine Analyse der Inhalte und eine verfeinerte Suche nach weiteren relevanten Beiträgen über Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Kooperation.

Stufe 1 Konsultation von Datenbanken und Katalogen

- PubMed (englischsprachig, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) verzeichnet für den Begriff „interprofessional“ knapp 50'000 Einträge. Um die Flut an Artikeln zu begrenzen, wurde das Wort „interprofessional“ in Kombination mit den Begriffen „outcomes“ und „impact“ eingegeben und die Suche auf die letzten zwei Jahre beschränkt. Dies ergab jeweils ca. 400 Artikel, welche in der Folge nach ihrem Titel vorsortiert wurden.
- Auf weitere wichtige englischsprachige Datenbanken wurde verzichtet, da die Vielzahl an Dopplungen einen unverhältnismässigen Arbeitsaufwand relativ zum Zugewinn darstellte.
- Das Resource Center vom National Center for Interprofessional Practice and Education an der Minnesota University ist eine der wichtigsten US-amerikanischen Forschungseinrichtungen in dem Bereich, insb. wegen einem nationalen Leistungsauftrag des Gesundheitsministerium (<https://nexusipe.org/informing/resource-center>). Diese Datenbank ist deutlich kleiner, aber spezifischer. NEXUS Minnesota ist eine Anlaufstelle zentraler Politikgestalter, Förderer und Vertreter der interprofessionellen Forschung. Sie enthält deshalb einen hohen Anteil an aktuellster Forschung, inklusive von Vorträgen, Tagungsberichten und Ähnlichem. In dieser Datenbank gibt es die Rubrik „Collaborative Practice“, welche ca. 550 Beiträge enthält. Diese wurden wiederum nach ihrem Titel vorsortiert.
- Wichtige Anlaufpunkte ausserhalb des englischsprachigen Raumes befinden sich in Skandinavien, allen voran in Schweden. Libris (der schwedische Gesamtkatalog, welcher vor allem die Universitäten und Hochschulbibliotheken einschliesst, <http://libris.kb.se>) wurde nach dem Stichwort „interprofessional“ bzw. „interprofessionell“ durchsucht und die Suche auf schwedischsprachige Artikel begrenzt, da die englischsprachigen in der Regel bereits in PubMed verzeichnet sind. Die Suche in Libris ergab etwas über 100 Publikationen, welche anhand der Titel vorsortiert wurden.
- Das gleiche Verfahren wurde für Norwegen angewandt. In Oria (dem norwegischen Gesamtkatalog, welcher vor allem die Universitäten und Hochschulbibliotheken einschliesst, <http://www.bibsys.no/oria-search/>) wurde nach den Begriffen „interprofessional“ und „tverrfaglig“ gesucht, und die Suche auf norwegische Publikationen begrenzt. Die Suche für den zweiten Begriff wurde auf die letzten drei Jahre beschränkt, weil das norwegische Wort „tverrfaglig“ eine weitergehende Bedeutung hat als interprofessionell und deshalb eine geringere Recherchetiefe rechtfertigt. Die erste Suche ergab ca. 250 Publikationen für den ersten Begriff („interprofessional“) und etwa 100 für den zweiten. Zwischen den Ergebnissen gab es eine grosse Anzahl Doppelungen. Die Publikationen wurden nach Titel vorsortiert.

Da dieser Bericht die Situation in der Schweiz ebenfalls berücksichtigen soll, wurden der Vollständigkeit halber Recherchen im deutschsprachigen Raum und im frankophonen Raum unternommen. Das Recherche-Ergebnis zeigt auf, dass dem Thema sowohl im deutschen als auch im französischen Sprachraum verhältnismässig wenig Beachtung geschenkt wird.

- Die Suche im deutschsprachigen Raum gestaltete sich schwierig. Sie wurde mit Hilfe des Karlsruher Virtuellen Kataloges (KVK) für die Schweiz, Österreich und Deutschland durchgeführt sowie zusätzlich mit Hilfe der Datenbankrecherche des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Der KVK Katalog bietet leider keine Auswahl der Sprache an. Problematisch ist, dass der Begriff „interprofessionell“ im deutschsprachigen Raum kaum etabliert ist. Die Suche danach ergab in den Einzelkatalogen max. 13 Treffer, wovon zwei Artikel zwar dem Titel nach einen Einschluss nahelegten. Bei genauerem Hinsehen fehlte der inhaltliche Bezug, was zum Ausschluss führte. Andere Begriffe wie „Teamarbeit“, „Kooperation“, „Interdisziplinarität“ sind wiederum viel zu weit und liefern in der Hauptsache irrelevante Resultate. Die Suche nach dem Begriff „interprofessional“ erschliesst wiederum den englischsprachigen Raum und liefert maximal 400 Treffer pro Katalog, welche sofern relevant, in der Regel eben bereits aus PubMed bekannt waren). Alternative wurde DIMDI nach den gleichen Begriffen, allerdings mit Einschränkung auf deutschsprachige Artikel durchsucht. Letzteres lieferte ca. 250 Artikel. Diese wurden durchgesehen und einige wenige Artikel zur vertieften Analyse ausgewählt. Im Zuge der begrifflichen Schwierigkeiten wurde auf eine gründliche, systematische Suche auf den deutschsprachigen Katalogen und Datenbanken verzichtet (vgl. Mahler et al. 2014).
- Für Frankreich wurde das Système Universitaire de Documentation (SUDOC, französischer Verbundkatalog, <http://www.sudoc.abes.fr>) konsultiert. Die Begriffe „interprofessional“, „interprofessionnel“ und „interprofessionnelle“ ergaben eine recht grosse Anzahl an Publikationen, so dass der Begriff „santé“ hinzugefügt und die Suche auf französische Publikationen beschränkt wurde. Für den Suchbegriff „interprofessional“ ergaben sich ca. 250 Einträge, für die beiden anderen je etwa 40 Einträge. Die Publikationen wurden nach Titel vorsortiert.
- Für die frankophone Schweiz wurde der ReRo Gesamtkatalog auf gleiche Weise, abgesehen von der Spracheinschränkung, konsultiert. Das Ergebnis waren ca. 70 Einträge für die Kombination „interprofessional“-„santé“, zehn Einträge für „interprofessionnel“-„santé“ und ca. 30 für „interprofessionnelle“-„santé“. Die Publikationen wurden nach Titel vorsortiert.
- Die kanadische, frankophone Forschung ist wegen der Übersetzungspraxis und der vielfach staatlichen Forschung eng mit der englischsprachigen Forschung verbunden und wurde deshalb nicht separat untersucht.

Die jeweils erwähnte Vorauswahl aussagekräftiger Titel und/oder Untertitel (von den insgesamt etwas über 2800 Publikationen aus diversen Datenbanken und mehreren Sprachregionen) hatte nach Massgabe des leitenden Interesses zum Ziel, Publikationen herauszufiltern, welche sich mit interprofessioneller Praxis sowie deren generellen (also nicht fallspezifischen) Mehrwerten bezüglich Qualität, Effizienz, Wirksamkeit, Personaleinsatz, Kosten/Wirtschaftlichkeit beschäftigen. Nach Sichtung und Beurteilung dieser Vorauswahl blieben erfüllten rund 100 Publikationen die Ansprüche zur Weiterbearbeitung und vertieften Auswertung. Sie enthielten Hinweise auf relevante Inhalte und es gab Grund zur Annahme, dass sie interessante Verweise auf andere Publikationen enthalten.

Stufe 2: Auswerten der Abstracts und Sichten der Referenzen

Von den ca. 100 in die weitere Auswertung eingeschlossenen Publikationen waren fünf inhaltlich relevante Artikel nicht zugänglich. Von den restlichen wurden jeweils die Abstracts gelesen und die Referenzen durchgesehen. Je nach Gehalt des Abstracts wurden die Artikel dahingehend kategorisiert, ob sie einen inhaltlichen Beitrag zur Klärung von Nutzen und Wirksamkeit leisten können. Die in den Artikeln aufgeführten Referenzen wurden durchgesehen, um weitere relevante Publikationen oder einschlägige Autoren aufzuspüren. Für entsprechende Autoren wurde die gesamte Publikationsliste durchgesehen. Die neu hinzugekommenen Publikationen wurden wiederum den

Schritten ab Stufe 2 unterzogen. Auf diesem Wege wurde einerseits der Suchraum im englischsprachigen Bereich sukzessive auf ältere Publikationen ausgedehnt. Andererseits konnten mehrere Autoren aus nicht englischsprachigen Ländern anhand ihrer englischsprachigen Publikationen identifiziert werden. Anhand dieser Namenlisten von Autoren und der von ihnen benutzten Referenzen war es möglich, weitere Quellen in anderen Sprachregionen (v. a. Deutsch) zu erschliessen.

5. Ergebnisse der Recherche in den eingeschlossenen Studien

Eines der ersten Ergebnisse der Recherche war die Feststellung, dass es eine schier unendliche Anzahl an Fallstudien gibt, welche sich jeweils aus der Perspektive des Einzelfalls – also im Speziellen und nicht generalisierbar – mit den Auswirkungen von Interprofessionalität beschäftigen. Diesem Befund steht die Erkenntnis gegenüber, dass es kaum Publikationen gibt, welche auf übergeordneter Ebene die generellen Vorteile und Evidenzen zu Interprofessionalität untersuchen. Eine Anzahl vielversprechender Titel erwies sich bei genauerer Analyse als nur begrenzt relevant bzw. nicht aussagekräftig. Letzten Endes schrumpften die wirklich relevanten Publikationen auf zwei Metaanalysen zusammen, welche jeweils auf einer Vielzahl von Fallstudien aufbauen. Es handelt sich um nachstehend eingehend diskutierten Beiträge von Hewitt et al. (2014, 2015a, 2015b, 2015c) sowie von Barrett et al. (2007).

So gibt es zwar einerseits viel Material, aber es ist andererseits unbestritten, dass hinsichtlich der Erkenntnisgewinnung über generelle Mehrwerte bezüglich Qualität, Effizienz, Wirksamkeit, Personaleinsatz, Kosten/Wirtschaftlichkeit bedeutende Forschungsanstrengungen unternommen werden müssen. Einzelne Studien sind unterwegs und Datenbanken zur Datenerhebung wurden eingerichtet (u. a. Bergmo et al. 2015, Brandt et al. 2015). Diese Initiativen lassen erwarten, dass im Verlaufe der nächsten Jahre, wenn die Datenerhebung und Analyse weiter fortgeschritten sind, neue Studien weitere Erkenntnisse bringen werden.

5.1 Metaanalyse von Hewitt

Eine interessante, vierteilige Publikation hinsichtlich des Mehrwertes von interprofessioneller Praxis wurde von Hewitt et al. (2014, 2015a, 2015b, 2015c) vorgelegt. Diese Metaanalyse von Publikationen zum Thema interprofessionelles Teamwork stützt sich auf eine Datenbanksuche (AMED, CINAHL, MEDLINE, IBSS, HMCIC, Psychinfo, ASSIA, Scopus). Es wurden 1865 Publikationen identifiziert, aus welchen die relevanten herausgefiltert wurden. Im Laufe der Recherche kamen 106 weitere Publikationen hinzu, welche summarisch geprüft wurden. Letzten Endes erfüllten 128 Publikationen die Einschlusskriterien und wurden in die Metaanalyse einbezogen. Daran haben zwei Forscher ein Jahr lang Vollzeit gearbeitet, die nach der Sichtung der 2000 Publikationen (Fallstudien) und einer sich abzeichnenden Sättigung pragmatisch eine Grenze gezogen haben (Hewitt et al. 2014 S. 505). Diese Anekdote illustriert die gegenwärtige Unübersichtlichkeit in der Forschung.

In der Metaanalyse wurde zwei Leitfragen nachgegangen: 1. Über welche Mechanismen beeinflusst Teamarbeit die Behandlungsergebnisse und die Erfahrungen von Patienten, Pflegefachpersonen sowie anderen Angestellten und Leistungserbringern? 2. Welchen Einfluss hat der Kontext/die Umgebung auf die Mechanismen und die Behandlungsergebnisse? Die Analyse dieser Kooperationsmechanismen wird phänomenologisch abgeleitet; Wirkungen und Nutzen werden daher erst in der Interpretation erkennbar. Methodisch wurde der sog. *realist synthesis*-Ansatz gewählt (2014 S. 501, 502)², durch welchen der Zusammenhang Kontext-Mechanismus-Ergebnis (context-

² Die *realist synthesis*-Methode gliedert sich in folgende Schritte

- identifizieren von Mechanismen, von denen angenommen wird, dass auftreten sollten
- Prüfung der Mechanismen auf Grundlage der empirischen Evidenz
- Identifikation und Prüfung weiterer Mechanismen auf Grundlage der Literatur
- Untersuchung des Einflusses des Kontextes, bzw. für welche Personen der Mechanismus in welchem Umfeld auftritt
- Identifikation von positiven und negativen Folgen einer Intervention in Abhängigkeit vom Kontext und auftretenden

mechanism-outcome configuration) in letztendlich 128 einbezogenen Fallstudien identifiziert und beurteilt wurde.

Bei der Interpretation der umfangreichen Literatur und gestützt auf Diskussionen mit Fachexperten machen Hewitt et al. Beurteilungen zu folgenden 13 Kategorien von Mechanismen:

Legende	☒ Positiver Effekt	☐ Neutraler/ambivalenter Effekt	☒ Negativer Effekt
----------------	--	--	--

1. Geteiltes Verständnis der Zielsetzung	
...vorhanden	... abwesend
• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance ☒ Einfachere Problemidentifizierung und -lösung intern ☐ Höhere Effektivität (im Kontext patientenorientierter Pflege) aber keine Effekte gefunden (im Kontext Behandlung chronischer Krankheiten)	• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance ☒ Unruhe, Abwehrhaltung, konflikthafte Beziehungen

2. Bündelung der Ressourcen	
...vorhanden	... abwesend
• Effekte auf „Patient Outcomes“ ☒ Holistischeres Verständnis des Patienten durch das Team, was eine holistischere Behandlung zur Folge haben könnte. • Effekte auf Teamperformance ☒ Verbesserte Findung von Problemlösungen und Entscheidungen ☒ Erleichterung Entwicklung integrierter Behandlungspläne ☒ Begünstigt rollenübergreifendes Handeln ☒ Begünstigt Auflösung scharfer Rollenfixierungen ☒ Gelegenheit, von anderen Teammitgliedern zu lernen	• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance Keine Effekte identifiziert

3. Zusammenarbeit und Koordination	
...vorhanden	... abwesend
• Effekte auf „Patient Outcomes“ ☒ höhere Kontinuität ☒ verbesserte Planung von Entlassungen ☒ durchschnittlich kürzere Aufenthalts im Krankenhaus ☒ geringere Wahrscheinlichkeit der Wiedereinlieferung oder Versterbens innerhalb der folgenden 30 Tage. • Effekte auf Teamperformance ☒ Gesteigerter Respekt vor Fachwissen und Kompetenzen der KollegInnen ☒ Schaffung einer intellektuell herausfordernden und lernfreundlichen Umgebung	• Effekte auf „Patient Outcomes“ ☒ Inkonsistent, verspätet, unangemessen ☒ Patienten waren verwirrt, frustriert, bekümmert • Effekte auf Teamperformance ☒ Angespannte Beziehungen zwischen den Mitgliedern

Mechanismen (Kontext-Mechanismus-Ergebnis Konfigurationen)
- Synthese zur Weiterentwicklung der Theorie

4. Effiziente, offene, gleichberechtigte Kommunikation	
...vorhanden	... abwesend
• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert ✓ Effekte auf Teamperformance ✓ Begünstigt „Zusammenarbeit und Koordination“ ✓ Begünstigt „Gemeinsame Verantwortung und Entscheidungsfindung“ ✓ Begünstigt „Bündelung der Ressourcen“ ✓ Hilft bei der Lösung von internen Teamkonflikten	• Effekte auf „Patient Outcomes“ ✗ Patienten erhielten inkonsistente Informationen was Verwirrung und Bekümmerung stiftete • Effekte auf Teamperformance Keine Effekte identifiziert

5. Gemeinsame Verantwortung und Entscheidungsfindung	
...vorhanden	... abwesend
• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance ✓ Vergrößerung der Bindung der Mitglieder ✓ Gesteigerte Arbeitszufriedenheit ✗ Verzögerte Entscheidungsfindung bei Uneinigkeit ✗ Eventuelle zusätzliche, individuelle Verantwortung wird nicht von allen begrüsst	• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance ✗ Unzufriedenheit mit der Arbeit

6. Unterstützung und Wertschätzung	
...vorhanden	... abwesend
• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance ✓ Grösseres Vertrauen untereinander ✓ Verbesserung Kommunikation ✓ Bessere Kollaboration und Koordination ✓ Besseres Selbstwertgefühl der Mitglieder ✓ Stärkeres Gefühl der Zugehörigkeit ✓ Besserer Umgang mit Stress	• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance ✗ Gefühlte fehlende Wertschätzung des individuellen Beitrags ✗ Schlechte Kollaboration und Koordination ✗ Behinderung, Mobbing ✗ Unmöglichkeit bzw. Unfähigkeit eigene Meinung einzubringen oder andere offen zu hinterfragen

7. Kritische Überprüfung von Performance und Entscheidungen	
...vorhanden	... abwesend
Schwache Evidenz für Folgen (Selbstbeurteilungsfragebögen) • Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance ✓ Stärkerer Zusammenhalt ✓ Lernen als Team ✓ Verbesserung Zusammenarbeit und Kommunikation ✓ Tendenz zu gemeinsamen Zielen ✓ Extra Feedback und stärkeres Gefühl für individuelle Verantwortung der Mitglieder	• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance Keine Effekte identifiziert

8. Entwicklung und Umsetzung neuer Ideen / Innovation	
...vorhanden	... abwesend
• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance ✓ Verbesserte Arbeitsabläufe ✓ Bessere Teamkultur ✓ Gesteigerte Effektivität (schwache Evidenz)	• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance ✗ Teilweise Stress wegen starrem Korsett (z.B. Routine, Richtlinie)

9. Individuelles Lernen	
...vorhanden	... abwesend
Wenig Evidenz • Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance ✓ Mitglieder fühlen sich besser gewappnet für Arbeitsanforderungen, Änderungen von Arbeitsabläufen und fachliche Weiterentwicklung anderer Teammitglieder ✓ Mitglieder fühlen sich intellektuell stimuliert	Wenig Evidenz • Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance Keine Effekte identifiziert

10. Führung/Leadership	
...vorhanden	... abwesend
• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance ✓ Hilft bei Entwicklung gemeinsamer Vision ✓ Spornt zu gemeinsamem Lernen/gemeinsamer Verbesserung an ✓ Höhere Effektivität ✓ Begünstigt Innovation ✓ Verbesserung der internen Kommunikation (aber abgestuft je nach persönlichen Eigenschaften/Präferenzen des Leiters)	• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance ✗ Mangel an Klarheit der Ziele

11. Strategische Kommunikation / Selektive Informationsweitergabe	
...vorhanden	... abwesend
• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance ✓ Teilweise Umgehung von traditionellen Top-Down Strukturen ✓ Pflege funktionierender Beziehungen ✓ Vermeidung offener Konflikte ✗ Aufrechterhaltung von Hierarchien	• Effekte auf „Patient Outcomes“ Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance Keine Effekte identifiziert

12. Rollenübergreifend handeln (können)	
...vorhanden	... abwesend
• Effekte auf „Patient Outcomes“ ☒ Grössere Kontinuität • Effekte auf Teamperformance ☒ Verteilung von Arbeitsbelastung ☒ Erlernung fachfremder Fähigkeiten ☒ Konflikte, Unruhe, Frustration unter Mitgliedern	• Effekte auf „Patient Outcomes“ - Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance - Keine Effekte identifiziert

13. Team-Verhaltensnormen	
...vorhanden	... abwesend
• Effekte auf „Patient Outcomes“ - Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance ☒ Ermöglicht gute Zusammenarbeit ☒ Verbesserung von Moral, gegenseitiger Unterstützung, Problemlöseverhalten ☒ Implizite Regeln können Probleme für neu dazu stossende Teammitglieder nach sich ziehen	• Effekte auf „Patient Outcomes“ - Keine Effekte identifiziert • Effekte auf Teamperformance - Keine Effekte identifiziert

Die tabellarische Darstellung mit dem Ampelsystem macht deutlich, bei welchen Mechanismen interprofessioneller Teamarbeit Mehrwerte auftreten. Die Einträge stellen dar, welche Ergebnisse und Beurteilungen aus den Studien hergeleitet werden können. Auch hier ist zu bedenken, dass sich Ansätze und Absichten der Studien teils stark unterschieden, so dass einzelne Aussagen sich eben nur auf eine kleine Anzahl Studien stützen (und deshalb gelb hervorgehoben wurde).

5.2 Metaanalyse der Canadian Health Services Research Foundation von Barrett et al. (2007)

In Kanada, wo die interprofessionelle Praxis lange schon etabliert ist, hat die Canadian Health Services Research Foundation einen umfassenden Bericht für die Politikgestaltung vorgelegt (Barrett et al. 2007). Dieses Policypapier ist der Versuch einer Evaluation der Implementierung von interprofessioneller Praxis in der Grundversorgung (Primary care). Eingeschlossen wurden 206 Artikel, vorrangig aus dem kanadischen Kontext (65 Peer Reviewed, 141 Graue Literatur), welche sich mit einer Intervention aus dem Feld der interprofessionellen Zusammenarbeit im Kontext von Erstbehandlung beschäftigen und deren Effekte in eine der folgenden fünf Kategorien fallen:

- Auswirkungen von Zusammenarbeit
- Veränderungen der Einstellung oder der Wahrnehmung
- Erwerb von Wissen und Fähigkeiten/Fertigkeiten
- Änderungen des Verhaltens oder der Organisation
- "Patientenoutcomes"/Benefits

Den einzelnen Artikeln wurde eine Qualität der Evidenz zugeordnet (hoch [17 von 206], mittel [20 von 206], sowie niedrig oder sehr niedrig). Die Studien lagen überwiegend im Bereich niedriger und sehr niedriger Evidenz. Letztere trugen allerdings einen grossen Teil der qualitativen Informationen und auch Ergebnisse bei, welche von den höherwertigen Publikationen bestätigt wurden.

Die Evaluation kommt zum Ergebnis, dass die Evidenzlage bezüglich der Verbindung zwischen „Patient outcomes“ und Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich (Interprofessionelle Praxis), so-

wohl qualitativ als auch quantitativ überzeugend sei. Für die einzelnen in der folgenden Tabelle benannten Aspekte schwankt die Evidenz allerdings teils beträchtlich.

Legende	
	Positiver Effekt
	Neutraler/ambivalenter Effekt
	Negativer Effekt

Wer/Was	Beobachtung
Leistungserbringer/Personal (healthcare providers) welche in interprofessionellen Kontexten arbeiten, im Vergleich zu solchen in monoprofessionellen Kontexten	 Zufriedener  Mehr positive Erlebnisse  Erwerb von zusätzlichem Wissen und Fähigkeiten  Entwicklung positiverer Einstellung gegenüber interprofessionellem Arbeiten  Entwicklung anderer Verhaltensweisen Kommentar: Abgesehen vom generellen Gutheissen von interprofessioneller Zusammenarbeit wurden von einigen Anbieter Sorgen genannt bezüglich: Training/Ausbildung, Arbeitsbelastung, Informationsaustausch, Diskrektion (der anderen Mitarbeiter), Änderung professioneller Rollen, organisatorische und kulturelle Unterschiede der Fachbereiche, Mangel an gemeinsamer Vision, Mangel an Lokalkennntnis, langsamer und frustrierender Prozess der Implementierung von interprofessioneller Praxis.
Interprofessionelle Modelle (der Erstbehandlung) im Vergleich zu monoprofessioneller Erstbehandlung	 Breiteres Angebot von Gesundheitsdienstleistungen  Bessere Nutzung der Ressourcen  Besserer Zugang zu Services  Kürzere Wartezeiten  Bessere Koordination der Versorgung  Umfassendere Versorgung  Bessere „Patient outcomes“ (z. B. Blutdruckkontrolle, Diabeteskontrolle, Gesundheitszustand, Lebensqualität) Kommentar: Umstellung auf interprofessionelle Zusammenarbeit braucht gute Planung und Zeit
Patienten , welche von interprofessionellen Team betreut wurden	 Höhere Zufriedenheit  Mehr positive Erfahrungen  Verbesserung des Selbstmanagements  Verbesserung des Wissens über eigenen Gesundheitszustand  Gesünderer Lebensstil  Stärkerer Fokus auf Prävention Kommentar: Das Ausmass der Kooperation scheint allerdings nicht die immer die Versorgungsergebnisse zu bestimmen. In manchen Studien aus dem Bereich psychischer Gesundheit schien die Paarung von Zusammenarbeit und Behandlungsrichtlinien einen entscheidenden Vorteil zu bringen. Auf der anderen Seite wurde festgestellt, dass die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinärzten und Psychiatern/Psychologen nicht ohne Weiteres funktioniert.

Zusätzlich zu den Publikationen wurden Fragebögen an Stakeholder aus allen Regionen Kanadas verschickt, damit diese ihre Eindrücke zur interprofessionellen Praxis mitteilen konnten. Von 148 versandten Fragebögen kamen 51 zurück, wovon 46 vollständig ausgefüllt waren. Die Evaluierung der Fragebögen unterstützte die Ergebnisse der Literaturstudie.

Insgesamt kommt die Studie zum Schluss, dass es qualitativ hochwertige Evidenz dafür gibt, dass interprofessionelle Zusammenarbeit positive Folgen für Patienten, Anbieter und das Gesundheitssystem hat. In einzelnen Fällen zog dies ebenfalls Kosteneinsparungen nach sich (Barrett et al. 2007 S. iii, 2-9, 13-17).

5.3 Literatur Review von Lemieux-Charles und McGuire (2006)

Lemieux-Charles und McGuire haben einen der ersten (und viel zitierten) Literatur Reviews zum Thema Effektivität von Teams in der Gesundheitsversorgung publiziert. Sie unterschieden dabei zwischen Studien, welche teambasierte Versorgung mit nicht teambasierter Versorgung verglichen, und solchen Studien, welche die Effekte von Interventionen in teambasierter Versorgung untersuchen. Für den Zeitraum zwischen 1985 bis 2004 fanden sie 33 englischsprachige, empirische Studien, welche sie auswerteten. Die Ergebnisse sind allerdings sehr diffus und wenig kohärent im Vergleich zu den beiden vorhergehenden Studien. Die Ergebnisse werden in den Bericht einbezogen, die Evidenz wird aber entsprechend Anzahl und Art der zugrunde liegenden Studien gewichtet.

Grundlage	Ergebnisse
8 Studien , welche teambasierte Versorgung mit nicht teambasierter verglichen, im Kontext von Spitalversorgung und Spitexversorgung bei der Altenpflege	✓ Manche Studien fanden bessere Patient Outcomes bei teambasierter Versorgung (besserer funktionaler Gesundheitszustand, bessere psychische Konstitution, grössere Selbstständigkeit der Patienten und niedrigere Mortalität) □ Manche Studien stellten keine Unterschiede fest ✓ Höhere Zufriedenheit und Lebensqualität der Patienten bei teambasierter Versorgung - Studien, welche keine bessere Zufriedenheit und Lebensqualität zeigten, hatten kleine Stichproben kombiniert mit sehr eng definierten Effekten □ Keine Unterschiede bei der Frequentierung der Versorger □ Keine bzw. kaum signifikante Kostenvorteile von teambasierter Versorgung. Eine Studie stellte sogar eine Kostenerhöhung fest, allerdings lag diesem Fall eine sehr grosse, kostenintensive Intervention zu Grunde
Grundlage	Ergebnisse
2 Studien, welche teambasierte Versorgung mit nicht teambasierter verglichen, im Kontext psychologischer Erstversorgung	✓ Positive Entwicklung von Depressionssymptomen bei teambasierter Versorgung ✗ Höhere Kosten von teambasierter Versorgung, durch häufigere Verschreibung von kognitiver Verhaltenstherapie und Antidepressiva
Grundlage	Ergebnisse
9 Studien aus den Kontexten uni- und multidisziplinäre Teams bei denen ein Team-Redesign stattfand, in der Spital-, Erst- und Spitexversorgung von chronisch kranken, intensivbedürftigen und alten Patienten	➔ Erhöhung von Teamautonomie ✓ Bei unidisziplinären, stationären Pflegestationen - Höhere Zufriedenheit Leitungserbringer/Personal □ Bei multidisziplinären Spitex-Teams – keine höhere Zufriedenheit Leitungserbringer/Personal festgestellt ✓ Bei unidisziplinären, stationären Pflegestationen – längerer Verbleib des Personals ✓ Bei multidisziplinären Spitex-Teams – weniger Wiedereinweisungen ins Spital ➔ Erhöhung der Teamintegration durch interdisziplinäre Runden ✓ Bei Spitalversorgung - Höhere Zufriedenheit Leitungserbringer/Personal ✓ Bei Spital- und Traumaversorgung – Verringerung Patientenzahlen, Verkürzter Aufenthalt der Patienten, dadurch geringere Kosten ➔ Kontinuierliche Qualitätsverbesserung (continuous quality improvement) - Nicht aussagekräftig

Grundlage	Ergebnisse
12 ortsübergreifende Feldstudien vor allem aus den Bereichen Spital-, Erst- und Psychologische Versorgung	→ Kontext welcher teambasiertes Arbeiten begünstigt
	✓ Verbesserte, subjektiv wahrgenommene Teameffizienz
	→ Patienten orientierte Versorgung
	✓ Verbesserte, subjektiv wahrgenommene Teameffizienz
	✗ Weniger und weniger tiefe Veränderungen zur Verbesserung der Qualität
	→ Teamgrösse
	□ Die Grösse der Teams ist bis zu einem bestimmten Masse positiv mit Effektivität korreliert, ab einem bestimmten Punkt aber wieder negativ
	→ Fachliche Zusammensetzung der Teams
	□ Direkter und signifikanter Einfluss auf Effektivität der Teams
	□ Unterschiedliche Wahrnehmung je nach Profession
	→ Statusunterschiede der Teammitglieder
	□ Unterschiedliche subjektive Wahrnehmung bezüglich Funktionieren des Teams, Zufriedenheit mit der Teamarbeit, Einflussmöglichkeiten, Einbringung ins Team
	→ Gut funktionierende Teams mit günstigen Kommunikationsmustern, geringem Konfliktlevel und hohem Mass an Kollaboration, Koordination, Kooperation und Partizipation
	✓ Verbesserte, subjektiv wahrgenommene Teameffizienz
	✓ Höhere Zufriedenheit der Leistungserbringer/Personal

5.4 Literaturübersicht von Zwarenstein, Goldman und Reeves (2009)

Zwarenstein, Goldman und Reeves arbeiten im Rahmen der Cochrane Collaboration und gehören mit ihren gemeinsamen Publikationen zu den besonders viel zitierten Autoren im Feld der Interprofessionalität. Sie verfolgten in einer Studie (Zwarenstein et al. 2009) einen auf den ersten Blick ähnlichen Ansatz wie Hewitt et al. (2014, 2015a, 2015b, 2015c). In einer Metastudie sollten objektiv messbare oder durch Selbstbeurteilung (self-reported) festgestellte Effekte von auf interprofessioneller Praxis basierten Interventionen auf „Patient outcomes“ und/oder „Health status outcomes“ und/oder „Healthcare process outcomes“ und/oder interprofessionelle Praxis haben. Gemäss den Regeln der Cochrane Collaboration wurden nur randomisierte kontrollierte Studien (RCT's) eingeschlossen. Diese strengen Einschlusskriterien trafen allerdings für die Jahre 2000 bis 2007 in letzter Instanz nur für fünf Studien zu (aus tausenden Studien zu interprofessioneller Praxis). Die geringe Anzahl Studien verhinderte die geplante Metaanalyse und führte stattdessen nur zu einer Literature Reviews. Wie anhand der vorgängigen Diskussion unserer Recherchestrategie illustriert wird, ist ein methodischer Zugang mit RCT's als Einschlusskriterium gemessen an der Natur des vorhandenen Korpus zu restriktiv. Das Design von Zwarenstein et al. markiert deshalb eher ein Desideratum und einen Forschungsauftrag für die Zukunft.

Die pragmatische-realistische Feststellung von Hewitt et al., dass man es innerhalb der vielen Studien zumindest nicht mit einer systematischen Einseitigkeit zu tun hat, ist deshalb eine notwendige Voraussetzung, um zum jetzigen Zeitpunkt generelle Aussagen über interprofessionelle Praxis machen zu können.

Bei genauerer Betrachtung weisen im Übrigen auch die von Zwarenstein et al. eingeschlossenen Studien Beschränkungen auf. Zwar sind die Patienten randomisiert der Interventions- bzw. Kontrollgruppe zugeordnet worden, doch wurde die Vergleichbarkeit dieser beiden (Arbeits-)Gruppen nicht gesichert und kontrolliert. Die geringe Anzahl Studien steht der Annahme einer statistischen Glättung der Ergebnisse durch eine Vielzahl von Studien diametral entgegen. Aufgrund hoher Relevanz und einer relativ günstigen Stichprobe sollen die Ergebnisse von einer der fünf eingeschlossenen Studien trotzdem kurz präsentiert werden. (Zwarenstein et al. 2009 s. 2-5, 14-21)

In der Studie von Curley (1998) wirkte sich die Einführung täglicher interdisziplinärer Runden bei drei Spitalteams (gegenüber einer Kontrollgruppe von ebenfalls drei Teams) positiv auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten im Spital aus. Sie war mit 5.46 Tagen deutlich geringer als jene der Kontrollgruppe (6.06 Tage). Dies zog ebenfalls eine Kostenreduktion nach sich (\$6.681 gegenüber \$8.090) (Zwarenstein et al. 2009 S. 15-17).

5.5 Die Synthese von Körner et al. (2014) mit Ergebnissen aus dem deutschsprachigen Raum

An der Universität Freiburg im Breisgau werden in Kooperation mit fachhochschulischen Studiengängen interprofessionelle Ausbildungsmodulare angeboten. Die hier relevanten Arbeiten der Forschungsgruppe um Körner zu den generellen Effekten von interprofessioneller Teamarbeit sind in einem Konferenzbeitrag zusammengefasst. In einer Tabelle zeigen Körner et al. (2014 S. 5) die Effekte in den drei Kategorien Patienten, Mitarbeiter und Klinik und nennen die dazu vorliegenden Wirksamkeitsnachweise. Die als Beleg vorgebrachten Studien unterscheiden sich erheblich, manche sind Metastudien, andere sind grössere Fallstudien. Die in der Tabelle genannten Ergebnisse sind so zu interpretieren, dass es Studien gibt, welche zu diesem Schluss kommen, aber nicht so, dass bereits ein (kontextunabhängiger) abschliessender Beweis für die genannten Effekte erbracht wurde.

Patientenbezogene Effekte	Mitarbeiterbezogene Effekte	Klinikbezogene Effekte
• Verbesserte klinische Outcomes (Lemieux-Charles & McGuire 2006; Valentine et al. 2013) • Bessere Behandlungsakzeptanz (Mickan 2005) • Höhere Patientenzufriedenheit (Quaschnig, Körner, Wirtz 2013; Lemieux-Charles & McGuire 2006) • Behandlungsqualität (O'Leary et al. 2011) • Höhere Patientensicherheit (Manser 2009; Salas et al. 2011)	• Höhere Mitarbeiterzufriedenheit (Körner 2010) • Besseres gesundheitliches Wohlbefinden (Busch 2009; Körner, 2011; Stoll & Richter 2001) • Besseres Teamklima (Thyelfors Persson & Helström 2005) • Höhere Teameffizienz (Poulton & West 1999) • Verbesserte Koordination der Versorgungsleistungen (Mickan 2005)	• Reduktion von unnötigen Interventionen, Doppeluntersuchungen (Chan & Wood 2012) • Reduktion von Kosten (Grumbach & Bodenheimer 2004) • Verbesserte Mitarbeiterbindung und -gewinnung (Chan & Wood 2012)

5.6 Teamprozesse und klinische Performance, ein Schweizer Beitrag von Schmutz und Manser 2014)

Schmutz und Manser (damals noch für an der Universität Freiburg, Schweiz) haben einen Literatur Review dazu vorgelegt, ob Teamprozesse Einfluss auf die klinische Performance haben. Sie suchten nach quantitativen Studien, welche Teamwork, Teamkoordination, Führung/Leadership oder Kommunikation im Spitalkontext untersuchen, und welche statistische Beziehungen zwischen Teamprozessen und klinischer Performance sowie Interventionen zu Teamwork und der klinischen Performance analysierten. Sie fanden für den Zeitraum zwischen Januar 2001 und März 2012 insgesamt 28 Studien, welche den genannten Kriterien entsprachen. Die Studien sind von unterschiedlicher Qualität und entstanden auf Grundlage von Stichproben mit einigen Dutzend bis hin

zu mehreren Tausend erfassten Einträgen. Darin wird ein weites Feld von teils disparaten Einzelaspekten beleuchtet.

Insgesamt bestätigt das Ergebnis die weit verbreitete Auffassung vom Nutzen von interprofessioneller Kooperation: Die ganz überwiegende Anzahl der Studien konstatiert einen positiven oder aber mindestens keinen signifikant negativen Einfluss zwischen Teamprozessen und klinischer Performance. Nur in drei Fällen wurde eine negative Korrelation zwischen Teamprozessen und Performance gefunden (dies betraf zweimal auch nur Einzelaspekte der Studie). In der aggregierten Form zeichnen die aufgelisteten Ergebnisse in Richtung eines generell positiven oder zumindest nicht signifikanten Einflusses von Teamperformance auf klinische Performance.

6. Nutzen und Wirkung bei bildungs- und gesundheitspolitisch interessierenden Aspekten

Die vorliegende Recherche zeigt, dass es eine enorme Anzahl Studien zum Thema interprofessioneller Zusammenarbeit gibt. Es finden sich entsprechend fast zu allen Fragestellung oder Settings Angaben darüber, ob interprofessionelle Kooperation einen Nutzen hat. Diese an sich günstige Ausgangslage wird relativiert durch die Feststellung, dass es kaum einzelne Studien gibt, welche generelle quantitative Aussagen über deren Vor- und Nachteile machen. Aufgrund der definitorischen Unschärfen von „interprofessioneller Praxis“ ist es zudem fast unmöglich, randomisiert kontrollierte Studien (RCTs) durchzuführen, in welchen die untersuchte Gruppe und die Kontrollgruppe tatsächlich vergleichbar wären.

Wenn man einen weniger strengen Zugang wählt, dann lassen sich Erkenntnisse aus tausenden Fallstudien allerdings schon einordnen. Die Einzelfallperspektive kann auf übergeordneter Ebene durch Metaanalysen überwunden werden. Auf Grundlage vieler Fallstudien systematisieren sie bestimmte Aspekte und generieren damit signifikante, d.h. generalisierbare und belastbare Ergebnisse. Genau dieser Ansatz wurde in den Metastudien von u. a. Hewitt et al. (2014, 2015a, 2015b, 2015c), Barrett et al. (2007) oder auch bei Lemieux-Charles und McGuire (2006) oder Körner et al. (2014) verfolgt. Das von diesen Studien bearbeitet Material lässt zwar i.d.R. keine quantitativ belastbaren Schlüsse zu, qualitative allerdings schon.

In vielen Studien ist dabei zu beachten, dass es hinsichtlich diverser Outcomes einen positiven Selbstbeurteilung-Bias gibt, d.h. Grundlage ist die Wahrnehmung der betroffenen Leistungserbringer selbst (und nicht diejenigen der Patienten oder der Organisation/Klinik oder objektiver Daten betr. Morbidität oder Kosten). Deshalb gibt es auch Stimmen, die vertreten, dass die tatsächlichen Vorteile bezüglich der Outcomes niedriger liegen als die wahrgenommenen (u. a. Gonzalo et al. 2014). Dem ist entgegenzuhalten, dass die vorhandene Evidenz in eine relativ eindeutige Richtung weist und dass auch kritischere Studien sich mit der Richtung ihrer qualitativen Aussage gut in den positiven Befund einreihen.

Dies ermöglicht in der Folge zumindest für 10 bildungs- und gesundheitspolitisch besonders interessierende Aspekte Aussagen zu machen. In der folgenden Zusammenfassung wird anhand eines Ampelsystems einerseits eine Aussage über die Güte der Evidenz gemacht (gering, mittel, gut) auf der anderen Seite werden die Auswirkung auf Nutzen und Wirksamkeit (negativ, neutral/ambivalent, positiv oder allenfalls unklar) ebenfalls farblich wie folgt dargestellt.

Legende					
Evidenz und Belastbarkeit		Gering		Mittel	 Gut
Auswirkung		Negativ		Neutral/ambivalent	 Positiv  Unklar

6.1 Effektivere Versorgung dank besserer Zusammenarbeit	Evidenz 	Auswirkung 
Hauptaussage		
Für den Aspekt „bessere Zusammenarbeit = wirksamere Versorgung“ ist die wissenschaftliche Evidenz recht gut. In der Praxis sind die Auswirkungen positiv. Die Ausnutzung der individuellen Fähigkeiten bietet breites Potential zur Erhöhung der Effektivität der Versorgung. Durch Bündelung der Ressourcen kann auf das gesamte Spektrum an Fachkenntnissen, Fähigkeiten und Erfahrungen innerhalb des Teams zurückgegriffen werden. Dies erhöht im Regelfall die Qualität der Versorgung, was z. B. durch eine geringere Wahrscheinlichkeit der Wiedereinlieferung oder des Todes innerhalb der dem Spitalaufenthalt folgenden 30 Tage zum Ausdruck kommt. Die Verteilung der Aufgaben ermöglicht es den Fachspezialisten, sich stärker auf Bereiche zu fokussieren, die tatsächlich ihrer Expertise bedürfen und andere Tätigkeiten von anderen, ebenfalls kompetenten Teammitgliedern übernehmen zu lassen. In Zeiten besonders hoher Arbeitsbelastungen wird durch die Lastenverteilung auf das Team der oft beklagte Flaschenhals vermieden, was den Umgang damit erleichtert.		

6.2 Patientensicherheit	Evidenz 	Auswirkung 
Hauptaussage		
Für den Aspekt „höhere Patientensicherheit dank interprofessioneller Versorgung“ ist die wissenschaftliche Evidenz schwach. In der Praxis sind die Auswirkungen dennoch eher positiv. Die gute Zusammenarbeit und Koordination innerhalb von interprofessionellen Teams trägt positiv zur Patientensicherheit bei. Das Mehraugenprinzip erhöht die Kontinuität und sorgt für den Einbezug sämtlicher Teammitglieder in die Verantwortung und verringert die Wahrscheinlichkeit der Wiedereinlieferung oder des Todes innerhalb von 30 Tagen. Es gibt eine ganze Anzahl Studien zu diesem Thema. Diese zeigen eine positive Tendenz auf. Eine generelle Aussage kann auf Grundlage der für den Bericht verwendeten Literatur allerdings nicht gemacht werden.		

6.3 Patientennutzen	Evidenz 	Auswirkung 
Hauptaussage		
Für den Aspekt „interprofessionelle Zusammenarbeit erhöht den Patientennutzen“ ist die wissenschaftliche Evidenz recht gut. In der Praxis sind die Auswirkungen positiv. Die Patienten profitieren in mehrerlei Hinsicht von interprofessioneller Zusammenarbeit. Generell lässt sich sagen, dass die Patienten positivere Erfahrungen machen; sie erleben mehr Zuwendung. Sie erhalten vom Team in der Regel konsistentere Informationen, die Pflege/Behandlung weist eine höhere Kontinuität und Konsistenz auf, Entlassungen aus dem Spital erfolgen in vielen Fällen schneller. Des Weiteren wird eine ganzheitlichere Versorgung begünstigt, der Patient und sein Umfeld werden mit in die Behandlungsprozesse eingebunden. Letzteres zeigt sich in einem größeren Wissen der Patienten über ihren eigenen Gesundheitszustand, was Prävention und Selbstmanagement in vielfältiger Form begünstigt und Angewiesenheit auf externe Pflege reduziert. Patienten profitieren zudem davon, dass ihnen Doppelungen verschiedener Arbeitsschritte erspart bleiben, dass die Versorgung sich auf den Erfahrungsschatz des gesamten Teams erstreckt, was in der Regel zu effektiverer Behandlung führt, weil rollenübergreifendes Handeln bei bestimmten Dienstleistungen von mehr als nur der einen formal qualifizierten Fachperson ausgeführt wird.		

6.4 Arbeitszufriedenheit und Verweildauer	Evidenz		Auswirkung	
Hauptaussage				
Für den Aspekt „interprofessionelle Zusammenarbeit macht Fachpersonen im Job zufriedener und sie verbleiben länger im Job“ ist die wissenschaftliche Evidenz sehr gut. In der Praxis sind die Auswirkungen positiv. Für die Frage nach der Arbeitszufriedenheit kann man aus der Fülle der Evidenz belastbar schließen, dass diese generell positiv beeinflusst wird. Interprofessionalität handelt eben davon, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, in welchem psychologische und gruppensdynamische Aspekte eine wesentliche Rolle spielen. Die einzelnen Mitglieder fühlen sich gegenseitig ernstgenommen, sie entwickeln im Rahmen ihrer individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen eine gegenseitig unterstützende Haltung, um Probleme und Engpässe gemeinsam zu bewältigen. Probleme ergeben sich dort, wo persönliche Eigenschaften von Teammitgliedern einer harmonischen Zusammenarbeit entgegenstehen.				

6.5 Zugang und Erreichbarkeit	Evidenz		Auswirkung		
Hauptaussage					
Für den Aspekt „interprofessioneller Versorgung erleichtert den Zugang und die Erreichbarkeit“ gibt es eine mittlere wissenschaftliche Evidenz. In der Praxis sind die Auswirkungen teils unklar, teils positiv. Im der Praxis werden Zugang und Erreichbarkeit durch Interprofessionalität insofern beeinflusst, als z. B. im Bereich Grundversorgung Aufgaben auf verschiedene Teammitglieder aufgeteilt werden können. Eine Reihe von Tätigkeiten können an andere Teammitglieder übertragen werden, was Kapazitäten bei den Ärzten freisetzt. Erfahrungen aus Kanada, den USA, den Niederlanden, UK und Finnland zeigen bei der Erstbehandlung eine deutliche Reduktion der Wartezeiten. Ob interprofessionelle Teams Chancen bezüglich Zugang und Erreichbarkeit eröffnen, hängt massgeblich von den rechtlichen Gegebenheiten und der Arbeitsorganisation ab.					

6.6 Effizienz und Kostenreduktion	Evidenz		Auswirkung		
Hauptaussage					
Für den Aspekt „interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten“ gibt es in der Tat eine mittlere wissenschaftliche Evidenz dafür. In der Praxis sind die Auswirkungen eher positiv. Durch die Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung in interprofessionellen Teams ist es möglich, die individuellen Fähigkeiten der einzelnen Mitglieder optimal einzusetzen und gleichzeitig Überlastungen vorzubeugen. Durch rollenübergreifendes Handeln spielen Substitutionseffekte; einzelne Teammitglieder können Aufgaben Anderer übernehmen und diese ersetzen oder entlasten. Die gesteigerte Effizienz bei der Versorgung drückt sich in durchschnittlich kürzeren Spitalaufenthalten aus, die bessere Mitwirkung der Patienten in tendenziell geringerer Frequentierung der Leistungserbringer. Dies trägt zu einer Effizienzsteigerung und Kostenreduktion bei. Dem gegenüber stehen Extrazeiten, welche zur Absprache innerhalb des Teams freigehalten werden müssen, sowie organisatorische und strukturelle Veränderungen (z. B. Räumlichkeiten). Letztere tragen eher zu einer Erhöhung der Kosten bei. Aufgabenübertragungen können zudem das Lohngefüge tangieren. Mit geeigneten Managementansätzen bleiben die Abläufe aber effizient.					

6.7 Änderung der Organisationskultur führt zu besseren (Arbeits-) Einstellungen der Mitarbeiter	Evidenz 	Auswirkung  
Hauptaussage		
Für den Aspekt „interprofessionelle Organisation erhöht die Motivation der Mitarbeiter“ ist die wissenschaftliche Evidenz schwach. In der Praxis sind die Auswirkungen unklar oder eher positiv. Die Änderung der Organisationskultur das Hauptanliegen von Interprofessionalität und wurde deshalb reichlich und unmittelbar thematisiert, weil die Wirkung psychologischer Mechanismen angenommen wird. Weil zumeist nur spezifische Einzelaspekte untersucht werden (siehe Metaanalysen), gibt es kaum generalisierbare Aussagen. Interprofessionelle Arbeitsorganisation hat ohne Zweifel erheblichen Einfluss auf die Einstellungen der Mitarbeitenden, weil sie in der Regel die Kollegen aus anderen Fachbereichen schätzen lernen, ganz überwiegend zufriedener sind mit ihren Jobs und positive Bindungen innerhalb der Teams fördern. Eine generell bessere Arbeitseinstellung, im Sinne individuell höheren Engagements bei der Arbeitsverrichtung, liegt da nahe und wurde von Hewitt et al. auch postuliert, empirische Evidenz dafür ist allerdings nicht vorhanden.		

6.8 Lebenslanges Lernen	Evidenz  	Auswirkung  
Hauptaussage		
Für den Aspekt „interprofessionelles Arbeiten fördert lebenslanges Lernen“ ist die wissenschaftliche Evidenz eher schwach. In der Praxis sind die Auswirkungen neutral oder ambivalent bzw. unklar. Lebenslanges Lernen wird im interprofessionellen Umfeld durch den permanenten Austausch mit Teammitgliedern aus anderen Fachbereichen begünstigt. Gleiches gilt für den Erwerb von fachfremden Fähigkeiten von Teammitgliedern (rollenübergreifendes Arbeiten). Die Argumentation, das kontinuierlich informelle Lernprozesse stattfinden, ist zwar plausibel und wird in der Praxis oft bestätigt, es gibt allerdings kaum wissenschaftliche Evidenz dafür oder dagegen.		

6.9 Akzeptanz durch Patienten	Evidenz  	Auswirkung 
Hauptaussage		
Für den Aspekt „interprofessionelle Zusammenarbeit erhöht die Akzeptanz seitens der Patienten“ ist die wissenschaftliche Evidenz recht gut. In der Praxis sind die Auswirkungen positiv. Patienten fühlen sich von interprofessionellen Teams in der Regel besser betreut als bei konventioneller monoprofessioneller Versorgung. Zum einen erhalten sie gefühlt mehr Zuwendung und fühlen sich mit ihrer gesamten Situation und mit ihrem Umfeld in der Regel besser in die Versorgung einbezogen. Zudem erhalten sie in der Regel mehr und konsistentere Informationen zu ihrem eigenen Zustand, sie erleben weniger Widersprüche, wie sie innerhalb schlecht zusammenarbeitender Teams auftreten. Bekannt ist die erhöhte Akzeptanz aus Schweden, wo die interprofessionellen Training Wards bei den Patienten sehr beliebt sind. Deren Akzeptanz setzt sich in der weitgehend interprofessionell organisierten Versorgung fort.		

6.10 Akzeptanz durch einzelne Fachvertreter

Evidenz



Auswirkung



Hauptaussage

Für den Aspekt „interprofessionelle Zusammenarbeit erhöht die Akzeptanz bei den Peers“ ist die wissenschaftliche Evidenz recht gut. In der Praxis sind die Auswirkungen eher positiv bis günstig.

In der Tendenz wird Interprofessionalität von allen Fachvertretern gutgeheissen; es gibt dazu einen plakativen Konsens. Die erhöhte Arbeitszufriedenheit wirkt sich bei diesem Aspekt positiv aus. Es gibt allerdings ein Gefälle, welches im Gesundheitsbereich schematisch entlang der etablierten Hierarchien verläuft. Kaderärzte und Fachärzte können interprofessioneller Zusammenarbeit in der Tendenz weniger abgewinnen als z. B. Pflegefachpersonen (u. a. Braithwaite et al. 2013). Einer der Gründe ist der Umstand, dass im ambulanten Bereich der fachärztlichen Tätigkeiten wenig interprofessionelle Handlungsfelder bestehen. Als besonders anspruchsvoll und z.T. problematisch erweisen sich Übergangsphasen aus dem „klassischen“ hierarchischen System hin zu interprofessionellen Kooperationsformen. Sie erfordern umsichtige Massnahmen bei der Organisationsentwicklung.

Abschliessend und mit Blick auf die im letzten Punkt erwähnten notwendigen Massnahmen zur Organisationsentwicklung bleibt darauf hinzuweisen, dass bei diesen Aussagen idealtypisch immer von einem gut funktionierenden Team im Sinne der eingangs genannten Definitionen (insb. Kälble 2004, D'Amour et al. 2005, CIHC 2010, Zwarenstein et al. 2009) und im Sinne der Mechanismen/Dimensionen von Hewitt et al. (2014, 2015a, 2015b, 2015c) ausgegangen wird.

Konstitutive Elemente eines in der Praxis mit positiver Wirkung funktionierenden interprofessionellen Teams (im Sinn einer Handlungsgemeinschaft) umfassen folgende Aspekte:

- Das Vorhandensein einer Konstellation, die sich als multiprofessionelles Team versteht, welches verschiedene Fachrichtungen/Berufsgruppen einschliesst, wie z. B. Medizin, Pflege, Physiotherapie, Pharmazie, Soziale Arbeit etc.
- Die organisatorischen Gegebenheiten ermöglichen den Austausch (geeignete Räumlichkeiten, Prozesse mit Zeitfenstern für systematisierte Absprachen und Fallbesprechungen)
- Die formale Hierarchie lässt Kommunikation auf Augenhöhe zu und verhindert gleichwertige Ko-Produktion nicht
- Die Kompetenzen und Rollenverteilungen sind geklärt bzw. Gegenstand laufender kritischer Reflexion und ggf. Anpassungen
- Es braucht eine Haltung und Bereitschaft seitens aller Beteiligten, sich mit einem Mindestmass an Selbstvertrauen solidarisch ins Team einzuordnen, Verantwortung und Leadership zu übernehmen, der Teamentwicklung Raum zu lassen und diese als individuellen und interprofessionellen Lernprozess zu begreifen
- Letztlich braucht es auch gemeinsame Zielsetzungen, um mehr Patientenorientierung und Patientensicherheit zu erreichen.

Literaturverzeichnis

- Barrett, Juanita; Curran, Vernon; Glynn, Lindsay; Godwin, Marshall 2007: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare. Ontario.
- Bergmo, Trine S; Berntsen, Gro K.; Dalbakk, Monika; Rumpfeld, Markus (2015): The effectiveness and cost effectiveness of the PATient-Centred Team (PACT) model. Study protocol of a prospective matched control before-and-after study, <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/15/133> (last visit 03.12.2015).
- Brandt, Barbara; Lutfiyya, Nawal 2015: Interprofessional Practice, Research, and Education (Webinar). <http://webfiles.anpd.org/InterprofessionalPracticeResearchEducation.mp4> (last visit 16.12.2015).
- Braithwaite, Jeffrey; Westbrook, Mary; Nugus, Peter; Greenfield, David; Travaglia, Joanne; Runciman, William; Foxwell, A. Ruth; Boyce, Rosalie A.; Devinney, Timothy; Westbrook, Johanna 2013: Continuing differences between health professions' attitudes. the saga of accomplishing systems-wide interprofessionalism, International Journal for Quality in Health Care Feb 2013, 25 (1) 8-15.
- CAIPE 2006 (Geoff Meads): Primary Care in the Twenty-first Century. An International Perspective, Oxford, Seattle.
- CIHC 2010: Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework. http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- Curley C, McEachern JE, Speroff T 1998: A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards. Medical Care 1998;36 (8 Suppl):AS4-AS12
- D'Amour, Danielle; Oandasan, Ivy 2005: Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education. An emerging concept, Journal of Interprofessional Care, 19:sup1, 8-20
- Gonzalo, Jed D.; Kuperman, Ethan; Lehman, Erik; Haidet, Paul 2014: Bedside Interprofessional Rounds. Perceptions of Benefits and Barriers by Internal Medicine Nursing Staff, Attending Physicians, and Housestaff Physicians, J. Hosp. Med., 9: 646-651.
- Grumbach, Kevin, Bodenheimer, Thomas 2004: Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? JAMA. 2004;291(10):1246-1251.
- Haslbeck, Jörg; Klein, Margot; Bischofberger, Iren; Sottas, Beat 2015: Leben mit chronischer Krankheit. Die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen. Wissenschaftlicher Hintergrundbericht zum nationalen Gesundheitsbericht Perspektive von Patient/innen und Angehörigen. Neuchâtel: Obsan. Dossier 46.
- Hammick, Marilyn; Olckers, Lorna; Campion-Smith, Charles 2009: Learning in interprofessional teams. AMEE Guide no 38, Medical Teacher, 31:1, 1-12.
- Hewitt, Gillian; Sims, Sarah; Harris, Ruth 2014: Using realist synthesis to understand the mechanisms of interprofessional teamwork in health and social care, Journal of Interprofessional Care, 28:6, 501-506.
- Hewitt, Gillian; Sims, Sarah; Harris, Ruth 2015a: Evidence of collaboration, pooling of resources, learning and role blurring in interprofessional healthcare teams. a realist synthesis, Journal of Interprofessional Care, 29:1, 20-25.
- Hewitt, Gillian; Sims, Sarah; Harris, Ruth 2015b: Evidence of communication, influence and behavioural norms in interprofessional teams. a realist synthesis, Journal of Interprofessional Care, 29:2, 100-105.
- Hewitt, Gillian; Sims, Sarah; Harris, Ruth 2015c: Evidence of a shared purpose, critical reflection, innovation and leadership in interprofessional healthcare teams. a realist synthesis, Journal of Interprofessional Care, 29:3, 209-215.
- Kälble, Karl 2004: Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit – theoretische Klärungen. In Kaba-Schönstein, L./Kälble K. (Hrsg.): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen Frankfurt/Main, S. 29-41.
- Körner, Mirjam 2010: Interprofessional teamwork in medical rehabilitation. A comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach, Clinical Rehabilitation, 24(8), 745-755.

- Körner, Mirjam 2014: Interprofessionelle Teamarbeit – Ein Erfolgsfaktor der Rehabilitation? (Präsentation), http://www.refonet.org/rehaforschung_nrw/veranstaltungen/documents/Korner_Team.pdf (last visit 19.12.2015).
- Lemieux-Charles, Louise; McGuire, Wendy L. 2006: What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. *Med Care Res Rev.* 2006;63:263 – 300.
- Mahler, Cornelia; Gutmann, Thomas; Karstens, Sven; Joos, Stefanie 2014: Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS Z Med Ausbild.* 2014;31(4):Doc40. DOI: 10.3205/zma000932, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009321
- Manser, Tanja 2009: Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare. a review of the literature. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2009;53:143 – 51.
- Mickan, Sharon. 2005. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review* May 2005 Vol 29 No 2, 211-217.
- Paradis, Elise; Reeves, Scott 2013: Key trends in interprofessional research. A macrosociological analysis from 1970 to 2010, *Journal of Interprofessional Care*, 27:2,113-122.
- Poulton, Brenda. C.; West, Michael. A. 1999: The determinants of effectiveness in primary health care teams. *Journal of Interprofessional Care* 13 (1): 7-18.
- Quaschnig, Katharina; Körner, Mirjam; Wirtz, Markus 2013: Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach, *Patient Education and Counseling* 91 (2013) 167–175.
- Salas, Eduardo; Gregory, Megan E.; King, Heidi B. 2011: Team Training Can Enhance Patient Safety—the Data, the Challenge Ahead, *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Volume 37, Number 8, August 2011, pp. 339-340(2).
- Schmutz, Jan; Manser, Tanja 2013: Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review *British Journal of Anaesthesia* 110 (4): 529–44 (2013).
- Sottas, Beat; Brügger, Sarah 2012: Ansprechstrukturen. Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung. Zürich: Careum.
- Sottas, B., Brügger, S., Meyer, P. 2013. Health Universities – Konzept, Relevanz und Best Practice. Mit regionaler Versorgung und interprofessioneller Bildung zu bedarfsgerechten Gesundheitsfachleuten. Verlag ZHAW, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Winterthur.
- Sottas, B., Höppner, H., Kickbusch, I., Pelikan, J., Probst, J. 2013. Umrisse einer neuen Gesundheitsbildungspolitik. Careum Working Paper 7. Careum, Zürich.
- Sottas B. 2015: Eine neue Interprofessionalität in Zeiten des Personalmangels. In: Ludwig I. (Hg.): Wir brauchen sie alle – Pflege braucht Differenzierung. hpsmedia, Nidda: 509-518
- Thistlethwaite, Jill; Jackson, Ann; Moran, Monica 2013: Interprofessional collaborative practice. A deconstruction, *Journal of Interprofessional Care*, 27:1, 50-56.
- Thylefors, Ingela; Persson, Olle; Hellström Daniel 2005: Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork, *Journal of Interprofessional Care*, 19:2, 102-114.
- WHO 2010. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (WHO/HRH/HPN/10.3) Geneva
- Zwarenstein, Merrick; Goldman, Joanne; Reeves, Scott 2009: Interprofessional collaboration. effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.