

Interprofessionalität in der gesundheitlichen Versorgung

1. Definition

Interprofessionalität im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung wird definiert als koordinierte Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen, welche gemeinsam ein so genanntes Knotenpunkt-Team bilden. Voraussetzung für einen optimalen Einsatz dieser gebündelten Kompetenzen ist ein gegenseitiges Verständnis füreinander bei gleichzeitiger klarer Zuordnung der Zuständigkeiten.

So entstehen Synergieeffekte, die Bündelung verschiedener Perspektiven sowie eine aus der Kooperation folgende Kompetenzerweiterung.

Das oben definierte Knotenpunkt-Team, also das Kernteam aus Professionellen (in einem Gesundheits- oder Sozialberuf Ausgebildeten), wird ergänzt/erweitert durch ein so genanntes Gesundheitsteam, in dem Ehrenamt und Selbsthilfe verortet sind.

2. Bedeutung für die Versorgung

Warum brauchen wir die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in der gesundheitlichen Versorgung? Diese Frage lässt sich aus Sicht der Patienten, aus Sicht der (am Netzwerk teilnehmenden) Ärzte sowie aus gesellschaftlicher Perspektive beantworten. Eine weitere, sehr bedeutsame Perspektive ist die einer ausreichenden Attraktivität der Berufsbilder, um in der Zukunft genügend interessierte Mitarbeiter*innen für die Gesundheitsberufe zu gewinnen und zu halten. Die besondere Relevanz von Interprofessionalität kann untermauert werden mit Passagen aus existenten Positionspapieren (Gutachten des SVR u.ä.).

Die Frage der Wirksamkeit bzw. Sinnhaftigkeit der Interprofessionalität kann nicht allumfassend beantwortet werden, sondern nur differenziert je nach Perspektive der Fragestellung!

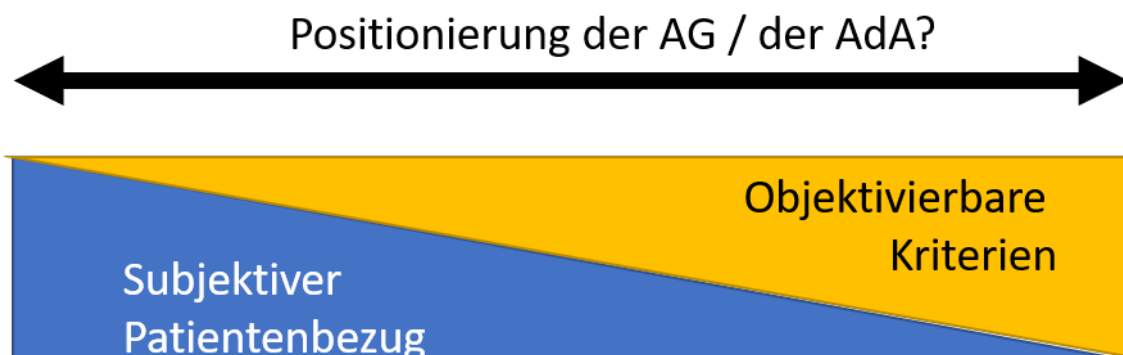
Alleinige Argumentation aus **subjektiver Versorgungssicht/ Patientensicht/ Versorgersicht** würde die Frage der Sinnhaftigkeit einengen und sehr subjektive Antworten geben wie:

- Dann, wenn es nötig ist.
- Dann, wenn der Patient es wünscht.
- Dann, wenn der Patient hilfsbedürftig ist und sich nicht selbst sein interprofessionelles Team aus Einzelplayern zusammenstellen kann.
- Dann, wenn der Arzt/Therapeut es so einschätzt.
- Immer, wenn es ein Gesundheitsproblem gibt, bei dem mehrere Akteure involviert sind.

Eine objektivierbare Argumentation aus Sicht von Kostenträgern, Politik, Verbänden, etc. erfordert **objektivierbare Kriterien**, wie:

- Anzahl und Art der Akut und/oder Dauerdiagnosen
- Bestimmtes Diagnosespektrum (z.B. Demenz, geriatrische Diagnosen)
- Altersgrenze der Patienten
- Leistungsanspruchnahme/Kostenstruktur
- Grad der Funktionseinschränkung

In der Positionierung der AG bzw. der AdA wird ein Punkt zwischen den beiden Extrema definiert werden müssen, der sowohl die Versorgungssicht berücksichtigt als auch den Kosten- und Entscheidungsträgern eine Einschätzung anhand objektivierbarer Kriterien ermöglicht. Nur so kann eine versorgungsorientierte Interprofessionalität auch in der Realität umgesetzt werden:



Notwendige weitere Schritte:

- a. Definition von Fallbeispielen/settings mit möglichst großen positiven Ergebniserwartungen durch den Einsatz interprofessioneller Teams
- b. Definition der Ergebniserwartungen (monetär, gesamtgesellschaftlich, individuell, Wohlbefinden, etc.)
- c. Definition von (wenigen) objektivierbaren Kriterien
- d. Herstellung kausaler Zusammenhänge zwischen ex post Ergebnissen und ex ante Kriterien
- e. Definition individuell notwendiger Freiheitsgrade jenseits der Punkte a-d

3. Inhalte und Zielbild der interprofessionellen Versorgung

Dimensionen

Die interprofessionelle Versorgung umfasst eine Koordinierungsinstanz (Care und Case Management) und die Integration mehrerer Berufsgruppen ergänzt um niedrigschwellige Angebote (z.B. Ehrenamt). In einer Zusammenarbeit auf Augenhöhe decken diese mit Monitoring, Begleitung und Supervision den gesamten Prozess ab, wobei der Fokus auf der Unterstützung der Patientensouveränität und dem Erhalt der Selbstständigkeit des Patienten liegt. Insbesondere Arztnetze sind für die Organisation dieser koordinierten Netzwerke prädestiniert.

Herausforderungen

Die Zusammenarbeit in einem interprofessionellen Netzwerk birgt neben Chancen auch Herausforderungen. Über diese sollte ein Gespräch angestoßen werden, in dem unterschiedliche Sichtweisen dargelegt und eingeordnet werden können. Mögliche Herausforderungen der Interprofessionalität können unter anderem sein:

- Ein Zuviel an „Kümmern“ könnte zu einem Autonomieverlust bei Patienten führen
- Die Themen „Haltung“ und „Akzeptanz“ innerhalb der „Professionellen“ bzw. des Knotenpunkt-Teams
- Finanzielle Fehlanreize
- Rechtliche Aspekte
- Abgrenzung zur Substitution
- Etablieren einer gerechten Vergütungssystematik
- Regionale Adaption bei strukturellen Unterschieden
- Entwicklungsreife - Professionalisierung

Lösungsansätze

Mit geeigneten Rahmenbedingungen, zielorientierten Qualitätskriterien sowie einem interdisziplinären Qualitätszirkel kann den oben genannten Herausforderungen begegnet werden. Auch die jeweiligen Ausbildungscurricula sollten um den Aspekt der interprofessionellen Zusammenarbeit ergänzt werden.

4. Die wichtige Funktion der Koordination

Das Gesundheitsteam wird koordiniert von einem Care und Case Manager (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger o. MFA mit entsprechender Weiterbildung). Die dieser Position zufallenden Aufgaben orientieren sich am Case Management Regelkreis (siehe Grafik) und beinhalten:

1. Analyse der Versorgungssituation
2. Teamzusammenstellung

3. Koordination und Organisation
4. Steuerung
5. Controlling

In der weiteren Entwicklung ist zu klären, für welche Patientengruppen eine solche Koordination in Frage kommt, ob sie Teil der Regelversorgung ist und wie ein tragfähiges Finanzierungskonzept aussehen kann.

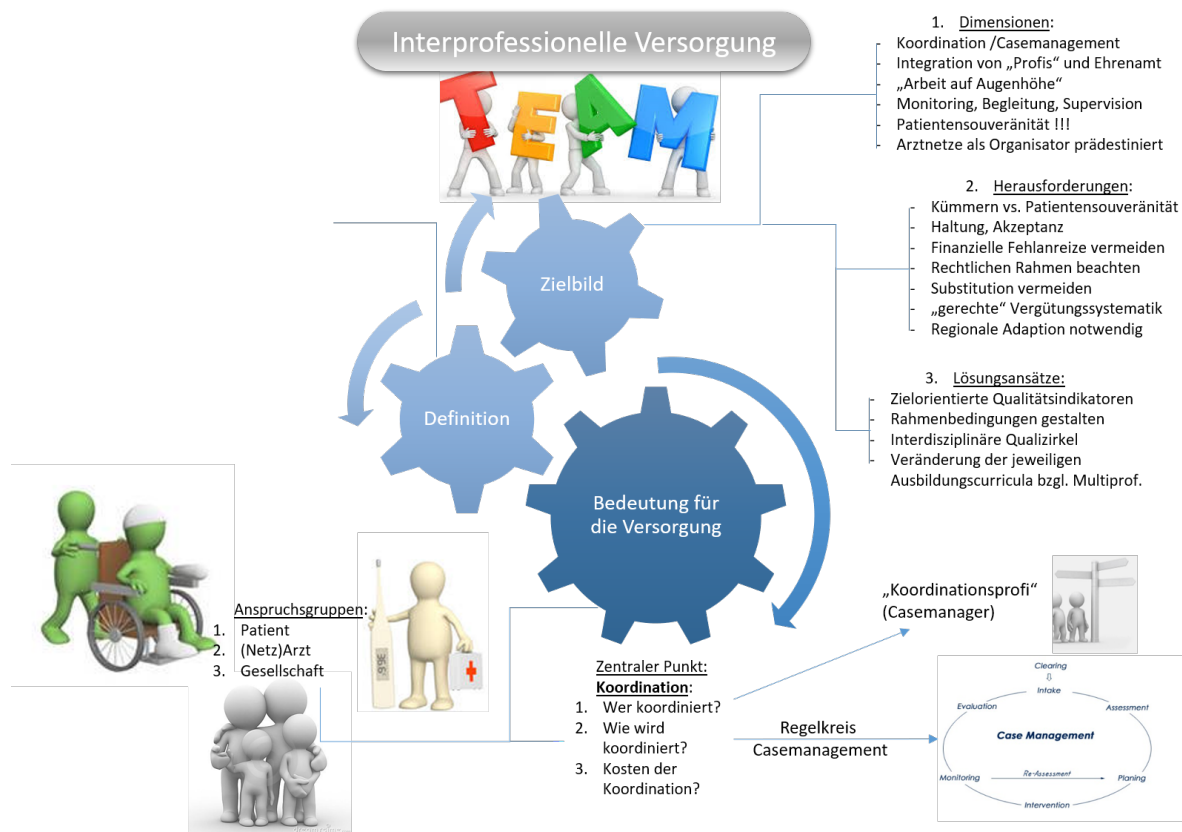


Abbildung 1: Interprofessionelle Versorgung, eigene Darstellung

5. Herausforderungen auf dem Weg zu einer interprofessionellen Versorgung

Ausgangssituation

In allen Hausarztpraxen gibt es vereinzelt Patienten, die einen erhöhten Versorgungsbedarf aufweisen – oft über die Grenzen der Sozialgesetzbücher hinaus. Die Versorgung dieser Patienten durch Praxen, Krankenkassen, (Sozial-)Behörden etc. erfolgt derzeit unkoordiniert und somit oft unzureichend. Aufgrund eines hohen zeitlichen Aufwands und der abnehmenden Zahl an Hausarztpraxen ist mit einer zunehmenden Unter- bzw. Fehlversorgung zu rechnen.

Begegnung der Herausforderungen: Der Case Manager

Für diese Situation muss bei den Stakeholdern Bewusstsein und Aufmerksamkeit geschaffen und ein Lösungsansatz präsentiert werden. Dieser könnte in einem Case Manager liegen, welcher, beauftragt durch den Hausarzt, den Patienten aufsucht und dessen individuellen Bedarf erhebt. Er koordiniert zudem professionelle und ehrenamtliche Helfer (=Gesundheitsteam) und überprüft regelmäßig den Fortschritt.

Rahmenbedingungen

Damit die Implementierung eines Case Managers und der damit verbundenen koordinierten Versorgungsstrukturen Aussicht auf Erfolg hat, müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt werden.

Zunächst gilt es, das Berufsbild des Case Managers zu definieren und die curricularen Inhalte zum Erwerb von Kompetenzen im Gesundheits- und Sozialwesen in die entsprechende Ausbildung zu integrieren. Für die Position des Case Managers kämen z.B. Krankenpflegekräfte oder MFAs mit aufgabenorientierter Zusatzausbildung in Frage.

- Auf Bundesebene müssen die notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden.
- Auch die Finanzierung ist vorab zu klären. Diese könnte analog zur Palliativversorgung (z.B. der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung oder der in Westfalen-Lippe regional verankerten Palliativversorgung) erfolgen – ein Bereich, in dem bereits heute übergeordnetes Koordinationsteam einzelne Patienten aus verschiedenen Praxen betreut.

Ökonomisches Modell

Die Finanzierung von Teams in der Interprofessionellen Versorgung erfordert heute ein extrem komplexes „Anzapfen“ von verschiedenen Finanzierungstöpfen, die z.T. auch noch zusätzlich erschwerend in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern verankert sind. Der damit verbundene administrative Aufwand ist ein entscheidender Hindernisfaktor für interprofessionelles Arbeiten. Vernetztes Arbeiten über die Grenzen dieser Töpfe hinweg wird zwar von allen Akteuren sowie von Politik und Gesellschaft gewünscht, an der Finanzierung scheitern bisher jedoch viele Ansätze.

6. Optionen und ein Blick über die Grenzen

Als klassisches Modell nach heutigem Recht könnte man unter einem gemeinsamen Dach ein Nebeneinander von Praxen und unterschiedlichen Firmen arrangieren, die jeweils separat abrechnen aber inhaltlich kooperieren. Dies ist mit dem oben bereits angedeuteten administrativen Aufwand belastet. Erschwerend kommt hinzu, dass die jeweiligen Anreize der unterschiedlichen Finanzierungslogiken meist nicht kooperationsförderlich sind und zusätzlich durch das Antikorruptionsgesetz Kooperationen unter den Verdacht der gegenseitigen Zuweisung gestellt werden.

Mit der Ermöglichung der Sonderhonorierung von Arztpraxen für den Einsatz sog. „Nichtärztlicher Praxisassistenten – NÄPA“ und analogen Lösungen, besteht zumindest die Möglichkeit, unter der Leitung eines Arztes gewisse Leistungen an besonders qualifizierte Medizinische Fachangestellten zu delegieren. Komplexere Case Management-Leistungen, etwa Pflegeberatung etc., auch durch Sozialarbeiter oder andere Berufsgruppen sind damit aber nicht abzurechnen.

Eine Alternative könnte das System über mehrere Heilberufe hinweg gebündelter Komplexpauschalen darstellen. In den Niederlanden wird der Ansatz einer „Team-Komplexpauschale“ (bundled payment system) in verschiedenen Indikationen, so u.a. Diabetes und Geburtshilfe erprobt. So erhalten z.B. bei der „integrated birth care“ Hebammen und Gynäkologen ein gemeinsames Budget für die geburtshilfliche Betreuung. Dies setzt die Gründung von Versorgungseinrichtungen oder sog. „Zorg Groeps“ voraus, die dann ihrerseits Abrechnung und Versorgung organisieren. Die bisher verfügbaren Evaluationen bei Diabetes kommen zu uneinheitlichen Ergebnissen, für die Geburtshilfe ist die Evaluation noch nicht abgeschlossen. Für Deutschland existiert etwas ähnliches mit der „Speziellen ambulanten Palliativversorgung SAPV“ und deren Komplexhonorierung.

Möglichkeiten und Grenzen der Finanzierung

Team-Budgets bieten die Möglichkeit von Kostensenkungen, da die Versorgung selbst ohne Brüche und ressourcenschonend stattfindet und Leistungen bzw. die Finanzierung der Einzelleistungen nicht „nebeneinander“ existieren. Hier liegen gleichzeitig auch die größten Missbrauchsprobleme verankert. Bekommt der Patient auch die Leistung, die notwendig ist? Oder wird zugunsten von Kosteneinsparungen eine Leistung vorenthalten?

Eine Herausforderung ist weiterhin, dass die bisherigen Finanzierungssystematiken der Regelversorgung kein vernetztes Arbeiten in Teams vorsehen (EBM, DRG-System etc.)

Vision - Idee

Die Finanzierung von interprofessioneller Versorgung in Teams sollte aus Sicht der Verfasser über eine Team-Komplex-Pauschale erfolgen. Diese müsste sich aus den verschiedenen Finanzierungstöpfen zusammensetzen und gleichzeitig gekoppelt sein an „Erfolgsräume“ (Outcome). Sollten sich im Nachgang Effizienzsteigerungen durch die Versorgung herausstellen, so sind Bonuszahlungen möglich.

In kleineren Bereichen/Regionen gibt es seit einigen Jahren bereits Projekte/Modelle, die in vernetzten Strukturen Patienten/Menschen versorgen. Die Finanzierung erfolgt i.d.R. über AdA e.V. AG Interprofessionelles Arbeiten in der Versorgung

Selektivverträge (§140 SGB V o.ä.). Ein Beispiel ist das Finanzierungskonstrukt des regionalen Gesundheitsunternehmens „Gesundes Kinzigtal GmbH“. Über einen Vertrag mit zwei Krankenkassen ist dieses frei, Sozialarbeiter, Case Manager etc. anzustellen und zugunsten der Patienten arbeiten zu lassen. Falls diese Arbeit ein positives Outcome bei den Patienten generiert und sich dieses in verringerten Kosten bei den Krankenkassen niederschlägt, erhält die Gesellschaft einen Anteil an deren Erfolg.

Häufig entsteht aus einer erfolgreichen interprofessionellen Versorgung nicht nur ein Nutzen bei den Patienten und bei den Krankenkassen sondern auch bei anderen Sozialleistungsträgern und auch bei den Kommunen, z.B. in Form verminderter Sozialhilfeaufwendungen oder Zuschüsse zu Suchtberatungsstellen bzw. Wiedereingliederungsmaßnahmen. Insofern sollte immer überlegt werden, wie auch der dort entstehende Nutzen in die Finanzierung einbezogen werden kann.

Bereits im Vorfeld müssen Bedenken bezüglich der Arztsubstitution ausgeräumt und die Vorteile einer Zeitersparnis und Versorgungssicherheit des Patienten herausgestellt werden.

Eine gute Kommunikation unter den Beteiligten ist essentiell. Gerade bei vielen Beteiligten bietet sich hierfür eine digitale Akte an, auf die idealerweise auch der Patient Zugriff hat. Eine Erprobung, z.B. im Rahmen von Pilotprojekten in Praxisnetzen, ist sinnvoll.

7. Interprofessionalität und Digitalisierung

Rollenveränderungen

Die voranschreitende Digitalisierung aller Lebensbereiche und Branchen wird auch im Gesundheitswesen zu einer erheblichen Veränderung der professionellen Rollen und der damit verknüpften Zuschreibungen führen. Die nennenswerteste Veränderung erfährt dabei die Rolle des Patienten:

Die Miniaturisierung in Folge der Digitalisierung eröffnet zahlreiche neue Möglichkeiten in der Medizintechnik. Zunehmend werden Patienten selbst zum Besitzer ihrer Daten – auf ihren Smartphones und den zahlreichen kompatiblen Devices. Im Zuge dieser Entwicklung werden Ärzte und weitere Berufsgruppen des Gesundheitswesens zu Interpreten der vom Patienten mitgebrachten Daten – sofern jener Patient sich die gesuchte Interpretation nicht gar selbst beschafft, durch den Upload seiner Daten und die Auswertung dieser durch (z.B. von Google, Apple oder Amazon bereitgestellte) Bots und Algorithmen. Ein zusätzlicher Schub entsteht durch die verordnungsfähigen DiGAs.

Neue Professionen

Neue Professionen werden sich im Gesundheitswesen entwickeln. Die Physician Assistants werden stark zunehmen und ihrerseits Spezialisierungen entwickeln. Auf IT spezialisierte Praxismitarbeiter und PAs werden notwendig, die die Verknüpfung der vielfältigen Datenquellen meistern können müssen. Denn auch die Ansprüche der Patienten in Hinblick auf digitale Datenverarbeitung werden steigen. Patienten werden nicht nur ihre Daten mit in die Praxis bringen, sie werden diese auch ohne einen Besuch der Arztpraxis dorthin übertragen wollen und es als selbstverständlich ansehen, die neuesten in der Praxis erhobenen Daten und Befunde elektronisch gesendet zu bekommen.

Die Digitalisierung betrifft alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens

Ärzte

Je einfacher die auszuführende ärztliche Tätigkeit, desto eher kann diese in Zukunft von einer Technologie übernommen werden – und umgekehrt: Für komplexe, „hochwertige“ Tätigkeiten werden auch weiterhin Personen benötigt.

Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten

Online-Programme werden es dem Patienten ermöglichen, einfache Übungsteile selbst nachzuverfolgen und durchzuführen. Gamification wird diesen Prozess vielleicht sogar interessanter und besser machen, als der persönliche Kontakt. Diese Entwicklung wird jedoch wiederum neue Fragen hervorbringen, für deren Beantwortung es neue Berater und Trainer braucht.

Klassische Schulungsberater

Auch auf Beratungsthemen wie Asthmaschulung, Herzinsuffizienzüberwachung, Diabetesberatung etc. wird sich die Digitalisierung auswirken. APPs mit Schulungsalgorithmen und durch künstliche Intelligenz unterstützte Sprachsteuerungsroboter (z.B. „Alexa“ von Amazon) werden entweder Schulungen zum Teil ersetzen können oder im Nachgang zu face-to-face Schulungen zur Vertiefung eingesetzt werden.

Psychologen

Bereits heute existieren Online-Trainings. Diese funktionieren zum Teil mit zusätzlicher persönlicher Interaktion, zum Teil aber auch gänzlich als Algorithmus.

Krankenpflege

Viel gesprochen wird über die „berüchtigten“ japanischen Pflegeroboter. Diese Technologie steckt noch in den Anfängen, aber die Industrie setzt auf diesen Trend und investiert enorme Summen.

Strukturveränderung im Gesundheitswesen

Die Entwicklungen legen nahe, dass einfache und sich wiederholende Tätigkeiten zunehmend unter Nutzung digitaler Lösungen erbracht werden, während komplexere Anforderungen von darauf spezialisierten Professionen gelöst werden. Für die Zukunft des Gesundheitswesens bedeutet dies, dass sich neue Teams in neuen Konstellationen zusammenfinden werden – ergänzt um IT-Anwender, Spezialisten, Datenschützer etc.. All diese Entwicklungen zusammengenommen üben Druck aus, größere Zusammenschlüsse zu bilden – entweder in der Form von Groß- und Kettenpraxen oder in Form von interdisziplinären, überörtlichen Zusammenschlüssen von Gesundheitsunternehmen und Netzwerken mit jeweils eigenen Geschäftsstellen, in denen dann jene beschriebenen spezialisierten Mitarbeiter zusammenarbeiten.

Dystopie oder Utopie?

Diese Entwicklung muss – trotz aufkeimender Fragen der Datensicherheit – nicht in einer Dystopie enden, sondern kann auch eine positive Richtung einnehmen und in einer Utopie münden. Denn es ist anzunehmen, dass die Knappheit des Arbeitsmarktes diese Prozesse erheblich befördern wird – und dass daraus später eine Situation erwächst, in der wir mit dem knappen vorhandenen Personal im Gesundheitswesen auskommen und sich möglicherweise sogar eine bessere Versorgungsqualität einstellt.

8. Beitrag leisten: Empfehlungen und Haltung zur neuen Zusammenarbeit

Unter der Patientenperspektive ist ein interprofessionelles Arbeiten in der gesundheitlichen Versorgung sinnvoll und erwünscht. Dem Patienten und auch dem an Prävention und Gesundheit interessierten Menschen liegt an einem umfassenden Konzept, welches möglichst alle Leistungserbringer im Bereich Gesundheit, welche im Sinne des Patienten tätig sind, erfasst. Die für die Entwicklung der Interprofessionalität notwendige Haltungsänderung ist nur dann möglich, wenn die Leistungserbringer sich von einer anbieterorientierten hin zu einer patientenorientierten Sichtweise entwickeln.

Innere Haltungsänderung und Entwicklung

In der jetzigen Situation können ökonomische Zwänge eine oberflächliche Zusammenarbeit initiieren, die jedoch nur projektbezogen und ohne Nachhaltigkeit erfolgt. Möchte man einen nachhaltigen interprofessionellen Ansatz verfolgen, bedarf es einer Neuausrichtung der Einstellung zu anderen Professionen. Es braucht die Bereitschaft aller Beteiligten zu einer neuen Kultur der Zusammenarbeit, welche die existenten Hemmnisse in den juristischen Rahmenbedingungen, den Qualifikationsstrukturen und dem berufsständischen Denken aufzeigt und deren Beseitigung einfordert. Unter Interprofessionalität verstehen wir hier die konstruktive Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe.

In unserem sektorierten Gesundheitswesen gibt es bislang niemanden, der für den Aufbau, die Steuerung und den Erhalt einer solchen Zusammenarbeit verantwortlich ist. Hieraus ergibt sich für Arztnetze, die sich als Plattform aller Versorger einer regionalen Gesundheitsversorgung verstehen, eine gute Chance, die Rolle dieses strukturellen Knüpfungspunktes einzunehmen.

Eines der Ziele muss es sein, die interprofessionelle Versorgung als selbstverständlich für jeden einzelnen Akteur zu implementieren.

Die Leitung der interdisziplinären Teams sollte in Abhängigkeit von Qualifikation und nicht nach Status eingerichtet werden. Im Team selbst sind flache Organisationsstrukturen anstelle einer streng hierarchischen Struktur zu etablieren, beteiligte Ärzte handeln dabei weisungsfrei. Der notwendige Teambildungsprozess wird durch regelmäßige und standardisierte Fallbesprechungen gefördert. Regelmäßige Fortbildungen, extern und im Team, sind ebenso förderlich.

Im Idealfall sind sich alle Beteiligten der Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Versorgung bewusst. Die interprofessionelle Versorgung ist durch ein gesichertes Qualitätsmanagement zu begleiten.

Externe Rahmenbedingungen

Im Berufsrecht aller Gesundheitsberufe sind Vorgaben für eine interdisziplinäre Kooperation festzulegen. Im Sozialrecht muss die eigenständige Leistungserbringung verschiedener Gesundheitsberufe über den Leistungserbringerstatus ermöglicht werden. Ebenso müssen haftungsrechtliche Konditionen angepasst werden.