

19. Hochschultage Berufliche Bildung an der Universität zu Köln

**Ein Beitrag zur Fachtagung FT 10 „Gesundheit“
zum Thema „Berufliche und akademische Bildung in den
Gesundheitsberufen – Ansätze und Gestaltungsaufgaben“**

Interprofessionelles Arbeiten in den Gesundheitsberufen – Eine zukünftige Herausforderung

Dr. Eva-Maria Beck

Wibke Hollweg

Katrin Schulenburg

Theda Borde

Inhaltsverzeichnis

Abstract:	3
1 Einführung	3
2 Die Herausforderung interprofessioneller Zusammenarbeit.....	5
2.1 Begriffsklärung	5
2.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit	5
3 Gesellschaftlicher Wandel	6
4 Strukturelle Herausforderungen	7
5 Interprofessionelle Herausforderungen.....	7
5.1 Bund – Länder - Qualifizierungsinitiative	7
5.2 Studienangebot zur interprofessionellen Kompetenzentwicklung.....	8
6 Fazit.....	9
Literatur	10
Autorinnen und Autoren.....	12

Abstract:

Über die zukünftigen Herausforderungen in der primären Gesundheitsversorgung aufgrund der sich vollziehenden epochalen gesellschaftlichen Veränderungen wird vielfältig debattiert und es werden notwendige Maßnahmen auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen diskutiert. Ein Aspekt dabei ist das stärkere systemimmanente aber auch systemübergreifende Zusammenwirken, strukturell wie inhaltlich, je nach Perspektive. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sprach sich bereits im Jahre 2007 für eine stärker integrierte Versorgung und eine verstärkte Kooperation der Gesundheitsberufe aus. Die Idee von interprofessionellen Arbeitsteams, die ihre unterschiedlichen Berufskompetenzen gemeinsam in den Dienst einer qualitativ hochwertigen und der Lebenssituation der Patientinnen und Patienten angemessenen Versorgung stellen, geht über eine formale Kooperation hinaus und erfordert erweiterte Kompetenzen der Akteurinnen und Akteure. Veränderte Handlungskonzepte allein sind nicht ausreichend, um die Gesundheitsversorgung effektiver und effizienter zu gestalten, es bedarf einer umfassend angepassten strukturellen und gesetzlichen Rahmung. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht in ihrem Weltgesundheitsbericht 2008 die bestehenden Gesundheitssysteme als nicht geeignet an, den gesellschaftlichen Herausforderungen zu begegnen. Sie sieht eine Chance in neu organisierten, lokal verorteten Gesundheitszentren. Internationale Erfahrungen lokal verorteter Primärversorgung zeigen einerseits wie wichtig die kommunale Einbindung ist und andererseits, dass interprofessionelles Verhalten zwar strukturell und organisatorisch unterstützt werden kann und muss, sich aber nicht automatisch einstellt. Das Forschungsprojekt Health Care Professionals (HCP) entwickelt als Angebot dazu einen Bachelorstudiengang „Interprofessionelle Versorgung und Management“ für berufserfahrene Physio-, Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, Logopäden und Logopädinnen und Pflegepersonen.

1 Einführung

Stellen Sie sich folgendes Szenarium vor:

Sie bekommen ein gesundheitliches Problem und suchen deshalb akut ein Gesundheitszentrum in Ihrer Nähe auf, werden dort durch unterschiedliche Disziplinen befragt, untersucht und umfassend zu den Ergebnissen informiert. Danach berät Sie das Gesundheitsteam hinsichtlich der möglichen Behandlungswege und bezieht Sie dabei unter Berücksichtigung ihrer sozialen, psychischen und physischen Situation aktiv in die Zielentwicklung ein. Am Ende dieses Prozesses haben Sie – ihrer familiären Situation angepasst – einen ambulanten OP-Termin mit direkt anschließender ambulanter Rehabilitation, eine Hilfe für den Haushalt und Kontakte für Betreuungsunterstützung im häuslichen Umfeld ihres dementen Vaters. Zur OP-Vorbereitung erhalten Sie homöopathische Mittel zur Stärkung des Immunsystems und lernen die Handhabung der Bewegungssoftware kennen, die Sie bei dem postoperativen Übungsprogramm zu Hause unterstützen soll.

Zu teuer? Nicht umfänglich genutzte Ressourcen und unterbleibende Zusammenarbeit treiben die Kosten nachweislich in die Höhe in Form von Mehrfachuntersuchungen und sogenannten Drehtürbehandlungen (Streich & Borgas, 2002). Dazu kommt möglicherweise eine

Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch lange Wartezeiten auf Intervention und in Folge aufwendigere und kostenintensivere Betreuungen. Eine fehlende Abstimmung der Therapie mit den Patientinnen und Patienten stellt deren Mitwirkung am Gesundungsprozess in Frage und damit die Gesundungsnachhaltigkeit (Böcken, Braun, Schnee, 2002, Gorenioi, Schönermark, Hagen, 2007, Höhmann, Trieschmann, 2005). Hinzu kommt eine Verunsicherung der Patientinnen und Patienten aufgrund von Nichtabsprachen individueller Behandlungs- und Betreuungsziele unter den beteiligten Fachdisziplinen, deren therapeutische und pflegerische Maßnahmen sich nicht selten gegenseitig negativ beeinflussen (Ärztekammer Nordrhein, 2015).

Zu visionär? Auf jeden Fall eine Herausforderung an Strukturen der Gesundheitsversorgung und die darin Arbeitenden. Der Sachverständigenrat kritisiert in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung“ von 2014, mit Blick auf die ländlichen Regionen Deutschlands, explizit die „ausgeprägte sektorale Gliederung“ des deutschen Gesundheitssystems:

„Schaffung und Sicherstellung eines bedarfs-gerechten Versorgungsangebots, das für alle Bürgerinnen und Bürger bestmöglich zugänglich und erreichbar ist. Charakteristisch für das deutsche System ist eine ausgeprägte sektorale Gliederung. Der Rat hat sich bereits in früheren Gutachten wiederholt dafür ausgesprochen, insbesondere die Sektorengrenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung durch eine integrierte Versorgung (vgl. z. B. SG 2009, Ziffer 1138ff.) und Lösung von Schnittstellenproblemen (vgl. SG 2012) zu überwinden“ (SVR, 2014, Ziffer 252).

Ein neuer Gedanke? Ungewohnt und unbequem vielleicht, aber nicht neu. Im internationalen Raum finden sich erprobte, lokal angesiedelte Strukturen, die eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung ermöglichen und fördern. In Finnland zum Beispiel liegt die Organisation der Primärversorgung in kommunaler Hand. Die dortigen Gesundheitszentren bieten eine große Zahl gesundheitlicher Dienstleistungen an und halten i.d.R. durchschnittlich 30-60 Betten vor allem für chronisch Erkrankte in akuter Phase vor (Büscher & Preßmann, 2011). Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen benötigt nach den internationalen Erfahrungen strukturelle und organisatorische Unterstützung (Büscher & Preßmann, 2011). Bewusst wurde auf den Begriff „interprofessionell“ in dem Eingangsszenario verzichtet. Da die Terminologie nicht einheitlich verwendet wird, ist zu Beginn eine Begriffsklärung nötig, um sich dann an die Herausforderungen an interprofessionelle Zusammenarbeit heranzutasten. Diese müssen im Kontext sich ändernder Versorgungsbedarfe, aufgrund des epochalen gesellschaftlichen Wandels einerseits und andererseits in Bezug zu dem immanenten Anspruch an interprofessionelle Zusammenarbeit an sich beleuchtet werden.

2 Die Herausforderung interprofessioneller Zusammenarbeit

2.1 Begriffsklärung

Häufig stößt man bei der Definitionssuche zu „interprofessioneller Zusammenarbeit“ auf den synonym genutzten Begriff Interdisziplinarität. Interdisziplinarität als wissenschaftspolitischer Begriff hat eine lange Tradition und die Differenzierung des Begriffs verläuft parallel zur zunehmenden Differenzierung der Wissenschaftsorganisation (Terizakis & Gehring, 2014). In der Medizin wird interdisziplinär sowohl in der Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen der Medizin als auch mit anderen Gesundheitsberufen benutzt, was Mahler et al. (2014) deutlich herausarbeiten (Mahler, Gutmann, Karstens & Joos, 2014, S. 3). Es entsteht der Eindruck, dass es sich um eine Art Sammelbegriff handelt, was in der Literatur divers bestätigt wird (Terizakis & Gehring, 2014, Jungert, 2010, Mahler, et al., 2014). Der Sachverständigenrat spricht deshalb in seinem Gutachten 2007 von „Kooperation und Zusammenarbeit“ und vermeidet die Verwendung des Begriffs Interdisziplinarität.

Wenn von Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen/Professionen außerhalb des Systems der Wissenschaft die Rede ist, wird häufiger der Begriff „Interprofessionalität“ benutzt. Eine sehr aussagekräftige Definition ist die von Kälble (Kaba-Schönstein & Kälble, 2004), in der sich unterschiedliche Kompetenzen und Sozialisationen ergänzen und so qualitativ hochwertige Patientenversorgung gewährleisten. Kälble bereitet damit theoretisch die Entwicklung transprofessioneller Settings vor, also neue gemeinsame Versorgungskonzepte auf der Grundlage unterschiedlicher Ressourcen. Laut Kälble et al. (2004) ist Interprofessionalität der angemessenere Begriff, da hier das Handeln im Vordergrund steht, auch in Annäherung an die internationale Begrifflichkeit „interprofessional collaboration“. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2010) findet diese in der Gesundheitsversorgung statt, wenn viele verschiedene Gesundheitsprofessionen gemeinsam flächendeckende qualitativ hochwertige Versorgung erbringen.

2.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Es erscheint, angesichts zunehmender Spezialisierung im Gesundheitssektor, auf den ersten Blick paradox von interprofessioneller Zusammenarbeit zu sprechen. Systemtheoretisch betrachtet ergibt sich aber erst über Abgrenzung durch Spezialisierung die Möglichkeit der Grenzüberschreitung in Form von interprofessioneller Kooperation. Diese wird national wie international gefordert, auch wenn sich die Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen interprofessioneller Kooperation – nicht zuletzt durch die Unschärfe im Terminologie Gebrauch – noch recht divers darstellen. Deutlich nachweisen lässt sich aber eine höhere Arbeitszufriedenheit in interprofessionell arbeitenden Teams mit ansteigendem Engagement der Einzelnen ebenso, wie Effekte in der Patienten- und Patientinnenversorgung, wie z. B. ein geringerer Medikamentenverbrauch, reduzierte Krankenhausaufenthaltszeiten oder erhöhte Therapieakzeptanz bei Patientinnen und Patienten (Lüdeking, 2016, Körner, Göritz, Bengel, 2014, Sottas & Kissmann, 2015, Zwarenstein, Goldman, Reeves, 2009).

3 Gesellschaftlicher Wandel

Der gesellschaftliche Wandel ist in aller Munde mit Aspekten wie zurzeit noch steigender Lebenserwartung und darauf statistisch bezogen geringeren Kinderzahlen, einer Auflösung traditioneller familiärer Einheiten und systemisch geforderter räumlicher Mobilität für den Arbeitsmarkt. Man geht zurzeit davon aus, dass 70% der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt werden und dies zur Hälfte ausschließlich innerhalb des sozialen Netzwerks übernommen wird. Lediglich ein Drittel der häuslichen Versorgung wird durch professionelle Dienste abgedeckt (Robert Bosch, 2013). Dieses unmittelbare soziale und familiäre Versorgungsnetz bröseln durch Einflüsse wie z. B. vermehrte Frauenerwerbstätigkeit, längere Lebensarbeitszeit, Arbeitspräsenz rund um die Uhr bei tariflich geringerer Wochenarbeitszeit, vermehrt Singlehaushalte, Alleinerziehende, geforderte räumliche Mobilität, reaktive Land-Stadt-Bewegungen, weniger adäquater Wohnraum. Nicht zuletzt löst sich das informelle Versorgungsnetz auf, auch durch das Mitaltern der bisher Pflegenden selbst (Robert Bosch, 2013). Dieses Netz übernimmt Aufgaben für die Patientinnen und Patienten, die dann durch Gesundheitsberufe und andere Disziplinen zusätzlich übernommen werden müssen:

- Nachdrücklicher Fokus auf individuelle Bedürfnisse (einschl. sexueller und soziokultureller Diversität)
- Unterstützung bei medizinischen und häuslichen Entscheidungen, die gefällt werden müssen
- Erkunden möglicher zusätzlicher Hilfen und deren Beantragung
- Kontinuierliche Motivierung der Patientinnen und Patienten
- Regulierung und Anpassung der pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Maßnahmen und deren Koordination
- Organisation der Häuslichkeit
- Aufrechterhaltung der Mobilität und der sozialen Kontakte

Hier wird schon deutlich, dass eine einzelne Berufsgruppe diese Vielfalt alleine nicht gewährleisten kann.

Die medizinische und technische Entwicklung erhöht die Wahrscheinlichkeiten auf ein langes Leben. Daneben haben wir bislang angesichts möglicher Folgeerscheinungen und individueller Bedarfe wenig Augenmerk auf angemessene präventive und rehabilitative Unterstützungen gelegt. Hightech-Medizin verlangt hoch spezialisierte Fachkräfte und damit einhergehend entwickeln sich neue, zusätzliche Berufsbilder. Medizinische Akutsituationen sind geprägt durch strukturiertes und direktives Vorgehen. Sottas (2016) zeigt in Anlehnung an Retchin (2008), wie sich dieser Fokus verschiebt hin zu komplexen und dynamischen Erkrankungssettings (vor allem chronische Erkrankungen), die ein „Co-Management“, bestehend aus unterschiedlichen Fachdisziplinen, verlangen. Margaret Chan, die Generaldirektorin der WHO spricht von einem „slow motion disaster“, einer schleichenden Katastrophe bzgl. der Verbreitung nichtübertragbarer Krankheiten angesichts des demografischen und epidemiolo-

gischen Wandels (WHO, 2016). Auf dieses Szenario müssen zukünftig auch die Gesundheitsberufe reagieren.

4 Strukturelle Herausforderungen

Die WHO verlautete in ihrem Weltgesundheitsbericht von 2008 (WHO, 2008), dass sie die bestehenden Gesundheitssysteme als nicht geeignet ansieht, den gesellschaftlichen Herausforderungen zu begegnen. Sie sieht eine Chance in neu organisierten, lokal verorteten Gesundheitszentren, die für ein bestimmtes Gebiet die Verantwortung der primären Gesundheitsversorgung tragen und so eine Möglichkeit, einer regionalen Unterversorgung entgegenzutreten bei gleichzeitig zunehmender Spezialisierung, Zentrierung und Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung. In dezentralen Versorgungseinrichtungen sind niederschwellige Beratungs- und Betreuungsangebote eher möglich. Hier kann durch sektorenübergreifende Behandlung in interprofessionell arbeitenden Teams flexibler auf individuelle Bedarfe eingegangen und ein Drehtüreffekt vermindert werden. Gleichzeitig sind dezentrale Einrichtungen schneller in der Lage, auf regionale Gesundheitsanforderungen zu reagieren (vgl. Büscher & Preßmann, 2011).

Die dargestellten Herausforderungen erfordern gesundheitssystemimmanentes Eingreifen mit Verknüpfungen in andere gesellschaftliche Systeme. Das stellt an sich schon neue Anforderungen an die Gesundheitsberufe, die evidenzgeleitet aber flexibel und innovativ neue Strukturen interprofessionell beleben müssen. Es existieren mittlerweile viele unterschiedliche Leuchtturmprojekte, die entweder nach Ablauf der Projektförderung in den Schubladen verschwinden oder aufgrund mangelnder Vernetzung, Austausch und Zusammenarbeit eine Insellösung bleiben.

5 Interprofessionelle Herausforderungen

Interprofessionelle Zusammenarbeit muss angebahnt und geübt werden. Dazu müssen Kompetenzen gezielt geschärft werden, damit sich ein interprofessioneller Habitus entwickeln kann. Interprofessionelles Lernen („interprofessional education“) findet laut WHO (2010) immer dann statt, wenn zwei oder mehr Professionen über-, von- und miteinander lernen und über eine effektive Zusammenarbeit die Gesundheitsresultate verbessern. Die WHO (2010) präsentiert diesen Zusammenhang unter dem Label: „learning together to work together for better health“. Die Ergebnisse aus einer bundesweiten Führungskräftebefragung (von Ergo-, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden und Pflegekräften) im Rahmen des Forschungsprojekts Health Care Professionals (HCP) bestätigen einen bestehenden Qualifizierungsbedarf der Mitarbeitenden an Kompetenzen zu interprofessioneller Zusammenarbeit, kommen sie doch bislang in der Regel aus monodisziplinär ausgerichteten Berufsausbildungen und Studiengängen.

5.1 Bund – Länder - Qualifizierungsinitiative

Seit August 2014 wird die Entwicklung eines onlinebasierten Bachelorstudiengangs zur Qualifizierung einer interprofessionellen Gesundheitsversorgung im Rahmen des Bund–Länder–Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“ vorangetrieben und

durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Es ist Ziel der Initiative, Konzepte für berufsbegleitendes Studieren und lebenslanges Lernen zu fördern und dadurch die Bildungschancen aller Bürgerinnen und Bürger zu steigern. Derzeit werden an 96 Hochschulen und vier Forschungseinrichtungen Projekte unterschiedlicher Fachdisziplinen im Rahmen dieses Programms gefördert.

5.2 Studienangebot zur interprofessionellen Kompetenzentwicklung

Die Zielgruppe des Studiengangs HCP besteht aus Physio-, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Logopädinnen und Logopäden und Pflegepersonen mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung in ihrer jeweiligen Profession. Im Sinne des Wettbewerbs werden Berufstätige, Personen mit Familienpflichten und Berufsrückkehrende angesprochen, gemeinsam interprofessionelle Kompetenzen zu entwickeln, zu üben und in ihren Berufsfeldern zu erproben.

Der Studierbarkeit wird durch die Planung eines onlinebasierten Teilzeitstudiengangs Rechnung getragen, in enger Verzahnung mit der Praxis in Form von z. B. kleinen Studien im eigenen Berufsfeld. Lediglich vertiefende Übungen, insbesondere zur interprofessionellen Kommunikation, sind in geringem Umfang an der Hochschule selbst als Präsenzveranstaltung vorgesehen.

Aufgrund der Untersuchungsergebnisse des HCP Projektes, den zuvor dargestellten Herausforderungen und den kontinuierlichen Diskussionen mit der Praxis, in Form eines das Projekt kontinuierlich beratenden Praxisbeirates, wurde ein aus vier zentralen Themensträngen zusammengesetztes Curriculum entwickelt (s. Abb.1). Interprofessionelle Zusammenarbeit bildet in allen Modulen als Querschnittsthema den „roten Faden“ durch das gesamte Studium und beeinflusst auch die didaktische Ausgestaltung.

Semester	Studiengang Interprofessionelle Versorgung und Management				ECTS
VI	B6 Gesundheit u. Ökonomie 8 ECTS		C6 + D6 Bachelor- Arbeit mit Begleitveranstaltung 12 ECTS		20
V	A5 Beratung und Schulung 5 ECTS	B5 Wahlpflichtfach Schwerpunkt Interprof. Versorgung Wahlweise: Gerontologie, Neurologie, Pädiatrie 5 ECTS	C5 Lebenswelten und Gesundheit 5 ECTS	D5 Technik und Innovation 5 ECTS	20
IV	A4 Kommunikation und Selbstsorge 5 ECTS	B4 Management interprof. Versorgung u. Settings (Gesundheitsförderung/ Prävention/Reha) 5 ECTS	C4 Diverse Vielfalt und Gesundheit 5 ECTS	D4 Forschungsprojekt Praxis 5 ECTS	20
III	A3 Patientenorientierte Kommunikation 5 ECTS	B3 Management interprof. Versorgung u. Settings (Akut/Chron.) 5 ECTS	C3 Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen und Epidemiologie 5 ECTS	D3 Qualitative Forschungsmethoden 5 ECTS	20
II	A2 Interprofessionelle Kommunikation 5 ECTS	B2 Einführung Management interprofessioneller Versorgung in Settings 5 ECTS	C2 Ethik und Gesundheit 5 ECTS	D2 Quantitative Forschungsmethoden 5 ECTS	20
I	A1 Grundlagen der Kommunikation 5 ECTS	B1 Versorgungsstrukturen und Sozialrecht 5 ECTS	C1 Lern- und Medienkompetenz 5 ECTS	D1 Wissenschaftliche Grundlagen 5 ECTS	20
Modul- stränge	A1-A4 Interprofessionelle Kommunikation	B1-B4 Management Interprofessionelle Versorgung und Settings	C1-C4 System Gesundheit und Akteure/Akteurinnen	D1-D4 Wissenschaftliche Kompetenz	60

Abbildung 1: Modulübersicht Studiengang Health Care Professionals

Von Bedeutung ist nicht nur das Lernen in interprofessionellen Gruppen, sondern auch eine interdisziplinäre Zusammensetzung der Lehrenden, denn „Interdisziplinarität beginnt in den Köpfen der Lehrenden“ (Boettcher, 2015). Die genutzten Lernmethoden (z. B. problemorientiertes Lernen) sollen zum gemeinsamen interprofessionellen Lernen anregen und dieses konkret fördern.

6 Fazit

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist nicht das Allheilmittel per se und nicht ohne Übung produzierbar. Aber die gesellschaftlichen Veränderungen und die sich daraus ergebenden Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung erfordern neben strukturellen und hierarchischen Veränderungen auch professionsübergreifende Zusammenarbeit mit gemeinsamer Zielperspektive. Diese sollte schon während der Primärqualifizierung eingeübt werden. Zu kurz gedacht sind Maßnahmen wie die bloße Umverteilung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen oder neue Berufsbilder, die eine Spezialisierung weiter vorantreiben. Die Komplexität der gesellschaftlichen und gesundheitlichen Herausforderungen ist langfristig auch nicht durch die Patientinnen und Patienten und deren sozialem Umfeld in alleiniger Gesundheitsverantwortung zu bewältigen.

Hier muss das System Gesundheit unterstützend wirken und bedarfsgerechte, interprofessionell optimierte Versorgungsangebote und –strukturen zur Verfügung stellen. Dazu bedarf es der Zusammenarbeit aus Politik, Bildung und Forschung.

Literatur

- Ärztekammer Nordrhein (Hrsg.). (2015). Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Verfügbar unter: <https://www.aekno.de/downloads/aekno/leitfaden-kommunikation-2015.pdf> [26.03.2017].
- Boerner, S., Dütschke, E. & Schwämmle, A. (2005). Freiwillig mehr tun? Organizational Citizenship Behavior im Krankenhaus – ein Vergleich zwischen Ärzten und Pflegekräften. *Das Gesundheitswesen*, 67, 770-776.
- Boetcher, A. (2015). Querdenken erlaubt – Interdisziplinarität beginnt in den Köpfen der Lehrenden. Dreiländer-Tagung in Winterthur, CH. Verfügbar unter: https://www.haw-hamburg.de/fileadmin/user_upload/CC3L/Fit_Weiter/Publikationen_IGV/Publikationen/Vortraege___Workshops/2015_09_10Querdenken_Winterthur_Boettcher.pdf [26.03.2017].
- Böcken, J., Braun, B. & Schnee, M. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. Verfügbar unter: http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_ttaoarticles/200205-Beitrag.pdf [22.03.2017].
- Büscher, A., Preßmann, P. (2011). Internationale Beispiele für Kooperation in der Gesundheitsversorgung. Erstellt im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Verfügbar unter: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Synopse_Prof._Dr._Buescher.pdf [05.01.2017].
- Chan, M. (2016). Obesity and diabetes: the slow-motion disaster. Keynote address at the 47th meeting of the National Academy of Medicine. Washington, DC, USA, 17 October 2016 Verfügbar unter: <http://www.who.int/dg/speeches/2016/obesity-diabetes-disaster/en/> [05.01.2017].
- Gorenoi, V., Schönermark, M.P. & Hagen, A. (2007). Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg. *Schriftreihe HTA*, 65. Köln: DIMDI. ISSN 1864-9645. Verfügbar unter: https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta206_bericht_de.pdf [22.03.2017].
- Höhmann, U., Trieschmann, J. (2005). Der Drehtüreffekt: Welchen Beitrag können Überleitungsbögen für die Versorgungsqualität leisten? *Nightingale* 4 (1), 13-21.
- Jungert, M. (2010). Was zwischen wem und warum eigentlich? Grundsätzliche Fragen der Interdisziplinarität? In Jungert, M., Romfeld, E. & Sukopp, T. & Voigt, U. (Hrsg.). *Interdisziplinarität. Theorie, Praxis, Probleme*. (S.1-12). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Kaba-Schönstein, L., Kälble, K. (Hrsg.). (2004). *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen*. FFM: Mabuse.
- Körner, M., Göritz, A. S., Bengel, J. (2014). Healthcare professionals' evaluation of interprofessional teamwork and job satisfaction. *International Journal of Health Professions*, 1(1), 5-12. ISSN 2296-990X, DOI: 10.2478/ijhp-2014-0006.
- Lüdeking, C. (2016). Interdisziplinäres Arbeiten in Kliniken – Chance oder Risiko? Positive und negative Effekte von Teamarbeit auf Ergotherapeuten und andere Teammitglieder. *Ergoscience*, 11(2), 46-56.
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S., Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS*, 31 (4), ISSN 1860-3572.
- Retchin, S.M. (2008). A conceptual framework for interprofessional and co-managed care. *Academic Medicine*, 83, 929-933. 10.1097/ACM.0b013e3181850b4b.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI.

- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011). Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Robert Bosch Stiftung (2013). Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Sachverständigenrat (2007). Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=15> [13.02.2017].
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung □ Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode Drucksache 18/1940. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/019/1801940.pdf> [22.02.2017].
- Sottas, B., Kissman, S. (2015). Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP). Eine Übersichtstudie zur Evidenzlage. Expertenbericht für das Bundesamt für Gesundheit. Bern.
- Sottas, B. (2016). „Interprofessionelle Teams sind effizienter und senken die Kosten“ – Zur Evidenzlage bei einem kontroversen Innovationsthema. In Müller-Mielitz, S., Sottas, B., Schachtrupp, A. (Hrsg.). Innovationen in der Gesundheitswirtschaft. (S. 44-56). Melsungen: Bibliomed.
- Streich, W. Borgers, D. (2002). Probleme an den Schnittstellen des Versorgungssystems. In Böcken, J., Braun, B. & Schnee, M. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Verfügbar unter: http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/200205-Beitrag.pdf [26.03.2017].
- Terizakis, G., Gehring, P. (2014). Das Programm Interdisziplinarität. Überlegungen zu einem wissenschaftspolitischen Großbegriff. Beltz Juventa. Pflege & Gesellschaft 19 (1), 18-28.
- Weltgesundheitsorganisation (2008). Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO. Verfügbar unter: www.who.int [22.02.2017].
- World Health Organization (2010). Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Genf: WHO.
- Weltgesundheitsorganisation (2013). Research for universal health coverage. The World Health Report 2013. Geneva: WHO. Verfügbar unter: www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_report_20130815/en/ [22.02.2017].
- Weltgesundheitsorganisation (2011). The Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide. Geneva: WHO. Verfügbar unter: www.who.int [25.06. 2016].
- Wissenschaftsrat (WR) (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (13.07.2012). Verfügbar unter: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> [12.08.2016].
- Zwarenstein, M., Goldman, J. & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. In Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd.

Autorinnen und Autoren

Kontaktadresse:

Dr. Eva-Maria Beck

Alice Salomon Hochschule Berlin

Alice-Salomon-Platz 5

12627 Berlin

030-99245-268

eva-maria.beck@ash-berlin.eu