



Memorandum
Kooperation der
Gesundheitsberufe

Qualität und Sicherstellung
der zukünftigen
Gesundheitsversorgung

Robert Bosch **Stiftung**

Memorandum

Kooperation der
Gesundheitsberufe

Qualität und Sicherstellung
der zukünftigen
Gesundheitsversorgung

Vorwort

Die öffentliche Gesundheitspflege ist ein zentrales Thema der Robert Bosch Stiftung. Seit ihrer Gründung vor fast 50 Jahren fördert sie fremde und eigene Programme und Projekte, die sich zum Ziel gesetzt haben, ausgewählte Strukturfragen des Gesundheitswesens zu bearbeiten und zur Verbesserung und Sicherung der Qualität der Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen beizutragen. Diesem Ziel dient bis heute die Förderung der Verbesserung der Ausbildung der Ärzte, der Pflegekräfte und anderer Gesundheitsberufe. Neben der Erarbeitung der Denkschrift »Das Arztbild der Zukunft« (1989) und der Unterstützung der Reform der Mediziner-ausbildung konzentrierte sich die Förderung vor allem auf die Einführung akademischer Strukturen in der Pflege, interdisziplinärer Forschungsvorhaben sowie auf die Ausbildungsreform in der Pflege, wozu die Stiftung mit den beiden Denkschriften »Pflege braucht Eliten« (1992) und »Pflege neu denken« (2000) die theoretischen Grundlagen geschaffen hat. Diese münden aktuell in Aktivitäten, die der Verbesserung der Koordination und Kooperation der Gesundheitsberufe untereinander sowohl bei der Ausbildung, auf Hochschulebene als auch bei der Berufsausübung dienen sollen. Zugrunde liegt die Überzeugung, dass nur durch koordiniertes und disziplinübergreifendes Handeln zwischen den Gesundheitsberufen eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung des Einzelnen erreicht und die Schnittstellen zwischen den Angeboten und Einrichtungen des Gesundheitswesens besser überwunden werden können und dass dies wiederum durch interdisziplinäres Lernen und Forschen vorbereitet werden muss.

Bei dem von der Stiftung durchgeführten Symposium »Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen« (Juni 2010) wurden, von einer integrierten Gesundheitsversorgung ausgehend, die Zusammenarbeit und das interdisziplinäre Handeln der Gesundheitsberufe abgeleitet und notwendige Veränderungen der Ausbildungsgänge aller Gesundheitsberufe herausgearbeitet – weg von der nur monoprofessionellen und hin zu einer interprofessionellen Ausbildung, die die Eigenständigkeit und

Eigenverantwortung der einzelnen Berufe ebenso berücksichtigt wie ineinandergreifende Zuständigkeiten. Der inzwischen erschienene Tagungsband »Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen« kann bei der Robert Bosch Stiftung angefordert werden.

Die Diskussion um die Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsträger und um die Verteilung der Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen ist nicht neu und erfährt, auch angestoßen durch das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) mit dem Kapitel »Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung«, eine Intensivierung. Die durch das Gutachten ausgelösten kontroversen Diskussionen konzentrieren sich allerdings meist nur auf die Frage von Delegation und Substitution. Dies greift angesichts der vielfältigen neuen Herausforderungen für das Gesundheitswesen zu kurz. In einem stark arbeitsteiligen System ist zu klären, welcher Gesundheitsberuf für welche Aufgaben mit welcher Kompetenz in der Gesundheitsversorgung zuständig ist oder in der Zukunft zuständig sein sollte. Zu fragen ist, wie Kooperation in der Praxis umgesetzt werden kann, wer die Verantwortung dafür trägt, welche neuen Konzepte für kooperatives Lernen erarbeitet werden können und ob die Ausbildung, insbesondere an Hochschulen, neu zu strukturieren ist. Insbesondere müssen Fragen rechtlicher und beruflicher Kompetenzen geklärt werden.

An dieser Stelle setzt das vorgelegte Memorandum an.

2008 hat die Robert Bosch Stiftung eine Expertengruppe einberufen, um zu analysieren, ob und wie eine Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität durch Interdisziplinarität, Interprofessionalität und Kooperation in den Gesundheitsberufen erreicht werden kann und welche Voraussetzungen dafür benötigt werden. Daraus ist das Memorandum »Kooperation der Gesundheitsberufe« entstanden,

in das die Ergebnisse verschiedener Expertisen eingeflossen sind: Aus juristischer Sicht wurden von Prof. Dr. Gerhard Igl die Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation der Gesundheitsberufe aufgezeigt. Ein systematischer Review der Universität Bremen unter der Leitung von Prof. Dr. Heinz Rothgang untersuchte die bestehende Evidenzlage zur interdisziplinären Kooperation. Eine Übersicht über internationale Modelle der Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen von Prof. Dr. Andreas Büscher verwies auf erfolgreich praktizierte Ansätze aus dem Ausland. Die vollständigen Expertisen stehen zum Herunterladen auf der Homepage der Robert Bosch Stiftung ebenso bereit wie eine Sammlung ausgewählter Beispiele interprofessioneller Praxisansätze in Versorgung, Austausch und Wissenschaft.

Das Memorandum wurde von den Mitgliedern der Expertengruppe im Rahmen des Symposiums »Die Gesundheitsversorgung von morgen« (November 2010) vorgestellt und dabei von Fachexperten kommentiert: Die konstruktiven Anmerkungen von Frau Prof. Dr. Ursula Walkenhorst von der Hochschule für Gesundheit in Bochum zur Förderung der Kooperation durch Bildung, von Prof. Dr. Norbert Schmacke von der Universität Bremen zu organisatorischen und institutionellen Voraussetzungen für die Kooperation sowie von Uwe Borchers vom Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe zur interprofessionellen Kooperation im regionalen Kontext haben wichtige Impulse für die Endredaktion der Texte gegeben und zur Schärfung und Profilierung der Weichenstellungen des Memorandums beigetragen. Die Diskussion während des Symposiums führte dazu, einen ergänzenden Beitrag von Dr. Klaus Jacobs vom Wissenschaftlichen Institut der AOK zu ökonomischen Aspekten der Kooperation in das Memorandum aufzunehmen.

Das Memorandum will zur Diskussion auf politischer, gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Ebene zum Thema Gesundheitsberufe und ihrer Zusammenarbeit beitragen und für eine Umsetzung der vorgeschlagenen Weichenstellungen und konkreter Handlungsmaßnahmen werben.

Die Robert Bosch Stiftung dankt den Mitgliedern der Expertengruppe, die das Memorandum in einem konstruktiven Prozess und im respektvollen Miteinander frei von Interessenspolitik verfasst haben, für deren fruchtbare und intensive Zusammenarbeit und für das große Engagement beim Transfer der Ergebnisse und Empfehlungen. Unser Dank gilt darüber hinaus den Gutachtern, den Kommentatoren und Frau Karin Höppner für ihre redaktionelle Mitarbeit.

Stuttgart im Oktober 2011

Robert Bosch Stiftung

Inhalt

Mitglieder der Expertengruppe und Verfasser des Memorandums

Prof. Dr. Mark Dominik Alscher
Ärztlicher Direktor, Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH
Stuttgart

Prof. Dr. Andreas Büscher
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften,
Hochschule Osnabrück

Dipl. Päd. Gerd Dielmann
Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt
und Kirchen, ver.di – Vereinte Dienstleistungs-
gewerkschaft Bundesverwaltung

Manfred Hopfeld M.A.
Referatsleiter, Ressortkoordination Ministerium
für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter,
Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen

Prof. Dr. Heidi Höppner
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit,
Studiengang Physiotherapie, Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Gerhard Igl
Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa,
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Prof. Dr. Adelheid KuhlmeY
Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie,
Charité-Universitätsmedizin Berlin

Dipl. Med. päd. Ursula Matzke
Pflegedirektorin, Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH,
Stuttgart

Dr. Almut Satrapa-Schill
Bereichsleiterin, Sonderbereich »Zukunftsfragen
der Gesundheitsversorgung«, Robert Bosch Stiftung

Gutachter

Prof. Dr. Andreas Büscher
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften,
Hochschule Osnabrück

Prof. Dr. Gerhard Igl
Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa,
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Kommentatoren

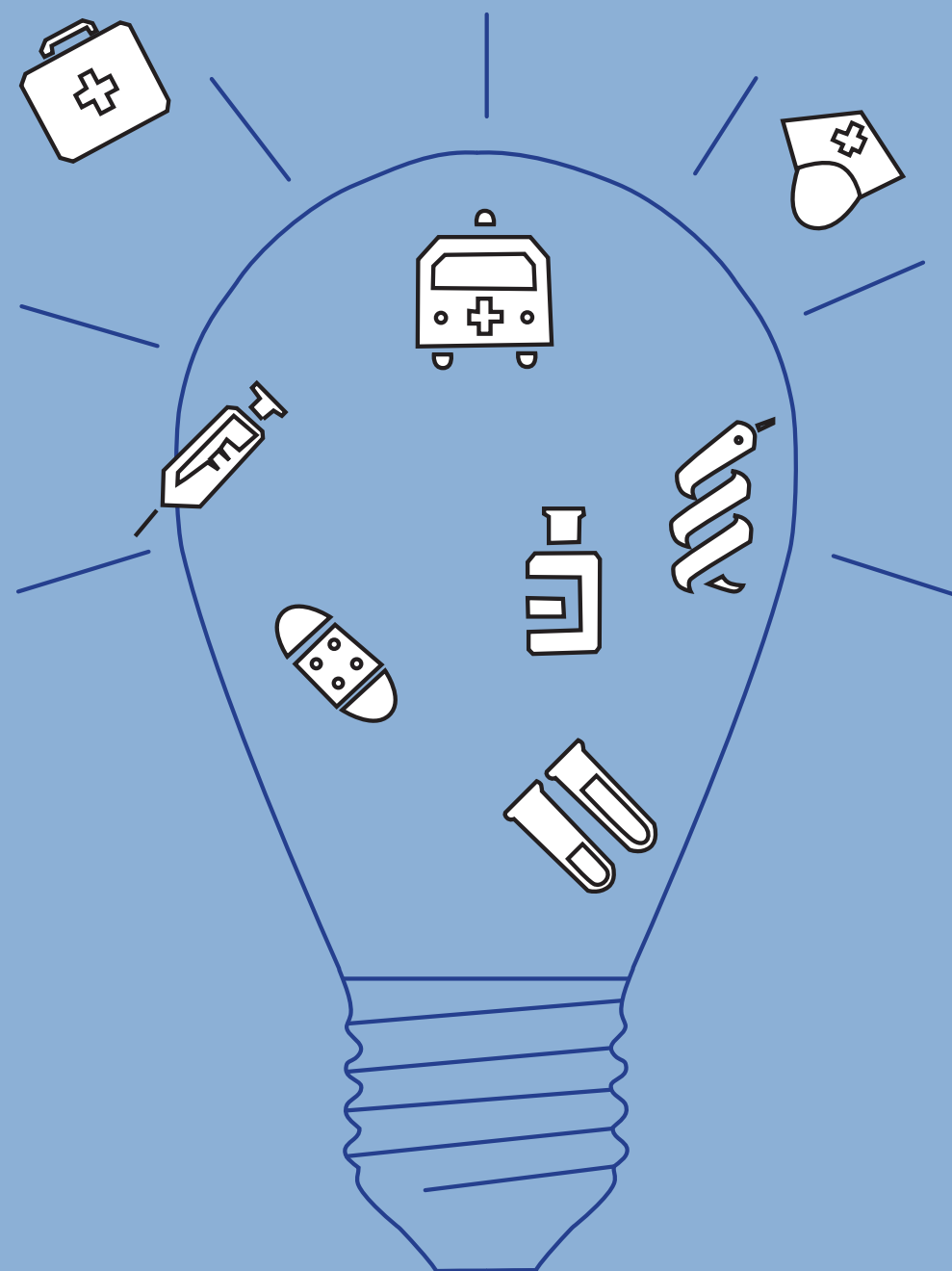
Uwe Borchers
Geschäftsführer, Zentrum für Innovation in der
Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe, Bielefeld

Dr. Klaus Jacobs
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin

Prof. Dr. Norbert Schmacke
Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheits-
forschung, Universität Bremen

Prof. Dr. Ursula Walkenkorst
Studiengang Ergotherapie, Hochschule für Gesundheit
Bochum

Die Idee des Memorandums »Kooperation der Gesundheitsberufe« – Einleitung	9
Wie lehrt und lernt man Kooperation?	15
Die rechtliche Sicht: Wirkungen des Berufsrechts	21
Organisatorische und institutionelle Voraussetzungen schaffen	29
Kooperation durch Bildung fördern	35
Interprofessionelle Zusammenarbeit im regionalen Kontext	41
Ergänzende Anmerkungen zum Memorandum aus ökonomischer Sicht	47
Weichenstellungen – Forderungen – Maßnahmen	51



Die Idee des Memorandums »Kooperation der Gesundheitsberufe« – Einleitung

Adelheid Kuhlmei

Die Aufgaben der Gesundheitsversorgung werden mit der zunehmenden Alterung der Patienten, dem gewandelten Krankheitsspektrum, aber auch durch die geänderten Bedürfnisse der Nutzer sowie den verstärkten Einsatz von Medizintechnik immer aufwändiger und komplexer. Arbeitsteilung, Fragmentierung und Spezialisierung waren über viele Jahre unsere Antworten auf solche Herausforderungen. Den Effekt dieses vermeintlichen Fortschritts formulierte Hans Georg Gadamer (1994) in einem Aufsatz zum Thema »Über die Verborgeneheit der Gesundheit«: »So viel ist jedenfalls klar, der Begriff der »Ganzheit« ist ein kunstvoller Ausdruck, der durch seinen Gegenbegriff, die »Spezialisierung« überhaupt erst »notwendig ... geworden ist«. Hier setzt unser Memorandum an, es will einen Beitrag auf dem Weg zurück in die Zukunft einer neuen Ganzheit der Gesundheitsversorgung leisten.

Mit diesem Anliegen stehen wir nicht allein: Kooperation, Vernetzung, Schnittstellenüberwindung, Interdisziplinarität erleben begrifflich seit vielen Jahren eine Inflation. Diese Tatsache zeigt, dass Arbeitsteilung und Spezialisierung zwar eine optimalere Bewältigung von Teilproblemen erlaubten, doch auch zu einer Zerstückelung von Arbeitsprozessen führten, die nicht mehr vereinbar ist mit den Erwartungen der Patienten an eine kontinuierliche, ganzheitliche und auf sie abgestimmte Versorgung.

Die Auflösung dieses Widerspruchs liegt sicherlich nicht in der Preisgabe der Vorteile der Spezialisierung, sondern nur in einer Vernetzung, die zu mehr Versorgungsqualität für die Patienten führt bei gleichzeitig größerer Zufriedenheit bei den Gesundheitsberufen.

Leider ist für den Aufbau und die Pflege der Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitswesen strukturell noch immer niemand verantwortlich. So bleibt das Motto: Wer nicht will, der muss auch nicht. Damit ist interdisziplinäre Kooperation ohne Leben, wenn nicht gerade ein persönliches Interesse und das Engagement Einzelner Blüten treiben. Ökonomischer Druck forciert zwar heute eine oberflächliche Zusammenarbeit. Die Risiken sind jedoch hoch, dass dadurch zwar eine monetäre Prozessoptimierung gelingt, die Interessen von Patienten und Mitarbeitern aber nachrangig betrachtet und damit langfristig zu einem Qualitätsverlust führen kann. Die aktuellen Anforderungen der Gesundheitsversorgung drängen auf eine inhaltlich systematische Herausbildung eines Mehr an Kooperation. Bei verbesserter Qualität und Akzeptanz von Seiten der Patienten folgt der wirtschaftliche Erfolg.

Kooperation und Interdisziplinarität

Kooperation wird allgemein als eine enge und harmonische Interaktion zwischen gleichberechtigten Partnern bzw. Organisationseinheiten mit gemeinsamen Zielvorstellungen definiert (Zelewski 1993).

Während Kooperation sowohl auf der mono- als auch auf der multiprofessionellen Ebene stattfinden kann, setzt Interdisziplinarität immer die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe voraus.

Gesundheitsberufe, Gesundheitsfachberufe, Heilberufe

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2007) hat Gesundheitsberufe als Berufe innerhalb des Versorgungssystems definiert, deren Tätigkeitsinhalte unmittelbar darauf abzielen, Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu diagnostizieren, zu heilen, zu lindern oder zu verhüten. Da eine allgemeine, einheitliche und systematisch aufgebaute Begrifflichkeit für die im Gesundheitswesen beteiligten Berufe nicht vorliegt, wird der vom Sachverständigenrat verwendete Begriff des Gesundheitsberufes auch in diesem Memorandum zugrunde gelegt.

Nach diesem Verständnis stellt der Begriff Gesundheitsberuf einen Oberbegriff für die im Gesundheitsversorgungssystem tätigen Berufsgruppen dar. Im Zentrum der Gesundheitsberufe stehen dabei die Heilberufe, bei denen zwischen ärztlichen und anderen Heilberufen unterschieden wird. Weiter bezeichnet die Kategorie Gesundheitsfachberuf diejenigen Gesundheitsberufe, die über eine staatlich geregelte Ausbildung verfügen, wie medizinische Fachangestellte, Gesundheits- und Krankenpfleger oder Therapeuten (z. B. Physio- und Ergotherapeuten oder Logopäden).

Was sind Ursachen für heutige Kooperationsdefizite? Neben Informationsdefiziten, d. h. einem mangelnden Wissen über die Kompetenzen des je anderen Gesundheitsberufs, unterschiedlichen Ausbildungs- und Qualifizierungsverläufen spielen rechtliche, aber auch strukturelle Rahmenbedingungen eine wesentliche Rolle für die nicht gelingende Zusammenarbeit. Darum fordert das Memorandum generell zur Überwindung struktureller, finanzieller, rechtlicher und konzeptioneller Hindernisse bei der Realisierung einer sektorenübergreifenden Versorgung auf.

Weichenstellung 1: Überwindung der Hindernisse zur Realisierung einer sektorenübergreifenden Versorgung

Es gilt, Hindernisse, die einer sektorübergreifenden Kooperation der Gesundheitsberufe entgegenstehen, durch Entwicklung professioneller Konzepte zur Fallsteuerung sowie Schaffung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen zu beseitigen.

Kooperationsdefizite entstehen nicht zuletzt durch Unterschiede in der Professionsentwicklung einzelner Gesundheitsberufe. Autonomie bei der Berufsausübung

ist ein wesentliches Merkmal einer Profession. Zu den weiteren Merkmalen gehören: Expertenwissen, das Vorhalten der Leistungen als Monopol, die kollegiale Eigenkontrolle und ein hohes Sozialprestige. Diese klassischen Professionsmerkmale treffen alle auf die Ärzteschaft zu. Viele Gesundheitsberufe, u. a. die Pflege, zählen aber nicht zu den Berufen, die in der Soziologie als klassische Professionen definiert werden. Die Pflege – diese Berufsgruppe sei beispielhaft gewählt – hat sich aber im zeitlichen Verlauf der letzten hundert Jahre von der Berufung zum Beruf entwickelt und optimiert seit langem die professionellen Ressourcen. Gerade dieser Entwicklungsprozess zeigt aber auch: Es braucht Zeit und es braucht Strukturveränderungen, wenn einer zunehmenden innerberuflichen Identität von Pflegenden oder anderen Gesundheitsberufen auch gesellschaftliche Anerkennung und professionelle Statusverbesserungen folgen sollen.

Solche unterschiedlichen Professionsentwicklungen der Gesundheitsberufe führen heute zu Mängeln in ihrer Kooperation und nicht zuletzt zu Einbußen bei der Versorgungsqualität (vgl. SVR 2007). So ist die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen oft nicht mehr effektiv und effizient. So zeigt die Arztzentriertheit der deutschen Krankenversorgung

dort Probleme, wo z. B. die Pflege nicht selbstständig in der Lage ist, Pflegehilfsmittel oder bestimmte Medikamente zu verordnen. Eine mangelhafte interdisziplinäre Standardisierung von Versorgungsverläufen erschwert die Zusammenarbeit und führt für die Patienten zu unerwünschten Versorgungsschnittstellen.

Und dennoch bleibt zu fragen: Können wir sicher sein, dass eine verbesserte interdisziplinäre Kooperation der Gesundheitsberufe auch zu einer höheren Versorgungsqualität und zu mehr Zufriedenheit bei den Gesundheitsberufen führt? Können wir die Vorteile kooperativer Versorgung gegenüber der nicht kooperativen belegen?

Können Auswirkungen von besserer Kooperation auf die Versorgung belegt werden? Einerseits mussten wir im Ergebnis unserer Analyse eine schwache, methodisch noch wenig belastbare empirische Basis konstatieren, was uns zu folgender Weichenstellung führte:

Weichenstellung 14: Stärkung interdisziplinärer Ansätze durch Forschungsförderung

Forschungsförderer sollen multiprofessionelle Anträge, insbesondere zur Versorgungs- und Bildungsforschung, berücksichtigen und einfordern. Die Gremien zur Begutachtung von Forschungsanträgen sind interdisziplinär zu besetzen.

Künftige Studien – so unsere Position – sollten die intendierten Zielsetzungen interdisziplinärer Praxis zum Ausgangspunkt der Untersuchung machen und dabei nicht lediglich die Analyse von Bestehendem in den Mittelpunkt stellen.

Andererseits zeigten aber die meisten der bislang vorliegenden Befunde auf das große Potenzial interdisziplinärer kooperativer Gesundheitsversorgung.

Einige Beispiele:

- :: Ergebnisse eines Reviews, in dem Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden im stationären Bereich untersucht wurden, zeigen, dass tägliche, multidisziplinäre Visiten (team ward rounds) aller in den Versorgungsprozess involvierten Berufsgruppen Effekte auf eine Verkürzung der Krankenhausverweildauer (von 6.06 Tagen auf 5.46 Tage), eine Kostenreduktion (von US \$ 8090 auf US \$ 6681) und eine höhere Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten hatten (Zwarenstein und Bryant 2000).
- :: In den Projekten der Leuchtturminitiative Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurden alle an der Versorgung dementer Menschen in Heimen beteiligten Berufsgruppen sowie die verschiedenen organisatorischen Ebenen in Qualifikierungsmaßnahmen mit einbezogen. Darüber hinaus war auch die Beteiligung Angehöriger gewährleistet. Es zeigte sich, dass dadurch die pflegerischen Abläufe und der Umgang der Mitarbeiter mit den dementen Bewohnern verbessert werden kann, wie auch die Wahrnehmung der eigenen Kompetenz und Sicherheit im Umgang bei den Mitarbeitern. Es ließen sich aber ebenso Effekte an körperlichen Parametern der Studienteilnehmer, wie z. B. die Ernährungssituation, belegen.
- :: In einer Evaluationsstudie des Instituts für Medizinische Soziologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin zeigte sich, dass mehr Koordination und Kooperation zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führt. Beim Modellprojekt »Pflege und Wohnberatung in Ahlen« ging es um die Beratung pflegebedürftiger Menschen sowie die Vernetzung aller notwendigen Dienste. Die Evaluation des Modellvorhabens bewies, dass die Nutzer der koordinierten Versorgung in Ahlen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe länger in der Pflegestufe 1 verblieben, damit seltener einen Heimplatz in Anspruch nehmen mussten und länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben konnten.

- :: Das Potenzial der interdisziplinären Kooperation wird weiterhin durch ein telemedizinisches Projekt in der integrierten Schlaganfall-Versorgung (TeM-PIS) verdeutlicht, das die Versorgung im ländlichen Raum verbessert. Das Projekt zeigt eine signifikant höhere Überlebensrate sowie einen stärkeren Erhalt der Selbstständigkeit bei den so Versorgten. Positive Outcomes von Kooperation wurden in der stationären Langzeitversorgung gefunden: Dort, wo Teamarbeit und kooperative Planung der Versorgung praktiziert wurde, war die Überlebenszeit der Patienten länger.
- :: Noch eindeutiger Ergebnisse stammen aus einem akutklinischen Setting: Eine Studie an der Georg Washington University belegt, dass die Sterberaten in der Intensivstation mit dem Zustand der Beziehungen zwischen dem medizinischen Personal und Pflegepersonal klar zusammenhängen. Sterberaten verminderten sich, wenn kooperative Beziehungen herausgebildet werden konnten (Rubenstein et al. 1984).

Die Bedürfnisse und Erwartungen, insbesondere chronisch kranker Menschen, sollten Ansporn und die aufgezeigten Untersuchungsergebnisse Ermutigung sein für eine neue Kultur des Zusammenarbeitens, der es gelingt, die gegenwärtigen Hemmnisse im Haftungsrecht, in den Qualifikationsstrukturen oder dem berufsständischen Denken beiseite zu schieben. Diesem Gedanken fühlt sich das Memorandum verpflichtet. Es will Weichenstellungen aufzeigen, die zur strukturellen Etablierung interdisziplinärer Kooperation im deutschen Gesundheitswesen führen und die Idee des Miteinanders zu jedem einzelnen Mitarbeiter bringen. Es reicht nicht, lediglich strukturelle Voraussetzungen von außen zu schaffen und den Informationsfluss technisch zu verbessern. Wir alle müssen Kooperation und Kommunikation lernen und die Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit fördern – nicht zum Selbstzweck, sondern orientiert am Ziel einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und der Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppen.

Zentral könnte bei einer wirklich flächendeckenden und nicht in Modellprojekten steckenbleibenden interdisziplinären Versorgung die Beachtung und kontinuierliche Umsetzung einiger grundsätzlich neuer Regeln der Versorgung sein. Zu diesen gehört die in der 2. Weichenstellung formulierte konsequente Patientenorientierung.

Weichenstellung 2: Neuausrichtung arbeitsteiliger Versorgungsprozesse an der Perspektive des Patienten

Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufe sind aufgefordert ihre Versorgungsprozesse konsequent patientenorientiert auszurichten.

Den Autorinnen und Autoren des Memorandums ist bewusst, dass die Umsetzung der zwanzig Weichenstellungen ein Prozess mit vielen Schritten ist, der allerdings möglichst schnell in eine konzeptionelle Gesamtfügung eingebunden werden sollte. Diese könnte, so unsere Empfehlung, wie folgt entwickelt werden:

Weichenstellung 20: Enquete-Kommission zur Zukunft der gesundheitlichen Versorgung und Qualifikation der Gesundheitsberufe

Der Bundestag wird aufgefordert, eine Enquete-Kommission einzurichten. Themen sind die sektorenübergreifende, auf Kooperation ausgerichtete Gesundheitsversorgung und die Anforderungen an eine Qualifizierung der Gesundheitsberufe.

Literatur

Gadamer, H.-G., 1994:
Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag.

Robert Bosch Stiftung, 1989:
Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Abschlussbericht des Arbeitskreises Mediziner Ausbildung der Robert Bosch Stiftung – Murrhardter Kreis. Gerlingen: Bleicher Verlag.

Robert Bosch Stiftung, 1992:
Pflege braucht Eliten. Denkschrift der »Kommission der Robert Bosch Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege«. Gerlingen: Bleicher Verlag.

Robert Bosch Stiftung, 2000:
Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Robert Boscht Stiftung und Forum Pflegewissenschaft, 2009: Memorandum. Für eine Verankerung der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung an Medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken in Deutschland. Bremen.

Robert Bosch Stiftung, 2011:
Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Rubenstein, L., Josephsen, K., Wesland, G. et al., 1984:
Effectiveness of a geriatric evaluation unit. New England Journal of Medicine, 311: 1664-1670.

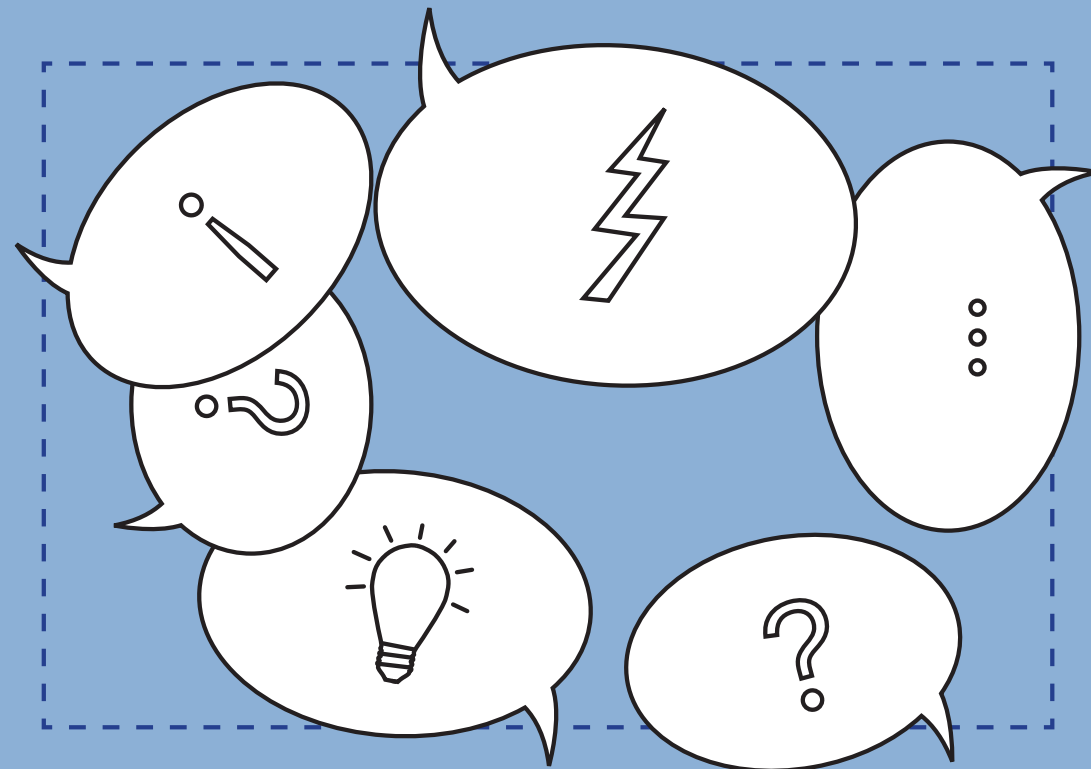
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), 2007:
Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/6339; <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>

Zelewski, H., 1994:
Grundlagen. In: Corsten, H. (Hrsg.): Betriebswirtschaftslehre. München: Oldenburg, S. 127-132.

Zwarenstein, M., Bryant, W., 2000:
Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2.
Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.

Wie lehrt und lernt man Kooperation?

Heidi Höppner und Andreas Büscher



Kooperationskompetenz ist eine zentrale, jedoch nicht die einzige Bedingung für mehr Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Sie ist Ziel der Aus- und Weiterbildung sowie der Personalentwicklung. Doch wie kann Kooperationskompetenz erworben und verbessert werden?

Aktuelle Lerntheorien verdeutlichen die Prozesse eines kreativen und individuellen Kompetenzerwerbs und haben eine dualistische Vorstellung von Lehren und Lernen bzw. Lehrenden und Lernenden verlassen. Es gilt, Bedingungen für Aneignungsprozesse in Aus- und Weiterbildung, aber auch im Berufsfeld zu ermöglichen. Somit werden Lehrende zum Coach und Gestaltenden von Lernorten und -situationen, die den Kompetenzerwerb fördern. Kompetenzen gehen über eine Wissensvermittlung (z. B. über andere Berufe im Gesundheitswesen) hinaus. Sie umfassen auch Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie eine reflektierende professionelle Haltung. Kompetenzorientierung in Konzepten der Aus- und Weiterbildung zielt daher auf die Förderung von Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz (Bals 2009).

Gellert und Nowak (2010) haben *Bedingungen für selbsttragende Kooperation* wie folgt beschrieben:

1. Geklärte Beziehungen und Rollen, z. B.: Sind die Rollen im Team klar und transparent? Inwieweit sind Arbeitsstile miteinander vereinbar? Schwelen Beziehungskonflikte?
2. Übereinstimmung der Interessen, Ziele und Prioritäten, z. B.: Ist Kooperation an dieser Stelle und zu diesem Thema sinnvoll? Wird ein gleiches Maß an Zeit und Ressourcen investiert? Inwieweit hilft Zusammenarbeit bei der Erreichung individueller/ kollektiver Ziele?
3. Fehlende Konkurrenz, z. B.: Konkurrieren die Beteiligten in Bezug auf Zuwendung, Ressourcen und Positionen? Wird Wissen bewusst zurückgehalten?
4. Vertrauen in die Kompetenz der Kooperationspartner, z. B.: Werden die Teammitglieder für ausreichend kompetent gehalten? Besteht Vertrauen in

ihre Selbstständigkeit und Eigenverantwortung? Werden die eigenen Kompetenzen ausreichend gewürdigt?

Operationalisiert bedeutet dies für die Aus- und Weiterbildung, dass die Gesundheitsberufe in folgenden *Kompetenzdimensionen* befähigt werden sollten:

1. Rollenklarheit und Reflexionsfähigkeit
2. Fähigkeit zu zielgerichteter Kommunikation
3. Auseinandersetzungsfähigkeit und -bereitschaft
4. Selbstbewusstsein und Offenheit
5. Wissen um die Kompetenz anderer Disziplinen
6. Wertschätzung gegenüber den Partnern

Kommunikations- und Konfliktfähigkeit setzt die Kenntnis und Nutzung theoretischer Kommunikationsmodelle voraus (Elzer 2009). Aus- und Weiterbildung sollten jedoch vor allem auf eine handlungsbezogene Vermittlung zielen. Alle genannten Dimensionen sprechen sich für eine stark reflexive und selbstbildende Komponente in Bildungsprozessen aus, z. B. der Entwicklung von Selbstbewusstsein, Offenheit und Wertschätzung gegenüber der eigenen Arbeit, aber auch gegenüber der Arbeit der Partner. Auseinandersetzungsbereitschaft erfordert Toleranz, wenn eigene Denkmuster in Frage gestellt werden. Erwähnenswert ist auch die notwendige Belastbarkeit der Einzelnen in den konkreten Aushandlungsprozessen um Ziele und Strategien in der Kooperation mit anderen Berufen.

Weichenstellung 9: Ausbildung von Kompetenzen zur Zusammenarbeit

Die Ausbildungseinrichtungen müssen durch ihr Lehr- und Lernangebot Voraussetzungen für interdisziplinäre Kompetenz schaffen.

Eine wichtige Frage für das Erlernen interdisziplinärer Kooperation ist der Zeitpunkt. Wann sollte damit begonnen werden? Hier gibt es widerstreitende Positionen: Folgt die Fähigkeit zu interprofessioneller Kooperation oder Interdisziplinarität der disziplinären Sicherheit?

Oder schärfen sich disziplinaire Kompetenzen insbesondere in der Auseinandersetzung mit anderen Professionen und im interdisziplinären Kontext?

- Es kann davon ausgegangen werden, dass interdisziplinäre Kompetenzen
- :: auf fachlicher, berufsgruppenspezifischer Kompetenz aufbauen, die entsprechend angelegt sein muss;
 - :: sich in interdisziplinären Zusammenhängen entwickeln, die als Lernfeld erschlossen werden müssen und
 - :: der Reflexion professioneller Einstellungen, Perspektiven und Herangehensweisen bedürfen.

Die Ausbildung dieser Fähigkeiten bedarf interdisziplinärer Lernzusammenhänge. Bisher greifen Hochschulen diese Überlegungen allerdings noch unzureichend oder nur zögerlich auf. Dazu trägt auch die Trennung akademischer und fachschulischer Ausbildung bei. Allerdings hat an einigen Stellen ein Umdenken bereits eingesetzt. Markenzeichen der neugegründeten Hochschule für Gesundheit in

Bochum ist beispielsweise die Etablierung interdisziplinärer Ausbildungswege. Hier sind die Ausbildungen für Gesundheits- und Krankenpflege, Hebammenwesen, Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie unter einem Dach vereint. Weitere Beispiele sind die Integration der Pflegewissenschaft in medizinische Fakultäten (wie z. B. in Witten/Herdecke oder Halle/Wittenberg) oder als Bestandteil der Gesundheitswissenschaften/Public Health (wie in Bielefeld). Interdisziplinäre Ausbildung erfordert es, dass gemeinsame Lernabschnitte sinnvoll in die Ausbildung integriert werden. Je länger die Dauer dieser gemeinsamen Lernmodule ist, desto größer sind die konzeptionellen und organisatorischen Vorbereitungen. Barrieren stellen hier die in den Ausbildungsgesetzen sehr unterschiedlich formulierten Ausbildungsziele dar. Lernprozesse sind grundsätzlich so zu initiieren und zu gestalten, dass darin ein interdisziplinärer Dialog in Theorie und Praxis möglich ist. Neben den individuellen oder gruppenbezogenen Faktoren ist auch eine Sensibilisierung für Grenzen der Kooperation im Kontext hinderlicher Strukturen zu vermitteln. Ein Beispiel für das Erlernen von Kooperation bietet

Das PACE-Curriculum

Das Curriculum des PACE-Programms (Program of All-Inclusive-Care for the Elderly) bietet einen didaktischen Rahmen zum Erlernen und Verinnerlichen von interdisziplinärer Praxis. Über das Curriculum sollen die notwendigen Kompetenzen zur Beteiligung an interdisziplinären Teams im Rahmen der Langzeitversorgung erworben werden (National PACE Association 2010). Es 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 Bedarfs und der Planung sowie Umsetzung der vereinbarten Versorgung.

das Curriculum im Rahmen des PACE-Programms in den USA (siehe Kasten). Es vereint die genannten Aspekte zum Erlernen von interdisziplinärer Kompetenz, indem es, ausgehend von der theoretischen Vermittlung, die Studierenden Schritt für Schritt näher an die Praxis der interdisziplinären Kooperation heranführt.

Weichenstellung 5: Förderung von Teambildungsprozessen durch Schulung und Strukturen
Die Gesundheitseinrichtungen müssen der interdisziplinären Kooperation durch Strukturelemente wie Team- oder Fallbesprechungen einen Rahmen geben und dadurch Teambildungsprozesse befördern.

Die beste Vorbereitung für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Ausbildung ist vergebens, wenn die organisatorischen Rahmenbedingungen des späteren Arbeitsfeldes diese nicht fördern oder gar eliminieren. Erlernte Rollenverteilung ist berufsbiographisch prägend. Neue Mitglieder treten in etablierte Handlungsgemeinschaften (bzw. Teams) ein und übernehmen nach einer gewissen Zeit deren Wertvorstellungen, Regeln und Routinen – auch in Bezug auf die Kooperation innerhalb des Teams und darüber hinaus (Fabry 2008).

Für die Verstetigung interdisziplinärer Zusammenarbeit sind Teambildungsprozesse darum unverzichtbar. Sie werden in verschiedenen, teils wiederkehrenden Phasen durchlaufen (Drinka/Clark 2000; Minkmann et al. 2009). Die Analyse solcher Prozesse wird vor allem für diejenigen hilfreich und notwendig, die mit dem Aufbau, der Koordination und Begleitung interdisziplinärer Teams befasst sind. Dabei sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: persönliche und professionelle Hintergründe der Beteiligten, Teamstrukturen und -prozesse, die Teamphilosophie sowie verfügbare Ressourcen. Zu den persönlichen Faktoren zählt die Bereitschaft zur Teamarbeit. Trotz optimaler Rahmenbedingungen für Teamarbeit kann sie nicht erzwungen werden, sondern geschieht auf freiwilliger Basis (Sicotte et al. 2002). Diese Bereitschaft wird durch die Schulung koopera-

tiver Kompetenz in der Ausbildung beeinflusst. Sie resultiert auch aus den Erfahrungen, die die Mitglieder eines Teams in der Vergangenheit mit Teamarbeit sammeln konnten und aus der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur.

Bei der Einführung von Teamarbeit kann also nicht selbstverständlich von gegebenen Voraussetzungen ausgegangen werden. Schuleinheiten zu Teamarbeitskompetenzen und eine entsprechende Prozessbegleitung erscheinen in diesem Zusammenhang bedeutend. So lassen sich Statusunterschiede, die verschiedenen Qualifikationshintergründe und die verschiedenen Substrukturen, aus denen die Teammitglieder kommen, in das neu zu bildende Team integrieren (Carter und West 1999). Teambildungsprozesse erfordern Zeit, die von den Verantwortlichen innerhalb der Organisation in ausreichendem Ausmaß eingeräumt werden muss. Erleichtert wird Teamarbeit durch eine einheitliche Dokumentation und für alle Berufsgruppen zugängliche Information. Eine Verständigung über Regeln und Verfahren der Zusammenarbeit ist empfehlenswert und sollte professionelle Praxis sein, damit Lernprozesse im Team transparent werden.

Individuelle Fähigkeiten allein reichen jedoch nicht aus. Es gilt, tragfähige und nachhaltige Kooperationsstrukturen zu sichern. Personalverantwortliche benötigen systemisches Wissen um Teambildungsprozesse und institutionelle Kooperationsbedingungen, die die Voraussetzungen für den Einsatz individueller Kompetenzen bilden. Bedeutende Faktoren der Umsetzung hinsichtlich der *Sicherung einer Tragfähigkeit von Kooperation und der Ermöglichung von Teambildungsprozessen* sind:

- :: die Definition gemeinsamer Ziele und Verantwortlichkeiten,
- :: die Organisation der Binnenstruktur, z. B. Team- und Leitungsstrukturen festlegen und reflektieren,

:: Institutionalisierung von Informationen und Austausch (z. B. Dokumentation, Fallbesprechungen organisieren, interdisziplinäre Problemanalysen durchführen)

Die Ausführungen unterstreichen die Komplexität von Veränderungen im Gesundheitswesen und fordern Professionelle und Organisationen zu lebenslangen Lernprozessen heraus.

Literatur

Bals, T., 2009:
Wege zur Ausbildungsqualität. Stand und Perspektiven in den Gesundheitsfachberufen. Paderborn: EulsVerlag.

Carter, A.J. und West, M.A., 1999:
Sharing the Burden: Teamwork in Health Care Settings. In: Firth-Cozens, J. und Payne, R.L. (Hrsg.): Stress in Heath Professionals: Psychological and organisational issues. Chichester: Wiley-Blackwell, S. 583-601.

Drinka, T.J.K. und Clark, P.G., 2000:
Health Care Teamwork. Interdisciplinary practice and teaching. Westport. Connecticut: Auburn House.

Elzer, M., 2009:
Kommunikative Kompetenzen in der Physiotherapie – Lehrbuch der Theorie und Praxis verbaler und nonverbaler Interaktion. Bern: Verlag Hans Huber.

Fabry, G., 2008:
Medizindidaktik. Ein Handbuch für die Praxis. Bern: Verlag Hans Huber.

Gellert, M. und Nowak, C., 2010:
Teamarbeit-Teamentwicklung-Teamberatung – Ein Praxisbuch für die Arbeit in und mit Teams. 4. erweiterte Auflage. Meezen: Limmer Verlag.

Minkman, M.M.N.; Ahaus, K.T.B. und Huijsman, R., 2009:
A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. BMC Health Services Research, 9: 42-52.

Sicotte, C.; D`Amour, D. und Moreault, M., 2002:
Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. Social Science & Medicine, 55, 991-1003.

Die rechtliche Sicht: Wirkungen des Berufsrechts

Gerhard Igl

Gesundheitsberufe im System des Rechts der Berufe

Zur Terminologie der Berufe im Gesundheitswesen

Für die Herstellung einer Terminologie der Berufe im Gesundheitswesen und für ihre begriffliche Ordnung liefern das Gesundheitsrecht und andere darauf bezogene Gesetze und Vorschriften nur wenige Anhaltspunkte. Zur terminologischen und begrifflichen Ordnung soll als Bezugspunkt das gesamte Gesundheitswesen genommen werden.¹

Strukturmerkmale des Rechts der Gesundheitsberufe

Das Recht der Gesundheitsberufe folgt keinem einheitlichen, an bestimmten systematischen Erfordernissen ausgerichteten Plan oder Muster. Es weist jedoch zum Teil durchaus konsistente Strukturmerkmale auf. Im Folgenden sollen zum besseren Verständnis des komplizierten und unübersichtlichen Rechts der Gesundheitsberufe diese Strukturmerkmale kenntlich gemacht werden.

Direktes und indirektes Berufsrecht

Ein erstes Strukturmerkmal liegt in der Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Berufsrecht. Diese Unterscheidung dient dazu, die verschiedenen Regelungsbereiche, die sich mit den Gesundheitsberufen befassen, zu ordnen.

Zum direkten Berufsrecht gehören in erster Linie die Berufsausbildung, die Berufszulassung und die Berufsausübung, sodann die Verfassung der Berufe z. B. in Kammern, die Berufsordnung, aber auch Bereiche wie die Registrierung von Berufen.

Mindestens ebenso bedeutend wie das direkte Berufsrecht ist das indirekte Berufsrecht. Damit ist dasjenige Recht gemeint, das mit seinen Regelungen an den Berufen anknüpft, aber keine Auswirkungen auf den berufsrechtlichen Status hat. Dieses indirekte Berufsrecht ist im Sozialleistungsrecht gegeben, wenn

bestimmte Leistungen von bestimmten Gesundheitsberufen erbracht werden sollen. Es ist weiter gegeben im Ordnungsrecht, so z. B. Heimrecht des Bundes und – nach der Föderalismusreform – in den Nachfolgesetzen der Länder. Das zivile Haftungsrecht und das Strafrecht beeinflussen die Berufsausübung ebenfalls indirekt.

Bei der Unterscheidung zwischen direktem und indirektem Recht handelt es sich nicht um eine verfassungsrechtlich diktierte Unterscheidung, sondern um eine Zuordnung im Sinne einer Strukturierung des Rechtsgebiets. Das Verfassungsrecht unterscheidet in Art. 12 Abs. 1 GG zwischen Berufswahl im Sinne der Berufszulassung, zu der auch die Berufsausbildung rechnet, und Berufsausübung, wobei Einigkeit darüber besteht, dass die Übergänge fließend sind.

Zum Verhältnis von direktem zu indirektem Berufsrecht auf dem Gebiet der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)

Das indirekte Berufsrecht der Gesundheitsberufe wird ganz wesentlich vom Sozialleistungsrecht, insbesondere dem Leistungserbringungsrecht des Krankenversicherungsrechts (Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – SGB V), dominiert. Dabei überlagert das indirekte Berufsrecht der Leistungserbringung nach dem SGB V das direkte Berufsrecht oft in einer Weise, dass das direkte Berufsrecht kaum mehr wahrgenommen wird.

Gesundheitsberufe, die nicht als direkte Leistungserbringer der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind, aber indirekt im Zusammenhang mit einer Leistungserbringung auf diesem Gebiet tätig werden, z. B. medizinisch-technische Assistenten, sind mit einer eigenartigen Situation konfrontiert. Ihr berufliches Handeln wird zwar ihnen gegenüber vom direkten Berufsrecht bestimmt, da sie aber in der Regel im Zusammenhang mit der Tätigkeit eines zugelassenen Leistungserbringers, z. B. eines Arztes, wirken, sind sie über dessen Tätigkeit in das

¹ Nachfolgend wird primär der Begriff Gesundheitsberuf verwendet. Dieser Begriff stellt keinen Rechtsbegriff dar, s. zur begrifflichen Abgrenzung von Gesundheitsberuf, Gesundheitsfachberuf und Heilberuf den einleitenden Beitrag von A. Kuhlmeier.

Leistungserbringungssystem und dessen rechtlichen Anforderungen eingebunden. Allerdings kommen sie nicht in den Genuss derjenigen Vorteile, die eine direkte Zulassung als Leistungserbringer mit sich bringt, z. B. eigene vergütungsrechtliche Bestimmungen für die Leistungserbringung oder die Sicherung des Marktzugangs für die Erbringung bestimmter Leistungen. Auch besteht noch nicht für alle dieser Berufe eine Artikulationsmöglichkeit in den normsetzenden Institutionen der Gesetzlichen Krankenversicherung, so im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Weichenstellung 18: Sozialrechtliche Verankerung eigenständiger Leistungserbringung verschiedener Gesundheitsberufe

Damit Angehörige von Gesundheitsberufen als eigenständige Leistungserbringer tätig werden können, bedarf es einer Öffnung der Zulassung zur Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Wenn Gesundheitsberufe bestrebt sind, als eigenständige Leistungserbringer der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen zu werden, ist zu bedenken, dass eine solche Rolle nur tragen kann, wenn wirkkräftige eigene Verhandlungsmacht gegenüber den Krankenkassen aufgebaut werden kann und wenn der Berufsstand insgesamt über ein Professionalisierungspotenzial verfügt, das ihn zum ebenbürtigen Player unter den Akteuren des Krankenversicherungssystems ertüchtigt.

Strukturierung des direkten Berufsrechts

Das direkte Berufsrecht der Gesundheitsberufe bezieht sich vor allem auf folgende Gegenstände:

- :: Berufsausbildung
- :: Berufsbezeichnung / Schutz der Berufsbezeichnung
- :: Berufsausübung
 - .. Schutz der Berufsausübung
 - .. Beschreibung der beruflichen Tätigkeit, auch im Verhältnis zu anderen Gesundheitsberufen

- .. Wahrnehmung der beruflichen Interessen (durch Berufsverbände oder Kammern)
- .. Selbstorganisation des Berufes (z. B. in Kammern).

Das direkte Berufsrecht der Gesundheitsberufe hat vor allem die Ausbildung und die Führung der Berufsbezeichnung zum Gegenstand.

Die meisten Gesundheitsberufe unterliegen für die Führung ihrer jeweiligen Berufsbezeichnung der Erlaubnispflicht. Die Erlaubnis – die der Approbation beim Beruf des Arztes entspricht – wird nach Absolvierung einer gesetzlich vorgeschriebenen Ausbildung und Prüfung erteilt. Diese Erlaubnis ist nicht gleichzusetzen mit einem Berufs- oder Tätigkeitsschutz in dem Sinn, dass nur die Träger dieser Berufsbezeichnung die Tätigkeiten ausüben dürfen, für die sie ausgebildet worden sind. Vielmehr darf jeder andere diese Tätigkeiten, allerdings ohne diese Berufsbezeichnung, ausführen. Die Erlaubnis hat für die Träger der jeweiligen Berufsbezeichnung aber einen zweifachen Wert: Sie eröffnet grundsätzlich Beschäftigungschancen, wenn dem Arbeitgeber daran gelegen ist, Fachpersonal zu gewinnen. Noch hilfreicher ist die Situation, wenn ein Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet ist, Fachpersonal einzustellen, oder wenn – wie im Sozialleistungsrecht – Sozialleistungen davon abhängen, dass sie durch bestimmtes Fachpersonal erbracht werden.

Da der Bezeichnungsschutz nicht mit einem Berufs- oder Tätigkeitsschutz gleichzusetzen ist, bedarf es besonderer Regelungen für den Berufsschutz oder für den Schutz einzelner Tätigkeiten im Sinne, wenn diese exklusiv wahrgenommen werden sollen. Berufsschutz oder vorbehaltene Tätigkeit haben – mit einigen Ausnahmen – aber nur Wirkung für die berufliche Ausübung, nicht für die nichtberufliche Ausübung. Diese Unterscheidung ist immer dann wichtig, wenn Personen, z. B. Angehörige, sonstige Nahestehende, oder bürgerschaftlich oder sozial Engagierte eine gesundheitsbezogene Tätigkeit ausüben.

Rechtsquellen für das Berufsrecht

Normenhierarchisch betrachtet ist das direkte Berufsrecht der Gesundheitsberufe in der Hauptsache auf vier Ebenen geregelt: Unionsrecht, Verfassungsrecht, Bundesrecht und Landesrecht.

Wegen der unionsrechtlich zu gewährleistenden Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit spielt die unionsrechtliche Regulierungsebene für die Gesundheitsberufe eine wichtige Rolle. Dies wurde beispielsweise zuletzt mit dem Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen der Heilberufe vom 2. Dezember 2007 deutlich.

Im Verfassungsrecht sind vor allem das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) sowie die Gesetzgebungskompetenzvorschrift in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG einschlägig.

Aufgrund der Zuständigkeit des Bundes für die Gesetzgebung zur Berufszulassung, die auch die Mindestanforderungen an die Berufsausbildung umfasst, werden zentrale Bereiche des Berufsrechts durch Bundesgesetze geregelt. Das Landesrecht ist für die berufliche Ausübung zuständig. Die Länder haben hierzu Heilberufsgesetze erlassen. Das direkte Berufsrecht besteht daher aus einer Kombination von Bundes- und Landesrecht.

Bei den verkammerten freien Berufen spielt das Satzungsrecht der Kammern für die Kammermitglieder eine Rolle. Nicht verkammerte Berufe können ihre Angelegenheiten durch freiwillige Zugehörigkeit zu einem Berufsverband regeln, in deren Satzung Verpflichtungen zur Einhaltung z. B. von Qualitätsstandards oder zur Absolvierung von Fortbildungsmaßnahmen enthalten sein können.

Strukturierung des indirekten Berufsrechts

Für die Gesundheitsberufe ist insbesondere das Leistungserbringungsrecht der Gesetzlichen

Krankenversicherung (SGB V) einschlägig. Speziell für die Pflegeberufe gilt dies auch für die Soziale Pflegeversicherung (SGB XI). Dabei ist zu betonen, dass diese Gebiete nicht die einzigen sind, in denen leistungserbringungsrechtliche Vorschriften die Berufsausübung der Pflegeberufe bestimmen. Im Sozialleistungsrecht ist dies auch noch das Sozialhilferecht (SGB XII), das Recht der Gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) und das Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX – Erster Teil). Auch das Heimgesetz des Bundes und die Nachfolgegesetze der Länder, die jetzt für die Gesetzgebung bis auf das Wohn- und Betreuungsvertragsrecht zuständig sind, haben Einfluss auf die Berufsausübung.

Das Leistungserbringungsrecht des SGB V ist selbst für den kundigen Sozialrechtler oft ein Buch mit sieben Siegeln, dies vor allem aus zwei Gründen: Erstens ist die Materie schon im Gesetz meist unsystematisch und sehr unübersichtlich dargestellt; zweitens gibt es gerade im Leistungserbringungsrecht eine Reihe von untergesetzlichen Regelungstypen (Empfehlungen, Richtlinien, Verträge mit unterschiedlichen Beteiligten), mit denen ein weiterer Beitrag zur Normierungsvielfalt und damit zur Unübersichtlichkeit geleistet wird. Der Zugang zu diesem Rechtsgebiet erschließt sich daher am besten mit einem strukturierenden Ansatz, der im Folgenden vorgestellt wird:

- :: Zulassung zur Leistungserbringung
- :: Art des Zugangs zur Leistungserbringung
- :: Leistungsgestaltung:
 - .. Leistungseinschluss/Leistungsausschluss
 - .. Konkretisierung des Inhalts und des Umfangs
- :: Qualitätssicherung
- :: Vergütung
- :: Nutzerstellung
- :: Beteiligung der Berufe an der Normsetzung.

Das Leistungserbringungsrecht des SGB V ist für die Gesundheitsberufe jenseits der ärztlichen Berufe von sehr unterschiedlicher Relevanz. Teilweise sind die Berufe als Leistungserbringer eingebunden, vor allem als Erbringer von Heilmitteln, teilweise sind sie

Akteure im Leistungsgeschehen nur vermittelt über einen anderen Leistungserbringer, vor allem über den Arzt oder das Krankenhaus.

Weiter ist zu beachten, welche Beteiligungen für die Normsetzung im System der Leistungserbringer des SGB V vorgesehen sind (Gemeinsamer Bundesausschuss, Spitzenverbände, verschiedene Vertragspartner etc.) und mit welchen rechtlichen Instrumenten die Regelungen getroffen werden (Richtlinie, Empfehlung, Vertrag u.a.).

Zu unterscheiden ist bei einer Einbindung in das Normsetzungssystem des SGB V zwischen der Wahrnehmung berufsständischer Interessen und der Interessen in der Funktion als Leistungserbringer.

Kooperationsverhältnisse in den Gesundheitsberufen

Probleme der rechtlichen Regulierung

Zurzeit wird der Thematik der Kooperations- oder Koordinationsverhältnisse bei den Gesundheitsberufen hohe Bedeutung beigemessen. Dies beruht unter anderem – nicht ausschließlich – darauf, dass im deutschen Gesundheitswesen, vorgeprägt durch den (nur) im Krankenversicherungsrecht vorgesehenen Arztvorbehalt (vgl. § 15 Abs. 1 SGB V), dem Arzt die zentrale Steuerungsfunktion im kurativen Bereich, also vor allem in der Krankenbehandlung, zugewiesen ist. Diese Steuerungsfunktion bildet sich dann auch in der Haftungsverantwortlichkeit ab.

Fragen der Kooperation und Koordination der Interventionen der Gesundheitsberufe haben eine haftungsrechtliche Dimension. In der Praxis tauchen diese Fragen immer mehr auf. Erschwert wird die Situation dadurch, dass sich die tatsächlichen Kooperations- und Koordinationsverhältnisse in der Praxis angesichts zum Teil hochkomplexer Versorgungsweisen oft von den gebotenen rechtlichen Anforderungen wegentwickelt haben.

Mitunter sind die rechtlichen Antworten auf diese

Kooperations- und Koordinationsverhältnisse auch nicht einfach zu finden.

Damit ist eine besonders komplizierte Lage gegeben, die drei Dimensionen aufweist:

- :: Die Komplexität und Differenziertheit der praktischen Handlungsanforderungen bilden sich in den öffentlich-rechtlichen Anforderungen des direkten Berufsrechts oft nicht ab.
- :: Das zivilrechtliche Haftungsrecht orientiert sich in seinen Haftungsmaßstäben an den öffentlich-rechtlichen Anforderungen an die handelnden Berufe.
- :: Damit ist eine Inkongruenz zwischen faktischem Handeln, öffentlich-rechtlichen Handlungsgeboten und haftungsrechtlichen Maßstäben gegeben.

Eine der Möglichkeiten, diese Diskrepanzen zumindest teilweise aufzulösen, besteht darin, die im direkten Berufsrecht verankerten, d. h. in den Ausbildungszielen beschriebenen Tätigkeitsprofile der Gesundheitsberufe, den realen Verhältnissen anzupassen. Dies ist eine rechtspolitische Aufgabe. Dabei sind zwei Wege zu gehen: Die Tätigkeitsprofile sind in den Berufsgesetzen realitätsgerecht zu beschreiben, und die berufliche Ausbildung muss den realen Anforderungen entsprechen. Letzterer Weg wird von den Berufsverbänden bereits seit einiger Zeit eingeschlagen. Hierfür stehen die vielfältigen Bemühungen, die Ausbildung der Gesundheitsberufe zu optimieren. Der weitere Weg, die Anpassung der Tätigkeitsprofile in den Berufsgesetzen, wird ebenfalls beschritten. Allerdings sehen sich die Gesundheitsberufe hier mit großen berufspolitischen Widerständen, insbesondere seitens der Vertreter der Ärzteschaft, konfrontiert. Teilweise sind auch Schwierigkeiten bei der Positionierung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe untereinander zu verzeichnen.

Schließlich ist auch eine Anpassung des Haftungsrechts erforderlich.

Weichenstellung 19: Anpassung des Haftungsrechts an die kooperative Leistungserbringung

Für das Haftungsrecht empfehlen sich gesetzliche Regelungen, die den besonderen rechtlichen Anforderungen der Kooperation der Gesundheitsberufe Rechnung tragen.

Vorbehaltene und vorrangige Tätigkeiten

Das Kooperationsverhältnis einiger Gesundheitsberufe wird auch von der Einräumung sog. vorbehaltener Tätigkeiten bestimmt.

Arten vorbehaltener Tätigkeiten

Im Nachstehenden werden die verschiedenen Arten der vorbehaltenen Tätigkeiten inhaltlich und begrifflich unterschieden. Obwohl diese Unterscheidungen schon de lege lata in den verschiedenen Gesetzen angelegt sind, ist – soweit ersichtlich – bisher noch kein Versuch unternommen worden, für diese unterschiedlichen Arten der vorbehaltenen Tätigkeiten eine Benennung zu finden.

Vorbehaltene Tätigkeiten können absolut und relativ wirken. Der *absolute Vorbehalt* bedeutet, dass die Vornahme der Tätigkeit erstens nur einer bestimmten Berufsgruppe zugewiesen ist; zweitens dürfen diese Tätigkeit nicht nur andere Berufsgruppen nicht berufsmäßig ausüben, sondern diese Tätigkeit ist – außer in Notfällen – auch allen anderen untersagt. Ein in diesem Sinne *absolut wirkender Vorrang* für eine bestimmte Tätigkeit nur einer Berufsgruppe ist bis auf ganz wenige Ausnahmen nicht ersichtlich. Selbst der Arztvorbehalt ist häufig mit Ausnahmen versehen.

Ein *relativer Vorbehalt* beschränkt sich hingegen auf die Abgrenzung nur im Verhältnis zu anderen Berufsgruppen, wenn die Angehörigen dieser Berufsgruppen berufsmäßig tätig werden. Im Verhältnis zu Laien besteht dieser Vorbehalt nicht. Dies gilt für die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde nach dem Heilpraktikergesetz (§ 1 HeilprG) und nach der Bundesärztleordnung (§ 2 Abs. 5 BÄO).

Eine dritte Form des Vorbehalts ist der *prioritäre Vorbehalt*. Er stellt eigentlich eine Unterform des relativen Vorbehalts dar. Der prioritäre Vorbehalt bezeichnet den Vorrang der berufsmäßigen Ausübung der vorbehaltenen Tätigkeit für eine bestimmte Berufsgruppe unter bestimmten Voraussetzungen. Eine solche Regelung findet sich in § 4 Abs. 1 HebG im Verhältnis zwischen Ärzten und Hebammen.

Der Klarheit halber sei noch auf die folgende Abgrenzung von Tätigkeiten hingewiesen: Von den verschiedenen Arten der vorbehaltenen Tätigkeit zu unterscheiden ist eine Tätigkeit, für die eine bestimmte Berufsgruppe eine spezielle Fachlichkeit erworben hat, so z. B. die Angehörigen der Alten- und Krankenpflegeberufe für die Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI. Wenn Angehörige einer anderen Berufsgruppe, die hierfür keine besondere Ausbildung genossen haben, solche Tätigkeiten qua Herkunft und Übung oder qua fachlicher Nähe ausüben, werden diese wie Laien tätig. Ein irgendwie geartetes Vorbehaltsverhältnis besteht in diesem Fall nicht.

Unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten stellt die prioritär vorbehaltene Tätigkeit den mildesten Eingriff im Verhältnis zu den anderen Berufsgruppen und zu den Laien dar, da sie am wenigsten ausschließend wirkt. Diese Form der vorbehaltenen Tätigkeit wird den Kooperationserfordernissen zwischen den an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten dann am ehesten gerecht, wenn aus rechtlichen Gründen nicht ein relativer Vorbehalt, z. B. beim Kernbereich des ärztlichen Handelns, gegeben ist.

Berufliche Qualifikationen und vorbehaltene Tätigkeiten

Die Einrichtung vorbehaltener Tätigkeiten muss im Verhältnis von ärztlicher Tätigkeit zur Tätigkeit anderer Gesundheitsberufe auf der Ebene gleicher und auf der Ebene ungleicher, d. h. der höheren und der anderen Qualifikation, betrachtet werden. Sind der Arzt und der Angehörige des anderen Gesundheitsberufs in gleicher Weise für eine Tätigkeit

formell und materiell qualifiziert, so ist ein qualifikatorisch gleicher Rang gegeben, der sich auch in der Zusammenarbeit der Berufe ausdrücken sollte. Hier wird es der organisatorischen Einheit, in der die beiden Berufe handeln, überlassen bleiben, dieses Zusammenwirken zu regeln.

Sind der Arzt und der Angehörige des anderen Gesundheitsberufs nicht qualifikatorisch gleichrangig, z. B. wenn er für bestimmte Tätigkeitsbereiche eine spezialisiertere formelle und materielle Qualifikation aufweist, ist es sinnvoll, hier der Person mit der höheren Qualifikation für die Tätigkeit den Vorrang zu geben (prioritärer Vorbehalt). Im Hebammengesetz gilt dies für das Verhältnis Arzt und Hebamme (§ 4 HebG). Ein relativer Vorbehalt würde bedeuten, die Person mit der geringeren Qualifikation ganz von dieser Tätigkeit auszuschließen.

Versehen Angehörige der anderen Gesundheitsberufe Tätigkeiten, für die sie eine Qualifikation im Rahmen der Heilkunde erworben haben, für die Ärzte nicht ausgebildet werden, erscheint es sinnvoll, hier eine vorbehaltene Tätigkeit für die Angehörigen dieser Berufe einzurichten. Eine ärztliche Allzuständigkeit für alle Bereiche der Heilkunde ist dann nicht geboten.

Schließlich ist noch auf Tätigkeiten zu verweisen, die außerhalb der Heilkunde liegen und für die Angehörige anderer Gesundheitsberufe eine Qualifikation erworben haben. Hier ergibt sich gegenüber den Ärzten kein Vorbehalts- oder Vorrangproblem.

Möglichkeiten eines Heilberufegesetzes

Terminologisches zu den Heilberufen
Unter den Gesundheitsberufen stehen die Heilberufe im Zentrum. Die Angehörigkeit eines Gesundheitsberufs zu einem Heilberuf ist für die Gesetzgebungszuständigkeit von Bedeutung, da der Bund für die Zulassung zu einem Heilberuf die Gesetzgebungszuständigkeit hat (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG). Unter den

Heilberufen wird der ärztliche Beruf als wichtigster Heilberuf herausgestellt. Zu den Ärzten gehören der Arzt, der Zahnarzt und der Tierarzt. Der Begriff des Heilberufs wird sehr weit ausgelegt und umfasst auch die helfende Betreuung von Menschen mit gesundheitlichen Problemen. Heilpraktiker und Psychotherapeuten rechnen dazu, auch wenn sie keine ärztliche Ausbildung genossen haben. Auch die pflegerischen und therapeutischen Berufe und die medizinisch-technischen Assistenzberufe rechnen hierher.

Regelungsdefizite

- Regelungsdefizite für die Heilberufe ergeben sich in folgender Hinsicht:
- :: Es fehlt eine den heutigen Notwendigkeiten der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung entsprechende *Definition des Begriffs der Heilkunde*. Nach wie vor wird ein Begriff der Heilkunde zugrunde gelegt, der aus dem Heilpraktikergesetz aus dem Jahre 1939 stammt.
 - :: Entsprechend der Neudefinition des Begriffs der Heilkunde ist eine *Definition des Begriffs der Heilberufe* zu bilden.
 - :: Es fehlt an einer *öffentlich-rechtlichen Festlegung der Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche der Heilberufe*. Die Tätigkeit der Heilberufe ist zwar in den Ausbildungsgesetzen als Ausbildungsziel beschrieben. Damit entsteht jedoch keine Festlegung von bestimmten Aufgaben und Tätigkeiten.
 - :: Der Festlegung von bestimmten Aufgaben und Tätigkeiten der Heilberufe muss zum Zweck der Herstellung von Klarheit in der Kooperation der Heilberufe die *Festlegung wesentlicher Kernbereiche eigener Aufgaben und Tätigkeiten* folgen, auch im Sinne der Beschreibung vorrangiger und/oder vorbehaltener Tätigkeiten.

Weichenstellung 17: Berufsrechtliche Klärung von Kooperation

Der Bundesgesetzgeber hat im Berufsrecht aller Heilberufe Vorgaben für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu formulieren. Ein Allgemeines Heilberufegesetz soll auch Vorschriften zu Aufgaben- und Tätigkeitsbereichen, auch im Sinne vorbehaltener und vorrangiger Tätigkeiten, enthalten und die Tätigkeiten der Heilberufe im Verhältnis zueinander beschreiben.

Regelungsmöglichkeiten

- Aufbau eines Allgemeinen Heilberufegesetzes
Ein Allgemeines Heilberufegesetz könnte wie folgt aufgebaut sein:
- :: Begriff der Heilkunde
 - :: Begriff des Heilberufes und Aufzählung der Heilberufe
 - :: Definition der Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche, auch im Sinne vorbehaltener und/oder vorrangiger Tätigkeiten
 - :: Einweisungsvorschriften für die besonderen Heilberufsgesetze.

Begriff der Heilkunde

Der Begriff der Heilkunde ist in Richtung auf die verschiedenen Bereiche der gesundheitlichen Versorgung zu erweitern (Gesundheitsförderung/gesundheitliche Prävention; Kuration; Rehabilitation; Pflege; Palliation).

Weiter bietet sich an, den Begriff an die international gebräuchlichen verwandten Begrifflichkeiten anzupassen (Gesundheitsbegriff der WHO; Behinderungsbegriff nach der ICF).

Begriff der Heilberufe

Der Begriff der Heilberufe ist entsprechend der Neudefinition des Begriffs der Heilkunde anzupassen.

Definition der Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche der verschiedenen Heilberufe
Für jeden Heilberuf ist zunächst zu definieren, welche Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche für ihn einschlägig sind. Sodann ist festzulegen, für welche Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche ein Heilberuf im Verhältnis zu anderen Heilberufen ausschließlich oder vorrangig zuständig ist.

Einweisungsvorschriften

Die gesetzgeberische Technik der Einweisungsvorschriften stammt aus dem Sozialgesetzbuch (SGB I). Dort sind in den §§ 18 bis 29 die besonderen Sozialleistungsgesetze genannt. Einweisungsvorschriften geben also eine Übersicht über besondere Gesetze eines Rechtsgebietes.

Solche Einweisungsvorschriften für die Bundesgesetze der Heilberufe würden ebenfalls die Übersichtlichkeit erleichtern.

Organisatorische und institutionelle Voraussetzungen schaffen

Mark Dominik Alscher und Ursula Matzke

Weichenstellung 3: Ausrichtung von Leitungsstrukturen an inhaltlichen Zielen statt an Statusfragen

Gesundheitseinrichtungen müssen Leitungsstrukturen nach sachlichen Aspekten und nicht nach Statusfragen festlegen und damit das professionsübergreifende Arbeiten wirkungsvoll unterstützen. Die Erfüllung der Leitungsfunktion in interdisziplinären Teams bedarf einer entsprechenden Qualifikation.

Neue Rollenverteilungen führen zu Konflikten. Wer Macht abgibt, kämpft in der Regel dagegen, wer Macht erhält, dafür. Die ärztliche Profession, die im 19. Jahrhundert die Schlüsselposition im Gesundheitswesen hatte, ist damit neuen Rollenverteilungen gegenüber eher kritisch. Es kommt erschwerend hinzu, dass die Rolle des Arztes aktuell in vielen Richtungen fundamentalen Änderungen unterworfen ist.

Aufgrund einer zunehmenden Ökonomisierung von Gesundheitsdienstleistung werden Prozesse und Optimierungsstrategien entscheidend für den betriebswirtschaftlichen Erfolg und damit häufig für das Überleben einer Organisation im Gesundheitswesen. Der Arzt, der im 19. Jahrhundert als nahezu absolutistischer Herrscher in seinem Reich entschied, muss sich plötzlich ein- und unterordnen. Im günstigsten Fall gestaltet er die Prozesse.

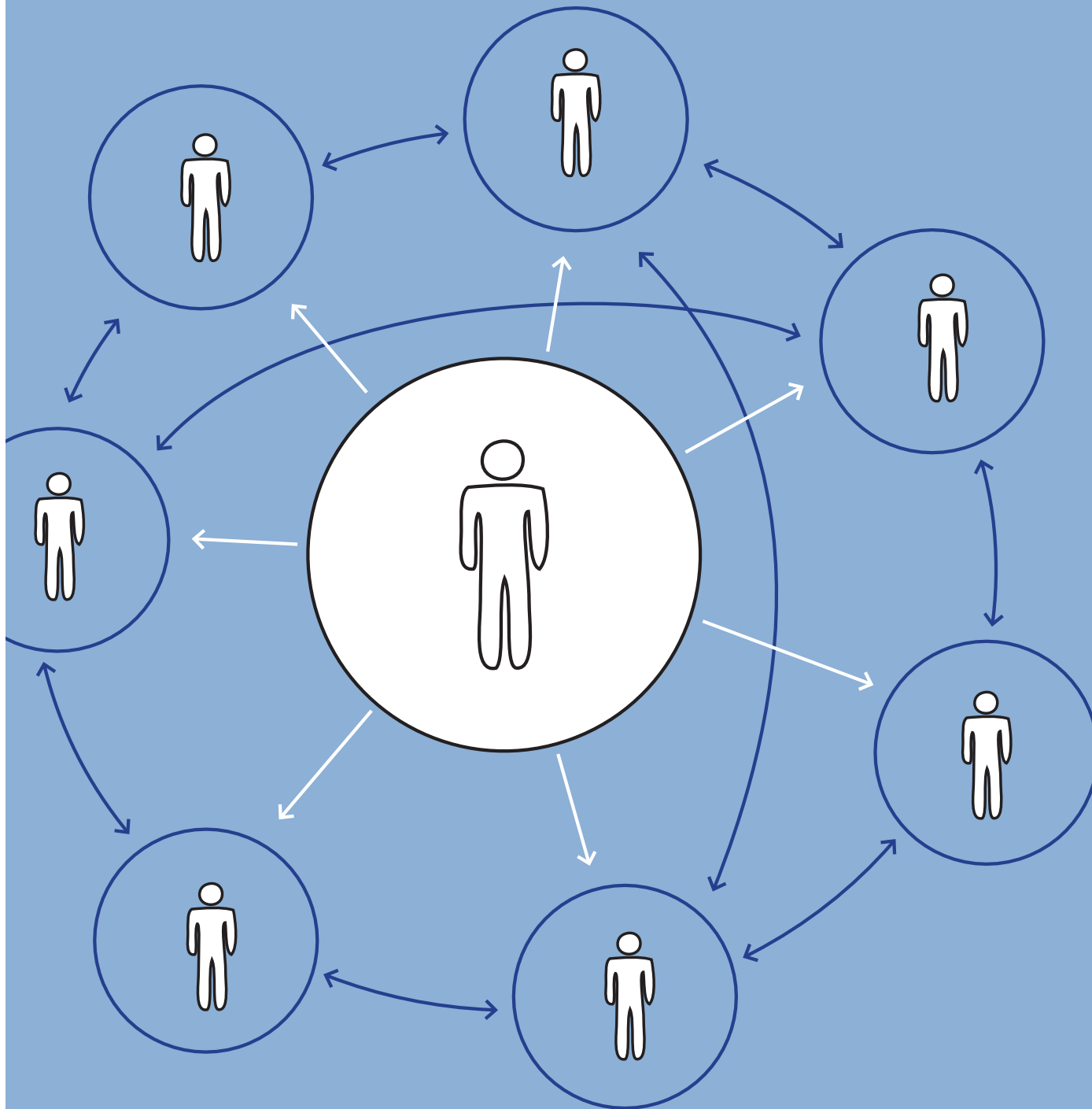
Aufgrund u.a. auch der Informationstechnologien werden Patienten zunehmend kompetenter und rücken heute ins Zentrum des Leistungsgeschehens. Der Arzt ist hinsichtlich seines Fachwissens, aber auch seiner Autorität zunehmend in Frage gestellt.

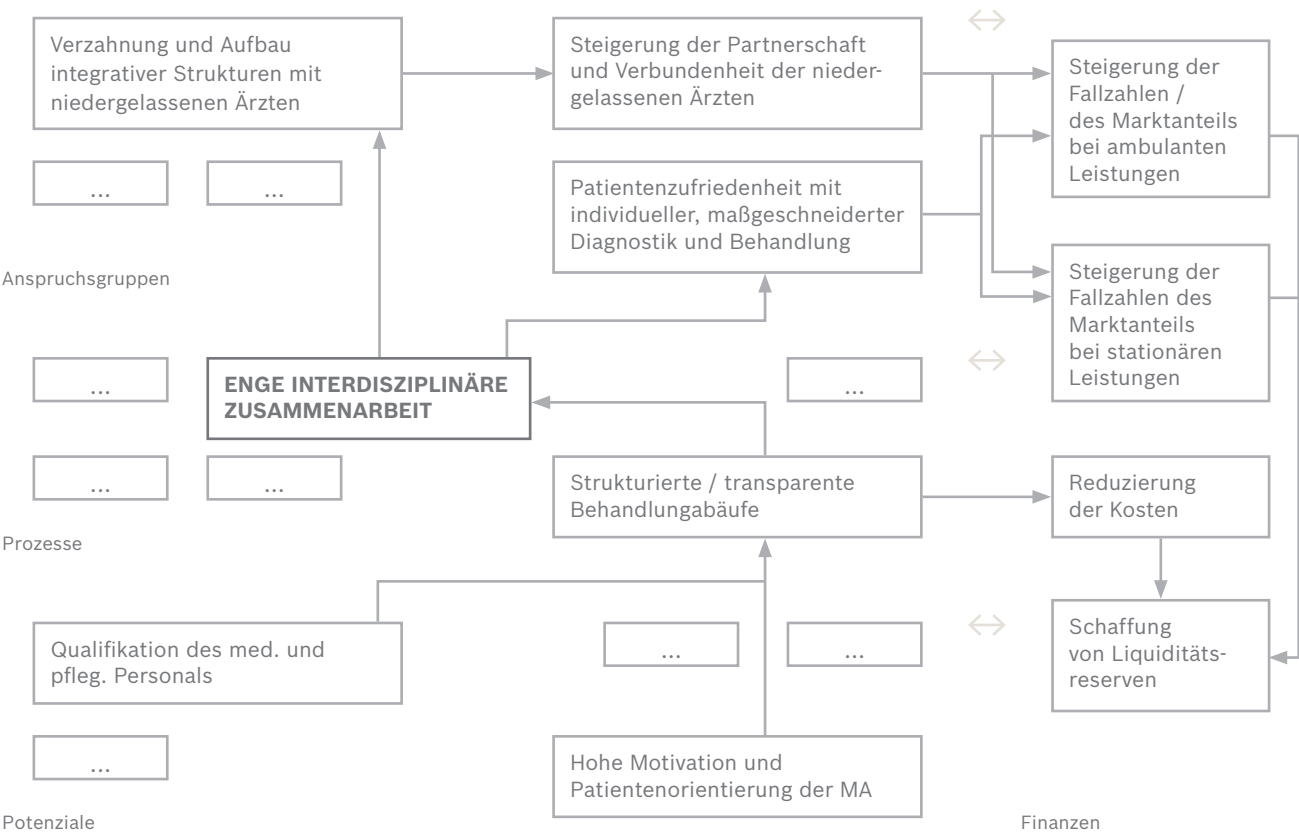
Die Erweiterung der Wissensbasis führt ergänzend dazu, dass der Arzt als Experte nicht mehr die Evidenzen komplett parat hat, er verwendet bei Regelentscheidungen häufig Leitlinien, Standards (SOPs) und klinische Pfade. Dies bedeutet aber auch, dass interdisziplinäre Teams Teile der ärztlichen Tätigkeit übernehmen können.

Interdisziplinäre Teams bedürfen einer Leitung oder Koordinierung. Eine klare Zieldefinition des Teams ist die Grundlage für die Bestimmung der Leitungsrolle und die Entscheidung über die Profession oder Person, der diese Rolle übertragen wird. In einer etablierten Kooperation in kleineren und überschaubaren Teams im Gesundheitswesen erfüllt die Leitung oftmals die Rolle der Koordination, wohingegen in größeren Teams klare Leitungsstrukturen mit entsprechenden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten erforderlich sind. Für größere interdisziplinäre Zusammenhänge, in denen die beteiligten Gesundheitsberufe, möglicherweise sogar räumlich getrennt, über verschiedene Sektoren hinweg zusammenarbeiten, kann die komplexe Koordinierungs- und Leitungsaufgabe auch an eine zentrale Koordinierungsstelle übertragen werden (Bartel et al. 2010).

Veränderungen und Wandel erfordern immer Personen, die die Initiative ergreifen und vorangehen. Viele interdisziplinäre Teams bilden sich weniger aufgrund struktureller Anforderungen und Festlegungen, sondern durch die Initiative Einzelner. Je nach Situation ist die Leitungsperson aufgefordert, von einer neuen Vision von Interdisziplinarität zu überzeugen, die Teammitglieder in der Umsetzungsphase zu motivieren und zu unterstützen oder entsprechende organisatorische Rahmenbedingungen zu gestalten (San Martin-Rodriguez et al. 2005).

In der folgenden Abbildung ist dargestellt, dass die Prozesse der Gesundheitsdienstleistung eingebettet sind in ökonomische Rahmenbedingungen. Ignoriert man diese, führt das zum Verlust von fachlicher Freiheit. Im Extremum wird die Existenzgrundlage für eine Institution genommen. Für die Institution bedeutet dies, dass die Interdisziplinarität und Interprofessionalität innerhalb der Organisation gefördert werden muss.





Weichenstellung 4: Aufbau von Organisationen mit Blick auf Versorgungsziele und Förderung von Zusammenarbeit
Kooperation erfordert eine Abkehr von streng hierarchischen zugunsten flacherer Organisationsstrukturen, die sich an den Zielvorgaben orientieren.

Organisationale Aspekte mit Auswirkung auf das interdisziplinäre Arbeiten sind mannigfaltig: Beispiele sind die Arbeitsumgebung der Teams, die Struktur und Philosophie der Einrichtung, Ressourcen, die für eine Teamarbeit zur Verfügung gestellt werden, unterstützende administrative Strukturen sowie Kommunikations- und Koordinationsmechanismen (San Martin-Rodriguez et al. 2005).

Dezentralisierte und flexible Strukturen bilden das Fundament für Teamarbeit, denn sie erzwingen geradezu eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Getragen wird eine Neugestaltung der Organisationsstruktur von einer entsprechenden Organisationsphilosophie. Werte wie Partizipation, Fairness, Meinungsfreiheit, Wertschätzung der Sichtweisen anderer oder gegenseitiges Vertrauen befördern dabei eine interdisziplinäre Praxis (San Martin-Rodriguez et al. 2005).

Kooperative Leitungsstrukturen für kooperatives Handeln im Patientenprozess

Seit 1997 ist am Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart die »Duale Abteilungsleitung« etabliert und im Organisationsstatut des Krankenhauses verankert. Die Leitung einer Abteilung obliegt damit dem Chefarzt und der zugeordneten Pflegedienstleitung. Mit Eröffnung der Klinik für Geriatrische Rehabilitation im Jahr 1998 wurde das duale Leitungsprinzip für diese um die Gesamtleitung des nicht-ärztlichen Therapiebereiches erweitert. Die Zuordnung der Chefärzte zu den jeweiligen Abteilungen wird vom Dienstvertrag geregelt, die pflegerischen Abteilungsleitungen werden auf Vorschlag des Pflegedirektors vom Krankenhausdirektorium im Einvernehmen mit dem jeweiligen Chefarzt benannt. Das Organisationsstatut verpflichtet die beiden Leitungen bei gemeinsam zu bewältigenden Aufgaben eng und vertrauensvoll zusammenzuarbeiten, wobei die jeweilige berufliche Verantwortung gewahrt bleibt. Die dualen Leitungen sind für das wirtschaftliche Ergebnis der Abteilung und die Einhaltung der vorgegebenen Budgets verantwortlich. Zudem tragen sie gemeinsam Verantwortung für Prozesse der Qualitätsentwicklung, Organisationsentwicklung und Personalentwicklung in ihrer Abteilung. Dieses System erweitert die in den Krankenhäusern fest etablierte Linienorganisation der verantwortlichen Berufsgruppen um eine kooperative Leitungsstruktur unter Wahrung des jeweiligen fachlichen Expertensystems.

Die Abteilungsleitungen aller Berufsgruppen werden in den regelmäßig stattfindenden Strategieworkshops des Krankenhauses frühzeitig in strategische Entscheidungen eingebunden. In ihren Abteilungen haben die dualen Leitungen Kommunikationsstrukturen, wie beispielsweise Regelkommunikation zwischen Chefarzt und Pflegedienstleitung sowie interdisziplinäre Abteilungsbesprechungen eingerichtet. Jährliche Leistungsvereinbarungen der Abteilungen werden gemeinsam mit dem kaufmännischen Direktor getroffen.

Für den unmittelbaren Patientenprozess entfaltet sich die kooperative Leitungsstruktur besonders in der gemeinsamen Initiierung und Steuerung von interdisziplinären Projekten, die auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität abzielen. Beispiele hierfür sind die Etablierung eines interdisziplinären Schmerzmanagements in allen operativen Abteilungen der Klinik oder die Umsetzung eines interdisziplinären Entlassungsmanagements.

Darüber hinaus konnten in einzelnen Abteilungen unter Moderation von Mitarbeitern der Abteilung Qualitäts- und Veränderungsmanagement Abläufe auf den Stationen neu geordnet werden. Die interdisziplinär zusammengesetzte Projektgruppe hatte bei der Neuordnung der Abläufe immer den Patientenprozess im Blick. Letztlich konnte ein Soll-Prozess entwickelt und umgesetzt werden, der sicherstellt, dass die einzelnen Berufsgruppen mit ihren jeweiligen Kernkompetenzen zum richtigen Zeitpunkt die für den Patienten notwendige Aufgabe einzeln oder auch gemeinsam erfüllen.

Weichenstellung 7: Erstellung von Leitlinien unter Einbeziehung aller Betroffenen

Die Fachgesellschaften aller Gesundheitsberufe sind aufgefordert, die interdisziplinäre Leitlinienerstellung zu fördern.

Wichtiges Instrument für eine Standardisierung interprofessioneller Teamarbeit sind interdisziplinäre Leitlinien. Sie können die einzelnen Versorgungsschritte in systematisierter Reihenfolge darstellen, die mögliche Übertragungen von Aufgaben abbilden und insbesondere bei komplexen Versorgungsanforderungen die Arbeitsverteilung zwischen den Gesundheitsberufen aufzeigen (s. auch SVR 2007). Damit können sie eine Orientierungshilfe schaffen, die auch die Zusammenarbeit erleichtert. Als Untergruppe der Leitlinien sind interne, institutionelle Leitlinien anzusehen, zu denen auch Behandlungspfade zählen. Sie sind für die Mehrzahl einer Patientengruppe mit definierter Diagnose konzipiert und beschreiben deren Behandlungsabläufe innerhalb eines Versorgungssektors oder sektorübergreifend aus berufsgruppenübergreifender Sicht (Schrappe 2005). Seit der Einführung von DRG (Diagnosis Related Groups) kommt ihnen im stationären Sektor eine zunehmende Bedeutung zu. Durch ihren prozessorientierten Charakter helfen Behandlungspfade im stationären Bereich, die ineffizienten Matrixstrukturen der Kliniken zu überwinden. Leitlinien sollten nicht nur die Aufgaben der verschiedenen Gesundheitsberufe thematisieren, wichtig ist auch, wie sie erstellt werden. Sinnvoll erscheint eine interdisziplinäre Leitlinienerarbeitung unter Einbeziehung aller betroffenen Berufsgruppen. Dies gilt sowohl für Leitlinien als auch für Behandlungspfade. Nach wie vor werden jedoch viele Leitlinien noch monoprofessionell erarbeitet. Zwar werden zunehmend alle betroffenen ärztlichen Disziplinen beteiligt, jedoch ist die Einbeziehung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe noch als unzureichend anzusehen. Für die Pflege existieren monoprofessionell erarbeitete Expertenstandards.

Sie können eine Grundlage zur Abbildung des pflegerischen Beitrags an der interdisziplinären Kooperation darstellen. Bislang wurden sie so jedoch kaum verwendet.

Weichenstellung 13: Schaffung von Verantwortungspartnerschaft für eine gute Praxis der Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe

Die Vertragspartner im Gesundheitswesen müssen Verantwortung für das Gelingen einer sektorübergreifenden und den regionalen Bedingungen angepassten Versorgung übernehmen. Daher muss sich die Vertragspartnerschaft im Gesundheitswesen zu einer Verantwortungspartnerschaft aller Beteiligten weiterentwickeln.

Es ist notwendig, dass die Vertragspartner Verantwortung für das Gelingen einer auf interprofessioneller Kooperation ausgerichteten, sektorübergreifenden und den regionalen Bedingungen angepassten Versorgung übernehmen. Dies bedeutet, dass sie in der Pflicht stehen, für die Entwicklung und Implementierung längerfristig wirkender kooperativer Versorgungsstrukturen zu sorgen. Dabei spielt Monitoring eine wichtige Rolle, wofür geeignete Erhebungsinstrumente zu entwickeln sind. Damit ließen sich dann Defizite erkennen und Maßnahmen zur Förderung günstiger Bedingungen regional und national eruieren.

Den Gesundheitsberufen kommt dabei eine besondere Rolle zu. Sie stehen unmittelbar in der Versorgungspraxis und sind oft erste Ansprechpartner für die Patienten. Aktiv an der Etablierung interprofessioneller Kooperationsstrukturen mitzuwirken, muss darum ein Teil ihres professionellen Handelns werden.

Literatur

Bartel, S.; Bethge, M.; Streibelt, M.; Thren, K. und Lassahn, C., 2010: Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsprozesse in der Endoprothetik: Ergebnisse einer qualitativen Prozessanalyse. *Rehabilitation*, 49(3): 138-146.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), 2007: Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/6339; <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>

San Martin-Rodriguez, L.; Beaulieu, M.D.; D'Amour, D. und Ferrada-Videla, M., 2005: The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J. Interprof. Care*, 19, Suppl 1: 132-47.

Schrappe, M., 2005: Clinical Pathways, in: Hart, D. (Hrsg.), *Klinische Leitlinien und Recht*. Baden-Baden: Nomos, S. 163-171.

Kooperation durch Bildung fördern

Gerd Dielmann

Weichenstellung 6: Beschreibung von Berufsprofilen mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten

Berufsverbände und der Gesetzgeber sind aufgefordert, klare Berufsprofile mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten festzuschreiben.

In der Gesundheitsversorgung gibt es vor allem im Bereich der Assistenzberufe zahlreiche überlappende Qualifikationsprofile mit unterschiedlichen Anforderungen und variierender Ausbildungsdauer (z. B. Altenpflegehelfer/-innen, Krankenpflegehelfer/-innen, Sozialhelfer/-innen, Ausbildungsgänge in Pflege- und Serviceassistenz). Die Gesundheitsberufe sind überwiegend im Rahmen der Regelungskompetenz des Bundes zur »Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen« auf Grundlage von Berufszulassungsgesetzen geregelt. Diese Berufsgesetze regeln jedoch nicht die Berufsausübung, sondern beschränken sich auf den Schutz der Berufsbezeichnungen und definieren die ausbildungsrechtlichen Voraussetzungen, die für die Erlaubnis zur Führung der jeweiligen Berufsbezeichnung erfüllt werden müssen. Sie enthalten keine ausführlichen Vorschriften zum Ausbildungsberufsbild, zur inhaltlichen Gestaltung der Ausbildung und den zu vermittelnden Kompetenzen. In der Praxis führt das zu Problemen in der Arbeitsorganisation, in der Zuweisung und Übernahme von Verantwortlichkeiten und zu rechtlichen Problemen in der Zusammenarbeit. Fragen der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegepersonal oder die Übernahme pflegerischer Aufgaben durch un- und angelerntes Servicepersonal werden kontrovers diskutiert und führen zu Reibungsverlusten in den betrieblichen Abläufen bis hin zu rechtlichen Auseinandersetzungen.

Die jeweils zuständigen Gesetzes- und Verordnungsgeber sind daher aufgefordert, klare Berufsprofile zu definieren und sie mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zu versehen.

Die in der Ausbildung zu erwerbenden Kompetenzen sind in den Ordnungsmitteln ausdrücklich zu benennen. Die Vorgaben sehr allgemein formulierter Ausbildungsziele und die Festlegung von Fächern, Themenbereichen und Einsatzgebieten reichen nicht aus. Qualifikationserfordernisse für Aufgaben, die eigenverantwortlich oder in Kooperation mit anderen Berufen ausgeführt werden sollen, sind differenziert und eindeutig zu beschreiben, auch und gerade in den Bereichen der Heilkunde.

Klare Berufsprofile können zur Entwicklung einer eigenen Berufsidentität beitragen, die wiederum eine wichtige Voraussetzung für eine gleichberechtigte Kooperation darstellt.

Berufs- und Fachverbände sind gefordert, unterhalb der Ebene der Rechtssetzung zur Profilbildung beizutragen, wenn es etwa um das berufliche Selbstverständnis geht. Dazu zählen beispielsweise die Fragen, ob Gespräche mit Angehörigen zum ärztlichen Berufsbild gehören und vom Arzt oder der Ärztin selbst zu führen sind oder ob es Aufgabe der Pflegefachkraft ist, die Ganzkörperwäsche bei schwer Kranken selbst vorzunehmen. Auch die Frage, ob und inwieweit heilkundliche Tätigkeiten übernommen werden sollen, kann Gegenstand berufspolitischer Erörterung und Standortbestimmung sein. Für Ausbildungsgänge auf unterschiedlichen Niveaus können eindeutige Definitionen der zu vermittelnden Kompetenzen und gemeinsam von allen Beteiligten entwickelte Stellenbeschreibungen zur Klärung der Aufgaben- und Arbeitsteilung beitragen.

Weichenstellung 8: Beschreibung und rechtliche Verankerung der in Aus- und Weiterbildung zu vermittelnden beruflichen Kompetenzen

Die anhand des europäischen und deutschen Qualifikationsrahmens kompetenzorientiert entwickelten Ausbildungsprofile müssen in den berufs- und berufsbildungsrechtlichen Grundlagen verankert werden.

Mit der Entwicklung des Europäischen – EQR (2008) und des Deutschen Qualifikationsrahmens – DQR (2009) werden sich an Kompetenzen und am Ergebnis (output) orientierte Qualifikationsprofile auch hierzulande durchsetzen. Die Erfahrungen mit der Erprobung des DQR im Bereich der Gesundheitsberufe haben gezeigt, dass die Ordnungsmittel in dieser Hinsicht vielfach unzureichend sind. Eine angemessene Zuordnung zu den jeweiligen Qualifikationsniveaus setzt eine kompetenzorientierte Beschreibung in den ausbildungsrechtlichen Grundlagen voraus. Hergebrachte Formulierungen von Ausbildungsinhalten, Fächern und Fachgebieten reichen hierfür nicht aus. Die Berufszulassungsgesetze beschränken sich zumeist auf eine mehr oder weniger ausführliche Beschreibung der Ausbildungsziele oder verzichten ganz darauf, wie das Logopädengesetz (LogG) oder das Ergotherapeutengesetz (ErgThG). Im Physiotherapeutengesetz heißt es beispielsweise »Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs insbesondere dazu befähigen, durch Anwenden geeigneter Verfahren der Physiotherapie in Prävention, kurativer Medizin, Rehabilitation und im Kurwesen Hilfen zur Entwicklung, zum Erhalt oder zur Wiederherstellung aller Funktionen im somatischen und psychischen Bereich zu geben und bei nicht rückbildungsfähigen Körperbehinderungen Ersatzfunktionen zu schulen (Ausbildungsziel)« (§ 8 MPhG). Kompetenzorientierte Beschreibungen der Ausbildungsziele finden sich lediglich ansatzweise in den Berufszulassungsgesetzen der Pflegeberufe (AltPflG, KrPflG). Die in der Ausbildung zu entwickelnden Kompetenzen sind differenziert zu beschreiben. Für die geforderte Zuordnung zu Niveaustufen reichen diese Beschreibungen jedoch nicht aus. Die Festlegungen aller Kompetenzbereiche der Fachkompetenz (Wissen und Fertigkeiten) und der personalen Kompetenz (Sozial- und Selbstkompetenz) zu umfassen.

Die Vielfalt der strukturellen Vorgaben und die Unterschiedlichkeit in der Gestaltung der Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen führen auch zu großen Unterschieden in der Berufssozialisation, die einer

Kooperation der Gesundheitsberufe entgegenstehen können. Sie erschweren den Erwerb von Kenntnissen über die anderen Berufe, ihre Ausbildung und Qualifikationsprofile ebenso wie die frühzeitige Entwicklung von Formen der Zusammenarbeit und sinnvoller Arbeitsteilung. Eine weitere Folge dieser vielfältigen Strukturen sind sehr unterschiedliche Anforderungen an die Qualität der Ausbildungsgänge. Die Unterschiede betreffen nicht nur die verschiedenen Berufe, auch innerhalb jedes einzelnen Ausbildungsberufs gibt es ein relativ breites Qualitätsspektrum – wegen differierender Vorgaben nicht nur zwischen den Ländern, sondern mangels hinreichender Vorschriften auch innerhalb eines Landes von Schule zu Schule. Einheitliche Qualitätsstandards und Ausbildungsstrukturen auf einer gemeinsamen Rechtsgrundlage, z. B. eines einheitlichen »Heilberufegesetzes«, könnten dazu beitragen, die Entwicklung der durch Aus-, Fort- und Weiterbildung zu vermittelnden Kompetenzen auch sicherzustellen.

Weichenstellung 10: Vernetzung der Ausbildungsstätten verschiedener Gesundheitsberufe

Da berufliche und wissenschaftliche Sozialisation und Qualifikation der Gesundheitsberufe auf eine spätere, interdisziplinäre Berufspraxis vorbereiten sollen, müssen Forschung und Ausbildung interdisziplinär und kooperativ angelegt sein. Dafür ist eine Vernetzung der Ausbildungsstätten der verschiedenen Gesundheitsberufe erforderlich.

Die Weichenstellung nach einer besseren Vernetzung der Ausbildungsstätten trifft auf eine Situation, in der ohnehin ein Trend zur Zusammenführung der Ausbildungsstätten am Krankenhaus besteht. Immer häufiger werden nicht nur an den Universitätskliniken größere Einheiten von Ausbildungsstätten verschiedener Ausbildungsberufe und oft auch einschließlich der Bereiche für Fort- und Weiterbildung etabliert (Bildungsakademien, Zentralschulen). Gleichwohl werden identische Ausbildungsinhalte noch getrennt

in den jeweiligen Schulen vermittelt, obwohl sie bereits organisatorisch unter einem Dach zusammengefasst sind. Gemeinsame Ausbildungsveranstaltungen in Theorie und Praxis könnten hier Abhilfe schaffen und zu einem gemeinsamen Verständnis für eine kooperativ ausgestaltete Gesundheitsversorgung führen. Sinnvoll ist eine Kooperation von Hochschulen, Schulen und Betrieben nicht nur bei dual organisierten Bildungsgängen. Berufsübergreifend und interdisziplinär zusammengesetzte Lehrkörper machen berufsübergreifende Kooperation auch in der Lehre erlebbar und sind in der Lage, Interdisziplinarität zu fördern, ohne die eigene Berufsidentität aufzugeben. Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen für die Lehrkräfte tragen zur Entwicklung kooperativen Denkens in Lehre und Berufspraxis bei. Berufs- und fachübergreifende Ausbildungs- und Forschungsverbünde fördern ein gemeinsames Verständnis für die Erfordernisse einer Gesundheitsversorgung, das weder Gruppenegoismen noch Kastendenken verpflichtet ist, sondern die Versorgungsinteressen der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellt.

Die wissenschaftliche Qualifikation unterschiedlicher Gesundheitsberufe sollte auch die Fähigkeit zur späteren interdisziplinären Forschungsarbeit beinhalten. Die komplexen Fragen der Gesundheits- und Versorgungsforschung bedingen eine solche wissenschaftliche Qualifikation des Forschungsnachwuchses. Dazu muss neben einer Methodenkompetenz auch die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit unterschiedlichen theoretischen Perspektiven ausgebildet werden.

Weichenstellung 11: Berichterstattung über Kennzahlen der Ausbildung, der Nachfrage und Beschäftigtenzahlen der Gesundheitsberufe

In der deutschen Gesundheitsberichterstattung sollte ein regelmäßiger Ausbildungsbericht integriert sein, in dem die Kennzahlen der Ausbildung, der Nachfrageentwicklung und der Beschäftigtenzahlen der Gesundheitsberufe zusammengetragen werden. Die Zahlen sind regional differenziert auszuweisen, um kommunale und regionale Planung zu ermöglichen.

Bislang ist wenig bekannt über die Angebots- und Nachfrageentwicklung in den Bereichen der Ausbildung und Beschäftigung der Gesundheitsberufe sowie deren regionale Verteilung. Dies hängt mit fehlenden Statistiken aus dem Ausbildungsbereich zusammen.

Es gibt bundesweit keine Ausbildungsberichterstattung. Selbst die Ausbildungsstatistik des Statistischen Bundesamtes wird nicht von allen Bundesländern mit den erforderlichen Daten versorgt. Daten zur Nachfrage nach Ausbildungsplätzen werden oft gar nicht erst erfasst. Wenn die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung notwendige Nachwuchsgewinnung in den Gesundheitsberufen nicht den Marktentwicklungen und oft kurzsichtigen ökonomischen Interessenlagen überlassen bleiben sollen, müssen die erforderlichen Daten erhoben und zusammengetragen werden, um gegebenenfalls regulierend eingreifen zu können.

Eine regionale Gesundheitsberichtserstattung dient als Grundlage für eine bedarfsorientierte kommunale Gesundheitspolitik. Sie stellt eine wichtige Informationsbasis dar, denn sie ermöglicht transparente Planungsentscheidungen. Ein regelmäßiger Ausbildungsbericht sollte die zentralen Kennzahlen der Ausbildung der Gesundheitsberufe zusammentragen und regional differenziert darstellen. Quantitative Daten sind vor dem Hintergrund veränderter Versorgungsbedarfe und -prozesse zu analysieren (z. B. des demo-

graphischen Wandels, reduzierter stationärer Kapazitäten, verkürzter Liegezeiten, schnellerer Entlassung und Weiterbehandlung im ambulanten Bereich, veränderter Ausbildungen von Gesundheitsberufen). Dieser Bericht verhilft den Ausbildungs- und Kostenträgern zu einer objektiven Entscheidungsgrundlage für ihre Kapazitätsplanungen und mögliche Veränderungen der Organisationsstrukturen der Ausbildungsstätten. Zum einen können Versorgungsengpässe frühzeitig erkannt und es kann entsprechend darauf reagiert werden. Zudem können soziale Ungleichheiten in Bildungschancen sichtbar werden. Die Ausbildung für Gesundheitsarbeit ist teilweise fast ausschließlich dem freien Markt überlassen, was Effekte auf die Versorgungsqualität haben kann, wenn nicht genügend Ausbildungskapazitäten zur Verfügung gestellt werden. Auch die Arbeitsagenturen könnten diese Informationen bei ihrer Beratung zu Ausbildungsmöglichkeiten und Beschäftigungsaussichten in den verschiedenen Gesundheitsberufen einsetzen. Letztendlich dienen Ausbildungsberichte allen Akteuren des Gesundheitswesens als Entscheidungsgrundlage bei der Weiterentwicklung von kooperativen und sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen, die den regionalen Gegebenheiten angepasst sind. (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 2010).

Weichenstellung 12: Berufegipfel zur Klärung von Fragen der Gesundheitsberufebildung

Die zuständigen Bundes- und Landesministerien werden aufgefordert, einen Berufegipfel zu initiieren, bei dem die wesentlichen Fragen der zukünftigen interdisziplinären Zusammenarbeit, der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Berufsausübung auf breiter Basis diskutiert werden.

Die Organisation der Arbeitsteilung, die Weiterentwicklung sowie Neuentstehung von Berufsbildern und Tätigkeitsfeldern haben zu Überschneidungen und Rechtsunsicherheiten in der Berufsausübung geführt, die der Klärung bedürfen. Auch Anforderungen an verschiedene Versorgungsbedarfe und den Kompetenzmix (skill mix) sind zu erörtern.

Zentrale Fragen der zukünftigen interdisziplinären Zusammenarbeit bedürfen einer intensiven Diskussion unter den Angehörigen der Gesundheitsberufe. Bislang werden diese Auseinandersetzungen jedoch primär innerhalb der einzelnen Berufsgruppen, nicht jedoch gemeinsam geführt. Zusammenkünfte aller an der Berufsbildung beteiligten Akteure könnten dazu beitragen, konsensfähige Lösungen zu finden. Zu denken ist an die Sozialpartner, Berufs- und Fachverbände, Vertreter der Gesundheitseinrichtungen und Ausbildungsstätten, der Schulen, Hochschulen, Bildungsträger und nicht zuletzt der Parteien und Ministerien auf Bundes- und Landesebene.

Zuständig für die Initiierung des Berufegipfels wären die für die Heilberufe zuständigen Bundesministerien, das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Inhaltlich sollte sich der Berufegipfel zum einen mit Fragen der Qualifizierung auseinandersetzen, wobei auch didaktische Überlegungen angestellt werden sollten. Es sind Antworten auf die Frage zu finden, wie Kooperationskompetenz vermittelt und erworben wird, welche Qualifikation und Kompetenzen der Ausbilderinnen und Ausbilder dabei erforderlich sind, welche Lernformen und Lernorte angemessen sind, wie sich Theorie- und Praxiseinheiten zur interdisziplinären Kooperation am besten in die bestehenden Qualifikationsstrukturen integrieren lassen und welche Gewichtung mono- und interprofessionelle Qualifikationsmodule einnehmen sollten.

Zum anderen sind Fragen des Versorgungsmixes zu erörtern. Dabei sollte geklärt werden, welcher Gesundheitsberuf am besten geeignet ist, welche Aufgaben zu übernehmen. Für bestimmte Aufgaben z. B. Case Management lassen sich keine eindeutigen Zuständigkeiten zuordnen, sondern verschiedene Berufsgruppen in den jeweiligen Handlungsfeldern identifizieren, die geeignet sind.

Literatur
Bundesärztekammer / Kassenärztliche Bundesvereinigung:
Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Stand: 29. August 2008
in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 41, A 2173-2177.

Bundesärztekammer (Hrsg.) Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer:
Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen, o.J.

Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, verabschiedet vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) am 22. März 2011.
<http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de>

Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.)
Offermanns, Matthias/Bergmann, Otto: Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes – Bericht des Deutschen Krankenhausinstitutes, Düsseldorf, April 2008.

Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.)
Offermanns, Matthias/Bergmann, Otto: »Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen« – Bericht des Deutschen Krankenhausinstitutes, Düsseldorf, Mai 2010.

Dielmann, Gerd:
Deutscher Qualifikationsrahmen soll Transparenz schaffen. In: Die Schwester Der Pfleger, Jahrg. 49, Heft 7/2010, S. 714 - 716, Melsungen 2010.

Erdle Helmut/Igl, Gerhard: Recht der Gesundheitsberufe der Gesundheitsfachberufe, Heilpraktiker und sonstigen Berufe im Gesundheitswesen. Heidelberg. Loseblatt.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2010:
Landesberichterstattung Gesundheitsberufe 2009 – Situation der Ausbildung und Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter <http://services.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/download/70505/gesundheitsberufekomplett.pdf> (Zugriff am 15.5.2011).

Interprofessionelle Zusammenarbeit im regionalen Kontext

Andreas Büscher und Manfred Hopfeld

Weichenstellung 16: Stärken der regionalen Planung und Förderung von Versorgungsnetzen

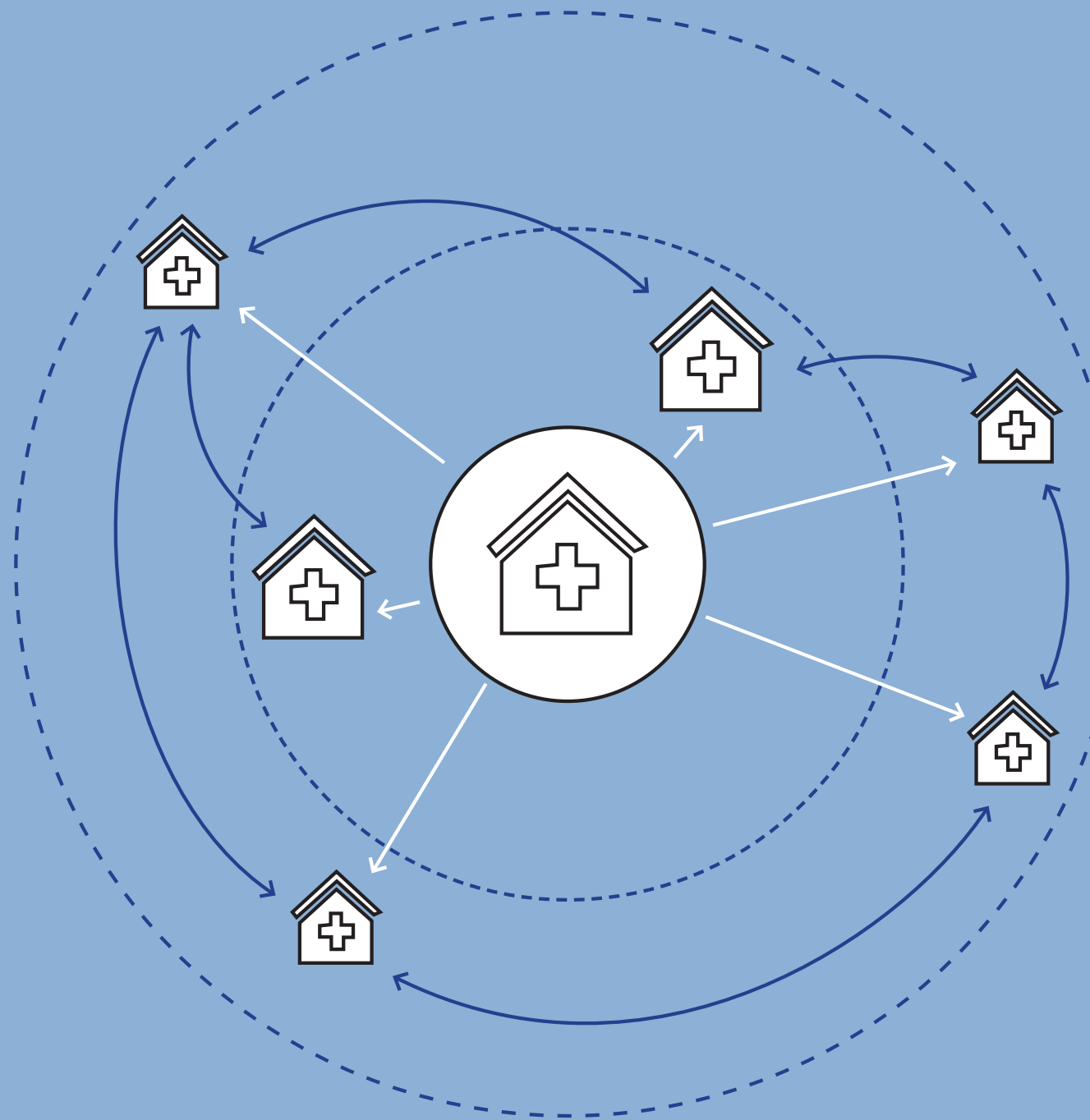
Die Länder und Kommunen werden aufgefordert, interdisziplinäre Kooperation in der regionalen Gesundheitsversorgung zu initiieren, zu unterstützen und ihr eine Plattform zu bieten.

Das Ziel einer solchen Analyse ist die Erstellung eines Profils der kommunalen Gesundheitsversorgung, zu der neben den Einschätzungen der bestehenden Bedarfslagen (z. B. Anzahl von Personen mit chronischer Krankheit, Anzahl Pflegebedürftiger) auch die vorhandenen Ressourcen (z. B. Anzahl und Art niedergelassener Arztpraxen, Physiotherapeuten oder Beratungsstellen) zählen. Es ist empfehlenswert, entsprechende Analysen nicht nur einmalig vorzunehmen, sondern mit ihrer Initiierung ein Verfahren zu etablieren, wie die Datenbasis – unter Berücksichtigung des Datenschutzes – fortlaufend auf einem aktuellen Stand gehalten werden kann. Dies ist sowohl aus inhaltlichen wie auch aus ökonomischen Gründen anzuraten, da der Aufwand einer solchen Analyse nicht unbeträchtlich ist und es neben den strukturellen Voraussetzungen auch der individuellen Kompetenz Einzelner zur Durchführung einer solchen Analyse bedarf. Anhaltspunkte für entsprechende Analysen finden sich auf kommunaler Ebene im Bereich der Altenhilfe, wo Erfahrungen mit kommunalen Bedarfsplanungen gesammelt wurden (Blaumeiser et al. 2002). Hilfreich können auch Anleihen bei international verwendeten Verfahren wie einem Community Health Assessment (Cassells 2007) oder die Einbeziehung der Expertise von Geographen zur Quartiersforschung sein (Schnur 2008). Zudem gibt es Bestrebungen zur Stärkung quartiersorientierter Ansätze in Deutschland, z. B. das Netzwerk, Soziales neu gestalten (SONG 2009).

Die Frage der regionalen, kommunalen und lokalen Umsetzung von Kooperation in der Gesundheitsversorgung hat im Prozess der Entwicklung und Formulierung des Memorandums kontinuierlich eine Rolle gespielt. Angesichts demographischer Veränderungen und zunehmend komplexerer Krankheitsverläufe stehen die Kommunen vor großen Herausforderungen bei der gesundheitlichen Versorgung einer älter werdenden Bevölkerung (Deutscher Verein 2010, Naegele 2010). Umschreiben lässt sich diese Herausforderung mit der englischen Wortschöpfung des »Think and act globally«, mit der ausgedrückt wird, dass viele Probleme der gesundheitlichen Versorgung global vorhanden sind, jedoch immer auf einer lokalen Ebene bewältigt werden müssen. Daher sind innovative Lösungsansätze für regionale und lokale Netzwerke gefragt, in die alle Verantwortungspartner eingebunden sind und die den jeweiligen ländlichen oder städtischen, den räumlichen und personalen Besonderheiten einer Region Rechnung tragen.

Vor diesem Hintergrund ist die Weichenstellung des Memorandums zu sehen, die regionale Planung zu stärken und Versorgungsnetze zu fördern. Sie richtet sich an kommunale Entscheidungsträger wie Landräte, Gesundheitsdezernenten oder Bürgermeister und konkretisiert sich in zwei Aufgabenfeldern. Zum einen impliziert sie die Durchführung von Analysen der kommunalen Versorgungsstrukturen nach einheitlichen Kriterien als Ausgangspunkt zur Entscheidungsfindung. Eine solche Analyse setzt das Vorhandensein einer Datenbasis über die gesundheitliche und pflegerische Versorgung voraus und, was oftmals noch entscheidender ist, bedarf der sinnvollen Zusammenführung dieser Daten zur Interpretation.

Neben den genannten Entscheidungsträgern kommt auch anderen Akteuren wie den Angehörigen der Gesundheitsberufe eine wichtige Rolle im Rahmen regionaler Bündnisse bei der Entwicklung von Lösungen für kommunale Bedarfslagen zu. Damit ist als zweites Aufgabenfeld der Kommunen die Initiierung, Flankierung und Moderation der Kooperation der Gesundheitsberufe angesprochen. Diese geschieht als Teil weiter gefasster Aufgaben, die sich den Kommunen im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge stellen, und kann nicht losgelöst davon betrachtet werden. Die Initiierung der Kooperation kann in Form



von Gremien wie kommunalen Gesundheits- und/oder Pflegekonferenzen wahrgenommen werden, in denen es vorrangig darum geht, die unterschiedlichen Akteure in einem gemeinsamen Forum zusammenzuführen und dadurch Gelegenheiten für die gemeinsame Auseinandersetzung zu schaffen. Die institutionalisierte Zusammenarbeit in Gremien kann damit zum Ausgangspunkt werden, auch anlassbezogen bei der Lösung von Versorgungsproblemen, wie z. B. der Versorgung chronisch Kranker mit Medikamenten, zu kooperieren. Entsprechende regionale Gremien sind zudem dazu geeignet, die zentrale Frage der Versorgungssteuerung zu diskutieren, bei der es nicht zuletzt um die Verteilung von Macht und Verantwortung zwischen den Gesundheitsberufen geht.

Die Betonung der regionalen Bedeutung impliziert die Akzeptanz unterschiedlicher Herangehensweisen in verschiedenen Regionen. Während beispielsweise in einigen ländlichen Regionen manche infrastrukturellen Voraussetzungen bereits fehlen und es darum geht, überhaupt eine Versorgung zu organisieren und aufrechtzuerhalten, geht es in vielen städtischen Regionen darum, den potenziellen Nutzern Entscheidungs- und Orientierungshilfen zu geben, um sich in der Vielfalt der Angebote zurechtzufinden. Neben Entscheidungen zur gesundheitlichen Versorgung eignet sich die kommunale Ebene auch für die Umsetzung präventiver Maßnahmen. Ob und welche präventiven Maßnahmen sinnvoll erscheinen, kann oftmals nur angesichts lokaler Verhältnisse entschieden werden, die in hohem Maße durch soziale Determinanten charakterisiert sind. Entsprechend sollten präventive Maßnahmen an den regionalen und lokalen Verhältnissen ausgerichtet sein und diese zum Ausgangspunkt präventiver Maßnahmen machen.

Weichenstellung 15: Nutzung von Telemedizin und Informationstechnologien für die Vernetzung aller Beteiligten am Versorgungsprozess

Die Nutzung in der Regelversorgung ist zu ermöglichen und durch ein gesichertes Qualitätsmanagementverfahren zu begleiten, bei dem fachliche, technische, ethische und (datenschutz-) rechtliche Standards zu berücksichtigen sind.

In einem engen Zusammenhang zur Stärkung der regionalen Kooperation steht die Nutzung von Telemedizin und Informationstechnologie für die Vernetzung aller am Versorgungsprozess Beteiligten. Stärker als bislang gilt es, die telemedizinischen Möglichkeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, zur Steigerung der Versorgungsqualität und zur Kostensenkung in regulären Versorgungsprozessen zu berücksichtigen und sie in diese zu integrieren. Dafür ist ein konzertiertes sektoren-, professionen- und fachgebietsübergreifendes Vorgehen unerlässlich. Zudem ist die Einhaltung technischer Standards ein zentrales Element, um eine möglichst offene Kommunikation und Anbindung an bestehende Netzwerke zu ermöglichen. Barrieren zur stärkeren Implementierung telemedizinischer Anwendungen liegen in fehlenden administrativen Rahmenbedingungen, durch die Anreize zum Einsatz entsprechender Ansätze gesetzt werden. Hier ist der Gemeinsame Bundesausschuss gefordert, Lösungen zu entwickeln. Zudem besteht ein Bedarf, die Bekanntheit telemedizinischer Anwendungen für verschiedene Zielgruppen (z. B. Patient, Klinikarzt, Klinikgeschäftsführer, Hausarzt u.a.) zu verbessern. Dies gilt sowohl für die Bedarfslagen der Nutzer wie auch für die Effekte entsprechender Anwendungen. Hier ist die Versorgungsforschung gefordert, aber auch die Hersteller entsprechender Produkte stehen in der Pflicht.

Bewusst ist im Memorandum nicht die Telemedizin allein, sondern auch der gesamte Bereich der Telematik angesprochen, da es um die Nutzung unterschiedlicher Technologien für die Gestaltung von Versorgungsprozessen geht. Neben der Erfassung und elektronischen Übertragung von Vitalparametern bietet moderne Technologie auch Optionen zur 24-stündigen Anbindung der Nutzer an Versorgungsinstanzen (wie z. B. Krankenhäuser, Arztpraxen oder ambulante Pflegedienste), auch über große Entfernungen. Potenzial haben technische Entwicklungen zudem in der Erhöhung der Sicherheit chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen in ihrem Wohnumfeld. Zu fordern ist daher, dass die bisherigen umfangreichen Bemühungen zur Entwicklung telemedizinischer oder den Alltag unterstützender Produkte noch stärker mit realen Versorgungsprozessen verzahnt werden und somit nicht nur die

Produktentwicklung im Vordergrund steht, sondern die tatsächliche Problemlösung nicht vergessen wird.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die Stärkung der regionalen Zusammenarbeit und die Einführung telemedizinischer und anderer technologischer Innovationen eingebunden ist in einen gesundheitswirtschaftlichen Kontext, zu dem neben den versorgenden Organisationen und Personen auch patientenferne Bereiche, wie z. B. die Wohnungswirtschaft, gehören. Ob und in welchem Ausmaß es gelingt, durch neue Unternehmensformen die regionale Handlungsfähigkeit sicherzustellen, ist ein Aspekt, der für die nachhaltige Etablierung entsprechender Strukturen verantwortlich zeichnet.

Telemedizinisches Projekt in der integrierten Schlaganfallversorgung

Das Telemedizinische Projekt in der integrierten Schlaganfallversorgung (Projekt TEMPiS) wurde entwickelt, um die Qualität der Schlaganfallversorgung in der Region Südostbayern zu verbessern. Es ist vorwiegend für kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum konzipiert, in denen die Etablierung einer kostenintensiven Stroke Unit unwirtschaftlich ist. Zunächst wurden 12, inzwischen 15 regionale Kliniken mit den beiden Schlaganfallzentren in München Harlaching und an der Universität Regensburg vernetzt. Für schwierige klinische Fragestellungen können die lokalen Ärzte jederzeit in Telekonsultation zu den Experten der Schlaganfallzentren treten. Zusätzlich hat jedes Versorgungskrankenhaus eine eigene, multidisziplinär besetzte Schlaganfallstation in kleinem Maßstab aufgebaut. Beteiligt sind dabei Ärzte, Pflegekräfte, Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten.

Die neu gebildeten Teams werden gezielt qualifiziert, wobei auch gemeinschaftliche Lehrinhalte vorgesehen sind. Weiterhin werden auch Maßnahmen ergriffen, um die Kommunikation im Team zu fördern, gemeinsame Visiten durchgeführt und ein Newsletter für die Teammitglieder erstellt. Die Telekonsultationen, die bei vordefinierten Kriterien obligatorisch, ansonsten aber freiwillig sind, fördern den intradisziplinären ärztlichen Dialog und sollen dem Arzt vor Ort Hilfestellung bei der Diagnose und Behandlungsstrategie geben. Dafür stehen in den beiden Universitätskliniken von anderen Aufgaben freigestellte Neurologen rund um die Uhr zur Verfügung.

Seit Anfang 2003 wurden im Rahmen von TEMPiS jährlich ca. 3000 Telekonsile durchgeführt. Mehr als 200 Patienten pro Jahr erhielten nach telekonsiliarischer Indikationsstellung eine medikamentöse Gerinnseauflösung, was einer Verzehnfachung der vorher erreichten Lyserate entspricht. Seit 2006 ist das Projekt durch Beschluss der Bayerischen Staatsregierung in der Regelversorgung.

Literatur

Blaumeiser, H.; Blunck, A.; Klie, T.; Pfundstein, T; Wappelshammer, E., 2002: Handbuch Kommunale Altenplanung. Grundlagen – Prinzipien – Methoden. Frankfurt: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.

Cassells, H., 2007: Community Health Assessment. In: Nies, M.A.; McEwen, M. (Hrsg.): Community/Public Health Nursing. Promoting the Health of Populations. St. Louis: Saunders Elsevier, 74-88.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., 2006: Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur. DV 05/10 AF IV. Verfügbar unter: http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/2010/pdf/DV%2005-10.pdf (letzter Zugriff: 04.06.2011).

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen. Vom 25. November 1997, geändert 13.12.2010, hier § 26 Landesgesundheitskonferenz. <http://gesundheit.nrw.de/content/e19/e2803/e4570>

Körtke, H.; Gräfe, B.; Frisch, S.; Secer, S.; Hoffmann-Koch, A.; Paluszkiwicz, L.: Telemedizin am Beispiel praktischer Modelle in der medizinischen Versorgung Herz-Kreislauf-Erkrankter. 2011: In: e-Health 2011, Duesberg, F. (Hrsg.) Solingen, 2011, S. 30-36.

Lohmann/Preusker (Hrsg.): Kollege Computer. Moderne Medizin durch Telematik, 2009, Economica-Verlag.

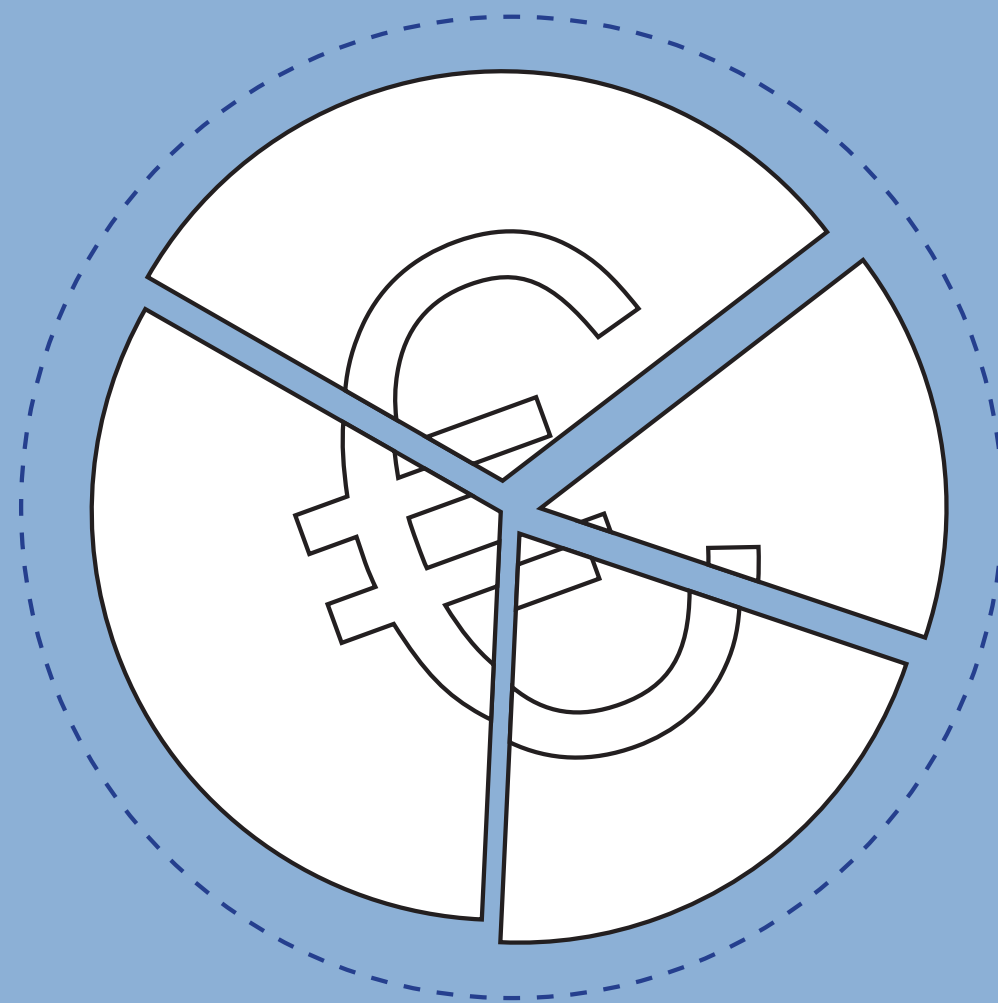
Naegele, G., 2010: Kommunen im demographischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen für die lokale Alten- und Seniorenpolitik. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2: 98-102.

Netzwerk. Soziales neu gestalten (SONG), 2009: Lebensräume zum Älterwerden – für ein neues Miteinander im Quartier. Memorandum des Netzwerks: Soziales neu gestalten. Gütersloh. Verfügbar unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-104EB3B5-6E1618AB/bst/xcms_bst_dms_27817_27818_2.pdf (letzter Zugriff: 04.06.2011).

Schnur, O. (Hrsg.), 2008: Quartiersforschung. Zwischen Theorie und Praxis. Wiesbaden: VS-Verlag.

Ergänzende Anmerkungen zum Memorandum aus ökonomischer Sicht

Dr. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO), Berlin



Wenn es darum geht, die Ursachen für vielfältige Qualitäts- und Effizienzdefizite in der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu benennen, herrscht unter Experten meist Einigkeit: Verwiesen wird in aller Regel auf gravierende angebotsseitige Friktionen im Versorgungssystem. Das betrifft insbesondere die weitgehend strikt getrennten Sektoren der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung mit jeweils unterschiedlichen Sicherstellungsregularen sowie Finanzierungs- und Vergütungsregelungen. Dies betrifft aber auch die Gesundheits- und Pflegeversorgung, die in die Finanzierungszuständigkeit von zwei eigenständigen Sozialversicherungszweigen mit ganz unterschiedlich ausgestalteten Leistungs- und Steuerungsstrukturen fallen und deshalb noch stärker voneinander abgeschottet sind. Daneben gibt es unübersehbare Friktionen mit erkennbar nachteiligen Auswirkungen für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung, aber auch im Zusammenwirken von Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe.

Als Folge dieser Friktionen steht meist nicht der Patient mit seinen häufig simultanen Versorgungserfordernissen »ganzheitlich« im Zentrum eines auf ihn abgestimmten Versorgungshandelns, sondern es erfolgt vielmehr umgekehrt eine »Zerlegung« der erforderlichen Versorgung in einzelne Bestandteile – je nach den meist institutionell begründeten Partikularzuständigkeiten unterschiedlicher Systeme, Sektoren und Berufe. Vor diesem Hintergrund adressiert das Memorandum »Kooperation der Gesundheitsberufe« der Robert Bosch Stiftung ein ganz zentrales gesundheitspolitisches Handlungsfeld. Angesichts der demographischen Entwicklung mit einer Zunahme von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit wird dessen Bedeutung überdies noch erheblich wachsen.

Die in dem Memorandum im Einzelnen reklamierten »Weichenstellungen zur Umsetzung interdisziplinärer Kooperation im Gesundheitswesen« markieren allesamt wichtige Schritte zur Überwindung der angesprochenen Friktionen. Gleichwohl müssen aus ökonomischer Sicht Zweifel angemeldet werden, ob die

Umsetzung der genannten Schritte am Ende tatsächlich ausreichen kann, um die angestrebten Ziele zu erreichen. Damit es tatsächlich zu einer Überwindung der zahlreichen Hindernisse für wirksame patientenorientierte Versorgungskooperationen kommt, reichen bloße Appelle an die Einsicht der Beteiligten nach allen Erfahrungen nicht aus; notwendig ist vielmehr die Installierung eines ökonomischen Gesamtinteresses in Bezug auf das Patientenwohl, dem die Partikularinteressen der einzelnen Beteiligten nicht entgegenstehen dürfen.

So besteht zwischen dem Interesse eines Krankenhauses an möglichst hohen Fallzahlen und dem Patienteninteresse, auf eine Krankenhausbehandlung nach Möglichkeit zu verzichten, a priori kein Gleichklang. Bei einem ambulant tätigen Arzt, der unter Budgetdruck gerät, erfolgt eine Über- oder Einweisung oftmals frühzeitiger, als es aus der Behandlungsperspektive des Patienten notwendig und sinnvoll erscheint. Die ökonomischen Kalküle der einzelnen Leistungserbringer – hier: des Krankenhauses in Bezug auf die Fallzahlsicherung bzw. des ambulant tätigen Arztes hinsichtlich der Budgeteinhaltung – prägen letztlich das Versorgungshandeln entscheidend und lassen sich nicht »appellativ« außer Kraft setzen.

Was zur Installierung eines ökonomischen Gesamtkalküls im Patienteninteresse zwingend notwendig ist, hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) in seinem Gutachten »Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens« im Schlusskapitel »Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug« prägnant formuliert. Danach ist es »notwendig, auch die finanziellen Anreize so zu setzen, dass chronisch kranke, ältere Patienten mit ihrem Behandlungsbedarf eine optimal koordinierte und auf dem Stand der medizinischen Erkenntnis befindliche Betreuung erhalten. Populationsbezogene Modelle (Einschreibung und Capitation) sind grundsätzlich eher geeignet als die rein episodische Vergütung einzelner, oft auf einzelne

Indikationen bezogener Leistungen (fee-for-service). (...) Während die risikoadjustierte Pauschale auch alle Kosten für die Infrastruktur sowie die Dokumentation und (teamorientierte) Koordination der Versorgung umfasst, sollen zusätzliche risikoadjustierte Boni den potenziellen Nachteilen einer kontaktunabhängigen Pauschalierung (Unterversorgung) gezielt entgegenwirken (...). Eine Capitation mit Populationsbezug würde auch starke Anreize (und neue Möglichkeiten) zur Überwindung der Sektorengrenzen und zur umfassenden Kooperation von Fachdisziplinen und Berufsgruppen beinhalten. Statt der Behandlung episodenzbezogener Diagnosen würde der Fokus – wie in modernen Versorgungskonzepten ohnehin bereits angelegt – auf die umfassende und kontinuierliche Betreuung von Menschen verschoben« (SVR 2009, Textziffer 1181).

Nun mag eingewendet werden, dass entsprechende Handlungsoptionen – zumindest im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung – in Gestalt der integrierten Versorgung doch längst bestehen. Was hindert Krankenkassen und Leistungserbringer, hiervon verstärkt Gebrauch zu machen, mehr (Selektiv-) Verträge zur populationsbezogenen Integrationsversorgung zu schließen, bei denen die Vergütung auf der Grundlage risikoadjustierter Pauschalen erfolgt und dadurch das geforderte ökonomische Gesamtkalkül installiert wird?

Bei den Krankenkassen ist zwar mit der Anfang 2009 erfolgten Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs eine wichtige Anreiz-Bedingung für entsprechende Aktivitäten geschaffen worden, doch bewirkt die zeitgleich eingeführte neue Finanzierungsstruktur der GKV – Gesundheitsfonds plus kassenindividuelle Zusatzbeiträge – zumindest in ihrer Einführungsphase einen unübersehbaren Attentismus in Bezug auf Vertragsaktivitäten, die auch nur die leiseste Gefahr in sich bergen, das Risiko eines Zusatzbeitrags zu vergrößern. Das gilt für Selektivvertragsaktivitäten generell, betrifft die integrierte Versorgung jedoch in besonderem Maße: Zum einen

besteht hier – zumindest bei ehrgeizigen Versorgungsformen wie populationsbezogenen Vollversorgungsmodellen – ein besonderer Investitionsbedarf, und zum anderen ist die speziell für Verträge der integrierten Versorgung zuvor bestehende Anschubfinanzierung Ende 2008 ersatzlos ausgelaufen.

Der gerade schon genannte besondere Investitionsbedarf für Versorgungsmodelle der integrierten Vollversorgung, die sich organisatorisch und nicht zuletzt auch medizin-betrieblich – ein hierzu passendes Stichwort aus dem Memorandum lautet »Neuausrichtung arbeitsteiliger Versorgungsprozesse« – deutlich von den hergebrachten sektoralen Versorgungsstrukturen unterscheiden, ist natürlich auch ein wesentlicher Hinderungsgrund für verstärkte Aktivitäten auf Seiten der Leistungserbringer. Schon deshalb erschiene es höchst kontraproduktiv, wenn es finanzkräftigen Investoren aus dem In- und Ausland in Zukunft erschwert würde – wie verschiedentlich gefordert –, als Träger von Medizinischen Versorgungszentren zu fungieren.

Allerdings verweist diese Weichenstellung auf ein grundsätzliches Problem: Dass potenzielle Investoren in der Gesundheitsversorgung – im Unterschied zu anderen Branchen – nicht etwa gezielt angelockt und gefördert, sondern stellenweise sogar geradezu diskreditiert werden – so hat etwa der bayerische Gesundheitsminister Markus Söder explizit vor »internationalen Medizin-Heuschrecken« gewarnt –, unterstreicht, dass den Interessen der Leistungserbringer an einem gesicherten Auskommen in hergebrachten Organisations-, Betriebs- und Erwerbsstrukturen von der Politik letztlich ein höherer Stellenwert beigemessen wird als den Interessen der Patienten an kooperativen Versorgungsformen, die auf ihre Versorgungsbedürfnisse zugeschnitten sind. Es genügt nicht, wenn der Gesetzgeber selektivvertragliche Möglichkeiten für neue Formen der populationsbezogenen Integrationsversorgung schafft; solange die »kollektive Hängematte« in der tradierten sektoralen Versorgung hinreichend bequem bleibt, werden Anzahl und Intensitätsgrad von Managed-Care-Aktivitäten begrenzt

und die damit verbundenen Voraussetzungen für mehr interdisziplinäre Kooperation zugunsten der Patienten unterentwickelt bleiben.

Literatur

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), 2009: Gutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/13770; <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>

Weichenstellungen – Forderungen – Maßnahmen

Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe wird zu einer immer wichtigeren Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und sichere Gesundheitsversorgung. Zwar forciert ökonomischer Druck eine oberflächliche Zusammenarbeit, doch für die Etablierung tragfähiger Formen der integrierten und kooperativen Gesundheitsversorgung bedarf es weiterer Voraussetzungen und Anstrengungen. Erforderlich ist eine neue Kultur des Zusammenarbeitens, die die gegenwärtigen Hemmnisse in den rechtlichen Rahmenbedingungen, den Qualifikationsstrukturen und dem berufsständischen Denken beiseite schiebt. Da im Gesundheitswesen niemand für den Aufbau und die Pflege der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen strukturell verantwortlich ist, bleibt die Interdisziplinarität bisher ohne Leben. Das Memorandum will Wege aufzeigen, wie die Kooperation der Gesundheitsberufe im deutschen Gesundheitswesen strukturell etabliert werden kann und sie zum Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses jedes einzelnen Mitarbeiters wird. In dem Memorandum wird verdeutlicht, welche Hindernisse der Kooperation der Gesundheitsberufe im Wege stehen und welche Weichenstellungen und Maßnahmen daher zu ihrer Förderung ergriffen werden müssen.

Weichenstellungen zur Umsetzung interdisziplinärer Kooperation im Gesundheitswesen

- 1. Überwindung der Hindernisse zur Realisierung einer sektorenübergreifenden Versorgung**
Es gilt, Hindernisse, die einer sektorübergreifenden Kooperation der Gesundheitsberufe entgegenstehen, durch Entwicklung professioneller Konzepte zur Fallsteuerung sowie Schaffung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen zu beseitigen.
- 2. Neuausrichtung arbeitsteiliger Versorgungsprozesse an der Perspektive des Patienten**
Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufe sind aufgefordert, ihre Versorgungsprozesse konsequent patientenorientiert auszurichten.

- 3. Ausrichtung von Leitungsstrukturen an inhaltlichen Zielen statt an Statusfragen**
Gesundheitseinrichtungen müssen Leitungsstrukturen nach sachlichen Aspekten und nicht nach Statusfragen festlegen und damit das professionsübergreifende Arbeiten wirkungsvoll unterstützen. Die Erfüllung der Leitungsfunktion in interdisziplinären Teams bedarf einer entsprechenden Qualifikation.
- 4. Aufbau von Organisationen mit Blick auf Versorgungsziele und Förderung von Zusammenarbeit**
Kooperation erfordert eine Abkehr von streng hierarchischen zugunsten flacherer Organisationsstrukturen, die sich an den Zielvorgaben orientieren.
- 5. Förderung von Teambildungsprozessen durch Schulung und Strukturen**
Die Gesundheitseinrichtungen müssen der interdisziplinären Kooperation durch Strukturelemente wie Team- oder Fallbesprechungen einen Rahmen geben und dadurch Teambildungsprozesse befördern.
- 6. Beschreibung von Berufsprofilen mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten**
Berufsverbände und der Gesetzgeber sind aufgefordert, klare Berufsprofile mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten festzuschreiben.
- 7. Erstellung von Leitlinien unter Einbeziehung aller Betroffenen**
Die Fachgesellschaften aller Gesundheitsberufe sind aufgefordert, die interdisziplinäre Leitlinienerstellung zu fördern.
- 8. Beschreibung und rechtliche Verankerung der in Aus- und Weiterbildung zu vermittelnden beruflichen Kompetenzen**
Die anhand des europäischen und deutschen

Qualifikationsrahmens kompetenzorientiert entwickelten Ausbildungsprofile müssen in den berufs- und berufsbildungsrechtlichen Grundlagen verankert werden.

9. Ausbildung von Kompetenzen zur Zusammenarbeit

Die Ausbildungseinrichtungen müssen durch ihr Lehr- und Lernangebot Voraussetzungen für interdisziplinäre Kompetenz schaffen.

10. Vernetzung der Ausbildungsstätten verschiedener Gesundheitsberufe

Da berufliche und wissenschaftliche Sozialisation und Qualifikation der Gesundheitsberufe auf eine spätere, interdisziplinäre Berufspraxis vorbereiten sollen, müssen Forschung und Ausbildung interdisziplinär und kooperativ angelegt sein. Dafür ist eine Vernetzung der Ausbildungsstätten der verschiedenen Gesundheitsberufe erforderlich.

11. Berichterstattung über Kennzahlen der Ausbildung, der Nachfrage und Beschäftigtenzahlen der Gesundheitsberufe

In der deutschen Gesundheitsberichterstattung sollte ein regelmäßiger Ausbildungsbericht integriert sein, in dem die Kennzahlen der Ausbildung, der Nachfrageentwicklung und der Beschäftigtenzahlen der Gesundheitsberufe zusammengetragen werden. Die Zahlen sind regional differenziert auszuweisen, um kommunale und regionale Planung zu ermöglichen.

12. Berufegipfel zur Klärung von Fragen der Gesundheitsberufebildung

Die zuständigen Bundes- und Landesministerien werden aufgefordert, einen Berufegipfel zu initiieren, bei dem die wesentlichen Fragen der zukünftigen interdisziplinären Zusammenarbeit, der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Berufsausübung auf breiter Basis diskutiert werden.

13. Schaffung von Verantwortungspartnerschaft für eine gute Praxis der Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe

Die Vertragspartner im Gesundheitswesen müssen Verantwortung für das Gelingen einer sektorübergreifenden und den regionalen Bedingungen angepassten Versorgung übernehmen. Daher muss sich die Vertragspartnerschaft im Gesundheitswesen zu einer Verantwortungspartnerschaft aller Beteiligten weiterentwickeln.

14. Stärkung interdisziplinärer Ansätze durch Forschungsförderung

Forschungsförderer sollen multiprofessionelle Anträge, insbesondere zur Versorgungs- und Bildungsforschung, berücksichtigen und einfordern. Die Gremien zur Begutachtung von Forschungsanträgen sind interdisziplinär zu besetzen.

15. Nutzung von Telemedizin und Informationstechnologien für die Vernetzung aller Beteiligten am Versorgungsprozess

Die Nutzung in der Regelversorgung ist zu ermöglichen und durch ein gesichertes Qualitätsmanagementverfahren zu begleiten, bei dem fachliche, technische, ethische und (datenschutz-)rechtliche Standards zu berücksichtigen sind.

16. Stärken der regionalen Planung und Förderung von Versorgungsnetzen

Die Länder und Kommunen werden aufgefordert, interdisziplinäre Kooperation in der regionalen Gesundheitsversorgung zu initiieren, zu unterstützen und ihr eine Plattform zu bieten.

17. Berufsrechtliche Klärung von Kooperation

Der Bundesgesetzgeber hat im Berufsrecht aller Heilberufe Vorgaben für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu formulieren. Ein Allgemeines Heilberufegesetz soll auch Vorschriften zu Aufgaben- und Tätigkeitsbereichen, auch im Sinne

vorbehaltener und vorrangiger Tätigkeiten, enthalten und die Tätigkeiten der Heilberufe im Verhältnis zueinander beschreiben.

18. Sozialrechtliche Verankerung eigenständiger Leistungserbringung verschiedener Gesundheitsberufe

Damit Angehörige von Gesundheitsberufen als eigenständige Leistungserbringer tätig werden können, bedarf es einer Öffnung der Zulassung zur Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

19. Anpassung des Haftungsrechts an die kooperative Leistungserbringung

Für das Haftungsrecht empfehlen sich gesetzliche Regelungen, die den besonderen rechtlichen Anforderungen der Kooperation der Gesundheitsberufe Rechnung tragen.

20. Enquete-Kommission zur Zukunft der gesundheitlichen Versorgung und Qualifikation der Gesundheitsberufe

Der Bundestag wird aufgefordert, eine Enquete-Kommission einzurichten. Themen sind die sektorenübergreifende, auf Kooperation ausgerichtete Gesundheitsversorgung und die Anforderungen an eine Qualifizierung der Gesundheitsberufe.

Weitere Informationen sowie die folgenden Anlagen
zum Memorandum finden Sie unter www.bosch-stiftung.de

Gutachten zum Memorandum

- :: Prof. Dr. Andreas Büscher, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Hochschule Osnabrück
- :: Prof. Dr. Gerhard Igl, Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
- :: Prof. Dr. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Sammlung

- :: interprofessioneller Praxisansätze in der Versorgung, Ausbildung und Wissenschaft.
Exemplarische Praxisbeispiele aus dem In- und Ausland
- :: ausgewählter Praxisbeispiele aus der Förderung der Robert Bosch Stiftung 2000–2010

Veranstaltungen

- :: Symposium »Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen« (10. bis 12. Juni 2010, Stuttgart),
publiziert im Schattauer Verlag 2011
 - :: Symposium »Die Gesundheitsversorgung von morgen« (25. und 26. November 2010, Stuttgart)
-

Herausgeber

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31
70184 Stuttgart
Telefon 0711/46084-0
info@bosch-stiftung.de
www.bosch-stiftung.de

Umschlaggestaltung

Grafik, Robert Bosch Stiftung GmbH

Layout

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart, 2011
Alle Rechte vorbehalten
ISBN 978-3-939574-25-5

