Zielbild für neue Professionen

Interprofessionalität – Schlüssel für die Gesundheitsversorgung der Zukunft?

Für eine zukunftsfähige, flächendeckende und wohnortnahe Patientenversorgung muss die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und anderen Gesundheitsprofessionen sowie Gesundheitsfachberufen gestärkt werden. Inzwischen existieren eine Reihe akademisierter arztentlastender Gesundheitsberufe – ein Zielbild für die neuen Professionen ist jedoch offen.

>> Der demografische Wandel ist im Land Brandenburg seit Jahren Realität: Im fünftgrößten Flächenland Deutschlands leben bereits heute viele ältere, chronisch kranke und multimorbide Menschen, Fachkräftemangel und Infrastrukturprobleme führen zu Einschränkungen in vielen Lebensbereichen. Gleichzeitig hat sich die Anzahl und Verteilung der an der Versorgung Beteiligten regional sehr unterschiedlich entwickelt. Dieser Prozess schreitet mit zunehmender Ambulantisierung und Digitalisierung voran. Insbesondere der ländliche Raum muss attraktiv hinsichtlich des Lebens- und Arbeitsumfelds gestaltet werden, um für die zukünftige Generation von Ärzt:innen sowie für medizinisches, therapeutisches und pflegerisches Fachpersonal interessant zu sein. Schon heute steht immer weniger Arztzeit für die Patientenversorgung zur Verfügung. Um auch in Zukunft eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, gewinnt die Interprofessionalität an Bedeutung. Ferner können eine sektorenüberwindende Zusammenarbeit aller an der Versorgung Beteiligten sowie die Delegation ärztlicher Leistungen an medizinische Gesundheitsberufe Lösungsansätze für oben genannte Herausforderungen darstellen.

Infolge des Strukturwandels in der Braunkohleregion Lausitz wird in diesem Teil Brandenburgs der Anpassungsdruck besonders frühzeitig erkennbar. Um diesem möglichst positiv zu begegnen, plant das Land den Aufbau eines Innovationszentrums Universitätsmedizin Cottbus (IUC). Das IUC soll als Universitätsmedizin den Kern eines Gesundheitsnetzwerks Lausitz bilden. Mit der medizinischen Fakultät in Cottbus würde erstmals im Land Brandenburg ein Studienangebot an einer staatlichen Universität für angehende Mediziner:innen geschaffen werden.[1] Die IGiB bringt sich in die Entwicklung, insbesondere auf Seite der innovativen Forschung und Lehre als auch zukunftsfähiger Versorgungsstrukturen ein.

Neben den bestehenden und fest etablierten Fort- und Weiterbildungen für arztentlastende Gesundheitsberufe wie der Nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPA)[2] sowie der von der IGiB entwickelten Case- und Fallmanagerin agnes$^{zwei}_{3}$ (MVF 04/2018) wurden in den letzten Jahren neue Studiengänge auf Bachelor- und Masterniveau entwickelt, die u. a. ebenfalls die Arztentlastung zum Ziel haben. Beispiele sind Physician Assistant, Advanced Practice Nurse oder die Community Health Nurse. In den Recherchen und Gesprächen mit Expert:innen aus Politik, Wissenschaft und Versorgungspraxis wurde deutlich, dass es auf zahlreiche Fragen zur Einbindung dieser neuen Gesundheitsprofessionen bislang keine ausgereiften Antworten gibt. Erschwerend hinzu kommen divergierende Meinungen der an der Versorgung Beteiligten zu neuen Rollenbildern und der damit verbundenen neuen Aufgabenverteilung. Ohne die notwendigen Rahmenbedingungen kann die Integration dieser Berufsbilder nur schwer gelingen. Für die Ausgestaltung einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung mittels Zusammenarbeit von Gesundheitsprofessionen hat die IGiB ein Thesenpapier erstellt (s. Infobox). Es wurden vier Handlungsfelder definiert, die im Folgenden beschrieben werden. In Verbindung mit den Thesen sollen diese als Orientierung dienen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit über Sektoren- und SGB-Grenzen hinweg tatsächlich zu ermöglichen und auszugestalten.

Vier Handlungsfelder

Aufgaben und Tätigkeiten

Die Ressource Arztzeit ist ein knappes Gut, was in den kommenden Jahren noch deutlicher werden wird. Es erfordert ein neues, zeitgemäßes Rollenverständnis der Gesundheitsprofessionen und Gesundheitssektoren, verbunden mit einer neuen, an den Patient:innen ausgerichteten Arbeits- und Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen und Gesundheitssektoren. Insbesondere im ländlichen Raum werden Fachkräfte benötigt, die sowohl die Grundsätze der pflegerischen Versorgung als auch der ambulanten Betreuung und Begleitung von Patient:innen beherrschen. Das Potenzial akademischer und nichtakademischer Gesundheitsberufe muss genutzt werden, um die Patientenversorgung zu optimieren, Ressourcen im Gesundheitssystem effizienter und zielgerichteter einsetzen zu können und mehr Arztzeit für die Patientenversorgung zu gewinnen.

In derzeitigen Diskussionen zur Kompensation von Versorgungslücken stehen häufig die Themen der Delegation und Substitution von ärztlichen Leistungen auf andere Gesundheitsberufe im Vordergrund. Tatsächlich aber sollte es nicht darum gehen, Leistungen von einer Profession auf eine andere zu übertragen und so nur noch mehr Schnittstellen in der Patientenversorgung zu schaffen, sondern vielmehr darum, die Kompetenzen der einzelnen Professionen effizient zu nutzen und einzusetzen. Zu prüfen ist, wie neue Berufsbilder in bestehende Strukturen eingebettet werden können und diese zusammenwirken könnten, ohne Doppel- bzw. Parallelstrukturen zu schaffen.

Geeignet im ambulanten Setting ist insbesondere die Übernahme von Aufgaben und Tätigkeiten zur Entlastung von Ärzt:innen bei Routineaufgaben in der Versorgung chronisch kranker und multimorbider bzw. schwer erkrankter Menschen (z. B. Krebspatient:innen). Das Aufgabengebiet der hochqualifizierten Gesundheitsberufe bezieht sich dabei nicht nur auf die medizinische und pflegerische Versorgung, sondern auch auf die Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Palliativpflege im somatischen und psychischen

Bereich. Mit der Übernahme von Aufgaben in der Primärversorgung und der Sicherung von Versorgungskontinuität in einem interprofessionellen Team könnten vielfältige Arztzeitentlastungen verbunden sein. Im Zusammenhang mit klinischem Assessment und körperlichen Untersuchungen wären dies beispielsweise die Überprüfung des Gesundheitszustandes, häufige Untersuchungen wie Blutentnahme, Blutdruckmessung, die Beurteilung der Dringlichkeit der Situation, die Einleitung von Maßnahmen sowie die Kommunikation der erhobenen Daten mit anderen Berufsgruppen, insbesondere der behandelnden Ärzt:innen. Im Bereich des Casemanagements wären beispielhaft zu nennen die Steuerung der Versorgungsprozesse im Zusammenhang mit der Weiterleitung/Überweisung zu Fachärzt:innen bzw. ins Krankenhaus, die Überleitung/das Entlassmanagement an stationäre oder ambulante Pflegedienste, die Koordinierung der Leistungserbringung durch die Akteure im System sowie die Koordination von Untersuchungen und Therapien.

Advanced Practice Nursing (APN) ist charakterisiert durch den Einsatz hochspezialisierter Pflegefachpersonen, die sich auf ein Gesundheitsproblem, ein Fachgebiet oder Patientengruppen spezialisieren. Im Krankenhaus nimmt die APN steuernde, klinisch einschätzende und therapieführende Aufgaben, z. B. im Casemanagement, der Wundpflege, dem Schmerzmanagement oder in der Intensivmedizin wahr. Auch die ambulante Pflege stellt ein Einsatzgebiet dar, ist jedoch in Deutschland bisher kaum in der Praxis zu finden, da entsprechende Rahmenbedingungen für die APN fehlen. APN stabilisieren Pflegearrangements, bauen Netzwerke auf, übernehmen Schulungen und die Information von An- und Zugehörigen, führen Interventionen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung durch. In stationären Pflegeeinrichtungen sind die komplexen Handlungsfelder geriatrischer Probleme, wie Fehl- und Mangelernährung, Immobilität, chronische Wunden und Hautprobleme, Inkontinenz oder Schmerz, aber auch chronische Erkrankungen wie Diabetes, Hypertonie oder Muskel-Skelett-Krankheiten Handlungsfelder einer APN. Mithilfe der APN sollen vor allem Krankenhauseinweisungen verhindert werden, indem sie frühzeitig auf akute Veränderungen reagieren. Auch in Rehabilitationskliniken kann eine APN insbesondere für Patient:innen mit einem hohen Pflege- und Betreuungsbedarf tätig werden. Weitere Ausprägungen der APN können in der Primärversorgung sowie der Gesundheitserhaltung, -förderung und -prävention liegen. Public-Health-geprägte Ansätze sind u. a.: die Etablierung von Schulgesundheitspflegenden (School Health Nursing), Familiengesundheitspflegenden (Family Health Nursing) und das Community Health Nursing.[4]

Im internationalen Kontext werden durch die Community Health Nurses (CHN) verschiedene Aufgaben- und Rollenprofile eingenommen. Diese können jedoch nicht eins-zu-eins auf Deutschland übertragen werden. Angepasst an die strukturellen Rahmenbedingungen in Deutschland sind eigene Konzepte zu entwickeln. CHN können dazu beitragen, eine abgestufte, bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung der Bevölkerung in den jeweiligen Regionen über die verschiedenen Sektoren hinweg zu entwickeln und sicherzustellen. Neben der Begleitung und Stabilisierung chronischer Erkrankungen sowie der Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention sind die Verbesserung der Lebensqualität und die optimierte Steuerung komplexer Versorgungsprozesse wichtige Rollen der CHN. Die Aufgaben und Tätigkeiten stehen dabei in Abhängigkeit des Settings und den regionalen Bedarfen der Bevölkerung.

Zu den Kernaufgaben einer CHN gehören international die Primärversorgung und die Sicherung von Versorgungskontinuität, die erweiterte Gesundheitsförderung sowie Primär- und Sekundärpräventionsprogramme (z. B. Sturz, Unfall, Tabakentwöhnung), Wiederholungs- und Kontrolluntersuchungen sowie Screenings auf Krebserkrankungen oder andere Vorsorgeuntersuchungen/Check-ups. Die eigenverantwortliche Behandlung von z. B. Erkältungskrankheiten, leichten Infektionen oder einfachen Verletzungen, das Monitoring und Management chronischer Krankheiten sowie die Beteiligung an strukturierten Behandlungsprogrammen (z. B. Disease Management für Diabetes oder Asthma) im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzt:innen wären weitere Tätigkeitsoptionen einer CHN. Das Selbstmanagement der Patient:innen wird durch Information, Beratung und Anleitung sowie die Versorgungskoordination und Navigation durch das Gesundheitssystem unterstützt. Mit diesen Aufgaben werden verschiedene Tätigkeiten verbunden, wie Assessments und körperliche Untersuchungen, Beratung, Koordination, Kooperation, Leadership, Casemanagement, Bedarfserhebung und Netzwerkarbeit.[5]

Ausbildung

Gemeinsame Ausbildungsinhalte in Theorie und Praxis zwischen Medizinstudierenden sowie Studierenden und Auszubildenden anderer Gesundheitsberufe sollten regelhaft in Deutschland etabliert werden. Ein interprofessioneller Ansatz im Studium bzw. in der Ausbildung schafft bei allen Beteiligten eine Win-win-Situation. Die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams, die gemeinsame Fallbegleitung sowie die Kommunikation mit anderen medizinischen Fachdisziplinen werden frühzeitig trainiert und damit das Verständnis der verschiedenen Berufsgruppen füreinander und die Vernetzung untereinander gestärkt. Die ganzheitliche Betreuung und Behandlung im Rahmen der Interprofessionalität und damit die Optimierung von Zusammenarbeit und Versorgungsqualität haben positive Auswirkungen auf Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation der Patient:innen.

Bisher werden an medizinischen Hochschulen in Deutschland jedoch nur wenige interprofessionelle Lehrformate angeboten. In der neu geplanten Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApp0)[6] wird voraussichtlich ein Ausbau der interprofessionellen Ausbildungsinhalte avisiert. So enthält der Entwurf der neuen Approbationsordnung eine Innovationsklausel, die es den Universitäten ermöglicht, einen wesentlichen Teil des Medizincurriculums mit den Curricula von Studiengängen anderer akademisierter Gesundheitsberufe zu verknüpfen. Pflege- und Therapieberufe sowie die Hebammenwissenschaften können in das Medizinstudium einbezogen und interprofessionelle Ausbildungs- und Lehrabschnitte angeboten werden. Beispiele hierfür sind die gemeinsame Teilnahme an Vorlesungen und Seminaren sowie eine gemeinsame klinisch-praktische Ausbildung in Form von interprofessionellen Stationsaufenthalten, bspw. im Praktischen Jahr die Bildung von Teams aus Medizinstudierenden und Auszubildenden bzw. Studierenden anderer Gesundheitsberufe. Ob die Neuregelung der ärztlichen Ausbildung vor dem Start der angestrebten Medizinerausbildung in Cottbus in Kraft tritt, ist zum jetzigen Zeitpunkt ungewiss.

Aufgrund der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen ist auch die Relevanz des technischen Verständnisses im Kontext von Interprofessionalität zu berücksichtigen. Die Stärkung der digitalen Kompetenz aller Beteiligten in der Gesundheitsversorgung ist hierfür erforderlich. Dem folgend sind auch diesbezüglich grundlegende Anpassungen in der Ausbildung zukünftiger Mediziner:innen und anderer Gesundheitsberufe notwendig.

Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2021 beinhaltet, die professionelle Pflege durch heilkundliche Tätigkeiten zu ergänzen und u. a. das neue Berufsbild der „Community Health Nurse" zu schaffen.[7] Das IUC in Cottbus sieht vor, medizinnahe Masterstudiengänge anzubieten, u. a. Advanced Nursing Practice, zu dessen Ausprägung auch eine Community Health Nurse gehören kann.

Die Qualifikationsanforderungen einer APN und CHN sind in Deutschland nicht gesetzlich geregelt. International erwerben die APN und die CHN ihre Kompetenzen überwiegend über ein Advanced Practice Nursing bzw. Community-Health-Nursing-Studium auf Masterniveau. Ausnahmen bilden hier die USA und Australien (CHN auf Bachelorniveau). Auch in Deutschland gibt es bereits mehrere Universitäten, an denen Masterstudiengänge zur APN bzw. CHN angeboten werden. Aufgrund der sehr geringen Akademisierungsquote von Pflegefachpersonen in Deutschland gibt es nur einen kleinen Pool an Pflegefachpersonen, die bereits einen Bachelorabschluss mitbringen und somit ein Masterstudium beginnen könnten. Für eine einheitliche Ausbildung der CHN und auch der APN bedarf es bundeseinheitlicher Ausbildungsregelungen und Curricula, die auf den regionalspezifischen Bedarf zukunftsfähiger Tätigkeitsprofile in Deutschland anzupassen sind.

Auch die Kompetenzen von Medizinischen Fachangestellten und -Assistenten werden zukünftig noch stärker in der medizinischen und pflegerischen Versorgung benötigt. Hierzu ist eine Steigerung der Attraktivität auch dieser Berufsbilder und Berufsperspektiven erforderlich, um ausreichend Nachwuchs für eine zukunftsfähige medizinische Versorgung in der Fläche zu gewinnen.

Das bedeutet u. a. auch für die Medizinischen Fachangestellten, einen vergleichbaren Zugang zur akademischen Weiterqualifizierung analog der Pflegefachkräfte zu schaffen. Der Status quo ist im Schaubild (Abb. 1) dargestellt.

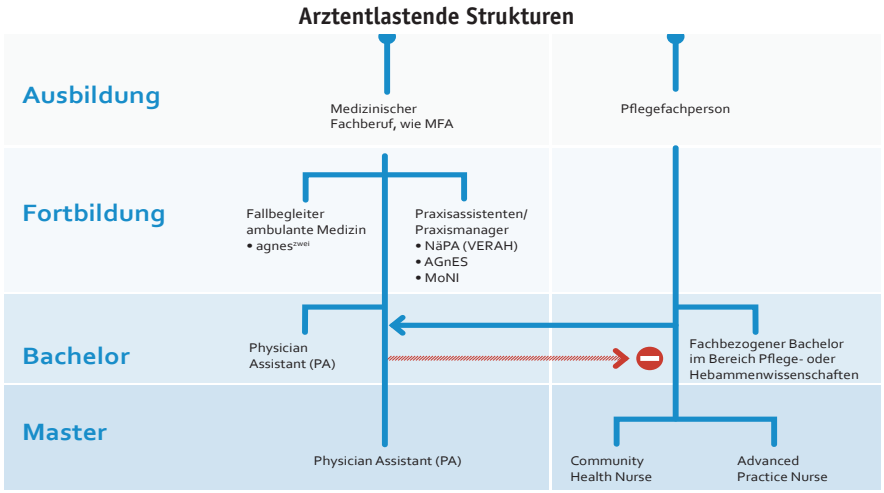


Abb. 1: Arztentlastende Strukturen. Eigene Darstellung.

Ein gelungenes Beispiel für die Gewinnung von Arztzeit durch akademische Weiterqualifikation von Medizinischen Fachangestellten und weitereren nichtärztlichen Gesundheitsberufen zeigt das Projekt der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in Zusammenarbeit mit der Europäischen Fachhochschule für Gesundheit, Soziales und Pädagogik und der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants e.V.[8] Durch die berufsintegrierenden Studiengänge zum Physician Assistant erweitern die Studierenden ihr medizinisches Fachwissen und können parallel weiter ihrem Beruf nachgehen. Bereits mit dem Bachelor-Abschluss können je nach vorliegender Qualifikation verantwortungsvollere und vom Arzt bzw. der Ärztin delegierbare Aufgaben übernommen werden, wie bspw. die Durchführung vorbereitender Anamnesen und Untersuchungen, die Umsetzung ärztlicher Anordnungen, Assistieren bei chirurgischen OPs und Narkosen, die Koordination von Patient:innen oder die Versorgung chronisch erkrankter Patient:innen. Im Rahmen des Projekts wird u. a. untersucht, welche Aufgaben in den Praxen an den PA delegiert werden können und wie sich diese Delegation von Leistungen bewährt.

Ein weiteres positives Beispiel zeigt der vom Hausärztinnen- und Hausärzteverband in Kooperation mit der FOM Hochschule für Oekonomie und Management entwickelte berufsbegleitende Bachelorstudiengang „Primärmedizinisches Versorgungs- und Praxismanagement" zur Weiterqualifikation von VERAH und NäPA.[9]

Beschäftigungsperspektive

Für eine Integration von APN, PA und CHN in die Versorgung ist es erforderlich, bereits während der hochschulischen Ausbildung die Bedarfe und tatsächlich bestehenden beruflichen Perspektiven zu berücksichtigen. Konkrete Einsatzgebiete und Tätigkeitsfelder müssen vorab definiert werden, um diesen Fachkräften eine klare Perspektive zu bieten. Hierbei sollten Universitäten und Hochschulen eng mit den relevanten Akteuren wie Kommunen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen kooperieren. Bessere Arbeitszeitmodelle, eine patientenzentrierte Arbeits- und Aufgabenteilung in größeren Praxisstrukturen und Teampraxen tragen nicht nur zur Arbeitszufriedenheit bei, sondern ermöglichen auch eine effizientere und umfassendere Versorgung der Patient:innen.

Heute vielfach diskutierte Einsatzmöglichkeiten für die zuvor genannten Berufsbilder sind auf die hiesigen Rahmenbedingungen abzustimmen. Ferner ist zu definieren, welche Einsatzfelder welchen Ausbildungsgrad erfordern und wann ein Bachelor- oder Master-Abschluss notwendig ist. Genannt werden zum Beispiel Beschäftigungsperspektiven in verschiedenen Settings der ambulanten Gesundheitsversorgung wie Einzelpraxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder ambulante Pflegedienste. Hier sollen Patient:innen mit chronischen Krankheiten oder speziellen Pflegebedürfnissen zu Hause betreut und somit eine individuelle, patientenzentrierte Versorgung gewährleistet werden. In Krankenhäusern sollen sie bei Entlassungsplanungen und Nachsorgeprogrammen mitwirken, um die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen. Ein weiteres Ein-

satzgebiet soll die Mitarbeit an Gemeindegesundheitsprogrammen sein. In Gesundheitsämtern sollen sie an der Gestaltung von Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsprogrammen in der Gemeinschaft beteiligt sein. In sozialen Einrichtungen, Beratungsstellen oder Gesundheitszentren sollen z. B. CHN eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von Patient:innen spielen. Dem SVR-Gutachten 2023 ist zu entnehmen, dass die CHN in primärärztliche oder sektorenübergreifende Strukturen integriert werden sollten, in denen eine teamorientierte Zusammenarbeit verschiedener ambulanter Leistungserbringer, z. B. mit den Hausärzt:innen, ermöglicht und gefördert wird. Mit einer Etablierung dieses Berufsbildes sollte der Um- und Ausbau vernetzter ambulanter Versorgungsstrukturen einhergehen.[10]

Die Entwicklung der Telemedizin und digitaler Gesundheitslösungen eröffnet zudem neue Möglichkeiten für interprofessionelle Versorgungsansätze. Fernkonsultationen, Überwachung von Patient:innen über Wearables und elektronische Patientenakten sind Beispiele für Technologien, die den Alltag in der Gesundheitsversorgung verändern werden. Es besteht ein enormes Potenzial, die Kommunikation und Koordination zwischen den verschiedenen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Professionen zu erleichtern und räumliche Distanzen zu überwinden. Dabei könnten arztentlastende Berufe auch eine Schlüsselrolle spielen, indem sie die Implementierung und Nutzung solcher Technologien unterstützen und koordinieren.

Die konkreten Beschäftigungsperspektiven und der Grad der Eigenverantwortlichkeit wird jedoch maßgeblich von der Frage der organisatorischen Anbindung der akademisierten Fachkräfte und der „Wertschöpfungsmöglichkeit" der potenziellen Arbeitgeber abhängig sein.

Strukturelle Rahmenbedingungen

Die Einführung neuer arztentlastender Berufsbilder wird stark von politischen Vorgaben zur Integration in das bestehende Gesundheitssystem abhängig gemacht. Die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Klärung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten sind hierbei zentral. Wenn umfangreichere Leistungen für Patient:innen angestrebt werden, müssen die finanziellen Auswirkungen bedacht werden. Wenn zusätzliche Aufgaben, neben der ärztlichen Leistung, an Akademiker:innen übergeben werden, schafft dies nicht nur neue Schnittstellen und Bürokratie, sondern kostet auch mehr Geld. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sollten klar definieren, welche Aufgaben und Verantwortlichkeiten die verschiedenen Gesundheitsberufe in der interprofessionellen Zusammenarbeit haben und wie diese im Rahmen der Daseinsvorsorge und Gesundheitsversorgung sowie SGB-übergreifend finanziert werden.

Eine interprofessionelle Zusammenarbeit ist häufig bereits vor oder nach einer medizinischen Behandlung zielführend. Insbesondere im Rahmen nidrigschwelliger Beratungs- und Koordinierungsleistungen können Patient:innen und ihre Angehörigen umfassend aufgeklärt, bedarfsgerecht unterstützt sowie an die korrekten Ansprechpartner:innen geleitet werden.

Diesem Ansatz folgend wurden im Rahmen von Innovationsfondsprojekten zwei Konzepte umgesetzt, in denen die interprofessionelle Zusammenarbeit eine zentrale Rolle spielte:

- Das Projekt „INVEST Billstedt/Horn" (2017 – 2020) setzte in Hamburg den ersten Gesundheitskiosk in einem städtischen und sozial benachteiligten Gebiet um.[11]
- Im Rahmen des Innovationsfondsprojektes „IGiB-StimMT" (2017–2020) erfolgte in Templin, einer Kleinstadt in der Uckermark, der Aufbau des Koordinierungs- und Beratungszentrums an einer ambulant-stationären Versorgungseinrichtung.[12]

Die aktuell im § 65g SGB V (Referentenentwurf GVSG) sowie dessen Begründungstext definierten Aufgaben und Inhalte zeigen große Übereinstimmungen mit beiden benannten Projekten. Dennoch zeigen sich Unterschiede in der geplanten strukturellen Anbindung der Modelle. Gem. Gesetzes- und Begründungstext liegt das Initiativrecht für die Errichtung der Gesundheitskioske bei den Landkreisen und kreisfreien Städten. Eine enge Kooperation mit dem ÖGD ist zu gewährleisten. Im Vergleich dazu ist die Basis für die Errichtung eines Koordinierungs- und Beratungszentrums die unmittelbare Anbindung an eine medizinische Versorgungsstruktur. Nur durch die räumliche Konzentration von medizinischen, pflegerischen sowie Beratungs- und Koordinierungsleistungen können zentrale Anlaufpunkte der Versorgung entstehen. Diese bieten optimale Voraussetzungen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit und können sowohl dem steigenden Fachkräftemangel als auch der Komplexität von Morbidität und Therapie einen adäquaten Lösungsansatz entgegensetzen. Elementar für eine erfolgreiche Umsetzung ist eine sowohl strukturelle als auch prozessuale und inhaltliche Vernetzung mit den Versorgungsangeboten vor Ort.

Sowohl das Hamburger als auch das Templiner Projekt konnten im Rahmen ihrer Projektlaufzeiten positive Evaluationsergebnisse vorweisen und wurden vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Überführung in die Regelversorgung empfohlen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen hierfür müssen noch geschaffen werden.

Gesetzliche Maßnahmen zielen zu häufig nur auf Teilaspekte ab. Es fehlt hingegen ein Gesamtkonzept. Dabei ist mitzuführen, wie es gelingt, Ängsten zu begegnen und den Beteiligten aufzuzeigen, dass es darum geht, durch mehr Teamarbeit das Endergebnis sowie die Arbeit für alle Beteiligten zu verbessern. Die enge Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen, Pflegekräften, Therapeut:innen und anderen Berufsgruppen erfordert eine Überwindung von traditioneller Arbeitsteilung und Reibungsverlusten durch ständiges Rückversichern und mangelnde Verantwortungsübernahme. Die Einbeziehung der Gesundheitsfachberufe in die Patientenversorgung unterliegt in Deutschland insbesondere bei pflegerischen und therapeutischen Handlungsfeldern einem universellen ärztlichen Delegationsvorbehalt. Dieser zieht sich wie ein roter Faden durch viele Bestimmungen des SGB V. Verankert ist diese grundlegende Ordnung des gesetzlichen Gesundheitswesens im § 15 Absatz 1 des SGB V: „Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht, […]. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden." Diese Vorgabe bedarf eines gesellschaftlichen Diskurses, um zu einem gemeinsamen Bild von einer patientenzentrierten Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams, bestehend aus unterschiedlichen Kompetenzen und Berufsgruppen, zu gelangen. Wichtig ist, den Delegationsrahmen zu erweitern und hierfür Vergütungsmodelle zu etablieren. Die Finanzierung interprofessioneller Versorgung muss Anreize für Kooperation und Teamarbeit bieten. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird in

Zitationshinweis

Freiberg, L.: „Interprofessionalität – Schlüssel für die Gesundheitsversorgung der Zukunft?“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/24), S. 36–40. http://doi.org/10.24945/MVF.02.24.1866-0533.2592

den bestehenden Vergütungssystemen jedoch oft nicht mit ihrem Mehrwert für die Patientenversorgung ausreichend abgebildet. Dies kann dazu führen, dass Berufsgruppen zögern, ihre Ressourcen und Fähigkeiten zu teilen, da sie Einkommensverluste befürchten müssen.

Überdies ist kontinuierliche Forschung zur interprofessionellen Versorgung notwendig, um die Wirksamkeit solcher Ansätze zu bewerten und bewährte Arbeitsteilungen zu identifizieren. Evidenzbasierte Ansätze können dazu beitragen, die interprofessionelle Versorgung kontinuierlich zu optimieren. Die Versorgungsforschung des geplanten IUC kann hierbei vorhandene Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen sichten, bewerten und mit dem Ziel des Transfers in die Ausbildung und in die Gesundheitsversorgung weiterentwickeln.

Interprofessionalität im Kontext der Modellregion Gesundheit Lausitz

Das IUC bietet großes Potenzial, um im Rahmen des Strukturwandels in der Lausitz neue, innovative und tragfähige Modelle für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung zu erarbeiten und zu erproben. Zielstellung ist dabei die Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung, auch in ländlich geprägten, peripheren Räumen. Die Ausrichtung des Medizinstudiengangs ist dahin gehend zu gestalten, dass über das gesamte Studium hinweg bei passenden Lerninhalten gemeinsam mit Studierenden und Auszubildenden anderer Gesundheitsberufe der BTU Cottbus Senftenberg (z. B. Pflegewissenschaften, Hebammenwissenschaften, Medizininformatik) sowie der Medizinischen Schule des Carl-Thiem-Klinikums (z. B. Pflegefachpersonen, Physiotherapeut:innen, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen) ausgebildet wird. Dies entspricht der zunehmenden beruflichen Realität in sogenannten multiprofessionellen Teams. Eine gezielte Zusammenarbeit von IUC und BTU mit den Kommunen, Vertreter:innen der Berufsgruppen, der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Krankenhausgesellschaft, Kostenträgern, Ärzt:innen und sonstigen Leistungserbringenden im Gesundheitswesen sollte dazu beitragen, die hier hochschulisch Ausgebildeten in der Lausitz durch konkrete Beschäftigungsperspektiven zu binden, die Verpflichtung im Rahmen von Stipendien sinnvoll zu eruieren und somit einen Mehrwert in der ambulanten und stationären Versorgung sowie in den Verwaltungsstrukturen des ÖGD bzw. der Kommunen zu schaffen. Ein Fokus der zukünftigen Forschung am IUC sollte auf der einfachen Anwendbarkeit von neuen Technologien, der Integration in den Alltag und den aktuellen Bedarfen der Nutzer:innen (d. h. Patient:innen, Ärzt:innen, nichtärztlichen Gesundheitsberufen usw.) liegen. Die zukünftigen Anwender:innen sind bei der Entwicklung zu beteiligen, um das Potenzial der Digitalisierung und Ambulantisierung optimal auszuschöpfen. <<

von: Dipl.-Betriebsw. (EBW)
Lutz O. Freiberg[1]

1: Geschäftsführer der ARGE „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ – IGiB GbR in Potsdam

Infobox: IGiB GbR

Die IGiB GbR (Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg) hat sich die Sicherung der medizinischen Versorgung insbesondere für die ländlichen Regionen Brandenburgs zum Ziel gesetzt. Diese bundesweit einmalige Arbeitsgemeinschaft von Kassenärztlicher Vereinigung Brandenburg, AOK Nordost und IKK Brandenburg und Berlin bringt seit über zehn Jahren Expert:innen und Entscheider:innen zusammen. (www.gesundeideenfürbrandenburg.de)
Das von der IGiB zum Thema erstellte Thesenpapier finden Sie auf der IGiB-Website unter http://www.gesundeideenfürbrandenburg.de/projekte/saw/

Die Geschäftsführung der IGiB bedankt sich bei den Mitarbeitenden der Arbeitsgruppe „Interprofessionalität“, insbesondere federführend bei Frau Julia Lucas (AOK Nordost) und Frau Rebecca Pasternak (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg) als Projektleitung.

Dem Gesellschaftszweck der IGiB GbR folgend wird eine aktive Mitgestaltung des IUC und der universitären Ausbildung in den nächsten Jahren angestrebt. Hierfür werden Konzepte und Lösungsansätze entwickelt und Expert:innen miteinander vernetzt, die für Konzepte, Evaluation und Etablierung gewonnen werden können. Ein Fokus des Projektes „S@AW – Stärkung des ambulanten Bereichs in der (Facharzt) Aus- und Weiterbildung“ liegt folglich auf der Fortentwicklung interprofessioneller Inhalte und multiprofessioneller Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Berufen sowie der Attraktivität der Ausbildung medizinischer Berufe.

Literatur

1. Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg: Empfehlungen der Expertenkommission zu Eckpunkten und Schwerpunktsetzungen des IUC vom 28.06.2021, Empfehlungen der Expertenkommission zu Eckpunkten und Schwerpunktsetzungen des Innovationszentrums Universitätsmedi-zin Cottbus (brandenburg.de)
2. Bundesärztekammer (2023): Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ NäPA_Curriculum_3.Auflage_2023_fin (bundesaerztekammer.de)
3. agneszwei | Gesunde Ideen für Brandenburg (xn--gesundeideenfrbrandenburg-rwc.de) (Zugriff 15.12.2023)
4. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK (2020): Advanced Practice Nursing Positionspapier-DBfK_Advanced-Practice-Nursing_2020-06.pdf
5. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK (2018): Community Health Nursing in Deutschland Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf (dbfk.de)
6. Bundesgesundheitsministerium: Referentenentwurf zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung (15.06.2023): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit – Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung (bundesgesundheitsministerium.de)
7. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und FDP: Mehr Fortschritt wagen, (Pflege und Gesundheit, Seite 80). Koalitionsvertrag (bundesregierung.de)
8. Physician Assistant (PA) | KVWL (Zugriff am 15.12.2023)
9. Studium für VERAH (hausaerzteverband.de) (Zugriff am 15.12.2023)
10. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023): Resilienz im Gesundheitswesen Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf (svr-gesundheit.de)
11. INVEST Billstedt/Horn – Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen – G-BA Innovationsfonds (Zugriff 15.12.2023)
12. IGiB-StimMT – Strukturmigration im Mittelbereich Templin – G-BA Innovationsfonds (Zugriff 15.12.2023)