

Interprofessionalität richtig denken

Kaum ein fleißiger Beobachter wird sich in den letzten Jahren der Begrifflichkeit der Interprofessionalität in der Primärversorgung entzogen haben. Oft fallen auch Begriffe wie Multidisziplinarität, Multiprofessionalität, Interdisziplinarität – diese beschreiben aber durchaus unterschiedliche Zusammenarbeitsformen.

Nur die **interprofessionelle Zusammenarbeit** bezeichnet den Zustand, dass Vertreter mit *unterschiedlichen beruflichen Hintergründen* und Qualifizierungswegen gefordert sind, gemeinsam mit einer (dynamischen) Situation umzugehen, die eigene und die anderen Sichtweisen zu berücksichtigen, voneinander zu lernen und gemeinsam praktikable Lösungen zu erarbeiten. Interaktion ist hier zwingend; diese Form der Zusammenarbeit setzt sich als Schlüsselkonzept für das Gesundheitssystem durch.

Ziel der Interprofessionalität in der Primärversorgung ist die Steigerung der Versorgungsqualität, eine kosteneffektive Nutzung der Ressourcen und eine Steigerung der Effizienz, die Erhöhung der Zufriedenheit der Vertreter aller Fachrichtungen und eine Vermeidung frühzeitiger Berufsabgänge.

Vielfach missverstanden ist die Intention von Interprofessionalität: primär ist es NICHT die Steigerung der Attraktivität der Hausarztmedizin und auch NICHT die Übergabe ureigener beruflicher Kompetenzen an eine andere Berufsgruppe (dies würde in die Begrifflichkeit der Transprofessionalität fallen, in deren Natur es liegt, dass Unschärfen entstehen und daher das Risiko eines Qualitätsverlustes besteht). Eine Steigerung der Berufsattraktivität **kann** ein positiver Nebeneffekt sein, ist aber nicht die

alleinige Lösung der allgemeinen Ressourcenknappheit in der Primärversorgung.

In der Diskussion um Interprofessionalität sollte es weniger darum gehen, Berufsgrenzen zu diskutieren, als eine prozessbezogene Verbesserung der Kooperation sicherzustellen, welche die Qualität, Effizienz und Zufriedenheit der Akteure im Gesundheitswesen erhöht sowie die Qualität der Patientenversorgung und die Effizienz der Prozesse verbessert.

Interprofessionelle Zusammenarbeit hat aber auch Herausforderungen: Um Interprofessionalität erfolgreich umsetzen zu können, muss es eine klare Regelung der Entscheidungskompetenz und der Verantwortlichkeiten in Bezug auf die Behandlung der Patienten geben. Momentan gibt es in den in Österreich vorliegenden Konzepten keine klare Priorisierung der beteiligten Berufsgruppen (außer Ärzten und Krankenschwestern). Es fehlt außerdem noch eine Präzisierung der Ausbildungsqualität und -kompetenz der einzelnen Berufsgruppen.

An vielen Orten ist Interprofessionalität schon durch das Engagement langer praktizierender Hausärzte umgesetzt (insbesondere bei der Zusammenarbeit mit Pflegepersonal), wenn auch nicht überall alle gewünschten Berufsgruppen beteiligt sind – dies meistens aus Gründen mangelnder Finanzierbarkeit.



Dr. Stephanie Poggenburg
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Falls das Bemühen seitens der Politik ernst gemeint ist, durch Interprofessionalität die Patientenversorgung verbessern zu wollen, bedarf es aber auch einer wahrhaftigen und transparenten Diskussion darüber, wie diese flächendeckend umgesetzt und finanziert werden kann.

Sonst bleibt das politische Engagement für eine solidarische Gesundheitsversorgung in Österreich, die allen Patienten unabhängig vom sozialen Stand und Wohnort vergleichbare Leistungen anbieten kann, nicht glaubwürdig.

Diejenigen, die sich das Konzept einer interprofessionellen Zusammenarbeit theoretisch oder praktisch zu eigen gemacht haben, sollten sich daher gemeinsam für eine gleich finanzierte, aber auch praktikable und organisationsunabhängige Interprofessionalität stark machen – im Sinne der Patienten!

ÖGAM-Positionspapier Inter

Das Bestreben der Gesundheitspolitik, eine Stärkung der Primärversorgung in Österreich voranzubringen, existiert bereits seit Jahren. Als elementarer Bestandteil wird die Interprofessionalität allseits hervorgehoben, allerdings weisen konkrete Umsetzungsideen oft Unschärfen auf.

Autoren: Stephanie Poggenburg, Susanne Rabady

Co-Autoren: Andrea Bitschnau-Friedl, Christoph Dachs, Maria Wendler, Reingard Glehr

Begriffsklärung

Intraprofessionelle beziehungsweise interdisziplinäre Zusammenarbeit

Vertreter verschiedener Fachrichtungen innerhalb eines akademischen Fachs oder des gleichen Berufs arbeiten zusammen (zum Beispiel Mathematiker und Statistiker, Immunologen und Hämatologen, Diabetes-Nurses und Oncology-Nurses, Geografen und Hydrologen).

Multiprofessionelle beziehungsweise multidisziplinäre Zusammenarbeit (eigentlich: uniprofessionell, nebeneinander)

Vertreter verschiedener Fachrichtungen arbeiten in einer Abfolge beziehungsweise nebeneinander. Wissen und unterschiedliche Kompetenzen werden addiert, eine Wertschöpfungskette entsteht. Es gibt eventuell Kontakte, aber kaum Interaktion und Zusammenarbeit. Multiprofessionalität ist auch zwingend für das Funktionieren eines Spitals.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Interprofessionelle Zusammenarbeit beschreibt die Zusammenarbeit von Personen mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen und Qualifizierungswegen, die gemeinsam bestmöglich mit dem Mittel der Interaktion ein definiertes Ziel (zum Beispiel Verbesserung der Patientenversorgungsqualität) erreichen wollen.

Die Beteiligten haben **unterschiedliche berufliche Hintergründe und Qualifizierungswege**, sind aber gefordert, **gemeinsam** mit einer (dynamischen) Situation umzugehen, die eigene und die anderen Sichtweisen zu berücksichtigen, voneinander zu lernen und gemeinsam praktikable Lösungen zu erarbeiten. Interaktion ist hier zwingend, und diese Form der Zusammenarbeit setzt sich als Schlüsselkonzept für das Gesundheitssystem durch.

Transprofessionelle Zusammenarbeit

Klare Grenzziehungen zwischen den beteiligten Berufsgruppen haben sich aufgelöst, überlappende Kompetenzen führen zur gegenseitigen Ersetzbarkeit. Verwischung der Kernkompetenzen führt zu Verschmelzung ohne fachspezifische Identität.

Status quo

Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen in der Primärversorgung ist bereits gelebte Wirklichkeit.

Überall dort, wo Krankheiten diagnostiziert und Patienten behandelt und betreut werden, sind mehrere Berufsgruppen beteiligt. In die Hausarztmedizin involviert sind in der derzeit gängigen Praxis: Hausärzte, Ordinationsassistenten, diplomierte Pflegepersonen, mobile Dienste, Rettungsdienste, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Ärzte in Ausbildung, Ärzte der Spezialdisziplinen, soziale Dienste, Diätologen, Logopäden, Hebammen, Sozialarbeiter et cetera. Art, Umfang, Strukturierung und Verbindlichkeit dieser Netzwerke sind derzeit von hoher Variabilität.

Informationstransfer und -austausch sind dementsprechend ebenfalls uneinheitlich.

Ziele von Interprofessionalität in der Primärversorgung

- Steigerung der Versorgungsqualität
- kosteneffektive Nutzung der Ressourcen und Steigerung der Effizienz
- Erhöhung der Zufriedenheit der Vertreter aller Fachrichtungen
- Vermeidung frühzeitiger Berufsabgänge

Herausforderungen von Interprofessionalität

- Regelung der Entscheidungskompetenzen und der Verantwortlichkeiten in Bezug auf die Behandlung der Patienten
- fehlende Priorisierung der Zusammensetzung interprofessioneller Teams (außer Ärzten und DGKS/DGKP)
- Fehlen einer Präzisierung von Ausbildungsqualität und -kompetenz der einzelnen Berufsgruppen
- Finanzierung von Leistungen

professionalität

Chancen von interprofessioneller Zusammenarbeit

- Ergänzung der Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen beziehungsweise die Erweiterung von deren Leistungsmöglichkeiten
- Eine strukturierte Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen ermöglicht eine Konzentration jeder Berufsgruppe auf ihre Kernkompetenzen und damit eine Erhöhung der Arbeitszufriedenheit. Überforderung kann genauso vermieden werden wie Unterforderung.
- Steigerung der Qualität durch klare Kompetenzaufteilung entsprechend der Ausbildung und der Kenntnis sowie Berücksichtigung der jeweiligen professionsbedingten Arbeitsweise
- Verbesserung des Verhältnisses der Berufsgruppen zueinander durch respektvolles Miteinander

Risiken

- **Transprofessionalität** gilt „wegen der Ansprüche an Qualität und Sicherheit als im Gesundheitsbereich nicht praktikabel. Aufgrund der Arbeitsteilung und Komplexität ist Transprofessionalität im Gesundheitssystem nicht erwünscht, sondern höchstens in Teilbereichen möglich“ – es entsteht ein Kompetenzwirrwarr und Attraktivitätsverlust einzelner Professionen aufgrund der unzulässigen Aufweichung von Berufsgrenzen und -kompetenzen und dadurch Einbußen in Patientenversorgungssicherheit und -qualität.
- Missverständnis bezüglich der Ziele von Interprofessionalität: Diese kann und soll nicht Ärztemangel oder Pflegenotstand beheben, sondern die Patientenversorgung verbessern.
- Unschärfen in der Verantwortlichkeit, die zu Patientengefährdung führen können
- Der Hausarztberuf ist hauptsächlich **wegen** seiner Arbeitsinhalte attraktiv – **eine Missachtung** der spezifischen Professionskultur des Arztberufes führt zur Abschwächung seiner Attraktivität.
- Inhalte und Ziele der ärztlichen Ausbildung und der pflegerischen Ausbildung zeigen zwar durchaus Schnittmengen, unterscheiden sich jedoch wesentlich. So ist das Erkennen von

Krankheiten inklusive differenzialdiagnostischer Erwägungen und die Wahl der richtigen Therapie unter Wissen der spezifischen Prädispositionen, Vorerkrankungen und Begleitmedikation **spezifisch ärztliches Wissen und auch ärztliche Verantwortung**. Der medizinische Prozess des Diagnostizierens ist vom pflegerischen Prozess des Diagnostizierens zu unterscheiden: Er verfolgt ganz andere Ziele und verwendet daher andere Methoden.

- Konsequenzen einer Taylorisierung des Patienten in der Primärversorgung (= Aufsplitterung des Erstkontakts, Aufsplitterung der patientenführenden Stelle):
 - ▶ Verlust von Kontinuität als Voraussetzung für rasche, sichere Diagnostik und optimale Adhärenz sowie dadurch auch potenzieller Informationsverlust
 - ▶ Gefahr der Unterdiagnostik/Untertherapie oder Überdiagnostik/Übertherapie

Handlungsfelder

Definition notwendiger Kompetenzen für interprofessionelle Zusammenarbeit:

- 1. Gemeinsame Kompetenzen:** zum Beispiel Recht, Gesundheitspolitik, Ethik, Dokumentation, Forschung und Evidenz, Selbstbestimmungsrechte und Patientenbeteiligung beziehungsweise Nutzerorientierung
- 2. Professionsspezifische Kompetenzen:** komplementäre Kompetenzen; Erkennen und Wahrnehmen der Vielfalt von Rollen, Aufgaben und Kompetenzen
- 3. Interprofessionelle Kompetenz:** Kooperationskompetenz, zum Beispiel Prinzipien der Teamarbeit, Schnittstellen-Management, interprofessionelle Konfliktfähigkeit, Praxistransfer, Prozessmoderation, kooperative Führungsprinzipien

Methodik zur Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit

Aufgrund der Gefahr von Verletzungen der Tätigkeitsvorbehalte bei medizinischen Berufsgruppen und der Verantwortlichkeit stellt sich weniger die Frage, welche berufsspezifischen Auf- ▶

gaben an andere Berufsgruppen übertragen werden, als die Frage, wie eine **interprofessionelle Zusammenarbeit unter Wahrung inhaltlich sinnvoller eigener Tätigkeitsvorbehalte** gelingen kann. Eine prozessbezogene Restrukturierung ist notwendig, die Arbeitszufriedenheit korreliert mit der Qualität der Zusammenarbeit.

- Kooperationsmodelle mit prozessbezogener Restrukturierung der gemeinsamen Arbeitsprozesse
- gegenseitige Mitwirkung an Entscheidungsprozessen

- perspektivische Abwägungsprozesse im Rahmen eines erfahrungsgeleitet-subjektivierenden Arbeitshandelns
- Nutzung der Wissensdivergenz durch funktionierende patientenbezogene Kommunikationskultur
- gemeinsames patientenorientiertes Verständnis – Abstimmung des Versorgungsprozesses

Literatur bei den Verfassern

Conclusio

1. Hochwertige Primärversorgung **verlangt** jedenfalls und unabhängig von der jeweiligen Versorgungsform nach dem **Zusammenwirken** unterschiedlicher Berufsgruppen
2. **Interprofessionalität bietet die Chance** auf Ergänzung der Kompetenzen verschiedener Berufsgruppen beziehungsweise auf Erweiterung von deren Leistungsspektrum.
3. Die Kompetenzaufteilung sollte sinnvollerweise entsprechend der Ausbildung erfolgen sowie in Kenntnis und **unter Berücksichtigung der jeweiligen professionsbedingten Arbeitsweisen und -voraussetzungen**. Ein *Abgleiten* einer interprofessionellen Zusammenarbeit *in die Transprofessionalität* mit konsekutiv unklarer, intransparenter Gesamtverantwortlichkeit für den Patienten in seiner Ganzheit, ist sowohl im Hinblick auf Qualitätssicherung wie auch bezüglich der Arbeitszufriedenheit der beteiligten Berufsgruppen zu vermeiden.
4. **Berufsinhalte, Arbeitsweisen** und -voraussetzungen sind bei der Organisation interprofessionellen Arbeitens sorgsam zu **berücksichtigen**.
5. Für die **(persönliche) Kontinuität** und die Arzt-Patienten-Beziehung ist ein klarer Einfluss auf Morbidität und Mortalität nachgewiesen. Diese darf durch interprofessionelle Zusammenarbeit nicht gefährdet werden.
6. Gute, wohlorganisierte **interprofessionelle Zusammenarbeit erleichtert Kontinuität**, erweitert das Leistungsspektrum.
7. Sie ist gekennzeichnet **von gegenseitigem Respekt** bei klarer, transparenter Zuordnung von Rollen und Verantwortlichkeiten.

Die Ärztekroner VerlagsgesmbH unterstützt diese Veranstaltung mit dieser Gratiseinschaltung.

