

Wieso eigentlich interprofessionelle Zusammenarbeit?

Christof Schmitz^a, Gina Atzeni^b, Peter Berchtold^a

^a college M, Bern; ^b Institut für Soziologie, Ludwig-Maximilians-Universität, München

Wer wollte schon widersprechen, wenn verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) gefordert wird? Die Umsetzung in der Praxis geht jedoch schleppend voran. Weshalb? Im Auftrag der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat ein Autorenteam von college M, Bern, und der LMU München untersucht, welche Faktoren IPZ fördern oder hindern. Die Studie [1] wurde soeben veröffentlicht und ist kostenlos online und gedruckt erhältlich.

Gefordert wird IPZ seit Jahren, national wie international. Die Notwendigkeit ist heute praktisch unbestritten, und funktionierende interprofessionelle Teams werden als wichtiger Teil der Zukunft des Gesundheitssystems betrachtet [2]. Allerdings hinkt die praktische Umsetzung den Appellen deutlich hinterher. IPZ effektiv zu implementieren erweist sich offensichtlich als anspruchsvoll. Genau dieser Punkt interessiert: Ungeachtet der allgemeinen Zustimmung und der vielfachen Bestrebungen, IPZ in Praxis wie Bildung zu fördern, finden sich nur begrenzt erfolgreiche Implementierungen [3]. Woher rührt diese Kluft?

Professionalität als «Normalfall»

Die Behandlung und Betreuung von Patienten erfolgt – wenig überraschend, aber fundamental bedeutsam – arbeitsteilig. Die Arbeitsteilung orientiert sich an medizinischen Fachdisziplinen und Gesundheitsberufen. Sie ist grundlegend professionell bzw. berufsbezogen konfiguriert und durch eine «standardisation of skills»

[4, 5] koordiniert. Die sorgfältige Ausbildung und das Training der verschiedenen Fachleute sorgen dafür, dass in der klinischen Praxis Kompetenzen relativ problemlos aneinandergereiht werden können. Der Chirurg darf darauf vertrauen, dass die Anästhesistin wusste, was es einzuleiten galt, und die Pflege auf der Station wissen wird, was mit der Patientin im Anschluss an die Operation geschehen soll.

Das ganze System der Leistungserbringung baut darauf, dass sich die Kompetenzen der verschiedenen Fachpersonen ergänzen. Man muss nicht streiten, wer das Skalpell führt und wer auf der Station das Fieber misst. Es ist klar – aufgrund der Ausbildung –, wer wofür zuständig ist, wer die Diagnose vornimmt und die Therapie verordnet und wer sie durchführt. Diese Klarheit birgt eine enorme Funktionalität und stellt den «Normalfall» dieses Systems dar. Aber: Umso mehr wird gestritten, wenn es dann doch einmal Überschneidungen gibt.

Das systemische Raffinement besteht darin, dass sich jeder professionelle Akteur von der Annahme leiten lassen darf, dass alle beteiligten Profis wissen, was zu tun ist, und es keiner besonderen Abstimmungsbemühungen darüber hinaus bedarf. Diese Möglichkeit entlastet ungemein und verweist auf eine genuine Funktionalität. Allerdings funktioniert das nur dann bestens, wenn die Probleme professionell klassifizierbar, d.h. passend zum Wissen und Können der jeweiligen Disziplinen oder Fächer sind [5]. Wird die Sachlage komplexer, gerät der «Normalfall» unter Druck. Das ist z.B. dann der Fall, wenn Patienten und Patientinnen quer zu den professionell definierten Kategorien und Fähigkeiten zu liegen kommen. In solchen Fällen steigt der Koordinations- und Synchronisierungsbedarf der

Das Wichtigste in Kürze

- Interprofessionelle Zusammenarbeit bedeutet die Etablierung konkreter Praktiken zur Lösung spezifischer Probleme der Patientenbehandlung mit gemeinsam geteilten Verständnissen.
- Die Identifikation dieser spezifischen Probleme und das Studium gelingender Beispiele ihrer Bewältigung lassen erkennen, wieso und in welcher Form IPZ gebraucht wird.
- Für die nachhaltige Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit sind neben dem «Normalfall» der Professionalität erforderlich: kontextadäquate Formen und starke Überzeugungen der Beteiligten hinsichtlich des Nutzens für die eigene Tätigkeit und des Outcomes für die Patientinnen und Patienten.
- Die eben publizierte Studie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zeigt, welche erfolgskritischen Dimensionen und Fördermassnahmen zu beachten sind, um IPZ in der Praxis zu implementieren.

Krankenbehandlung unmittelbar und ruft nach alternativen Lösungen, z.B. nach IPZ.

IPZ: gemeinsam geteilte Verständnisse

IPZ bedeutet gemäss der weitverbreiteten WHO-Definition eine Art und Weise des Interagierens, das Individuen mit unterschiedlichen Hintergründen zu einem gemeinsam geteilten Verständnis bringt, eines das sie vorher noch nicht hatten und zu dem sie ohne einander nicht hätten kommen können. Im Unterschied zur «normalen» professionellen Zusammenarbeit, die gemeinsame Verständnisse voraussetzt oder unterstellt, bezeichnet IPZ also ein Interagieren zugunsten gemeinsamer Verständnisse. Diese Präzisierung impliziert, dass es sich bei IPZ um eine spezifische Form der Leistungserbringung im Gesundheitssystem neben anderen handelt. Genau darum gilt es herauszufinden, wo und unter welchen Bedingungen IPZ als funktional, d.h. als echter Mehrwert gegenüber dem «normalen» professionellen Mit- und Nebeneinander erfahren wird. Und genau darum ist IPZ nicht auf empfundene Kollegialität oder «Augenhöhe» zu reduzieren – so wichtig diese Qualitäten prinzipiell für die Patientensicherheit wie für Arbeitszufriedenheit auch sind –, sondern ist IPZ als eine Antwort auf gestiegenen Koordinations- und Synchronisierungsbedarf der Krankenbehandlung zu sehen. Aber wo entsteht dieser Bedarf?

Normalfall und Abweichung

Die Stärke des professionellen Systems droht dann in eine Schwäche umzukippen, wenn der «Normalfall» überfordert wird und sich zu überschätzen droht. Immer noch macht dann jeder das, wofür er sich professionell zuständig betrachtet, aber ohne in hinreichenden Austausch oder Verständnissuche mit anderen zu treten. Exemplarisch: Mehrere Ärzte hintereinander haben der Patientin Schmerzmittel und Physiotherapie verschrieben, doch die Rückenschmerzen bleiben. Keiner der Beteiligten spricht mit dem anderen, jeder verfolgt seine eigenen Ideen. Der sich aus der Krankheits- oder Patientensituation ergebende Synchronisierungsbedarf wird nicht gestillt. Das wird suboptimal für die Behandlung und Betreuung der Patientin sein, weil wichtige Signale übersehen, potentielle Nebenwirkungen falsch eingeschätzt werden oder Optionen gar nicht erst in den Blick geraten.

Eine Überforderung des Normalfalls tritt insbesondere dann auf, wenn gemeinsame, verschiedene professionelle Akteure übergreifende Verständnisse nötig wären (statt dass die einzelnen Akteure ihrer eigenen Per-

spektive folgen). Nochmals exemplarisch: Die Patientin mag ihren orthopädischen Eingriff gut überstanden haben, kann das Krankenhaus aber nicht verlassen, weil ihr fortgeschrittener Diabetes Probleme bereitet und sie zu Hause alleine unter schwierigen Umständen lebt. In solchen Fällen steigt der Koordinations- und Synchronisierungsbedarf der Krankenbehandlung unmittelbar und ruft nach kooperativen Lösungen und nach IPZ; er ruft nach einer «Abweichung» vom Normalfall.

Das professionelle, komplementäre Nebeneinander als funktionalen «Normalfall» und IPZ als produktive «Abweichung» zu begreifen lenkt die Aufmerksamkeit darauf, was solche «Abweichungen» erfordert, ermöglicht, erlaubt wie auch behindert. Erst damit kann verständlich werden, wie voraussetzungsvoll IPZ als nachhaltige Praxis ist, und damit auch, warum so viele der diesbezüglichen Appelle ins Leere laufen. Man denke nur an den Aufwand, den es braucht(e), damit Tumorboards eingeführt werden konnten. Wie viel Überzeugungsaufwand musste betrieben werden, wie viele Versuche scheiterten, bis sich diese Praxis nachhaltig etablieren konnte?

Die zentrale Schlussfolgerung daraus ist: Eine Abweichung vom «Normalfall» wird gute Gründe benötigen, um sich behaupten zu können. Diese guten Gründe liegen 1) in der Entwicklung kontextadäquater, settingspezifischer Formen und 2) in starken Überzeugungen der Beteiligten – insbesondere des involvierten ärztlichen Führungspersonals – hinsichtlich des Nutzens für die eigene Tätigkeit und des Outcomes für die Patientinnen und Patienten. Nur so kann es gelingen, für diese wichtige «Abweichung» ausreichend Energie aufbringen zu können.

Literatur

- 1 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Differenzierung, Praxis und Implementierung. Swiss Academies Communications. 2020;15(2).
- 2 World Health Organization (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Genf: 2010.
- 3 Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update) (Review). The Cochrane Library. 2017, Issue 3.
- 4 Glouberman S, Mintzberg H. Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation. Health Care Manage Rev. 2001;26(1):58–71.
- 5 Mintzberg H. Managing the Myths of Health Care. Oakland: Berrett-Koehler; 2017.

Christof Schmitz
college M
Haus der Akademien
Laupenstrasse 7
CH-3001 Bern
christof.schmitz[at]
college-m.ch

Die Studie kann heruntergeladen oder kostenlos gedruckt bestellt werden auf samw.ch/empfehlungen