

Interprofessionalität in der ambulanten Versorgung

von Mike Harald Traub, Lorena Dini und Sydney Odonkor

 doi.org/10.4126/FRL01-006527198

Abstract

Interprofessionalität als Strukturvoraussetzung der ambulanten Versorgung wird als zentrales Organisations- und Steuerungsprinzip analysiert. Der Beitrag argumentiert, dass demografischer Wandel, Multimorbidität und Fachkräftemangel weniger durch zusätzliche Einzelleistungen als durch effizient gestaltete Versorgungsstrukturen beantwortet werden können. Interprofessionelle Teams ermöglichen eine gezielte Reallokation knapper ärztlicher Ressourcen, reduzieren Koordinations- und Transaktionskosten und stabilisieren Versorgungsqualität. Zugleich zeigen internationale Beispiele aus Europa, Kanada, Australien und den USA, dass institutionell verankerte Teammodelle mit populations- oder prozessbezogener Finanzierung nachhaltige Effizienz- und Qualitätsgewinne erzielen. Für Deutschland werden Hybrid-DRGs (hybride Diagnosis Related Groups), berufsrechtliche Öffnungen und teamorientierte Vergütungslogiken als Hebel identifiziert, um interprofessionelle Zusammenarbeit aus der Modellhaftigkeit in die Regelversorgung zu überführen. Interprofessionalität erscheint damit weniger als optionale Qualitätsmaßnahme, denn als politische Strukturentscheidung zur langfristigen Sicherung ambulanter Leistungsfähigkeit.

Schlüsselwörter: Interprofessionalität, ambulante Versorgung, Qualität, Gesundheitswesen

Interprofessional primary care transformation addresses the growing structural pressures within outpatient health systems. This article argues that demographic change, rising multimorbidity and workforce shortages cannot be solved solely through additional services but require redesigned care structures and coordinated team models. Interprofessional collaboration makes a more efficient allocation of scarce physician time possible, reduces coordination and transaction costs, and improves continuity and quality of care. International experiences from Europe, Canada, Australia and the United States demonstrate that institutionally embedded team-based models combined with process- or population-oriented payment schemes achieve sustainable efficiency and outcome gains. For Germany, policy levers such as hybrid Diagnosis-Related Groups, regulatory role expansion and team-oriented reimbursement structures are identified as key mechanisms to move interprofessional practice from isolated pilot projects into routine care. Interprofessional care is therefore framed not as an optional quality feature but as a strategic structural decision essential for the long-term resilience and performance of ambulatory health services.

Keywords: interprofessional collaboration, primary care, quality, health system

1 Begriffsklärung und historische Einordnung

Die ambulante Versorgung steht im Zentrum der gegenwärtigen Transformationsdebatten im deutschen Gesundheitswesen (BMG 2025; GKV-Spitzenverband 2024). Demografischer Wandel (RKI 2016), eine wachsende Prävalenz chronischer und multimorbider Erkrankungen sowie ein sich zuspitzender Fachkräftemangel führen dazu, dass die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung zunehmend weniger eine Frage einzelner Leistungsangebote als vielmehr eine Frage funktionierender Versorgungsstrukturen ist (Zeiser et al. 2025). In diesem Kontext rückt die Interprofessionalität als Organisations- und Steuerungsprinzip in den Fokus gesundheitspolitischer und gesundheitsökonomischer Analysen (Zeiser et al. 2025).

Interprofessionalität bezeichnet die koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe auf der Grundlage klar definierter Rollen, geteilter Verantwortung und strukturierter Kommunikationsprozesse (Mahler et al. 2014). Sie ist dabei strikt von bloßer Multiprofessionalität abzugrenzen, die lediglich das Nebeneinander unterschiedlicher Berufsgruppen beschreibt, ohne notwendigerweise zu einer integrierten Versorgungspraxis zu führen (Karam et al. 2018). Interprofessionelle Versorgung impliziert demgegenüber eine bewusste Aufgabenverteilung entlang von Kompetenzen, eine gemeinsame Zielorientierung sowie institutionell abgesicherte Kooperationsformen (Walkenhorst und Hollweg 2022).

Der vorliegende Beitrag argumentiert, dass Interprofessionalität nicht als ergänzendes Qualitätsmerkmal, sondern als zentrale Strukturvoraussetzung einer zukunftsfähigen ambulanten Versorgung zu verstehen ist.

1.1 Status quo der Interprofessionalität

Die ambulante Versorgung in Deutschland ist stark durch berufsrechtliche Abgrenzungen und fragmentierte Zuständigkeiten geprägt (Becker et al. 2024). Zwar existieren vielfältige Berufsgruppen mit relevanten Kompetenzen – von Medizinischen Fachangestellten über Pflegefachpersonen bis hin zu thera-

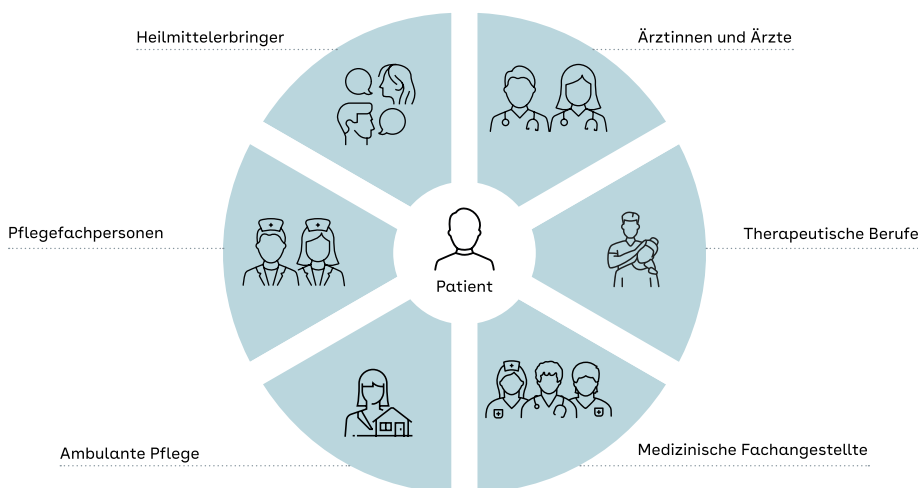
peutischen Berufen –, ihre Zusammenarbeit erfolgt jedoch häufig additiv statt integriert (Ewers und Schaeffer 2003; Becker et al. 2024). Interprofessionelle Teams mit klar definierter gemeinsamer Verantwortung sind die Ausnahme.

Delegationsmodelle wie VERAH (Mergenthal et al. 2013) oder NÄPa (Zi 2022) stellen zwar wichtige Fortschritte dar, bleiben jedoch konzeptionell im Rahmen ärztlicher Verantwortungsdelegation verhaftet (Mehring et al. 2024). Substitution ärztlicher Tätigkeiten durch andere Gesundheitsberufe ist rechtlich wie kulturell nur begrenzt verankert (Stockhausen 2013). Gleichzeitig sind ambulante Pflege, Heilmittelerbringer und ärztliche Versorgung organisatorisch getrennt, mit jeweils eigenen Vergütungs- und Steuerungslogiken (Ewers und Schaeffer 2003). Diese Trennung erschwert nicht nur die Koordination, sondern führt zu Reibungsverlusten entlang der Versorgungskette.

Institutionelle Weiterentwicklungen wie Medizinische Versorgungszentren oder hausarztzentrierte Versorgungsmodelle haben punktuell neue Kooperationsräume eröffnet (Manthey und Lehmann 2020), ohne jedoch eine flächendeckende interprofessionelle Versorgungspraxis zu etablieren (ebenda). Häufig bleibt die Zusammenarbeit informell und personenbezogen, statt strukturell abgesichert zu sein (Stein und Jakubowski 2014). Die Folge ist eine hohe Abhängigkeit von individuellen Engagements und eine geringe Skalierbarkeit erfolgreicher Modelle.

Ergänzend zu diesem Befund eröffnen die mit § 115f SGB V eingeführten hybriden Diagnosis Related Groups (Hybrid-DRGs) erstmals auch strukturelle Ansatzpunkte für eine stärkere interprofessionelle Ausgestaltung der ambulanten Versorgung, wenngleich sie bislang primär als vergütungstechnisches Instrument zur Überwindung der Sektorengrenze konzipiert sind (Manthey und Lehmann 2020). Indem Hybrid-DRGs definierte Leistungen unabhängig vom Erbringungs-ort einheitlich vergüten, lösen sie die Finanzierung partiell von der klassischen Logik ärztlich-stationärer Leistungserbringung (Breyer et al. 2013). Damit entsteht – zumindest potenziell – ein neuer Gestaltungsspielraum für arbeitsteilige Versorgungsarrangements, in denen nicht allein die ärztliche Einzelleistung, sondern der gesamte Behandlungsprozess in den Blick genommen wird (Kisch et al. 2024). Gerade bei standardisierten, prozedural klar abgrenzbaren Leistungen kann eine solche Vergütungslogik dazu beitragen,

Abbildung 1 Interprofessionalität in der ambulanten Versorgung in Deutschland



Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2026

Die deutsche ambulante Versorgung ist auf berufsständische Autonomie ausgerichtet und zugleich auf Arbeitsteilung angewiesen. Dieses Spannungsverhältnis erschwert den Erfolg von Interprofessionalität.

interprofessionelle Teams ökonomisch tragfähig zu machen, indem vorbereitende, koordinierende und nachsorgende Tätigkeiten systematisch in die Leistungserbringung integriert werden, anstatt sie als unbezahlte Zusatzaufgaben zu externalisieren (Breyer et al. 2013; Marckmann 2015).

Darüber hinaus besitzen Hybrid-DRGs eine implizite governancepolitische Bedeutung für die Interprofessionalität, da sie die Frage der Leistungsverantwortung neu justieren (Manthey und Lehmann 2020). Während die traditionelle ambulante Vergütung stark auf personenbezogene ärztliche Abrechnung fokussiert ist (Höhne et al. 2009), eröffnen Hybrid-DRGs die Möglichkeit, Verantwortung stärker prozess- und teambezogen zu denken (Manthey und Lehmann 2020). In einem weiterentwickelten Verständnis könnten sie als Katalysator für Versorgungsmodelle wirken, in denen ärztliche, pflegerische und therapeutische Kompetenzen verbindlich verzahnt sind und sich an gemeinsamen Qualitäts- und Ergebniszielen orientieren (Aufderheide und Dabrowski 2002). Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass Hybrid-DRGs nicht isoliert als Abrechnungsinnovation verbleiben, sondern mit klaren Anforderungen an interprofessionelle Zusammenarbeit, Koordination und Nachsorge verknüpft werden (Thielscher 2012). Andernfalls besteht die Gefahr, dass neue Vergütungsformen zwar sektorale, nicht jedoch berufsbezogene

Fragmentierungen überwinden und damit ihr transformatives Potenzial für die ambulante Versorgung nur unzureichend entfalten. Aus systemischer Perspektive zeigt sich damit ein zentrales Defizit: Die ambulante Versorgung ist funktional auf arbeitsteilige Prozesse angewiesen, institutionell jedoch weiterhin auf berufsständische Autonomie ausgerichtet (Aufderheide und Dabrowski 2002; Kisch et al. 2024) (Abbildung 1). Diese Inkonsistenz bildet den Ausgangspunkt für die gesundheitsökonomische Analyse interprofessioneller Versorgung.

1.2 Interprofessionalität als Allokations- und Effizienzproblem

Interprofessionalität lässt sich mit besonderer Schärfe als Problem der relativen Faktorproduktivität beschreiben (Tauchmann 2012). In der ambulanten Versorgung stellt ärztliche Arbeitszeit den knappsten und zugleich teuersten Produktionsfaktor dar (Rommel 2000). Ihre Opportunitätskosten steigen kontinuierlich, nicht nur aufgrund demografischer Effekte, sondern auch infolge wachsender administrativer, koordinativer und dokumentationsbezogener Anforderungen (Nagel et al. 2017; Mehringer et al. 2024). Vor diesem Hintergrund ist eine Versorgungsorganisation, die ärztliche Arbeitszeit un-

abhängig vom Komplexitätsgrad der Tätigkeit einsetzt, systematisch ineffizient. Aus allokationstheoretischer Perspektive handelt es sich um eine Fehlverwendung hochqualifizierter Ressourcen, wenn Tätigkeiten mit geringer ärztlicher Wertschöpfung nicht konsequent an andere, dafür adäquat qualifizierte Gesundheitsberufe übertragen werden (*Aufderheide und Dabrowski 2002*).

Interprofessionalität adressiert dieses Problem, indem sie eine differenzierte Produktionslogik in der ambulanten Versorgung etabliert (*Schimitzek und Schreyögg 2024; Stillfried von et al. 2015*). Ziel ist nicht die Substitution ärztlicher Kompetenz, sondern ihre Fokussierung auf jene Tätigkeiten, bei denen der Grenznutzen ärztlicher Qualifikation am höchsten ist – etwa bei diagnostisch komplexen Entscheidungen, therapeutischer Steuerung oder Risikoabwägungen (*Schimitzek und Schreyögg 2024*). Demgegenüber können standardisierte Leistungen, Verlaufsbeobachtungen, präventive Interventionen sowie große Teile des chronischen Krankheitsmanagements mit geringerem Opportunitätsverlust von nichtärztlichen Gesundheitsberufen erbracht werden (*Stockhausen 2013; Aufderheide und Dabrowski 2002*). Gesundheitsökonomisch entspricht dies einer Reallokation entlang der Effizienzgrenze, bei der die gleiche oder höhere Versorgungsqualität mit geringerem Ressourceneinsatz erreicht werden kann (*Rommel 2000*).

Empirische Evidenz aus internationalen Vergleichsstudien stützt diese Argumentation. Interprofessionelle Versorgungsmodelle zeigen dort stabile oder verbesserte Outcomes bei gleichzeitiger Reduktion vermeidbarer Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, insbesondere im Bereich der Notfallversorgung und bei chronisch erkrankten Patientengruppen (*Wei et al. 2022; Wei et al. 2020*). Aus ökonomischer Sicht sind diese Effekte nicht primär auf Kostensenkung im engeren Sinne zurückzuführen, sondern auf eine Reduktion von Koordinations- und Transaktionskosten (*Rommel 2000*). Klar definierte Rollen, standardisierte Kommunikationsprozesse und teamorientierte Verantwortlichkeiten verringern Redundanzen, Fehlsteuerungen und vermeidbare Schnittstellenprobleme – Kosten, die im deutschen System bislang weitgehend unsichtbar bleiben, aber erhebliche Effizienzverluste verursachen (*Nagel et al. 2017*).

Die gegenwärtigen Vergütungs- und Steuerungsstrukturen der ambulanten Versorgung konterkarieren diese Effizienzlogik jedoch systematisch. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab ist historisch auf die Abrech-

nung individueller ärztlicher Leistungen zugeschnitten und bildet kollektive Produktionsprozesse nur unzureichend ab (*Rommel 2000; Becker et al. 2024*). Interprofessionelle Koordination, Fallmanagement und teaminterne Abstimmung erzeugen zusätzlichen Aufwand, der weder als eigenständige Leistung vergütet noch in der Erlöslogik adäquat berücksichtigt wird (*Aufderheide und Dabrowski 2002*). Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive entsteht damit ein klassischer Zielkonflikt: Maßnahmen, die gesamtwirtschaftlich Effizienzgewinne versprechen, erscheinen auf der Ebene der einzelnen Praxis oder Einrichtung als Kostensteigerung ohne unmittelbaren Ertrag (*Marckmann 2015*).

Damit erweist sich Interprofessionalität als institutionell erzeugtes Allokationsproblem. Gesellschaftlich betrachtet handelt es sich um eine hochgradig rationale Antwort auf Ressourcenknappheit, betriebswirtschaftlich jedoch um ein unterfinanziertes Produktionsmodell (*Tauchmann 2012*). Solange Vergütungs- und Haftungsstrukturen primär auf Einzelakteure zugeschnitten bleiben, wird interprofessionelle Zusammenarbeit strukturell benachteiligt (*Wei et al. 2022*). In diesem Sinne ähnelt Interprofessionalität der Ambulantisierung: Beide Reformansätze entfalten ihre Effizienzpotenziale nicht durch Appelle an individuelles Verhalten, sondern ausschließlich durch eine gezielte Neuausrichtung von Anreizen, Verantwortlichkeiten und Finanzierungslogiken (*Nagel et al. 2017; Manthey und Lehmann 2020; Rieder und Schoder 2024*). Ohne eine solche strukturelle Anpassung bleibt Interprofessionalität ein normativ plausibles, aber ökonomisch gehemmt realisiertes Leitbild der ambulanten Versorgung.

1.3 Governance, Recht und politische Steuerung

Die bislang begrenzte Diffusion interprofessioneller Versorgungsmodelle in der deutschen ambulanten Versorgung ist aus gesundheitsökonomischer Perspektive weniger als Evidenzdefizit denn als Ausdruck institutioneller Pfadabhängigkeiten und governancebedingter Steuerungsdefizite zu interpretieren (*Stockhausen 2013; Breyer et al. 2013*). Über Jahrzehnte hinweg haben sich berufsrechtliche Abgrenzungen, sektorale Zuständigkeiten und getrennte Vergütungssysteme wechselseitig stabilisiert und ein institutionelles Gleichgewicht hervorgebracht, das auf berufsständischer Autonomie und einzelakteurzentrierter

Leistungserbringung basiert (Becker et al. 2024; Dini et al. 2021). Diese Strukturen erzeugen hohe Wechselkosten für neue Organisationsformen, selbst dann, wenn deren Effizienzvorteile empirisch gut belegt sind (Marckmann 2015). Interprofessionalität konkurriert damit nicht mit fehlender Evidenz, sondern mit historisch gewachsenen Ordnungen, die durch rechtliche, ökonomische und kulturelle Mechanismen abgesichert sind (Thielscher 2012; Nagel et al. 2017).

Die Verantwortung für zentrale Regelungsdimensionen ist auf unterschiedliche Akteure verteilt, deren Mandate jeweils eng begrenzt sind (Hornung und Bandelow 2020). Der Gemeinsame Bundesausschuss definiert Leistungsinhalte und Qualitätsanforderungen, verfügt jedoch nur eingeschränkt über Instrumente zur Gestaltung organisationsbezogener Versorgungsformen (Becker et al. 2024). Die Kassenärztlichen Vereinigungen regulieren die ambulante Leistungserbringung primär aus einer ärztlich-korporatistischen Perspektive und orientieren sich an der Sicherstellung individueller Leistungserbringung, nicht an der Optimierung arbeitsteiliger Prozesse (Becker et al. 2024; Marckmann 2015). Berufsverbände wiederum vertreten spezifische Berufsinteressen, was die Entwicklung gemeinsamer Verantwortungsmodelle zusätzlich erschwert (Borgetto 2006). Aus gesundheitsökonomischer Sicht entsteht hier ein klassisches Koordinationsversagen: Obwohl Interprofessionalität gesamtwirtschaftlich Effizienzgewinne verspricht, fehlt eine Instanz, die Anreize, Zuständigkeiten und Finanzierungslogiken kohärent zusammenführt.

Interprofessionelle Versorgung wird überwiegend in Form zeitlich befristeter Modellvorhaben adressiert, die außerhalb der Regelversorgung angesiedelt sind (Manthey und Lehmann 2020; Mehringer et al. 2024). Solche Projekte ermöglichen zwar punktuelle Innovationen, erzeugen jedoch kaum nachhaltige Strukturveränderungen. Ihre Ergebnisse werden selten systematisch evaluiert und noch seltener in verbindliche Regelstrukturen überführt (Manthey und Lehmann 2020). Aus ökonomischer Perspektive handelt es sich hierbei um eine ineffiziente Innovationsstrategie, da Lerngewinne nicht skaliert und erfolgreiche Modelle nicht verstetigt werden (Breyer et al. 2013). Stattdessen verbleibt Interprofessionalität im Status eines experimentellen Sonderfalls, während die Regelversorgung unverändert fortbesteht.

In der Summe entsteht damit ein Reformparadox: Die Notwendigkeit interprofessioneller Zusammen-

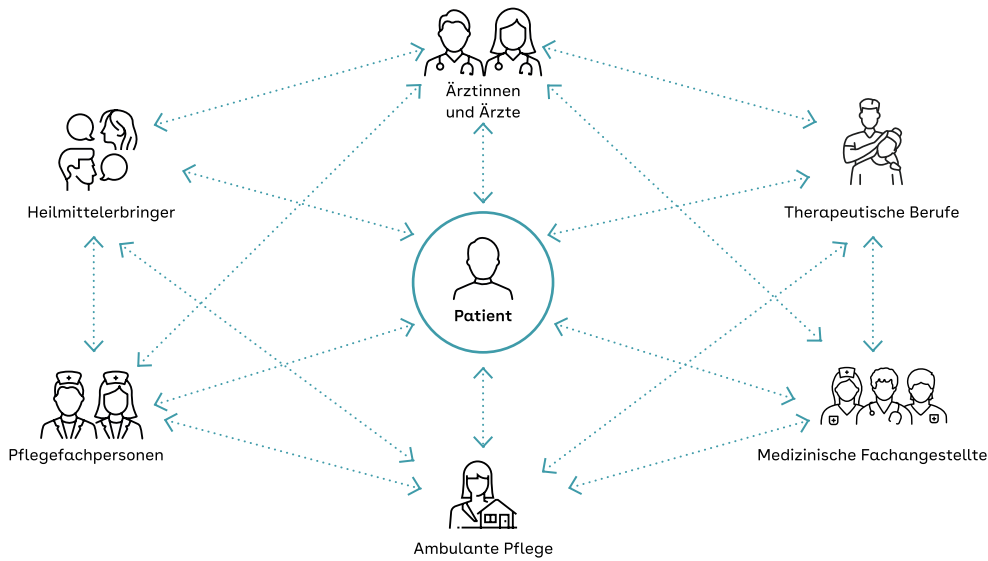
arbeit wird politisch, fachlich und wissenschaftlich weitgehend anerkannt (Rieder und Schoder 2024), zugleich verhindern bestehende Governance-Strukturen ihre systematische Implementierung (Rosewitz und Webber 1990). Interprofessionalität wird damit zu einem politisch gewünschten, institutionell jedoch nicht getragenen Ziel. Gesundheitsökonomisch betrachtet verweist dieses Paradox auf ein zentrales Defizit der Versorgungssteuerung: Die Fähigkeit, evidenzbasierte Effizienzgewinne in stabile institutionelle Arrangements zu überführen, ist unzureichend entwickelt (Rieder und Schoder 2024; Thielscher 2012). Solange Interprofessionalität nicht als eigenständige Strukturentscheidung begriffen und entsprechend vergütungs-, haftungs- und organisationsrechtlich abgesichert wird, bleibt sie ein randständiges Reformprojekt – mit entsprechend begrenzter Wirkung auf die Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung insgesamt.

2 Interprofessionalität in Europa

Ein vergleichender Blick auf europäische Gesundheitssysteme verdeutlicht, dass Interprofessionalität dort in weit höherem Maße institutionell normalisiert ist als im deutschen Kontext und nicht primär als Innovations- oder Modellthema behandelt wird (Ooms et al. 2026). In skandinavischen Ländern – insbesondere in Schweden, Dänemark und Finnland – bilden interprofessionell organisierte Primärversorgungszentren das strukturelle Rückgrat der ambulanten Versorgung (Ooms et al. 2026; Pedersen 2020). Diese Einrichtungen sind nicht lediglich Kooperationsplattformen, sondern formal integrierte Organisationseinheiten, in denen ärztliche, pflegerische, therapeutische und sozialarbeiterische Kompetenzen verbindlich zusammengeführt werden (Jakobsen 2016). Pflegefachpersonen übernehmen dort eigenständige klinische Aufgaben, etwa im Management chronischer Erkrankungen, in der Prävention oder in der Erstabklärung definierter Krankheitsbilder, während therapeutische und soziale Dienste systematisch in Versorgungsentscheidungen eingebunden sind (Spitzer 2020). Gesundheitsökonomisch resultiert daraus eine deutliche Entlastung ärztlicher Ressourcen sowie eine Reduktion vermeidbarer Versorgungsbrüche.

Auch die Niederlande weisen eine hochgradig strukturierte Form interprofessioneller Zusammen-

Abbildung 2 Interprofessionalität in der ambulanten Versorgung in Europa



Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2026

In mehreren europäischen Staaten ist die ambulante Versorgung als institutionelle Norm ausgestaltet. Finanzierung, Haftungsregelungen und Qualitätssteuerung sind dort auf Teamleistungen ausgelegt.

arbeit auf, die eng mit der starken Stellung der hausarztzentrierten Versorgung verknüpft ist (Ooms et al. 2026; Wei et al. 2022). Hausärztliche Praxen sind dort häufig in regionalen Netzwerken organisiert, innerhalb derer Delegation und Substitution nicht als Ausnahme, sondern als regelhafte Versorgungsstrategie implementiert sind (Ooms et al. 2026). Speziell qualifizierte Pflegekräfte und Praxisassistentinnen sowie -assistenten übernehmen definierte Aufgaben in der Versorgung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten, im Case Management sowie in der präventiven Betreuung (Jakobsen 2016). Diese Aufgabenverteilung ist nicht nur berufsrechtlich abgesichert, sondern auch vergütungstechnisch hinterlegt, wodurch interprofessionelle Arbeit ökonomisch attraktiv wird (Ooms et al. 2026). Aus gesundheitsökonomischer Perspektive handelt es sich um eine konsequente Umsetzung der Prinzipien von Skill-Mix-Optimierung und arbeitsteiliger Effizienzsteigerung, die auch in Spanien Anklang fand. Das Consorci Castelldefels Agents de Salut (CASAP) fördert gezielt Interprofessionalität, indem es ein gemeinsames Primärversorgungsteam und eine Primärversorgungs-Notfalleinheit betreibt, die Zugänglichkeit und das Leistungsspektrum ausbaut sowie neue berufliche Rollen etabliert und dadurch die koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsprofessionen strukturell verankert (Gallego-Royo et al. 2024). Die Plattform Primärversorgung in Österreich dient als

digitaler Vernetzungs- und Informationsraum, der die interprofessionelle Zusammenarbeit fördert, indem er unterschiedliche Gesundheitsberufe strukturiert miteinander verbindet, Transparenz über Versorgungsangebote schafft und koordinierte Kommunikations- sowie Kooperationsprozesse unterstützt (Koller-Lechleitner 2022). Folglich ermöglicht dieses Modell eine bessere Steuerung von Patientenzugängen, eine Entlastung der ärztlichen Primärversorgung und eine effizientere Nutzung vorhandener Kompetenzen.

Gemeinsam ist diesen europäischen Systemen, dass Interprofessionalität (Abbildung 2) nicht als freiwillige Zusatzleistung, sondern als institutionelle Norm ausgestaltet ist (Stein und Jakubowski 2014). Finanzierung, Haftungsregelungen und Qualitätssteuerung sind konsequent auf Teamleistungen und Versorgungsprozesse ausgerichtet, nicht auf isolierte Einzeltätigkeiten (Ooms et al. 2026). Dadurch werden Koordinationskosten reduziert, Verantwortlichkeiten klar zugeordnet und Skaleneffekte ermöglicht. Im Vergleich dazu erscheint das deutsche System gesundheitsökonomisch als unterorganisiert: Trotz ähnlicher Versorgungsanforderungen werden Effizienzpotenziale interprofessioneller Zusammenarbeit nur unzureichend gehoben, da die institutionellen Voraussetzungen für eine systematische Umsetzung fehlen (Becker et al. 2024; OECD und European Observatory on Health

Systems and Policies 2023). Die europäischen Erfahrungen verdeutlichen somit, dass Interprofessionalität weniger eine Frage kultureller Akzeptanz als vielmehr eine Frage konsequenter institutioneller Gestaltung ist.

3 Internationale Strukturprinzipien

Auch jenseits des europäischen Raums lassen sich konsistente Strukturmuster erkennen, die Interprofessionalität als zentrales Organisationsprinzip der ambulanten Versorgung verankern. In Kanada und Australien ist die ambulante Versorgung traditionell stark an der *community* ausgerichtet und weniger an einzelnen Leistungserbringern als an definierten Versorgungsregionen und Populationen orientiert (*Gougeon et al. 2017*). Interprofessionelle Teams bilden dort die operative Grundeinheit der Versorgung und tragen gemeinsam Verantwortung für klar abgegrenzte Bevölkerungsgruppen (*Thistlethwaite et al. 2019*). Diese Teams setzen sich regelhaft aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie weiteren Gesundheitsberufen zusammen und sind funktional aufeinander abgestimmt (*ebenda*). Demzufolge wird damit eine populationsbezogene Steuerungslogik etabliert, die Prävention, kontinuierliche Betreuung und Koordination gegenüber episodischer Einzelleistungserbringung priorisiert.

Zentral ist dabei die Art der Finanzierung. In beiden Ländern sind interprofessionelle Teams häufig über pauschalierte, populationsbezogene Vergütungsmodelle finanziert, die nicht einzelne Leistungen, sondern Versorgungsergebnisse und -prozesse in den Fokus stellen. Diese Finanzierungslogik internalisiert den Koordinationsaufwand und fördert eine effiziente Aufgabenverteilung innerhalb der Teams. So wird ärztliche Arbeitszeit gezielt auf komplexe Entscheidungs- und Steuerungsaufgaben konzentriert, während nichtärztliche Gesundheitsberufe substanzielle Teile der Versorgungsarbeit übernehmen (*Rommel 2000*). Aus dieser Perspektive handelt es sich hierbei um eine konsequente Reduktion von Transaktionskosten und eine Minimierung vermeidbarer Doppelstrukturen, die insbesondere bei der Versorgung chronisch erkrankter und vulnerabler Populationen erhebliche Effizienzgewinne ermöglicht (*ebenda*).

In den Vereinigten Staaten haben sich interprofessionelle Versorgungsmodelle vor allem im Rahmen in-

tegrierter Versorgungssysteme und sogenannter Accountable Care Organizations (ACOs) etabliert (*Addicott und Shortell 2014*). Diese Organisationsformen verbinden medizinische Versorgung, Pflege, Rehabilitation und soziale Unterstützungsleistungen unter einem gemeinsamen finanziellen und organisatorischen Dach (*Thistlethwaite et al. 2019*). Interprofessionalität ist hier weniger normativ begründet als vielmehr ökonomisch incentiviert: ACOs werden für die Qualität und Effizienz der Versorgung ganzer Patientenkohorten verantwortlich gemacht und partizipieren an Einsparungen, sofern definierte Qualitätsziele erreicht werden (*Addicott und Shortell 2014*). Dadurch entsteht ein starker Anreiz, interprofessionelle Teams einzusetzen, um Versorgungsprozesse zu koordinieren, unnötige Inanspruchnahmen zu vermeiden und chronische Erkrankungen proaktiv zu managen (*Reeves et al. 2017*).

Die internationalen Erfahrungen außerhalb Europas verdeutlichen damit, dass Interprofessionalität insbesondere dort erfolgreich implementiert wird, wo drei gesundheitsökonomische Bedingungen erfüllt sind. Erstens sind Verantwortlichkeiten klar populations- oder prozessbezogen definiert, sodass Teamarbeit nicht optional, sondern funktional notwendig ist (*Reeves et al. 2017*). Zweitens sind finanzielle Anreize kohärent auf diese Verantwortungsstrukturen abgestimmt und belohnen koordinierte Versorgung statt isolierter Einzelleistungen (*Addicott und Shortell 2014*). Drittens werden Ergebnisse systematisch gemessen und evaluiert, wodurch Lernprozesse ermöglicht und ineffiziente Strukturen korrigiert werden können (*Reeves et al. 2017*). Im Vergleich dazu erscheint die deutsche ambulante Versorgung durch eine starke Akteurs- und Leistungsfragmentierung geprägt, die die Umsetzung vergleichbarer Modelle erschwert (*Manthey und Lehmann 2020; Wei et al. 2022*). Die internationalen Beispiele zeigen jedoch, dass Interprofessionalität kein kulturelles Sonderphänomen ist, sondern das Ergebnis gezielter gesundheitsökonomischer und governanceseitiger Steuerungsentscheidungen.

4 Fazit: Interprofessionalität als Gestaltungsaufgabe

Interprofessionalität ist vor diesem Hintergrund nicht als optionales Qualitätsmerkmal oder ergänzende Organisationsform zu verstehen, sondern als strukturelle Voraussetzung für die langfristige Funktionsfähigkeit

der ambulanten Versorgung. In einem Gesundheitssystem, dessen Leistungsfähigkeit zunehmend durch personelle Knappheit und steigende Koordinationsanforderungen begrenzt wird, entscheidet nicht allein die Menge verfügbarer Leistungen über Versorgungssicherheit, sondern deren organisatorische Einbettung (*Rommel 2000; Thielscher 2012*). Interprofessionelle Versorgungsmodelle ermöglichen eine effizientere Nutzung knapper Ressourcen, indem sie ärztliche Arbeitszeit auf hochkomplexe Tätigkeiten konzentrieren, Koordinationsdefizite reduzieren und Versorgungsprozesse entlang klar definierter Verantwortlichkeiten strukturieren (*Wei et al. 2022; Marckmann 2015*). Zugleich entfalten sie eine implizite priorisierende Wirkung, indem sie nicht einzelne Leistungen ausschließen, sondern den Ressourceneinsatz systematisch an Effizienzkriterien ausrichten (*Rommel 2000; Reeves et al. 2017*). Gerade diese Form der Priorisierung durch Struktur besitzt hohe politische Anschlussfähigkeit, da sie ohne explizite Leistungsbegrenzungen auskommt und dennoch substantielle Steuerungswirkungen entfaltet.

Damit Interprofessionalität dieses Potenzial tatsächlich realisieren kann, bedarf es jedoch klarer und kohärenter gesundheitspolitischer Entscheidungen. Erstens ist eine Weiterentwicklung des Berufsrechts erforderlich, die Kompetenzprofile transparenter definiert und rechtssichere Formen der Substitution und eigenständigen Leistungserbringung ermöglicht (*Aufderheide und Dabrowski 2002; Nagel et al. 2017*). Ohne eine solche Klärung verbleibt interprofessionelle Zusammenarbeit im Modus der Delegation und damit strukturell asymmetrisch. Zweitens müssen Vergütungslogiken konsequent auf Teamleistungen und Versorgungsprozesse ausgerichtet werden. Interprofessionelle Koordination, Fallmanagement und gemeinsame Verantwortung dürfen nicht länger als unbezahlte Zusatzleistungen externalisiert werden, sondern müssen integraler Bestandteil der Finanzierungsarchitektur sein (*Rieder und Schoder 2024*). Hierzu gehören pauschalisierte, prozess- oder populationsbezogene Vergütungsmodelle ebenso wie eine systematische Verzahnung neuer Instrumente – etwa Hybrid-DRGs – mit interprofessionellen Anforderungen (*Manthey und Lehmann 2020*).

Drittens ist eine institutionelle Verankerung interprofessioneller Versorgung erforderlich, die über punktuelle Modellvorhaben hinausgeht (*Zi 2022; Kisch et al. 2024*). Interprofessionalität sollte als Regelversorgungsprinzip definiert und in den Steuerungsinstrumenten der gemeinsamen Selbstverwaltung abgebildet werden.

Dies impliziert eine stärkere Koordination zwischen Gemeinsamen Bundesausschuss, Kassenärztlichen Vereinigungen und weiteren Akteuren sowie den Aufbau verbindlicher Governance-Strukturen, die interprofessionelle Versorgung nicht nur zulassen, sondern aktiv fördern. Flankierend bedarf es eines kontinuierlichen Monitorings und einer systematischen Evaluation, um Effizienzgewinne, Qualitätswirkungen und mögliche Verteilungsfolgen transparent zu machen und steuerbar zu halten.

Unterbleiben diese Schritte, droht der ambulanten Versorgung ein strukturelles Scheitern, das nicht medizinisch, sondern organisatorisch begründet ist. Versorgungsengpässe, Überlastung ärztlicher Ressourcen und zunehmende Koordinationsprobleme wären dann nicht Ausdruck mangelnder Leistungsbereitschaft, sondern Ergebnis unzureichender institutioneller Anpassung. Interprofessionalität fungiert damit als zentraler Prüfstein für die Reformfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems. Ihre konsequente Umsetzung ist eine notwendige Voraussetzung dafür, ambulante Versorgung auch unter veränderten demografischen, epidemiologischen und ökonomischen Rahmenbedingungen dauerhaft sicherzustellen und zugleich den solidarischen Kern des Systems zu stabilisieren.

Literatur

- Addicott R, Shortell SM (2014): How Accountable Are Accountable Care Organizations? *Health Care Management Review*, Vol. 39, No. 4, 270–278
- Aufderheide D, Dabrowski M (2002): *Gesundheit, Ethik, Ökonomik: wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens*. Berlin: Duncker & Humblot
- Becker M et al. (2024): *Das deutsche Gesundheitswesen kompakt 2024: Akteure, Strukturen, Finanzierung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2025): *Ärztliche Versorgung*; [bundesgesundheitsministerium.de](https://www.bundesgesundheitsministerium.de)
→ Themen → Krankenversicherung, Startseite
→ Ambulante Versorgung → Ärztliche Versorgung
- Borgetto B (2006): *Ökonomisierung, Verwissenschaftlichung und Emanzipation: Die Reformen im deutschen Gesundheitswesen und das Rollengefüge von Arzt und Patient*. *Sozialer Sinn*, Jg. 7, Heft 2, 231–250
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2013): *Gesundheitsökonomik*. Springer-Lehrbuch. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler
- Dini L, Koppelow M, Reuß F, Heintze C (2021): Die Delegationsvereinbarung und ihre Umsetzung innerhalb und außerhalb der hausärztlichen Praxis aus Sicht der Niedergelassenen. *Das Gesundheitswesen*, Jg. 83, Heft 7, 523–530
- Ewers M, Schaeffer D (2003): Die Rolle der Pflege in der integrierten Versorgung. In: Tophoven C, Lieschke L (Hrsg.):

- Integrierte Entwicklungsperspektiven für Praxisnetze. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Gallego-Royo A et al. (2024): Quality and Safety Actions in Primary Care Practices in COVID-19 Pandemic: The PRICOV-19 Study in Spain. *BMC Primary Care*, Vol. 24, Supplement 1, 286; doi.org/10.1186/s12875-024-02391-8
- GKV-Spitzenverband (2024): Die ambulante Versorgung zukunftsfest weiterentwickeln. Pressemitteilung vom 26. September 2024; gkv-spitzenverband.de → Presse → Pressemitteilungen → Suche: Ärztliche Versorgung; 2024
- Gougeon L, Johnson J, Morse H (2017): Interprofessional Collaboration in Health Care Teams for the Maintenance of Community-Dwelling Seniors' Health and Well-Being in Canada: A Systematic Review of Trials. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, Vol. 7, June, 29–37; doi.org/10.1016/j.xjep.2017.02.004
- Höhne A, Jedlitschka K, Hobler D, Landenberger M (2009): Hausarztzentrierte Versorgung in Deutschland. Der Hausarzt als Lotse? *Das Gesundheitswesen*, Jg. 71, Heft 7, 414–422
- Hornung J und Bandelow N (2020): Ist Qualität politisch steuerbar? Governance-, Interessen- und Zielkonflikte im deutschen Gesundheitswesen. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 74, Heft 1, 12–17
- Jakobsen F (2016): An Overview of Pedagogy and Organisation in Clinical Interprofessional Training Units in Sweden and Denmark. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 30, No. 2, 156–164
- Karam M, Brault I, Durme T van, Macq J (2018): Comparing Interprofessional and Interorganizational Collaboration in Healthcare: A Systematic Review of the Qualitative Research. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 79, März, 70–83; doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002
- Kisch T et al. (2024): Hybrid-DRGs – Die Herausforderung. *Die Chirurgie*, Jg. 95, Heft 12, 1007–1011
- Koller-Lechleitner P (2022): Begegnungsraum der Primärversorgung. *Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ*, Jg. 63, Heft 12, 36–37; doi.org/10.1007/s43830-022-0257-1
- Leeder S (2000): The Australian Health System. *Telemedicine Journal: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, Vol. 6, No. 2, 201–204; doi.org/10.1089/107830200415126
- Mahler C, Gutmann T, Karstens S, Joos S (2014): Terminology for Interprofessional Collaboration: Definition and Current Practice. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, Vol. 31, No. 4, Doc40; doi.org/10.3205/zma000932
- Manthey J, Lehmann G (2020): Hybrid-DRG – neue Wege im Gesundheitswesen. In: Hahn U, Kurscheid C (Hrsg.): *Intersektorale Versorgung: Best Practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial*. Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Marckmann G (Hrsg.) (2015): *Kostensensible Leitlinien. Evidenzbasierte Leistungssteuerung für eine effiziente und gerechte Gesundheitsversorgung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Martin D et al. (2018): Canada's Universal Health-Care System: Achieving Its Potential. *The Lancet*, Vol. 391, No. 10131, 1718–1735; doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30181-8
- Mehringer D et al. (2024): Praxis und Herausforderungen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten im interprofessionellen Arbeitsalltag der stationären Krankenversorgung in Deutschland: eine explorative Befragung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Heft 186, May, 10–17; doi.org/10.1016/j.zefq.2024.01.007
- Mergenthal K et al. (2013): Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg, Jg. 107, Heft 6, 361–393; doi.org/10.1016/j.zefq.2013.07.003
- Nagel E, Neukirch B, Schmid A, Schulte G (2017): Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten im Auftrag des Zi; zi.de → Service → Fachartikel und Gutachten → Gutachten
- OECD und European Observatory on Health Systems and Policies (2023): *State of Health in the EU: Deutschland – Länderprofil Gesundheit 2023*. OECD; doi.org/10.1787/7fd88e75-de
- Ooms M et al. (2026): Interprofessional Collaboration in ECEC: A Review of European Countries with Different Levels of System Integration. *European Early Childhood Education Research Journal*, Vol. 34, No. 1, 74–89; doi.org/10.1080/1350293X.2025.2484266
- Pedersen LML (2020): Interprofessional Collaboration in the Norwegian Welfare Context: A Scoping Review. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 34, No. 6, 737–746
- Reeves S et al. (2017): Interprofessional Collaboration to Improve Professional Practice and Healthcare Outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 6, 22 June, CD000072; doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Rieder LS, Schoder J (2024): Ein anwendungsorientierter Leitfaden zur Implementierung von Hybrid-DRGs. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, Vol. 29, No. 1, 64–71
- RKI (Robert Koch-Institut) (2016): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis: Gesundheit in Deutschland 2015*, Berlin; rki.de → Themen → Gesundheit und Gesellschaft → Gesundheitsberichterstattung → Berichte
- Rommel A (2000): Allokationsethik im deutschen Gesundheitswesen: Zur Diskrepanz von Rationierungsrealität und Rationierungsdebatte in Deutschland. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften = Journal of Public Health*, Vol. 8, No. 1, 38–57
- Rosewitz B, Webber D (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a. M.: Campus-Verlag
- Schimitzek I, Schreyögg B (2024): Die Ressource Personal im Gesundheitswesen: Grundkonzepte, Aufgaben und Herausforderungen in Personalökonomik und -management. In: Kurscheid C, Balke-Karrenbauer N, Mollenhauer J (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie und Versorgungswissenschaft*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1–10
- Spitzer SG (2020): Mit integrierter Versorgung sektorale Schranken überwinden. *Der Internist*, Jg. 61, Heft 9, 903–911
- Stein V, Jakobowski E (2014): Neue Ansätze für die Integrierte Versorgung in der WHO Europaregion. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 68, Heft 1, 14–18

- Stillfried D von, Erhart M, Czihal T (2015): Ambulante Versorgung. In: Thielscher C (Hrsg.): Medizinökonomie 1: Das System der medizinischen Versorgung. Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Stockhausen M (2013): Ärztliche Berufsfreiheit und Kostendämpfung: Möglichkeiten und Grenzen der Beschränkung der (kassen-)ärztlichen Berufsfreiheit zum Zwecke der Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- Tauchmann H (2012): Sozialethische Kriterien und konkrete Reformvorschläge für eine gerechte Umorganisation des Gesundheitswesens: eine Betrachtung aus Ökonomischer Perspektive. In: Wolf J, Dabrowski M, Abmeier K (Hrsg.): Gesundheitssystem und Gerechtigkeit. Paderborn: Brill Schöningh, 185–191
- Thielscher C (2012): Medizinökonomie, Band 2: Unternehmerische Praxis und Methodik. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- Thistlethwaite JE, Dunston R, und Yassine T (2019): The Times are Changing: Workforce Planning, New Health-Care Models and the Need for Interprofessional Education in Australia. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 33, No. 4, 361–368
- Walkenhorst U, Hollweg W (2022): Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen. In: Darmann-Finck I, Sahmel KH (Hrsg.): Pädagogik im Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 303–318
- Wei H, Corbett RW, Ray J, und Wei TL (2020): A Culture of Caring: The Essence of Healthcare Interprofessional Collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 34, No. 3, 324–331
- Wei H et al. (2022): A Systematic Meta-Review of Systematic Reviews about Interprofessional Collaboration: Facilitators, Barriers, and Outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 36, No. 5, 735–749
- Zeiser K et al. (2025): Core Values and Best Practice Criteria for Interprofessional Teams in Primary Care: A Qualitative Interview Study with General Practitioners and Other Health Professionals from Bavaria, Germany. *BMC Primary Care*, Vol. 27, No. 1, 28; doi.org/10.1186/s12875-025-03114-3
- Zi (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) (2022): Zi veröffentlicht Befragungsergebnisse zum Einsatz nichtärztlicher Praxisassistent:innen (NäPA). *Monitor Versorgungsforschung*, Pressemitteilung vom 8. November 2022; monitor-versorgungsforschung.de → Suche: NäPA

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 10. März 2026)

Die Autoren



Mike Harald Traub, Jahrgang 1994, hat Politikwissenschaft und Public Health an der Zepelin Universität Friedrichshafen und der Maastricht University studiert. Er ist seit 2023 Mitglied der Arbeitsgruppe Health Policy and Systems Research and Innovation unter der Leitung von Dr. Lorena Dini. Er promoviert zur hausärztlichen Versorgung und legt seinen Forschungsschwerpunkt auf Gesundheitsökonomie und Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems.



Dr. med. Lorena Dini ist eine in Spanien und Uruguay zugelassene Ärztin, die an der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Fach Allgemeinmedizin promovierte und im Fach Gesundheitssystemforschung habilitierte. Seit 2017 leitet sie die Arbeitsgruppe Health Policy and Systems Research and Innovation, die sie gründete, um Innovationen in der Primärversorgung voranzutreiben und Projekte zur Anwendung von Politik- und Systemforschung durchzuführen.



Sydney Odonkor, Jahrgang 1992, hat Humanmedizin an der University of Ghana Medical School in Accra studiert. Er ist approbierter Arzt in Ghana und Deutschland. Odonkor forscht am Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen Gesundheitsökonomie und -systemforschung. Er ist Mitglied der Arbeitsgruppe Health Policy and Systems Research and Innovation unter Leitung von Dr. Lorena Dini.

Kontakt

Mike Harald Traub, Institut für Allgemeinmedizin, AG HPSRI, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117-Berlin, Telefon: 030 450514082, E-Mail: mike-harald.traub@charite.de