

Internationale Beispiele für Kooperation in der Gesundheitsversorgung

Andreas Büscher, unter Mitarbeit von Phillip Preßmann

erstellt im Auftrag der

Robert Bosch Stiftung

Einleitung

Das Anliegen dieses Beitrags besteht in der Illustration von Ansätzen und Möglichkeiten für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Er dient damit als Ergänzung zu anderen Hintergrundpapieren wie der rechtswissenschaftlichen Analyse über die Rahmenbedingungen und Möglichkeiten sowie des systematischen Reviews über die Auswirkungen interdisziplinärer Kooperation zur Fundierung des Memorandums zur Kooperation der Gesundheitsberufe.

Um eine Auswahl von anschaulichen internationalen Beispielen treffen zu können, wurde nach strukturell angelegten Modellen von Kooperation und/oder interdisziplinärer Praxis im Gesundheitswesen, wie sie beispielsweise in der primären Gesundheitsversorgung vorkommen können, gesucht. Zudem wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, bei der danach gesucht wurde,

- für oder aufgrund welcher Krankheitsbilder oder Problemlagen interdisziplinäre Modelle etabliert wurden,
- welche Professionen an entsprechenden Modellen beteiligt sind,
- ob es Hinweise darauf gibt, wie Form die interdisziplinäre Zusammenarbeit geregelt ist und
- welche Chancen und Probleme interdisziplinärer Praxis beschrieben werden.

Bei der Suche nach „Modellen interdisziplinärer Praxis“ zeigte sich sehr schnell, dass Interdisziplinarität zwar einerseits ein vielfältig verwandter Begriff ist und es entsprechend hohe Trefferquoten in den Datenbanken gibt, die Beschreibung konkreter Modelle jedoch aufgrund sehr unterschiedlicher Aspekte und aus unterschiedlichen Perspektiven erfolgt und sich entsprechend kein stimmiges Gesamtbild ergibt. Diese Einschätzung sei verdeutlicht durch einen Blick in die Datenbank PubMed und die dort verwendeten Oberbegriffe, die sog. „Medical Subject Headings“, unter denen Arbeiten zur Interdisziplinarität zu finden sind:

- Unter dem Überbegriff des Verhaltens und der Verhaltensweisen (Behavior and Behavior Mechanisms) finden sich das Thema der interdisziplinären Kommunikation, das darüber hinaus noch ebenso als Unterbegriff von interpersonal und interprofessional relations geführt wird wie z.B. die Physician-nurse-relations. Die interdisziplinäre Kommunikation findet sich zudem noch als Unterbegriff der Informatik bzw. Informationswissenschaft.
- Der Gedanke des interprofessionellen Teams findet sich im Bereich der Administration und Organisation gesundheitlicher Dienstleistungen. Die entsprechenden Arbeiten finden sich dann unter Überbegriffen wie Comprehensive und primary health care, disease management, critical pathways oder patient care team.
- Managed Care Ansätze, zu denen auch interdisziplinäre Kooperationsformen gehören, werden einerseits der Gesundheitsökonomie und –organisation und andererseits auch der Administration gesundheitlicher Dienstleistungen zugeordnet. Im dortigen Unterbereich finden sich dann auch das Case Management und nochmals die critical pathways wieder.

Bereits diese nur kurze Darstellung verdeutlicht, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedene Dimensionen umfasst. Dazu gehören die interaktiven Dimensionen, die einen entscheidenden Einfluss auf das Gelingen und die Qualität von Kooperationsbeziehungen

haben. Aus einer administrativen und organisatorischen Perspektive spielt die interaktive Dimension eine nur nachgeordnete Rolle und es stehen Aspekte der effizienten und zielorientierten Organisation von Versorgungsprozessen im Mittelpunkt. Es wird im weiteren Verlauf dieses Beitrags deutlich werden, dass beide Perspektiven für das Gelingen von Kooperation von Bedeutung sind. Um jedoch angesichts der Vielfalt von Beiträgen in der Literatur einige Ordnungs- und Strukturierungskriterien zu haben, erscheint es sinnvoll, einige grundlegende Ausführungen zur Kooperation und interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen der Beschreibung einzelner Beispiele voranzustellen.

Interdisziplinarität

Es ist weitestgehend unbestritten, dass für die Herausforderungen an die Systeme der Gesundheitsversorgung und sozialen Sicherung die Kooperation der Gesundheitsberufe erforderlich ist, da angesichts der komplexen und zunehmenden Problemlagen die Kompetenzen einzelner Professionen nicht ausreichend sind. Aus diesem Grund gehört die Forderung nach einer kooperativen und interdisziplinären Praxis in der Gesundheitsversorgung zu einer der am häufigsten erhobenen Forderungen, die in Deutschland durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) durch sein Gutachten „Kooperation und Verantwortung“ (SVR 2007) eindrücklich unterstrichen wurde. Allerdings spricht der Sachverständigenrat in seinem Gutachten von Kooperation und Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und vermeidet den Begriff der Interdisziplinarität.

Auch im Titel des Memorandums wird von Kooperation und nicht Interdisziplinarität gesprochen. Diese begriffliche Festlegung ist nicht zuletzt dem Umstand geschuldet, dass es keine einheitliche Terminologie und Festlegung dessen gibt, was unter Interdisziplinarität zu verstehen ist. Diese begriffliche Unklarheit wirkt sich auch dahingehend aus, dass es trotz der global erhobenen Forderung nach Kooperation und Interdisziplinarität nur begrenzte empirischen Erkenntnisse dazu gibt. Hinweise auf die Gründe dafür finden sich bereits in einer Studie aus dem Jahr 1999 (Schofield/Amadeo 1999), in der der Versuch unternommen wurde, die Effektivität interdisziplinärer Zusammenarbeit zu untersuchen und in der festgestellt wurde, dass es keine einheitliche Terminologie bezogen auf inter- oder multidisziplinäre Teams gibt und dass der Begriff „Interdisziplinarität“ oftmals Verwendung findet, ohne dass eine klare Beschreibung oder gar Definition und Operationalisierung dessen erfolgt, was damit gemeint ist.

Zudem sind die Perspektiven, aus denen interdisziplinäre Praxis gefordert und beschrieben werden, sehr unterschiedlich. So werden Fragen der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen im Weltgesundheitsbericht von 2006 („Working together for health“) unter Aspekten der Planung des Arbeitskräftebedarfs und des Skill-Mix („To get the right workers with the right skills in the right place doing the right things“) diskutiert. Dahinter steht die empirische Erkenntnis, dass eine Relation von 2,5 Ärzten, Pflegefachkräften und Hebammen auf eine Bevölkerung von 1.000 Personen ausreichen, um 80% der Bevölkerung zu erreichen und mit gesundheitlichen Dienstleistungen zu versorgen (WHO 2006). Andere Arbeiten stellen die Kompetenzen in den Vordergrund, die für interdisziplinäres Arbeiten erforderlich sind und benennen in diesem Zusammenhang Kommunikation, Konfliktbearbeitung und –bewältigung sowie die Anerkennung und Akzeptanz unterschiedlicher Rollen und Erwartungen.

Diskussionen gibt es auch über den richtigen Zeitpunkt zum Erlernen interdisziplinärer Kompetenzen. So wird es von manchen für sinnvoller gehalten, zuerst die wesentlichen Konzepte und die Philosophie der eigenen Profession zu verinnerlichen, bevor man über eine interdisziplinäre Zusammenarbeit spricht. Dies bedeutet in anderen Worten: die Kompetenz in der eigenen Disziplin ist die Voraussetzung für interdisziplinäre Kompetenz. Dieser Aspekt erscheint plausibel, als doch die nachhaltige Implementierung interdisziplinärer Praxis immer auch damit einhergeht, einen Teil professioneller Autonomie zu opfern (Drinka/Clark 2000).

Definitionen und Voraussetzungen von Interdisziplinarität

Um der häufig geäußerten Kritik fehlender Definitionen und der Gleichsetzung des Aufeinandertreffens unterschiedlicher Professionen etwas entgegen zu setzen, schlagen Drinka/Clark (2000) die folgende Definition für ein interdisziplinäres Team vor:

„In einem interdisziplinären Team im Gesundheitswesen sind verschiedene Individuen mit unterschiedlichen Ausbildungen und Hintergründen integriert und arbeiten zusammen als eine definierte Einheit bzw. als definiertes System. Die Mitglieder des Teams arbeiten regelmäßig zusammen an der Lösung von Patientenproblemen, die zu komplex sind, um durch eine Berufsgruppe oder die sequentielle Bearbeitung verschiedener Berufsgruppen gelöst zu werden. Um die Versorgung so effizient wie möglich zu gestalten, entwickeln interdisziplinäre Teams formelle und informelle Strukturen, die gemeinsame Problemlösungen ermöglichen. Die Mitglieder des Teams bestimmen die gemeinsamen Ziele und die Mission des Teams; sie arbeiten interdependent an der Bestimmung und Behandlung von Patientenproblemen; sie lernen Differenzen zwischen den Berufsgruppen, unterschiedliche Machtbefugnis und sich überlappende Rollen zu akzeptieren und sich zu Nutze zu machen. Um das zu erreichen übernehmen sie wechselseitig die Leitungsrolle, so wie es den vorhandenen Problemen angemessen ist und sie fördern die Anwendung unterschiedlicher Herangehensweisen in der Auseinandersetzung und Zusammenarbeit. Sie verwenden unterschiedliche Haltungen und Problembereiche, um die Entwicklung und Arbeit des Teams zu evaluieren“ (Drinka/Clark 2000: 6, Übers. A. Büscher).

Anhand dieser Definition lassen sich einige zentrale Bestandteile interdisziplinärer Teams herausarbeiten:

- es handelt sich um definierte Einheiten
- es geht um die Bearbeitung komplexer Problemlagen
- es gibt persönliche und professionelle Aspekte, die die gemeinsame Praxis direkt beeinflussen und die nicht ignoriert werden können
- teaminterne Aspekte wie die Teamstruktur und die Teamprozesse spielen eine wichtige Rolle für die interdisziplinäre Praxis
- es ist eine Zieldefinition erforderlich
- interdisziplinäre Teams praktizieren in institutionellen Kontexten und entsprechend wirken sich organisationsbezogene Aspekte interner und externer Art auf die Praxis aus

- um ein Team mittel- und langfristig zu erhalten, sind verschiedene Aktivitäten zur Sicherstellung von Kontinuität erforderlich notwendig

In eine ähnliche Richtung, aber mit einem leicht anderen Akzent, gehen auch die Ausführungen von Kuehn (2009), die noch etwas konkreter hinsichtlich der Voraussetzungen und der Bestandteile interdisziplinärer Teams wird. Zwar beziehen sich ihre Ausführungen vorrangig auf das Zusammenwirken von Advanced Practice Nurses und Medizinerinnen. Sie sind jedoch auch für eine erweiterte Perspektive, zu der auch andere Berufsgruppen gehören, geeignet. Als Voraussetzungen der interdisziplinären Zusammenarbeit benennen sie:

- Die Klärung von Verantwortlichkeiten, z.B. ob es eine ärztliche Gesamtverantwortung für die Versorgung durch das interdisziplinäre Team gibt oder die Verantwortung zwischen den beteiligten Berufsgruppen geteilt ist. Zu klären wäre ebenso, ob es eine Fachaufsicht/Supervision einer Berufsgruppe über eine andere gibt.
- Für die Bildung interdisziplinärer Teams sind historisch gewachsene Strukturen und Verhältnisse zu berücksichtigen, die oftmals nicht nur zwischen einzelnen Berufsgruppen bestehen, sondern auch in vielen administrativen Verfahren, die in der Gesundheitsversorgung Anwendung finden, manifestiert sind.
- Viele interdisziplinäre Teams bilden sich weniger aufgrund struktureller Anforderungen und Festlegungen, sondern aufgrund der individuellen Initiative Einzelner, die bestehende Grenzen überwinden und aufgrund von vorhandenen Versorgungsanforderungen die Bildung interdisziplinärer Teams befördern.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die wichtigsten Aspekte der interdisziplinären Zusammenarbeit. In der linken Spalte finden sich essentielle Bestandteile, die für eine interdisziplinäre Praxis erforderlich sind. Dazu gehört die Festlegung von getrennten und eindeutigen Praxisbereichen, die erforderlich sind, um den Beitrag der unterschiedlichen Professionen verdeutlichen zu können. Neben dieser zwischen den Berufsgruppen trennenden Zuordnung, beziehen sich die weiteren essentiellen Bestandteile auf Gemeinsamkeiten und Klarheit der Absprachen. So ist nach Kuehn (2009) die Festlegung bzw. das Vorhandensein gemeinsamer Ziele ebenso erforderlich, wie das Vorhandensein gemeinsamer Überlegungen und professioneller Anliegen. Klarheit bedarf es letztlich auch hinsichtlich der Machtkontrolle, die zwischen den einzelnen Professionen geteilt sein sollte.

Die Schlüsseleigenschaften der Zusammenarbeit beziehen sich auf interpersonelle, strukturelle und zielorientierte Aspekte. Auf der interpersonellen Ebene wird die Entwicklung einer autonomen und vertrauensvollen Beziehung für ebenso wichtig erachtet wie das Vertrauen in die Fähigkeiten der Partner im interdisziplinären Team. Diese interpersonellen Aspekte sind ebenso wie die offene und die informelle Kommunikation eher auf der Ebene von Haltungen und erlernten Verhaltensweisen zu suchen. Sie verdeutlichen die Vielschichtigkeit der Voraussetzungen für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die strukturellen Aspekte beziehen sich auf die Gewährleistung von Parität in der Verfügbarkeit über die notwendigen Ressourcen wie Räume, zu bearbeitende Fälle und unterstützendem, vorwiegend administrativem Personal. Auch der Status der Berichte/Dokumentationen, die aus der interdisziplinären Zusammenarbeit erwachsen, sind dem strukturellen Bereich zuzuordnen. An der Schnittstelle zwischen strukturellem und interpersonellem Bereich liegen die zwischen den Berufsgruppen

konsentierten Entscheidungen sowie die gegenseitige Überweisung von Fällen und die Konsultation. Sie können durch strukturelle Vorgaben unterstützt werden, benötigen jedoch auch die interpersonelle Ebene, um wirklich greifen zu können.

Letztlich bedarf es einer Reihe von Kompetenzen, die auf Seiten der professionellen Akteure vorhanden sein müssen, um eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu implementieren. Diese sind in der rechten Spalte der Tabelle wiedergegeben. Die Auflistung verdeutlicht, dass viele der angesprochenen Aspekte dem Bereich der Haltung und Verhaltensweisen zuzuordnen sind und entsprechend weniger durch administrative Maßnahmen realisiert werden können, sondern im Laufe der professionellen Ausbildung und Sozialisation erlernt werden sollten.

| Bestandteile einer Praxis der Zusammenarbeit | | |
|--|--|--|
| Essentielle Bestandteile | Schlüsseleigenschaften | Kompetenzen |
| Getrennte und eindeutige Praxisphären Gemeinsame Ziele Geteilte Machtkontrolle Berücksichtigung gegenseitiger Interessen und Perspektiven | Autonome, vertrauensvolle Beziehung Vertrauen in die Fähigkeiten des Partners Bidirektionale Überweisung und Konsultation Konsentierte Entscheidungen Gleichberechtigte Berichte und Evaluationen Gemeinsam bestimmte Ziele der praktischen Arbeit Offene und informelle Kommunikation Parität zwischen den Akteuren (Raum, Caseload, unterstützendes Personal) | Durchsetzungsvermögen Kommunikationsfähigkeiten Konfliktmanagement Kooperation Koordination Fachliche Fähigkeiten Gegenseitiger Respekt Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung Positive Einstellung Vertrauen Willen/Bereitschaft zum Dialog |

Tabelle 1: Bestandteile einer Praxis der Zusammenarbeit (aus Kuehn 2009)

Zur weiteren analytischen Differenzierung verdeutlicht Kuehn (2009) verschiedene Ebenen und Arten der Kooperation zwischen Professionen in der gesundheitlichen Versorgung und verdeutlicht die jeweils dazugehörige interaktive Komplexität, die die beteiligten Akteure zu bewältigen haben.

Auf der Ebene der transdisziplinären Zusammenarbeit findet sich eine synchronisierte, aufeinander abgestimmte Praxis der Akteure, die von einer gegenseitigen Wertschätzung gekennzeichnet ist und die in der Regel das Ergebnis längerfristiger Prozesse ist. Als zentrale Ebenen der Interdisziplinarität werden die Koordination und Konsultation benannt. Hier be-

steht eine gemeinsame Verantwortlichkeit für die Versorgung, die jedoch intermittierend zwischen den Partnern unterschiedlich verteilt sein kann.

Deutlich abgegrenzt von der Trans- und Interdisziplinarität ist nach Auffassung von Kuehn (2009) die Multidisziplinarität, die sich durch eine parallele Praxis verschiedener Akteure auszeichnet, die sich zwar gegenseitig über ihre Tätigkeit informieren, jedoch daneben weitestgehend separat voneinander agieren. Letztlich lassen sich auch Formen der Monodisziplinarität erkennen, die durch parallele, nicht aufeinander abgestimmte Kommunikationsprozesse gekennzeichnet sind. Die Überlegungen von Kuehn (2009) sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

| Ebenen der Kooperation | Arten der Kooperation | Interaktive Komplexität |
|---|-----------------------|---|
| Überweisung Gemeinsames Management | Transdisziplinarität | Akteure überweisen aneinander synchronisierte Praxis gegenseitige Wertschätzung |
| Konsultation Koordination | Interdisziplinarität | Gemeinsame Verantwortlichkeit Intermittierende geteilte Verantwortlichkeit |
| Informationsaustausch Parallele Praxis | Multidisziplinarität | Geteilte Kommunikation Separate Funktionen Separate Planungen |
| Parallele Kommunikation | Monodisziplinarität | Isolierte, unabhängige Kommunikation jeder einzelnen Disziplin mit Patient |

Tabelle 2: Ebenen und Arten der Kommunikation (aus Kuehn 2009)

Auch Rosenfield (1992) hat sich mit der Differenzierung von Trans-, Inter- und Multidisziplinarität auseinandergesetzt und kommt zu weitgehend ähnlichen Einschätzungen wie Kuehn (2009). Allerdings dehnt Rosenfield (1992) die Überlegungen aus auf die Ebene einzelner Tätigkeiten und vertritt dazu die Auffassung, dass sowohl die Interdisziplinarität als auch die Transdisziplinarität implizieren, dass keine klare Zuordnung einzelner Tätigkeiten mehr erfolgen kann, sondern diese sich teilweise oder vollständig vermengen. Dies ist besonders für die deutsche Diskussion interessant, aber auch problematisch, da diese sehr stark an der Frage der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für Tätigkeiten orientiert ist, wie sich auch am Gutachten des Sachverständigenrates (2007) zeigt. Darin wird auf zwar auf Begriffsklärungen im Sinne definitorischer Festlegungen verzichtet, aber es werden verschiedene, tätigkeitsorientierte Kooperationsformen aufgezeigt: die Übertragung von Tätigkeiten von einer Berufsgruppe (in der Regel der Medizin) auf eine andere in Form von Delegation oder Substitution, die Spezialisierung einzelner Berufsgruppen auf bestimmte Aufgaben und die als

Diversifikation bezeichnete Integration von Aufgabenfeldern in die Aufgaben einer Berufsgruppe oder die Herausbildung neuer Berufsgruppen (SVR 2007).

Vor dem Hintergrund dieser Betrachtungsweise eröffnet die weitergehende Auseinandersetzung mit definitorischen Aspekten einen breiteren Zugriff, der über die Überlegung zu einzelnen Tätigkeiten hinausgeht und stattdessen auch Fragen der gemeinsamen Verantwortlichkeit und Entscheidungsfindung berücksichtigt. Angesichts der komplexer werdenden Problemlagen erscheint dies auch notwendig.

Einigkeit besteht unter vielen Autoren, dass die Implementierung interdisziplinärer Praxis hohe Anforderungen an die beteiligten Akteure stellt und trotz der weithin akzeptierten Notwendigkeit entsprechender Ansätze vielfältige Barrieren bestehen, die einer breiten Umsetzung entgegenstehen. Kuehn (2009) benennt getrennte Ausbildungen, professionellen Elitismus, organisationelle Hierarchien, unerkannte Diversität zwischen einzelnen Professionen, die Konfusion von Rollen und Sprache, unangemessene Kommunikationsmuster sowie professionelle Dissonanzen als die wichtigsten Hinderungsgründe. In Ergänzung benennen Meijer/Vermeij (1997) die oftmals nur unzureichende Berücksichtigung lokaler Faktoren, die jedoch letztlich entscheidend für das Ge- oder Misslingen entsprechender Modelle sind. Verschärft werden die Probleme in der Umsetzung interdisziplinärer Modelle noch durch den Umstand, dass vielfach niemand für deren Umsetzung und Koordination zuständig ist. Sie erwachsen daher oftmals aus einem extern ausgeübten ökonomischen Druck oder der Initiative Einzelner (Lützenkirchen 2005).

Wie bereits ausgeführt führen die unterschiedlichen Ausbildungen der einzelnen Professionen auch zur Herausbildung berufsgruppenspezifischer Herangehensweisen und Perspektiven. So erscheint es plausibel, dass die Unterschiede zwischen einer auf eine depersonalisierte und dekontextualisierte Krankheitsdiagnostik setzenden Medizin, einer personenzentrierten Pflege und einer auf Anwaltschaft und Empowerment setzenden Sozialarbeit zu unterschiedlichen Problemdefinitionen und Einschätzungen bei der Beurteilung der Situation individueller Patienten führen können (Drinka/Clark 2000). Starke Differenzen zeigten sich auch in einer Befragung verschiedener Professionen zur interdisziplinären Zusammenarbeit, in der Interdisziplinarität für die Ökonomie ein nachrangiges Merkmal ist, das aus verschärften Marktbedingungen erwächst, für die Sozialarbeit einen Vermittlungscharakter hat, für die Medizin die Zusammenarbeit der medizinischen Fachgebiete bedeutet, für die Psychologie ein Ausdruck von Interprofessionalität ist und von der Pflege als Resultat von Patientenorientierung wahrgenommen wird (Lützenkirchen 2005).

Gerade die zuletzt genannten Aspekte verdeutlichen, dass es für die Realisierung von Kooperation der Gesundheitsberufe weniger die definitorischen Fragen sind, die sich hemmend oder förderlich auswirken, sondern dass es notwendig ist, die Prozesse dieser Kooperationen genauer zu untersuchen und die Faktoren herauszuarbeiten, die sich förderlich oder hemmend darauf auswirken.

Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche

Nach diesen grundsätzlichen Erwägungen soll nun kurz das Vorgehen bei der Literaturrecherche dargestellt werden. Die Recherche wurde hauptsächlich in der Datenbank PubMed/Medline durchgeführt, da hier die Suchbegriffe (wie bereits angedeutet) innerhalb der Oberbegriffe (Medical Subject Headings - MeSH Terms) am treffendsten hinterlegt waren. Ergänzende Suchen fanden innerhalb der Fachdatenbanken CINAHL und PsychInfo statt.

Bei der Ermittlung von konstanten Eckpfeilern für eine Suchstrategie erwiesen sich zunächst die MeSH Terms „interdisciplinary communication“, „interpersonal relations“, „interprofessional relations“, „physician-nurse relations“ als hilfreich. Zudem wurde eine freie Suche innerhalb der Überschriften und Abstracts mit den trunkierten Begriffen „interdisciplin*“ in Verbindung mit „team*“ (beinhaltet bspw. „team“, „teams“ oder „teamwork“) durchgeführt.

Da diese Suche allein jedoch nach wie vor nur sehr unübersichtliche Ergebnisse hervorbrachte, wurden die entsprechenden Suchvorgänge um eine weitere Variable ergänzt, die aus Annahmen über Bereiche interdisziplinärer Praxis abgeleitet wurden. So wurden Kombinationen von Interdisziplinarität mit bestimmten Krankheiten, Settings und im Zuge neuer Versorgungsmodelle (z.B. Managed Care, Integrierte Versorgung, Disease-Management Programme, Clinical Pathways, teilweise auch Case Management) in die Suche einbezogen. Durch diese Ergänzung und Eingrenzung war es nun möglich, Arbeiten zu identifizieren, die die konkreten Anlässe und Modelle interdisziplinärer Zusammenarbeit genauer beschreiben. Zusammenfassend wurde mit den folgenden MeSH Terms in Verbindung mit unterschiedlichen eingrenzenden Suchstrategien recherchiert:

- Interdisciplinary Communication
- Interpersonal Relations
- Interprofessional Relations
- Physician-Nurse Relations
- Critical Pathways
- Disease Management
- Managed Care Programs
- Delivery of Health Care, Integrated
- Case Management
- Patient Care Team (incl. Hospital Rapid Response Team and Nursing, Team)
- Patient Care Management (im Rahmen von Critical Pathways, Disease Management and Patient Care Team)

Internationale Beispiele für Kooperation in der Gesundheitsversorgung

Die Recherche brachte vielfältige Ergebnisse für interdisziplinäre Zusammenarbeit angesichts bestimmter Krankheitsbilder hervor. Weniger aussagekräftig war sie hinsichtlich der Modelle im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung. Daher wurden zu diesem Bereich weitere Quellen, vorwiegend aus dem Internet und aus offiziellen Verlautbarungen, aufgenommen, die einen Einblick in bekannte Ansätze einer interdisziplinären Primärversorgung geben und die Ausdruck einer grundsätzlichen Ausrichtung von Gesundheitssystemen sind.

Im weiteren Verlauf erfolgt dazu eine kurze Übersicht über die Primärversorgung in Finnland sowie ein kurzer Verweis auf die vor kurzem initiierte Etablierung von „Local Health Integration Networks“ in Ontario (Kanada) und die National Service Frameworks aus Großbritannien.

Modelle der primären Gesundheitsversorgung

Als zentralen und wichtigen Bereich der interdisziplinären Zusammenarbeit identifizieren viele Akteure und Organisationen die primäre Gesundheitsversorgung. Vor allem die Weltgesundheitsorganisation weist seit längerem, aber auch in aktuelleren Berichten auf die Wichtigkeit der primären Gesundheitsversorgung hin. So sieht der Weltgesundheitsbericht von 2008 (WHO 2008) die primäre Gesundheitsversorgung als den Bereich an, in dem gezielt an der Überwindung fragmentierter Gesundheitssysteme, die eine Schwachstelle vieler Systeme sind, gearbeitet werden kann. Zudem wird in dem Bericht ausgeführt, dass die bestehenden Systeme nur unzureichend geeignet seien, den großen Herausforderungen durch wachsende Ungleichheiten sowie den Auswirkungen von Globalisierung, Urbanisierung und zunehmender gesellschaftlicher Alterung zu begegnen und sich daher neu aufstellen müssen.

Statt einer Konzentration auf den Ausbau der Primärversorgung identifiziert der Bericht einen unverhältnismäßigen Fokus auf einer zunehmenden Spezialisierung und einem Ausbau der Tertiärversorgung in vielen Ländern, wodurch sich die Probleme der Fragmentierung eher manifestieren als auflösen. Zudem wird eine ungezügelter Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung in diesem Zusammenhang konstatiert.

Notwendig zur Bekämpfung dieser Entwicklungen ist nach Auffassung der WHO ein neu organisiertes primäres Gesundheitssystem, in dem der Eintritt ins System nicht über Krankenhäuser und Spezialisten, sondern lokal verortete Ärzte/Zentren erfolgt, also die Akteure der Primärversorgung die Verantwortung für eine definierte Population zugeschrieben bekommen und auch die administrative Autorität erhalten. In eine ähnliche Richtung gehen auch die Empfehlungen des European Health Report von 2009 (WHO EURO 2009), der zudem eine Überprüfung existierender Anreiz- und Finanzierungssysteme sowie eine Neudefinition von Rollen der beteiligten Akteure fordert. Wie bereits andere Autoren beklagen auch die Berichte der WHO die mangelnde Studienlage zu diesem Thema.

Aufgrund der Wichtigkeit, die der primären Gesundheitsversorgung auch im Zuge interdisziplinärer Zusammenarbeit zukommt, wird nachfolgend das primäre Gesundheitssystem aus Finnland skizziert. Dort sind einige der Anforderungen umgesetzt, die für eine funktionierende interdisziplinäre Praxis vorhanden sein müssen.

Finnland

Die Verantwortung für das Sozial- und Gesundheitswesen in Finnland obliegt den sechs Regionen (Provinzen), die auch für Fragen der Ausbildung der Berufsgruppen im Gesundheitswesen und die Durchführung von Projekten zur Weiterentwicklung zuständig sind. Die tatsächliche Organisation des Gesundheitswesens erfolgt in den Kommunen. Durch die nationale Gesetzgebung ist festgeschrieben, welche Dienstleistungen der primären und spezialisierten Gesundheitsversorgung vorgehalten werden müssen. Da in diesen Bestimmungen auf detaillierte Ausführungen verzichtet wird und die praktische Umsetzung in der Hand der

Kommunen liegt, kann es durchaus zu unterschiedlichen Ausprägungen kommen. Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt über regional und national eingenommene Steuermittel und zu geringeren Teilen über Selbstbeteiligungen der Nutzer sowie Versicherungsbeiträge (Ministry of Health and Social Affairs 2004).

Die primäre Gesundheitsversorgung findet in Finnland statt auf der Ebene der 415 Kommunen. Sie bauen entweder eigene Gesundheitszentren auf oder betreiben sie im Verbund mit anderen Kommunen. Sie können die entsprechenden Leistungen auch über private Anbieter einkaufen. Die organisatorische Form der gesundheitlichen Primärversorgung besteht in den Gesundheits- und Sozialzentren, von denen es im Jahr 2007 insgesamt 237 gab (Vuorenkoski et al. 2008). Ein Gesundheitszentrum kann bezeichnet werden als eine funktionale Einheit bzw. Organisation, die primäre, kurative, präventive und Public Health Dienstleistungen für die Bevölkerung in einem definierten Gebiet zur Verfügung stellt. Ein Gesundheitszentrum ist dabei nur selten ein einziges Gebäude, sondern es umfasst mehrere Abteilungen, die sich je nach geographischen Gegebenheiten auf Stadtteile oder innerhalb von Regionen verteilen können. Die Bevölkerungsanzahl, für die ein Gesundheitszentrum zuständig ist, liegt bei maximal 20.000 Personen, wobei die meisten Zentren deutlich kleinere Bevölkerungsanteile versorgen.

Die Gesundheitszentren haben eine Vielzahl von gesundheitlichen Dienstleistungen bereit zu stellen (Ministry of Social Affairs and Health 2004). Dazu gehören:

- die Beratung zu gesundheitsbezogenen Fragestellungen und die Krankheitsprävention
- die Organisation von Untersuchungen und Screenings der lokalen Bevölkerung
- Mutter-Kind-Fürsorge (umfasst die Vorbereitung auf Elternschaft (ausdrücklich auch der Väter), Vorbereitung auf die Geburt sowie die Behandlung möglicher Komplikationen, Versorgung von Kindern und ihren Familien im Vorschulalter) – für diesen Bereich sind vorrangig Pflegefachkräfte und Ärzte¹ verantwortlich
- Gesundheitliche Versorgung in Schulen (Bereitstellung von Hilfen im Bereich mentale Gesundheit, Sexualität, Gewalt, „Bullying“ und Gewichtskontrolle), Hochschulen und Betrieben (Sicherstellung eines gesunden und sicheren Arbeitsumfeldes) –
- Zahnärztliche Versorgung
- Medizinische Versorgung
- Häusliche Pflege
- Medizinische Rehabilitation (Koordination der beteiligten Partner durch ein „Liaison team“ des Gesundheitszentrums)
- Psychiatrische Versorgung (soweit diese ambulant organisiert werden kann)
- Lokale Ambulanzdienste

¹ Es gibt in Finnland zwei Kategorien von professionell Pflegenden: Sairaanhoitaja und Terveystohtaja. Sairaa steht für krank und bezieht sich vorwiegend auf die Versorgung bei Krankheit, wohingegen terveystohtaja für gesund steht und sich auf die Tätigkeiten im Rahmen der Public Health Versorgung bezieht.

Zudem halten die meisten Gesundheitszentren auch einige stationäre Plätze vor. Entsprechend der vorgesehenen Aufgaben und vorzuhaltenden Leistungen arbeiten unterschiedliche professionelle Akteure in den Gesundheitszentren zusammen, z.B. Allgemeinärzte, spezialisierte Ärzte, Pflegefachkräfte, Hebammen, Sozialarbeiter, Dentalfachkräfte, Physiotherapeuten, Psychologen sowie administratives Personal. Im Jahr 2006 bezogen sich 36% der Besuche in den Gesundheitszentren auf ärztliche Kontakte. Die restlichen auf die Zusammenarbeit anderer Berufsgruppen wie Pflegefachkräfte, Hebammen, Physiotherapeuten und Psychologen (Vuorenkoski et al. 2008).

Die Tätigkeiten der Ärzte in den Gesundheitszentren bestehen im Wesentlichen in der Behandlung von Patienten im Rahmen von festen Sprechzeiten. Allerdings sind Ärzte eingebunden in alle Aktivitäten des Gesundheitszentrums. Die stationären Abteilungen der Gesundheitszentren werden durch Ärzte geleitet. Im Durchschnitt verfügen die Gesundheitszentren über 30-60 Betten, in denen vorwiegend ältere Patienten mit chronischen Krankheiten, oftmals auch über einen längeren Zeitraum, behandelt werden. In geringem Ausmaß führen die Ärzte der Gesundheitszentren auch Hausbesuche durch, wobei diese in der Regel durch Pflegefachkräfte durchgeführt werden.

Den Pflegenden kommt eine zentrale Rolle in den Gesundheitszentren zu. Sie halten eigene Sprech- und Beratungszeiten ab, geben eigenständig Injektionen, versorgen Wunden und führen in steigendem Maße eigene Patientenassessments durch. Auch wenn sie nicht formal als Gatekeeper in den Gesundheitszentren fungieren, so hat es sich in der Praxis oftmals so etabliert, dass ein Termin bei der Pflegefachkraft ein guter Weg ist, um einen Termin beim Arzt zu bekommen, sofern dieser dann noch notwendig ist. Die Mutter-Kind-Fürsorge liegt weitestgehend in der Hand der Pflegenden, die darüber hinaus noch bei der Familienplanung, der Schulgesundheitspflege, der Arbeitsplatzgesundheit und –sicherheit, der häuslichen Pflege und sämtlichen gesundheitsförderlichen Aktivitäten eine wichtige Rolle spielen.

Die Aufgaben der Physiotherapie in den Gesundheitszentren liegen vorwiegend im Bereich der Rehabilitation und Physiotherapie. Physiotherapeuten behandeln nach ärztlicher Überweisung und führen Anleitung und Beratung sowie Unterstützung bei physischen Übungen durch. In der Regel kümmern sie sich auch um den Bereich Hilfsmittel und Prothesen.

Die Leitung der Gesundheitszentren ist unterschiedlich geregelt. Teilweise gibt es einen leitenden Arzt, in anderen Zentren eine mehrköpfige Leitung, zu der neben dem Arzt eine Pflegekraft und jemand aus dem Verwaltungsbereich gehören.

Einige Kommunen haben ein „Named-physician-“ bzw. „Named-nurse-“System initiiert, in dem es feste Zuständigkeiten der Ärzte und Pflegenden für die lokale Bevölkerung gibt, die nach Wohnort (Straße, PLZ) einem Arzt/einer Pflegekraft zugeordnet wird. Die Idee der interdisziplinären Kooperation wird in den Gesundheitszentren unterstützt und gefördert, ohne das dazu klare Vorgaben erfolgen.

Die Kommunen gehören zu einem von insgesamt 20 Krankenhausbezirken, in denen sie sich zusammengeschlossen haben, um die Krankenhausversorgung sicherzustellen. Nutzer der gesundheitlichen Versorgung genießen in Finnland den Schutz des Gesetzes über den Status und die Rechte von Patienten.

Die Ausbildung der professionellen Akteure erfolgt nach den Bestimmungen des Gesetzes über „Health Care Professionals“. Eine Übersicht über die Anzahl der unterschiedlichen professionellen Akteure bietet die nachfolgende Tabelle:

Table 5.4 Health care personnel (man years)

| | Registered ¹ | | Municipal health care | | | | Proportion in municipal health care |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|--------|-----------------------|----------|-------------------------------------|
| | 2005 | per 10 000 population | 1990 | 2005 | per 10 000 population | increase | |
| Health and social services managers | | | 3320 | 3310 | 6 | 0% | |
| Other senior officials | | | 520 | 440 | 1 | -15% | |
| Physicians | 17 101 | 33 | 8 070 | 10 340 | 20 | 28% | 60% |
| Dentists | 4 537 | 9 | 1 960 | 2 040 | 4 | 4% | 45% |
| Senior nurses and ward sisters | | | 7 170 | 5 690 | 11 | -21% | |
| Nurses | 62 933 | 120 | 17 190 | 31 890 | 61 | 86% | 60% |
| Public health nurses | 14 024 | 27 | 4 520 | 5 140 | 10 | 14% | 37% |
| Radiographers | 3 327 | 6 | 1 420 | 1 740 | 3 | 23% | 52% |
| Midwives ² | 3 722 | 7 | 220 | 1 470 | 3 | | 40% |
| Dental hygienists ³ | 1 456 | 3 | 210 | 650 | 1 | 210% | 45% |
| Auxiliary nurses | 81 996 | 158 | 19 030 | 30 030 | 58 | 58% | 37% |
| Auxiliary mental nurses | 5 223 | 10 | 4 660 | 2 740 | 5 | -41% | 53% |
| Hospital and ambulance attendants | 2 033 | 4 | 710 | 670 | 1 | -6% | 33% |
| Dental assistants | 6 123 | 12 | 2 430 | 2 600 | 5 | 7% | 43% |
| Physiotherapists | 11 290 | 22 | 1 290 | 2 250 | 4 | 74% | 20% |
| Occupational therapists | 1 732 | 3 | 280 | 560 | 1 | 100% | 32% |
| Medical laboratory technologists | 6 771 | 13 | 2 830 | 3 520 | 7 | 24% | 52% |
| Assistant nurses and hospital ward assistants | | | 14 150 | 6 460 | 12 | -54% | |

Sources: STAKES, 2006b; Statistics Finland, 2006b.

Notes: ¹Working age; ²Midwives were officially composed of a distinctive group from nurses in 1994; ³Statistical increase of dental hygienists is partly explained by the change in professional title.

Tabelle 3 Professionelle im Gesundheitswesen in Finnland
(entnommen aus: Vuorenkoski et al. 2008, 91)

Die Tabelle zeigt den stetigen Zuwachs der meisten Gesundheitsberufe, vor allem aber die unterschiedlichen Zuwachsraten, die einen Hinweis auf die interdisziplinäre Zusammensetzung geben. Das Verhältnis von Professionellen zur Bevölkerung ist in Finnland ähnlich wie in Deutschland. Standen in Deutschland in den Jahren 2004/2005 3,4 Ärzte und 7,7 Pflegefachkräfte für je 1.000 Einwohner zur Verfügung so waren es in Finnland in den Jahren 2003/2004 3,2 Ärzte und 7,6 Pflegefachkräfte (Vuorenkoski et al. 2008, 93).

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Inanspruchnahme der Gesundheitszentren von 1997 bis 2008. Dabei wird deutlich, dass die Gesamtzahl der Besuche relativ konstant geblieben ist, sich aber die Relationen zwischen den einzelnen Bereichen der Gesundheitszentren verändert haben. So hat die Zahl der Besuche bei Ärzten stetig abgenommen, während die bei anderen Professionellen deutlich zugenommen haben. Die deutlichsten Steigerungen weisen die Bereiche der Arbeitsplatzgesundheit, psychiatrischen und häuslichen Versorgung auf.

67. Terveyskeskuskäynnit toiminnoittain 1997–2008¹⁾
Hälsövärdcentralbesök efter verksamhetstyp 1997–2008¹⁾
Health-centre visits by type of activity 1997-2008¹⁾

| Vuosi År Year | Lääkärikäynnit yhteensä Läkarbesök totalt <i>Physician visits, total</i> | Muut kuin lääkärikäynnit Andra än läkarbesök <i>Other practitioner visits, total</i> | Käynnit yhteensä Besök totalt <i>Visits, total</i> | Käynnit yhteensä/ asukas Besök totalt/ invånare <i>Visits per inhabitant</i> | Äitiysneuvola- käynnit Besök på mödra- rådgivningsbyrå <i>Prenatal clinic visits</i> |
|---------------------|--|--|---|--|--|
| 1997 | 10 722 214 | 14 579 001 | 25 301 215 | 4,9 | 976 585 |
| 2000 | 10 350 203 | 14 780 280 | 25 130 483 | 4,9 | 929 709 |
| 2003 | 9 444 262 | 15 424 475 | 24 868 737 | 4,8 | 998 031 |
| 2005 | 9 360 509 | 16 265 894 | 25 626 403 | 4,9 | 1 042 276 |
| 2006 | 9 060 851 | 15 804 191 | 24 865 042 | 4,7 | 1 036 483 |
| 2007 | 8 775 898 | 16 259 974 | 25 035 672 | 4,7 | 1 048 476 |
| 2008 | 8 689 808 | 16 811 950 | 25 501 758 | 4,8 | 1 026 793 |

| Vuosi År Year | Lastenneuvola- käynnit Besök på barna- rådgivningsbyrå <i>Child-health- clinic-visits</i> | Perhesuunnittelu- neuvolakäynnit Besök på familje- rådgivningsbyrå <i>Family-planning- clinic visits</i> | Kouluterveyden- huoltokäynnit ²⁾ Skolhälsovårds- besök ²⁾ <i>School-health- care visits²⁾</i> | Opiskeluterveyden- huolto ²⁾ Studerandehälsa- vårdsbesök ²⁾ <i>Student-health- care visits²⁾</i> | Työterveyshuollon käynnit Företagshälsa- vårdsbesök <i>Occupational health- care visits</i> |
|---------------------|---|--|--|---|---|
| 1997 | 1 445 503 | 282 589 | 1 790 222 | 351 242 | 782 290 |
| 2000 | 1 343 243 | 260 113 | 1 603 157 | 314 489 | 956 708 |
| 2003 | 1 263 564 | 237 478 | 1 631 398 | 299 563 | 1 102 210 |
| 2005 | 1 243 809 | 213 143 | 1 597 798 | 328 729 | 1 212 515 |
| 2006 | 1 240 475 | 205 694 | 1 582 420 | 331 946 | 1 249 538 |
| 2007 | 1 316 441 | 210 305 | 1 541 289 | 367 924 | 1 144 414 |
| 2008 | 1 373 471 | 214 616 | 1 532 969 | 454 734 | 1 067 058 |

| Vuosi År Year | Kotisairaanhoido- käynnit Hemsjukvårds- besök <i>Home-nursing visits</i> | Mieleterveys- käynnit Besök på mental- vårdsbyrå <i>Mental health visits</i> | Fysioterapia- käynnit Fysioterapi- besök <i>Physiotherapy visits</i> | Muut avohoito- käynnit Andra öppenvårds- besök <i>Other outpatient visits</i> |
|---------------------|--|--|--|---|
| 1997 | 3 716 235 | 327 040 | 1 279 085 | 14 350 424 |
| 2000 | 3 447 083 | 505 689 | 1 220 900 | 14 522 392 |
| 2003 | 3 547 166 | 714 897 | 1 370 495 | 13 703 686 |
| 2005 | 3 937 833 | 689 948 | 1 388 153 | 13 975 426 |
| 2006 | 3 628 281 | 647 341 | 1 400 936 | 13 541 928 |
| 2007 | 3 872 128 | 675 202 | 1 412 179 | 13 447 314 |
| 2008 | 4 077 653 | 658 655 | 1 408 528 | 13 687 281 |

¹⁾ Pl. suun terveydenhuolto - Exkl. munhälsovård - *Excl. oral health care.*
²⁾ Lukioleivien käynnit sisältyvät 1.7.2007 lähtien opiskeluterveydenhuoltoon, aikaisemmin kouluterveydenhuollon käynneissä. Gymnasieelevers besök ingår från och med 1.7.2007 i studerandehälsovården. Tidigare ingick de i skolhälsovården. *Since 1 July 2007, student health care includes visits by upper secondary students; these were previously included in school-health-care visits.*

Lähde: Terveyskeskusten avohoito. SVT. THL - Källa: Hälsövärdcentralomas öppenvård. FOS. THL. - *Source: Health-Centre Outpatient Care. OSF. THL.*

Tabelle 4: Inanspruchnahme der Gesundheitszentren
(entnommen aus: National Institute for Health and Welfare 2009, 112)

Zusammenfassend lässt sich zum System der primären Gesundheitsversorgung in Finnland sagen, dass es gut geeignet ist, um einige der notwendigen strukturellen Voraussetzungen für Kooperation in der Gesundheitsversorgung zu illustrieren. Bezug nehmend auf die Definition von Drinka und Clark (2000, s. S. 3 dieses Beitrags) lassen sich diese folgendermaßen konkretisieren: Die Gesundheitszentren sind klar definierte Einheiten mit einem definierten Zuständigkeitsbereich. Sie haben eine klar beschriebene Aufgabe, die in der Vorhaltung und Erbringung von Leistungen der primären und spezialisierten gesundheitlichen Versorgung besteht. Die Leitung der Gesundheitszentren erfolgt auf der Grundlage transparenter Regelungen.

Auch wenn die verfügbaren Informationen zu den Gesundheitszentren in Finnland weniger geeignet sind, um die interaktiven Aspekte der Kooperation zu illustrieren, so zeigt sich angesichts der dargestellten Zahlen zur Inanspruchnahme der verschiedenen Dienste doch, dass innerhalb eines solchen strukturellen Rahmens die Zusammenarbeit der Berufsgruppen sich entwickeln und verändern kann, in diesem Fall verbunden mit einer Bedeutungszunahme der Pflege.

Beispiele für Versuche, mit denen die integrierte und koordinierte Zusammenarbeit der Berufsgruppen im Gesundheitswesen gefördert werden soll, finden sich auch in Großbritannien und Kanada. Auch wenn sie sich im Ergebnis noch nicht vollständig absehen lassen, seien sie hier als Beispiele für gesundheitspolitische Maßnahmen angeführt, die die interdisziplinäre Zusammenarbeit vor dem Hintergrund der Sicherstellung einer besseren Versorgungskontinuität explizit befördern sollen.

In Großbritannien wurden dazu vor einiger Zeit „National Service Frameworks“ eingeführt (National Health Service 2009), in denen die wesentlichen Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Versorgung in ausgewählten Bereichen formuliert wurden und die sich an der aktuellsten Evidenz zur Versorgung in diesen Bereichen orientieren. Zwar steht die Interdisziplinarität nicht explizit in diesen Anforderungskatalogen, aber die Koordination und das reibungslose Zusammenwirken der professionellen Akteure wird ausdrücklich benannt und dieses ist letztlich nur über die Implementierung einer interdisziplinären Zusammenarbeit zu gewährleisten. Derzeit liegen zehn „National Service Frameworks“ für die folgenden Bereiche vor:

- Krebsversorgung
- Kindergesundheit und Mutterschaft
- Koronare Herzerkrankungen
- Diabetes mellitus
- Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen
- Chronische Zustände (long-term conditions)
- Psychische Gesundheit
- Ältere Menschen
- Nierenerkrankungen
- Schlaganfall

Anders als im finnischen Beispiel wird hier also nicht anhand regionaler Festlegungen, sondern anhand problem- und krankheitsbezogener Aspekte versucht, Ziele und Aufgaben der Versorgung zu definieren und den professionellen Akteuren einen Rahmen zu bieten, in dem sie ihre fachliche Expertise einbringen und den sie entsprechend ausfüllen können.

Ein anderes Beispiel für einen regionalen Ansatz bietet die kanadische Provinz Ontario, in der 2006 beschlossen wurde, die gesundheitliche und soziale Versorgung der Bevölkerung durch „Local Health Integration Networks“ (LHIN) sicherzustellen und zu organisieren. Dazu wurde die Provinz Ontario in 14 solcher Netzwerke aufgeteilt, die nun dafür zuständig sind, die Versorgung zu planen, zu finanzieren und auf lokaler Ebene zu integrieren.

Intendiert war mit der Schaffung der LHIN das bessere Zusammenwirken der Kommunen mit den Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung, um Duplikationen zu vermeiden, die Leistungserbringung besser zu koordinieren und sie im Sinne der Sicherstellung einer besseren Zugänglichkeit für die Bevölkerung zu integrieren. Im Gegensatz zu den Regionalisierungsbestrebungen in anderen kanadischen Provinzen wird mit diesem Ansatz versucht, die lokalen Besonderheiten beizubehalten und die Akteure unter einem neuen Dach zusammenzufassen (MOHLTC 2008). In seiner ersten Einschätzung kommt das Ministerium für Gesundheit und Langzeitversorgung der Provinz Ontario zu dem Ergebnis, dass die Entwicklung der LHIN einen positiven Verlauf genommen hat, jedoch noch erhebliche weitere Herausforderungen bewältigt werden müssen, bis die lokalen Versorgungsprozesse vollständig integriert sind.

Krankheits- und problembezogene Ansätze interdisziplinärer Versorgung

Wie bereits angedeutet, findet sich eine große Anzahl interdisziplinärer Ansätze im Gesundheitswesen bezogen auf bestimmte Krankheitsbilder. Diese Modelle werden in der Regel beschrieben als notwendiger und angemessener Ansatz, um den krankheitsbezogenen Problemlagen adäquat begegnen zu können oder sie finden im Rahmen strukturierter Behandlungs- und Managementansätze statt. Die Bereiche, in denen sich Modelle interdisziplinärer Praxis identifizieren ließen, sind vor allem die Versorgung chronisch Kranker und die geriatrische Versorgung.

Im Bereich der geriatrischen Versorgung war es vor allem ein Modell, das breitere Aufmerksamkeit in der Literatur erlangt hat: das „ACE“-Modell (Acute Care for the Elderly) zur Versorgung von älteren Menschen in Krankenhäusern. Interdisziplinäre Teams sind in diesem Modell damit befasst, die Mobilität und selbständige Funktionsfähigkeit älterer Menschen während eines stationären Aufenthaltes zu erhalten. Berücksichtigt werden zudem die psychische Situation, der Haut- und Ernährungszustand und das individuelle Wohlbefinden. Die Teams setzen sich zusammen aus Bezugspflegekräften (primary nurses), Ärzten, Sozialarbeitern, Ernährungsberatern, Pharmazeuten und Verantwortlichen für die Entlassungsplanung. Unter der Leitung der Bezugspflegekräfte werden umfassende Versorgungspläne entwickelt und implementiert. Eingang finden etwaige Reaktionen auf Behandlungen sowie Richtlinien für präventive und restorative Interventionen. Das Hauptziel von ACE liegt in der Gewährleistung von medizinischer Stabilität unter maximaler Funktionsfähigkeit bei älteren Krankenhauspatienten. Durch die Verwendung von einheitlichen Verfahrensregeln und die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird dadurch eine kosteneffektive und koordinierte Versor-

gung erbracht, durch die verbesserte Ergebnisse in der Versorgungspraxis erreicht und eine Angleichung an aktuelle Versorgungsstandards erreicht werden soll (Benedict et al. 2006; Counsell et al. 2000; Kresevic/Holder 1998; Kresevic et al. 1998 und Panno et al. 2000).

Andere Beispiele aus der geriatrischen Versorgung waren:

- Der Einsatz eines interdisziplinären geriatrischen Teams zur Verbesserung der Primärversorgung älterer Menschen im Alter von 75 Jahren und älter (Phelan et al. 2007)
- Ein interdisziplinärer Ansatz zur Förderung der Gesundheitsförderung und Prävention von zu Hause lebenden älteren Menschen im Alter von 60 Jahren und älter (Dapp et al. 2007)
- Ansätze zur Verbesserung der Ausbildung und Vorbereitung auf die Mitarbeit in interdisziplinären Teams in der geriatrischen Versorgung (Howe/Witt Shermann 2006; Fulmer et al. 2003)

Darüber hinaus fanden sich weitere Arbeiten zur interdisziplinären Zusammenarbeit in der psychiatrischen, onkologischen und Notfallversorgung, die jedoch hier keine weitere Berücksichtigung finden. Unstrittig ist die Notwendigkeit eines interdisziplinären Ansatzes auch in der Palliativversorgung. Die Regelungen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im SGB V in Deutschland tragen dieser Notwendigkeit bereits Rechnung, indem sie ausdrücklich einen interdisziplinären Ansatz vorsehen. Entsprechend ist es nicht verwunderlich, dass im Rahmen dieser Recherche auch Beispiele aus dem Bereich der Palliativversorgung identifiziert werden konnten. Allerdings erscheint die Darstellung einzelner Modelle in diesem Zusammenhang wenig hilfreich, da die Interdisziplinarität zur grundlegenden Philosophie in der Palliativversorgung zählt (O'Connor et al. 2006; Momm et al. 2004) und daher Bestandteil aller Praxisformen sein sollte. Besonderheiten in der Palliativversorgung beziehen sich auf Fragen, wie der Patient und seine Angehörigen angemessen in die Versorgung eingebunden werden können (Parker Oliver et al. 2005; Crawford/Price 2003) oder wie mit Spiritualität umgegangen werden kann (Clark et al. 2007; Sinclair et al. 2006).

Modelle interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Versorgung chronischer Kranker

Die Bedeutung interdisziplinärer Ansätze in der Versorgung chronisch Kranker wird von vielen Autoren unterstrichen. So nennt die WHO (WHO 2006) den „burden of chronic disease“, der als Hauptursache für Krankheit und Beeinträchtigung weltweit angesehen werden kann, als eine der treibenden Kräfte zur Etablierung interdisziplinärer Teams. Um Versorgungskontinuität herzustellen, sind die professionellen Akteure aufgefordert, als Mitglieder multidisziplinärer Teams zu arbeiten und ihre jeweilige Expertise einzubringen. In diesem Zusammenhang wird eine für die deutsche Diskussion bedeutsame Differenzierung vorgenommen, die bereits angesprochen wurde: Die WHO trennt in ihrem Weltgesundheitsbericht von 2006 die Etablierung von interdisziplinären Teams von der Verschiebung und Vereinfachung von Aufgaben bzw. Tätigkeiten, die als Strategie zur Bewältigung vorübergehender personeller Engpässe angesehen werden. Hier zeigt sich nochmals die Notwendigkeit, Kooperation und interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem breiteren Kontext zu diskutieren als lediglich die Erledigung von Aufgaben und Tätigkeiten zu fokussieren.

Die Suche nach interdisziplinären Modellen in der Versorgung chronisch Kranker sieht sich ebenfalls einem sehr breiten und heterogenen Spektrum möglicher Ansätze gegenüber. So kommen als mögliche Berufsgruppen z.B. Ärzte, Pflegekräfte, Pharmazeuten, Sozialarbeiter, Therapeuten, Diät-Assistenten/Ernährungswissenschaftler, Berater, Physiotherapeuten und andere in wechselnden Konstellationen in Betracht. Trotz der auch für diesen Bereich geltenden problematischen Studienlage kommen Ouwens et al. (2005) zu der Einschätzung, dass integrierte, interdisziplinäre Versorgungsansätze einen positiven Effekt auf die Qualität der Versorgung chronisch Kranker haben.

Neben breiter angelegten Modellen, von denen einige im weiteren Verlauf dieses Kapitels beschrieben werden, wurde eine Vielzahl von Ansätzen mit einer geringeren Reichweite entwickelt. Diese bezogen sich beispielsweise auf einzelne Abteilungen oder spezifische Problemlagen. Zur Illustration seien die folgenden Beispiele angefügt:

- Entwicklung und Implementierung eines pathways für Menschen mit chronischer Nierenerkrankung durch multidisziplinäre Teams (Owen et al. 2006)
- Entwicklung eines multidisziplinären Ansatzes zur Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz (Wierzchowicki et al. 2006)
- Die Herausforderungen der Versorgung am Ende des Lebens mit einer chronischen Krankheit für das multidisziplinäre Team (Kramer/Auer 2005)
- Die multidisziplinäre Entwicklung eines Programms zur Prävention von Arbeitsunfähigkeit bei chronischen Rückenschmerzen (Lambeek et al. 2009)

Als breiter angelegtes Programm zur interdisziplinären Zusammenarbeit in der Versorgung chronisch Kranker hat vor allem das Chronic Care Model (Wagner et al. 1996a; 1996b) erhebliche internationale Aufmerksamkeit erlangt. Das Chronic Care Model ist ein organisationsbezogener Ansatz zur Versorgung chronisch Kranker, mit dem das Ziel verfolgt wird, die Qualität und das Management dieser Versorgung zu verbessern (Kane et al. 2005). Da mittlerweile mehrere hundert Organisationen in der Gesundheitsversorgung die Prinzipien dieses Modells übernommen haben (z.B. Watts et al. 2009; Dobscha et al. 2008; Taylor/Lahey 2008), seien die wesentlichen Prinzipien hier kurz vorgestellt. Die zentralen Prinzipien sind:

- Die Unterstützung des Selbstmanagements der Patienten, um ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre Gesundheit und ihre Gesundheitsversorgung selbst zu managen
- Design des Versorgungssystems: Sicherstellung einer effektiven und fachlich effizienten Versorgung und Selbstmanagementunterstützung, zu der auch die Definition und Verteilung von Rollen innerhalb interdisziplinärer Teams gehört
- Unterstützung der Patienten bei der Entscheidungsfindung durch die Förderung eines Praxismodells, das konsistent mit der verfügbaren Evidenz und den Präferenzen der Patienten ist
- Klinische Informationssysteme zur Organisation von patienten- und populationsbezogenen Daten in einer Art und Weise, die die Versorgung optimal unterstützt.
- Organisation des Gesundheitswesens durch die Schaffung einer Kultur und von Verfahrensweisen, die eine sichere und hochwertige Versorgung gewährleisten

- Mobilisierung von kommunalen/lokalen Ressourcen, um den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden.

Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

Einen zumindest in den USA höheren Bekanntheitsgrad hat mittlerweile auch das bereits aus den 1970er Jahren stammende PACE-Modell erlangt (Eng et al. 1997; Kane et al. 2005; National PACE Association 2010). Dieses Modell wurde entwickelt, um älteren Menschen einen möglichst langen Verbleib in der häuslichen Umgebung trotz chronischer Krankheit zu ermöglichen. Im Rahmen dieses Programms werden alle präventiven, medizinischen und unterstützenden, zur Erreichung dieses Ziels notwendigen Dienste organisiert und zur Verfügung gestellt. Dazu gehören:

- Tagespflegezentren, in der pflegerische, physio- und ergotherapeutische Dienste ebenso angeboten werden wie Verpflegung, Ernährungsberatung, Sozialarbeit und Unterstützung bei der Körperpflege (der Transport zu und von den Zentren wird ebenfalls durch PACE organisiert)
- Medizinische Versorgung durch einen PACE-Arzt
- Häusliche Pflege
- Notwendige Medikamente
- Soziale Dienste
- Spezialisierte medizinische und therapeutische Versorgung
- Kurzzeitpflege sowie
- Versorgung im Krankenhaus oder Pflegeheim soweit erforderlich

Besondere Bedeutung erlangt in den PACE-Projekten die Herstellung von Versorgungskontinuität, die durch ein enges und koordiniertes Zusammenwirken im interdisziplinären Team erreicht werden soll. Zum Team gehören Ärzte, Nurse Practitioner, Pflegefachkräfte, verschiedene therapeutische Berufe, Hilfskräfte, Fahrer und andere, die in regelmäßigen Abständen zusammen kommen.

Eine weitere Besonderheit besteht in der pauschalisierten, personenbezogenen Finanzierung des Programms („capitated payment arrangement“). Es werden Pauschalbeträge erhoben, über die die verschiedenen Dienste erbracht werden und es ist unerheblich, ob diese Beträge aus den staatlichen Programmen Medicare oder Medicaid oder über private Ressourcen der Nutzer geleistet werden. PACE kann in Anspruch genommen werden von älteren Menschen, die einen Grad der Bedürftigkeit aufweisen, der in dem jeweiligen Bundesstaat die Aufnahme in einem Pflegeheim rechtfertigen würde. Im Durchschnitt ist ein Teilnehmer am PACE-Programm heute 80 Jahre alt. Im Jahr 2009 waren 72 PACE-Programme in 30 Staaten der USA verfügbar. Begründet wurde PACE in den 1970er-Jahren aufgrund des zunehmenden Bedarfs an gemeindenaher Langzeitversorgung der Immigranten aus China, Italien und von den Philippinen (National PACE Association 2010).

PACE ist ein originär interdisziplinäres Modell. Um ein eigenes PACE-Programm aufzulegen, ist es daher erforderlich, dass die beteiligten Professionellen die Grundlagen interdisziplinärer Praxis verinnerlichen. Zu diesem Zweck wurde ein Curriculum entwickelt, über das die notwendigen Kompetenzen zur Beteiligung an interdisziplinären Teams im Rahmen der Langzeitversorgung erworben werden sollen (National PACE Association 2010). Dieses Curriculum besteht aus drei didaktischen Modulen, die theoretisch vermittelt werden. Das erste Modul behandelt die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit auf einer generellen Ebene und schafft damit die Grundlage für das zweite Modul, in dem es um die Besonderheiten des interdisziplinären PACE-Ansatzes geht. Das dritte Modul befasst sich mit der Effektivität der interdisziplinären PACE Teams und vermittelt dazu Einsichten in die notwendigen Teamstrukturen und –organisation zur Umsetzung der auf die Nutzer vereinbarten Ziele. In diesem Modul werden auch die Beiträge der einzelnen beteiligten Berufsgruppen behandelt.

Die Teilnahme an diesen Modulen ist die Voraussetzung für die Beteiligung an den praxisbezogenen Modulen, von denen sich das erste auf berufsgruppenspezifische Versorgungsaspekte bezieht. Erst im zweiten Praxismodul erfolgt die Beteiligung an interdisziplinären Teambesprechungen und die Aufnahme eines neuen Nutzers, zu der auch die Bedarfserhebung und interdisziplinäre Versorgungsplanung gehören. Im dritten Modul schließlich lernen die Teilnehmer die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den PACE-Nutzern und ihren (pflegenden) Angehörigen in der Erhebung des individuellen Bedarf und der Planung sowie Umsetzung der vereinbarten Versorgung.

Nurse Practitioner - Specialist Physician Collaborative Team Care

Die School of Nursing der Columbia University in den USA hat ein Modell entwickelt, in dem Nurse Practitioner in einem multidisziplinären Team mit spezialisierten Medizinern bei der Behandlung von Menschen mit chronischen Krankheiten zusammenarbeiten, die komplexe therapeutische Interventionen, eine enge Überwachung des gesundheitlichen Zustands und eine ausführliche Beratung und Anleitung benötigen (Kane et al. 2005).

Durch dieses an ein „Movement Disorder Center“ angebundene Modell wird die Versorgungskontinuität sichergestellt, da sich die Zuständigkeit auf stationäre wie auch auf ambulante Settings der Versorgung bezieht. Insgesamt umfasst das multidisziplinäre Team die folgenden Mitglieder: Neurologe, Nurse Practitioner, Pflegefachkraft, Sozialarbeiter, ‚Clinical geneticist‘, Physiotherapeut, Sprachtherapeut und Psychiater. Die Koordination und der Erstkontakt zu den Patienten erfolgt über den Nurse Practitioner, der die Krankengeschichte aufnimmt, die erste Untersuchung durchführt, eine vorläufige Diagnose stellt und einen Behandlungsplan entwickelt, die mit dem Neurologen diskutiert werden. Der daraufhin erstellte Versorgungsplan wird mit dem Sozialarbeiter besprochen, der in Ergänzung dazu noch eine Einschätzung der sozialen und finanziellen Situation und Bedürfnisse des Patienten erfasst. Je nach Notwendigkeit werden andere Mitglieder des multidisziplinären Teams hinzugezogen. Nach Abschluss sämtlicher Konsultationen wird der abschließende Versorgungsplan vom Nurse Practitioner zusammengestellt und es werden Follow-up-Besuche vereinbart. Für diese Besuche bittet der Nurse Practitioner die anderen Teammitglieder um ihre Einschätzung hinsichtlich möglicher Veränderungen des Gesundheitszustandes.

Im Bedarfsfall finden Hausbesuche durch Nurse Practitioner und Sozialarbeiter statt. Der Nurse Practitioner stellt für den Patienten den Ansprechpartner dar. Im Falle der Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes findet eine Konsultation des Nurse Practitioners und des Neurologen oder Psychiaters im Krankenhaus statt. Für den Fall, dass der Verbleib in der häuslichen Umgebung nicht sichergestellt werden kann, helfen Nurse Practitioner und Sozialarbeiter dem Patienten dabei, eine ‚Skilled Nursing Facility‘ zu finden, die seinen Bedürfnissen am besten entspricht. Im Fall der Übersiedlung in eine Skilled Nursing Facility wird die Behandlung im „Movement Disorder Center“ fortgesetzt.

Der Anspruch dieses Programms besteht darin, das Spezialistenwissen der Mediziner mit dem umfassenden Versorgungsansatz der Nurse Practitioner zu vereinen. So ist für den Patienten einerseits sichergestellt, entsprechend der aktuellsten Therapieverfahren behandelt zu werden, während gleichzeitig die sich mit der Zeit entwickelnde Beziehung von Nurse Practitioner zum Patient und seinen Angehörigen eine gute Grundlage für eine edukative und anleitende Interventionen darstellt und durch die Einbindung weiterer Akteure auf verschiedene Aspekte der Lebensqualität eingegangen werden kann.

Case Management at Castlefields Health Centre

Dieses englische Modell wurde ausgewählt, da es neben dem Fokus auf chronischen Krankheiten auch noch den Aspekt einer sozial benachteiligten Region enthält. Das Ziel des Projektes bestand in einer Reduktion der Verweildauer in Krankenhäusern der gesundheitlich beeinträchtigten Bevölkerung über 65 Jahre (Kane et al. 2005). Die drei Kernelemente bestanden in einem proaktiven Entlassungsmanagement, einem gezielten Case Management und einer engen Zusammenarbeit zwischen einem Sozialarbeiter und einer district nurse.

Für das Projekt wurden der Sozialarbeiter zum „Social Care Manager“ und die district nurse zur „Nursing Care Manager“ ernannt. Unterstützt wurden sie tageweise von einer Pflegefachkraft mit einer Spezialisierung in psychiatrischer Versorgung. Die beiden Professionellen arbeiteten eng zusammen und erstellten die Versorgungspläne auf der Grundlage eines gemeinsam durchgeführten Assessments. Mit drei Akutkrankenhäusern in der Region wurde eine gute Arbeitsbeziehung aufgebaut, durch die das Entlassungsmanagement entwickelt werden konnte.

Für die in dem Projekt zu betrachtende Zielgruppe wurden verschiedene Einschlusskriterien definiert (z.B. vier oder mehr aktive chronische Diagnosen, vier oder mehr Medikamente für mehr als sechs Monate, zwei oder mehr Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten u.a.). Die durch diese Kriterien identifizierten Nutzer wurden durch die pflegerische Case Managerin kontaktiert, um follow-up Besuche zu organisieren, edukative Maßnahmen durchzuführen, praktische Ratschläge zu geben oder die Überweisung an andere Akteure zu initiieren.

Als bedeutsamstes Ergebnis wurde eine verbesserte Kommunikation unter den Professionellen konstatiert. Dadurch konnten die notwendigen Assessments schneller durchgeführt und die Entlassungsplanung bereits kurz nach der Aufnahme ins Krankenhaus initiiert werden. Zudem ist das Projekt als ein gelungenes Beispiel der Integration von sozialer und gesund-

heitlicher Versorgung anzusehen. Bezogen auf messbare Parameter führte das Projekt zu einer Reduktion der Krankenhauseinweisungen um 14% (gegenüber einem nationalen Anstieg von 9%) und einer Verkürzung der Verweildauer von 31% (gegenüber 6% im Landesdurchschnitt).

Schlussfolgerungen

Eine Recherche der internationalen Literatur fördert eine große Bandbreite an Beispielen für eine Kooperation der Gesundheitsberufe zu Tage, von denen in diesem Beitrag vorrangig ein Beispiel aus dem Bereich der primären Gesundheitsversorgung sowie verschiedene Beispiele zur Versorgung chronisch Kranker aufgegriffen und skizziert wurden, da sie besonders geeignet erschienen, grundlegende Prinzipien der Kooperation und interdisziplinären Zusammenarbeit zu verdeutlichen.

Den hier vorgestellten Beispielen ist gemeinsam, dass einige der im Eingangskapitel benannten Charakteristika für die interdisziplinäre Zusammenarbeit erfüllt waren. So waren die interdisziplinären Arbeitszusammenhänge in verschiedener Art und Weise definiert und auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet. Die Ziele selbst jedoch waren unterschiedlich gelagert. Während es in den Gesundheitszentren in Finnland darum geht, verschiedene Dienstleistungen zu bündeln, um sie dadurch zugänglich zu machen, verlangen die Modelle zur Versorgung chronisch Kranker einen stärkeren Grad an Integration der verschiedenen Berufsgruppen.

Gemeinsam ist allen Ansätzen, dass die Herstellung von Kooperation und Interdisziplinarität nicht dem Zufall überlassen wird, sondern originärer Bestandteil der Praxis ist. Unterschiede bestehen im Detaillierungsgrad der konkreten Vorgaben, wie Interdisziplinarität umgesetzt werden soll. In den Gesundheitszentren in Finnland werden dazu keine weiteren Vorgaben gemacht und es wird sich darauf verlassen, dass die Akteure aufgrund der offensichtlichen Notwendigkeit miteinander agieren und Wege zur Zusammenarbeit finden. In den anderen Modellen ist eine konkretere Beschreibung der Rollen und Aufgaben erforderlich.

Bezogen auf die beteiligten Professionen zeigt sich eine starke Beteiligung der Medizin und der Pflege, was angesichts ihrer allein zahlenmäßigen Bedeutung nicht verwunderlich erscheint. Ebenfalls oft vertreten war die Sozialarbeit. Für die Medizin erscheint die Balance zwischen Allgemein- und spezialisierten Ärzten eine wichtige Frage bei der Bildung interdisziplinärer Teams zu sein. In der Zusammenarbeit mit der Pflege erscheinen auch Konstellationen möglich, in denen die generalistisch ausgerichteten Aufgaben interdisziplinärer Teams durch entsprechend ausgebildete Pflegekräfte erfolgen und die Spezialisierung in ärztlicher Hand bleibt (s. Modell Nurse Practitioner – Specialist Physician Collaborative Team Care). Das finnische Beispiel zeigt, dass auch eine Zusammenarbeit ohne eine entsprechende Aufgabenteilung in generalistische und spezialisierte Aufgaben möglich ist.

Wenn von einer Beteiligung der Pflege die Rede ist, dann wird, vor allem in den amerikanischen geprägten Modellen, differenziert zwischen Pflegefachkräften (Nurses) und Pflegenden mit einer erweiterten Kompetenz (Nurse Practitioner, Advanced Practice Nurse). Es sind vor allem letztere, die koordinierende und steuernde Funktionen übernehmen. Eine solche Diffe-

renzierung in der Kompetenz und Zuständigkeit zwischen den Pflegenden gibt es in Finnland nicht. Zwar bestehen dort zwei pflegerische Grundqualifikationen, beide finden jedoch auf der Ebene von Universities of Applied Sciences statt und stehen gleichberechtigt nebeneinander. Verglichen mit der deutschen Situation weisen jedoch die Beispiele auf die Notwendigkeit einer hohen fachlichen Qualifikation der nicht-ärztlichen Berufe hin, die für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit erforderlich ist.

Die Beispiele zeigen unterschiedliche Ansätze zur Leitung interdisziplinärer Teams auf. Die hier dargestellten Ansätze fanden vorwiegend unter ärztlicher oder pflegerischer, zum Teil auch unter gemeinsamer Leitung statt. Es wurde deutlich, dass die Frage der Leitung sinnvollerweise vor dem Hintergrund der Aufgaben eines interdisziplinären Teams zu diskutieren ist. Sie wird umso wichtiger, je größer das interdisziplinäre Team ist. In einem Modell wie dem Nurse Practitioner – Specialist Physician Collaborative Team Care, das sich in einem überschaubaren Rahmen bewegt, geht es weniger um die tatsächliche Leitung, sondern um die Koordination von Prozessen, die allen Beteiligten bekannt sind und über die Konsens besteht. Größere Teams wie z.B. die in den finnischen Gesundheitszentren bedürfen einer klareren Leitungsstruktur.

Das Beispiel des Castlefields Health Centre zeigt ebenso wie das Beispiel der finnischen Gesundheits- und Sozialzentren, dass es möglich ist, Akteure des Sozial- und Gesundheitswesens zusammen zu bringen. Die strikte Trennung in der Zuständigkeit beider Bereiche ist ein Problem in vielen Ländern und zeigt sich vor allem in der Langzeitversorgung, für die sie kontraproduktiv ist.

Nur in einem Beispiel (PACE) wurden Ansätze zur Vermittlung interdisziplinärer Kompetenzen skizziert. Sie lagen nicht im Schwerpunkt der Recherche, deren Ergebnisse jedoch vermuten lassen, dass es zu diesem Bereich ebenfalls eine Fülle von Ansätzen gibt. Die Beispiele zeigen jedoch, dass es für jede Berufsgruppe erforderlich ist, ihre eigene Kompetenz und Expertise auszubilden, bevor eine interdisziplinäre Zusammenarbeit beschlossen wird.

Zwar hat die Ausbildung in den Gesundheitsberufen eine wichtige Bedeutung für das Zusammenwirken interdisziplinärer Teams, jedoch werden es entsprechende Inhalte in der Ausbildung allein nicht bewirken können, dass sich eine interdisziplinäre Kultur der Zusammenarbeit entwickelt. Es gilt daher auch das Augenmerk auf Teambildungsprozesse zu richten, die in verschiedenen Phasen durchlaufen werden (Drinka/Clark 2000; Minkmann et al . 2009). Die Analyse solcher Prozesse wird vor allem für diejenigen hilfreich und notwendig sein, die mit dem Aufbau, der Koordination und Begleitung interdisziplinärer Teams befasst sind.

Zum Abschluss sei noch einmal kurz der wiederkehrende Hinweis aufgegriffen, dass es an verlässlichen empirischen Studien zu interdisziplinären Ansätzen mangelt bzw. die Studienlage sehr unübersichtlich ist. Diese Einschätzung kann durch diese Recherche bestätigt werden. Eine allgemeine Forderung nach einer verbesserten Studienlage zur interdisziplinären Zusammenarbeit dürfte jedoch wenig zielführend sein. Sinnvoll erscheint es jedoch, die intendierten Zielsetzungen interdisziplinärer Praxis zum Ausgangspunkt weiterer Untersuchungen zu machen und dabei nicht lediglich die Analyse von Bestehendem in den Mittel-

punkt zu stellen, sondern auch die Gestaltung von Implementierungsprozessen stärker als bislang in den Blick zu nehmen.

Literatur:

- Benedict, L./Robinson, K./Holder, C. (2006): Clinical nurse specialist practice within the Acute Care for Elders interdisciplinary team model. In: *Clinical Nurse Specialist* 20(5): 248-251
- Clark, L./Leedy, S./McDonald, L./Muller, B./Lamb, C./Mendez, T./Kim, S./Schonwetter, R. (2007): Spirituality and job satisfaction among hospice interdisciplinary team members. In: *Journal of Palliative Medicine* 10(6): 1321-1328
- Counsell, S. R./Holder, C. M./Liebenauer, L. L./Palmer, R. M./Fortinsky, R. H./Krešević, D. M./Quinn, L. M./Allen, K. R./Covinsky, K. E./Landefeld, C. S. (2000): Effects of a multi-component intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 48(12): 1572-1581
- Crawford, G. B./Price, S.D. (2003): Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice. In: *The Medical Journal of Australia* 179(6 Suppl): 32-34
- Dapp, U./Anders, J./Meier-Baumgartner, H.P./von Renteln-Kruse, W. (2007): Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbständig lebende Senioren. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 40(4): 226-240
- Dobscha, S. K./Corson, K./Leibowitz, R.Q./Sullivan, M.D./Gerrity, M.S. (2008): Rationale, design, and baseline findings from a randomized trial of collaborative care for chronic musculoskeletal pain in primary care. In: *Pain Medicine* 9(8): 1050-1064
- Drinka, T. J.K./Clark, P.G. (2000): *Health Care Teamwork. Interdisciplinary practice and teaching*. Westport, Connecticut: Auburn House
- Eng, C./Pedulla, J./Eleazer, G.P./McCann, R./Fox, N. (1997): Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 45:223-232
- Fulmer, T./Flaherty, E./Hyer, K. (2003): The geriatric interdisciplinary team training (GITT) program. In: *Gerontology & Geriatrics Education* 24(2): 3-12
- Howe, J. L./Witt Sherman, D. (2006): Interdisciplinary educational approaches to promote team-based geriatrics and palliative care. In: *Gerontology & Geriatrics Education* 26(3): 1-16
- Kane, R.L./Priester, R./Totten, A.M. (2005): *Meeting the challenges of chronic illness*. Baltimore: John Hopkins University Press
- Kramer, B. J./Auer, C. (2005): Challenges to providing end-of-life care to low-income elders with advanced chronic disease: lessons learned from a model program. In: *The Gerontologist* 45(5): 651-660
- Krešević, D./Holder, C. (1998): Interdisciplinary care. In: *Clinics in Geriatric Medicine* 14(4): 787-798
- Krešević, D. M./Counsell, S. R./Covinsky, K./Palmer, R./Landefeld, C. S./Holder, C./Beeler, J. (1998): A patient-centered model of acute care for elders. In: *The Nursing Clinics of North America* 33(3): 515-527

- Kuehn, A. F. (2009): The kaleidoscope of collaborative practice. In: Joel, L. A. (Hg.): Advanced Practice Nursing. Essentials for role development. Philadelphia: FA Davis
- Lambeek, L.C./van Mechelen, W./Buijs, P.C./Loisel, P./Anema, J.R. (2009): An integrated care program to prevent work disability due to chronic low back pain: a process evaluation within a randomized controlled trial. In: BMC Musculoskeletal Disorders 10: 147-156
- Lützenkirchen, A. (2005): Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen – eine aktuelle Bestandsaufnahme. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung 36(3): 311-324
- Meijer, W.J./Vermeij, D.J.B. (1997): A comprehensive model of cooperation between caregivers related to quality of care. In: International Journal of Quality in Health Care 9(1): 23-33
- Minkman, M.M.N./Ahaus, K.T.B./Huijsman, R. (2009): A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. In: BMC Health Services Research 9: 42-52
- MOHLTC – Ministry of Health and Long-term Care (2008): MOHLTC-LHIN Effectiveness Review. Final Report. Verfügbar unter: http://www.health.gov.on.ca/transformation/lhin/effectiveness_review_report.pdf (letzter Zugriff am 25.02.2010)
- Ministry of Social Affairs and Health (2004): Health Care in Finland. Helsinki: Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2004:11
- Momm, F./Becker, G./Ewald, H./Baumgartner, J./Adamietz, I.A./Frommhold, H. (2004): Strahlentherapeutische Beteiligung an interdisziplinären, palliativmedizinischen Einrichtungen. In: Strahlentherapie und Onkologie 180(2): 73-77
- National Health Service (2009): National service frameworks and strategies. Verfügbar unter: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/NSF/Pages/Nationalserviceframeworks.aspx> (letzter Zugriff am 20.03.2010)
- National Institute for Health and Welfare (2009): Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care 2009. Helsinki
- National PACE Association (2010): What is PACE®? Verfügbar unter: <http://www.npaonline.org:80/website/article.asp?id=12> (letzter Zugriff am 22.03.2010)
- O'Connor, M./Fisher, C./Guilfoyle, A. (2006): Interdisciplinary teams in palliative care: a critical reflection. In: International Journal of Palliative Nursing 12(3): 132-137
- Ouwens, M./Wollersheim, H./Hermens, R./Hulscher, M./Grol, Richard (2005): Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. In: International Journal for Quality in Health Care 17(2): 141-146
- Panno, J. M./Kolcaba, K./Holder, C. (2000): Acute care for elders (ACE): a holistic model for geriatric orthopaedic nursing care. In: Orthopaedic Nursing 19(6): 53-60
- Parker Oliver, D./Porock, D./Demiris, G./Courtney, K. (2005): Patient and family involvement in hospice interdisciplinary teams. In: Journal of Palliative Care 21(4): 270-276
- Phelan, E.A./Balderson, B./Levine, M./Erro, J.H./Jordan, L./Grothaus, L./Sandhu, N./Perrault, P.J./LoGerfo, J.P./Wagner, E.H. (2007): Delivering effective primary care to older adults:

- a randomized, controlled trial of the senior resource team at group health cooperative." *Journal of the American Geriatrics Society* 55(11): 1748-1756
- Rosenfield, P. (1992): The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Social Science & Medicine* 35: 1343-1357
- SVR (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Berlin
- Schofield, R.F./Amadeo, M. (1999): Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective? In: *Health & Social Work* 24(3): 210-219
- Sinclair, S./Raffin, S./Pereira, J./Guebert, N. (2006): Collective soul: the spirituality of an interdisciplinary palliative care team. In: *Palliative & Supportive Care* 4(1): 13-24
- Taylor, D./Lahey, M. (2008): Increasing the involvement of specialist physicians in chronic disease management. In: *Journal of Health Services Research & Policy* 13 Suppl 1: 52-56
- Vuorenkoski, L./Mladovsky, P./Mossialos, E. (2008): Finland: Health System Review. *Health Systems in Transition* 10 (4): 1-168
- Wagner, E.H./Austin, B.T./von Korff, M. (1996a): Improving outcomes in chronic illness. In: *Managed Care Quarterly* 4(2): 12-25
- Wagner, E.H./Austin, B.T./von Korff, M. (1996b): Organizing care for patients with chronic illness. In: *Milbank Quarterly* 74(4): 511-544
- Watts, S. A./Gee, J./O'Day, M.E./Schaub, K./Lawrence, R./Aron, D./Kirsh, S. (2009): "Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: the unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 21(3): 167-172
- WHO (2006): Working together for health. The World Health Report 2006. Geneva: WHO
- WHO (2008): Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO
- WHO EURO (2009): The European Health Report 2009. Health and Health Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Wierchowicki, M./Poprawski, K./Nowicka, A./Kandziora, M./Piatkowska, A./Jankowiak, M./Michalowicz, B./Stawski, W./Dziamka, M./Kaszuba, D./Szymanowska, K./Michalski, M. (2006): A new programme of multidisciplinary care for patients with heart failure in Poznan: one-year follow-up. In: *Kardiologia Polska* 64(10): 1063-1072