

C. Schmitz | P. Berchtold | I. Cichon  
B. Klapper | V.E. Amelung

# Stand und Zukunft der inter- professionellen Zusammenarbeit in Deutschland

e-Offprint aus

V.E. Amelung | S. Eble | R. Sjuts  
T. Ballast | H. Hildebrandt | F. Knieps  
R. Lägerl | P. Ex (Hrsg.)

Die Zukunft der Arbeit  
im Gesundheitswesen



## Die Autoren

**Dr. Christof Schmitz**  
**PD Dr. Peter Berchtold**  
college M  
Haus der Akademien  
Laupenstr. 7  
3001 Bern  
Schweiz

**Irina Cichon**  
**Dr. Bernadette Klapper**  
Robert Bosch Stiftung GmbH  
Heidehofstr. 31  
70184 Stuttgart

**Prof. Dr. Volker E. Amelung**  
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)  
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und  
Gesundheitssystemforschung  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover



e-Offprint aus  
V.E. Amelung | S. Eble | R. Sjuts | T. Ballast  
H. Hildebrandt | F. Knieps R. Lägél | P. Ex (Hrsg.)  
Die Zukunft der Arbeit  
im Gesundheitswesen

**Buch  
bestellen**

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG  
Unterbaumstr. 4  
10117 Berlin  
[www.mwv-berlin.de](http://www.mwv-berlin.de)

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2020

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Produkt-/Projektmanagement: Susann Weber, Berlin  
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin  
Layout & Satz: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH  
Titelbild: © Adobe Stock/naka

Printed in Germany

# 1

## Stand und Zukunft der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland

Christof Schmitz, Peter Berchtold, Irina Cichon,  
Bernadette Klapper und Volker E. Amelung

### 1.1 Hintergrund

In der Gesundheitsversorgung kommt dem Zusammenspiel der zahlreichen Fachleute unterschiedlichster beruflicher Provenienz enorme Bedeutung zu. Die Qualität der Versorgung und die Sicherheit der Patienten hängen vielfach von der gelingenden interdisziplinären wie interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) ab. In bestimmten, meist schwerwiegenderen Fällen braucht es ein ganzes Netz an medizinischen und ergänzenden Kräften, um einen guten Verlauf ermöglichen zu können. Dabei ist davon auszugehen, dass Koordination im Sinne von Austausch von Informationen nicht ausreicht, sondern Kooperation, also ein Interagieren zugunsten gemeinsamer Verständnisse, nötig ist (WHO 2010; DeKeyser et al. 2016).

Die Forderung nach verstärkter IPZ beschäftigt die Experten seit Jahren, gar Jahrzehnten, national wie international. Doch, so unbestritten die Notwendigkeit verstärkter IPZ gesehen wird und funktionierende, interprofessionelle Teams als wichtiger Teil der Zukunft des Gesundheitssystems betrachtet werden (WHO 2010; Frenk et al. 2010), so sehr hinkt die praktische Umsetzung diesem Anspruch hinterher. Darum finden sich, ungeachtet der allgemeinen Zustimmung und den jahrelangen Bestrebungen, IPZ in Praxis wie Bildung zu befördern, nur begrenzt erfolgreiche Implementierungen und Nachweise nachhaltiger positiver Outcomes (Zwarenstein et al. 2009; Martin et al. 2010; Reeves et al. 2017). Um die Dynamik dieser Kluft zwischen allgemeiner Zustimmung und begrenzter Implementierung besser verstehen zu können, ist ein Blick auf die grundlegende professionelle und kulturelle Konfiguration des Systems hilfreich. Dabei zeigt sich, dass diese Konfiguration einen „Normalfall“ begünstigt, gegenüber dem sich IPZ jeweils erst behaupten muss. Vor diesem Hinter-



grund nehmen wir eine Einschätzung von Reformanstrengungen und neuen Versorgungsmodellen in Deutschland vor und zeigen die wichtige Rolle von Aus- und Weiterbildungsformen für eine zukünftig verbesserte IPZ. Abschließend werden Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik präsentiert.

## 1.2 Die theoretische Fundierung: ein professionelles System

Leistungserbringung im Gesundheitssystem erfolgt arbeitsteilig. Dabei orientiert sich die Arbeitsteilung wesentlich an medizinischen Fachdisziplinen und der Vielfalt der Gesundheitsberufe, d. h. sie ist, das ist von elementarer Bedeutung, grundlegend professionell konstituiert. Darin liegen eine große Stärke und Leistungsfähigkeit, gleichzeitig aber auch eine Schwäche – und die hat mit Kooperation zu tun.

Jede Arbeitsteilung erzeugt Koordinationsbedarf, also mindestens die Notwendigkeit, Informationen zu teilen, die die jeweils nachfolgende Stelle benötigt, um effektiv tätig sein zu können. Exemplarisch seien der Arztbrief zur Überweisung einer Patientin an Spezialisten oder die Information des ambulanten Pflegedienstes über aktuelle Veränderungen an den Hausarzt der betroffenen Person genannt. Koordination ist aber noch nicht Kooperation. Von Kooperation ist erst dann zu sprechen, wenn spezifische Anstrengungen der wechselseitigen Bezugnahme unternommen werden. Kooperation ist mit Aufwand verbunden und muss sich entsprechend „behaupten“ können. Idealerweise erfolgt diese „Behauptung“ dadurch, dass spezifische Probleme durch Kooperation besser gelöst werden können. Solche Probleme können sowohl in der Komplexität einer Erkrankung oder einer Patientensituation, wie auch in Erwartungshaltungen von Beteiligten begründet liegen. Gerade diese Gemengelage aus sachlichen wie sozialen Einschätzungen macht den Begriff und das Phänomen, das er zu bezeichnen sucht, so vielschichtig (SAMW 2017). In der Folge erweisen sich Entwicklung und Implementierung entsprechender Problemlösungsformen als entsprechend anspruchsvoll.

Nimmt man Kooperation also nicht als pure Selbstverständlichkeit, sondern als voraussetzungsvolles und insofern erklärungsbedürftiges soziales Phänomen, richtet sich die Aufmerksamkeit auf die Identifikation jener Probleme im arbeitsteilig-professionellen System, für die Kooperation eine Lösung darstellt.

### 1.2.1 Zwei Kulturen

Die Arbeitsteilung des Gesundheitssystems differenziert grundsätzlich und basal Behandlung und Betreuung (Glouberman u. Mintzberg 2001; Mintzberg 2017; Baecker 2017). Behandlung umfasst diagnostische und therapeutische Interventionen in hochgradiger Spezialisierung und wird wesentlich, aber nicht nur, durch Ärzte erbracht. Betreuung umfasst pflegerische und therapeutische Unterstützung, die heute, aufgefüllt in eine Vielzahl von Formen (stationäre und ambulante Pflege, Reha, Langzeitpflege, etc.), durch verschiedenste Gesundheitsberufe wahrgenommen wird. Der Junge, der am Blinddarm operiert worden ist (Behandlung), muss einige Tage im Bett bleiben und gepflegt werden (Betreuung), bevor er entlassen werden kann. Die ältere Dame, die ein neues Hüftgelenk erhielt (Behandlung), braucht pfe-



Abb. 1 Die beiden Kulturen des Kerngeschäfts (Glouberman u. Mintzberg 2001)

gerische wie therapeutische Unterstützung (Betreuung), um buchstäblich auf die Beine zu kommen. Aus dieser Differenzierung von heilender Intervention und betreuender Unterstützung haben sich zwei Kulturen des Kerngeschäfts entwickelt, die bei aller Gemeinsamkeit der Aufgaben weitreichend unterschiedlichen Orientierungen folgen (s. Abb. 1); eine Unterscheidung, die sämtliche Bereiche des Gesundheitssystems (z.B. Sektoren, Felder wie Prävention etc.) durchzieht.

Das immer wieder voraussetzungsreiche Zusammenspiel der beiden Kulturen und ihrer Gesundheitsberufe ist seit vielen Jahren Thema. Bereits Florence Nightingale hatte in ihren „Notes on Hospitals“ (1863) darauf hingewiesen, dass sie kein Krankenhaus kennen würde, das nicht von der Auseinandersetzung zwischen den beiden Kulturen gekennzeichnet wäre. Und sie führte an, das sei von Vorteil – nämlich für die Patienten. Denn, bestünden keine Auseinandersetzungen zwischen den Kulturen, wären für Patienten nachteilige Einseitigkeiten die Folge. Das von Nightingale beschriebene Prinzip der Friktion bleibt aufrecht:

*“For the last Hundred years the general hospital has been the key battleground for the various forces arrayed in the division of labour in health care. There seems no reason this should change now.” (Dingwall et al. 1988)*

Auch heute können, wenn auch in neuer Ausprägung, solche Auseinandersetzungen beobachtet werden und IPZ spielt darin eine wichtige Rolle.

### 1.2.2 Asymmetrien

Das grundlegende Koordinationsprinzip der arbeitsteiligen Leistungserbringung im Gesundheitssystem ist die „standardisation of skills“ (Glouberman u. Mintzberg 2001). Ausbildung und Training der verschiedenen Experten sorgen dafür, dass in der täglichen Praxis selbstverständlich, jederzeit und routiniert Kompetenzen kombiniert und aneinandergereiht werden können. Der Chirurg darf darauf vertrauen, dass die Pflege auf der Station weiß, was mit der Patientin im Anschluss an die Operation geschehen soll. Die Hausärztin weiß, warum und wozu sie Physiotherapie verschreibt. Das ganze System der Leistungserbringung baut darauf auf, dass sich die Kompetenzen der verschiedenen Fachpersonen ergänzen und ineinandergreifen. Man muss nicht streiten, wer das Skalpell führt und wer auf der Station das Fieber misst. Es ist aufgrund der Aus- und Weiterbildung (und damit in Verbindung stehenden Regularien) klar, wer wofür zuständig ist.

Die Professionen stehen sich dabei nicht gleichwertig gegenüber, sondern befinden sich in einem historisch gewachsenen, strukturell-hierarchischen Zusammenhang. Es ist die Ärzteschaft, die verordnet, es ist vor allem die Ärzteschaft, die befundet, es

ist die Ärzteschaft, die Auslöser und Garant der Verrechenbarkeit der Leistung ist, und es ist die Ärzteschaft, die die juristische Verantwortung beansprucht (auch wenn die rechtliche Realität komplexer ist). Und es ist die Ärzteschaft, die viel besser verdient als die anderen Gruppen. Unser modernes Gesundheitssystem orientiert sich grundsätzlich an der ärztlichen Diagnostik und der damit in Verbindung gesehenen Befundungskompetenz. Das verschafft den Ärzten eine strukturell hervorgehobene Rolle und stellt eine außerordentliche Machtposition dar. Legitimiert wird diese über das Wissen, das zur Problemlösung benötigt wird und die damit einhergehende Verantwortung. Kritisiert wird diese Doppelung von Wissen und Macht als „medical hegemony“ (Coombs u. Ersser 2004). Es liegt auf der Hand, dass diese strukturelle Asymmetrie für die Kooperation in der Praxis folgenreich ist und sich z.B. in hierarchisch orientierter Weisungsbefugnis ausdrückt. Damit einher gehen Prestige- und Statusunterschiede, die in der Interaktion nur mit hohen persönlichen Aufwendungen der Beteiligten überwunden werden können.

#### 1.2.3 Vier Kulturen

Koordination und Kooperation in der Leistungserbringung finden in einem immer auch regulierten und bewirtschafteten Kontext statt. Zwei weitere Kulturen, nämlich die des Managements und der Gemeinschaft, sind darum zu ergänzen, denn erst mit ihnen kann von einer „vollständigen“ medizinischen Handlung gesprochen werden (Baecker 2017) (s. Abb. 2).

Die Leistungen, die in der Krankenbehandlung erbracht werden, müssen organisiert und verrechnet werden. Dazu werden sie im Rahmen teils wissenschaftlich fundierter, teils zwischen den einschlägigen Akteuren des Systems verhandelter und gesetzlich regulierter Klassifizierungen codiert. Nur das, was in dieses System von Krankheits- wie Behandlungsdefinitionen und den tariflichen Zuordnungen passt, kann vergütet werden. Medizinische Handlungen sind keine einfachen Transfers zwischen ebenbürtigen Vertragspartnern, wie der Kauf einer Schokolade im Supermarkt. Sie sind Resultate höchst voraussetzungsvoller Abstimmungsprozesse und Regularien sowie fortlaufender Organisationsprozesse.

Ohne Befund keine Behandlung, ohne Befundung keine gesundheitssystemische Relevanz (Fuchs 2006). Was befundet werden kann (und natürlich auch: wer befunden kann), ist immer wieder eine Frage der Aushandlung: Gehören homöopathische

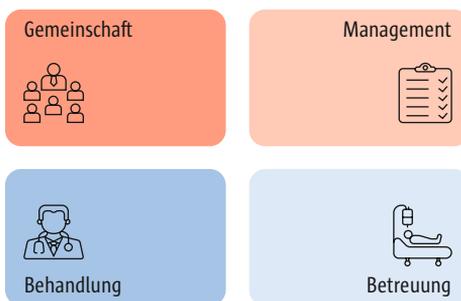


Abb. 2 Die vier Kulturen der Gesundheitsversorgung (Glouberman u. Mintzberg 2001; Baecker 2017)

Globuli in den Leistungskatalog? Dürfen Psychologen nur in Delegation von Psychiatern arbeiten oder selber abrechnen? Eindeutig ist, dass in der Klärung dieser Fragestellungen vielfältige Interessen aufeinandertreffen: Leistungserbringer, Krankenversicherer, Politik oder Industrie bringen ihre Interessen ein und versuchen diese durchzusetzen. Im Kern geht es um einen politischen Prozess, der als Arena einer gesellschaftlichen Abstimmung über Leistungen und deren Preise dient. All diese Prozesse der Abstimmung von Leistungen mit den gesellschaftlichen Erwartungen sind Bestandteil einer Kultur der Gemeinschaft (Baecker 2017).

Medizinische Leistungen sind vielfach organisatorisch wie technisch voraussetzungsvoll. Die Fülle der Aktivitäten zur Ermöglichung medizinischer Leistungen – von der Organisation ihrer Durchführung, der Bereitstellung von Instrumenten und Apparaturen bis hin zur Verrechnung – umfasst das, was wir gemeinhin mit Management bezeichnen. Das trifft vergleichsweise begrenzt auf die einfache Hausarztpraxis und in viel größerem Umfang auf Organisationen wie die Krankenhäuser zu. Diese müssen umfangreiche und teure Infrastruktur und Supportleistungen zur Verfügung stellen, was wiederum Prozesse der Planung, der Bereitstellung und Optimierung von Leistungen vervielfacht. Mit dem medizinischen Fortschritt ist daher auch eine Kultur des Managements in der Gesundheitsversorgung gewachsen.

Alle Handlungen der Leistungserbringung sind also stets von den vier Kulturen geprägt: Behandlung, Betreuung, Management und Gemeinschaft. Diese vierfache Prägung kennzeichnet das System der Gesundheitsversorgung und hat konkrete Auswirkungen: Der Hausarzt hat keine Zeit für die Patientin, weil die Krankenkasse nicht bereit ist, mehr Zeitaufwand zu entschädigen; die Radiologin befundet im 10-Minuten-Rhythmus, um den an sie gestellten Effizienzanforderungen gerecht zu werden; das Management macht Druck, um die Zahl behandelter Patienten zu steigern; die Pflege verlangt Bettenschließungen, weil Personal fehlt; die Politik wird unruhiger, weil sie nicht weiß, wie mit dem unaufhaltbaren Kostenanstieg umzugehen ist usw. Die Wechselwirkungen der vier Kulturen und ihrer Logiken sind für den Alltag – auch den der Kooperation – in hohem Maße prägend. Mit anderen Worten: jede Situation in der konkreten Praxis der Leistungserbringung – im Krankenhaus, in der Arzt- oder therapeutischen Praxis, auf der Visite, im OP, beim Informationsaustausch über den Status einer Patientin, im Konsil – ist strukturell und kulturell mehrfach determiniert. Erst vor diesem Hintergrund wird verstehbar, welchen Aufwand Veränderungen des Systems der Leistungserbringung bedeuten – auch in Hinblick auf interprofessionelle Kooperation.

### 1.2.4 Normalfall und Abweichung in der Gesundheitsversorgung

Mit dem professionell konfigurierten System und seinem Koordinationsprinzip „standardisation of skills“ (Glouberman u. Mintzberg 2001) lassen sich zunächst ohne großen Abstimmungsaufwand die wesentlichen Kompetenzen aneinanderreihen. Der Rücken schmerzt, also verschreibt der Hausarzt Physiotherapie. Mehr an Abstimmung passiert nicht und braucht es in vielen Fällen auch nicht. Das ist also der „Normalfall“ des Systems: eine lose Koppelung von Kompetenzen, basierend auf ärztlicher (Einzel-)Entscheidungsfähigkeit (SAMW 2020). Die grundlegende Stärke dieses professionellen Systems besteht darin, dass sich ein medizinischer Akteur von der An-



nahme leiten lassen darf, dass alle Beteiligten wissen, was zu tun ist – und dass es keiner besonderen Abstimmungsbemühungen bedarf. Im Normalfall ist daher keine tiefergehende Kooperation erforderlich. Diese Routine entlastet ungemein und sichert eine Grundfunktionalität. Das System erweist sich in dieser Hinsicht als effizient und leistungsfähig.

Das ändert sich allerdings dann, wenn die Problemstellungen komplexer werden und den Normalfall zu überfordern beginnen. Dann droht die Stärke in eine Schwäche umzukippen – und zwar, weil der Normalfall überdehnt wird. Immer noch macht dann jeder das, wofür er sich professionell zuständig fühlt, aber ohne in hinreichende Verständigung mit anderen zu treten. Das ist suboptimal und kann auch problematisch für die Behandlung und Betreuung der Patienten werden, weil wichtige Signale übersehen oder potenzielle Nebenwirkungen falsch eingeschätzt werden oder Optionen gar nicht erst in den Blick geraten. Die Beispiele dafür sind zahlreich: der ältere, pflegebedürftige Patient wird ohne Klärung der häuslichen Situation entlassen, kurze Zeit später stürzt er, was eine neue Krankenseinweisung erforderlich macht usw.

Eine Überforderung des Normalfalls tritt dann auf, wenn statt enger Routinen einzelner Akteure neue, gemeinsame und verschiedene professionelle Akteure beteiligende Verständnisse erforderlich werden (WHO 2010). In diesen Situationen müssen die Akteure vom gewohnten Normalfall abweichen, um den zusätzlichen Verständigungsanforderungen zwischen den Berufen gerecht zu werden. Das ist vor allem dann der Fall, wenn 1) Krankheiten über eine einzelne medizinische Kategorie hinausreichen, 2) eine Mehrzahl an Spezialisten und Expertinnen nötig ist, 3) für den Behandlungserfolg zusätzlich zu den biomedizinischen psychosoziale Dimensionen wichtig werden, und 4) hochgradig iterative Behandlungsverläufe gegeben sind. In all diesen Fällen steigt der Koordinations- und Synchronisierungsbedarf der Krankheitsbehandlung rapide an und ruft nach kooperativen Lösungen. Genau darin liegen die Probleme, für die Kooperation eine Lösung darstellt. Sie bedeuten „Abweichungen“ vom „Normalfall“. Gelingende IPZ stellt also eine (positive) „Abweichung“ dar – und muss ihren Aufwand behaupten und zwar in allen vier Kulturen.

### 1.3 Interprofessionelle Kooperation: der Status Quo in Deutschland

Der medizinische Fortschritt auf der einen und die demografische Entwicklung auf der anderen Seite bringen es mit sich, dass der beschriebene „Normalfall“ in der Gesundheitsversorgung immer häufiger unter Druck gerät und die „Abweichung“ IPZ zunehmend zu einer wichtigen Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige effiziente Gesundheitsversorgung wird. Dies ist heute weitgehend anerkannt und wird von hochrangigen gesundheitspolitischen Gremien (SVR 2007, 2009, 2014) sowie von Berufsverbänden, Patientenorganisationen, Krankenkassen und anderen Akteuren gefordert. So bemängelt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in nahezu jedem seiner Gutachten eine unzureichende sektorenübergreifende Versorgung, defizitäre interprofessionelle und flexible Versorgungsstrukturen sowie eine mäßige Kooperation der Gesundheitsberufe.

### 1.3.1 Viele Reformanstrengungen

Aktuell sind in Deutschland zahlreiche Bestrebungen zu beobachten, um neue Versorgungsmodelle und -formen zu realisieren. Ihre Ziele sind die Überwindung von sektoralen Grenzen, eine bessere Koordination von Gesundheitsleistungen, mehr IPZ sowie Patientenbeteiligung. Die Reformansätze umfassen Netzbildungen, Modelle zur integrierten Versorgung, strukturierte und Disease-Management-Programme oder Medizinische Versorgungszentren. Diese Reformbestrebungen haben bislang größtenteils medizinische Behandlungsprozesse und ärztliches Handeln im Fokus und erfassen nur unzureichend Pflege oder therapeutische Aufgaben (Schaeffer u. Hämel 2016; Kuhlmeij et al. 2014; Ewers 2012).

Aufgabenorientierte und teambasierte Formen der Kooperation konnten sich in einigen Versorgungsbereichen in Deutschland durchsetzen, so in der Rehabilitation, der Geriatrie und der Palliativversorgung (Schäffer u. Hämel 2016). Da die Umsetzung dieser „Abweichungen“ mit einigen Herausforderungen und einer konsequenten Überwindung der traditionellen Routinen, Zuständigkeiten und Domänenansprüchen verbunden ist, gestalten sich Reformbemühungen und Veränderungsprozesse vielfach sehr mühsam und schwierig. Eine berufsübergreifende Kooperation aller an den Versorgungsprozessen beteiligten Berufsgruppen auf Augenhöhe benötigt eine konsequente Veränderung der in Deutschland immer noch verankerten traditionellen hierarchischen Formen.

Der 2016 in Kraft getretene Innovationsfonds hat die qualitative Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zum Ziel. Der Schwerpunkt soll dabei auf Vorhaben liegen, „die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden“ (§ 92a Absatz 1 SGB V). Explizit hervorgehoben werden Ansätze zur Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen sowie interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle. Eine Analyse der 349 geförderten Projekte zeigt deutlich, dass IPZ eine wesentliche Rolle spielt, auch wenn diese nicht immer explizit adressiert wird, sowohl bei den Projekten der neuen Versorgungsformen, wie auch bei der Versorgungsforschung.

### 1.3.2 Neue Versorgungsmodelle

Parallel dazu werden Anstrengungen zur Einführung multiprofessioneller Versorgungsmodelle in der Primärversorgung nach internationalen Vorbildern unternommen. Das Modell lokaler, regional ausgerichteter Gesundheitszentren der Primär- und Langzeitversorgung bietet gerade für strukturschwache und ländliche Regionen eine Chance, die Gesundheitsversorgung in Zukunft zu sichern und neue Maßstäbe in der Qualität der Versorgung und gleichzeitig der interprofessionellen Kooperation durch eine gemeinsame Vision, gemeinsame Entscheidungsfindung, geteilte Verantwortung sowie klare Kommunikationsstrukturen und Zuständigkeiten im Team zu erarbeiten und zu etablieren (Klapper 2017). Dieses Modell wird aktuell von der Robert Bosch Stiftung in den Förderprogrammen „PORT“ und „supPORT“ (Infokasten PORT) gefördert.

#### PORT/supPORT-Gesundheitszentren

Mit dem Programm PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung fördert die Robert Bosch Stiftung die Einführung und (Weiter-)Entwicklung von lokalen, inhaltlich umfassenden und exzellenten Gesundheitszentren in Deutschland, die die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region abdecken können. Die supPORT-Initiativen zeichnen sich durch Umsetzung eines oder mehrerer der PORT-Merkmale aus.

#### PORT-Merkmale

- Abstimmung des Leistungsangebots auf den regionalen Bedarf und Populationsorientierung
- Einschließen von Prävention und Gesundheitsförderung
- Umsetzung einer patientenzentrierten, koordinierten, kontinuierlichen Versorgung
- Unterstützung von Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung
- multiprofessionelles Teamwork aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen auf Augenhöhe
- Nutzen der Möglichkeiten digitaler Anwendungen
- gute kommunale Einbindung

In den letzten Jahren ist in Deutschland ein weiterer Trend zu verzeichnen: Das Modell eines Gesundheitscampus gilt als ein innovativer Ansatz für bessere Kooperation und Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung, der von einzelnen Sektoren und deren Vergütungssystemen unabhängig ist. Als ausgewählte Beispiele können die Campusmodelle Brandenburg, Göttingen oder Nordrhein-Westfalen, Bosch Health Campus oder Berliner Bildungscampus von der Charité und Vivantes genannt werden. Häufig bietet ein Gesundheitscampus eine bedarfsorientierte Gesundheitsversorgung der Bevölkerung an und fasst verschiedene Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen funktional und organisatorisch zusammen. Dabei wird angestrebt, allgemeine, berufspraktische und wissenschaftliche Qualifikationsziele mit Forschung und regionaler Entwicklungsplanung im Gesundheitswesen zu verbinden. Umfassende Versorgung aus einer Hand anzubieten, gelingt leichter, wenn die daran Beteiligten in räumlicher Nähe zusammenarbeiten, ihre Prozesse aufeinander abgestimmt haben und über kurze Wege mit intelligenten Hilfsmitteln kommunizieren können, anstatt vereinzelt um den Patienten herum zu agieren und immer wieder für den Fluss der Informationen sorgen zu müssen (Klapper 2017).

### 1.3.3 Neue Aus- und Weiterbildungsformen

Um die umfänglichen Aufgaben für Personen mit komplexeren Versorgungsbedarfen erfolgreich zu bewältigen, benötigt jede Berufsgruppe über Fachkenntnisse hinaus ein bestimmtes Set von Fähigkeiten und Kompetenzen (Klapper 2017). Zunehmend wichtiger wird es, das „gesamte große Bild“ mit den Aufgaben aller Beteiligten gut zu kennen und einen Überblick über die Kompetenzen und Zuständigkeiten der jeweils anderen Berufsgruppen zu behalten. Seit Jahren wird deswegen eine engere

Verknüpfung von Versorgung und Bildung sowie eine interprofessionelle Öffnung des Ausbildungssystems gefordert und in vielen Ländern intensiv diskutiert (Schaeffer u. Hämel 2016; Sottas et al. 2013). Dieses Thema ist auf der Agenda von wissenschafts- und bildungspolitischen Gremien angekommen: Teamarbeit und der dafür notwendige Aufbau von kooperativen Kompetenzen und Fähigkeiten werden verstärkt gefordert (Wissenschaftsrat 2014; Hochschulrektorenkonferenz 2017; Walkenhorst et al. 2015).

In Deutschland ist in den letzten Jahren die Entwicklung von interprofessionellen Ansätzen im Medizinstudium sowie in Ausbildungen und Studiengängen der Pflege- und Therapieberufe spürbar vorangetrieben worden. Bei der Konzeption interprofessioneller Lernangebote kamen unterschiedliche Ideen und Möglichkeiten zum Einsatz, sei es bei der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung (interprofessionelle Kommunikation und Teamarbeit, Rollen der Gesundheitsberufe oder berufsspezifische Aufgabenfelder und Kompetenzen, Schnittstellenmanagement etc.), der Auswahl des methodisch-didaktischen Zugangs, der Teilnehmerzusammensetzung oder des Lehrkräfteeinsatzes (Cichon u. Klapper 2017). Diese zahlreichen Initiativen zeigen, dass interprofessionelle Lehre im Zusammenspiel der unterschiedlichsten Gesundheitsberufe trotz etlicher Hürden systemischer, struktureller und operativer Natur, grundsätzlich umgesetzt werden kann (Nock 2020 i.E.).

Das Thema wird zudem aktiv von den Studierenden und Auszubildenden im Gesundheitsbereich aufgegriffen. Die Vertretungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Junge Pflege im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V., des Bundesverbandes der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. und die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. fordern in einer gemeinsamen Stellungnahme zum interprofessionellen Arbeiten im Gesundheitswesen der Zukunft, bereits in Ausbildung und Studium der Gesundheitsberufe auf interprofessionelle Lehr- und Lernkonzepte zu setzen (BVMD et al. 2018).

Mit dem Masterplan Medizinstudium 2020 wird aktuell auf höchster politischer Ebene darüber abgestimmt, ob Interprofessionalität zukünftig obligatorischer Bestandteil der Medizincurricula sein soll und damit früher oder später auch in der Ausbildung anderer Gesundheitsberufe eine verpflichtende Rolle spielen wird (BMG 2017). Die interprofessionelle Öffnung des Gesundheitswesens und seines Ausbildungssystems ist nicht allein von der Medizin abhängig. Die Fachgesellschaften und berufspolitischen Vertretungen von Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Hebammenkunde müssen ihren professionellen Geltungsanspruch unter Beweis stellen und die Chance ergreifen, frühzeitig und proaktiv an der Entwicklung interprofessioneller Ausbildung und Lehre mitzuwirken (Nock 2020 i.E.).

### 1.3.4 Neue Forschungsfelder

Studien und Forschungsarbeiten zu den Effekten einer interprofessionellen Versorgung, zu interprofessionellem Lernen und den zu erwartenden Outcomes sind bislang in Deutschland noch übersichtlich (Nock 2020 i.E.; Walkenhorst et al. 2015; Ewers 2012). Es besteht dringender Nachholbedarf an Grundlagenforschung, den verschiedene Initiativen in den letzten Jahren vermehrt aufgreifen. Das deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. hat 2018 eine Arbeitsgruppe „Zusammenarbeit



in der Gesundheitsversorgung“ ins Leben gerufen, um die Arbeitsteilung und Kooperation der Gesundheitsberufe als Themenfeld der Versorgungsforschung zu etablieren. Neben den ärztlichen Berufsgruppen stellt die Arbeitsgruppe die nicht-medizinischen Gesundheitsberufe stärker als bisher in den Fokus der Versorgungsforschung.

Trotz vieler Hinweise auf positive Effekte des interprofessionellen Lernens und interprofessioneller Kooperation liegen nur wenig wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zur interprofessionellen Zusammenarbeit und deren Voraussetzungen in der vorausgehenden beruflichen Bildung vor (Walkenhorst et al. 2015). Zudem mangelt es bislang an speziell ausgebildetem Nachwuchs, der auf wissenschaftlicher Basis im Kontext interprofessioneller Lehre und Forschung arbeitet und das Themenfeld wissenschaftlich fundiert weiterentwickeln kann. Deswegen wurde als hochschulische Qualifizierungs- und Forschungsmaßnahme das Graduiertenkolleg ILEGRA (Interprofessionelle Lehre in den Gesundheitsberufen) an der Universität Osnabrück und der Ludwig-Maximilians-Universität München gegründet. Es soll maßgebliche Beiträge zur nachhaltigen, wissenschaftlich fundierten Weiterentwicklung der interprofessionellen Lehre und zur Verbesserung der Versorgungssituation leisten. Im Idealfall soll ILEGRA zu verallgemeinerbaren Aussagen im Hinblick auf eine integrierte Theorie gelungener Zusammenarbeit im Gesundheitswesen führen. Mit dem Auslaufen des Kollegs im Jahr 2022 sollen Ergebnisse vorliegen.

Auch innerhalb der im Rahmen des Förderprogramms „Operation Team“ der Robert Bosch Stiftung und weiterer IPZ-Initiativen entstandenen Netzwerke sind, sowohl projektintern als auch standortübergreifend, erste Bemühungen um öffentliche Gelder der Forschungsförderung zu verzeichnen. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass bei den klassischen Förderinstitutionen (DFG, BMBF, BMG) für das Thema Interprofessionalität noch kein passender Förderschwerpunkt bestünde (Nock 2020 i. E.). Interprofessionalität erscheint aktuell in Deutschland als ein veritables, bislang jedoch unterbelichtetes Forschungsfeld mit hoher Transferqualität und großem Anwendungsnutzen (Nock 2020 i. E.). Der Ausbau dieses Forschungsfeldes wird vor allem davon abhängen, inwieweit die öffentlichen Auftraggeber zukünftig Grundlagen- und Begleitforschung ermöglichen.

## 1.4 Fazit – Handlungsempfehlung für die Gesundheitspolitik

IPZ bedarf flankierender Maßnahmen, um sich im Gesundheitssystem weiter etablieren zu können. Zwei deutlich erkennbare Entwicklungen in unserem Gesundheitssystem gefährden die Umsetzung.

1. Erstens ist IPZ für die genannten Problemstellungen zwar überlegen und als sinnvoll akzeptiert, aber zumindest in der Einführungsphase eben auch ressourcenintensiv. Gerade vor dem Hintergrund nahezu flächendeckender Personalengpässe wird es ausgesprochen herausfordernd sein, die notwendigen Kapazitäten zur Verfügung zu stellen, auch wenn perspektivisch Prozesse hierdurch effizienter und somit ressourcenschonender werden.
2. Und zweitens, je größer der wirtschaftliche Druck ist, desto schwieriger lassen sich Konzepte umsetzen, die derzeit noch wenig unmittelbare und klar messbare Nutznachweise erbringen können, auch wenn jeder von deren Sinnhaftigkeit überzeugt ist.

### 1.4.1 Leistungsanspruch als Oberziel

Zu den direkten und weitestgehenden Maßnahmen gehört die Definition eines gesetzlich verankerten „Leistungsanspruchs der Versicherten“ auf interprofessionelle Kooperation, d.h. dass kooperationsrelevante Leistungen nur auf Grundlage eines multiprofessionellen Assesments vergütet werden. Jeder gesetzlich Versicherte sollte entsprechend einer klaren Definition und Abgrenzung einen Anspruch auf interprofessionelle Kooperation zwischen den Leistungserbringern haben, die sich wiederum auf deren Vergütung niederschlägt. Insbesondere bei pauschalierten Vergütungsmodellen, wie beispielsweise dem DRG-System im stationären Sektor, sind diesbezügliche Rahmenbedingungen (z.B. verpflichtende Tumorboards) zu formulieren. Vergütungssysteme, die darauf ausgerichtet sind, eine definierte Leistung mit einem Minimum an Aufwand zu erzielen, müssen angepasst werden, um IPZ nicht zu behindern.

### 1.4.2 „Verrechnung“ zwischen Gesundheits- und Sozialversorgung

Es müssen Mechanismen etabliert werden, die die Verrechnung von Kosten- und Nutzeneffekten zwischen den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern ermöglichen. Ist die aktuelle Logik darauf ausgerichtet, Effekte nur in einem Sozialgesetzbuch zu honorieren, werden übergreifende Effekte „verrechenbar“ gemacht, d.h. Mehrausgaben in einem Sektor (z.B. SGB V) mit Einsparungen in einem anderen Sektor (z.B. SGB IX) kombiniert betrachtet. Dies gilt insbesondere im Zusammenspiel zwischen Gesundheits- und Sozialversorgung. An die Stelle von Silodenken zwischen Sektoren und Berufsgruppen tritt populationsorientierte Gesamtbetrachtung.

### 1.4.3 „Value“ als Orientierung

IPZ setzt darüber hinaus voraus, dass die Themen Delegation und auch Substitution neu diskutiert werden, damit Neukonfigurationen der Arbeit möglich werden. Nicht die Leistung Einzelner oder einer Profession sollten im Vordergrund stehen, sondern der Gesamt-Nutzen („Value“) für die Patienten. Prinzipien wie beispielsweise diejenigen von „Value Based Health Care“ müssen die Grundlage für die Gesundheitssystemgestaltung darstellen. Voraussetzungen hierfür sind, neben der bereits dargestellten Vergütungslogik, der Zugang und die Nutzung einer gemeinsamen Informationsbasis, idealerweise einer sektoren- und berufsfeldübergreifenden elektronischen Patientenakte.

Vor allem sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die kurzfristigen Mehraufwand honorieren, der gesamthaft und langfristig jedoch zu mehr „Value“ in der Versorgung einer Population führt, da interprofessionelle Kooperation als Investition in höhere Outcomes zu verstehen ist.



#### 1.4.4 Schlüsselfaktor Ausbildung

Wesentlichen Einfluss auf die Förderung interprofessioneller Kooperation hat auch die Gestaltung der Ausbildung. In der Ausbildung der unterschiedlichen Professionen und der Gestaltung der Curricula ist die interprofessionelle Kooperation fest zu verankern, und sie muss für Absolventen eine Normalität darstellen. Die im Kapitel 1.3.3 erwähnten Beispiele könnten hier als Referenz dienen.

#### 1.4.5 Vergütungssysteme als Motoren

Damit sich IPZ behaupten kann, müssen neben flankierenden regulatorischen Maßnahmen auch förderliche finanzielle Vergütungsformen entwickelt bzw. Fehlanreize minimiert werden. Denn die heutigen Vergütungsformen der ärztlichen, therapeutischen, pflegerischen, stationären, ambulanten und weiteren Leistungen sind aufgrund ihrer unterschiedlichen Grundlagen, Historien und Ziele widersprüchlich, uneinheitlich, fragmentierend und in der Konsequenz deshalb der interprofessionellen Kooperation eher hinderlich. Hinzu kommt, dass IPZ im Sinne der Abweichung vom Normalfall mit erheblichem (Energie-)Aufwand verbunden sein kann. Dieser Zusatzaufwand an Energie kann durch zusätzliche finanzielle Ressourcen gestützt (z.B. via extra-budgetären Einzelleistungsvergütungen) und durch passende Vergütungsformen gefördert werden.

Reformen der Leistungsvergütung haben verschiedene Hürden zu überwinden und sind für alle Akteure mit erheblichem Aufwand und Ungewissheiten verbunden:

1. Erstens rechtliche, weil wichtige Rahmenbedingungen für kohärentere Vergütungsmodelle nicht geregelt sind.
2. Zweitens sind kulturelle Hürden auszuräumen, weil die traditionellen Vergütungssysteme auf die einzelnen Leistungserbringer-Gruppen (Ärzte, Akutkrankehäuser, Pflege etc.) zugeschnitten sind.
3. Drittens sind betriebswirtschaftliche Hürden zu nehmen, weil der Umgang mit den früheren Vergütungsformen eingespielte Routine ist.

Allen Akteuren muss der Kern des Lösungsansatzes einleuchten, dass – egal wer eine medizinische, pflegerische oder andere Leistung erbringt, ob Arzt, Pflegefachperson, Apotheker oder Physiotherapeutin – neben der eigentlichen Leistung auch das vergütet wird, was für den Patienten oder die Patientin im Zentrum steht: die Qualität und das Ergebnis oder – in einem Wort – das Outcome der Behandlung und Betreuung. Konkret orientiert man sich an sogenannten „Patient-Reported Outcome Measures“ (PROMs) und „Patient-Reported Experience Measures“ (PREMs), d.h. Indikatoren, die Orientierung für die Kooperation zwischen den Berufen und für förderliche Vergütungsformen bieten.

#### 1.4.6 Patientenorientierte Indikatoren als Orientierungspunkt

Bis noch vor einigen Jahren existierten nur sehr begrenzte, in der Praxis erprobte Möglichkeiten, Qualität und Outcome von medizinischen und pflegerischen Leis-

tungen in Geldwerte und damit in Vergütung zu übersetzen. Und dies, obwohl schon seit Längerem viel in Qualitätsindikatoren investiert wurde und diese wissenschaftlich evaluiert worden sind. Der exakten Bestimmbarkeit von Leistungen und Preisen konnte lange kein annähernd ausreichendes Bewertungssystem zu Qualität und Outcome gegenübergestellt werden. Hinzu kam, dass die traditionellen Modelle der Qualitätsbemessung ungeachtet des ganzen Behandlungs- und Betreuungsprozesses meist einzelne Leistungen bzw. Leistungserbringer fokussieren, statt Kooperation zu fördern.

Mittlerweile stehen jedoch international verschiedene Initiativen und Erfahrungen zur Verfügung. Eine dieser Initiativen, die in diversen europäischen Ländern intensiv vorangetrieben wird, ist das „International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)“. Das Konsortium wurde ursprünglich vom Karolinska Institut in Schweden, der Harvard University und der Boston Consulting Group aus den USA gegründet. ICHOM hatte sich damals zum Ziel gesetzt, für 50% der wichtigsten Krankheiten sogenannte Standard-Sets – d.h. Sets von Performance-Kriterien – zu erarbeiten. Heute sind 28 solcher Standard-Sets verfügbar.

### 1.4.7 Veränderungen durch die Digitalisierung

In verschiedenen Entwicklungsszenarien spielen digitale Tools zur Dokumentation und Vernetzung eine große Rolle. Auf der einen Seite geht es darum, Informationsasymmetrien abzubauen, indem alle beteiligten Akteure zum gleichen Zeitpunkt über die gleichen Informationen verfügen. Es wird quasi sektoren- und berufsfeldübergreifend auf einer Plattform gearbeitet. Dies kann auch einen Beitrag zum Hierarchieabbau leisten. Darüber hinaus unterstützt die Digitalisierung die interprofessionelle Kooperation in logistischer Hinsicht. Virtuelle Meetings beispielsweise, gerade bei Akteuren, die in sehr unterschiedlichen Settings arbeiten (z.B. urbane und ländliche Regionen), vereinfachen die Kooperation und verringern den Aufwand und damit die Kosten von interprofessioneller Kooperation.

### Literatur

- Baecker D (2017) Polykontextualität des Krankenhauses. In: Brandhorst A, Hildebrandt H, Luthé E-W (Hrsg.) Integration und Kooperation – Das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Springer Heidelberg
- Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017) Beschlusstext zum Masterplan Medizinstudium 2020. URL: [https://www.bmbf.de/files/2017-03-31\\_Masterplan%20Beschlusstext.pdf](https://www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf) (Zugriff am 20.03.2020)
- BVMD et al. (2018) Gemeinsame Stellungnahme zum interprofessionellen Arbeiten im Gesundheitswesen der Zukunft. URL: [https://www.bvmd.de/fileadmin/user\\_upload/2018-09\\_Gemeinsame\\_Stellungnahme\\_Interprofessionellen\\_Arbeiten\\_im\\_Gesundheitswesen\\_der\\_Zukunft\\_.pdf](https://www.bvmd.de/fileadmin/user_upload/2018-09_Gemeinsame_Stellungnahme_Interprofessionellen_Arbeiten_im_Gesundheitswesen_der_Zukunft_.pdf) (Zugriff am 20.03.2020)
- Cichon I, Klapper B (2018) Interprofessionelle Ausbildungsansätze in der Medizin. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 61, 195–200
- Coombs M, Ersser SJ (2004) Medical hegemony in decision-making – a barrier to interdisciplinary working in intensive care? J Adv Nurs 46(3). 245–52. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15066102>
- DeKeyser Ganz F, Engelberg R, Torres N, Curtis JR (2016) Development of a Model of Interprofessional Shared Clinical Decision Making in the ICU: A Mixed-Methods Study. Critical Care Medicine 44(4), 680–689
- Ewers M (2012) Interprofessionalität als Schlüssel zum Erfolg. Public HealthForum 20(4), 10–11. doi:10.1016/j.phf.2012.09.009



### III Interprofessionelle Zusammenarbeit

- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T (2010) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet Commissions* 376(9756), 1923–1958
- Fuchs P (2006) Das Gesundheitssystem ist niemals verschnupft. In: Bauch J (Hrsg.) *Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens*. Hartung-Gorre-Verlag, Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft, Konstanz
- Glouberman S, Mintzberg H (2001) Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation. *Health Care Manage Rev* 26(1), 58–71
- Hochschulrektorenkonferenz (2017) Handreichung Interprofessionelles Lehren und Lernen in hochschulisch qualifizierten Gesundheitsfachberufen und der Medizin. Impulspapier des Runden Tisches Medizin und Gesundheitswissenschaften des Projekt nexus der HRK. URL: [https://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-01\\_RT\\_Med\\_Ges/Impulspapier-Lang\\_mit\\_Links.pdf](https://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-01_RT_Med_Ges/Impulspapier-Lang_mit_Links.pdf) (Zugriff am 20.03.2020)
- Klapper B (2017) Zusammenarbeit für den Patienten – noch keine Selbstverständlichkeit. *G + G Wissenschaft* 17, 16–22
- Kuhlmeiy A, Höppner K, Schaefer D (2014) Neue Aufgabenzuschnitte, Arbeitsteilungen und Ko-Operationsformen. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg.) *Handbuch Pflegewissenschaft*. Studienausgabe. 661–679. Beltz Juventa Weinheim
- Martin JS, Ummenhofer W, Manser T, Spirig R (2010) Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Med Wkly* 140, w13062. <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13062>
- Mintzberg H (2017) *Managing the Myths of Health Care*. Berett-Koehler Oakland
- Nightingale F (1863) *Notes on Hospitals*. Longman Green London
- Nock L (2020 i.E.) *Interprofessionell Lehren und Lernen. Entwicklung und Perspektiven*. Robert Bosch Stiftung Stuttgart
- Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M (2017) Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update) (Review). *The Cochrane Library Issue 3* doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007) *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. URL: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung\\_2007.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf) (Zugriff am 20.03.2020)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009) *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009*. Kurzfassung. URL: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf) (Zugriff am 20.03.2020)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014) *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. URL: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten\\_2014\\_Kurzfassung\\_01.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurzfassung_01.pdf) (Zugriff am 20.03.2020)
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2017) *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit*. *Swiss Academies Reports* 12 (2)
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2020) *Gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit*. *Swiss Academies Reports*. doi.org/10.5281/zenodo.3355205
- Schaeffer D, Hämel K (2016) *Kooperative Versorgungsmodelle. Eine international vergleichende Betrachtung*. In: Jungbaer-Gans M, Kriwy P (Hrsg.) *Handbuch Gesundheitssoziologie*. 1–18. Springer VS Wiesbaden
- Sottas B, Höppner H, Kickbusch J, Pelikan J, Probst J (2013) *Umriss einer neuen Gesundheitspolitik*. Careum Working Paper 7. Careum Stiftung Zürich
- Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S, Reiber K, Stock-Schröer B, Sottas B (2015) *Positionspapier GMA-Ausschuss – „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“*. *GMS Z Med Ausbild* 32(2), Doc22. URL: <https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2015-32/zma000964.shtml> (Zugriff am 01.04.2020)

## 1 Stand und Zukunft der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland

- Wissenschaftsrat (2014) Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge. URL: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/4017-14.pdf> (Zugriff am 01.04.2020)
- World Health Organization (WHO) (2010) Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Genf
- Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S (2009) Interprofessional Collaboration: Effects of Practice-Based Interventions on Professional Practice and Healthcare Outcomes (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews



### Dr. Christof Schmitz

Betriebswirt und Soziologe. Co-Leiter des College für Management im Gesundheitswesen (college M) in Bern mit den Geschäftsfeldern Weiterbildung (interprofessionelle Management-/Führungstrainings), Forschung und Entwicklung (Interprofessionalität in Gesundheitsinstitutionen, Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung) und Beratung (Strategie und Change von Gesundheitsorganisationen). Studiengangleiter Universität Bern CAS „Leadership in Health Care Organisations“, CAS „Managing Medicine“, Dozent an diversen Weiterbildungsinstitutionen.



### PD Dr. Peter Berchtold

Facharzt Innere Medizin. Co-Leiter des College für Management im Gesundheitswesen (college M) in Bern mit den Geschäftsfeldern Weiterbildung (interprofessionelle Management-/Führungstrainings), Forschung und Entwicklung (Interprofessionalität in Gesundheitsinstitutionen, Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung) und Beratung (Strategie und Change von Gesundheitsorganisationen).

Lehrbeauftragter an der Universität Bern (Medizinische Fakultät) und am Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM). Studienleiter des CAS „Leadership in Health Care Organisations“ und CAS „Managing Medicine“ der Universität Bern. Co-Leiter der Arbeitsgruppe „Interprofessionalität“ der SAMW und Präsident des fmc, dem Schweizer Forum für Integrierte Versorgung.



### Irina Cichon

Irina Cichon ist Kommunikationswissenschaftlerin mit Abschlüssen der Universitäten Karlsruhe und Twer (Russische Föderation). Nach einer Referententätigkeit in einem internationalen Logistik-Unternehmen trat sie 2007 in die Robert Bosch Stiftung ein. Im Themenbereich „Gesundheit“ verantwortet sie Förderprojekte zur Kooperation der Gesundheitsberufe und zum interprofessionellen Lernen.



### Dr. Bernadette Klapper

Bernadette Klapper ist Krankenschwester und Soziologin mit Abschlüssen der Universitäten Hamburg und Bordeaux. Sie war wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und trat 2003 in die Robert Bosch Stiftung als Projektleiterin für den Förderschwerpunkt „Leben im Alter“ ein. Zwischen 2009 und 2012 war sie als Therapiemanagerin und Leiterin „Klinische Produkte und Dienstleistungen Europa“ (Telemedizinisparte) für die Robert Bosch Healthcare GmbH tätig. 2012 wechselte sie erneut in die Robert Bosch Stiftung und ist seit 2016 Bereichsleiterin „Gesundheit“.



### Prof. Dr. Volker E. Amelung

Volker E. Amelung studierte an der Hochschule St. Gallen und an der Universität Paris-Dauphine Betriebswirtschaftslehre. Nach der Promotion arbeitete er an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg und war über mehrere Jahre Gastwissenschaftler an der Columbia University in New York. Volker Eric Amelung wurde 2001 zum Universitätsprofessor an der Medizinischen Hochschule Hannover für Gesundheitsmanagement und Gesundheitssystemforschung berufen. Diverse Lehraufträge führten ihn seitdem unter anderem nach Wien (Medizinische Universität und Wirtschaftsuniversität), an die Columbia University (New York/NY), an die TiasNimbas Business School (NL), an die Fachhochschule Kärnten, an die European Business School (EBS) sowie an die TU Braunschweig. Seit 2007 ist er als Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e.V. tätig. Im Jahr 2011 gründete er das inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH in Berlin.