

Die Idee des Memorandums »Kooperation der Gesundheitsberufe«

Adelheid Kuhlmei,
Mark Dominik Alscher,
Andreas Büscher,
Gerd Dielmann,
Manfred Hopfeld,
Gerhard Igl,
Heidi Höppner,
Ursula Matzke und
Almut Satrapa-Schill

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Mark Dominik Alscher, Ärztlicher Direktor, Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH, Stuttgart

Dr. Andreas Büscher, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Hochschule Osnabrück

Dipl.Päd. Gerd Dielmann, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen, ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesverwaltung

Manfred Hopfeld M.A., Referatsleiter, Ressortkoordination Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen

Prof. Dr. Gerhard Igl, Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Prof. Dr. Heidi Höppner, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Studiengang Physiotherapie, Fachhochschule Kiel

Dipl.Med.päd. Ursula Matzke, Pflegedirektorin, Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH, Stuttgart

Dr. Almut Satrapa-Schill, Robert Bosch Stiftung, Stuttgart

Die Robert Bosch Stiftung initiiert, fördert, begleitet seit mehr als 30 Jahre Entwicklungen im Gesundheitswesen. Die Expertenrunde Gesundheitsberufe berief sie im Jahre 2009 ein. Ihr wurde die Aufgabe gestellt, Wege und Voraussetzungen für mehr Interdisziplinarität, Interprofessionalität und Kooperationen in den Gesundheitsberufen aufzuzeigen. Eine solche neue Kultur des Zusammenarbeitens dient der Verbesserung der Versorgungsqualität und führt zu mehr Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den unterschiedlichen Gesundheitsberufen. Der nachfolgende Beitrag stellt das Memorandum „Kooperation der Gesundheitsberufe“ als ein Ergebnis der Arbeit der Expertengruppe vor.

Die Aufgaben der Gesundheitsversorgung wurden mit der zunehmenden Alterung der Patienten, dem gewandelten Krankheitsspektrum, aber auch durch die geänderten Bedürfnisse der Nutzer sowie den verstärkten Einsatz von Medizintechnik immer aufwändiger und komplexer. Arbeitsteilung, Fragmentierung und Spezialisierung waren über viele Jahre unsere Antworten auf solche Herausforderungen. Den Effekt dieses vermeintlichen Fortschritts formulierte Hans Georg Gadamer (1994) in einem Aufsatz zum Thema »Über die Verborgenheit der Gesundheit«: So viel ist jedenfalls klar, schreibt er – der Begriff der »Ganzheit« ist ein kunstvoller Ausdruck – der durch seinen Gegenbegriff, die »Spezialisierung« überhaupt erst »notwendig ...geworden ist«. Hier setzt unser Memorandum an, es will einen Beitrag auf dem Weg zurück in die Zukunft einer neuen Ganzheit der Gesundheitsversorgung leisten.

Mit diesem Anliegen stehen wir nicht allein: Kooperation, Vernetzung, Schnittstellenüberwindung, Interdisziplinarität erleben begrifflich seit vielen Jahren eine Inflation. Diese Tatsache zeigt, dass Arbeitsteilung und Spezialisierung zwar eine optimalere Bewältigung von Teilproblemen erlaubten, doch auch zu einer Zerstückelung von Arbeitsprozessen führten, die nicht mehr vereinbar ist mit den Erwartungen der Patienten an eine kontinuierliche, ganzheitliche und auf sie abgestimmte Versorgung.

Die Auflösung dieses Widerspruchs liegt sicherlich nicht in der Preisgabe der Vorteile der Spezialisierung, sondern nur in einer Vernetzung, die zu mehr Zufriedenheit bei den Berufsgruppen im Gesundheitswesen und zu mehr Versorgungsqualität für die Patienten führt.

Leider ist für den Aufbau und die Pflege der Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitswesen strukturell

noch immer niemand verantwortlich. So bleibt das Motto: wer nicht will, der muss auch nicht. Damit ist interdisziplinäre Kooperation ohne Leben, wenn nicht gerade ein persönliches Interesse und das Engagement einzelner Blüten treiben. Ökonomischer Druck forciert zwar heute eine oberflächliche Zusammenarbeit. Doch die aktuellen Anforderungen der Gesundheitsversorgung drängen auf eine inhaltlich systematische Herausbildung eines Mehr an Kooperation.

Definitionen: Kooperation, Interdisziplinarität, Gesundheitsberufe

Kooperation wird allgemein als eine enge und harmonische Interaktion zwischen gleichberechtigten Partnern bzw. Organisationseinheiten mit gemeinsamen Zielvorstellungen definiert (Zelewski 1993).

Während Kooperation sowohl auf der mono- als auch auf der multiprofessionellen Ebene stattfinden kann, setzt Interdisziplinarität immer die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe voraus.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat 2007 Gesundheitsberufe als Berufe innerhalb des Versorgungssystems definiert, deren Tätigkeitsinhalte unmittelbar darauf abzielen, Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen zu diagnostizieren, zu heilen, zu lindern oder zu verhüten. In Gesundheitsberufen, also unmittelbar in der Versorgung des Patienten, arbeiten 2,7 Millionen Beschäftigte (das sind weit mehr als die Hälfte aller Beschäftigten im Gesundheitswesen (Statistisches Bundesamt 2009)).

Ursachen für Kooperationsdefizite

Neben Informationsdefiziten, d.h. einem mangelndem Wissen über die Kompetenzen des je anderen Gesundheitsberufs, unterschiedlichen Ausbildungs- und Qualifizierungsverläufen spielen rechtliche, aber auch strukturelle Rahmenbedingungen eine wesentliche Rolle für die nicht gelingende Zusammenarbeit. Kooperationsdefizite entstehen nicht zuletzt durch Unterschiede in der Professionsentwicklung einzelner Gesundheitsberufe. Autonomie bei der Be-

rufsausübung ist ein wesentliches Merkmal einer Profession. Zu den weiteren Merkmalen gehören: Expertenwissen, das Vorhalten der Leistungen als Monopol, die kollegiale Eigenkontrolle und ein hohes Sozialprestige.

Viele Gesundheitsberufe, u.a. die Pflege, zählen nicht zu den Berufen, die in der Soziologie als klassische Professionen definiert werden. Die Pflege – diese Berufsgruppe sei beispielhaft gewählt – hat sich aber im zeitlichen Verlauf der letzten hundert Jahre von der Berufung zum Beruf entwickelt und optimiert seit langem die professionellen Ressourcen. Gerade dieser Entwicklungsprozess zeigt uns aber auch: Es braucht Zeit und es braucht Strukturveränderungen, wenn einer zunehmenden innerberuflichen Identität von Pflegenden oder anderen Gesundheitsberufen auch gesellschaftliche Anerkennung und professionelle Statusverbesserungen folgen sollen. Das Maß an Autonomie eines Leistungserbringers ergibt sich aus dem Wechselspiel von Faktoren, die eine Berufsgruppe – die Pflegenden, die Physiotherapeuten oder die Ärzte – selbst beeinflussen kann und von solchen, die von übergeordneten Strukturveränderungen abhängen. Dies zeigt sich am Gegenbeispiel der Professionsentwicklung der Ärzteschaft noch einmal deutlich: Die vergangenen hundert Jahre brachten den Ärztinnen und Ärzten in Deutschland einen Status, den sie bis zu diesem Zeitpunkt nicht kannten und auf den alle Merkmale der klassischen Professionsdefinition letztendlich zutrafen. Aber die Medizin erlebt gegenwärtig Prozesse der Umstrukturierung, die für Ärztinnen und Ärzte Deprofessionalisierungsentwicklungen beinhalten. So verringert sich die Selbstbestimmung der Ärzte über die von ihnen zu leistende Tätigkeit, wenn sie nicht allein entscheiden, wann, wie lange und zu welchen Kosten an einem Patienten medizinische Therapie durchgeführt wird, oder es verändert sich die herkömmliche Hierarchie durch das Selbstbestimmungsrecht der Patienten und den Zugriff auf medizinisches Wissen im weltweiten Netz. Der einstige »Halbgott in Weiß« wird zum »Dienstleister« und sein Patient ein »Kunde« (Unschuld 2005).

Solche unterschiedlichen Entwicklungen der Gesundheitsberufe führen

heute zu Mängeln in ihrer Kooperation und nicht zuletzt zu Einbußen bei der Versorgungsqualität (vgl. SVR 2007). So ist die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen oft nicht mehr effektiv und effizient und zeigt die Arztzentriertheit der deutschen Krankenversorgung dort Probleme, wo z.B. die Pflege nicht selbständig in der Lage ist, Pflegehilfsmittel oder bestimmte Medikamente zu verordnen. Eine mangelhafte interdisziplinäre Standardisierung von Versorgungsverläufen erschwert die Zusammenarbeit und führt für die Patienten zu unerwünschten Versorgungsschnittstellen.

Und dennoch bleibt zu fragen: Können wir sicher sein, dass eine verbesserte interdisziplinäre Kooperation der Gesundheitsberufe auch zu einer höheren Versorgungsqualität und zu mehr Zufriedenheit bei den Gesundheitsberufen führt? Können wir die Vorteile kooperativer Versorgung gegenüber der nicht kooperativen belegen?

Auswirkungen von besserer Kooperation auf die Versorgung

Einerseits mussten wir im Ergebnis unserer Analyse eine schwache, methodisch noch wenig belastbare empirische Basis konstatieren und im Memorandum die Stärkung interdisziplinärer Ansätze durch Forschungsförderung fordern. Künftige Studien – so unsere Position – sollten die intendierten Zielsetzungen interdisziplinärer Praxis zum Ausgangspunkt der Untersuchung machen und dabei nicht lediglich die Analyse von Bestehendem in den Mittelpunkt stellen.

Andererseits zeigten aber die meisten der bislang vorliegenden Befunde auf das große Potential interdisziplinärer kooperativer Gesundheitsversorgung. Einige Beispiele:

Ergebnisse eines Reviews, in dem Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden im stationären Bereich untersucht wurden, zeigen, dass tägliche, multidisziplinäre Visiten (team ward rounds) aller in den Versorgungsprozess involvierten Berufsgruppen Effekte auf eine Verkürzung der Krankenhausverweildauer (von 6.06 auf 5.46 Tage), eine Kostenreduktion (von US \$ 8090 auf 6681) und eine höhere Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten hatten (Zwarenstein und Bryant 2000).

In den Projekten der Leuchtturminitiative Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurde deutlich, wenn alle an der Versorgung dementer Menschen in Heimen beteiligten Berufsgruppen sowie die verschiedenen organisatorischen Ebenen in Qualifizierungsmaßnahmen mit einbezogen werden und darüber hinaus die Beteiligung Angehöriger gewährleistet wird, können die pflegerischen Abläufe und der Umgang der Mitarbeiter mit den dementen Bewohnern verbessert werden, wie auch die Wahrnehmung der eigenen Kompetenz und Sicherheit im Umgang bei den Mitarbeitern. Es ließen sich aber ebenso Effekte an körperlichen Parametern der Studienteilnehmer wie z.B. die Ernährungssituation belegen.

In einer Evaluationsstudie des Instituts für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin zeigte sich, dass mehr Koordination und Kooperation zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führt. Beim Modellprojekt »Pflege und Wohnberatung in Ahlen« ging es um die Beratung pflegebedürftiger Menschen sowie die Vernetzung aller notwendigen Dienste. Die Evaluation des Modellvorhabens bewies, dass die Nutzer der koordinierten Versorgung in Ahlen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe länger in der Pflegestufe 1 waren, damit seltener einen Heimplatz in Anspruch nehmen musste und länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben konnte.

Das Potential der interdisziplinären Kooperation wird weiterhin durch ein telemedizinisches Projekt in der integrierten Schlaganfall-Versorgung (TeMPIS) verdeutlicht, das die Versorgung im ländlichen Raum verbessert. Das Projekt zeigt eine signifikant höhere Überlebensrate sowie einen stärkeren Erhalt der Selbständigkeit bei den so Versorgten. Positive Outcomes von Kooperation wurden in der stationären Langzeitversorgung gefunden: Dort, wo Teamarbeit und kooperative Planung der Versorgung praktiziert wurde, war die Überlebenszeit der Patienten länger. Noch eindeutiger Ergebnisse stammen aus einem akutkli-

nischen Setting: Eine Studie an der George Washington University belegt, dass die Sterberaten in der Intensivstation mit dem Zustand der Beziehungen zwischen dem medizinischen Personal und Pflegepersonal klar zusammenhängen. Sterberaten verminderten sich, wenn kooperative Beziehungen herausgebildet werden konnten (Rubenstein et al. 1984).

Fazit

Die Bedürfnisse und Erwartungen, insbesondere chronisch kranker Menschen, sollten Ansporn, die aufgezeigten Untersuchungsergebnisse Ermutigung sein für eine neue Kultur des Zusammenarbeitens, der es gelingt, die gegenwärtigen Hemmnisse im Haftungsrecht, in den Qualifikationsstrukturen oder dem berufsständischen Denken beiseitezuschieben. Diesem Gedanken fühlt sich das Memorandum verpflichtet. Es will Wegweiser aufstellen, die zur strukturellen Etablierung interdisziplinärer Kooperation im deutschen Gesundheitswesen führen und die Idee des Miteinanders zu jedem einzelnen Mitarbeiter bringen. Es reicht nicht, lediglich strukturelle Voraussetzungen von außen zu schaffen und den Informationsfluss technisch zu verbessern. Wir alle müssen Kooperation und Kommunikation lernen und die Kooperationsbereitschaft und –fähigkeit fördern – nicht zum Selbstzweck, sondern orientiert am Ziel einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung und der Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppen.

Zentral könnte bei einer wirklich flächendeckenden und nicht in Modellprojekten steckenbleibenden interdisziplinären Versorgung die Beachtung und kontinuierliche Umsetzung einiger grundsätzlich neuer Regeln der Versorgung sein. Zu diesen gehört die konsequente Neuausrichtung arbeitsteiliger Versorgungsprozesse an der Perspektive des Patienten: Das Memorandum fordert deshalb Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufe auf, ihre Versorgungsprozesse konsequent patientenorientiert auszurichten.

Literatur:

Gadamer, H.-G. (1994): Über die Verborgenheit der Gesundheit, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

Rubenstein, L., Josephsen, K., Wesland, G. et al. (1984): Effectiveness of a geriatric evaluation unit. *New England Journal of Medicine*, 311: 1664-1670

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008): Gutachten 2007. Band I – Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos

Statistisches Bundesamt 2009. Beschäftigte im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter <http://www.gbe-bund.de>

Unschuld, P. U. (2005): Der Arzt als Fremdling in der Medizin? Standortbestimmung. München, Wien, New York

Zelewski, H. (1994): Grundlagen. In: Corsten, H. (Hrsg.): Betriebswirtschaftslehre. München: Oldenbourg. S. 127-132

Zwarenstein, M., Bryant, W. (2000): Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.

Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe

Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen

Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe wird zu einer immer wichtigeren Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und sichere Gesundheitsversorgung. Zwar forciert ökonomischer Druck eine oberflächliche Zusammenarbeit, doch für die Etablierung tragfähiger Formen der integrierten und kooperativen Gesundheitsversorgung bedarf es weiterer Voraussetzungen und Anstrengungen. Erforderlich ist eine neue Kultur des Zusammenarbeitens, die die gegenwärtigen Hemmnisse in den rechtlichen Rahmenbedingungen, den Qualifikationsstrukturen und dem berufsständischen Denken beiseiteschiebt. Da im Gesundheitswesen niemand für den Aufbau und die Pflege der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen strukturell verantwortlich ist, bleibt die Interdisziplinarität bisher ohne Leben.

Das Memorandum will Wege aufzeigen, wie die Kooperation der Gesundheitsberufe im deutschen Gesundheitswesen strukturell etabliert werden kann und sie zum Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses jedes einzelnen Mitarbeiters wird. In dem Memorandum wird verdeutlicht, welche Hindernisse der Kooperation der Gesundheitsberufe im Wege stehen und welche Maßnahmen daher zu ihrer Förderung ergriffen werden müssen.

Zur Wirkung von Interdisziplinarität

Das Potential der interdisziplinären Kooperation wird durch ein telemedizinisches Projekt in der Integrierten Schlaganfallversorgung (TeMPIS) verdeutlicht, das die Versorgung im ländlichen Raum verbessert. Das Projekt offenbart eine signifikant höhere Überlebensrate sowie einen stärkeren Erhalt der Selbständigkeit Betroffener. Die interdisziplinäre Kooperation des Projektteams zeichnet sich durch regelmäßige Maßnahmen zur Verbesserung der Zusammenarbeit aus. Dazu gehören gemeinsame Weiterbildungsinhalte, Schulung der Kommunikationsfähigkeit oder gemeinsame Visiten.

Weichenstellungen zur Umsetzung interdisziplinärer Kooperation im Gesundheitswesen

- 1: Überwindung der Hindernisse zur Realisierung einer sektorenübergreifenden Versorgung
Es gilt, Hindernisse, die einer sektorübergreifenden Kooperation der Gesundheitsberufe entgegenstehen, durch Entwicklung professioneller Konzepte zur Fallsteuerung sowie Schaffung rechtlicher und finanzieller Rahmenbedingungen zu beseitigen.
- 2: Neuausrichtung arbeitsteiliger Versorgungsprozesse an der Perspektive des Patienten
Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufe sind aufgefordert, ihre Versorgungsprozesse konsequent patientenorientiert auszurichten.
- 3: Ausrichtung von Leitungsstrukturen an inhaltlichen Zielen statt an Statusfragen
Gesundheitseinrichtungen müssen Leitungsstrukturen nach sachlichen Aspekten und nicht nach Statusfragen festlegen und damit das professionsübergreifende Arbeiten wirkungsvoll unterstützen. Die Erfüllung der Leitungsfunktion in interdisziplinären Teams bedarf einer entsprechenden Qualifikation.
- 4: Aufbau von Organisationen mit Blick auf Versorgungsziele und Förderung von Zusammenarbeit
Kooperation erfordert eine Abkehr von streng hierarchischen zugunsten flacherer Organisationsstrukturen, die sich an den Zielvorgaben orientieren.
- 5: Förderung von Teambildungsprozessen durch Schulung und Strukturen
Die Gesundheitseinrichtungen müssen der interdisziplinären Kooperation durch Strukturelemente wie Team- oder Fallbesprechungen einen Rahmen geben und dadurch Teambildungsprozesse befördern.
- 6: Beschreibung von Berufsprofilen mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten
Berufsverbände und der Gesetzgeber sind aufgefordert, klare Berufsprofile mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten festzuschreiben.
- 7: Erstellung von Leitlinien unter Einbeziehung aller Betroffenen
Die Fachgesellschaften aller Gesundheitsberufe sind aufgefordert, die interdisziplinäre Leitlinienerstellung zu fördern.
- 8: Beschreibung und rechtliche Verankerung der in Aus- und Weiterbildung zu vermittelnden beruflichen Kompetenzen
Die anhand des europäischen und deutschen Qualifikationsrahmens kompetenzorientiert entwickelten Ausbildungsprofile müssen in den berufs- und berufsbildungsrechtlichen Grundlagen verankert werden.
- 9: Ausbildung von Kompetenzen zur Zusammenarbeit
Die Ausbildungseinrichtungen müssen durch ihr Lehr- und Lernangebot Voraussetzungen für interdisziplinäre Kompetenz schaffen.
- 10: Vernetzung der Ausbildungsstätten verschiedener Gesundheitsberufe
Da berufliche und wissenschaftliche Sozialisation und Qualifikation der Gesundheitsberufe auf eine spätere, interdisziplinäre Berufspraxis vorbereiten sollen, müssen Forschung und Ausbildung interdisziplinär und kooperativ angelegt sein. Dafür ist eine Vernetzung der Ausbildungsstätten der verschiedenen Gesundheitsberufe erforderlich.
- 11: Berichterstattung über Kennzahlen der Ausbildung, der Nachfrage und Beschäftigtenzahlen der Gesundheitsberufe
In der deutschen Gesundheitsberichterstattung sollte ein regelmäßiger Ausbildungsbericht integriert sein, in dem die Kennzahlen der Ausbildung, der Nachfrageentwicklung und der Beschäftigtenzahlen der Gesundheitsberufe zusammengetragen werden. Die Zahlen sind regional differenziert auszuweisen, um kommunale und regionale Planung zu ermöglichen.
- 12: Berufegipfel zur Klärung von Fragen der Gesundheitsberufebildung
Die zuständigen Bundes- und Landesministerien werden aufgefordert, einen Berufegipfel zu initiieren, bei dem die wesentlichen Fragen der zukünftigen interdisziplinären Zusammenarbeit, der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Berufsausübung auf breiter Basis diskutiert werden.

- 13: Schaffung von Verantwortungspartnerschaft für eine gute Praxis der Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe
Die Vertragspartner im Gesundheitswesen müssen Verantwortung für das Gelingen einer sektorübergreifenden und den regionalen Bedingungen angepassten Versorgung übernehmen. Daher muss sich die Vertragspartnerschaft im Gesundheitswesen zu einer Verantwortungspartnerschaft aller Beteiligten weiterentwickeln.
- 14: Stärkung interdisziplinärer Ansätze durch Forschungsförderung
Forschungsförderer sollen multiprofessionelle Anträge, insbesondere zur Versorgungs- und Bildungsforschung, berücksichtigen und einfordern. Die Gremien zur Begutachtung von Forschungsanträgen sind interdisziplinär zu besetzen.
- 15: Nutzung von Telemedizin und Informationstechnologien für die Vernetzung aller Beteiligten am Versorgungsprozess
Die Nutzung in der Regelversorgung ist zu ermöglichen und durch ein gesichertes Qualitätsmanagementverfahren zu begleiten, bei dem fachliche, technische, ethische und (datenschutz-)rechtliche Standards zu berücksichtigen sind.
- 16: Stärken der regionalen Planung und Förderung von Versorgungsnetzen
Die Länder und Kommunen werden aufgefordert, interdisziplinäre Kooperation in der regionalen Gesundheitsversorgung zu initiieren, zu unterstützen und ihr eine Plattform zu bieten.
- 17: Berufsrechtliche Klärung von Kooperation
Der Bundesgesetzgeber hat im Berufsrecht aller Heilberufe Vorgaben für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu formulieren. Ein Allgemeines Heilberufegesetz soll auch Vorschriften zu Aufgaben- und Tätigkeitsbereichen, auch im Sinne vorbehaltenen und vorrangiger Tätigkeiten, enthalten und die Tätigkeiten der Heilberufe im Verhältnis zueinander beschreiben.
- 18: Sozialrechtliche Verankerung eigenständiger Leistungserbringung verschiedener Gesundheitsberufe
Damit Angehörige von Gesundheitsberufen als eigenständige Leistungserbringer tätig werden können, bedarf es einer Öffnung der Zulassung zur Leistungserbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.
- 19: Anpassung des Haftungsrechts an die kooperative Leistungserbringung
Für das Haftungsrecht empfehlen sich gesetzliche Regelungen, die den besonderen rechtlichen Anforderungen der Kooperation der Gesundheitsberufe Rechnung tragen.
- 20: Enquete-Kommission zur Zukunft der gesundheitlichen Versorgung und Qualifikation der Gesundheitsberufe
Der Bundestag wird aufgefordert, eine Enquete-Kommission einzurichten. Themen sind die sektorenübergreifende, auf Kooperation ausgerichtete Gesundheitsversorgung und die Anforderungen an eine Qualifizierung der Gesundheitsberufe.

Verfasser des Memorandums

- Prof. Dr. Mark Dominik Alscher, Ärztlicher Direktor, Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH, Stuttgart
- Dr. Andreas Büscher, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Hochschule Osnabrück
- Dipl.Päd. Gerd Dielmann, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen, ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesverwaltung
- Manfred Hopfeld M.A., Referatsleiter, Ressortkoordination Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen
- Prof. Dr. Gerhard Igl, Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
- Prof. Dr. Heidi Höppner, Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit, Studiengang Physiotherapie, Fachhochschule Kiel
- Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin
- Dipl. Med. päd. Ursula Matzke, Pflegedirektorin, Robert-Bosch-Krankenhaus GmbH, Stuttgart

Dem Memorandum zugrundeliegende Gutachten

- Dr. Andreas Büscher, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Hochschule Osnabrück
- Prof. Dr. Gerhard Igl, Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
- Prof. Dr. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Weitere Informationen zum Memorandum finden Sie unter

www.bosch-stiftung.de/gesundheitsversorgungvonmorgen

Förderungskontext der Robert Bosch Stiftung

Seit über 30 Jahren fördert die Robert Bosch Stiftung neue Wege in der öffentlichen Gesundheitspflege. Dabei stand von Anfang an die Sicherung und Qualität der Gesundheitsversorgung von Menschen jeden Alters und jeder Herkunft im Fokus sowie die Überzeugung, dass Qualität eng mit der Qualifizierung des Fachpersonals verbunden ist. Mit Blick auf die künftig zu erwartenden Herausforderungen steigen die Anforderungen vor allem an Mediziner, Pflegekräfte und Therapeuten. Ihre Kooperation sowie integrative Versorgungsmodelle nehmen eine immer wichtigere Rolle ein. Förderungsansätze der Stiftung konzentrierten sich deshalb auf Aktivitäten, die die Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen sowie zwischen Versorgungseinrichtungen verbessern und die Zielerreichung durch entsprechende Angebote in Aus-, Fort- und Weiterbildung vorbereiten. Die Robert Bosch Stiftung hat die Expertenrunde Gesundheitsberufe 2008 einberufen, um zu analysieren, ob und wie eine Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität durch Interdisziplinarität, Interprofessionalität und Kooperation in den Gesundheitsberufen erreicht werden kann und welche Voraussetzungen dafür benötigt werden. Wir danken allen Mitgliedern der Expertenrunde für das große Engagement und die effiziente Mitwirkung bei der Erarbeitung des Memorandums. Frau Karin Höppner danken wir für die redaktionelle Überarbeitung des Textes.