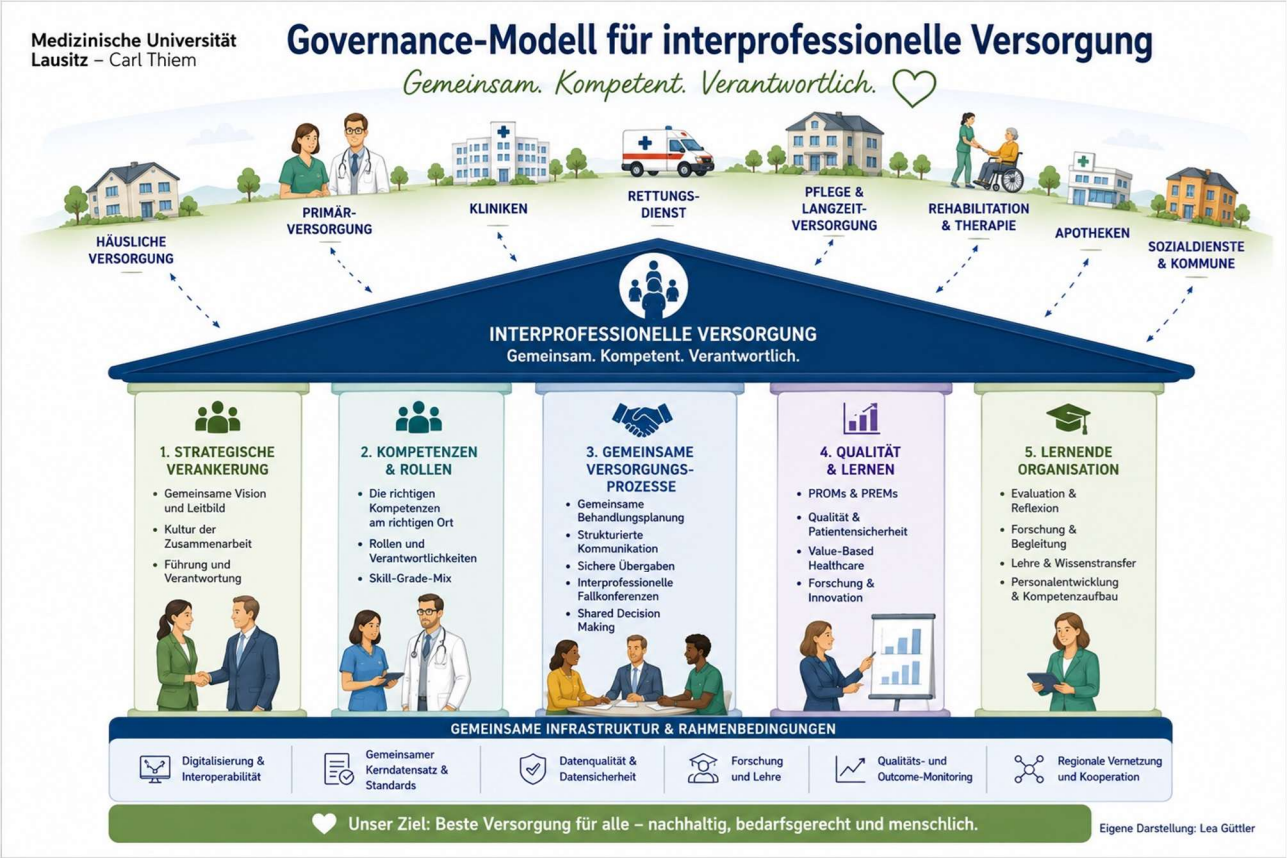
Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

Interprofessionalität in der Gesundheitsversorgung

Impulspapier

Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

Stand 10_2026



(Quelle: eigene Darstellung, grafische Umsetzung unter Nutzung generativer KI)

Kernaussagen

- *Interprofessionalität ist die Grundlage einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung.*
- *Kompetenzen statt Berufsgrenzen: Skill-Grade-Mix wird zum zentralen Steuerungsinstrument.*
- *Interprofessionalität verbessert Qualität, Patientensicherheit und Versorgungswirksamkeit.*
- *Governance, Kompetenzmodelle und Führung schaffen die Voraussetzungen für nachhaltige Zusammenarbeit.*
- *Die MUL-CT verbindet Versorgung, Forschung und Lehre zu einem interprofessionellen Innovationsraum.*
- *Die Modellregion Gesundheit Lausitz bietet die Chance, neue Versorgungsmodelle wissenschaftlich zu entwickeln und zu evaluieren.*

Erstellt von: Lea Güttler (M. Sc.) et al.

Cottbus, 30.10.2026

Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nurse
BEEP-Gesetz	Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege
DQR	Deutsche Qualifikationsrahmen
EQR	Europäische Qualifikationsrahmen
FOR-ThGFB	Fachqualifikationsrahmen für die Therapeutengesundheitsfachberufe
BStabG	Beitragssatzstabilisierungsgesetz
ICP	Interprofessional Collaborative Practice
IPEC	Interprofessional Education Collaborative
KHAG	Krankenhausreformanpassungsgesetz
MUL-CT	Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
PREMs	Patient Reported Experience Measures
PROMs	Patient Reported Outcome Measures
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
süV	sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen
VBHC	Value-Based Healthcare
WHO	World Health Organization
WR	Wissenschaftsrat

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Governance-Modell für interprofessionelle Versorgung 22
Abbildung 2: Geteilte Führungsstruktur auf Leitungsebene 23
Abbildung 3: Modellregion Gesundheit Lausitz - integrierte Versorgung 24
Abbildung 4: Kernelemente interprofessioneller Gesundheitsversorgung 33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Internationale Entwicklungstrends und ihre Relevanz für Deutschland 11
Tabelle 2: Evidenz interprofessioneller Zusammenarbeit 15
Tabelle 3: Ebenen interprofessioneller Kompetenzentwicklung 19
Tabelle 4: Implikationen interprofessioneller Versorgung für Versorgung, Personal und Organisation 27
Tabelle 5: Zentrale Handlungsempfehlungen 30

Management Summary

Die Gesundheitsversorgung befindet sich in einem tiefgreifenden Transformationsprozess. Demografischer Wandel, steigende Prävalenz chronischer Erkrankungen, zunehmende Spezialisierung der Gesundheitsberufe, Fachkräftesicherung sowie die fortschreitende Ambulantisierung erhöhen die Anforderungen an eine koordinierte und sektorenübergreifende Versorgung. Immer mehr Versorgungsleistungen werden außerhalb des Krankenhauses erbracht, wodurch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe über Einrichtungs- und Sektorengrenzen hinweg weiter an Bedeutung gewinnt. Gleichzeitig reichen traditionell professions- und sektorenorientierte Organisationsstrukturen zunehmend nicht mehr aus, um komplexe Versorgungsbedarfe nachhaltig zu bewältigen.

Internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) sowie der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege bewerten Interprofessionalität als einen zentralen Ansatz zur Weiterentwicklung moderner Gesundheitssysteme. Die wissenschaftliche Evidenz zeigt, dass interprofessionelle Zusammenarbeit Versorgungsqualität, Patientensicherheit, Mitarbeitendenzufriedenheit und Ressourceneffizienz verbessern kann – vorausgesetzt, sie wird nicht ausschließlich auf Ebene einzelner Teams gelebt, sondern strukturell und organisatorisch verankert.

Vor diesem Hintergrund versteht dieses Impulspapier Interprofessionalität nicht primär als Form der Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe, sondern als strategisches Organisations- und Governance-Prinzip. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie professionelle Kompetenzen systematisch miteinander verbunden und organisationsweit für eine personenzentrierte Gesundheitsversorgung nutzbar gemacht werden können.

Hierfür entwickelt das Papier einen konzeptionellen Bezugsrahmen, der wissenschaftliche Erkenntnisse mit den an der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem (MUL-CT) entwickelten Kompetenzmodellen verbindet. Die professionsspezifischen Kompetenzmodelle werden durch einen interprofessionellen Kompetenzrahmen ergänzt und in ein Governance-Modell überführt, das Kompetenzentwicklung, Organisationsgestaltung, Führung und Qualitätsmanagement zu einem integrierten Steuerungsansatz zusammenführt. Dadurch wird Interprofessionalität als organisationsweites Entwicklungsprinzip und nicht als isolierte Maßnahme einzelner Berufsgruppen verstanden.

Die Modellregion Gesundheit Lausitz bietet als ländlich geprägte Versorgungsregion besondere Voraussetzungen, innovative Organisations- und Versorgungsmodelle unter realen Versorgungsbedingungen zu entwickeln, wissenschaftlich zu evaluieren und ihre Wirksamkeit nachzuweisen. Ziel ist es, sektorenübergreifende, kompetenzorientierte und personenzentrierte Versorgungsstrukturen zu etablieren, die den spezifischen Herausforderungen einer ländlichen Region begegnen und zugleich übertragbare Erkenntnisse für andere Regionen Deutschlands liefern.

Das Impulspapier zeigt auf, dass die nachhaltige Weiterentwicklung interprofessioneller Versorgung eine systematische Verknüpfung von Kompetenzentwicklung, Organisationsgestaltung und Governance erfordert. Es versteht Interprofessionalität damit als strategischen Gestaltungsansatz für eine kompetenzorientierte, personenzentrierte und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung und leistet zugleich einen konzeptionellen Beitrag für die Weiterentwicklung universitärer Gesundheitsorganisationen sowie regionaler Versorgungsstrukturen.

Inhalt

1. Einleitung 6
2. Ausgangslage und Problemstellung 7
3. Politischer Kontext 8
4. Internationale Entwicklungen und Relevanz für Deutschland 10
5. Wissenschaftliche Grundlagen 12
5.1 Professionen im Wandel – von der Abgrenzung zur Kooperation 12
5.2 Komplexität als neue Realität der Gesundheitsversorgung 12
5.3 Interprofessionalität als wissenschaftlich fundiertes Kooperationsmodell 13
5.4 Kompetenzorientierung als Grundlage moderner Gesundheitsberufe 13
5.5 Von der Zusammenarbeit zur Governance 14
6. Evidenz zur Wirksamkeit interprofessioneller Zusammenarbeit 14
6.1 Interprofessionalität als Grundlage von Patientensicherheit 15
6.2 Interprofessionalität, Prävention und Gesundheitsförderung 15
6.3 Auswirkungen auf Versorgungsqualität und Behandlungsergebnisse 16
6.4 Auswirkungen auf Mitarbeitende und Organisationen 17
6.5 Wirtschaftlichkeit und nachhaltige Ressourcennutzung 17
7. Kompetenzmodelle als Grundlage interprofessioneller Versorgung 18
7.1 Kompetenzorientierung als Steuerungsprinzip 18
7.2 Professionelle Kompetenzmodelle als Grundlage der Zusammenarbeit 18
7.3 Der interprofessionelle Kompetenzrahmen der MUL-CT 19
7.4 Bedeutung für die Versorgungsregion Lausitz 20
8. Governance-Modell für interprofessionelle Versorgung 21
9. Interprofessionalität in der Versorgungsregion Lausitz 24
10. Implikationen für Versorgung, Personal und Organisation 26
11. Handlungsempfehlungen 28
12. Fazit und Ausblick 31
Literaturverzeichnis 34
Anhang 38

1. Einleitung

Die Gesundheitsversorgung steht vor tiefgreifenden strukturellen Veränderungen. Der demografische Wandel, die Zunahme chronischer und multimorbider Erkrankungen sowie der anhaltende Fachkräftemangel verändern die Anforderungen an die Versorgung nachhaltig. Gleichzeitig fordern die Empfehlungen des Wissenschaftsrates (2024) zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin sowie die mit dem Strukturwandel verbundenen Entwicklungen in der Lausitz neue Konzepte, die Krankenversorgung, Forschung, Lehre und regionale Versorgung stärker miteinander verzahnen. Parallel führen gesundheitspolitische Reformen insbesondere die Krankenhausreform (KHAG, 2026), der Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen (süV), das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV- BStabG, 2026) sowie die Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe, zu einer Neuordnung bestehender Versorgungsprozesse und Verantwortlichkeiten. Diese Entwicklungen erfordern eine grundlegende Weiterentwicklung bestehender Versorgungs- und Organisationsstrukturen.
Das deutsche Gesundheitswesen ist traditionell durch eine hohe Spezialisierung der Gesundheitsberufe sowie klar definierte berufsrechtliche Zuständigkeiten geprägt. Diese Differenzierung hat wesentlich zur Entwicklung professioneller Expertise beigetragen. Gleichzeitig führen zunehmend komplexe Versorgungsverläufe und zahlreiche Schnittstellen zwischen Professionen und Sektoren zu wachsenden Anforderungen an Kommunikation, Koordination und gemeinsame Entscheidungsprozesse. Nationale und internationale Analysen weisen darauf hin, dass gerade an diesen Schnittstellen erhebliche Potenziale zur Verbesserung von Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Ressourceneffizienz bestehen (WHO 2010; OECD 2023).
Parallel hierzu verändern sich die Kompetenzprofile der Gesundheitsberufe. Neue gesetzliche Regelungen, wie das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP-Gesetz, 2025), erweitern die Handlungsspielräume einzelner Professionen und fördern eine stärker kompetenzorientierte Aufgabenverteilung.
Vor diesem Hintergrund rückt die Zusammenarbeit der Gesundheitsprofessionen verstärkt in den Fokus wissenschaftlicher, gesundheitspolitischer und organisatorischer Diskussionen. Interprofessionalität wird dabei zunehmend als ein wesentlicher Faktor für die Bewältigung komplexer Versorgungsanforderungen betrachtet. Gleichzeitig bestehen hinsichtlich ihrer strukturellen Verankerung, ihrer organisatorischen Umsetzung sowie ihrer Einbettung in Führungs- und Governance-Strukturen weiterhin erhebliche Entwicklungsbedarfe.
Ziel dieses Impulspapiers ist es, Interprofessionalität als Organisations- und Governance-Prinzip moderner Gesundheitsversorgung wissenschaftlich einzuordnen und Ansatzpunkte für ihre systematische Weiterentwicklung im deutschen Gesundheitswesen sowie in der Modellregion Gesundheit Lausitz aufzuzeigen.

2. Ausgangslage und Problemstellung

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist durch eine hohe fachliche Spezialisierung und eine differenzierte Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen geprägt. Medizin, Pflege, Therapieberufe und weitere Professionen verfügen über eigenständige Qualifikationswege, berufsrechtliche Regelungen und professionelle Handlungskompetenzen. Diese Entwicklung hat wesentlich zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung beigetragen und ermöglicht eine zunehmend spezialisierte Behandlung komplexer Erkrankungen.
Mit der fortschreitenden Spezialisierung sind jedoch auch die Anforderungen an die Koordination der Versorgung erheblich gestiegen. Patientinnen und Patienten durchlaufen heute häufig komplexe Behandlungspfade, an denen zahlreiche Berufsgruppen, Organisationen und Versorgungssektoren beteiligt sind. Insbesondere bei älteren Menschen sowie Patientinnen und Patienten mit chronischen oder multimorbiden Erkrankungen hängt die Versorgungsqualität zunehmend von der Fähigkeit ab, Informationen, Entscheidungen und therapeutische Maßnahmen professionsübergreifend zu koordinieren. Die Realität zeigt, dass diese Koordination häufig unzureichend gelingt. Internationale Analysen der WHO (2010) und OECD (2023) beschreiben diese Defizite als eine zentrale Herausforderung moderner Gesundheitssysteme und fordern eine stärkere Integration von Versorgungsprozessen über Berufs- und Sektorengrenzen hinweg. Typische Folgen sind:

- Silodenken zwischen Professionen,
- Doppelarbeit durch parallele Prozesse,
- Kommunikationsfehler mit Risiken für Patientensicherheit,
- Ressourcenverschwendung durch fehlende Abstimmung,
- unklare Verantwortlichkeiten in komplexen Versorgungssituationen sowie
- fehlende gemeinsame Datenbasis für Entscheidungen.

Organisations- und Entscheidungsstrukturen orientieren sich vielfach weiterhin an professionellen Zuständigkeiten und institutionellen Grenzen. Aktuelle Analysen der Weltgesundheitsorganisation betonen jedoch, dass die zunehmende Komplexität gesundheitlicher Versorgung sowie die Anforderungen integrierter und personenzentrierter Versorgung eine stärkere Zusammenarbeit über Berufs- und Sektorengrenzen hinweg erfordern (WHO, 2016; WHO, 2022). Historisch lassen sich die bestehenden professionsbezogenen Organisationsstrukturen durch die Professionstheorie erklären, die die Entwicklung klar abgegrenzter beruflicher Zuständigkeiten beschreibt (Abbott, 1988; Freidson, 2001). Vor dem Hintergrund aktueller Versorgungsanforderungen gewinnen jedoch organisationsübergreifende Kooperation, gemeinsame Verantwortungsübernahme und interprofessionelle Steuerungsmodelle zunehmend an Bedeutung.
Empirische Untersuchungen haben ergeben, dass Defizite in der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsprofessionen erhebliche Auswirkungen auf Versorgungsqualität und Patientensicherheit haben können. Kommunikationsprobleme, unzureichende Abstimmung und unklare Verantwortlichkeiten zählen zu den häufigsten Ursachen vermeidbarer Sicherheitsereignisse. Die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit interprofessioneller Zusammenarbeit wird in Kapitel 5 ausführlich dargestellt.
Vor diesem Hintergrund verändern sich gegenwärtig auch die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Mit der Krankenhausreform werden Qualitätsanforderungen, Leistungsgruppen und sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen weiterentwickelt. Gleichzeitig erweitern

gesetzliche Reformen wie das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP-Gesetz, 2025) sowie das Pflegekompetenzgesetz (2024) die Handlungsspielräume einzelner Gesundheitsberufe und fördern eine stärker kompetenzorientierte Aufgabenverteilung. Hingegen gehen mit dem GKV- BStabG veränderte finanzielle und regulatorische Rahmenbedingungen einher, die Krankenhäuser zu weiteren Anpassungen ihrer Leistungs- und Organisationsstrukturen veranlassen. Diese Entwicklungen erfordern nicht nur neue Kompetenzprofile, sondern auch Organisationsformen, die eine koordinierte und gemeinsame Nutzung professioneller Expertise ermöglichen.
Die zentrale Herausforderung besteht daher neben der Weiterentwicklung einzelner Professionen vielmehr in der Weiterentwicklung ihrer Zusammenarbeit und Erhöhung der Wirksamkeit. Interprofessionalität ist in diesem Zusammenhang kein Selbstzweck und ersetzt weder professionsspezifische Expertise noch berufsrechtliche Verantwortlichkeiten. Vielmehr schafft sie den organisatorischen Rahmen, innerhalb dessen unterschiedliche Kompetenzen zielgerichtet zusammengeführt, Verantwortlichkeiten transparent gestaltet und gemeinsame Versorgungsziele verfolgt werden können.
Angesichts dieser tiefgreifenden Veränderungen stellt sich nicht mehr die Frage, ob interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig ist, sondern wie sie strukturell, organisatorisch und kulturell in den Einrichtungen des Gesundheitswesens verankert werden kann. Hierfür sind insbesondere geeignete politische und organisatorische Rahmenbedingungen, kompetenzorientierte Rollen- und Aufgabenmodelle, interprofessionelle Führungs- und Governance-Strukturen sowie eine gemeinsame Qualitäts- und Outcomeorientierung von zentraler Bedeutung. Die folgenden Kapitel beleuchten diese Faktoren aus wissenschaftlicher, gesundheitspolitischer und organisationsbezogener Perspektive.

3. Politischer Kontext

Die Weiterentwicklung interprofessioneller Versorgung ist nicht allein eine organisationsinterne Aufgabe einzelner Gesundheitseinrichtungen, sondern zunehmend Bestandteil der gesundheitspolitischen Reformagenda in Deutschland. Angesichts des demografischen Wandels, des zunehmenden Fachkräftemangels sowie der steigenden Zahl chronisch und mehrfach erkrankter Menschen rücken neue Formen der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen in den Mittelpunkt gesundheitspolitischer Überlegungen. Gleichzeitig gewinnen Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung, der Qualitätssicherung und einer nachhaltigen Ressourcennutzung zunehmend an Bedeutung (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024).
Für die MUL-CT bilden darüber hinaus die Empfehlungen des Wissenschaftsrates einen wesentlichen strategischen Orientierungsrahmen. Mit dem Aufbau der Universitätsmedizin in der Lausitz wird das Ziel verfolgt, Gesundheit, Krankenversorgung, Forschung, Lehre, Rehabilitation und regionale Gesundheitsversorgung enger miteinander zu verzahnen und innovative Versorgungsstrukturen für eine ländlich geprägte Region zu entwickeln. Interprofessionalität kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu, da sie die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe, Versorgungssektoren und wissenschaftlicher Disziplinen als Voraussetzung für eine leistungsfähige, personenzentrierte und zukunftsfähige Gesundheitsversorgung unterstützt (WR, 2024).
Die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten wissenschaftlichen Erkenntnisse und internationalen Erfahrungen spiegeln sich in den aktuellen Reformvorhaben des deutschen

Gesundheitswesens wider. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG, 2024) sowie den darauf aufbauenden Weiterentwicklungen der Krankenhausreform, insbesondere dem KHAG (2026), verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, Versorgungsqualität, Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit stärker miteinander zu verbinden. Qualitätsorientierte Leistungsgruppen, die Einführung einer Vorhaltefinanzierung sowie die stärkere Vernetzung stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen schaffen neue Rahmenbedingungen, in denen interprofessionelle Zusammenarbeit weiter an Bedeutung gewinnt (Bundesministerium für Gesundheit, 2024a). Gleichzeitig wird deutlich, dass strukturelle Reformen allein nicht ausreichen. Erst durch eine kompetenzorientierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe können die angestrebten Qualitäts- und Versorgungseffekte nachhaltig erreicht werden.
Parallel hierzu stärken gesetzgeberische Initiativen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe die Voraussetzungen für eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung. Insbesondere das Pflegekompetenzgesetz verfolgt das Ziel, pflegerische Kompetenzen stärker am tatsächlichen Qualifikationsniveau auszurichten und erweiterte heilkundliche Aufgaben rechtlich abzusichern (Bundesministerium für Gesundheit, 2024b). Gemeinsam mit der fortschreitenden Akademisierung der Gesundheitsfachberufe sowie der Entwicklung neuer Rollenprofile, beispielsweise im Bereich der Advanced Practice Nursing, wird damit ein Paradigmenwechsel von berufsbezogenen hin zu kompetenzorientierten Versorgungsstrukturen eingeleitet. Ziel dieser Entwicklung ist nicht die Verlagerung von Aufgaben zwischen einzelnen Professionen, sondern die bestmögliche Nutzung vorhandener Kompetenzen zum Nutzen der Patientinnen und Patienten.
Auch auf internationaler Ebene wird die Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit zunehmend hervorgehoben. Die WHO beschreibt interprofessionelle Bildung und Zusammenarbeit als wesentliche Voraussetzung resilienter, personenzentrierter und integrierter Gesundheitssysteme (WHO, 2010; WHO, 2016). Ergänzend verweist die OECD (2023) darauf, dass die Bewältigung des Fachkräftemangels sowie die Verbesserung der Versorgungsqualität künftig eine stärkere Nutzung der Kompetenzen aller Gesundheitsberufe, integrierte Versorgungsmodelle sowie eine konsequente Outcome-Orientierung erfordern. Diese internationalen Entwicklungen unterstreichen, dass Interprofessionalität kein isoliertes Organisationskonzept einzelner Einrichtungen darstellt, sondern zunehmend als strategisches Element moderner Gesundheitssysteme verstanden wird.

> Für Deutschland ergibt sich daraus die Notwendigkeit, Interprofessionalität nicht ausschließlich als Instrument zur Bewältigung des Fachkräftemangels zu betrachten. Vielmehr sollte sie als eigenständiges Strukturprinzip einer modernen Gesundheitsversorgung etabliert werden.

Hierzu gehören geeignete gesetzliche Rahmenbedingungen, kompetenzorientierte Qualifikations- und Karrierewege, gemeinsame Qualitäts- und Outcome-Indikatoren sowie Organisationsstrukturen, die eine sektoren- und professionsübergreifende Zusammenarbeit dauerhaft unterstützen (Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege, 2024).
Die MUL-CT bietet mit den derzeit entwickelten Kompetenzmodellen und dem entstehenden Governance-Modell die Möglichkeit, aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen exemplarisch in einer regionalen Versorgungslandschaft umzusetzen und wissenschaftlich zu begleiten. Die Modellregion Gesundheit Lausitz kann damit einen Beitrag leisten, gesundheitspolitische Reformen mit evidenzbasierten Organisations- und Versorgungskonzepten zu verbinden und

Erkenntnisse für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens bereitzustellen. Die enge Verzahnung von Krankenversorgung, Forschung, Lehre und Organisationsentwicklung eröffnet dabei die Chance, neue interprofessionelle Versorgungsformen unter realen Versorgungsbedingungen zu entwickeln, zu evaluieren und auf ihre Übertragbarkeit in andere Regionen Deutschlands zu prüfen.
Abschließend lässt sich festhalten, dass die aktuellen gesundheitspolitischen Reformen günstige Rahmenbedingungen für eine stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit schaffen. Sie fördern eine stärkere Kompetenzorientierung, die Weiterentwicklung neuer Berufsrollen, sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen sowie eine stärkere Ausrichtung der Gesundheitsversorgung an Kooperation und Patientenorientierung. Ihr langfristiger Erfolg wird jedoch wesentlich davon abhängen, ob es gelingt, Kompetenzentwicklung, Organisationsgestaltung und Governance systematisch miteinander zu verbinden. Aus dieser Erkenntnis ergeben sich konkrete Handlungsempfehlungen für Gesundheitspolitik, Hochschulen und Leistungserbringer, die im folgenden Kapitel dargestellt werden.

4. Internationale Entwicklungen und Relevanz für Deutschland

Die Weiterentwicklung interprofessioneller Zusammenarbeit ist kein ausschließlich nationales Anliegen, sondern Bestandteil eines internationalen Transformationsprozesses der Gesundheitsversorgung. Zahlreiche Gesundheitssysteme stehen vor vergleichbaren Herausforderungen: demografischer Wandel, steigende Prävalenz chronischer Erkrankungen, zunehmende Spezialisierung der Gesundheitsberufe, Fachkräftemangel sowie der Anspruch, Versorgungsqualität und Patientensicherheit trotz begrenzter Ressourcen nachhaltig zu sichern (Carron et al., 2021, Frenk et al., 2010; OECD, 2023). Vor diesem Hintergrund gewinnt die koordinierte Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen weltweit zunehmend an Bedeutung.
Internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) sowie das European Observatory on Health Systems and Policies beschreiben übereinstimmend einen grundlegenden Wandel der Organisation gesundheitlicher Versorgung. Während traditionelle Gesundheitssysteme überwiegend entlang professioneller Zuständigkeiten, Fachdisziplinen und institutioneller Grenzen organisiert waren, orientieren sich aktuelle Reformansätze zunehmend an kontinuierlichen Versorgungspfaden sowie an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Im Mittelpunkt stehen koordinierte Behandlungsprozesse, sektorenübergreifende Zusammenarbeit und die Integration unterschiedlicher professioneller Kompetenzen (WHO, 2016; OECD, 2020; European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).
Diese Entwicklung lässt sich in zahlreichen Ländern beobachten, darunter Kanada, die Niederlande, Schweden, Australien und das Vereinigte Königreich. Trotz unterschiedlicher Finanzierungs- und Versorgungssysteme verfolgen diese Länder vergleichbare Strategien. Hierzu gehören der Ausbau interprofessioneller Primärversorgungszentren, die Weiterentwicklung professioneller Rollen, gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote sowie organisationsübergreifende Qualitäts- und Steuerungsansätze. Gleichzeitig werden interprofessionelle Zusammenarbeit und Teamleistung zunehmend als Qualitätsmerkmale der Versorgung verstanden und in Akkreditierungs- und Evaluationsverfahren berücksichtigt.

Tabelle 1: Internationale Entwicklungstrends und ihre Relevanz für Deutschland

Internationaler Entwicklungstrend	Internationale Beispiele	Relevanz für Deutschland
Kompetenzorientierte Aufgabenverteilung	Kanada, Australien	Pflegekompetenzgesetz, APN, Physician Assistants
Teamorientierte Versorgung/ Team-Based Care	NHS England, Niederlande, Schweden	Sektorenübergreifende Versorgung, Leistungsgruppen
Interprofessionelle Ausbildung	Kanada, USA	Curriculare Weiterentwicklung, Akademisierung der Gesundheitsfachberufe
Outcome-orientierte Steuerung	OECD-Mitgliedsstaaten	Krankenhausreform, Qualitätsorientierung
Shared Governance	Magnet Hospitals, Kanada	Führungs- und Organisationsentwicklung

(eigene Darstellung)

Die internationalen Entwicklungen (Tabelle 1) zeigen, dass moderne Gesundheitssysteme ihre Versorgung zunehmend an integrierten, personenzentrierten und professionsübergreifend koordinierten Versorgungsprozessen ausrichten. Im Vordergrund stehen dabei vier übergreifende Entwicklungslinien: eine stärkere Orientierung an Kompetenzen statt ausschließlich an Berufsgrenzen, die zunehmende Bedeutung interprofessioneller Teams, die Ausrichtung der Versorgung an patientenrelevanten Outcomes sowie die Weiterentwicklung von Führungs- und Organisationsstrukturen hin zu stärker partizipativen Entscheidungsmodellen (WHO 2022; OECD 2023; IPEC 2023; Frenk et al. 2010; Porter 2010; Institute for Healthcare Improvement 2022; ANCC 2023; NHS England 2022). Diese Entwicklungen bilden den internationalen Referenzrahmen für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Deutschland und werden in den folgenden Kapiteln wissenschaftlich eingeordnet und hinsichtlich ihrer Bedeutung für Kompetenzentwicklung, Governance und Organisationsgestaltung vertieft.

Für Deutschland eröffnen die aktuellen gesundheitspolitischen Reformen grundsätzlich neue Möglichkeiten für die Weiterentwicklung interprofessioneller Versorgungsstrukturen. Mit der Krankenhausreform, dem Ausbau sektorenübergreifender Versorgung sowie der Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe werden wesentliche Rahmenbedingungen geschaffen, die internationale Entwicklungen aufgreifen (Atzeni, Schmitz & Berchtold, 2017; Philip, 2025; Strotbek & Hamburg, 2024). Gleichzeitig stehen viele Gesundheitseinrichtungen unter erheblichem wirtschaftlichem Druck. Insbesondere finanzielle Restriktionen und begrenzte Investitionsspielräume können die Einführung neuer Organisations- und Versorgungsmodelle erschweren. Umso wichtiger ist es, Interprofessionalität nicht als zusätzliche Struktur, sondern als strategischen Ansatz zur Verbesserung von Versorgungsqualität, Ressourceneffizienz und Nachhaltigkeit zu verstehen. Erfahrungen anderer Gesundheitssysteme zeigen, dass nachhaltige Veränderungen weniger von der Einführung neuer Berufsrollen als von ihrer systematischen organisatorischen Einbettung abhängen.

Universitätskliniken kommt in diesem Transformationsprozess eine besondere Bedeutung zu. Durch die Verbindung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre verfügen sie über die Voraussetzungen, innovative Organisations- und Versorgungsmodelle wissenschaftlich zu entwickeln, zu evaluieren und in die Versorgung zu übertragen. Für die MUL-CT eröffnet sich

damit die Möglichkeit, internationale Entwicklungen aufzugreifen und ihre Umsetzung im Kontext einer modernen Universitätsmedizin wissenschaftlich zu begleiten.

5. Wissenschaftliche Grundlagen

Die Forderung nach mehr Interprofessionalität ist kein kurzfristiger gesundheitspolitischer Trend und keine Reaktion auf den Fachkräftemangel.

> Sie ist vielmehr Ausdruck eines grundlegenden Wandels der Gesundheitsversorgung. Während Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen historisch entlang einzelner Professionen, Fachdisziplinen und Hierarchien organisiert wurden, orientiert sich Versorgung zunehmend an komplexen, dynamischen und sektorenübergreifenden Behandlungsprozessen.

Die wissenschaftliche Diskussion der vergangenen Jahrzehnte zeigt, dass die Leistungsfähigkeit moderner Gesundheitssysteme weniger von der Weiterentwicklung einzelner Professionen als von ihrer Fähigkeit abhängt, unterschiedliche Kompetenzen wirksam miteinander zu verbinden (Antoni, 2010; D'Amour et al., 2008; Frenk et al., 2010).

5.1 Professionen im Wandel – von der Abgrenzung zur Kooperation

Die klassische Professionstheorie liefert einen wesentlichen Erklärungsansatz für die historisch gewachsene Organisation des Gesundheitswesens. Nach Abbott (1988) entwickeln Professionen ihre Identität über klar definierte Zuständigkeiten *(„jurisdictions"*), die gegenüber anderen Berufsgruppen abgegrenzt werden. Freidson (2001) beschreibt professionelle Autonomie als zentrales Merkmal professionellen Handelns und als Voraussetzung qualitativ hochwertiger Berufsausübung.
Diese Modelle erklären die historische Entwicklung der Gesundheitsberufe, stoßen jedoch dort an ihre Grenzen, wo Versorgung zunehmend durch komplexe, interdisziplinäre und sektorenübergreifende Prozesse geprägt wird. Moderne Gesundheitsversorgung findet nicht innerhalb einzelner Professionen statt, sondern an deren Schnittstellen (Ansa et al., 2020; Antoni, 2010; D'Amour et al., 2008). Damit verschiebt sich die wissenschaftliche Perspektive von der Abgrenzung professioneller Zuständigkeiten hin zur Frage, wie unterschiedliche Kompetenzen wirksam koordiniert und gemeinsam für die Versorgung genutzt werden können.

5.2 Komplexität als neue Realität der Gesundheitsversorgung

Die Versorgung komplexer Patientinnen und Patienten lässt sich zunehmend als komplexes adaptives System verstehen. Im Gegensatz zu linearen Organisationsmodellen sind Gesundheitssysteme durch vielfältige Wechselwirkungen, Unsicherheit und eine hohe Dynamik gekennzeichnet. Plsek und Greenhalgh (2001) zeigen, dass traditionelle hierarchische Steuerungsansätze unter diesen Bedingungen nur begrenzt geeignet sind, komplexe Versorgungsprozesse zu koordinieren.
Aus dieser Perspektive entsteht Versorgungsqualität nicht allein durch die Leistung einzelner Professionen, sondern durch deren Fähigkeit, Informationen auszutauschen, Entscheidungen gemeinsam zu treffen und flexibel auf sich verändernde Versorgungssituationen zu reagieren. Interprofessionalität wird damit zu einer systemischen Voraussetzung für den Umgang mit Komplexität.

5.3 Interprofessionalität als wissenschaftlich fundiertes Kooperationsmodell

Vor diesem Hintergrund entwickelte sich Interprofessionalität zu einem eigenständigen Forschungsfeld. Reeves et al. (2017) beschreiben interprofessionelle Zusammenarbeit als einen Prozess, in dem unterschiedliche Gesundheitsprofessionen gemeinsam Verantwortung für die Versorgung übernehmen, ihre jeweiligen Kompetenzen einbringen und ihre Entscheidungen kontinuierlich aufeinander abstimmen.
Ergänzend beschreiben Kaiser et al. (2019) erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit als Zusammenspiel gemeinsamer Zielorientierung, gegenseitigen Vertrauens, klarer Rollenverständnisse, geteilter Verantwortung und kontinuierlicher Kommunikation. Interprofessionalität geht damit über das gleichzeitige Zusammenwirken verschiedener Berufsgruppen hinaus. Sie setzt Rahmenbedingungen voraus, die kooperative Entscheidungsprozesse ermöglichen und die Zusammenarbeit systematisch unterstützen (Grant et al., 2024; Huber, 2022; Schmitz et al., 2020).
Das 2026 veröffentlichte Positionspapier von Körner et al. präzisiert dieses Verständnis: Interprofessionalität ist als koordinierte und reflektierte Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialberufen auf Augenhöhe zu verstehen, die Patientinnen und Patienten, Angehörige und Communities aktiv einbezieht. Dabei werden die jeweiligen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten anerkannt, ohne Unterschiede in Aufgaben und Zuständigkeiten aufzuheben. Interprofessionalität ist damit nicht auf die unmittelbare Teaminteraktion begrenzt, sondern entfaltet sich auf Mikro-, Meso- und Makroebene. Neben individuellen Kompetenzen sind folglich organisationale, rechtliche, politische und finanzielle Bedingungen sowie Fragen von Verantwortung, Partizipation und Gerechtigkeit zu berücksichtigen (Körner et al., 2026).

5.4 Kompetenzorientierung als Grundlage moderner Gesundheitsberufe

Parallel zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit interprofessioneller Zusammenarbeit entwickelte sich international eine kompetenzorientierte Perspektive auf die Gesundheitsberufe. Kompetenzrahmen wie die Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice der Interprofessional Education Collaborative (IPEC) sowie das CanMEDS-Framework (Frank et al., 2015) verstehen Zusammenarbeit nicht als zusätzliche Qualifikation, sondern als integralen Bestandteil professionellen Handelns.
Zu den zentralen Kompetenzbereichen gehören gemeinsame Werte und ethische Grundhaltungen, Rollenverständnis, interprofessionelle Kommunikation sowie Teamarbeit (IPEC, 2023; Walkenhorst, 2016). Kompetenzentwicklung wird damit zu einer gemeinsamen Aufgabe von Aus-, Fort- und Weiterbildung, Personalentwicklung und Organisationsgestaltung. Internationale Kompetenzmodelle bilden hierfür einen wissenschaftlich fundierten Referenzrahmen und schaffen die Grundlage für die Entwicklung professionsübergreifender Qualifizierungs- und Organisationskonzepte.

5.5 Von der Zusammenarbeit zur Governance

Mit der zunehmenden Komplexität gesundheitlicher Versorgung rücken neben individuellen Kompetenzen verstärkt organisationale Rahmenbedingungen in den Fokus wissenschaftlicher Betrachtung.

> Das Konzept der Relational Coordination nach Gittell (2015) zeigt, dass hochwertige Versorgung insbesondere dort entsteht, wo gemeinsame Ziele, geteiltes Wissen, gegenseitiger Respekt sowie eine häufige, zeitnahe und lösungsorientierte Kommunikation systematisch gefördert werden.

Interprofessionalität ist vor diesem Hintergrund nicht ausschließlich als individuelles Verhalten einzelner Mitarbeitender zu verstehen, sondern als organisationsbezogenes Kooperationsmodell. Erst wenn Rollen, Verantwortlichkeiten, Kommunikationswege und Entscheidungsprozesse auf Zusammenarbeit ausgerichtet sind, können unterschiedliche professionelle Kompetenzen ihr Potenzial für die Versorgung vollständig entfalten (Atzeni et al., 2017; Gurtner & Wettstein, 2019; SAMW, 2020).
Zugleich ist zu berücksichtigen, dass die empirische Evidenz zu Wirkungen und Wirkmechanismen interprofessioneller Zusammenarbeit trotz positiver Befunde heterogen und methodisch teilweise begrenzt ist. Unterschiedliche Definitionen, Settings, Interventionen und Outcome-Parameter erschweren verallgemeinerbare Aussagen. Für die Entwicklung und Bewertung von Governance-Modellen folgt daraus, dass Wirkungen kontextsensitiv und über geeignete, möglichst gemeinsame Indikatoren evaluiert werden sollten. Ebenso müssen bestehende Macht- und Hierarchieverhältnisse, psychologische Sicherheit und die Möglichkeit, Unsicherheiten oder Fehler offen anzusprechen, ausdrücklich berücksichtigt werden (Körner et al., 2026).
Die dargestellten wissenschaftlichen Ansätze verdeutlichen einen grundlegenden Perspektivwechsel. Interprofessionalität beschreibt nicht lediglich eine neue Form der Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe, sondern einen wissenschaftlich fundierten Ansatz zur Gestaltung komplexer Versorgungssysteme. Professionelle Kompetenzen, organisationsübergreifende Koordination und geeignete Organisationsstrukturen bilden gemeinsam die Grundlage einer personenzentrierten und qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung.
Die empirische Evidenz zur Wirksamkeit interprofessioneller Zusammenarbeit sowie ihre organisatorische Umsetzung werden in den folgenden Kapiteln vertieft.

6. Evidenz zur Wirksamkeit interprofessioneller Zusammenarbeit

Die wissenschaftliche Diskussion zur Interprofessionalität hat sich in den vergangenen Jahren zunehmend von konzeptionellen Fragestellungen hin zur Untersuchung ihrer empirischen Wirksamkeit entwickelt. Mittlerweile liegt eine umfangreiche internationale Evidenz vor, die den Einfluss interprofessioneller Zusammenarbeit auf Patientensicherheit, Versorgungsqualität, Mitarbeitende, Organisationen und Gesundheitssysteme untersucht. Insgesamt zeigen die verfügbaren Studien, dass strukturierte interprofessionelle Zusammenarbeit insbesondere dann positive Effekte entfaltet, wenn sie organisatorisch verankert und durch geeignete Führungs- und Qualitätsstrukturen unterstützt wird (Tabelle 2).

Tabelle 2: Evidenz interprofessioneller Zusammenarbeit

Wirkungsbereich	Nachgewiesene Effekte	Beispielhafte Evidenz
Patientensicherheit	Hinweise auf weniger Kommunikationsfehler und sicherere Übergaben	WHO (2010), Varpio & Teunissen (2020), APS (2023)
Versorgungsqualität	Hinweise auf bessere Koordination und Ergebnisqualität	Reeves et al. (2017), OECD (2025)
Patientenperspektive	Teilweise bessere PROMs/PREMs und höhere Zufriedenheit	Porter (2010), ICHOM, OECD
Mitarbeitende	Berichte zu Arbeitszufriedenheit und Fluktuation	Magnet Hospital Studies, WHO (2023)
Organisation	Hinweise auf effizientere Prozesse und weniger Doppelarbeit	OECD (2023), Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege
Gesundheitssystem	Potenziale für resilientere Versorgung und Ressourcennutzung	WHO (2023), OECD (2023)

(eigene Darstellung)

6.1 Interprofessionalität als Grundlage von Patientensicherheit

Patientensicherheit gehört zu den am besten untersuchten Wirkungsfeldern interprofessioneller Zusammenarbeit. Internationale Studien zeigen, dass ein erheblicher Anteil vermeidbarer unerwünschter Ereignisse nicht auf mangelnde fachliche Kompetenz, sondern auf Defizite in Kommunikation, Informationsweitergabe und Koordination zwischen Gesundheitsprofessionen zurückzuführen ist. Insbesondere an Übergängen zwischen Berufsgruppen, Stationen oder Versorgungssektoren entstehen Risiken für Informationsverluste und Behandlungsfehler (Ansa et al., 2020; APS, 2023; Sauer & Blümke, 2022).
Die WHO sowie die National Academy of Medicine (2015) identifizieren strukturierte interprofessionelle Kommunikation als eine zentrale Voraussetzung sicherer Versorgung. Besonders deutlich zeigt sich dies in komplexen Versorgungssituationen wie der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Sepsis, Schlaganfall, Herzinsuffizienz oder Multimorbidität. Gerade hier sind zeitkritische Entscheidungen, die Koordination verschiedener Gesundheitsprofessionen sowie eine lückenlose Informationsweitergabe entscheidend, um Behandlungsverzögerungen, Medikationsfehler oder Versorgungslücken zu vermeiden. Varpio und Teunissen (2020) zeigen, dass insbesondere standardisierte Übergaben, gemeinsame Entscheidungsprozesse und ein klares Rollenverständnis die Patientensicherheit fördern. Strukturierte Kommunikationsinstrumente und eine gelebte Sicherheitskultur gelten daher als wesentliche Elemente einer sicheren Patientenversorgung.

6.2 Interprofessionalität, Prävention und Gesundheitsförderung

Interprofessionelle Zusammenarbeit entfaltet ihre Wirkung nicht erst im Rahmen der Behandlung bestehender Erkrankungen, sondern leistet bereits in der Gesundheitsförderung und Prävention einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit. Die enge Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe ermöglicht eine frühzeitige Identifikation gesundheitlicher Risiken, die Entwicklung gemeinsamer Präventionsstrategien sowie eine kontinuierliche Begleitung von Menschen entlang des gesamten Versorgungspfades. Dadurch

können Erkrankungen verhindert, Krankheitsverläufe positiv beeinflusst und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nachhaltig gestärkt werden (WHO, 2016; WHO, 2022; OECD, 2020).
Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt integrierte, personenzentrierte Versorgung als ein Versorgungskonzept, das Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Palliativversorgung systematisch miteinander verbindet und eine enge Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen voraussetzt (WHO, 2016). Interprofessionelle Teams übernehmen dabei gemeinsame Verantwortung für die Planung, Umsetzung und Evaluation gesundheitsbezogener Maßnahmen und tragen dazu bei, Versorgungskontinuität sowie eine bedarfsgerechte und koordinierte Betreuung sicherzustellen.
Insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der Zunahme chronischer Erkrankungen und steigender Anforderungen an die Primärversorgung gewinnt dieser präventive Ansatz zunehmend an Bedeutung. Internationale Analysen zeigen, dass interprofessionelle Versorgungsmodelle Präventionsmaßnahmen wirksamer koordinieren, die Früherkennung gesundheitlicher Risiken verbessern und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken können (WHO, 2022; OECD, 2020). Damit trägt Interprofessionalität nicht nur zur Patientensicherheit und Behandlungsqualität, sondern gleichermaßen zur Erhaltung von Gesundheit sowie zu einer nachhaltigen und ressourcenschonenden Gesundheitsversorgung bei.

6.3 Auswirkungen auf Versorgungsqualität und Behandlungsergebnisse

Neben der Patientensicherheit belegen zahlreiche systematische Übersichtsarbeiten positive Auswirkungen interprofessioneller Zusammenarbeit auf die Versorgungsqualität (Carron et al., 2021; Kaiser et al., 2022; Reeves et al., 2017). Der Cochrane-Review von Reeves et al. (2017) zeigt insbesondere Verbesserungen der Zusammenarbeit innerhalb von Behandlungsteams sowie positive Effekte auf klinische Prozesse und ausgewählte Behandlungsergebnisse.
Mit der zunehmenden Outcome-Orientierung gewinnen patientenberichtete Ergebnismaße (PROMs) und Erfahrungsmaße (PREMs) an Bedeutung. Sie ergänzen klassische Qualitätsindikatoren um die Perspektive der Patientinnen sowie Patienten und ermöglichen eine umfassendere Bewertung der Versorgungsqualität. Internationale Erfahrungen zeigen, dass interprofessionell organisierte Versorgungsteams häufig bessere Ergebnisse hinsichtlich Behandlungserfolges, Versorgungserleben und Versorgungskontinuität erzielen (Carron et al., 2021; Kaiser et al., 2022; Reeves et al., 2017). Diese Entwicklung entspricht den Grundprinzipien des Value-Based Healthcare (VBHC), das den Nutzen gesundheitlicher Versorgung konsequent an patientenrelevanten Outcomes ausrichtet.
Der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (2024) kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität künftig insbesondere durch die Integration professioneller Kompetenzen, koordinierte Behandlungspfade und sektorenübergreifende Zusammenarbeit unterstützt werden kann.
Für die Modellregion Lausitz ergeben sich hieraus besondere Chancen. Angesichts des demografischen Wandels, des steigenden Versorgungsbedarfs sowie der Fachkräftesicherung können interprofessionelle Versorgungsmodelle dazu beitragen, vorhandene Kompetenzen effizient zu nutzen, sektorenübergreifende Behandlungspfade zu stärken und eine qualitativ hochwertige Versorgung auch in ländlich geprägten Regionen sicherzustellen. Die konsequente Ausrichtung an patientenrelevanten Outcomes bietet darüber hinaus die Möglichkeit, innovative Versorgungsmodelle wissenschaftlich zu evaluieren und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

6.4 Auswirkungen auf Mitarbeitende und Organisationen

Die positiven Effekte interprofessioneller Zusammenarbeit beschränken sich nicht auf die Patientenversorgung. Studien zeigen, dass gut funktionierende interprofessionelle Teams mit einer höheren Arbeitszufriedenheit, einer stärkeren Identifikation mit organisationalen Zielen sowie einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen verbunden sind. Gleichzeitig werden Konflikte reduziert und Entscheidungsprozesse transparenter gestaltet (Ansa et al., 2020; Antoni, 2010; Schmitz et al., 2020).
Darüber hinaus weisen internationale Untersuchungen darauf hin, dass eine wertschätzende interprofessionelle Zusammenarbeit die Attraktivität von Arbeitsplätzen erhöht, die Bindung qualifizierter Mitarbeitender fördert und damit die organisationale Resilienz von Gesundheitseinrichtungen nachhaltig stärken kann (WHO 2023).
Gerade für die MUL-CT eröffnet dies die Chance, Interprofessionalität nicht nur als Versorgungsprinzip, sondern auch als Element einer modernen Organisations- und Führungskultur zu etablieren. Die systematische Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit kann dazu beitragen, qualifizierte Fachkräfte langfristig zu gewinnen, innovative Arbeitsformen zu entwickeln und die Attraktivität des Standorts nachhaltig zu stärken.

6.5 Wirtschaftlichkeit und nachhaltige Ressourcennutzung

Interprofessionelle Zusammenarbeit besitzt neben ihren qualitativen Effekten auch gesundheitsökonomische Bedeutung. Ziel ist nicht die Substitution einzelner Berufsgruppen, sondern die kompetenzgerechte Nutzung vorhandener personeller Ressourcen. Durch klar definierte Verantwortlichkeiten, abgestimmte Behandlungsprozesse und strukturierte Kommunikation können Doppeluntersuchungen, Verzögerungen und vermeidbare Komplikationen reduziert werden (Philip, 2025; OECD, 2023; Strotbek & Hamburg, 2024).
Internationale Analysen der OECD (2023) zeigen, dass integrierte Versorgungsmodelle insbesondere bei chronischen Erkrankungen sowohl die Versorgungsqualität als auch die Ressourceneffizienz verbessern können. Darüber hinaus weisen verschiedene Studien auf Potenziale zur Verringerung ungeplanter Wiederaufnahmen, vermeidbarer Komplikationen und ineffizienter Doppelstrukturen hin.
Insgesamt verdeutlicht die internationale Evidenz, dass die Wirksamkeit interprofessioneller Zusammenarbeit maßgeblich von ihrer strukturellen und organisatorischen Verankerung abhängt. Positive Effekte entstehen insbesondere dort, wo Zusammenarbeit durch geeignete Führungs-, Qualitäts- und Organisationsstrukturen systematisch unterstützt wird (Grant et al., SAMV, 2020; Schmitz et al., 2020). Diese Erkenntnisse bilden die empirische Grundlage für die im weiteren Verlauf dargestellten Kompetenz- und Governance-Modelle.

Die wissenschaftliche Evidenz zeigt konsistent, dass interprofessionelle Zusammenarbeit insbesondere dann zu einer höheren Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Ressourceneffizienz beiträgt, wenn sie strukturell verankert und durch geeignete Führungs-, Kompetenz- und Governance-Modelle unterstützt wird. Interprofessionalität ist damit kein Selbstzweck, sondern ein evidenzbasierter Qualitätsfaktor moderner Gesundheitsversorgung.

7. Kompetenzmodelle als Grundlage interprofessioneller Versorgung

Die zunehmende Komplexität der Gesundheitsversorgung erfordert Organisationsmodelle, die professionelle Expertise systematisch sichtbar machen und für die Versorgung nutzbar gestalten. Während Aufgaben und Verantwortlichkeiten traditionell überwiegend entlang berufsrechtlicher Zuständigkeiten definiert wurden, orientieren sich moderne Versorgungssysteme zunehmend an den nachgewiesenen Kompetenzen der beteiligten Gesundheitsberufe (Frenk et al., 2010; OECD, 2023; WHO, 2022). Kompetenzmodelle schaffen hierfür die Grundlage. Sie beschreiben transparent Fähigkeiten, Verantwortlichkeiten und Entwicklungsperspektiven unterschiedlicher Professionen und bilden damit die Basis für eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung sowie eine strukturierte interprofessionelle Zusammenarbeit.

7.1 Kompetenzorientierung als Steuerungsprinzip

Die Kompetenzmodelle der MUL-CT verfolgen einen grundlegenden Perspektivwechsel. Im Mittelpunkt steht nicht die Frage, welcher Berufsgruppe eine Aufgabe zugeordnet ist, sondern welche Kompetenzen für eine qualitativ hochwertige Versorgung erforderlich sind. Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Entscheidungsbefugnisse werden entsprechend den nachgewiesenen Kompetenzen der beteiligten Fachpersonen gestaltet.
Dieses Verständnis unterstützt einen bedarfsgerechten Skill-Grade-Mix und ermöglicht den zielgerichteten Einsatz professioneller Expertise. Erweiterte Rollenprofile, akademisierte Gesundheitsberufe und spezialisierte Funktionen können dadurch systematisch in Versorgungsprozesse integriert werden. Kompetenzorientierung wird damit zur Grundlage einer flexiblen und bedarfsgerechten Organisation der Patientenversorgung.

7.2 Professionelle Kompetenzmodelle als Grundlage der Zusammenarbeit

Die MUL-CT hat für die wesentlichen Gesundheitsberufe professionsspezifische Kompetenzmodelle entwickelt. Diese orientieren sich am Deutschen und Europäischen Qualifikationsrahmen (DQR/EQR), an internationalen Kompetenzstandards sowie an den jeweiligen berufsrechtlichen Anforderungen. Sie beschreiben die Entwicklung fachlicher, wissenschaftlicher und strategischer Kompetenzen über sämtliche Qualifikationsstufen hinweg und schaffen Transparenz über Verantwortlichkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb der einzelnen Professionen (Anhang 1 - 5). Darauf aufbauend konkretisieren die entwickelten Tätigkeitsprofile, wie diese Kompetenzen in der Versorgungspraxis eingesetzt werden können. Sie schaffen eine Grundlage für die kompetenzorientierte Aufgabenverteilung und unterstützen das Management bei der Entscheidung, welche Aufgaben und Verantwortungsbereiche entsprechend der vorhandenen Qualifikation und Kompetenz den jeweiligen Gesundheitsberufen übertragen werden können.
Die Kompetenzmodelle umfassen bisher den Pflegeberuf, den ärztlichen Dienst, die Therapieberufe, Community Health Nursing sowie den Rettungsdienst. Sie verdeutlichen die jeweiligen Beiträge der Professionen zur Versorgung und zeigen auf, wie sich Verantwortungsbereiche mit zunehmender Qualifikation von der unmittelbaren Patientenversorgung bis hin zu Führungs-, Forschungs- und Organisationsaufgaben erweitern. Damit bilden die professionsspezifischen Kompetenzmodelle die vertikale Entwicklungslinie der Kompetenzentwicklung innerhalb der jeweiligen Berufsgruppen.

Die professionsspezifischen Kompetenzmodelle bilden damit die Grundlage für die Entwicklung interprofessioneller Kompetenzmodelle. Während sie die vertikale Kompetenzentwicklung innerhalb der einzelnen Professionen beschreiben, entsteht durch ihre systematische Verknüpfung eine horizontale Perspektive auf gemeinsame Verantwortlichkeiten, Schnittstellen und Kooperationskompetenzen. Diese bilden die Basis für eine kompetenzorientierte Gestaltung interprofessioneller Versorgung. Die systematische Verknüpfung der Kompetenzmodelle schafft damit nicht nur Transparenz über vorhandene Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, sondern macht zugleich Kompetenzlücken und Entwicklungsbedarfe sichtbar. Sie bildet damit eine wesentliche Grundlage für strategische Managemententscheidungen zur Personalentwicklung, Aufgabenverteilung, Qualifizierung sowie zur Entwicklung neuer interprofessioneller Rollen und Versorgungsmodelle.

7.3 Der interprofessionelle Kompetenzrahmen der MUL-CT

Komplexe Versorgungssituationen lassen sich jedoch nicht allein durch professionsspezifische Expertise bewältigen. Sie erfordern Kompetenzen, die von allen Gesundheitsberufen gemeinsam entwickelt und angewendet werden. Der interprofessionelle Kompetenzrahmen der MUL-CT ergänzt deshalb die professionsspezifischen Modelle um eine professionsübergreifende Perspektive (Anhang 6).
Im Mittelpunkt stehen gemeinsame Kompetenzen wie interprofessionelle Kommunikation, Rollenverständnis, gemeinsame Entscheidungsfindung, Konfliktlösung sowie die Fähigkeit, unterschiedliche fachliche Perspektiven in ein gemeinsames Versorgungskonzept zu integrieren. Darauf aufbauend beschreibt der Kompetenzrahmen weiterführende Kompetenzen, beispielsweise koordinierte Behandlungsplanung, interprofessionelle Fallsteuerung, die Nutzung gemeinsamer Dokumentations- und Klassifikationssysteme sowie die Leitung multiprofessioneller Teams (WHO, 2022; IPEC, 2023).
Der Kompetenzrahmen verbindet damit die fachliche Expertise der einzelnen Professionen mit den Anforderungen einer gemeinsamen personenzentrierten Versorgung. Er schafft eine gemeinsame Sprache für die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe und ergänzt die professionsspezifischen Kompetenzmodelle um eine horizontale Dimension der Zusammenarbeit. Die Beziehungen zwischen den professionsspezifischen Kompetenzmodellen, dem interprofessionellen Kompetenzrahmen und der organisationsbezogenen Steuerung sind in Tabelle 3 schematisch dargestellt:

Tabelle 3: Ebenen interprofessioneller Kompetenzentwicklung

Ebene	Ziel	Mehrwert/ Wirkung	Managementnutzen
Professionsspezifische Kompetenzmodelle	Entwicklung fachlicher Expertise	Sicheres, kompetenzgerechtes professionelles Handeln	Transparenz über Kompetenzen, Aufgabenübertragung, Personalentwicklung
Interprofessioneller Kompetenzrahmen	Verbindung gemeinsamer Kompetenzen	Koordinierte Zusammenarbeit	Kompetenzorientierter Skill-Grade-Mix, Rollenentwicklung

Governance und Organisationsentwicklung	Steuerung der Zusammenarbeit	personenzentrierte Versorgung und Qualität	Organisationsentwicklung, Qualitätssteuerung und strategische Personalplanung

(eigene Darstellung)

7.4 Bedeutung für die Versorgungsregion Lausitz

Für die Modellregion Gesundheit Lausitz besitzen die entwickelten Kompetenzmodelle eine strategische Bedeutung. Sie schaffen Transparenz über vorhandene Kompetenzen, unterstützen die Planung eines bedarfsgerechten Skill-Grade-Mix und bilden die Grundlage für die Entwicklung neuer interprofessioneller Rollen und Versorgungskonzepte. Je stärker Versorgung sektoren-, organisations- und professionsübergreifend gestaltet wird, desto wichtiger werden gemeinsame Kompetenzmodelle als Orientierungsrahmen für Aufgabenverteilung, Verantwortlichkeiten und Zusammenarbeit. Gleichzeitig erleichtern sie Personalentwicklung, Qualifizierungsplanung sowie die wissenschaftliche Evaluation neuer Organisationsmodelle.
Die Kompetenzmodelle bilden damit die konzeptionelle Grundlage für die organisations- und regionsweite Gestaltung interprofessioneller Zusammenarbeit. Wie diese Kompetenzen durch geeignete Führungs-, Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen wirksam miteinander verbunden werden können, wird im folgenden Kapitel anhand eines Governance-Modells dargestellt.

8. Governance-Modell für interprofessionelle Versorgung

Die vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, dass Interprofessionalität weder allein durch die Qualifikation einzelner Gesundheitsberufe noch durch das Engagement einzelner Teams entsteht. Nachhaltige interprofessionelle Versorgung setzt vielmehr Organisationsstrukturen voraus, die Zusammenarbeit systematisch ermöglichen, fördern und kontinuierlich weiterentwickeln. Interprofessionalität ist damit nicht primär als individuelles Verhalten einzelner Mitarbeitender zu verstehen, sondern als organisationsweites Steuerungsprinzip moderner Gesundheitsversorgung.
Governance beschreibt in diesem Zusammenhang die Gesamtheit der Strukturen, Prozesse und Führungsmechanismen, mit denen eine Organisation ihre strategischen Ziele verfolgt und die Zusammenarbeit ihrer Akteurinnen und Akteure gestaltet. Bezogen auf die Gesundheitsversorgung umfasst Governance insbesondere Organisationsentwicklung, Führungsstrukturen, Kompetenzmanagement, Qualitätsmanagement sowie Evaluation. Internationale Modelle wie das Collective Leadership Framework (West et al., 2019) oder das Interprofessional Collaborative Practice Framework (Thistlethwaite et al., 2014) verdeutlichen, dass erfolgreiche interprofessionelle Versorgung auf klaren Rollen, gemeinsamer Verantwortung, transparenten Entscheidungsprozessen und einer konsequenten Orientierung an patientenrelevanten Outcomes basiert.
Ausgehend von den wissenschaftlichen Grundlagen interprofessioneller Zusammenarbeit und den in Kapitel 7 dargestellten Kompetenzmodellen lässt sich ein integriertes Governance-Modell (Abbildung 1, S. 20) ableiten. Diese verbindet die verschiedenen Steuerungsebenen einer Gesundheitsorganisation miteinander. Ausgangspunkt ist die strategische Verankerung der Interprofessionalität als organisationsweites Entwicklungsziel. Interprofessionelle Zusammenarbeit wird dabei nicht als Einzelmaßnahme verstanden, sondern als grundlegendes Organisationsprinzip, das sich im Leitbild, in den strategischen Zielsetzungen sowie in einer Führungskultur widerspiegelt, die gemeinsame Verantwortung und professionsübergreifende Zusammenarbeit fördert.
Eine zentrale Steuerungsfunktion übernehmen dabei die Kompetenzmodelle. Sie schaffen Transparenz über Qualifikationen, Verantwortlichkeiten und Entwicklungsperspektiven der verschiedenen Gesundheitsberufe und ermöglichen eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung. Durch die Verbindung professionsspezifischer Kompetenzmodelle mit einem gemeinsamen interprofessionellen Kompetenzrahmen können Rollenprofile, Karrierewege und Verantwortungsbereiche nicht ausschließlich berufsbezogen, sondern entlang der tatsächlich vorhandenen Kompetenzen gestaltet werden. Dadurch entstehen die Voraussetzungen für einen bedarfsgerechten Skill-Grade-Mix sowie für neue Formen gemeinsamer Versorgungsverantwortung und interprofessioneller Fallsteuerung.
Die organisatorische Umsetzung dieses Ansatzes erfolgt über interprofessionell gestaltete Versorgungsprozesse. Gemeinsame Behandlungsplanung, strukturierte Kommunikations- und Übergabeprozesse sowie regelmäßige interprofessionelle Fallbesprechungen fördern die koordinierte Nutzung der unterschiedlichen professionellen Kompetenzen. Hierdurch werden Versorgungsbrüche reduziert, Entscheidungsprozesse verbessert und die Kontinuität der Patientenversorgung gestärkt. Entscheidungen werden dabei möglichst patientennah und durch die jeweils beteiligten interprofessionellen Teams getroffen. Der organisatorische Rahmen schafft hierfür verbindliche Standards, ohne die Eigenverantwortung der dezentralen Versorgungsteams einzuschränken.

Ein wesentliches Merkmal des Governance-Modells ist die konsequente Orientierung an Qualität und Versorgungsergebnissen. Interprofessionelle Zusammenarbeit wird nicht allein anhand ihrer organisatorischen Umsetzung bewertet, sondern anhand ihres Beitrags zu patientenrelevanten Outcomes. Hierzu zählen neben etablierten Qualitätsindikatoren insbesondere Patient-Reported Outcome Measures (PROMs), Patient-Reported Experience Measures (PREMs), Indikatoren der Patientensicherheit sowie weitere Outcome-Kennzahlen im Sinne des VBHC. Qualität wird damit als gemeinsames Ergebnis interprofessioneller Zusammenarbeit verstanden und nicht als isolierte Leistung einzelner Berufsgruppen.
Gleichzeitig versteht sich das Governance-Modell als lernendes Organisationssystem. Die kontinuierliche Evaluation von Versorgungsprozessen, die wissenschaftliche Begleitung neuer Organisationsformen sowie die systematische Verknüpfung von Forschung, Lehre und klinischer Praxis schaffen die Voraussetzungen für eine fortlaufende Weiterentwicklung interprofessioneller Versorgung. Erkenntnisse aus Evaluation und Forschung fließen kontinuierlich in Organisationsentwicklung, Personalentwicklung und Versorgungsprozesse zurück und unterstützen eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung.
Für die MUL-CT eröffnet dieses Governance-Verständnis die Möglichkeit, die entwickelten Kompetenzmodelle in ein organisationsweites Steuerungskonzept zu integrieren. Interprofessionalität verbindet dadurch Personalentwicklung, Patientenversorgung, Qualitätsmanagement, Forschung und Lehre zu einem gemeinsamen Organisationsansatz. Kompetenzentwicklung, Organisationsgestaltung und Qualitätssicherung werden nicht als voneinander getrennte Aufgaben verstanden, sondern als aufeinander abgestimmte Elemente einer lernenden Organisation. Das Governance-Modell bildet damit den konzeptionellen Rahmen für eine personenzentrierte, kompetenzorientierte und wissenschaftlich fundierte Gesundheitsversorgung und schafft zugleich die Grundlage, innovative Organisationsformen in der Modellregion Gesundheit Lausitz zu entwickeln, wissenschaftlich zu evaluieren und nachhaltig in die Versorgung zu überführen.

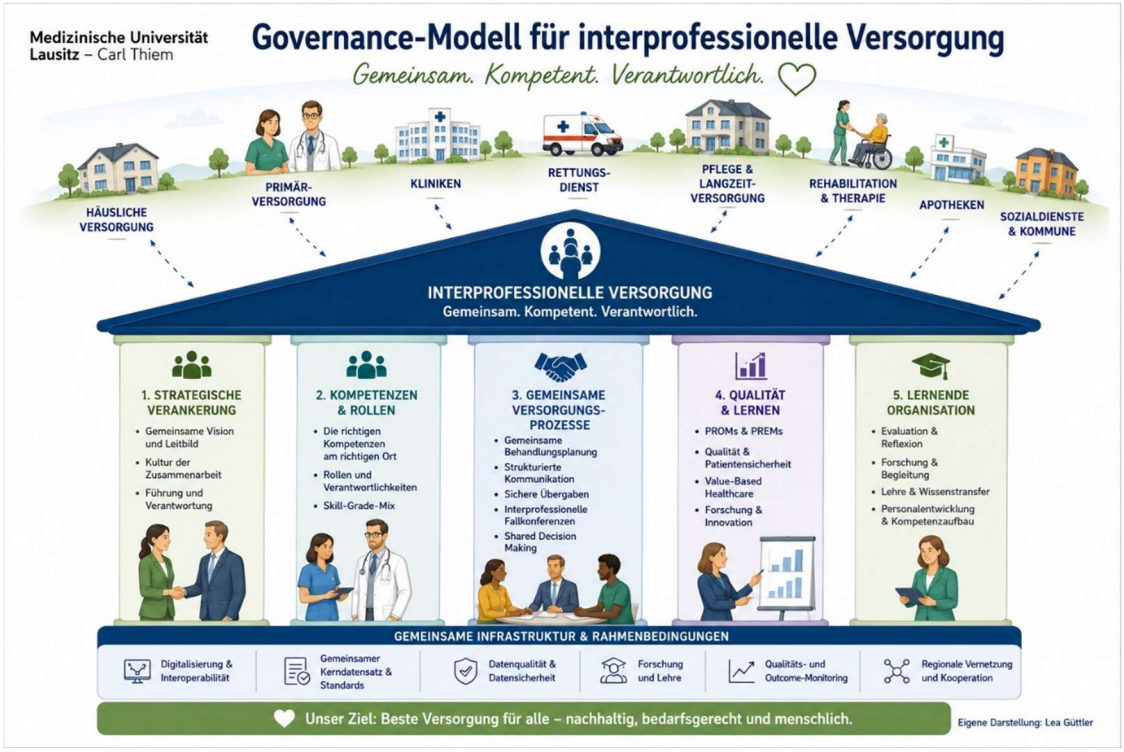


Abbildung 1: Governance-Modell für interprofessionelle Versorgung
(Quelle: eigene Darstellung, grafische Umsetzung unter Nutzung generativer KI)

Ein wesentliches Element interprofessioneller Governance stellt die Etablierung geteilter Führungsstrukturen auf Leitungsebene dar. Im Gegensatz zu professionsspezifischen Leitungsmodellen basiert dieser Ansatz auf einer gemeinsamen strategischen Verantwortung unterschiedlicher Gesundheitsprofessionen für Versorgung, Forschung und Lehre. Ziel ist es, die jeweiligen fachlichen Perspektiven bereits auf Leitungsebene systematisch in Entscheidungsprozesse einzubinden und gemeinsame Verantwortung für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zu übernehmen.
Die an der MUL-CT entwickelten Kompetenzmodelle schaffen hierfür die notwendige Grundlage. Sie machen Kompetenzen, Verantwortlichkeiten und Entwicklungspfade der einzelnen Professionen transparent und ermöglichen eine Führungsorganisation, die sich an Qualifikation und Kompetenz orientiert.
Abbildung 2 verdeutlicht beispielhaft einen möglichen Entwicklungspfad. Während auf Bereichs- bzw. Klinikebene zunächst eine geteilte Führung zwischen ärztlicher und pflegewissenschaftlicher Expertise erprobt werden kann, eröffnet die Weiterentwicklung akademischer Qualifikationen langfristig die Perspektive einer gemeinsamen strategischen Gesamtverantwortung auf Departmentebene. Dadurch wird interprofessionelle Zusammenarbeit nicht nur auf Ebene der Versorgungsteams, sondern auch in Führungs- und Entscheidungsstrukturen verankert.
Geteilte Führungsstrukturen verstehen sich dabei nicht als Parallelführung zweier Professionen, sondern als gemeinsame Wahrnehmung strategischer Verantwortung auf Grundlage komplementärer Kompetenzen und gemeinsamer Organisationsziele.

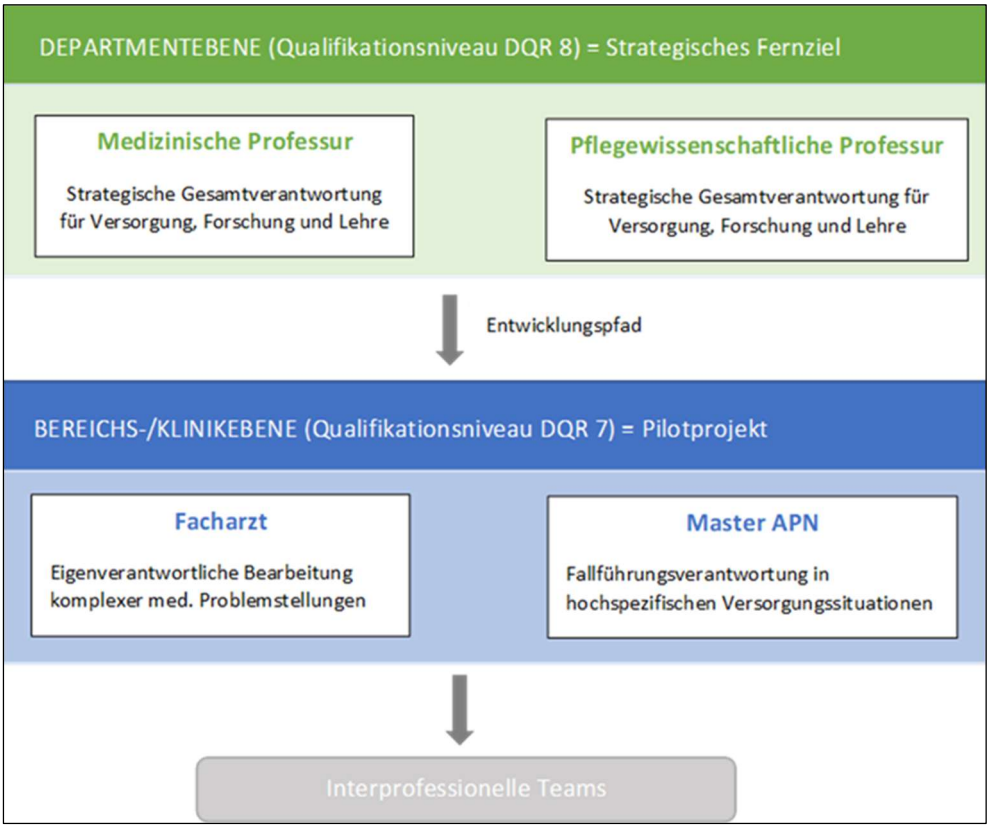


Abbildung 2: Geteilte Führungsstruktur auf Leitungsebene
(Quelle: eigene Darstellung von Stewig-Nitschke & Matthes, MUL-CT, 2025b)

9. Interprofessionalität in der Versorgungsregion Lausitz

Abbildung 2 verdeutlicht das Versorgungskonzept der Modellregion Gesundheit Lausitz. Sie visualisiert das Zusammenspiel der unterschiedlichen Versorgungsbereiche, der gemeinsamen Datenbasis, des kompetenzorientierten Skill-Grade-Mix sowie der integrierten Patientenversorgung als zentrale Elemente eines regionalen interprofessionellen Versorgungssystems. Die Umsetzung interprofessioneller Versorgung erfolgt dabei auf drei aufeinander aufbauenden Ebenen: Kompetenzmodelle definieren die vorhandenen Fähigkeiten der Gesundheitsberufe, Tätigkeitsfelder beschreiben deren Verantwortungsbereiche und Rollen in der Versorgung, während sich interprofessionelle Zusammenarbeit im gemeinsamen Handeln innerhalb konkreter Versorgungsprozesse manifestiert.

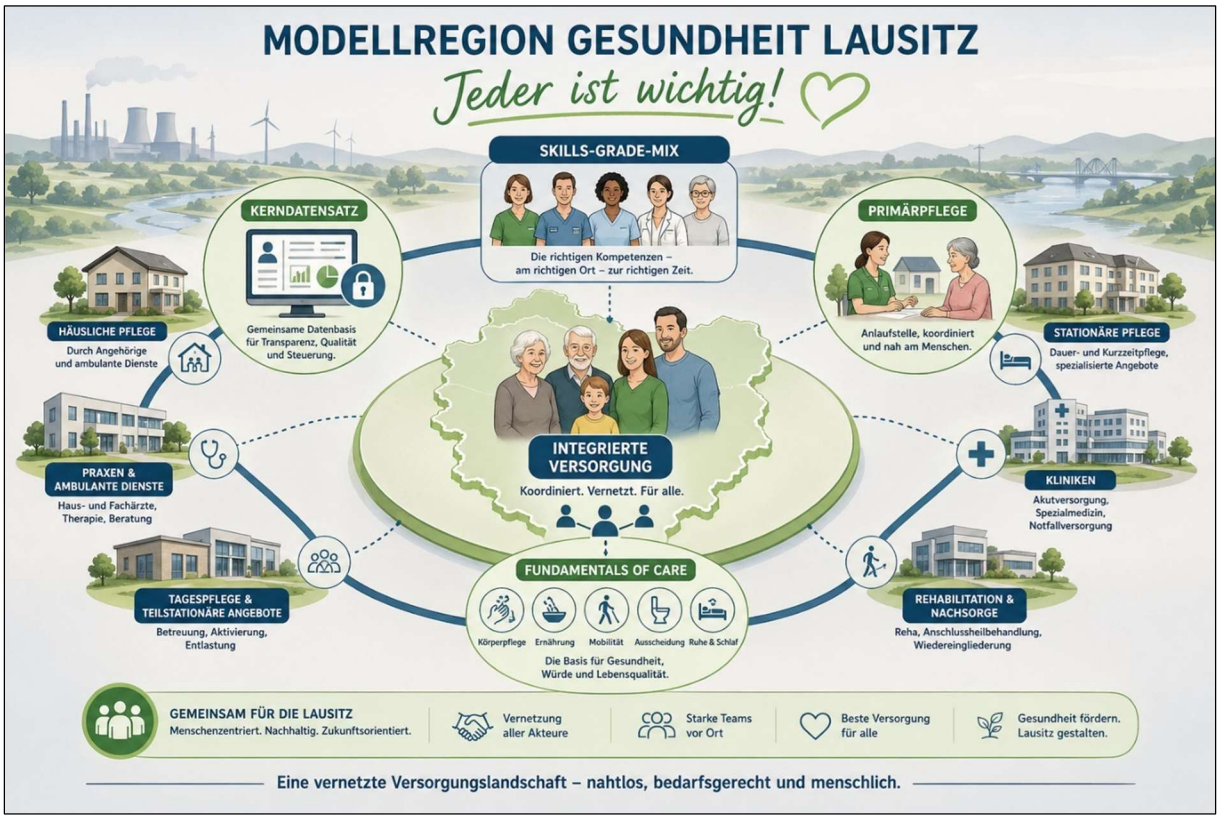


Abbildung 3: Modellregion Gesundheit Lausitz - integrierte Versorgung (Quelle: eigene Darstellung, grafische Umsetzung unter Nutzung generativer KI)

Mit der MUL-CT entsteht in der Lausitz eine Modellregion, die den Anspruch verfolgt, wissenschaftliche Erkenntnisse konsequent in die Versorgungspraxis zu übertragen. Ziel ist nicht die Einführung einzelner interprofessioneller Projekte, sondern die Entwicklung eines regionalen Versorgungssystems, in dem unterschiedliche Gesundheitsberufe, Versorgungssektoren und Organisationen auf Grundlage gemeinsamer Kompetenz- und Governance-Strukturen zusammenarbeiten.

Die Modellregion versteht Gesundheit dabei als gemeinschaftliche Aufgabe aller an der Versorgung beteiligten Akteure. Im Mittelpunkt steht nicht die Organisation einzelner Einrichtungen, sondern die Versorgung der Patientinnen und Patienten entlang ihres gesamten Behandlungspfades. Interprofessionalität bildet hierfür das verbindende Organisationsprinzip. Sie ermöglicht die koordinierte Nutzung der Kompetenzen unterschiedlicher Gesundheitsberufe und

schafft die Grundlage für eine sektorenübergreifende, personenzentrierte und bedarfsgerechte Versorgung.

Ausgangspunkt des Modells ist die Annahme, dass hochwertige Gesundheitsversorgung nicht durch einzelne Professionen oder Institutionen allein gewährleistet werden kann. Vielmehr entsteht Versorgungsqualität durch die koordinierte Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure, von der häuslichen Pflege über ambulante und stationäre Versorgungsangebote bis hin zu Rehabilitation, Prävention und Nachsorge Die Modellregion verfolgt daher einen integrierten Versorgungsansatz, der die Kompetenzen aller an der Gesundheitsversorgung beteiligten Professionen systematisch miteinander verbindet und entsprechend der jeweiligen Versorgungsbedarfe koordiniert einsetzt.

Eine zentrale Voraussetzung hierfür bilden die an der MUL-CT entwickelten Kompetenzmodelle mit den beschriebenen Tätigkeitsfeldern sowie der interprofessionelle Kompetenzrahmen. Die in den Anhängen (1-5) dargestellten professionsspezifischen Kompetenzmodelle konkretisieren diesen Ansatz, indem sie die Qualifikations- und Kompetenzentwicklung der einzelnen Gesundheitsberufe sowie deren spezifische Tätigkeitsfelder und Beiträge innerhalb interprofessioneller Versorgungsprozesse darstellen. Dadurch wird nachvollziehbar, wie sich Kompetenzen in konkrete Verantwortlichkeiten, Rollen und das gemeinsame Handeln in der Versorgungspraxis übersetzen lassen. Die Kompetenzmodelle und der interprofessionelle Kompetenzrahmen (Anhang 6) schaffen Transparenz über Qualifikationen, Verantwortlichkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten der beteiligten Gesundheitsberufe. Sie ermöglichen eine kompetenzorientierte Aufgabenverteilung, unterstützen die Entwicklung neuer Rollenprofile sowie eines bedarfsgerechten Skill-Grade-Mix und tragen dazu bei, personelle Ressourcen gezielt einzusetzen sowie Versorgungskapazitäten nachhaltig weiterzuentwickeln.

Die organisatorische Umsetzung erfolgt auf Grundlage des im vorhergehenden Kapitel beschriebenen Governance-Modells. Strategische Führung, Kompetenzentwicklung, interprofessionelle Versorgungsprozesse sowie eine konsequente Outcome- und Qualitätsorientierung bilden dabei die wesentlichen Steuerungselemente. Ergänzt werden diese durch eine kontinuierliche wissenschaftliche Evaluation, die Versorgung, Forschung und Lehre miteinander verbindet und die Weiterentwicklung des Versorgungssystems evidenzbasiert unterstützt.

Besondere Bedeutung kommt dabei der digitalen Vernetzung zu. Perspektivisch bildet ein gemeinsamer Kerndatensatz in Verbindung mit interoperablen Informations- und Dokumentationssystemen die Grundlage für einen kontinuierlichen Informationsfluss zwischen den beteiligten Versorgungseinrichtungen. Standardisierte Datenstrukturen schaffen Transparenz über die aktuelle Versorgungssituation und ermöglichen allen beteiligten Gesundheitsberufen einen gemeinsamen, aktuellen Informationsstand. Dadurch werden die interprofessionelle Kommunikation, die sektorenübergreifende Koordination der Patientenversorgung sowie die Nutzung von Versorgungsdaten für Qualitätsentwicklung und -messung, Versorgungsforschung und datenbasierte Steuerungsentscheidungen systematisch unterstützt.

Das Versorgungsmodell orientiert sich konsequent an den Bedürfnissen der Bevölkerung der Lausitz. Prävention, Primärversorgung, Akutmedizin, Rehabilitation, Pflege und Nachsorge werden dabei nicht als voneinander getrennte Versorgungsbereiche verstanden, sondern als aufeinander abgestimmte Bestandteile eines integrierten Gesundheitsnetzwerks. Die Patientin bzw. der Patient bildet den Mittelpunkt dieses Netzwerks. Eine transparente Informationsbasis sowie eine gemeinsame Daten- und Kommunikationsgrundlage unterstützen dabei die

koordinierte Zusammenarbeit aller beteiligten Gesundheitsberufe und richten Strukturen und Prozesse an der gemeinsamen Verantwortung für den individuellen Versorgungserfolg aus.
Mit diesem Ansatz verbindet die Modellregion Gesundheit Lausitz internationale Konzepte der integrierten und interprofessionellen Versorgung mit den spezifischen Anforderungen einer ländlich geprägten Versorgungsregion. Sie schafft damit die Voraussetzungen, innovative Organisationsformen wissenschaftlich zu entwickeln, ihre Wirksamkeit systematisch zu evaluieren und erfolgreiche Modelle auf andere Regionen Deutschlands zu übertragen. Die Modellregion wird so zu einem Reallabor für die Weiterentwicklung einer kompetenzorientierten, personenzentrierten und nachhaltig gestalteten Gesundheitsversorgung.

10. Implikationen für Versorgung, Personal und Organisation

Die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen verdeutlichen, dass Interprofessionalität weit über die Optimierung der Zusammenarbeit einzelner Berufsgruppen hinausgeht. Sie verändert die Art und Weise, wie Gesundheitsversorgung organisiert, Personal entwickelt und Organisationen gesteuert werden. Damit ergeben sich weitreichende Implikationen für die Patientenversorgung, die Entwicklung der Gesundheitsberufe sowie die strategische Ausrichtung von Gesundheitseinrichtungen.
Für die Versorgung bedeutet Interprofessionalität einen konsequenten Perspektivwechsel von einer professionsorientierten hin zu einer personenzentrierten Organisation der Gesundheitsversorgung.

> Die Behandlung orientiert sich nicht mehr primär an institutionellen oder berufsgruppenspezifischen Zuständigkeiten, sondern an den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entlang ihres gesamten Versorgungspfades.

Internationale Studien zeigen, dass interprofessionelle Versorgungskonzepte die Behandlungsqualität verbessern, Medikationsfehler reduzieren, die Patientensicherheit erhöhen und gleichzeitig die Kontinuität der Versorgung stärken (Reeves et al., 2017; WHO, 2010). Darüber hinaus gewinnen PROMs, PREMs sowie Outcome-Indikatoren im Sinne des VBHC zunehmend an Bedeutung, da sie den Erfolg interprofessioneller Zusammenarbeit unmittelbar aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten abbilden (Porter, 2010; OECD, 2023).
Gleichzeitig ergeben sich weitreichende Implikationen für die Personal- und Organisationsentwicklung. Die zunehmende Komplexität der Versorgung erfordert neue Kompetenzprofile, flexible Rollenmodelle und kontinuierliche Kompetenzentwicklung. Kompetenzorientierte Personalentwicklung ermöglicht es, Aufgaben entsprechend der nachgewiesenen Qualifikation und Expertise der jeweiligen Gesundheitsberufe zu gestalten und dadurch vorhandene personelle Ressourcen zielgerichtet einzusetzen. Der Fokus verschiebt sich damit von einer berufsgruppenspezifischen Aufgabenverteilung hin zu einem bedarfsgerechten Skill-Grade-Mix, der sowohl die Qualität der Versorgung als auch die Attraktivität der Gesundheitsberufe stärkt (WHO, 2022; OECD, 2023). Gleichzeitig gewinnen interprofessionelle Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote an Bedeutung, da sie gemeinsame Kompetenzen wie Kommunikation, Rollenverständnis, Teamarbeit und gemeinsame Entscheidungsfindung bereits frühzeitig fördern (IPEC, 2023).

Schließlich ergeben sich weitreichende Implikationen für die Organisation von Gesundheitseinrichtungen. Interprofessionalität erfordert sowohl ein aktives Management als auch Organisationsstrukturen, die gemeinsame Verantwortung, transparente Entscheidungsprozesse und eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung unterstützen. Kompetenzmodelle, Governance-Strukturen und interprofessionelle Führungsansätze bilden hierfür zentrale Steuerungsinstrumente. Sie ermöglichen eine organisationsweite Verknüpfung von Personalentwicklung, Qualitätsmanagement, Forschung und strategischer Unternehmensentwicklung und schaffen die Voraussetzungen für eine lernende Organisation, die auf Veränderungen im Versorgungssystem flexibel reagieren kann (WHO, 2016; Gittell, 2015; Schein & Schein, 2017).
Die Entwicklung interprofessioneller Organisationsformen sollte daher als kontinuierlicher Veränderungsprozess verstanden werden. Neben strukturellen Anpassungen sind insbesondere eine vertrauensvolle Führungskultur, gemeinsame Verantwortungsübernahme, offene und transparente Kommunikation sowie die kontinuierliche Förderung gemeinsamer Lern- und Entwicklungsprozesse entscheidend für eine nachhaltige Implementierung interprofessioneller Versorgung. Ebenso tragen eine gemeinsame Sinnorientierung, gegenseitige Wertschätzung und die aktive Beteiligung aller Gesundheitsberufe dazu bei, interprofessionelle Zusammenarbeit dauerhaft in der Organisationskultur zu verankern (Stewig-Nitschke & Matthes, 2025a).
Für die MUL-CT ergeben sich aus diesen Entwicklungen besondere Chancen. Die Verbindung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre ermöglicht es, interprofessionelle Versorgung nicht nur praktisch umzusetzen, sondern ihre Wirksamkeit wissenschaftlich zu evaluieren und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Die im Impulspapier dargestellten Kompetenzmodelle, der interprofessionelle Kompetenzrahmen mit den Tätigkeitsfeldern sowie das Governance-Modell bilden hierfür eine gemeinsame Grundlage. Sie unterstützen die Entwicklung neuer Versorgungsformen, fördern eine kompetenzorientierte Personalentwicklung und schaffen die Voraussetzungen für eine organisationsweite Ausrichtung auf Qualität, Wirksamkeit und patientenrelevante Outcomes.
Insgesamt verdeutlichen diese Implikationen, dass Interprofessionalität nicht als isolierte Maßnahme zur Verbesserung der Zusammenarbeit verstanden werden sollte. Vielmehr entwickelt sie sich zu einem strategischen Organisationsprinzip, das Versorgung, Personalentwicklung und Organisationsgestaltung gleichermaßen prägt (Tabelle 4). Gesundheitseinrichtungen, denen es gelingt, diese Bereiche systematisch miteinander zu verbinden, schaffen die Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige, personenzentrierte und nachhaltige Gesundheitsversorgung.

Tabelle 4: Implikationen interprofessioneller Versorgung für Versorgung, Personal und Organisation

Handlungsfeld	Zentrale Implikation
Versorgung	personenzentrierte, kompetenzorientierte und sektorenübergreifende Versorgung mit Fokus auf Outcomes
Personal	Kompetenzorientierte Personalentwicklung, Skill-Grade-Mix und interprofessionelle Qualifizierung
Organisation	Governance, Qualitätsmanagement, lernende Organisation und wissenschaftlich begleitete Organisationsentwicklung

(eigene Darstellung)

Perspektivisch können Organisationsansätze wie dezentrale Führungsstrukturen, kompetenzorientierte Verantwortungsbereiche oder Primary-Nursing-orientierte Versorgungsmodelle dazu beitragen, interprofessionelle Zusammenarbeit strukturell zu unterstützen (Stewig-Nitschke & Matthes, 2025b; Dobbert, 2026). Solche Organisationsformen bieten die Möglichkeit, Verantwortlichkeiten klar zuzuordnen, Entscheidungswege zu verkürzen und die Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe nachhaltig zu fördern.

11. Handlungsempfehlungen

Die vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, dass interprofessionelle Versorgung einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung von Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Ressourceneffizienz leisten kann. Gleichzeitig wird deutlich, dass erfolgreiche Interprofessionalität nicht zufällig entsteht, sondern gezielte organisatorische, personelle und strukturelle Voraussetzungen erfordert. Aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen, den internationalen Erfahrungen sowie den dargestellten Entwicklungen für die Modellregion Gesundheit Lausitz lassen sich daher zentrale Handlungsempfehlungen ableiten (s. Tabelle 5, S. 29).

Eine wesentliche Voraussetzung besteht in der konsequenten Verankerung interprofessioneller Zusammenarbeit als strategisches Organisationsziel.

Interprofessionalität sollte nicht als einzelnes Projekt oder auf einzelne Berufsgruppen beschränkte Initiative verstanden werden, sondern als organisationsweites Leitprinzip in Strategie, Führung und Unternehmensentwicklung integriert werden. Hierzu gehören eine klare Positionierung in Leitbild und Zielsystemen sowie die Verankerung gemeinsamer Verantwortlichkeiten über Berufs- und Organisationsgrenzen hinweg (WHO, 2016; Gittell, 2015).

Die Umsetzung interprofessioneller Versorgung erfordert ein strukturiertes Implementierungs- und Veränderungsmanagement.

Die strategische Verankerung interprofessioneller Zusammenarbeit sollte durch ein koordiniertes Projekt- und Veränderungsmanagement begleitet werden. Hierzu gehören eine klare Projektorganisation, definierte Verantwortlichkeiten, die frühzeitige Einbindung relevanter Akteure sowie eine schrittweise Umsetzung und Evaluation neuer Organisations- und Versorgungsstrukturen. Dadurch können Strategie, Organisationsentwicklung und Implementierung systematisch miteinander verknüpft und Veränderungen nachhaltig in der Organisation verankert werden.

Darüber hinaus sollte die Personalentwicklung konsequent kompetenzorientiert ausgerichtet werden. Die Entwicklung und Anwendung professionsspezifischer Kompetenzmodelle sowie eines gemeinsamen interprofessionellen Kompetenzrahmens ermöglichen eine transparente Beschreibung von Qualifikationen, Verantwortlichkeiten und Entwicklungsperspektiven.

Darauf aufbauend können Karrierepfade, Rollenprofile und Aufgabenverteilungen stärker an den tatsächlich vorhandenen Kompetenzen ausgerichtet und ein bedarfsgerechter Skill-Grade-Mix gefördert werden (WHO, 2022; IPEC, 2023).
Ergänzend sollten interprofessionelle Zusammenarbeit und gemeinsame Verantwortung nicht allein von persönlichem Engagement abhängen. Organisationen benötigen verbindliche Zeit-

und Austauschformate, transparente Rollen- und Verantwortungsprofile, abgestimmte Prozess- und Dokumentationsstrukturen sowie eine Führungskultur, die unterschiedliche professionelle Perspektiven gleichwertig einbezieht. Dabei sollten bestehende Hierarchien und Machtverhältnisse sowie deren Einfluss darauf, wessen Wissen und Perspektiven in Entscheidungen berücksichtigt werden, systematisch reflektiert wer-den. Erforderlich sind nachvollziehbare Beteiligungsmöglichkeiten, geschützte Räume für gemeinsame Reflexion und eine offene Kommunikation, in der auch Unsicherheiten und Fehler angesprochen werden können. Dazu gehört ebenso die aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und gegebenenfalls Selbsthilfe- bzw. Community-Strukturen. Die systematische Berücksichtigung dieser Faktoren unterstützt die nachhaltige Verankerung interprofessioneller Praxis (Körner et al., 2026).
Gemeinsame Lehr-, Aus-, Fort- und Weiterbildungsformate schaffen die Grundlage für ein gemeinsames Rollenverständnis, stärken Kommunikationskompetenzen und fördern eine Kultur der Zusammenarbeit bereits in frühen Qualifizierungsphasen. Internationale Erfahrungen zeigen, dass interprofessionelle Ausbildung einen wesentlichen Beitrag zur späteren Zusammenarbeit in der Versorgung leistet (WHO, 2010; Reeves et al., 2017).

Ebenso empfiehlt sich eine konsequente Ausrichtung klinischer Versorgungsprozesse an interprofessionellen Prinzipien.

Die Forschungs- und Entwicklungsagenda sollte dabei nicht auf die Frage beschränkt bleiben, ob interprofessionelle Zusammenarbeit wirkt. Zu untersuchen ist ebenso, unter welchen organisationalen und systemischen Bedingungen, über welche Mechanismen und für welche Zielgruppen sie wirksam wird. Praxisnahe und partizipative Forschungsansätze können dazu beitragen, die Erfahrungen der beteiligten Professionen und der versorgten Menschen einzubeziehen und die Übertragbarkeit von Erkenntnissen auf unterschiedliche Versorgungskontexte zu prüfen (Körner et al., 2026).
Gemeinsame Fallkonferenzen, standardisierte Kommunikations- und Übergabeprozesse sowie die strukturierte Einbindung aller relevanten Gesundheitsberufe fördern koordinierte Entscheidungsprozesse und tragen zur Verbesserung von Versorgungsqualität und Patientensicherheit bei. Digitale Dokumentations- und Kommunikationssysteme sowie interoperable Datenstrukturen unterstützen diese Zusammenarbeit zusätzlich und ermöglichen eine sektorenübergreifende Informationsweitergabe.
Darüber hinaus gewinnt eine Bewertung interprofessioneller Versorgung anhand patientenrelevanter Ergebnisse zunehmend an Bedeutung. Neben klassischen Qualitätsindikatoren sollten insbesondere PROMs, PREMs sowie Outcome-Indikatoren im Sinne des VBHC in Qualitätsmanagement und Organisationssteuerung integriert werden (Porter, 2010; OECD, 2023). Dadurch wird die Wirksamkeit interprofessioneller Zusammenarbeit transparent und ihre kontinuierliche Weiterentwicklung unterstützt. Diese Outcome-Orientierung knüpft zugleich an die im Diskussionspapier „Weiterentwicklung des Pflegebudgets: Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Professionalisierung" dargestellte Notwendigkeit an, Versorgungsqualität und pflegerische Wirksamkeit stärker anhand patientenrelevanter Ergebnisse sichtbar zu machen und für Steuerungs- und Finanzierungsentscheidungen nutzbar zu machen (Dobbert et al. 2026).
Schließlich bedarf die wissenschaftliche Begleitung interprofessioneller Versorgungsmodelle eines weiteren Ausbaus. Trotz einer wachsenden internationalen Evidenz bestehen insbesondere im deutschsprachigen Raum weiterhin Forschungslücken hinsichtlich der langfristigen

Auswirkungen interprofessioneller Organisations- und Governance-Modelle. Universitätskliniken verfügen aufgrund der Verbindung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung über besondere Möglichkeiten, innovative Versorgungsformen wissenschaftlich zu evaluieren und evidenzbasierte Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens abzuleiten.
Für die MUL-CT ergeben sich daraus besondere Entwicklungsmöglichkeiten. Durch die Verbindung der entwickelten Kompetenzmodelle, des interprofessionellen Kompetenzrahmens, des Governance-Modells und der Modellregion Gesundheit Lausitz bestehen hervorragende Voraussetzungen, Interprofessionalität als integralen Bestandteil einer modernen Universitätsmedizin zu etablieren. Bestehende Qualitäts- und Organisationsentwicklungsmodelle, wie beispielsweise das *Magnet Recognition Program®*, bieten hierfür wichtige Anknüpfungspunkte. Das international etablierte Programm zeichnet Gesundheitseinrichtungen aus, die sich durch exzellente Pflegepraxis, evidenzbasierte Organisationsentwicklung, professionelle Führung sowie eine hohe Versorgungsqualität auszeichnen. Es adressiert jedoch bislang überwiegend professionsbezogene Qualitätsdimensionen. Eine stärkere Berücksichtigung interprofessioneller Zusammenarbeit als eigenständige Qualitätsdimension könnte einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung solcher Organisationsmodelle leisten.
Daraus ergibt sich die Chance, einen spezifischen Ansatz zur interprofessionellen Erfolgsmessung zu entwickeln, der gemeinsame Verantwortungsstrukturen, Kooperationsqualität, patientenbezogene Outcomes und die Wirksamkeit interprofessioneller Versorgungsmodelle systematisch erfasst. Die konsequente Umsetzung dieser Elemente bietet die Chance, innovative Versorgungsmodelle nicht nur regional zu entwickeln, sondern deren Erkenntnisse auch für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens nutzbar zu machen.

Tabelle 5: Zentrale Handlungsempfehlungen

Handlungsfeld	Handlungsempfehlung
Strategie und Governance	Interprofessionalität als strategisches Organisationsziel verankern
Kompetenzentwicklung	Kompetenzmodelle und interprofessionellen Kompetenzrahmen inklusive der Tätigkeiten organisations- und regionsweit implementieren
Personalentwicklung	Kompetenzorientierte Karrierewege und Skill-Grade-Mix etablieren
Lehre und Weiterbildung	Interprofessionelle Bildungsangebote systematisch ausbauen
Versorgungsprozesse	Gemeinsame Fallsteuerung, Kommunikations- und Übergabestrukturen etablieren
Qualitätsmanagement	PROMs, PREMs und weitere Outcome-Indikatoren in die Steuerung integrieren
Forschung und Evaluation	Interprofessionelle Versorgungsmodelle wissenschaftlich begleiten und evaluieren

(eigene Darstellung)

12. Fazit und Ausblick

Interprofessionalität ist kein Zusatz, sondern ein struktureller Erfolgsfaktor moderner Versorgung. Die aktuellen Reformen schaffen die Grundlage, um Interprofessionalität verbindlich zu verankern und als Qualitätsinstrument zu nutzen. Das vorgeschlagene Governance-Modell bietet einen strukturierten Rahmen, um gemeinsame Verantwortung für Qualität, Sicherheit und Outcomes zu etablieren.

Die Anforderungen an das Gesundheitswesen verändern sich grundlegend. Demografischer Wandel, Fachkräftemangel, eine steigende Zahl chronisch und multimorbide erkrankter Patientinnen und Patienten sowie zunehmende medizinische und technologische Komplexität stellen bestehende Versorgungsstrukturen vor erhebliche Herausforderungen (Frenk et al., 2010; Hänel & Stüwe, 2024). Gleichzeitig wächst der Anspruch, Versorgung qualitativ hochwertig, personenzentriert und wirtschaftlich nachhaltig zu gestalten. Diese Entwicklungen machen deutlich, dass traditionelle, berufsgruppenspezifische Organisationsformen allein nicht mehr ausreichen, um den zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden.

Die wissenschaftliche Evidenz zeigt übereinstimmend, dass interprofessionelle Zusammenarbeit einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung von Versorgungsqualität, Patientensicherheit, Mitarbeitendenzufriedenheit und Ressourceneffizienz leisten kann (WHO, 2010; Reeves et al., 2017; OECD, 2023). Erfolgreiche Interprofessionalität entsteht jedoch nicht allein durch das Engagement einzelner Berufsgruppen oder Teams. Sie erfordert geeignete organisatorische Rahmenbedingungen, gemeinsame Kompetenzmodelle, eine kompetenzorientierte Personalentwicklung sowie Governance-Strukturen, die Zusammenarbeit systematisch ermöglichen und fördern.

Mit den im Impulspapier dargestellten Kompetenzmodellen, dem interprofessionellen Kompetenzrahmen sowie dem Governance-Modell wird ein konzeptioneller Ansatz beschrieben, der Interprofessionalität als organisationsweites Steuerungsprinzip versteht. Die Verbindung von Kompetenzentwicklung, Organisationsgestaltung und wissenschaftlicher Evaluation schafft die Grundlage für eine Gesundheitsversorgung, die sich konsequent an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert und gleichzeitig den Anforderungen eines modernen Gesundheitssystems gerecht wird.

Die MUL-CT verfügt als Universitätsmedizin über besondere Voraussetzungen, diesen Ansatz weiterzuentwickeln. Die enge Verzahnung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre ermöglicht es, innovative Formen interprofessioneller Zusammenarbeit unter realen Versorgungsbedingungen zu entwickeln, wissenschaftlich zu evaluieren und in die Aus-, Fort- und Weiterbildung zukünftiger Gesundheitsberufe zu integrieren. Damit kann die Modellregion Gesundheit Lausitz einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung evidenzbasierter Versorgungsmodelle leisten und Impulse für andere Regionen Deutschlands geben.

Gleichzeitig verdeutlicht das Impulspapier, dass Interprofessionalität nicht als kurzfristige Antwort auf den Fachkräftemangel verstanden werden sollte. Ihr eigentlicher Mehrwert liegt in der nachhaltigen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Sie verändert den Blick auf Versorgung, indem sie die Kompetenzen der unterschiedlichen Gesundheitsberufe in den Mittelpunkt stellt und gemeinsame Verantwortung für den Behandlungserfolg fördert. Interprofessionalität entwickelt sich damit von einer Form der Zusammenarbeit zu einem grundlegenden Organisationsprinzip moderner Gesundheitsversorgung.

Die erfolgreiche Umsetzung dieses Ansatzes wird entscheidend davon abhängen, ob es gelingt, wissenschaftliche Erkenntnisse konsequent mit gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, organisationsbezogenen Steuerungsinstrumenten und einer gemeinsamen Kultur der Zusammenarbeit zu verbinden. Die Modellregion Gesundheit Lausitz bietet hierfür hervorragende Voraussetzungen und kann zeigen, wie interprofessionelle Versorgung unter den Bedingungen einer Universitätsmedizin und einer regionalen Gesundheitsversorgung gemeinsam gestaltet werden kann.

Interprofessionalität ist damit nicht das Ziel einer einzelnen Reform, sondern Ausdruck eines grundlegenden Paradigmenwechsels im Gesundheitswesen. Die Zukunft der Versorgung wird sich weniger an den Grenzen einzelner Professionen entscheiden als an ihrer Fähigkeit, Kompetenzen zu bündeln, Verantwortung zu teilen und Versorgung gemeinsam zu gestalten.

Die wesentlichen Erkenntnisse und daraus abgeleiteten Gestaltungsbausteine werden in Abbildung 4 (S. 31) abschließend zusammengefasst.



Abbildung 4: Kernelemente interprofessioneller Gesundheitsversorgung (Quelle: eigene Darstellung, grafische Umsetzung unter Nutzung generativer KI)

Literaturverzeichnis

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor.* University of Chicago Press.
- American Nurses Credentialing Center. (2024). *Magnet Recognition Program®.* https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/
- Ansa, B. E., Zechariah, S., Gates, A. M., Johnson, S. W., Heboyan, V. & De Leo, G. (2020). *Attitudes and Behavior towards Interprofessional Collaboration among Healthcare Professionals in a Large Academic Medical Center.* Healthcare (Basel, Switzerland), 8(3), 323. https://doi.org/10.3390/healthcare8030323
- Antoni, C. H. (2010). *Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Volume 104, Issue 1, 2010, Pages 18-24, ISSN 1865-9217, https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.12.027.
- Atzeni, G., Schmitz, C. & Berchtold, P. (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit: Studie im Auftrag der SAMW.* Swiss Academies Reports. Akademie der Wissenschaften Schweiz. https://akademie-schweiz.ch/publications/die-praxis-gelingender-interprofessioneller-zusammenarbeit
- Bundesministerium für Gesundheit (2024a). *Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG).* Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2024b). *Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG)* vom 6. September 2024. Bundesministerium für Gesundheit.
- Carron, T., Rawlinson, C., Arditi, C., Cohidon, C., Hong, Q. N., Pluye, P., Gilles, I. & Peytremann-Bridevaux, I. (2021). *An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Effectiveness.* International journal of integrated care, 21(2), 31. https://doi.org/10.5334/ijic.5588
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martín-Rodriguez, L. S. & Pineault, R. (2008). *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations.* BMC health services research, 8, 188. https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188
- Dobbert, L. et al. (2026). *Primary Nursing als Pflegesystem einer Versorgungsregion. Impulspapier.* Medizinische Universität Lausitz - Carl Thiem. Cottbus.
- Dobbert, L., Güttler, L., Werner, D. (2026). Weiterentwicklung des Pflegebudgets: Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Professionalisierung. Diskussionspapier. Medizinische Universität Lausitz - Carl Thiem. Cottbus. https://mul-ct.de/uploads/client/pms/files/20260724_pflegebudget_diskussionspapier.pdf
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Health systems in transition.* WHO Regional Office for Europe.
- Frank, J. R., Snell, L., Sherbino, J. (2015). CanMEDS 2015: *Physician Competency Framework.* In: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Ottawa. Abgerufen am 15. Juli 2026, von https://canmeds-full-framework-e.pdf

- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic: on the practice of knowledge.* University of Chicago Press.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D. & Zurayk, H. (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.* Lancet (London, England), 376(9756), 1923–1958. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5
- Gittell, J. H. (2015). *Relational Coordination.* In Wiley Encyclopedia of Management (eds C. L. Cooper, P.C. Flood and Y. Freeney). https://doi.org/10.1002/9781118785317.weom110025
- Grant, A., Kontak, J., Jeffers, E., Lawson, B., MacKenzie, A., Burge, F., Boulos, L., Lackie, K., Marshall, E. G., Mireault, A., Philpott, S., Sampalli, T., Sheppard-LeMoine, D. & Martin-Misener, R. (2024). *Barriers and enablers to implementing interprofessional primary care teams: a narrative review of the literature using the consolidated framework for implementation research*. BMC primary care, 25(1), 25. https://doi.org/10.1186/s12875-023-02240-0
- Gurtner, S. & Wettstein, M. (2019, 30. Juli). *Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung: Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Förderprogramm „Interprofessionalität im Gesundheitswesen" 2017-2020.* Bundesamt für Gesundheit. https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/zNim0yOykaQp/Studie-M5-Anreize-IPZ_BFH_Schlussbericht.pdf
- Hänel, P. & Stüwe, J. (2024). *Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).* Gesundheit Gesellschaft Wissenschaft (GGW). https://mail.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2024/wido_ggw0424_haenel_stuewe.pdf
- Huber C. (2022). *Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung [Interprofessional Collaboration in Health Care].* Praxis, 110(1), 3–4. https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003808
- Interprofessional Education Collaborative. (2023). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Version 3.* Interprofessional Education Collaborative.
- Institute for Healthcare Improvement. (2022). *The Quadruple Aim.* Institute for Healthcare Improvement.
- Kaiser, L., Conrad, S., Neugebauer, E. A. M., Pietsch, B. & Pieper, D. (2022). *Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: a systematic review.* Systematic reviews, 11(1), 169. https://doi.org/10.1186/s13643-022-02027-x
- Körner, M., Witti, M. J., Herinek, D., Büsser, L., Schimatzek, H., Huber, M. & Kidritsch, A. (2026). Interprofessionalität als Gestaltungsprinzip für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in der DACH-Region. Ein Positionspapier aus der Perspektive der IP-HEALTH. HBScience. https://doi.org/10.1007/s16024-026-00465-4

- National Academy of Medicine (2015). *Improving diagnosis in health care.* Consensus Study Report. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/21794
- NHS England. (2022). *Leadership for a collaborative and inclusive future.* NHS England.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *Realising the potential of primary health care.* OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/a92adee4-en
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators.* OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en
- Philip, M. (2025, 21. Februar). *Interprofessionelle Versorgung: Erfolgsfaktoren und Herausforderungen.* In Bertelsmann Stiftung. Abgerufen am 14. Juli 2026, von https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/interprofessionelle-versorgung
- Plsek, P. E. & Greenhalgh, T. (2001). *Complexity science: The challenge of complexity in health care.* BMJ, 323(7313), 625–628. https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625
- Porter, M. E. (2010). *What is value in health care?* New England Journal of Medicine, 363(26), 2477–2481. https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J. & Zwarenstein, M. (2017). *Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes.* The Cochrane database of systematic reviews, 6(6), CD000072. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3
- Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege. (2024). *Fachkräfte im Gesundheitswesen – nachhaltige Strukturen für eine zukunftsfähige Versorgung.* Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege.
- Sauer, C. & Blümke, C. (2022, März). *Interprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Setting.* Physiotherapeuten. https://physiotherapeuten.de/artikel/interprofessionelle-zusammenarbeit-im-ambulanten-setting/
- Schein, E. H. & Schein, P. (2017). *Organizational culture and leadership* (5th ed.). Wiley.
- Schmitz, C., Atzeni, G. & Berchtold, P. (2020). *Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen.* Swiss Academies Reports. Akademie der Wissenschaften Schweiz. https://akademie-schweiz.ch/publications/interprofessionelle-zusammenarbeit-in-der-gesundheitsversorgung-erfolgskritische-dimensionen-und-foerdermassnahmen
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2020). *Charta 2.0: Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.* Kasimir Meyer AG. https://doi.org/10.5281/zenodo.3865147
- Stewig-Nitsche, A. & Matthes, F. (2025a). Eigenverantwortlich arbeiten – dezentral führen. Pflege Zeitschrift 78, 14-18. https://doi.org/10.1007/s41906-025-2884-0
- Stewig-Nitsche, A. & Matthes, F. (2025b). *Impulspapier für interprofessionelle Führungsstrukturen in der Universitätsmedizin.* Medizinische Universität Lausitz - Carl Thiem. Cottbus.

- Strotbek, J. & Hamburg, A. (2024). *SPOTLIGHT Gesundheit: Interprofessionelle Versorgung: Innovative Vorreiter brauchen Unterstützung.* In Bertelsmann Stiftung. Abgerufen am 14. Juli 2026, von https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/spotlight-gesundheit-interprofessionelle-versorgung
- Thistlethwaite, J., Kumar, K., Moran, M., Saunders, R. & Carr, S. (2014). *Interprofessional education: A review and analysis.* Medical Education, 48 (3), 236–246. https://doi.org/10.1111/medu.12290
- Varpio, L. & Teunissen, P. W. (2020). *Interprofessional learning and collaboration in healthcare.* Medical Education, 54(1), 1–3. https://doi.org/10.1111/medu.13989
- Walkenhorst, Ursula. (2016). *The meaning of interprofessional education and collaborative practice for the academisation of health professions.* International Journal of Health Professions. 3. 10.1515/ijhp-2016-0003.
- West, M. A. et al. (2019). *Collective leadership for high-performing healthcare teams.* The Lancet, 393(10188), 1–3.
- Wissenschaftsrat (2024). *Stellungnahme zum Konzept für den Aufbau der Medizinischen Universität Lausitz - Carl Thiem.* Wissenschaftsrat. https://doi.org/10.57674/dh20-k094
- World Health Organization (WHO). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice.* World Health Organization, Geneva: World Health Organization; 2010.
- World Health Organization (2016): *Framework on Integrated, People-Centred Health Services.* Genf.
- World Health Organization (2022). *Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage.* Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization (2023). *World Health Statistics 2023: Monitoring health for the SDGs – Sustainable Development Goals.* Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Anhang

Anhang 1: Kompetenzmodell/ Qualifikationsprofil - Bereich Pflege

KOMPETENZMODELL/ QUALIFIKATIONSPROFIL – BEREICH PFLEGE

Abschluss	Niveau-Stufe	Kompetenzen (DQR, 2023)		Aufgaben	wissenschaftliche Kenntnisse
Professur **Promotion** Schwerpunkt Pflege	8	Wissen produzieren	- Kompetenzen zur Gewinnung von Forschungserkenntnissen in einem wissenschaftlichen Fach oder zur Entwicklung innovativer Lösungen und Verfahren in einem beruflichen Tätigkeitsfeld - Anforderungsstruktur durch neuartige/ unklare Problemlagen gekennzeichnet	- Mentoring, Supporting, Beratung von Studierenden - Klinik-/Bereichsübergreifende Leitung & Steuerung der fachlichen Weiterentwicklung (Bereich EBN) - Veröffentlichungen, Durchführung, Planung, Begleitung & Initiierung pflegerelevanter Studien/Forschungsprojekte	- Gewinnung von Forschungserkenntnissen - Auswahl & Entwicklung struktureller sowie strategischer Konzepte zur Etablierung von EBN
Master **ANP**	7		- Kompetenzen zur Bearbeitung von neuen komplexen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in einem wissenschaftlichen Fach oder in einem strategieorientierten beruflichen Tätigkeitsfeld - Anforderungsstruktur durch häufige und unvorhersehbare Veränderungen gekennzeichnet	- vertiefte Tätigkeiten im Sinne ANP - Fallführungsverantwortung in hochspezifischen Versorgungssituationen - (Forschungs-)Projekte leiten und eigenverantwortlich durchführen - Qualität mittels wissenschaftlicher Methoden sichern - Mentoring/Coaching von Bachelorabsolventen	- wissenschaftliche Expertise - eigenverantwortliches Anwenden von Pflegewissenschaftlichen Instrumenten/Methoden
Bachelor	6+	Wissen weiterentwickeln	- Kompetenzen zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld - Anforderungsstruktur durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet	***Mit klinischer Erfahrung*** - aktive Teilnahme an (Forschungs-)Projekten - Fallführungsverantwortung in hochkomplexen Situationen - Mentorenfunktion für Mitarbeiter/innen - Mentoring & Beratung bei Versorgungssituationen durch wissenschaftliche Methoden, Unterstützung examinierter Pflegenden, Aufgaben in Forschung, Lehre, Praxis, Aus-/Fort-/Weiterbildung	- sicherer Umgang beim Anwenden wissenschaftliche Instrumente/Methoden - Nutzung wissenschaftlicher Prinzipien zur Entwicklung von Problemlösestrategien komplexer Situationen - systematische Umsetzung von Maßnahmen zur Praxisentwicklung m. H. wissenschaftlicher Methoden
	6			***Ohne klinische Erfahrung*** - Eigenverantwortliche Bearbeitung & Planung hochkomplexer Versorgungsituationen (Fallführungsverantwortung) - Teilnahme an (Forschungs-)Projekten - Wissen aus Forschung zur Entscheidungsfindung nutzen - Beratung & Anleitung, Aus-/Fort-/Weiterbildung	- vertiefte Kenntnisse über Forschung & deren Anwendung - sicherer Umgang mit Methoden/Instrumenten der Pflegeforschung - Recherche, Beurteilung & Aufbereitung von Forschungsergebnissen - Analyse von Problembereichen/Fragen aus Pflegealltag, um diese zu spezifizieren
Pflegefach-spezialist - für Fachgebiet [1] - für Erkrankung [2]	5	Wissen übernehmen	- Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung umfassender fachlicher Aufgabenstellungen in einem komplexen, spezialisierten, sich verändernden beruflichen Tätigkeitsfeld	- spezialisierte Fachpflege von Patienten - Beratungs- & Schulungsaufgaben für Patienten/innen, Angehörige, Mitarbeiter/innen - Fachverantwortung in direkter komplexer Patientenversorgung - Mitwirkung in Projekten gemäß der Fachspezialisierung	- Verständnis für Anwendung wissenschaftlicher Tätigkeiten - Grundkenntnisse der Pflegeforschung & Verständnis für deren Anwendung
Examen GuK/GuKiK/ Pflegefach-frau/-mann	4+		- Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung fachlicher Aufgabenstellungen in einem umfassenden, sich verändernden beruflichen Tätigkeitsfeld	***Mit klinischer Erfahrung*** - Verantwortung in komplexen Situationen - Nutzung & Weitergabe von aufbereitetem wissenschaftlichem Wissen (zur pflegerischen Entscheidungsfindung) - Beratung & Anleitung, Aus-/Fort-/Weiterbildung	- Verständnis für Anwendung wissenschaftlicher Tätigkeiten
	4			***Ohne klinische Erfahrung*** - Tätigkeiten der direkten Patientenversorgung - selbstständige/ eigenverantwortliche Durchführung individuelle angepasster Maßnahmen (Pflegeplanung, Pflegehandeln) - Pflegealltag reflektieren, Probleme/Fragen identifizieren	- Eigene Wissen aktuell halten - Grundkenntnisse der Pflegeforschung
Pflegeassistenz - Kranken-pflegehilfe - Pflegehelfer	2/3	Wissen anwenden	- Kompetenzen zur fachgerechten Erfüllung grundlegender Anforderungen in einem überschaubaren Arbeitsbereich - weitgehend unter Anleitung	- selbstständige Durchführung kontrollierter & delegierter Pflegehandlungen - Pflegealltag reflektieren, Probleme/Fragen identifizieren - eigenständige Durchführung von Serviceaufgaben	- Bereitschaft zum lebenslangen Lernen
Hilfskräfte ohne Ausbildung	1		- Kompetenzen zur Erfüllung einfacher Anforderungen (unter Anleitung) in einem überschaubaren Arbeitsbereich	- Mithilfe bei pflegerischer Versorgung/Durchführung einfacher pflegerischer Handlungen unter Anleitung/Aufsicht - eigenständige Durchführung von Serviceaufgaben	- Bereitschaft zum lebenslangen Lernen

Abb. 1: Kompetenzmodell aus dem Bereich Pflege (eigene Darstellung)
(Quelle: Karrieremodell Klinikum Neumarkt i. d. OPf., 2014; UKE Kompetenzmodell, 2016; Benner, 2012; Knigge-Demal & Hundenborn, 2013; Darmann-Fink & Muths, 2013; DQR, 2023)

[1] umfasst Pflegefachspezialisten der Onkologie, Psychiatrie, Geriatrie, Anästhesie, Neonatologie, neurologischen Frührehabilitation, Palliativ, ...
[2] umfasst Pflegefachspezialisten für Diabetes mellitus, Multiple Sklerose, Stoma/Wunden, Stroke, Schmerz, ...

Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

(Quelle: eigene Darstellung)

Anhang 2: Kompetenzmodell/ Qualifikationsprofil - Bereich ärztlicher Dienst

KOMPETENZMODELL/ QUALIFIKATIONSPROFIL – BEREICH ÄRZTLICHER DIENST

Abschluss	Niveau-Stufe		Kompetenzen	Aufgaben	wissenschaftliche Kenntnisse
Professur / Habilitation	8	Wissen produzieren	– Wissen produzieren – Entwicklung innovativer Forschung & Konzepte in der Medizin – Umgang mit unklaren / neuartigen Problemlagen	– Forschung, Lehre, Publikationen – Leitung medizinischer Forschungsprojekte – Beratung & Förderung von Nachwuchs (Mentoring) – Curriculum-Entwicklung an Universitäten – Mitwirkung in Ethikkommissionen	– Gewinnung und Publikation neuer Forschungserkenntnisse – Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle / Leitlinien – Theoretisch-wissenschaftliche Weiterentwicklung der Medizin
Promotion (Dr. med.)	8		– Selbständige wissenschaftliche Erkenntnisgewinnung – Analyse komplexer medizinischer Fragestellungen	– Durchführung medizinischer Forschungsprojekte – Verfassen wissenschaftlicher Arbeiten – Begutachtung von Studien / Artikeln	– Wissenschaftliches Arbeiten auf hohem Niveau – Evidenzbasierte Argumentation medizinischer Entscheidungen
Facharzt (z. B. Innere, Chirurgie)	7	Wissen weiterentwickeln	– Eigenverantwortliche Bearbeitung neuer, komplexer medizinischer Problemstellungen – Leitung medizinischer Prozesse in dynamischen Situationen	– Patientenversorgung im Spezialgebiet – Teamleitung, Visitenleitung – Supervision von Assistenzärzt:innen – Mitwirkung an klinischen Studien	– Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse auf komplexe Einzelfälle – Literaturrecherche & Bewertung für Therapieentscheidungen – Qualitätsmanagement & Leitlinienarbeit
Assistenzarzt in Weiterbildung	6-7		– Bearbeitung umfassender fachlicher Aufgabenstellungen mit Anleitung/Supervision – Beginn eigenverantwortlicher Diagnostik/Therapie	– Diagnostik, Therapie & Dokumentation unter Anleitung – Teilnahme an interdisziplinären Besprechungen – Mitarbeit an klinischen Studien / Qualitätsprojekten	– Grundlagen klinischer Studien und evidenzbasierter Medizin – Kritische Auseinandersetzung mit Fachliteratur
Medizinstudium + Approbation	6-7	Wissen übernehmen und weiterentwickeln	– Umfasst die Grundlagen- und Wissenschaftskompetenzen sowie die Basis- und PJ-Kompetenzen – Anwendung umfassender medizinischer Fachkenntnisse – Umgang mit komplexen Informationen & Patientenfällen	– Grundlegende ärztliche Versorgung – Mitarbeit im interprofessionellen Team – Erstellung von Diagnosen / Therapiekonzepten	– Kenntnisse wissenschaftlicher Methoden – Anwendung medizinischer Leitlinien – Erste Einblicke in klinische Forschung
Praktisches Jahr/ PJ-Student:in	6		– Vorbereitung auf selbstständige ärztliche Tätigkeit – Anwendung klinischen Wissens im geschützten Rahmen – Handlungs- und Begründungswissen zur Krankheitslehre und den Pathomechanismen – klinisch-praktische Fertigkeiten und Kenntnisse der Arztrollen	– Assistenz bei Diagnostik & Therapie – Durchführung von Anamnesen & Untersuchungen (Durchführungsverantwortung – Fallbesprechungen mit Betreuungsperson – Teilnahme an Fortbildungen	– Reflektion klinischer Entscheidungen anhand aktueller Studien – Anwendung einfacher evidenzbasierter Entscheidungsprozesse
Medizinstudium (Vorklinik / Klinik)	6		– Erwerb theoretischer Grundlagen und ärztlicher Handlungskompetenz – Grundlagen der naturwissenschaftlichen und klinischen Medizin – Kenntnisse der natur-, sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Grundlagen der Medizin – Klinisch-praktische Basiskompetenzen inklusive ärztlicher Gesprächsführung	– Teilnahme an Seminaren, Praktika, Famulaturen – Bearbeitung medizinischer Fallstudien – Prüfungsvorbereitung	– Einführung in wissenschaftliches Arbeiten – Grundverständnis medizinischer Forschung & Statistik

Abb. 1: Kompetenzmodell aus dem Bereich Ärztlicher Dienst (eigene Darstellung)
(Quelle: Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM 2.0), 2021; Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO), 2002)

In der Pflege gibt es den DQR mit klaren Niveaustufen von Pflegehelfer über Pflegefachkraft bis hin zum akademischen Masterabschluss. In der **Medizin** ist das **System formaler**, **aber weniger öffentlich zugänglich strukturiert**, da die Qualifikationen über die Approbation, Facharztausbildung und Weiterbildungsordnungen definiert sind.

Anmerkungen:

- In der Medizin ist der Qualifikationsweg **primär akademisch** und **weiterbildungsbasiert**, nicht über einen formellen Qualifikationsrahmen wie DQR geregelt.
- In der Pflege gibt es durch die unterschiedlichen Zugangswege (beruflich vs. akademisch) eine klarere Einordnung im DQR.
- Die Zuordnung zu DQR-Stufen ist orientierend – da die **Medizin kein formal im DQR abgebildeter Beruf** ist, aber Äquivalenzen bestehen (z. B. Master = Niveau 7).
- In der Praxis sind Facharztweiterbildung & Promotion oft parallel oder überlappend.
- **Wissenschaftliche Kompetenz ist durchgängig relevant**, nimmt aber mit der Qualifikationsstufe zu (von Anwenden → Bewerten → Produzieren von Wissen).

Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

(Quelle: eigene Darstellung)

Anhang 3: Kompetenzmodell/ Qualifikationsprofil - Bereich Therapie

KOMPETENZMODELL/ QUALIFIKATIONSPROFIL – BEREICH THERAPIE

Das Kompetenzmodell für die therapeutischen Gesundheitsberufe (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) basiert auf dem Fachqualifikationsrahmen FQR-ThGFB. Es bietet eine strukturierte Grundlage zur Beschreibung, Bewertung und Weiterentwicklung von Kompetenzen im therapeutischen Bereich. Das Kompetenzmodell für Therapieberufe schafft eine strukturierte Grundlage, um die Professionalisierung und Akademisierung dieser Berufsgruppen zu unterstützen. Es fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Qualitätssicherung und die internationale Vergleichbarkeit der therapeutischen Ausbildung.

Abschluss	Niveau-Stufe	Kompetenzen (FQR-ThGFB & DQR)		Aufgaben	wissenschaftliche Kenntnisse
Professur **Promotion** Schwer-punkt The-rapie	8	**Wissen produzieren**	· umfassendes, spezialisiertes und systematisches Expertenwissen in einem speziellen therapeutischen Bereich/ einer Forschungsdisziplin · umfassendes berufliches Wissen in einem strategie- und innovationsorientierten beruflichen Tätigkeitsfeld · Fähigkeit zur Entwicklung/ Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse · Entwicklung von innovativen Problemlösungsansätzen · Führungskompetenz in Forschungsgruppen	· Leitung und Koordination von Forschungsprojekten · Planung und Durchführung therapierelevanter Studien · Leitung fachlicher Weiterentwicklung · Entwicklung neuer Therapieansätze · Innovative Prozesse auch tätigkeitsübergreifend konzipieren, durchführen, steuern, reflektieren und beurteilen · Veröffentlichung originärer Beiträge zur Weiterentwicklung des Fachgebiets · Internationale Präsentationen (fachübergreifende Diskussionen führen) · Supervision und Beratung/ Mentoring/ Coaching von Master-Absolvent*innen	· Fähigkeit zur eigenständigen Planung und Durchführung komplexer Forschungsarbeiten · Veröffentlichung von Studien in renommierten Fachzeitschriften · Kritische Reflexion bestehender Konzepte und Weiterentwicklung des therapeutischen Fachwissens · Zusammenarbeit in internationalen Forschungskooperationen
Master (z. B. Advanced Physiotherapy Practice)	7	**Wissen vertiefen**	· vertiefte Kenntnisse in Theorie und Praxis der jeweiligen Therapie · Fähigkeiten zur interdisziplinären Zusammenarbeit · eigenständige Problemidentifikation und Steuerung von Prozessen · Anpassung an unvorhersehbare Veränderungen · Planung und Umsetzung komplexer Therapieprojekte · Bearbeitung neuer komplexer Problemstellungen	· Entwicklung und Anpassung individueller Therapiepläne, Leitung von Teams oder therapeutischen Projekten · eigenverantwortliche Durchführung von (Forschungs-) Projekten · Supervision und Beratung/ Mentoring/ Coaching von Bachelor-Absolvent*innen · Durchführung interdisziplinärer Fallbesprechungen · Fallführungsverantwortung in hochspezifischen Versorgungssituationen · Erstellung und Umsetzung von nachhaltigen und effektiven Maßnahmen des Qualitätsmanagements · Qualitätssicherung mittels wissenschaftlicher Methoden · vertiefte Tätigkeiten im Sinne APP	· Fähigkeiten zur eigenständigen wissenschaftlichen Arbeit · Vertiefte Kenntnisse in Forschung und Entwicklung · Anwendung und Interpretation von Forschungsergebnissen/ evidenzbasierter Methoden zur Prozessoptimierung · Integration neuer Erkenntnisse in die Praxis · Verfassen wissenschaftlicher Berichte
Bachelor	6	**Wissen weiterentwickeln**	· Definition der therapeutischen Aufgabenstellung einschließlich der fach- und bezugswissenschaftlichen Grundlagen und der praktischen Ausübung des jeweiligen therapeutischen Gesundheitsfachberufs (Ergotherapie (E)/ Logopädie (L)/ Physiotherapie (P)) · breites und integriertes Wissen über Verfahren und Methoden zur Bedarfserhebung/ Diagnostik, Ressourcenanalyse · Fähigkeit zur Anwendung standardisierter Methoden und Techniken · Verständnis für patientenzentrierte Ansätze · Ermittlung des Informationsbedarfs und Einholen von Informationen zu gesundheitsrelevanten Aspekten, assoziierter Vorgeschichte, vorangegangene Gesundheitsinterventionen und damit verbundenen Ergebnissen · Entwicklung von Problemlösungsstrategien · Steuerung von Prozessen in dynamischen Kontexten	· Durchführung definierter therapeutischer Verfahren und Assessments · Planung und Umsetzung evidenzbasierter Interventionen in komplexen Versorgungssituationen · Unterstützung bei der Dokumentation und Evaluation von Therapieprozessen/ Behandlungsmaßnahmen · Therapieprozesse auf der Grundlage der bestverfügbaren Evidenz unter Einbezug des Patienten/ der Patientin steuern und gestalten · interprofessionelle Versorgungssituationen zielführend und patientenorientiert zu gestalten · Teilnahme an Forschungsprojekten · Mentorenfunktion für Mitarbeitende · neue Technologien und Innovationen in den Therapieprozess integrieren · Qualitätsmanagement hinsichtlich therapeutischer Leistungen auf der Basis wissenschaftlicher Verfahren und Instrumente durchführen (Umsetzung von Qualitätssicherungskonzepten · Reflexion des eigenen Handelns	· Verständnis grundlegender wissenschaftlicher Konzepte und Methoden · Fähigkeit zur kritischen Bewertung von Informationen im Therapiekontext · grundlegende Kenntnis von Evidenzbasierung/ wissenschaftlichen Methoden und ihrer Anwendung · sicherer Umgang mit wissenschaftlichen Instrumenten und Methoden · Anwendung von Prinzipien der Forschung zur Praxisentwicklung. · Aufbereitung von Forschungsergebnissen für die Praxis
(Fach-) Spezialist	5	**Wissen spezialisieren**	· vertiefte Auseinandersetzung mit den einzelnen klinisch-medizinischen Fachgebieten	·	· Verständnis für Anwendung wissenschaftlicher Tätigkeiten · Grundkenntnisse der Gesundheitsforschung
Berufsausbildung	4	**Wissen aneignen**	· fundiertes und breit gefächertes Fachwissen auf dem Gebiet der menschlichen Anatomie und Physiologie · selbstständige Planung und Bearbeitung fachlicher Aufgabenstellungen · eigenverantwortliche Erfüllung von physiotherapeutischen Aufgaben · Kompetenzen zur Anpassung von Verfahren an individuelle Bedarfe im Rahmen des erlernten Berufsfeldes	· Erhebung und Feststellung des individuellen Bedarfs · Organisation, Gestaltung, Steuerung, Dokumentation, Reflexion und Evaluation des Therapieprozesses · Anwendung/ Durchführung geeigneter Verfahren der Physiotherapie in den Tätigkeitsfeldern der Gesundheitsförderung, Prävention sowie der Kuration, Rehabilitation und Palliativversorgung · Analyse, Evaluation, Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Physiotherapie · Anwendung von Behandlungskonzepten	· eigene Wissen aktuell halten · Grundkenntnisse der Gesundheitsforschung · grundlegende Kenntnisse zu therapeutischen Konzepten und Methoden · Verständnis für Anwendung wissenschaftlicher Tätigkeiten

Abb. 1: Kompetenzmodell aus dem Bereich Therapie (eigene Darstellung)
(Quelle: Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V. et al., o. D.; Stubner et al. 2013; Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V., 2014; Eckler et al. 2017; DQR, 2023)

Anwendung
Das Modell dient folgenden Zwecken:
- **Curriculumentwicklung**: Orientierung für Hochschulen bei der Gestaltung von Studiengängen.
- **Qualitätssicherung**: Definition von Standards für Akkreditierungen und Weiterbildungsangebote.
- **Berufspraxis**: Leitfaden für die Reflexion und Weiterentwicklung von Fach- und Methodenkompetenzen.
- **Forschung und Lehre**: Grundlage für die Entwicklung neuer wissenschaftlicher Ansätze.

Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

(Quelle: eigene Darstellung)

Anhang 4: Kompetenzmodell/ Qualifikationsprofil - Community Health Nursing

KOMPETENZMODELL/ QUALIFIKATIONSPROFIL – Community Health Nursing

Abschluss	Niveau-Stufe	Kompetenzen		Aufgaben	wissenschaftliche Kenntnisse
Master Community Health Nursing (CHN) **Advanced Practice Nursing (APN)**	7	**Wissen weiterentwickeln**	- Kompetenzen zur eigenständigen Bearbeitung komplexer, neuartiger und häufig unvorhersehbarer Problemstellungen in der Primärversorgung, Gesundheitsförderung und gemeindebasierten Pflege - Fähigkeiten zur eigenverantwortlichen Steuerung und Koordination multiprofessioneller, sektorenübergreifender Versorgungsprozesse - Kompetenzen zur Weiterentwicklung fachlicher Konzepte, zur Initiierung innovativer Versorgungsformen und zur Evaluation evidenzbasierter Maßnahmen - Fähigkeiten zur analytischen, forschungsbasierten Entscheidungsfindung im individuellen wie auch im bevölkerungsbezogenen Kontext	<u>Erweiterte Pflegepraxis (APN) & Primärversorgung</u> Die CHN übernimmt komplexe klinische Aufgaben im Rahmen der erweiterten Pflegepraxis: - Erstkontakt, Triage, strukturierte Ersteinschätzung. - Anamnese, klinische Untersuchung, Screening- und Basisdiagnostik - Behandlung definierter Gesundheitsprobleme (z. B. Atemwegsinfekte, kleinere Verletzungen) - Steuerung komplexer Versorgungsprozesse bei chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes Mellitus) - Monitoring von Krankheitsverläufen und Medikamenten, Förderung der Adhärenz - Durchführung von Verlaufskontrollen und Wiederholungs-/Folgeuntersuchungen Ziel: Sicherstellung eines niedrigschwelligen, kontinuierlichen Zugangs zu primärärztlicher und pflegerischer Versorgung. <u>Gesundheitsförderung & Prävention</u> Die CHN plant, realisiert und evaluiert individual- und bevölkerungsbezogene Präventionsmaßnahmen: - Bestandsaufnahme von Gesundheitsverhalten, Ressourcen & Lebenswelten Einzelner/Gruppen - Durchführung von Vorsorge-, Screening- und Präventionsangeboten - Konzeption und Umsetzung von Programmen (z. B. Bewegung, Ernährung, Sturzprävention) - Stärkung von Gesundheitskompetenz (Health Literacy) und Selbstmanagement - Förderung gesundheitsförderlicher Lebenswelten und Verhaltensweisen - Einbindung in gesundheitsschutzrelevante Aufgaben, inkl. Krisen- und Pandemieinterventionen Ziel: Verbesserung der individuellen und gemeinschaftlichen Gesundheitschancen. <u>Beratung, Coaching & Befähigung</u> Die CHN bietet evidenzbasierte Beratung und psychosoziale Begleitung: - Gesundheits-, Krankheits- und Lebensstilberatung - Familien- und Angehörigenberatung - Unterstützung vulnerabler Gruppen (z. B. Familien in Belastungssituationen, chronisch Erkrankte) - Coaching zur Bewältigung von Gesundheits- und Lebenslagen - Förderung psychischer Gesundheit und Resilienz Ziel: Befähigung der Bevölkerung zum souveränen Umgang mit Gesundheit und Krankheit <u>Versorgungskoordination & Case/Care Management</u> Die CHN koordiniert komplexe Versorgungssituationen sektorenübergreifend: - Organisation von Überleitung, Nachsorge, Rehabilitation. - Navigation durch das Gesundheitssystem (Lotsenfunktion) - multiprofessionelle Zusammenarbeit (Ärzt:innen, Pflege, Sozialarbeit, Therapien) - Sicherstellung von Versorgungskontinuität und Ressourcenmanagement. Ziel: Brückenfunktion zwischen Sektoren und Berufsgruppen für eine integrierte Versorgung. <u>Bevölkerungsbezogene Bedarfsanalyse & Gesundheitsplanung</u> Die CHN arbeitet bevölkerungsorientiert: - Erhebung und Analyse gesundheitsbezogener Bedarfe im Sozialraum - Durchführung von Community-Assessments (Risiken, Ressourcen, Strukturen) - Planung und Umsetzung gemeindebezogener Interventionen - Zusammenarbeit mit Kommune, Gesundheitsamt, Schulen, Kitas, Sozialen Diensten - Mitgestaltung gesundheitsförderlicher Strukturen (z. B. Bewegungsräume, Präventionsnetzwerke) <u>Ziel: Verbesserung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit in der Gemeinde.</u> <u>Qualität, Projekte & Innovation</u> - Entwicklung, Implementierung und Evaluation innovativer Versorgungskonzepte - Qualitätsmanagement auf Basis wissenschaftlicher Standards - Nutzung digitaler Anwendungen (z. B. Telehealth, E-Health) - Projektleitung in Prävention, Versorgung und Digitalisierung Ziel: Weiterentwicklung der lokalen Gesundheitsversorgung auf Basis von Evidenz und Innovation.	<u>Pflegewissenschaft, Public Health & Sozialwissenschaft</u> - Vertieftes Wissen zu Gesundheit, Krankheit, sozialen Determinanten & Prävention - Konzepte der gemeindebasierten Versorgung & Primärversorgung - Epidemiologische Grundlagen: Prävalenzen, Inzidenzen, Risikofaktoren, Surveillance - Methodik bevölkerungsbezogener Bedarfserhebung <u>Methodenkompetenzen (wissenschaftlich)</u> - Anwendung & Bewertung epidemiologischer Methoden, Sozialraumanalyse, Screeningverfahren - Nutzung qualitativer & quantitativer Forschungsmethoden zur Analyse von Bedarfen und zur Wirksamkeitsprüfung <u>Evidenzbasierte Pflegepraxis (EBP/EBN)</u> - Anwendung pflegewissenschaftlicher Instrumente zur Entscheidungsfindung & Problemlösung - Vertiefte Kenntnisse zu chronischen Erkrankungen, Selbstmanagementkonzepten & Adhärenz <u>Gesundheitsplanung & Systemverständnis</u> - Kenntnisse zu kommunalen Gesundheitsstrukturen, Versorgungssystemen & politisch-administrativen Rahmenbedingungen - Fähigkeit zur Ableitung kommunaler Maßnahmen aus Gesundheitsdaten - rechtliche Rahmenbedingungen erweiterter Pflegepraxis (z. B. nach SGB V, PflBG)

Abb. 1: Kompetenzmodell/ Qualifikationsprofil – Community Health Nursing (eigene Darstellung)
(Quellen: Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V. (2019). Community Health Nursing in Deutschland: Eine Chance für die bessere Gesundheitsversorgung in den Kommunen (2. Aufl.). Berlin.; Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V. (2022). Community Health Nursing: Aufgaben und Praxisprofile.; Bürgi, M., & Igl, G. (2021). Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland (1. Aufl.). Nomos. https://doi.org/10.5771/9783748924319)

Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

(Quelle: eigene Darstellung)

Anhang 5: Kompetenzmodell/ Qualifikationsprofil - Bereich (Notfall-)Sanitäter

KOMPETENZMODELL/ QUALIFIKATIONSPROFIL – BEREICH (NOTFALL-) SANITÄTER

Abschluss	Niveau-Stufe		Kompetenzen (DQR, 2023 & EQR, 2008)	Aufgaben	wissenschaftliche Kenntnisse
Professur / Promotion (z. B. Schwerpunkt Notfallmedizin)	8	**Wissen produzieren**	– Wissen produzieren – Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse im Bereich präklinische Notfallmedizin und Rettungsdienst – Policy- und Leitlinienentwicklung – internationale Kooperation	– Leitung und Koordination von Forschungsprojekten – Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte – Beratung und Mentoring von Nachwuchs – Mitwirkung in Leitlinien- und Ethikgremien – Wissenschaftskommunikation	– Eigenständige Planung und Durchführung komplexer Forschungsarbeiten – Evidenzsynthese – Implementierungsforschung – Veröffentlichung in Fachzeitschriften – internationale Zusammenarbeit
Master (z. B. Rettungsdienstmanagement; Notfall- und Krisenmanagement)	7	**Wissen weiterentwickeln**	– Vertiefte Kenntnisse in komplexer Einsatzführung, Teamleitung und interdisziplinärer Zusammenarbeit – eigenständige Problemidentifikation und Prozesssteuerung – Forschungspraxis	– Leitung von Teams, Programmen und Projekten – Fallführungsverantwortung in hochkomplexen Einsatzlagen – Qualitätssicherung mittels wissenschaftlicher Methoden – Entwicklung/Implementierung neuer Versorgungsmodelle – Fortbildungs- und Simulationskonzepte	– Vertiefte Kenntnisse evidenzbasierter Methoden – kritische Bewertung und Anwendung von Forschungsergebnissen – Verfassen wissenschaftlicher Berichte – Anwendung fortgeschrittener Forschungsmethoden – Versorgungs-/Qualitätsforschung
Bachelor (z. B. Rescue Management; Rettungswesen/Notfallversorgung)	6		– Breites und integriertes Wissen in präklinischer Versorgung – Fähigkeit zur Planung, Durchführung und Evaluation komplexer Rettungsprozesse – Forschungsmethodik und Organisationskompetenz	– Planung und Durchführung evidenzbasierter Interventionen – Teilnahme an Forschungsprojekten – Mentorenfunktion für Mitarbeitende – Leitung kleiner Projekte (z. B. Simulation, Schulung) – Fallanalysen	– Grundlegende wissenschaftliche Methoden – Anwendung von Prinzipien der Forschung zur Praxisentwicklung – Aufbereitung von Forschungsergebnissen – Implementierung evidenzbasierter Maßnahmen
Fachspezialist (z. B. Intensivtransport, Luftrettung, Taktische Medizin)	5	**Wissen übernehmen**	– Spezialisierte Fachkenntnisse in einem Rettungsdienstbereich – selbstständige Bearbeitung komplexer Einsatzsituationen	– Durchführung hochspezialisierter Maßnahmen; Beratung von Kollegen – Mitwirkung an Fachprojekten – Versorgung kritisch Kranker/Verletzter (z. B. Intensivtransport) – Einführung neuer Verfahren/SOP – Coaching im Team	– Grundkenntnisse der Rettungsdienstforschung – Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse im Fachgebiet – Vertiefte Kenntnis von Evidenz (RCTs, Systematic Reviews) – Beitrag zu SOP-/Leitlinienarbeit
Notfallsanitäter (staatl. Prüfung nach NotSanG)	4		– Eigenverantwortliche präklinische Notfallversorgung – Anwendung komplexer Handlungsprotokolle unter Beachtung rechtlicher Rahmenbedingungen – Erweiterte Beurteilung & Entscheidungsfindung	– Eigenverantwortliche präklinische Versorgung inkl. differenzierter Diagnostik/Intervention – Delegations-/Substitutionsleistungen gem. Rechtsrahmen – Durchführung der Notfallversorgung – Einsatzdokumentation – Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	– Verständnis evidenzbasierter Versorgung – kontinuierliche Fortbildung – Nutzung wissenschaftlicher Leitlinien.
Rettungsassistent (wird nicht mehr ausgebildet)	3	**Wissen anwenden**	– Unterstützende Tätigkeiten im Rahmen einfacher Rettungsdiensteinsätze	– Assistenz bei Transport und Lagerung von Patienten – einfache Sanitätsmaßnahmen unter Anleitung	– Basiswissen in Erster Hilfe und rettungsdienstlicher Organisation – Kenntnis evidenzbasierter Reanimationsleitlinien
Rettungssanitäter	2		– Durchführung grundlegender rettungsdienstlicher Maßnahmen unter Anleitung – Unterstützung des Notfallsanitäters – Durchführung standardisierter Assessments	– Assistenz bei der Patientenversorgung – Maßnahmen der Behandlungspflege (mit Befähigungsnachweis) – Durchführung standardisierter Aufgaben/ lebensrettender Sofortmaßnahmen – Transportvorbereitung – Überwachung während des Transportes	– Grundkenntnisse rettungsdienstlicher Abläufe – Verständnis für Hygienestandards und Basismonitoring – Anwendung leitlinienbasierter Protokolle (z. B. Reanimation, Trauma-Basisschema)
Helfer ohne rettungsdienstliche Ausbildung	1		– Erfüllung einfacher Aufgaben unter Anleitung – Grundlegende Erste-Hilfe-Kompetenz – situatives Gefahrenbewusstsein – einfache Kommunikation	– Basis-Erstmaßnahmen (z. B. Notruf, stabile Seitenlage, Blutstillung) unter Anleitung – Unterstützung bei logistischen Aufgaben – Mithilfe bei Versorgung unter Aufsicht	– Bereitschaft zum lebenslangen Lernen – Grundkenntnisse Erste Hilfe – Verständnis für Alarmierungsketten

Abb. 1: Kompetenzmodell aus dem Bereich (Notfall-) Sanitäter (eigene Darstellung)
(Quelle: Ministerium für Gesundheit und Soziales (MGS), 2025; Notfallsanitätergesetz (NotSanG), 2023; DQR, 2023; EQR, 2008)

Im Rettungsdienst ist der **Qualifikationsweg primär berufsrechtlich** geregelt und orientiert sich am Notfallsanitätergesetz (NotSanG) sowie den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen. Über den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) lassen sich die einzelnen Qualifikationsstufen – von Helfer ohne rettungsdienstliche Ausbildung über Rettungssanitäter und Notfallsanitäter bis hin zu akademischen Abschlüssen – einordnen.

Anmerkungen:

- Der Qualifikationsweg im Rettungsdienst ist gesetzlich durch das NotSanG geregelt und orientiert sich an Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen.
- Die **DQR-Zuordnung erfolgt orientierend**, da der Beruf primär berufsrechtlich und nicht akademisch strukturiert ist.
- **Akademische Anschlussqualifikationen** (Bachelor/Master) sind **möglich** und erweitern die Einsatz- und Verantwortungsbereiche.
- Wissenschaftliche Kompetenz ist auf allen Stufen relevant, nimmt aber mit dem Qualifikationsniveau zu (vom Anwenden → Bewerten → Produzieren von Wissen).
- Fachspezialisierungen (z. B. Intensivtransport, Taktische Medizin) setzen in der Regel die Qualifikation als Notfallsanitäter voraus.
- Die dargestellten Aufgaben sind beispielhaft und können je nach Landesrecht, SOPs und ärztlicher Delegation variieren.

Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

(Quelle: eigene Darstellung)

Anhang 6: Kompetenzrahmen für interprofessionelle Versorgung im Gesundheitswesen



(Quelle: eigene Darstellung)