

Gemeinsam berufsübergreifend handeln – wie intersektorale Versorgung das Gesundheitssystem fit für die Zukunft machen kann

2. Facharbeitsgruppenbericht „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft“

**GVG Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.,
Berlin, März 2022**

An dem Bericht haben mitgewirkt:

Dr. Sibylle Angele, compass private pflegeberatung GmbH
Antonia Arnhardt, PHV – Der Dialysepartner Patienten-Heimversorgung Gemeinnützige
Stiftung
Anouchka Ballast, GKV-Spitzenverband KdÖR
Andreas Besche, PKV Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
Oliver Blatt, Verband der Ersatzkassen e.V.
Werner Bischoff, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See KdÖR
Juliane Bohl, Hausengel Holding AG
Uwe Eisner, Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.
Manfred Gold, DHV-Die Berufsgewerkschaft e.V.
Dr. Ulrich Grau, D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mdB
Isabell Halletz, Arbeitgeberverband Pflege e.V.
Alexandra Hagen-Freusberg (bis August 2021), dbb beamtenbund und tarifunion
Jana Hagel (ab August 2021), dbb beamtenbund und tarifunion
Vera Knieps, Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
Daniel Konieczny, Debeka
Ulrich Langenberg (bis März 2021), Ärztekammer Nordrhein KdÖR
Dominik Naumann, BDA Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.
Dr. Peter Pick, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
Melanie Spitzenberger, Zeitreicher GmbH
Antonia Walch, Bundesverband Deutscher Privatkliniken

Kontakt und Koordination: Marcel Holick (bis 15.9.2021); ab 15.9.2021: Jürgen Dolle, GVG-
Geschäftsstelle; j.dolle@gvg.org

Vorwort

Den Menschen in Deutschland steht ein umfangreiches und professionelles System von Versorgungsangeboten im Gesundheits- und Sozialsystem zur Verfügung. Gleichzeitig aber steht das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem in den nächsten Jahren vor gewaltigen Herausforderungen. Die demografische Entwicklung, Multimorbidität, der medizinische Fortschritt, die Digitalisierung und Veränderungen in der regionalen Verteilung von Patient*innen und medizinischen Versorgungsangeboten sind hier wichtige Stichworte. Zudem steigen die Gesundheitsausgaben stetig. Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter fortsetzen.

In einer älter werdenden Gesellschaft gewinnt die medizinische Versorgung älterer Menschen und chronisch Kranker weiter an Bedeutung. Auch die Versorgung im ländlichen Raum wird uns vor Herausforderungen stellen. Dazu braucht es neben gewaltigen finanziellen Anstrengungen auch strukturelle Anpassungen.

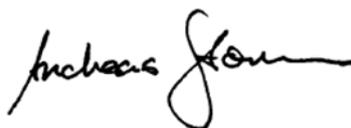
Insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung kann daher eine gelebte Kooperation zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, auch unter Nutzung digitaler Möglichkeiten, möglicherweise eine zentrale Grundlage bieten, eine angemessene medizinische Versorgung im urbanen, vor allem aber im ländlichen Raum zu gewährleisten. Mehr noch: Sie ist für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, die Patient*innen in den Mittelpunkt stellt, entscheidend.

Grundvoraussetzung für eine solche patientenzentrierte Versorgung durch interprofessionelle Behandlungsteams ist eine gut strukturierte Koordination und Integration der sozial- und fachmedizinischen sowie pflegerischen Patientenangelegenheiten. Die interprofessionelle Zusammenarbeit liefert einen wichtigen Beitrag für die Neuausrichtung von Versorgungsmodellen sowie die Ermächtigung und Einbeziehung von Patient*innen. Durch welche Ansätze dies gelingen kann und welche Gelingens- sowie Hemmnisfaktoren zur interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit beitragen bzw. diese erschweren, soll im Rahmen des vorliegenden Berichts veranschaulicht werden.

Aktuelle Bestätigung erfahren die Aussagen, die im Bericht der Facharbeitsgruppe formuliert sind, durch den Koalitionsvertrag der künftigen Bundesregierung, der am 24. November 2021 in Berlin vorgestellt wurde. Hierin wird der sektorenübergreifenden Versorgung eine Schlüsselrolle für zukunftsichere, bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung eingeräumt und die Bedeutung der Stärkung und des Ausbaus passgenauer Strukturen vor Ort hervorgehoben. Jetzt geht es darum, konkret zu handeln.



Gundula Roßbach
Vorsitzende der GVG



Andreas Storm
Vorsitzender des Ständigen
Ausschusses Gesundheit
und Pflege



Dr. Sibylle Angele
Vorsitzende der GVG-Facharbeits-
gruppe „Versorgung in einer älter
werdenden Gesellschaft“

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	S. 4
Vorbemerkung	S. 6
1. Interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit	S. 7
2. Gelingens- und Hemmnisfaktoren für interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit	S. 8
a. Gelingensfaktoren	S. 8
b. Hemmnisfaktoren	S. 10
3. Grundsätzliche Feststellungen und Handlungsempfehlungen	S. 13
ANHANG Praxisbeispiele: gelungene interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit	S. 15
a. ambulanter Sektor	S. 15
b. stationärer Sektor	S. 16
c. Exkurs: internationale Beispiele für erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit und Delegation im ländlichen Raum	S. 18

Zusammenfassung

Die Facharbeitsgruppe „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft“ der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) wurde vom Ständigen Ausschuss „Gesundheit und Pflege“ der GVG gegründet und konstituierte sich am 28. November 2017. Im Kern beschäftigt sich die Facharbeitsgruppe damit, Rahmenbedingungen und Handlungsempfehlungen zu formulieren, die es älteren Menschen ermöglichen, ein selbstbestimmtes Leben im heimischen Umfeld zu führen. Oder anders formuliert: Wie können Autonomie und Lebensqualität in einer älter werdenden Gesellschaft aus der Sicht älterer Menschen und ihrer Angehörigen angemessen sichergestellt werden?

Im Jahr 2020 legten die Mitglieder der Facharbeitsgruppe ihren ersten Bericht vor. In ihrer Analyse stellten sie unter anderem fest, dass Kommunen im ländlichen Raum zunehmend mit einer „Mangelsituation“ konfrontiert sind. So fehle es beispielsweise an Geschäften des täglichen Bedarfs, Banken, Mobilitätsangeboten oder Wohnraum. Einige Kommunen, so das Fazit, würden daher umfangreiche Investitionen in die Infrastruktur tätigen, um die Daseinsvorsorge für die Menschen vor Ort aufrechtzuerhalten. Damit diese Investitionen zielgerichtet und erfolgreich sind, sei es zwingend erforderlich, die „Bedarfe im Sozialraum“ präzise zu planen sowie Aufgaben zu priorisieren. Eine Empfehlung der Facharbeitsgruppe ist deshalb auch, erfolgreiche Projekte der Daseinsvorsorge, in denen Kommunen über eine Priorisierung von Bedürfnissen eine Verbesserung der Versorgung erreichen, auf einer oder mehreren Plattformen anderen interessierten Akteuren zur Nachahmung zur Verfügung zu stellen. Der jetzt – im vierten Quartal 2021 – vorliegende Zwischenbericht der Facharbeitsgruppe befasst sich mit dem Thema „Gemeinsam berufsübergreifend handeln – wie intersektorale Versorgung das Gesundheitssystem fit für die Zukunft machen kann“. Die Ergebnisse basieren auf internen Diskussionen und den Impulsen von Referentinnen und Referenten aus der Praxis.

Der medizinischen und pflegerischen Versorgung – ein Kernelement der Daseinsvorsorge vor Ort – kommt in einer älter werdenden Gesellschaft sowohl im urbanen als auch im ländlichen Raum zunehmend eine Schlüsselrolle zu. Sie muss effizient, bedarfsgerecht und zukunftsfit gestaltet werden. In diesem Zusammenhang fordern zahlreiche namhafte Fachleute seit Jahren mehr sektoren- und professionsübergreifende Zusammenarbeit. Die demographische Entwicklung, Multimorbidität, der medizinische Fortschritt, die Digitalisierung sowie regionale Besonderheiten – all das muss in die Suche nach belastbaren Antworten und Konzepten einfließen. Derzeit erfolgt die Versorgung im Gesundheitssystem überwiegend im Modus der Multiprofessionalität: Die verschiedenen Berufsgruppen arbeiten parallel, wenig oder gar nicht verzahnt. Und genau hier gilt es anzusetzen.

Um das strategische Ziel einer sektoren- und professionsübergreifenden Versorgung sowie hierfür notwendige operative Schritte zu beschreiben, hat die Facharbeitsgruppe Gelingens- und Hemmnisfaktoren identifiziert und Handlungsempfehlungen formuliert: So komme der Kooperation zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen – digital unterstützt – eine zentrale Bedeutung zu. Offen wird für die Zusammenarbeit interprofessioneller Teams geworben, da diese deutlich produktiver und engagierter seien. So soll erreicht werden, dass die diversen Professionen ihre Potenziale besser ausschöpfen und ihre Kompetenzen gezielter einsetzen können. An dieser Stelle könne die Delegation definierter Aufgaben an nichtärztliche Berufsgruppen ärztliche Ressourcen entlasten. Grundvoraussetzung für diese interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit sei unter anderem die verbindliche, eindeutig definierte, rechtskonforme Regelung der (Übertragung von) Kompetenzen ärztlicher wie nichtärztlicher Professionen und die damit verbundene Akzeptanz der Delegation bzw. Substitution. Gleichzeitig sei erkennbar, dass der generelle Personalmangel im Gesundheitswesen, der hohe Abstimmungsaufwand zwischen den einzelnen Professionen, das weitgehend noch vorherrschende Rollenbild des Arztberufs als Alleinentscheider und die auch in anderen Versorgungsbereichen herrschende Angst vor Verlust von Entscheidungskompetenzen einer professionsübergreifenden Kooperation aus Sicht der Akteure entgegenstehen. Selbstverständlich wirke sich dies auch auf die Ausbildung aus, die in Richtung einer interprofessionellen und intersektoralen Ausbildung weiterentwickelt werden müsse, um diese Herausforderung zu bewältigen. Daher ist zu begrüßen, dass die (neue) Pflegeausbildung mit den dahinter liegenden Curricula bereits in diese Richtung entwickelt wird. Auch wurden im Pflegeberufegesetz (PflBG) erstmals sogenannte Vorbehaltsaufgaben (§ 4 Abs. 2 PflBG) für die Pflege definiert, bei denen es sich nach allgemeiner Rechtsauffassung um Aufgaben handelt, die ausschließlich der Pflege zugeordnet werden. Die entsprechende Arbeitsgruppe der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK-AG) wird ihren Bericht dazu in Kürze an das ASMK-Plenum abgeben.

Vorbemerkung

Ziel der Facharbeitsgruppe „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft“ ist es, Rahmenbedingungen und Handlungsempfehlungen zu formulieren, die es älteren Menschen ermöglichen, ein selbstbestimmtes und möglichst selbstständiges Leben in der eigenen häuslichen Umgebung zu führen. Die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit zu erhalten, körperliche und geistige Erkrankungen zu vermeiden sowie Hilfe und Unterstützung im Bedarfsfall sind wesentliche Voraussetzungen, um dieses zentrale Versorgungsziel zu erreichen.

Der vorliegende Zwischenbericht der Facharbeitsgruppe knüpft an den bereits im Jahr 2020 veröffentlichten Bericht der Facharbeitsgruppe „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft“ der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) an, der die Versorgung im ländlichen Raum zum Schwerpunkt hatte. Im aktuellen Bericht werden die Ergebnisse der Facharbeitsgruppenarbeit zum zweiten Schwerpunktthema „interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit“ sowie die Resultate der GVG-Konferenz 2020¹ dokumentiert und berücksichtigt. Die vorliegenden Ergebnisse der Facharbeitsgruppe basieren auf internen Diskussionen und den Impulsen von Referenten*innen aus der Praxis.

Folgende Referent*innen haben Projekte in der Facharbeitsgruppe vorgestellt oder mit Beiträgen an der GVG-Konferenz 2020 teilgenommen. Ihnen gilt unser Dank für Ihre wertvollen Impulse:

- Dr. med Volker Eissing, MVZ Birkenallee Papenburg, am 05.03.2020 und am 26.11.2020
- Dr. Sebastian Bode, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin Universität Freiburg, am 19.06.2020
- Hannah Budde, Pathways Public Health, am 19.06.2020
- Jürgen Graf, AOK Baden-Württemberg, am 24.11.2020
- Dr. med. Stefan Kreisel, Evangelisches Klinikum Bethel (EvKB), am 24.11.2020
- Angela Nikelski, Evangelisches Klinikum Bethel (EvKB), am 24.11.2020
- Dr. Bernhard Gibis, Kassenärztliche Bundesvereinigung, am 26.11.2020
- Dr. Sonja Optendrenk, Bundesministerium für Gesundheit, am 26.11.2020
- Michael Weller, GKV-Spitzenverband, am 26.11.2020
- Christine Vogler, Deutscher Pflegerat e.V., am 26.11.2020 und am 25.08.2021
- Günter Hölling, Gesundheitsladen Bielefeld e.V., am 27.03.2021
- Nina Lauterbach-Dannenber, Kuratorium Deutsche Altershilfe gemeinnützige GmbH, am 25.08.2021

¹ GVG-Konferenz 26. November 2020 „Chancen und Potenziale eines interprofessionellen Gesundheitswesens für eine patientenzentrierte Versorgung“

Schwerpunkt des vorliegenden Berichtes ist die sektoren- und professionenübergreifende Versorgung – auch als intersektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit bezeichnet – als zentrale Voraussetzung für eine gesundheitliche und pflegerische Versorgung, die es älteren Menschen ermöglicht, ein selbstbestimmtes und möglichst selbstständiges Leben in der eigenen häuslichen Umgebung zu führen. Dabei werden aktuelle Ausgangsbedingungen und Herausforderungen für die Versorgung einer älter werdenden Gesellschaft betrachtet sowie Gelingens- und Hemmnisfaktoren für eine intersektorale und interprofessionelle Versorgung identifiziert. Die Ableitung dieser Erfolgs- und Hinderungsfaktoren basiert u. a. auf ausgewählten Fallbeispielen aus der Praxis vor Ort.

1. Interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit

Aktuell bestehen die Herausforderungen für eine gute Gesundheitsversorgung in einer älter werdenden Gesellschaft u. a. darin, dass – vor allem im ländlichen Raum – immer weniger Ärzte*innen eine zunehmende Zahl von Patient*innen versorgen müssen. Und auch die nicht-ärztliche Versorgung vor Ort steht vor Herausforderungen. Andererseits sind Versorgungswege im ländlichen Raum durch große Entfernungen gekennzeichnet. Patientinnen und Patienten müssen zunehmend längere Fahrzeiten für einen Arztbesuch in Kauf nehmen, da am Wohnort keine oder keine ausreichende medizinische Versorgung mehr vorhanden ist. Dadurch besteht die Gefahr, dass mittelfristig keine flächendeckende, wohnortnahe, dezentrale und hochwertige medizinische Versorgung mehr gegeben ist.

Darüber hinaus beeinflussen demografischer Wandel, Multimorbidität sowie die steigende Zahl chronischer Erkrankungen die Versorgung der älter werdenden Bevölkerung. Die große Herausforderung besteht hierbei darin, medizinisch hochwertige Versorgung – insbesondere auch im ländlichen Raum – effizient und bedarfsgerecht sicherzustellen und somit auch im Alter ein selbstbestimmtes, möglichst selbstständiges Leben in der eigenen häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Derzeit erfolgt die Versorgung überwiegend im Modus der Multiprofessionalität. Dabei ist die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitssystem durch eine parallele Arbeitsweise geprägt. Mit dem Ziel, eine hochwertige medizinische und patientenzentrierte Versorgung aufrecht zu erhalten, gibt es seit Jahren den Ruf nach mehr sektoren- und professionenübergreifender Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung. So fordert bspw. das Sachverständigenratsgutachten schon 2007 eine verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen, unter anderem auch, dass andere Heil- und Gesundheitsfachberufe stärker in die Versorgung einbezogen werden sollen. Auch die Konzentrierte Aktion Pflege hat sich darauf geeinigt, Standards der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegekräften zu entwerfen und dabei ein gemeinsames Verständnis für eine teamorientierte und interprofessionelle

Zusammenarbeit der an der medizinischen, sozialen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen zu schaffen.²

Wichtige Aspekte zu diesem Thema wurden bereits konkret im „Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)“³ vom 11. Juli 2021 berücksichtigt:

- So sieht § 64d SGB V eine verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen vor. Erster Schritt der Umsetzung ist die Vereinbarung eines Rahmenvertrags nach § 64d Abs. I Satz 4 SGB V bis zum 31. März 2022.
- Nach § 40 Abs. 6 können Pflegefachkräfte konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen/Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat hierzu „Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte gemäß § 40 Abs. 6 Satz 6 SGB XI“⁴ festgelegt, die am 1. Januar 2022 in Kraft traten. Festgelegt wird, in welchen Fällen welche Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel durch Pflegefachkräfte empfohlen werden können und somit die Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit der Versorgung vermutet wird.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bis zum 31. Juli 2022 in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege Rahmenvorgaben zu einzelnen verordnungsfähigen Maßnahmen vorzulegen. Pflegekräfte, die die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. I Satz 4 Nummer 7 SGB V geregelten Anforderungen erfüllen, können innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen.

2. Gelingens- und Hemmnisfaktoren für interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit

Die zentralen Erkenntnisse – insbesondere Erfolgs- und Hinderungsfaktoren für eine wirksame interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit – sind nachfolgend zusammengefasst dargestellt. Sie basieren auf den Diskussionen der Arbeitsgruppe „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft“ und den dort diskutierten Praxisbeispielen sowie der GVG-Konferenz 2020 zum Thema „Chancen und Potenziale eines interprofessionellen Gesundheitswesens für eine patientenzentrierte Versorgung“.

² Bundesministerium für Gesundheit: „Konzertierte Aktion Pflege – Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5“, August 2021

³ Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2021, Teil I, Nr. 44, ausgegeben zu Bonn am 19. Juli 2021

⁴ GKV Spitzenverband, Richtlinien zur Empfehlung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln durch Pflegefachkräfte gemäß § 40 Abs. 6 Satz 6 SGB XI vom 20. Dezember 2021, Inkrafttreten der Richtlinien: 1. Januar 2022

a. Gelingensfaktoren für interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit

Wichtige Gelingensfaktoren, insbesondere für die Umsetzung und das Vorantreiben interprofessioneller und intersektoraler Zusammenarbeit vor Ort, sind u. a. ein hohes Maß an persönlichem Engagement vor Ort, die nachhaltige Verfügbarkeit von Ressourcen wie bspw. von Personal oder Infrastruktur und die Zusammenarbeit zwischen professionellen und ehrenamtlichen Akteuren sowie Angehörigen.

Grundvoraussetzungen für das langfristige Gelingen von interprofessioneller und intersektoraler Zusammenarbeit sind zudem u. a. die verbindliche Übertragung von Kompetenzen an nichtärztliche Professionen und die damit verbundene Akzeptanz der Delegation bzw. Substitution, belastbare rechtliche bzw. vertragliche Regelungen, eine klar definierte Aufgabenteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen sowie die Etablierung von professionsübergreifenden Kommunikationsstrukturen und Kommunikation auf Augenhöhe.

Gelingensfaktoren	
Persönliches Engagement (Bottum-Up)	<ul style="list-style-type: none"> • Derzeit ist ein hohes Maß an persönlichem Engagement im ambulanten und auch stationären Sektor vor Ort entscheidend, um Modellvorhaben bzw. Projekte der interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit zu initiieren, etablieren und voranzutreiben sowie den Aufbau von vernetzten Versorgungsstrukturen am Versorgungsort zu begleiten.
Nachhaltige Verfügbarkeit von Ressourcen (Personal, Qualifikationsmaßnahmen, Infrastruktur, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • ggf. Reallokation eigener Mittel • Drittmittelförderung von Modellversuchen • Finanzierung durch Kostenträger
Interprofessionelle (Aus-)Bildung im Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarfsgerechte Vorbereitung und Befähigung nichtärztlicher Gesundheitsberufe (wie z.B. NÄPAS, VERAHS) für die Aufgabenübernahme durch Delegation / Substitution • offizielle Anerkennung der Weiterbildung der nichtärztlichen Professionen • Verfügbarkeit: Implementation interprofessioneller Ausbildung bzw. Weiterbildung • Anpassung von Ausbildungscurricula und Verordnungen der Gesundheitsberufe

Eindeutig definierte Aufgabenteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen	<ul style="list-style-type: none"> • Neuordnung der Aufgabenteilung, Kompetenzzuweisungen und Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im Versorgungssystem • klare Abgrenzung der Aufgaben nach Fachkompetenzen • Aufbau von Schwerpunkt- bzw. Kompetenzzentren
Rechtliche/vertragliche Regelungen	<ul style="list-style-type: none"> • Verträge für die hausarzt- und facharztzentrierte Versorgung • Verbindliche Übertragung von Kompetenzen an nicht-ärztliche Professionen über z. B. Qualitätsverträge⁵
Case-Management	<ul style="list-style-type: none"> • Ein von allen Professionen getragenes und gelebtes Case-Management von der Anamnese bis hin zur Behandlung, Therapie (Medikation etc.) und Erfolgskontrolle über alle Sektoren hinweg • Case Manager*innen als „Gesundheitslotsen“
Professionsübergreifende Kommunikationsstrukturen	<ul style="list-style-type: none"> • enger kommunikativer Austausch zwischen allen beteiligten Professionen und in interprofessionellen Teams (u. a. durch gemeinsame Schichtübergaben, Fall-Besprechungen)
Digital aufbereitete Daten/Datenbanken aus relevanten Bereichen	<ul style="list-style-type: none"> • Datenbanken, die zusammengeführt, miteinander verknüpft und in Kontext gesetzt werden (z. B. neben Zentralregister Intensivbetten, ePA auch Informationen über Leistungsangebote / Expertise von Kliniken in Deutschland, Steuerung von Patientenströmen etc.)
Einsatz digitaler Technologien in Diagnostik und Befunderhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe durch digitale Anwendungen / Unterstützung bei Untersuchungen, Befundung etc. • Ausbau der digitalen Befundung und Etablierung in die Behandlung vor Ort
Zusammenarbeit zwischen professionellen, ehrenamtlichen Akteuren	<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung auch von Angehörigen sowie Ehrenamtlichen oder Freiwilligen in Anschlussbehandlung bzw. Rekonvaleszenzphase

⁵ Kompetenzerweiterungen für Pflegefachpersonen sind 2021 mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG u.a. in § 64d SGB V „Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten“ geschaffen worden.

sowie Angehörigen	oder langfristige Therapien
Akzeptanz der Delegation / Substitution	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz und Unterstützung sowohl auf Seiten der Patient*innen und Angehörigen als auch der ärztlichen und nichtärztlichen Professionen

b. Hemmnisfaktoren für interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit

Hemmnisfaktoren für die interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit sind vor allem fehlende bzw. unklare rechtliche Rahmenbedingungen bei der Aufgabendelegation, ungenügende Vergütungs- / Finanzierungsregelungen sowie noch nicht etablierte notwendige Strukturen zum Aufbau einer interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit.

Aber auch Faktoren wie bspw. der generelle Personalmangel im Gesundheitswesen und der zum Teil hohe Kommunikations- und Kooperationsaufwand zwischen den einzelnen Professionen bei einer interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit, das weitgehend noch vorherrschende Rollenbild des Arztberufs als Alleinentscheider und die Angst vor Verlust von Entscheidungskompetenz in vielen Versorgungsbereichen stehen einer erfolgreichen interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit entgegen.

Hemmnisfaktoren	
Fehlende bzw. unklare rechtliche Rahmenbedingungen bei Aufgabendelegation	<ul style="list-style-type: none"> • Keine ausreichenden rechtlichen Rahmenbedingungen bzw. rechtliche Absicherung der übernommenen Tätigkeiten von nichtärztlichen Professionen. • Haftungsfragen • Verantwortungsdiffusion • Unzureichende Verankerung in Leitlinien
Ungenügende und unpräzise Vergütungsregelungen/ Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Ungenügende und unpräzise Vergütungsregelungen bei delegierten Tätigkeiten • Finanzierungsregelungen stehen oft konträr zu sektorenübergreifenden Aktivitäten • Anreize zur Umlenkung vorhandener Ressourcen fehlen • Mittelvergabe an Universitäten ist zu wenig auf die Lehre ausgerichtet • Projekte der interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit sind in hohem Maße finanziell abhängig von Drittmitteln
Unklare und uneinheitliche Strukturen	<ul style="list-style-type: none"> • Noch nicht etablierte notwendige Strukturen zum Aufbau einer interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit • Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Sektoren • Verschiedene und nebeneinanderstehende Facharztverträge
hoher Kommunikations- und Kooperationsaufwand	<ul style="list-style-type: none"> • Zum Teil hoher Kommunikations- und Kooperationsaufwand zwischen den einzelnen Professionen bei einer interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit • Großer Aufwand, Strukturen für interprofessionelle und intersektorale Versorgung zu schaffen und zu etablieren
Knappe personelle Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Personalmangel im Gesundheitssystem steht z. B. der Entwicklung von ambulanten Praxen zu einem zentralen Versorgungsort interprofessioneller Zusammenarbeit entgegen
Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Berufsausbildung der ärztlichen und nichtärztlichen

	Gesundheitsprofessionen sind rechtlich und faktisch in geringem Maß an Interprofessionalität ausgerichtet
Rollenbilder, Akzeptanz	<ul style="list-style-type: none"> • Rollenbild des Arztberufs im Mittelpunkt der Zuständigkeiten • Angst vor Verlust von Prestige und Entscheidungskompetenz in Gesundheitsberufen

3. Grundsätzliche Feststellungen und Handlungsempfehlungen

Die GVG-Facharbeitsgruppe stellt folgende Potentiale und Vorteile einer interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit fest:

- Stärkung der Patient*innenorientierung.
- Erhöhung der Versorgungsqualität, insbesondere für chronisch kranke Patient*innen.
- Erhöhung der Effizienz der Versorgung; verbesserte Ressourcenallokation.
- Befähigung der Professionen, ihr Potenzial besser auszuschöpfen; z.B. Entlastung begrenzter ärztlicher Ressourcen, da bestimmte Aufgaben delegiert werden können. Aufgaben, die während der „normalen“ ärztlichen Versorgung oft zu kurz kommen, können durchgeführt werden.
- Interprofessionelle Teams arbeiten produktiver und engagierter. Dies entspricht auch den Erwartungen junger Fachkräfte und erhöht die Arbeitszufriedenheit.
- Sicherstellung der Versorgung des Patienten / der Patientin in seiner / ihrer Wohnung oder wohnungsnah (auch unter Nutzung digitaler Anwendungen).
- Auch durch die Ausbildung nichtärztlicher Fachkräfte vor Ort kann die Versorgung dort gestärkt werden, da diese aufgrund ihrer regionalen Verwurzelung dort bleiben und tätig werden.

Zentrale Faktoren für das Gelingen einer interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit sind:

- Nachhaltige Verfügbarkeit von Ressourcen
- interprofessionelle (Aus-)Bildung im Gesundheitswesen
- klar definierte Aufgabenteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen
- Rechtliche/vertragliche Regelungen
- Case-Management
- Professionsübergreifende Kommunikationsstrukturen
- digital aufbereitete Daten/Datenbanken aus relevanten Bereichen
- Einsatz digitaler Technologien in Diagnostik und Befunderhebung

- Zusammenarbeit zwischen professionellen, ehrenamtlichen Akteuren sowie Angehörigen
- Akzeptanz der Delegation/Substitution
- Darüber hinaus ist derzeit persönliches Engagement entscheidend, um Modellvorhaben bzw. Projekte der interprofessionellen und intersektoralen Zusammenarbeit zu initiieren, etablieren und voranzutreiben sowie den Aufbau von vernetzten Versorgungsstrukturen am Versorgungsort zu begleiten.

Persönliches Engagement ist wichtige Grundlage des Gelingens, darf aber nicht das Hauptkriterium sein. Seit langem gibt es den Ruf nach mehr sektoren- und professionenübergreifender Zusammenarbeit in der Versorgung. Es gilt, die Rahmenbedingungen für die Umsetzung zu stärken. Deshalb hat die Facharbeitsgruppe ausgehend von diesen Feststellungen die folgenden Empfehlungen dafür identifiziert, wie Patient*innen sowie das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem als Ganzes gleichermaßen profitieren, wenn die medizinische und pflegerische Versorgung der Menschen durch Fachpersonal unterschiedlicher Professionen verantwortet und in interprofessioneller und intersektoraler Zusammenarbeit erbracht wird:

- Interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit ist aktuell immer noch durch unklare oder unzureichende rechtliche Rahmenbedingungen (z. B. rechtliche Absicherung bei Aufgabenübertragung ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliche Fachkräfte) gekennzeichnet. Hier muss **Rechtsicherheit für alle Professionen** geschaffen werden, insbesondere zu Haftungsfragen bei der Behandlung von Patient*innen.
- Weiterhin müssen Vergütungsregelungen delegierte Tätigkeiten angemessen abbilden.
- Es bedarf einer Kompetenzzuweisung (Zuständigkeitsabgrenzung), wer welche Tätigkeiten durchführen darf.
- Die Ausbildung in den Gesundheitsberufen muss in Richtung einer interprofessionellen und intersektoralen Ausbildung weiterentwickelt werden. Auch muss die Mittelzuordnung der Universitäten stärker mit der Lehre verknüpft werden.
- Vor dem Hintergrund einer erfolgreichen interprofessionellen und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit besteht der dringende Bedarf, das Berufsbild von Assistenzkräften entsprechend der erwarteten Tätigkeiten und Zuständigkeiten aufzuwerten.

ANHANG

Praxisbeispiele: gelungene interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit

Die Facharbeitsgruppe „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft“ befasste sich im Rahmen ihrer Sitzungen mit Best-Practise-Beispielen für eine gelungene interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit. Die Arbeitsgruppenmitglieder analysierten und diskutierten in diesem Kontext auch Gelingens- bzw. Hemmnisfaktoren.

Die im Rahmen der Best-Practise-Beispiele identifizierten Gelingens- bzw. Hemmnisfaktoren werden nachfolgend tabellarisch dargestellt. Zudem werden drei internationale Beispiele (Finnland, Frankreich und Kanada) für die erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit und Delegation im ländlichen Raum aufgezeigt.

a. ambulanter Sektor

Ein Praxisbeispiel für eine etablierte interprofessionelle und intersektorale Zusammenarbeit ist das MVZ Praxis Birkenallee, ein Modellprojekt der Delegation in der Gesundheitsversorgung im Emsland. Das MVZ Praxis Birkenallee ist aufgrund der Rahmenbedingungen vor Ort bestrebt, eine umfassende Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum weit über den eigenen Standort in die Region hinaus sicherzustellen. Dabei delegiert es medizinische Versorgungsleistungen auf qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe.

Ein weiterer Ansatz im ambulanten Sektor ist die Qualifizierung von erfahrenen medizinischen Fachangestell*innen über Weiterbildungsmaßnahmen zu sogenannten VERAH (Versorgungsassistent/in in der Hausarztpraxis). Dabei übernehmen VERAH über Qualitätsverträge zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern in Arztpraxen bestimmte arztentlastende Aufgaben und helfen dadurch, eine umfassende Patient*innenbetreuung sicherzustellen.

Projekt	Gelingensfaktoren	Hemmnisfaktoren
MVZ Birkenallee (ambulant)	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliches Engagement des Initiators durch langfristigen Aufbau von vernetzten Versorgungsstrukturen • Delegation/Substitution an hierfür qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe (NÄPAS) • Offizielle Anerkennung der Weiterbildung der Arzthelferinnen zu NÄPA/P.A. (gelungene Akademisierung ohne übermäßige Verwaltungstätigkeit) 	<ul style="list-style-type: none"> • unzureichende rechtliche Rahmenbedingungen • Vergütungsregelung P.A. fehlt

Projekt	Gelingensfaktoren	Hemmnisfaktoren
	<ul style="list-style-type: none"> • Effektiver Einsatz digitaler Technologien in Diagnostik und Befunderhebung • Klare Abgrenzung der Aufgaben nach Fachkompetenzen 	
Versorgungsassistenzen ärztliche Praxis (VERAH)	<ul style="list-style-type: none"> • Verträge für die hausarzt- und facharztzentrierte Versorgung • Verbindliche Übertragung von Aufgaben an die Versorgungsassistent*innen (z. B. VERAHs, EVAs, EFAs) • Weiterbildung der Assistenzen • Bereitstellung von Infrastruktur für Versorgungsassistent/ innen (z. B. KFZ) • Unterstützende IT-Lösung für praxisorientiertes Case-Management 	<ul style="list-style-type: none"> • viele verschiedene parallele Facharztverträge • hoher Kommunikations- und Kooperationsaufwand • Aufgrund von Personalmangel ist es schwierig, Hausarztpraxen zu einem größeren Versorgungsort zu entwickeln und dabei verschiedene Berufsgruppen einzubeziehen

b. Stationärer Sektor

Im stationären Sektor ist die interprofessionelle Ausbildung von Medizinstudierenden / Pflegefachkräften auf der Ausbildungsstation in der Pädiatrie des Universitätsklinikums Freiburg ein möglicher Ansatz für interprofessionelle Zusammenarbeit. Auf der Ausbildungsstation werden angehende Ärzte*innen und Pflegefachkräfte gemeinsam ausgebildet.

Ein weiterer Ansatz für die intersektorale Zusammenarbeit im stationären Sektor ist das Projekt „intersec-CM“ des Evangelischen Klinikums Bethel (EvKB). Ziel des Projekts ist es, über intersektorales Care Management die Versorgung, Behandlung und Begleitung vulnerabler und älterer Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu verbessern.

Projekt	Gelingensfaktoren	Hemmnisfaktoren
---------	-------------------	-----------------

<p>Interprofessionelle Ausbildung von Medizin- studierenden/ Pflegekräften (Aus- bildungsstation in der Pädiatrie des Universitätsklini- kums Freiburg)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliches Engagement des Initiators • Langfristige Finanzierung (aktuell Drittmittelförderung als Projekt) der notwendigen Ressourcen (Personal, Infrastruktur) • Akzeptanz bei allen ärztlichen und nichtärztlichen Beteiligten • interprofessionelles Team zur Betreuung (Steuergruppe bestehend aus Pflegedirektion, Ärztedirektion, Pflegedienstleitung, pflegerischer und ärztlicher Stationsleitung, Praxisanleitung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Abhängigkeit von Dritt- mittelfinanzierung • Mittelvergabe an Universitäten ist zu wenig an der Lehre orientiert • keine ausreichende Vorbereitung in der Ausbildung auf die Herausforderungen der inter- professionellen Zusammenarbeit • Unzureichende gemeinsame interprofessionelle Ausbildung • fehlende formelle Implementierung der interprofessionellen Ausbildung durch die Politik, Anpassung der Ausbildungscurricula, Aufnahme der Inter- professionalität in die Approbationsverord- nungen und Verord- nungen der Gesund- heitsberufe
<p>Intersektorales Care Management (intersec-CM)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung von Versorgungsteams nach Vorbild des Care- Managements • Übernahme von reorientierenden Aufgaben durch Freiwillige • Drittmittelfinanzierung des Modellversuchs • für eine optimale Begleitung: An- fangsassessments und unterschiedliche Bedarfsassessments mit Unterstützung bei 	<ul style="list-style-type: none"> • Abhängigkeit von Dritt- mittelfinanzierung • Mittelallokation nicht zielgerichtet • Etablierung sektoren- übergreifender Prozesse aktuell schwierig • Fehlende Verankerung in Leitlinie

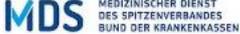
	<p>Versorgungsplänen und Medikation</p> <ul style="list-style-type: none">• Einbindung auch von Angehörigen sowie Ehrenamtlichen oder Freiwilligen in die Anschlussbehandlung nach Krankenhausaufenthalt	
--	--	--

c. Exkurs: internationale Beispiele für erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit und Delegation im ländlichen Raum

Gerade in Bezug auf die Versorgung von Patienten im ländlichen Raum bieten Finnland, Kanada und Frankreich interessante Ansätze der interprofessionellen Zusammenarbeit. In diesen drei Ländern übernehmen Pflegefachkräfte große Verantwortung in der Versorgung der Bevölkerung. Sie sind erste Ansprechpartner*innen für die Patient*innen, da der Zugang zum Arzt/zur Ärztin in diesen drei Ländern schwieriger als im deutschen Gesundheitssystem ist.

Finnland	<ul style="list-style-type: none"> • integrierte Versorgung in multiprofessionellen Zentren für soziale und gesundheitliche Versorgung (gemeindeübergreifend) • In den Zentren Case Management durch multiprofessionelle Teams • Mobile integrierte Versorgung: Einsatz von Versorgungs-Bussen mit Pflegefachpersonal für (ältere) Patient*innen mit eingeschränkter Mobilität im ländlichen Raum; dabei werden bestimmte Versorgungsverantwortlichkeiten von Pflegefachpersonen übernommen und Ärzte*innen werden nur bei Bedarf unter Nutzung digitaler Technik (Video, Telefon) einbezogen
Kanada	<ul style="list-style-type: none"> • Nurse Practitioners (arbeiten eng mit Ärzte*innen zusammen und führen Aufgaben nach dem Delegations- und Substitutionsprinzip selbstständig durch) und Physician Assistants vor allem im ländlichen Raum spielen in der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle • direkte Ausbildung der Fachkräfte in klinischen und gemeindebasierten Einrichtungen mit einem Schwerpunkt auf interprofessionelle Arbeit
Frankreich	<ul style="list-style-type: none"> • umfassende Initiativen im ländlichen Raum für Kooperation der Gesundheitsberufe z.B. durch Delegation/erweiterte Tätigkeitsbefugnisse • Integration von Pflegefachpersonen (ASALEE – Actions de Santé Libérale En Equipe) als selbständige Fachkräfte in die ländlichen Hausarztpraxen, die die Versorgung von Patient*innen mit chronischen Erkrankungen übernehmen – Ärzte*innen werden nur bei Bedarf hinzugezogen

Am 2. Facharbeitsgruppenbericht „Versorgung in einer älter werdenden Gesellschaft“
haben folgende in der GVG als Mitglieder organisierten Institutionen mitgewirkt:

	Ärztekammer Nordrhein KdÖR		Arbeitgeberverband Pflege e.V.
	BDA Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.		Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
	compass private pflegeberatung GmbH		D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mdB
	dbb beamtenbund und tarifunion		Debeka Krankenversicherungsverein a.G.
	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.		Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See KdÖR
	Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.		DHV-Die Berufsgewerkschaft e.V.
	GKV-Spitzenverband KdÖR		Hausengel Holding AG
	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.		PKV Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.
	Verband der Ersatzkassen e.V.		Zeitreicher GmbH