

Dr. Dr. med. Heidrun Sturm MPH
 Dr. med. Aline Flatz MPH
 Prof. Dr. oec. troph. Birgit-Christiane Zyriax
 Dr. rer. medic. Anne-Madeleine Bau MPH
 Dr. rer. medic. Angelika Beyer

Zum Stand interprofessioneller Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung

Werkstattbericht der Arbeitsgruppe „Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung (ZiGEV)“ im DNVF e.V.

Gesundheitssysteme in westlichen Gesellschaften stehen alle vor ähnlichen Herausforderungen: Die Komplexität der Gesundheitsversorgung nimmt zu, nicht zuletzt durch die demografisch bedingte Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität (Sin, Askar et al. 2015, Seger and Gaertner 2020) und die fortschreitende Spezialisierung und Fragmentierung in der Medizin. Gleichzeitig besteht ein eklatanter Fachkräftemangel, insbesondere in ländlichen Regionen, der schon lange nicht mehr nur die Pflege und die hausärztliche Versorgung betrifft (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln 2021). Vor diesem Hintergrund gilt es, die vorhandenen Ressourcen in Bezug auf Expertise und Leistungserbringung optimal zu nutzen. Der deutsche Wissenschaftsrat postulierte interprofessionelle Zusammenarbeit als Strategie für eine effektive Organisation von Gesundheitsdienstleistungen, um die komplexen Herausforderungen der Versorgung in Zukunft meistern zu können (Wissenschaftsrat 2012).

>> Die Forderung nach einer verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit ist nicht neu. Bereits in der Deklaration von Alma Ata 1978 wurden interprofessionelle „health teams“ als essenzieller Baustein für eine effiziente Primärversorgung (Primary Health Care) genannt (Allen, Barkley et al. 2018). Internationale Definitionen von interprofessioneller Versorgung zielen auf eine optimale Versorgungsqualität, wobei der Prozess der Zusammenarbeit verschiedener Akteure im Mittelpunkt steht. Neben den Gesundheitsberufen sind häufig Familien und Betreuende in Care-Teams einbezogen. Hier einige Beispiele:

- „Collaborative practice happens when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers, and communities to deliver the highest quality of care“ (WHO 2010)
- „... interprofessional collaboration is the process of developing and maintaining effective interprofessional working relationships [...] to enable optimal health outcomes“ (Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010)

Zusammenfassung

Die zunehmende Komplexität der Gesundheitsversorgung und der gleichzeitige Fachkräftemangel erfordern eine effiziente, patientenzentrierte Organisation der Versorgung. Interprofessionelle Zusammenarbeit kann dazu beitragen. In einer nicht-repräsentativen Experten-Befragung aus der Arbeitsgruppe „Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung“ (AG ZiGEV) im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF e.V.) heraus wurden Einblicke in den aktuellen Umsetzungsstand interprofessioneller Zusammenarbeit und mögliche Ansätze für Verbesserungen aus verschiedenen professionellen Perspektiven zusammengetragen. **Ergebnisse:** Die Aufgabenverteilung und Zuständigkeiten seien nicht klar definiert und stark vom individuellen Engagement und Arbeitsweisen abhängig. Unklare Aufgabenzuordnung trage zu ineffektiver und unkoordinierter Versorgung bei. Es gäbe weder Ressourcen wie etwa ausreichende Zeit noch formale Formate für Kooperationen. Abstimmungsaufwände werden zudem nicht finanziell abgebildet. Zielführend wäre, Gelegenheiten zu gemeinsamem Lernen in Aus-/Fort-/Weiterbildungen und Fallkonferenzen zu schaffen; berufsgruppenübergreifende Aufgabenfestlegung in jeweils definierten Behandlungsteams festzulegen und die Rahmenbedingungen (z.B. Vergütung, Heil-/Hilfsmittelverordnung, Qualitätsstandards der Ausbildungen) anzupassen.

Schlüsselwörter

Interprofessionelle Zusammenarbeit, integrierte Versorgung, Patientenzentrierte Versorgung, Kooperation

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2428>

- „... an intervention that involves different health and/or social professions who share a team identity and work closely together in an integrated and interdependent manner to solve problems and deliver services“ (Institute of Medicine) (Reeves, Lewin et al. 2016).

Eine koordinierte patientenzentrierte Versorgung, die den gesamten Versorgungsverlauf im Blick hat, ist dabei zentral, eine abgestimmte Vorgehensweise ein Grundbaustein (Lerberghe, Evans et al. 2008). Trotz methodischer Schwächen gibt es zunehmend Hinweise darauf, dass interprofessionelle Zusammenarbeit zur Verbesserung der Versorgungsqualität, Patientenzufriedenheit und Arbeitszufriedenheit beitragen kann (Reeves 2017, Sangaleti, Schweitzer et al. 2017, Somé, Devlin et al. 2020, Carron, Rawlinson et al. 2021). Sie ermöglicht die optimale Nutzung spezialisierten Wissens und der Praktiken verschiedener Berufsgruppen (Sangaleti, Schweitzer et al. 2017). Die Kombination diverser Kompetenzbereiche gewinnt besonders im Hinblick auf die Zunahme lebensstilbedingter Erkrankungen und Multimorbidität an Bedeutung (Seger and Gaertner 2020). So tragen beispielsweise bei der Beratung zu einer angepassten Ernährung neben Ernährungsfachkräften auch andere Gesundheitsberufe wie Pflegefachpersonen, Ärzt:innen und Apotheker:innen zur Vermittlung evidenzbasierter Informationen bei und helfen, Versorgungsbrüche zu vermeiden (McClinchy, Williams et al. 2015).

In Deutschland fordert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits seit 2007 eine Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit in verschiedenen Kontexten (Fischer, Glaeske et al. 2007, Gerlach, Greiner et al. 2014, Gerlach, Greiner et al. 2018). Auch Wissenschaftler:innen (Frenk, Chen et al. 2010, Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV 2019), Stiftungen (Alscher 2011, Alscher 2013, Verein zur Förderung der Wissenschaft in den Gesundheitsberufen (VFWG) 2020), Politik (Bär, Schönemann-Gieck et al. 2019) und Berufsverbände (Alscher 2011, Alscher 2013, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (BVMd), Bundesarbeitsgemeinschaft Junge Pflege im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) et al. 2018, Romijn, Teunissen et al. 2018, BPhD -Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. 2019, Höppner 2020) drängen seit Jahren auf eine vermehrte Interprofessionalität. Gesetzliche Krankenkassen betonen die Bedeutung von Koor-

dination und Zusammenarbeit (BARMER 2017). Drittmittelfinanzierte Projekte verstärkten die Diskussion positiv, als Beispiel seien die „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ genannt, bei denen multiprofessionelle Teams eine konzeptionelle Basis bilden (Schmid 2020).

Es fehlt also nicht an Appellen. Die 2018 eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung konstatiert 2020 erneut, dass die Abstimmung zwischen z. B. Ärzt:innen und Pflegefachpersonen oft von den individuellen Akteuren abhängig ist (Bund-Länder-AG 2020). Auch wenn die Evidenz des Mehrwerts interprofessioneller Zusammenarbeit wächst, ist in der Umsetzung offensichtlich noch „Luft nach oben“.

Vor diesem Hintergrund gründete sich 2017 im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF e.V.) die Arbeitsgruppe „Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung“ (AG ZiGEV) mit dem Ziel, den Dialog der verschiedenen Gesundheitsprofessionen in der Versorgungsforschung anzuregen. Neben der Definition der Begrifflichkeiten, die im Kontext von Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung verwendet werden, beschäftigt sich die AG mit den Themen Arbeitsteilung und Anforderungen an die Zusammenarbeit. Im Rahmen dieser Arbeit wurde das Expert:innen-Netzwerk der Mitglieder der AG ZiGEV genutzt, um Einblicke in den aktuellen Umsetzungsstand interprofessioneller Zusammenarbeit aus verschiedenen professionellen Perspektiven zu bekommen und daraus mögliche Ansätze für Verbesserungen resp. Forschungsbedarf abzuleiten.

Aktuelle Einschätzungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit

Wir führten im Sommer 2020 eine nicht-repräsentative schrift-

Befragungsteilnehmende nach Berufsgruppen und Akademisierung		
Berufsgruppe (Abk.)	Anzahl (davon akad. Abschluss ²)	Berufliches Umfeld
Ernährungsfachkraft ¹ (EFK)	9 (6)	<ul style="list-style-type: none"> Ernährungstherapeut:in (angestellt und selbstständig) Forschung, Lehre, wenige Patient:innen Wissenschaftler:in (Patientenbetreuung, Begleitung klinischer Studien, Koordination der EFK in Klinik, Lehre; selbstständige Ernährungsberaterin (Therapie und Prävention); Referent:in Heilpraktiker:in in eigener Praxis (Schwerpunkt Ernährungstherapie) Teilzeit-Anstellung (Diabetesberatung); Freiberufliche Tätigkeit (Diätassistent:in) freiberufliche Tätigkeit Forschung und Lehre (Hochschule) Bereichsleitung Ernährungsmanagement (EFK und PFK), klinikumsweite Patient:innenversorgung in der Ernährungstherapie (oral, enteral, parenteral) freiberufliche Ernährungstherapeut:in; Dozent:innen- und Gutachter:innen-tätigkeit
Hebamme (Heb)	5 (3)	<ul style="list-style-type: none"> Anstellung im Kreißaal; Freiberuflichkeit in Vorsorge, Schwangeren-/Wochenbettbetreuung Familienhebamme, Lehrtätigkeit, Wochenbettbetreuungen, Hilfe bei Beschwerden Anstellung im Kreißaal, Mentor:innentätigkeit, Vereinstätigkeit im Ehrenamt 2x Wissenschaftler:in
Hausärzt:in (HÄ)	4 (4)	<ul style="list-style-type: none"> Forschung und Lehre angestellte Tätigkeit in Praxis (Weiterbildung Allgemeinmedizin) Tätigkeit in eigener Praxis (Allgemeinmedizin) Tätigkeit in eigener Praxis (Allgemeinmedizin) und Wissenschaftler:in
Ergotherapeut:in (Ergo)	3 (3)	<ul style="list-style-type: none"> Berufspolitik ambulante Tätigkeit in ergotherapeutischer Praxis [hauptsächlich mit Kindern (in Praxis oder Kindergarten), auch Erwachsene mit neurologischen Erkrankungen (in deren Wohnung oder Pflegeheim)], zusätzlich pädiatrische Fachbereichsleitung Wissenschaftler:in
Pflegefachkraft (PFK)	3 (1)	<ul style="list-style-type: none"> Bereichsleitung Onkologie/Palliativ, Casemanagement, Studienmitarbeiter:in Gesundheits- und Krankenpfleger:in am Patientenbett und Projektleitung Tätigkeit bei einer Kommune mit 31.000 EW. 50% Pflegeberatung (Casemanagement, Gestaltung kompletter Versorgungsarrangements etc.) und 50% andere Aufgaben (amb. Gremienarbeit auf Leitungsebene von Pflegediensten und -heimen; Vertretung der Kommune in der Kommunalen Gesundheitskonferenz; Organisation und Durchführung von Informationsveranstaltungen zum Thema Alter mit gesundheitsbezogenen Themen (Demenz, pflegende Angehörige...); Angehörigengruppen (von Demenz), ... u.a.
Physiotherapeut:in (Phys)	2 (2)	<ul style="list-style-type: none"> Physiotherapeut:in Professor:in
Logopäd:in (Log)	1 (1)	Berufspolitik
Medizinische Fachangestellte (MFA)	1 (1)	Praxismanager:in (Allgemeinarztpraxis), VERAH/NäPA
gesamt	28 (22)	

Tab. 1: Befragungsteilnehmende nach Berufsgruppen und Akademisierung. Legende: 1: Als Ernährungsfachkräfte wurden Ökotropholog:innen, Diätassistent:innen und Ernährungswissenschaftler:innen zusammengefasst, darunter sehr verschiedene Ausbildungen, teilweise mehrere pro Person: Ökotropholog:in (n=4), Diätassistent*in (n=4, davon 1x mit Zusatzqualifikation Diplommedizinpädagog:in), Ernährungswissenschaftler:in; 2: Die Akademisierung erfolgte divers: beispielsweise B.Sc. im Ausland erworben oder akad. Zusatzqualifikation auf Basis einer Berufsausbildung im gleichen Fach bis hin zu Personen mit Promotion auf Basis einer akademischen/dualen Berufsausbildung.

liche Befragung unter den AG-Mitgliedern (n=66) durch. Zum Einsatz kam ein von Mitgliedern der AG konstruierter, hypothesenbasierter Fragebogen, der im Rahmen einer AG-Sitzung einen Pilottest durchlaufen hat. Es wurden überwiegend offene Fragen gestellt zu regelmäßigen Kooperationen mit anderen Berufsgruppen, professionsspezifischen Kompetenzen, Versorgungsaufgaben und deren Aufteilung sowie nach wahrgenommenen strukturellen und formalen Hürden bzw. Förderfaktoren für eine patientenzentrierte Versor-

gung. Aufgrund eines zunächst nur schleppenden Rücklaufs wurden die AG-Mitglieder gebeten, den Fragebogen in ihren Netzwerken zu verteilen. Insgesamt lagen für die Analyse 28 Antworten aus acht verschiedenen Berufsgruppen vor, wobei die Gruppe der Ernährungsfachkräfte (EFK)¹ mit neun Teilnehmenden deutlich überrepräsentiert ist (Tab. 1).

Die Auswertung erfolgte deskriptiv, angelehnt an die qualitative Inhaltsanalyse durch drei Wissenschaftler:innen (HS, AF, AB) unter Nutzung von MAXQDA 12 (Release 12.3.6). Die Antworten wurden inhaltlichen Kategorien zugeordnet, entlang derer die Ergebnisse im Folgenden dargestellt sind. Um die Herkunft der Antworten transparent zu machen, ist, wo möglich, die Berufsgruppe der Antwortenden angegeben (vgl. Tab.1).

Wer arbeitet mit wem zusammen?

Alle Antwortenden gaben an, regelmäßig mit verschiedenen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten. Dabei sind Ärzt:innen, gefolgt von Pflegefachpersonen und Therapeut:innen die insgesamt am häufigsten genannten (vgl. Abb. 1). Der berufliche Austausch fand über die medizinischen Gesundheits(fach)berufe hinaus mit vielen nicht-medizinischen Berufen statt, die teilweise durch Sozialversicherungsträger, teilweise durch kommunale Körperschaften finanziert werden. Dazu zählen Seelsorger:innen, Servicekräfte, Sozialarbeiter:innen, Sozialpädagog:innen, Gesetzliche Betreuer:innen, Sportfachkräfte und Betreuungspersonal in Behinderteneinrichtungen, Jugendamt, Gericht sowie Mutter-Kind-Einrichtungen.

Wäre mehr interprofessionelle Zusammenarbeit sinnvoll?

(Vgl. additional Material online: Tab. 3)

Situationsbezogen wird eine vermehrte Kooperation als sinnvoll erachtet, z.B. die schnellere Übermittlung von Arztberichten, sie funktioniere aktuell am ehesten im stationären Setting. Allerdings waren nicht alle von der Sinnhaftigkeit vermehrter interprofessioneller Zusammenarbeit überzeugt, aber bis auf die Ärzte forderten alle befragten Berufsgruppen mehr Austausch. Kritisch wurde dabei v. a. der dafür notwendige Zeitaufwand und fehlende Ressourcen gesehen.

Als Vorteile einer verstärkten Zusammenarbeit wurden benannt:

- Mehr Patientenzentrierung
- Verbesserte Qualität durch Kontinuität im Austausch und bessere Nutzung der vorhandenen Expertise, auch intraprofessionell
- Höhere Effizienz, indem verfügbare Zeit und Synergieeffekte besser genutzt werden und Überversorgung verhindert werden kann. Auch Einsparpotenzial wird vermutet.

Auf die Frage nach dem Bedarf von Evidenz wurde hinsichtlich der Effekte von interprofessioneller Zusammenarbeit konstatiert, dass es praktisch „keine Möglichkeit zu Nutzenbewertung und Forschung (wenig Zugang)“ (EFK19) bezüglich interprofessioneller Zusammenarbeit gäbe. Das bereits vorhandene Wissen aus Modellen müsse in die Praxis überführt werden. Vorgeschlagen wurde „die Initiierung von Forschungsprojekten, z.B. durch/mit Fragen, die aus der Praxis entstehen; Anschluss an den internationalen Wissensstand ermöglichen“ (Log5). Helfen würde es, die Versorgungsforschung gemeinsam zu gestalten. So wurde etwa eine wissenschaftlich begleitete Evaluation der Pflegetätigkeiten gefordert, unter Berücksichtigung der zunehmenden Pflegeschwere mit einer korrekten Pflegeaufwandsberechnung.

Hürden und Lösungsvorschläge

Aktuelle Aufgabenverteilung

Für manche Berufe gäbe es zwar formal definierte (Vorbehalts-) Aufgaben (z. B. Hebammen, Pflegefachpersonen, begrenzt für Ernährungsfachkräfte), die meisten Aufgaben würden jedoch kompetenzbasiert oder situationsbezogen ausgeführt und dadurch bestünden zahlreiche Überlappungen, eine scharfe Abgrenzung fehle. Teilweise käme es dann zu „Kompetenzgerangel“ (Heb21).

Die beschriebenen Aufgaben ließen sich grob in Therapieplanung, -durchführung, Koordination und Patientenbegleitung sowie Prävention und Befähigung (Kurse, Schulungen) unterteilen. Die meisten Überlappungen fielen in die Bereiche Patientenbegleitung und Koordination. Dort sahen sich insbesondere Hausärzt:innen, Pflegefachpersonen sowie Medizinische Fachangestellte in der Pflicht, beim Überleitungsmanagement waren es auch Ernährungsfachkräfte und Therapeut:innen. Um die Umsetzung der theoretischen Aufgabenverteilung im Alltag zu verbessern, scheint die gemeinsame Festlegung von Aufgaben unter Berücksichtigung aller Gesundheitsberufe ebenso wichtig wie die formale (gesetzliche) Festschreibung von Kompetenzen und Tätigkeitsvorbehalten.

Vorhandene Kompetenzen würden nicht regelmäßig und ausreichend nachgefragt. Auch Heilmittelverordnungen (d. h. die gesetzlich definierten Aufgaben) würden nicht hinreichend ausgeschöpft, z. B. bei der Wochenbettbetreuung oder in der klinischen Geburtshilfe und bei Beratungen. Kompetenzen der Ernährungsfachkräfte würden ausgeschöpft, sofern funktionierende Strukturen etabliert seien, wie bspw. Ernährungsteams oder Schwerpunktpraxen. Die antwortenden Hausärzt:innen sahen das für ihre Berufsgruppe unterschiedlich: während eine Antwort konstatierte, dass hausärztliche Kompetenzen oft nicht ausgeschöpft seien, da Fachärzt:innen direkt aufgesucht würden, wies eine andere darauf hin, dass alle im Studium und Beruf erlernten Kompetenzen im hausärztlichen Alltag benötigt und auch angewendet werden. Im Alltag scheinen viele Aufgaben nicht klar zu Berufen bzw. damit verbundenen Kompetenzen zugeordnet zu sein. Um dies zu verbessern, wurden neben der Förderung eines besseren gegenseitigen Verständnisses auch klare Aufgaben- und Kompetenzdefinitionen vorgeschlagen. Insgesamt wurde betont, dass alle Berufsgruppen entsprechend ihrer jeweiligen Kernkompetenzen eingesetzt, ihnen mehr Verantwortung für Gesundheitsberufe bei Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation zukommen und damit die Arztzentrierung verringert werden sollte.

Neuordnung von Aufgaben

Im Zusammenhang mit der Einschätzung der Notwendigkeit für vermehrte interprofessionelle Zusammenarbeit wurde der Neuordnung von Aufgaben eine zentrale Rolle zugesprochen, verbunden mit der Erwartung, dass diese zur Entlastung beitragen kann und dadurch Kapazitäten erhöht werden können. Dabei sollte jede Berufsgruppe ihre eigenen Kompetenzen möglichst vollständig ausschöpfen. Anstelle Aufgaben abzugeben, was insbesondere von Therapeut:innen abgelehnt wurde, ginge es „...eher um die Übernahme von Aufgaben, weniger die Abgabe“ (Phys10). Einige Antwortende sahen hingegen auch einen Nutzen bei der Abgabe von Aufgaben. „So wäre eine Entlastung z. B. der Ärzteschaft möglich“ (HÄ17).

— — —

1: Der Begriff „Ernährungsfachkräfte“ fasst Ökotropholog:innen, Diätassistent:innen und Ernährungswissenschaftler:innen zusammen

Insgesamt wurde betont, dass es für eine tatsächliche effiziente, patientenzentrierte Versorgung v.a. um eine sinnhafte Koordination und Kooperation im jeweiligen Versorgungsnetz und in der jeweiligen Versorgungssituation gehe. Anstelle einer Umverteilung müsse eher die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt und die Versorgungsübergänge zu anderen Berufsgruppen besser gestaltet werden. Dabei gehe es nicht um die Entlastung einzelner Berufsgruppen, sondern um eine kompetente interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe. Hier zeige sich jedoch das „große Problem des Loslassens von Aufgaben“ (PFP24). Für die Teamarbeit sollten die Aufgabenteilungen im individuellen Fall klar kommuniziert werden.

Es gab Antwortende, die befürchteten, dass es zu Qualitätsverlusten durch Kompetenzüberschreitung kommen könne und die Versorgung dadurch weiter „gestückelt“ würde. Kompetenzüberschreitungen müssten vermieden werden. Notwendige Kompetenzen für Delegationsaufgaben könnten durch spezielle Lehrgänge erworben werden, wohingegen manche Professionen aufgrund ihrer Ausbildung bereits jetzt ausreichend vorbereitet seien. Um die Versorgungsqualität auch mit vermehrter Zusammenarbeit zu sichern, sei eine inhaltliche Rückkopplung mit anderen Behandelnden zwingend. Zusätzlich müssten die Ausbildungen an die aktuellen Bedarfe angepasst und deren Qualität gesichert werden. Für eine optimale Aufgabenverteilung müsse auch die Qualifizierung sichergestellt werden. Bemängelt wurden die individuell unterschiedlichen Qualifikationen und deren fehlende Qualitätssicherung sowohl in der Ausbildung als auch in der Leistungserbringung, woraus eine unterschiedliche Leistungsqualität resultiere.

Versorgungskultur

Hierarchische Strukturen

Aktuell stünden der patientenzentrierten Versorgung „vor allem hierarchische Gefüge und professionsbezogene Machtansprüche und alte tradierte Standesdünkel entgegen“ (PFP24). Um hier eine Verbesserung zu erreichen „wäre ein Umdenken im Grundverständnis von integrierter Versorgung notwendig, das nicht bedeutet wir verzahnen ambulante und stationäre medizinische Versorgung, sondern jede Profession im Gesundheitswesen trägt ihr Know-how und Mitwirken diagnose- und patientenbezogen bei.“ (EFK19). Hierzu bedürfe es jedoch förderlicher formaler und finanzieller Rahmenbedingungen.

Fachliche Silos

Die fehlende Wertschätzung und Unwissen führe dazu, dass Gesundheitsberufe nicht entsprechend ihrer jeweiligen Qualifikation eingesetzt und somit ihr Potenzial nicht ausgeschöpft würde: „Es herrschen leider viel Unkenntnis und Vorurteile gegenüber der Profession“ (EFK19). Das fehlende Wissen um vorhandene Kompetenzen könne die Qualität beeinträchtigen und zu suboptimalen Therapien führen, indem Angebote nicht genutzt oder suboptimale Therapien angeboten werden. Grundsätzlich sei „der Austausch über die Berufsgruppen hinweg [...] elementar (PFP23), er „fördert den gleichen Wissenstand“ (Heb3) und sei hilfreich, um „gewisse Vorgehensweisen zu verstehen und um sein eigenes Wissen zu erweitern“ (MFA1). Erforderlich seien insbesondere berufsübergreifende Aus-, Fort- und Weiterbildungen.

Organisation der Zusammenarbeit

Fehlende ritualisierte Kooperation

Erschwerend sei für eine patientenzentrierte Kommunikation und

Organisation der Zusammenarbeit die „kleinteilige ambulante Versorgungsstruktur ohne ‚ritualisierte‘ Zusammenarbeit“ (HÄ18). Kooperation bliebe „im ambulanten Bereich dem Engagement der einzelnen Therapeuten überlassen“ (Phys10). Eine übergreifende definierte Zuständigkeit fehle. Zusätzlich stünden die formale Schweigepflicht und DSGVO dem interprofessionellen Austausch entgegen oder die Institutionen wehrten sich gegen einen Austausch.

Zeitnahe und sektorenübergreifende Informationen seien eine notwendige Voraussetzung für die Patientenversorgung. Die Kommunikation müsse insgesamt intensiviert und systematisiert werden. Vorgeschlagen wurden insbesondere interprofessionelle Fall- und Teambesprechungen.

Mangelnde Zeit

Vielfach konstatierten die Antwortenden, dass schlicht die Zeit für die Zusammenarbeit fehle, auch wegen mangelnder personeller Ressourcen. Besonders angemerkt wurden neben dem Fachkräftemangel und fehlenden „Auxillaries“ (Heb25) ein inadäquater Stellenschlüssel, u.a. auch wegen unklarer Daten hinsichtlich der aktuell eingesetzten Ressourcen.

Formale Anpassungsnotwendigkeiten

Ein weiterer zentraler Hinderungsgrund für Kooperation seien eine fehlende Finanzierung und Fehlanreize. Hierzu müssten Abrechnungskriterien und -möglichkeiten geschaffen werden. In Bezug auf Heil- und Hilfsmittelleistungen wurde bemängelt, dass diese zu stark von der ärztlichen Verordnung abhängen und einen hohen bürokratischen Aufwand erforderten. Zudem würden die Heilmittelrichtlinien die Arbeit einschränken. Eine offenerere und situationsgerechtere Gestaltung der Heil- und Hilfsmittelverordnungen und anderer Versorgungsformen sei hier zielführend. So wurde von Therapeut:innen ein Direktzugang zu Heilmittelberufen gefordert, allerdings unter dem Vorbehalt einer verbesserten Ausbildung.

Um den Gestaltungsspielraum und die Selbständigkeit der Berufsgruppen zu stärken, wäre eine Verkammerung notwendig. Um Überversorgung zu vermeiden und eine bessere Patientenzentrierung zu erreichen, wurde ein Primärarztssystem vorgeschlagen.

Zusammenfassung und Verbesserungsansätze

Ziel der alltagsbasierten, explorativen Befragung war es, Hürden und konkrete Ansatzpunkte aufzuzeigen, mit deren Hilfe die interprofessionelle Zusammenarbeit verbessert werden kann. Aus den Antworten der 28 Expert:innen ließen sich folgende Verbesserungsansätze ableiten, die teilweise ohne weitreichende gesetzliche Änderungen im Alltag angegangen werden könnten (vgl. Tab. 2):

- Berufsgruppenübergreifende gemeinsame Festlegung der Aufgaben im Team: alle Berufsgruppen sollten ihre Kernkompetenzen ausschöpfen. Das bedeutet u.U. auch mehr Verantwortung in Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation für die jeweiligen Berufsgruppen. Dadurch wird eine Erhöhung der Gesamtkapazitäten erwartet.
- Umdenken im Grundverständnis von integrierter Versorgung: die interprofessionelle Zusammenarbeit soll im Hinblick auf patientenzentrierte Kooperation und Koordination gestärkt werden, in der jeder sein Know-how beisteuert. Dabei liegt der Fokus insbesondere auf Versorgungsübergängen zwischen Professionen.
- Unterstützen können dabei berufsgruppenübergreifende Aus-, Fort- Weiterbildungsmöglichkeiten sowie eine ritualisierte und formalisierte Zusammenarbeit (z. B. Fallkonferenzen, fachlicher Austausch).

Kategoriensystem und Lösungsansätze			
Hauptkategorien	Unterkategorien	Spezifikation	Lösungsansätze
Einschätzungen zu IPZ aktuell	Welche Berufsgruppen kooperieren	Kooperation v.a. mit Ärzten und Pflegenden	
	Ist vermehrte IPZ notwendig?	Situationsbezogen ja, mehr Austausch dringend sinnvoll	
	Evidenzlage	schwach	Wissen aus Modellen in Praxis überführen Forschungsprojekte initiieren
Aufgabenverteilung bzw. -neuordnung	Überlappungen und unklare Aufgabenzuordnung zu Berufen		gemeinsame Festlegung von Aufgaben unter Berücksichtigung aller Gesundheitsberufe formale (gesetzliche) Festschreibung von Kompetenzen und Tätigkeitsvorbehalten Ernährungstherapie in Heilmittelkatalog aufnehmen
	Kompetenzen nicht ausgeschöpft	Kompetenzen ausgeschöpft, sofern funktionierende Strukturen etabliert seien Aufgaben nicht klar zu Berufen bzw. damit verbundenen Kompetenzen zugeordnet	gegenseitiges Verständnis fördern klare Aufgaben- und Kompetenzdefinitionen mehr Verantwortung für Gesundheitsberufe Arztvorbehaltsaufgaben reduzieren
		Gestaltungsspielraum und die Selbstständigkeit der Berufsgruppen stärken	Verkammerung
Neuordnung der Aufgaben	Qualität sichern	Qualitätsverluste durch Kompetenzüberschreitung möglich Weitere Stückelung der Versorgung?	Qualitätssicherung und einheitliche Standards in der Ausbildung (an aktuelle Bedarfe angepasst, Modellklausel abschaffen) Qualitätssicherung der Leistungserbringung (z.B. Rückkopplung mit anderen Behandelnden)
	Aufgaben abgeben oder übernehmen	Aufgaben nicht klar zu Berufen bzw. damit verbundenen Kompetenzen zugeordnet	Jede Berufsgruppe sollte die eigenen Kompetenzen möglichst vollständig ausschöpfen. Wo möglich, sollten Aufgaben abgegeben werden
	Kooperation wichtiger als Neuverteilung	Ziel: nicht die Entlastung einzelner Berufsgruppen, sondern eine kompetente interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe Koordination und Kooperation im jeweiligen Versorgungsnetz/-situation	Versorgungsübergänge zu anderen Berufsgruppen besser gestalten Aufgabenzuteilungen im individuellen Fall klar kommunizieren
Versorgungskultur	Hierarchie	Neues Grundverständnis: jede Profession im Gesundheitswesen trägt ihr Know-how und Mitwirken diagnose- und patientenbezogen bei	förderliche formale und finanzielle Rahmenbedingungen
	Fachliche Silos	Unkenntnis und Vorurteile gegenüber der Profession	Austausch über die Berufsgruppen hinweg fördern interprof. Aus-/Weiter-/Fortbildungen, gemeinsame SOPs entwickeln
Organisation der Zusammenarbeit	Fehlende ritualisierte Kooperation	übergreifende definierte Zuständigkeit fehlerhaft	interprofessionelle Fall- und Teambesprechungen, Visiten diese in Leitlinien verankern Interprofessionelle Dokumentation
	Zeitmangel	Fachkräftemangel inadäquater Stellenschlüssel	
Formale Hürden	Fehlende Finanzierung	Fehlanreize	Abrechnungskriterien und -möglichkeiten für den interprofessionellen Austausch schaffen Anreize für Kooperation (qualitätsorientierte Vergütung)
	Heil- und Hilfsmittelverordnung und Direktzugang		Flexibilisierung der Heilmittelverordnung: z.B. wo Leistungen erbracht werden dürfen Direktzugang ermöglichen
	Fehlende Patientensteuerung	Zur Vermeidung von Überversorgung und zur besseren Patientensteuerung	Primärarztssystem

Tab. 2: Kategoriensystem und Lösungsansätze

- Qualitätssicherung: Aus-, Fort- und Weiterbildungen werden an aktuelle Bedarfe angepasst und entsprechende Qualitätsstandards definiert. Außerdem ist ein formalisierter Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen, insbesondere mit Ärzten, zwingend.
- Ressourcen bereitstellen, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu ermöglichen: Es braucht adäquate Stellenschlüssel sowie die Festlegung von Abrechnungskriterien und -möglichkeiten für Kooperationen.
- Spielräume für situationsgerechtere (flexiblere) Gestaltung der Versorgung: Dazu braucht es einerseits eine formale Festschreibung von Kompetenzen und Tätigkeitsvorbehalten, andererseits eine Flexibilisierung der Heil- und Hilfsmittelverordnungen. Ein Beispiel dafür ist der Direktzugang zu Heilmittelberufen.

Bekannte Hürden und Lösungen in der politischen Diskussion

Ebenso wie in vielen Ländern haben auch die hier befragten Expert:innen überwiegend die Notwendigkeit für mehr interprofessionelle Zusammenarbeit gesehen (Carron, Rawlinson et al. 2021). Die in der internationalen Literatur beschriebenen Hürden (Rawlinson, Carron et al. 2021), die zu großen Anteilen auf Zeitmangel, Trainingsdefiziten, unklarer Rollenverteilungen und damit zusammenhängenden Verlustängsten sowie auf einem Mangel an Kommunikation beruhen, stimmen zum Großteil mit den hier beschriebenen Wahrnehmungen überein. Hinderungsgründe für eine bessere Umsetzung seien der vorliegenden Umfrage zufolge neben unklaren und gleichzeitig teilweise zu rigiden Aufgabenzuschreibungen zu einzelnen Berufen eine hierarchische Kultur, fehlende ritualisierte Teamarbeit und mangelnde Kenntnis über vorhandene Kompetenzen. Außerdem behinderten Zeitmangel und fehlende Vergütungsanreize eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit. Viele klar benannte Aufgaben könnten an Berufsgruppen mit passenderer Qualifikation abgegeben oder von ihnen übernommen werden.

Diese Barrieren haben offensichtlich auch im deutschen Versorgungsalltag nach wie vor Bestand, obwohl selbst die hier formulierten Lösungsvorschläge bereits weitgehend in der politischen Diskussion aufgegriffen werden: im „Gesamtkonzept Gesundheitsberufe“ des BMG sollen durch eine Modernisierung der Berufsgesetze u.a. die Qualitätsstandards der Ausbildungen geregelt werden (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2020). Alle großen Parteien bekannten sich in ihren Wahlprogrammen zu einer Weiterentwicklung der Qualifikationen der Gesundheitsberufe (bvmd 2021). Auch der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) unterstreicht die Notwendigkeit, die Aufgabenverteilung und Kooperationsformen grundlegend zu prüfen und die Autonomie von Pflegefachpersonen rahmenrechtlich sicherzustellen (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) 2021). Selbst die Ärzteschaft, die noch 2018 einer Aufgabenteilung äußerst kritisch gegenüberstand (Bundesärztekammer 2018), bestätigte beim Ärztetag 2021 im Prinzip alle hier formulierten notwendigen Maßnahmen (Bundesärztekammer 2021). Die Robert Bosch Stiftung legte kürzlich einen „Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung“ vor, in dem u.a. auch die Erfordernisse der Einbindung der Gesundheitsberufe in eine gute Versorgung dezi- diert beschrieben sind (Hofmann, Igl et al. 2021).

Konkrete Verbesserungsansätze bereits jetzt?

Trotz all dieser Aktivitäten ist die Diskrepanz zwischen dem Wis-

sen um die Notwendigkeit und der tatsächlichen Umsetzung bemerkenswert. Prozessbezogene Erkenntnisse zur Umsetzung scheinen deshalb zentral, denn nur so können praktische Lösungsansätze entwickelt werden (Innovationsausschuss 2021). Einige unserer Ergebnisse beschreiben konkrete Maßnahmen, die im Alltag bereits jetzt und regelungsunabhängig umsetzbar sind.

So kann dem mangelnden Wissen übereinander mit berufsübergreifenden, gemeinsamen Aus-, Weiter- und Fortbildungen (Ulrich, Amstad et al. 2020) entgegen gewirkt werden. Gemeinsame Arbeitsplätze (Co-Location) etwa in Primärversorgungszentren (Rawlinson, Carron et al. 2021) fördern eine niedrigschwellige Änderung der Kooperationskultur. Der Austausch zwischen Professionen und Einrichtungen kann bereits jetzt durch die Möglichkeiten eines „asynchronen Informationsaustauschs“ ohne die Notwendigkeit gleichzeitiger Verfügbarkeit verbessert und gefördert werden (Philipps, Scheible et al. 2021).

Die Implementierung neuer Versorgungsansätze erfolgt langsam und inkonsistent. Neuere Ansätze wie etwa „embedded implementation research“ (Churruca, Ludlow et al. 2019) oder Reallabore nutzen die engere Verknüpfung von der Praxis mit der Forschung, um Innovationen gemeinsam mit den Implementierenden effizienter und kontextbezogener umzusetzen. Projekte, die u.a. durch den Innovationsfonds in den letzten Jahren bundesweit gefördert und umgesetzt werden, erfordern im Prinzip ein solches Vorgehen. Damit verbunden ist die Hoffnung, dass erfolgreiche Projekte auch in die Regelversorgung übernommen werden, auch wenn kein Rechtsanspruch darauf besteht (Ruppel and van den Berg 2022). Viele dieser Projekte beinhalten Elemente vermehrter interprofessioneller Zusammenarbeit oder intersektoraler Kooperation. Allein die Vielzahl der aktuell in ganz Deutschland implementierten und laufenden Lotsen- und Case-Managementprojekte (BMC 2021) zeigt, dass Zuständigkeiten und Rollen im Versorgungsteam klar definiert und mehr Raum zum Austausch geschaffen werden müssen. Die Implementierung zeitlich abgestimmter Treffen (z.B. Fallkonferenzen), die in der Regel zusätzliche Ressourcen benötigen, kann so aktuell im Rahmen von Projekten angegangen werden. Auf diese Weise tragen die Projekte damit bereits zur Kulturänderung bei, auch wenn formale Anpassungen eine unabdingbare Voraussetzung für eine nachhaltige Änderung sind. Aber nur durch Erfahrungen im Versorgungsalltag kann die Zusammenarbeit eingeübt, können die vorhandenen Kompetenzen der jeweils Mitbehandelnden ausgeschöpft und damit die Behandlung interprofessionell und patientenzentrierter und ohne Versorgungsbrüche gestaltet werden.

Eine Konkretisierung der Zusammenarbeit zieht die Anpassung der Ausbildungsinhalte nach sich. Außerdem liefern diese „bottom-up-Prozesse“ auch Informationen zur Neuordnung formaler Vorbehaltsaufgaben, etwa, dass Gesundheitsberufe mehr Verantwortung bei Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation bekommen. Weiteres Beispiel ist ein klareres Rollenverständnis in Teams, das für Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen unverzichtbar ist (Hibbert, Basedow et al. 2021) und durch projektbezogene Prozesse gefordert und gefördert wird.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bereits jetzt Gelegenheiten zu mehr interprofessioneller Zusammenarbeit geschaffen und genutzt werden können, um patientenorientierte Kooperationsstrukturen umzusetzen. Durch die Intensivierung von interprofessioneller Zusammenarbeit können die vorhandenen Kompetenzen verschiedener Professionen optimal ausgeschöpft werden, Abläufe stringenter organisiert und optimiert werden. Dies trägt mit einer

Literatur

- Allen, L. N., S. Barkley, J. De Maeseneer, C. van Weel, H. Kluge, N. de Wit and T. Greenhalgh (2018). „Unfulfilled potential of primary care in Europe.“ *BMJ* 363: k4469.
- Alscher, B., Büscher, Dielmann, Görres, Höppner, Hopfeld, Igl, Kuhlmei, Matzke, Satrapa-Schill (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln Grundsätze und Perspektiven*-. Stuttgart, Robert-Bosch-Stiftung.
- Alscher, B., Dielmann, Hopfeld, Höppner, Igl, Kuhlmei, Matzke, Satrapa-Schill (2011). Memorandum. Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart, Robert-Bosch-Stiftung.
- Bär, M., P. Schönemann-Gieck, J. Bauer, H. Brandenburg, R. Stolz and A. Kruse (2019). *Sektorenübergreifendes Fall- und Versorgungsmanagement bei Risikopatienten*. Heidelberg, VEKTOR. Verbund zur Erstellung einer Expertise zur krankenhausbegleitenden und transsektoralen Überleitungsoptimierung bei Risikopatienten.
- BARMER (2017). *Das zählt in Deutschlands Gesundheitssystem – Koordination und Zusammenarbeit* Gesundheitspolitische Positionen zur Bundestagswahl 2017. Berlin, BARMER.
- BMC. (2021). „Gesundheitslotsen.“ Retrieved 15.11. 2021, from <https://www.bmce.de/gesundheitslotsen/>.
- BPhD -Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. (2019). *Positionspapier - Interprofessionelle Zusammenarbeit*. Berlin.
- Bund-Länder-AG (2020). *Fortschrittsbericht der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“*, Bund-Länder-AG.
- Bundesärztekammer (2018). *Beschlussprotokoll 121.Ärztetag*. Berlin, Bundesärztekammer.
- Bundesärztekammer (2021). *Ärzteparlament fordert Nachbesserung beim Pandemiemanagement*. Berlin, Bundesärztekammer.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2020). *Zukunft der Gesundheitsfachberufe - Ausbildungen neu ordnen*.
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (BVMd), Bundesarbeitsgemeinschaft Junge Pflege im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) and Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. (BPhD) (2018). *Gemeinsame Stellungnahme zum interprofessionellen Arbeiten im Gesundheitswesen der Zukunft*.
- bvmd. (2021). „Heil- und Pflegeberufe.“ Retrieved 15.11., 2021, from <https://gesundepolitik.de/index.php/heil-und-pflegeberufe/>.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative; (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*.
- Carron, T., C. Rawlinson, C. Ardit, C. Cohidon, Q. N. Hong, P. Pluye, I. Gilles and I. Peytremann-Bridevaux (2021). „An Overview of Reviews on Inter-professional Collaboration in Primary Care: Effectiveness.“ *Int J Integr Care* 21(2): 31.
- Churrua, K., K. Ludlow, N. Taylor, J. C. Long, S. Best and J. Braithwaite (2019). „The time has come: Embedded implementation research for health care improvement.“ *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 25(3): 373-380.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2021). *Weiterentwicklung der Primärversorgung und Aufgabenverteilung unter den Gesundheitsprofessionen*. D. B. f. P. (DBfK). Berlin, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln (2021). *Landesberichterstattung Gesundheitsberufe Nordrhein-Westfalen 2019*.
- Fischer, G. C., G. Glaeske, A. Kuhlmei, M. Schrappe, R. Rosenbrock, P. C. Scriba and E. Wille (2007). *Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Kurzfassung*. online, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Frenk, J., L. Chen, Z. A. Bhutta, J. Cohen, N. Crisp, T. Evans, H. Fineberg, P. Garcia, Y. Ke, P. Kelley, B. Kistnasamy, A. Meleis, D. Naylor, A. Pablos-Mendez, S. Reddy, S. Scrimshaw, J. Sepulveda, D. Serwadda and H. Zurayk (2010). „Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.“ *The Lancet* 376(9756): 1923-1958.
- Gerlach, F., W. Greiner, M. Haubitz, G. Meyer, J. Schreyögg, P. Thürmann and E. Wille (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. Bonn/ Berlin, Sachverständigenrat zur Begutachtung für die Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Gerlach, F. M., W. Greiner, M. Haubitz, D. Schaeffer, P. Thürmann, G. Thüsing and E. Wille (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bonn/Berlin, Sachverständigenrat zur Begutachtung für die Entwicklung im Gesundheitswesen.
- Hibbert, P. D., M. Basedow, J. Braithwaite, L. K. Wiles, R. Clay-Williams and R. Padbury (2021). „How to sustainably build capacity in quality improvement within a healthcare organisation: a deep-dive, focused qualitative analysis.“ *BMC Health Serv Res* 21(1): 588.
- Hofmann, C. M., G. Igl, F. Knieps, H. Reiners, F. Welti, U. Wenner and S. Woskowski (2021). *Neustart! für das Gesundheitsrecht - Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung*. Suttgart, Robert-Bosch-Stiftung.
- Höppner, H. (2020). *Kommentar zum vorgelegten Referentenentwurf und zur „ergebnisoffenen Verlängerung akademischer Strukturen bis 2026“*, tal-ggmbh.
- Innovationsausschuss (2021). *Projektabschluss TeleDerm und OSCAR: Zwei Beispiele für die Vielschichtigkeit von Transferempfehlungen in die Versorgung*. Berlin, Innovationsausschuss beim Gemeinsamer Bundesausschuss.
- Lerberghe, W. V., T. Evans, K. Rasanathan, A. Mechal, A. Andermann, D. Evans, B. Galichet, A. Irwin, M. K. Kindhauser, R. Meloni, T. Mertens, C. Mock, H. Montenegro, D. Porignon, D. Rajan and R. Shademan (2008). *Primary health care, now more than ever*. Geneva, World Health Organisation.
- McClinchy, J., J. Williams, L. Gordon, M. Cairns and G. Fahey (2015). „Dietary Advice and Collaborative Working: Do Pharmacists and Allied Health Professionals Other Than Dietitians Have a Role?“ *Healthcare* 3(1): 64-77.
- Philippis, A., M. Scheibler, S. Joos and H. Sturm (2021). „The intersectoral care of cancer patients: weaknesses and strategies for improvement. “ *Dtsch Arztebl Int* 2021(118): 795-796.
- Rawlinson, C., T. Carron, C. Cohidon, C. Ardit, Q. N. Hong, P. Pluye, I. Peytremann-Bridevaux and I. Gilles (2021). „An Overview of Reviews on Inter-professional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators.“ *Int J Integr Care* 21(2): 32.
- Reeves, S., S. Lewin, S. Espin and M. Zwarenstein (2016). *Interprofessional Teamwork in Health and Social Care. The Power of Distributed Perspective*, De Gruyter.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., Zwarenstein, M. (2017). „Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes.“ *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6(CD000072).
- Romijn, A., P. W. Teunissen, M. C. de Bruijne, C. Wagner and C. J. M. de Groot (2018). „Interprofessional collaboration among care professionals in obstetrical care: are perceptions aligned?“ *BMJ Qual Saf* 27(4): 279-286.
- Ruppel, T. and N. van den Berg (2022). „Und wann kommt die Regelversorgung? Rechtsansprüche auf Verstärkung von neuen Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekten?“ *Monitor Versorgungsforschung* 15(1/22).
- Sangaletti, C., M. C. Schweitzer, M. Peduzzi, E. L. C. P. Zoboli and C. B. Soares (2017). „Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review.“ *JBI Evidence Synthesis* 15(11): 2723-2788.
- Schmid, A., Günther, S., Beierlein, J. (2020). *Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums*. Robert-Bosch-Stiftung 2020.
- Seger, W. and T. Gaertner (2020). „Multimorbidität: Eine besondere Herausforderung.“ *Dtsch Arztebl* 117(44): 2092-2096.
- Sin, M. A., M. Askar, S. Beermann, J. Bertz, S. Buda, M. Busch, Y. Du, S. Dudareva-Vizule, U. Ellert, A. Fehr, C. Frank, J. Fuchs, B. Gärtner, A. Gößwald, O. Hamouda, U. Hapke, B. Hauer, C. Heidemann, S. Hense, J. Hoebel, H. Hölling, K. Horch, S. Jordan, P. Kamtsiuris, H. Knopf, L. Krause, K. Kraywinkel, L. E. Kroll, S. Krug, B. Kuntz, T. Lampert, C. Lange, U. Langen, D. Laußmann, K. Manz, U. Maske, D. Matysiak-Klose, G. B. M. Mensink, H. Neuhauser, H. Niemann, E. Nowossadeck, R. Paprott, C. Poethko-Müller, F. Prütz, M. Rabenberg, P. Rattay, A. Rommel, L. Ryl, A.-C. Saß, C. Scheidt-Nave, A. Schienkiewitz, R. Schilling, R. Schlack, M. Schlaud, R. Schmitz, A. Starker, J. Thelen, G. Varnaccia, E. v. d. Lippe, A. Wienecke, T. Ziese and R. Zimmermann (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin, Robert-Koch-Institut.
- Somé, N. H., R. A. Devlin, N. Mehta, G. S. Zaric and S. Sarma (2020). „Team-based primary care practice and physician’s services: Evidence from Family Health Teams in Ontario, Canada.“ *Soc Sci Med* 264: 113310.
- Ulrich, G., H. Amstad, O. Glardon and S. Kaap-Fröhlich (2020). *Interprofessionelle Ausbildung im Schweizer Gesundheitssystem: Situationsanalyse, Perspektiven und Roadmap*. Careum Working Paper 9. C. Stiftung.
- Verein zur Förderung der Wissenschaft in den Gesundheitsberufen (VFWG) (2020). *Stellungnahme des VFWG zur Weiterführung der Modellklausel in den Therapieberufen in Deutschland*.
- WHO (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva, WHO.
- Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV (2019). *Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV*.
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Berlin, Deutscher Wissenschaftsrat.

entsprechenden Aufgabenverteilung dazu bei, die steigenden Bedarfe bei multimorbiden chronisch Kranken zu decken, die vorhandenen Ressourcen besser zu nutzen und damit das Gesundheitswesen nachhaltig zu stärken. <<

Danksagung

Die Autorinnen bedanken sich für die Unterstützung durch die Mitglieder der AG ZIGEV, insbesondere bei den Sprecherinnen Prof. Dr. Anne Barzel und Prof. Dr. Anita Hausen. Ein besonderer Dank geht an alle Expert:innen, die sich an der Umfrage beteiligt haben.

Autorinnenklärung

Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Additionalles Material

Tabelle 3 finden Sie online auf www.m-vf.de (Link: <https://bit.ly/3PAYr8N>)

Zitationshinweis

Sturm et al.: „Zum Stand interprofessioneller Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/22), S. 66-73. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.22.1866-0533.2428>

On the state of interprofessional cooperation in health care provision

The increasing complexity of healthcare along with the simultaneous shortage of specialists require an efficient, patient-centered organization of care. Interprofessional collaboration can contribute to this. In a non-representative expert survey from the working group „Cooperation in Health Care“ (AG ZIGEV) in the German Network for Health Services Research e.V. (DNVF e.V.), insights from different professional perspectives into the current implementation status of interprofessional collaboration and possible approaches for improvement were to be collected.

Results: The distribution of tasks and responsibilities appear not to be clearly defined and strongly dependent on individual working methods. This leads to ineffective and uncoordinated care. There are neither resources such as sufficient time nor formal formats for cooperation. Moreover, coordination efforts are not reflected financially. The following options could foster interprofessional care: to create opportunities for joint learning in training, continuing education and case conferences; to define tasks for all occupational professional groups in defined treatment teams; and to adapt the framework conditions (e.g. remuneration, prescription of remedies/auxiliary aids, quality standards for training).

Keywords

Interprofessional care, integrated care, patient centered care, co-operation

Dr. Dr. med. Heidrun Sturm MPH

ORCID: 0000-0003-4327-7205

leitet den Bereich innovative Versorgung und Gesundheitssysteme am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung am Universitätsklinikum Tübingen. Ihre Interessenschwerpunkte sind patientenzentrierte, vernetzte und effiziente Versorgungskonzepte.

Kontakt: heidrun.sturm@med.uni-tuebingen.de



Dr. med. Aline Flatz MPH

ORCID: 0000-0003-3947-4927

ist Fachärztin für Prävention und Gesundheitswesen und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Bundesamt für Gesundheit in der Schweiz. Sie war bis Sommer 2021 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung am Universitätsklinikum Tübingen.

Kontakt: aline.flatz@gmail.com



Prof. Dr. oec. troph. Birgit-Christiane Zyriax

ORCID: 0000-0002-5377-5956

ist Professorin für Hebammenwissenschaft – Versorgung und Prävention am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Sie leitet die Forschungsgruppe Präventivmedizin und Ernährung. Ihre Forschungsschwerpunkte sind u.a. Versorgungsforschung zu chronischer Entzündung und Ernährung, Gesundheitsverhalten, -kompetenzen und E-Health in der Pflege. Kontakt: bzyriax@uke.uni-hamburg.de



Dr. rer. medic. Anne-Madeleine Bau MPH

arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Sozialpädiatrischen Zentrum der Charité als Ernährungstherapeutin. Sie studierte an der Universität Gießen Ökotrophologie (Diplom) und Public Health (Master) an der Technischen Universität Berlin. Sie war Projektleiterin des Innovationsfondsprojekts GeMuKi – Gemeinsam gesund – Vorsorge plus für Mutter und Kind.

Kontakt: anne-madeleine.bau@charite.de



Dr. rer. medic. Angelika Beyer

ORCID: 0000-0003-4654-4233

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Community Medicine in der Abteilung Versorgungsepidemiologie und Community Health der Universitätsmedizin Greifswald. Sie studierte Gesundheitswissenschaften in Neubrandenburg (BSc) und Health Care Management in Greifswald (MSc). Vorher war sie als Pflegendende in der Anästhesie tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte sind innovative Versorgungskonzepte vornehmlich in der Pädiatrie. Kontakt: angelika.beyer@uni-greifswald.de

