



Masterarbeit

INTERPROFESIONELLE ZUSAMMENARBEIT IN DER PRIMÄRVERSORGUNG IN ÖSTERREICH

**Die allgemeinmedizinische Einzelvertragsordination als Drehscheibe
interprofessioneller Versorgung?**

eingereicht von

Dr.ⁱⁿ med. univ. Katja Fischer

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Public Health

(MPH)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt im

Universitätslehrgang Public Health

unter der Anleitung von

Dr. med. univ. Martin Sprenger, MPH

Priv.-Doz. Dr. med. univ. Stefan
Korsatko, MBA

Wien, 08.08.2025

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Wien, am 08.08.2025

Katja Fischer e.h.

Declaration of Academic Integrity

I hereby confirm that the present diploma thesis is the result of my own independent scholarly work. I also confirm that in all cases, where material from the work of others (in books, articles, essays, dissertations, and on the internet) is acknowledged, quotations and paraphrases are clearly indicated. No material other than that cited in the reference list has been used. I have read and understood the Medical University's regulations and procedures concerning plagiarism.

Vienna, 08.08.2025

Katja Fischer m.p.

Zusammenfassung

Hintergrund: Im internationalen Vergleich weist Österreich nach wie vor eine stark auf den intramuralen Sektor konzentrierte Gesundheitsversorgung auf. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit einer Zunahme von an komplexen und chronischen Erkrankungen leidenden, multimorbiden Patient:innen, einer zunehmenden Spezialisierung und Fragmentierung der Versorgungslandschaft sowie einer Verknappung von personellen Ressourcen gewinnt interprofessionelle Zusammenarbeit zunehmende Bedeutung und gilt als zentraler Baustein einer qualitätsvollen, effizienten und patient:innenzentrierten Primärversorgung. Während in Österreich Primärversorgungseinheiten (PVE) strukturell für diese Zusammenarbeit ausgelegt sind, ist unklar, wie sich interprofessionelle Prozesse in allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationen gestalten und welche förderlichen oder hemmenden Faktoren dort erlebt werden.

Material und Methoden: Ziel der Arbeit ist es, die subjektiven Erfahrungen von Betreiber:innen allgemeinmedizinischer Einzelvertragsordinationen in Bezug auf bestehende Formen interprofessioneller Zusammenarbeit, hemmende und förderliche Faktoren für ebendiese und systemischen Veränderungsbedarf, um den Ausbau interprofessioneller Zusammenarbeit zu erleichtern, zu erfassen. Hierzu wurden sieben leitfadengestützte Interviews mit Allgemeinmediziner:innen aus Einzelvertragsordinationen in Österreich geführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Förderlich für die interne interprofessionelle Zusammenarbeit wurden Rollenklarheit, Aufgabentrennung und kollegiale Arbeitsatmosphäre erlebt. Besonders hervorgehoben wurde die Rolle von diplomierten Pflegekräften, zudem konnte ein mögliches Potenzial der bisher nicht in der Primärversorgung etablierten Berufsgruppe der Notfallsanitäter:innen identifiziert werden. Bei der Gestaltung der internen Zusammenarbeit besteht große Varianz. Die Zusammenarbeit mit externen Partner:innen erfolgt meist lose und unstrukturiert und basiert auf Eigeninitiative und bestehenden persönlichen Netzwerken. Die größte Hürde für externe Kooperation stellten Zeitmangel, fehlende kassenfinanzierte Behandlungsplätze und eingeschränkte Kommunikation, z. B. durch fehlende Strukturvorgaben und insuffiziente digitale Infrastruktur, dar. Zudem wurde die strukturelle Benachteiligung

von Einzelordinationen im Vergleich zu PVEs kritisch hervorgehoben, insbesondere im Hinblick auf Finanzierungsmodelle, Ressourcen und die Möglichkeit zur Anstellung anderer Berufsgruppen.

Schlussfolgerungen: Allgemeinmediziner:innen leben interprofessionelle Zusammenarbeit auch in Einzelvertragsordinationen und sind bereit und motiviert, als Drehscheibe der interprofessionellen Versorgung zu agieren – vorausgesetzt, die hierfür notwendigen systemischen Rahmenbedingungen werden geschaffen. Derzeit ist die interprofessionelle Zusammenarbeit noch stark von persönlichem Engagement und informellen, kreativen Lösungen abhängig. Um sie nachhaltig zu stärken, sind digitale Kommunikationslösungen, finanzielle Anreize sowie ein strukturierter Zugang zu kooperationsbereiten Gesundheitsberufen mit Kassenvertrag notwendig. Zudem zeigt sich Bedarf nach gezielter interprofessioneller Aus- und Weiterbildung.

Schlüsselwörter:

Interprofessionelle Zusammenarbeit, Allgemeinmedizin, Einzelvertragsordination, Sachleistungsversorgung, Primärversorgung, qualitative Forschung, Österreich

Abstract

Background: In international comparison, the Austrian healthcare system remains heavily based on the intramural (hospital-based) sector. Confronted with demographic shifts - including a growing population of elderly, multimorbid individuals with complex and chronic conditions - as well as increasing specialization and fragmentation across service settings and mounting human resource shortages in the health professions, interprofessional collaboration (IPC) is rapidly gaining prominence and is considered as a central pillar of high quality, efficient, and patient-centred primary care. While Austria's primary care units (PCUs) are structurally designed to enable high-degree IPC, it remains unclear how interprofessional processes actually unfold in general practitioners (GPs) single practices and which facilitating or inhibiting factors are experienced in that setting.

Material and Methods: Aim of the work is to capture the subjective experiences of GPs operating single practices with regard to existing forms of interprofessional collaboration, hindering and facilitating factors for precisely this, and systemic need for change in order to facilitate the expansion of interprofessional collaboration. For this purpose, seven guideline-based interviews with GPs from single practices in Austria were conducted and evaluated by means of qualitative content analysis according to Mayring.

Results: Within the internal team, participants reported that role clarity, task differentiation, and a collegial working atmosphere significantly supported interprofessional cooperation. The presence of nurses was especially highlighted, and paramedics - a profession not yet established within primary care in Austria - could be identified as holding substantive unrealized potential. However, collaboration strategies varied widely across practices. Cooperation with external partners, such as physiotherapists, social workers, or community nursing services, was typically loosely organised, relied on personal initiative, and was based on informal networks. Participants identified the greatest obstacles to cooperation with external partners as: lack of time, absence of publicly reimbursed treatment slots, and poor communication, often due to missing structural guidelines or insufficient digital infrastructure. Furthermore, a critical challenge was the systemic disadvantage experienced by single practices compared with PCUs, particularly

regarding funding models, resource access, and the ability to employ other health professionals.

Conclusion: GPs practice interprofessional collaboration also in single practices and are ready and motivated to act as a hub of interprofessional care – provided that the necessary systemic conditions for this are created. At present, interprofessional collaboration is still strongly dependent on personal commitment and informal, creative solutions. In order to strengthen it sustainably, digital communication tools, financial incentives and a structured mechanism for access to cooperative health professionals under public insurance contracts are necessary. In addition, the need for targeted interprofessional training and continuing education becomes apparent.

Keywords:

Interprofessional collaboration, general practice, family medicine, single practice, insurance-funded care, primary health care, qualitative research, Austria

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	I
Declaration of Academic Integrity	I
Zusammenfassung	II
Abstract	IV
Inhaltsverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	IX
Tabellenverzeichnis	XI
1. Einleitung	1
1.1. Primärversorgung	1
1.2. Primärversorgung in Österreich	2
1.3. Interprofessionelle Zusammenarbeit	5
1.3.1. Begriffsdefinition	5
1.3.2. Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit	7
1.3.3. Förderliche und hemmende Faktoren für interprofessionelle Zusammenarbeit	9
1.4. Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Primärversorgung	11
1.4.1. Status quo der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Primärversorgung in Österreich	12
2. Relevanz und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit	20
2.1. Fragestellung	21
3. Methoden	23
3.1. Literaturrecherche	23
3.2. Interviewteilnehmer:innen	24
3.3. Interviewleitfaden	26
3.4. Interviewdurchführung	26

3.5.	Interviewauswertung	27
3.6.	Kurzerhebung interprofessionelle Ausbildung	28
4.	Ergebnisse	29
4.1.	Interviewpartner:innen.....	29
4.2.	Etablierte Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit.....	30
4.2.1.	Zusammenarbeit innerhalb der Ordinationsteams	30
4.2.2.	Zusammenarbeit mit externen Partner:innen	36
4.3.	Förderliche Faktoren für interprofessionelle Zusammenarbeit	42
4.4.	Hemmende Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit.....	46
4.5.	Systemische Veränderungen	55
4.5.1.	Digitale Infrastruktur und Kommunikation	55
4.5.2.	Zugangsgerechtigkeit, Gleichstellung mit PVE	57
4.5.3.	Finanzierung und Strukturverpflichtung	59
4.5.4.	Übersicht und Steuerbarkeit.....	60
4.5.5.	Interprofessionelle Ausbildung	62
5.	Diskussion	67
5.1.	Etablierte Formen der Zusammenarbeit.....	67
5.2.	Förderliche und hemmende Faktoren der Zusammenarbeit	78
5.3.	Systemische Perspektive	80
5.3.1.	Relevante Entwicklungen in der Gesundheitssystemsteuerung.....	81
5.3.2.	Digitale Infrastruktur	84
5.3.3.	Interprofessionelle Ausbildung	85
5.4.	Limitationen.....	92
5.5.	Ableitungen für die Praxis	95
5.6.	Anknüpfungspunkte für weitere Forschung	96
6.	Literaturverzeichnis	98

7. Anhang.....	110
7.1. Aussendung an Interviewteilnehmer:innen	110
7.2. Einverständniserklärung.....	111
7.3. Interviewleitfaden	113
7.4. Codierleitfaden	117

Abkürzungsverzeichnis

B1 – B7	Befragte:r 1 bis Befragte:r 7, Bezeichnung der Interviewpartner:innen in den Transkriptionen
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Deutschland
CAIPE	Centre for the Advancement of Interprofessional Education (Zentrum zur Förderung interprofessioneller Ausbildung)
ECTS	European Credit Transfer System (Europäisches System zur Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen)
EIPEN	European Interprofessional Practice and Education Network (Europäisches Netzwerk für interprofessionelle Praxis und Bildung)
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
I	Interviewerin, Bezeichnung der Autorin in den Transkriptionen
IPE	Interprofessional Education (Interprofessionelle Ausbildung)
JKU	Johannes Kepler Universität Linz
KI	Künstliche Intelligenz
MUG	Medizinische Universität Graz
MUI	Medizinische Universität Innsbruck
MUW	Medizinische Universität Wien
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
OK	Oberkategorie (im Rahmen der Interviewauswertung, vgl. Tabelle 5)
OOO	Platzhalter, der im Rahmen der Interview-Transkriptionen zur Anonymisierung von Ortsbezeichnungen verwendet wird
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖH	Österreichische Hochschüler:innenschaft

ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit (1)
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH
PMU	Paracelsus Medizinische Privatuniversität
PVE	Primärversorgungseinheit(en)
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
PVZ	Primärversorgungszentrum
RSG	Regionale Strukturpläne Gesundheit (2)
SOP	Standard Operating Procedure (Standardarbeitsanweisung)
STAFAM	Steirische Akademie für Allgemeinmedizin
UK	Unterkategorie (im Rahmen der Interviewauswertung, Tabelle 5)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
XXX	Platzhalter, der im Rahmen der Transkriptionen zur Anonymisierung von Personennamen verwendet wird

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über die in niederösterreichischen Einzelvertragsordinationen als Teammitglieder vertretenen Berufsgruppen gemäß Haussteiner 2024 (n = 53) (75)	17
Tabelle 2: Förderliche Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit, kategorisiert	43
Tabelle 3: Hemmende Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit, kategorisiert	47
Tabelle 4: Übersicht über die Verankerung interprofessioneller Ausbildung (IPE) im Rahmen des Studiums Humanmedizin in Österreich auf Basis von Selbstauskünften der Medizinischen Universitäten	88
Tabelle 5: Codierleitfaden - Kategorien mit Definitionen und Ankerbeispielen	126

1. Einleitung

Zur Einführung in die Thematik der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Primärversorgung erscheint es sinnvoll, zunächst die Bedeutung der Primärversorgung für ein funktionierendes Gesundheitssystem sowie die grundlegenden Strukturen der Primärversorgung in Österreich zu beleuchten.

In weiterer Folge sollen im gegenständlichen Kapitel außerdem die Vorteile interprofessioneller Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung aufgezeigt sowie der Status quo der interprofessionellen Zusammenarbeit in der österreichischen Primärversorgung dargestellt werden, um die Relevanz und Zielsetzung dieser Arbeit in einen entsprechenden Kontext einzubetten.

1.1. Primärversorgung

Eine zentrale Definition des Begriffs Primärversorgung (engl. „*primary health care*“) geht auf die 1978 verfasste Alma-Ata Declaration der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurück: *„Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination.“* ("Primärversorgung ist essenzielle Gesundheitsversorgung, die auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptierten Methoden und Technologien beruht, die allen Einzelpersonen und Familien in der Gemeinschaft mit ihrer vollen Mitwirkung zugänglich gemacht wird – zu Kosten, die sich die Gemeinschaft und das Land auf jeder Entwicklungsstufe leisten können –, im Sinne von Selbsthilfe und Selbstbestimmung.") (3).

Barbara Starfield ergänzte diese Perspektive und definierte Primärversorgung anhand der „4 Cs“, die die Kernelemente der Primärversorgung beschreiben (4, 5): *„first point of contact within the healthcare system, continuity of care, comprehensiveness, and interprofessional coordination“* („erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen, kontinuierliche Versorgung, umfassende Betreuung und interprofessionelle Koordination“). Diese Definition wurde später um drei weitere

„Cs“ ergänzt: *“community engagement, patient-centeredness, and complexity“* („Einbindung der Gemeinschaft, Patient:innenzentriertheit und Komplexität“) (6).

Auf gesetzlicher Ebene in Österreich wurde Primärversorgung definiert als *„allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen“* (7).

Zusammenfassend kann Primärversorgung als die erste Anlauf-, Behandlungs- und Koordinierungsstelle für alle gesundheitsbezogenen Fragen und Anliegen in einem unausgelesenen Patient:innenkollektiv, mit dem Ziel eine integrierte Gesundheitsversorgung von der Geburt bis ins hohe Alter zu ermöglichen und die wissenschaftsbasierte Zusammenführung spezialisierter Medizin zu einem patient:innenorientierten Gesamtkonzept zu gewährleisten, definiert werden.

Studien belegen, dass eine stark ausgeprägte primärmedizinische Versorgung zu einer besseren Gesundheitsbilanz mit geringerer Mortalität (8, 9), besserem Management chronischer Krankheiten (10) und höherer Lebenserwartung in Verbindung gebracht werden kann (11, 12) und dazu beiträgt, unnötige Krankenhausaufenthalte sowie weiterführende Behandlungen zu vermeiden (13, 14) und damit maßgebliche Verbesserungen in der Kosteneffizienz eines Gesundheitssystems bewirkt (15, 16). Zudem konnte gezeigt werden, dass eine starke Primärversorgung mit einem gerechteren Zugang der Gesamtbevölkerung zu Gesundheitsleistungen sowie mit dem Ausgleich gesundheitlicher Ungleichheiten in Zusammenhang steht (17, 18).

1.2. Primärversorgung in Österreich

Während im internationalen Vergleich zunehmend auch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, zumeist spezialisiert ausgebildete, oft akademisierte Pflegekräfte, eine maßgebliche Rolle in der Primärversorgung spielen (19), wird gesundheitliche Primärversorgung in Österreich derzeit in erster Linie von Ärztinnen und Ärzten für Allgemein- und Familienmedizin (sowie Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde für die spezifische Zielgruppe der Unter-18-Jährigen) erbracht.

Zudem besteht für Patient:innen in Österreich Wahlfreiheit, auf welcher Ebene des Gesundheitssystems Versorgungsleistungen in Anspruch genommen werden. So besteht weder eine Verpflichtung noch ein tatsächlicher Anreiz, als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem Einrichtungen der Primärversorgung in Anspruch zu nehmen – die in anderen Ländern oft etablierte „gatekeeper“-Funktion der Primärversorgung wurde in Österreich bisher nicht systemisch umgesetzt (20).

Seit 2011 ist es für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte möglich, Gruppenpraxen zu gründen. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2013/2014 wurde zudem das bis dahin vornehmlich bestehende Versorgungsmodell der allgemeinmedizinischen Einzelordination dabei um das Konzept von Primärversorgungseinheiten (PVE) erweitert. 2015 wurde die erste österreichische Primärversorgungseinheit in Wien gegründet. Rechtliche Grundlage für Etablierung und Organisation von Primärversorgungseinheiten stellt das Primärversorgungsgesetz (21) dar, welches die zu erfüllenden Rahmenbedingungen für die Etablierung und Gestaltung einer Primärversorgungseinheit definiert. 2019 wurde zudem ein bundesweiter Gesamtvertrag der Österreichischen Gesundheitskasse für Primärversorgungseinheiten abgeschlossen.

Allgemeinmedizinische Primärversorgung wird in Österreich derzeit also in folgenden Versorgungsformen geleistet (22):

- Einzelordinationen mit oder ohne Kassenvertrag
- Gruppenpraxen mit oder ohne Kassenvertrag
- Primärversorgungseinheiten, wobei diese als Primärversorgungszentrum (PVZ) an einem einzigen Standort oder als Primärversorgungsnetzwerk (PVN) mit mehreren Standorten gestaltet sein können

Bund, Länder und Sozialversicherungsträger haben sich im Rahmen der Bundes-Zielsteuerungskommission klar dem Ziel verpflichtet, die Anzahl der Primärversorgungseinheiten kontinuierlich zu erhöhen. Dieses Vorhaben wurde und wird mit finanziellen Förderungen für die Gründung von Primärversorgungseinheiten maßgeblich unterstützt (1).

Mit Stand 10.05.2025 bestehen in Österreich 97 Primärversorgungseinheiten, wobei 13 dieser Einrichtungen über keinen allgemeinmedizinischen, sondern einen

Versorgungsschwerpunkt im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin verfügen (23). Bis 2025 ist laut den diversen Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) die Errichtung von 133 PVE geplant (24).

Gemäß dem Stellenplanmonitoring der Österreichischen Gesundheitskasse mit Stichtag 01.10.2024 stehen dem derzeit 3.183 allgemeinmedizinische Einzelordinationen gegenüber, die über einen Vertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) verfügen (25). Diese Ordinationen werden im Verlauf dieser Arbeit als „Einzelvertragsordinationen“ bezeichnet, wobei hier auf eine gewisse Unschärfe der verwendeten Begrifflichkeit hinzuweisen ist, da sich der Begriff „Vertrag“ in diesem Zusammenhang ausschließlich auf Verträge mit der Österreichischen Gesundheitskasse bezieht. Über das Bestehen von Verträgen mit weiteren Krankenversicherungsträgern kann daraus keine definitive Ableitung getroffen werden (auch wenn erfahrungsgemäß davon ausgegangen werden kann, dass der Großteil der Ordinationen, die über einen Vertrag mit der ÖGK verfügen, auch aufrechte Verträge mit den anderen gesetzlichen Krankenversicherungsträgern haben).

Der Anteil der in Einzelvertragsordinationen tätigen Allgemeinmediziner:innen an allen Allgemeinmediziner:innen beträgt 82 %. Zudem bestehen 241 allgemeinmedizinische Gruppenpraxen, in denen 497 Vertragsärztinnen und -ärzte und 14 angestellte Ärztinnen und Ärzte tätig sind. (25)

Trotz umfangreicher Fördermaßnahmen zur Steigerung der Anzahl von Primärversorgungseinrichtungen betrug der Anteil der in PVEs von Allgemeinmediziner:innen versorgten Patient:innen im Jahresdurchschnitt im Beobachtungszeitraum vom vierten Quartal 2023 bis zum dritten Quartal 2024 gemäß eCard-Bericht nur 4,8 % (in diesem Zeitraum bestanden im Jahresdurchschnitt im Beobachtungszeitraum 55 Primärversorgungseinheiten) (25).

Im internationalen Vergleich weist Österreich eine stark auf den intramuralen Sektor konzentrierte Gesundheitsversorgung auf. So ist die Krankenhausbettendichte pro Einwohner:in in Österreich mit 672 Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner:innen im Jahr 2022 nach wie vor eine der höchsten in der Europäischen

Union und die Anzahl der vermeidbaren Hospitalisierungen für Asthma, COPD und Diabetes liegen über dem EU-Durchschnitt (26).

Das European Health Observatory attestiert dem Österreichischen Gesundheitssystem eine starke Fragmentierung und hohe Komplexität bei gleichzeitig starkem Versorgungsfokus im intramuralen Bereich mit daraus resultierender hoher Kostenintensivität und empfiehlt eine Stärkung der extramuralen Versorgung mit besonderem Fokus auf den Primärversorgungsbereich (27). Auch andere Arbeiten zeigen einen deutlichen Verbesserungsbedarf im österreichischen Primärversorgungsbereich (28, 29).

Eine Stärkung des niedergelassenen Bereichs ist eines der zentralen Vorhaben der aktuellen Entwicklungen im Österreichischen Gesundheitssystem und wurde so auch im Zielsteuerungsvertrag 2024 bis 2028 verankert. Im Hinblick auf die gegenständliche Arbeit ist insbesondere der geplante Ausbau der zentralen Rolle der Primärversorgung durch die Stärkung der Lotsenfunktion und der Koordinierung im Gesundheitssystem hervorzuheben (30).

1.3. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Während vorhergehendes Kapitel eine theoretische Annäherung an die Definition von Primärversorgung anstrebte und einen Überblick über die österreichische Primärversorgungslandschaft gab, dient gegenständlicher Abschnitt einer Annäherung an den Themenkomplex der interprofessionellen Zusammenarbeit. Dabei zeigt sich, dass schon eine Begriffsdefinition nicht trivial und einheitlich ist. Neben den Effekten interprofessioneller Zusammenarbeit werden hemmende und förderliche Faktoren für eine interprofessionelle Zusammenarbeit identifiziert und die Relevanz von interprofessioneller Zusammenarbeit im Primärversorgungsbereich betrachtet. Der letzte Teil dieses Kapitels gibt einen Überblick über die Ergebnisse einer Literatur-Kurzrecherche (die entsprechende Vorgangsweise kann Kapitel 3.1 entnommen werden) zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Primärversorgung in Österreich und bildet den Status quo dazu ab.

1.3.1. Begriffsdefinition

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich wie folgt: „*Collaborative practice happens when multiple health workers from*

different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care across settings.“ („Zusammenarbeit findet statt, wenn verschiedene Gesundheitsberufe mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen mit Patient:innen, Familien(angehörigen), Pflegepersonen und Gemeinschaften zusammenarbeiten, um eine qualitativ hochwertige Versorgung in allen Bereichen sicherzustellen.“). Diese Charakterisierung wird zudem durch bereits 1990 geprägte Definition von Kollaboration ergänzt: *„Two or more individuals from different backgrounds with complementary skills interact to create a shared understanding that none had previously possessed or could have come to on their own”* („Zwei oder mehr Personen mit unterschiedlichem Hintergrund und sich ergänzenden Fähigkeiten interagieren, um ein gemeinsames Verständnis zu schaffen, das keiner von ihnen zuvor besaß oder allein hätte erreichen können“) (31).

Betrachtet man allerdings die notwendige Begriffsdefinition für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung im Detail, zeigt sich, dass im deutschsprachigen Raum keine einheitliche Terminologie für diesen Bereich vorliegt und verschiedene Begrifflichkeiten, denen nicht zwangsläufig immer die gleiche Bedeutung zuteil wird, genutzt werden (32). Dabei ist einerseits zwischen „disziplinär“ und „professionell“ und andererseits zwischen den Präfixes „multi-“, „inter-“, und „trans-“, zu unterscheiden.

So wird dem Begriff „disziplinär“ meist die Bedeutung von „verschiedene Disziplinen innerhalb einer Berufsgruppe“ (z.B. Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen) zugeschrieben, während „professionell“ tendenziell eher unterschiedliche (Gesundheits-)Berufe umfasst (32).

Obwohl die Begriffe „professionell“ und „disziplinär“ in der deutschsprachigen Literatur teilweise auch synonym verwendet werden (32), erscheint die Verwendung von „professionell“ im Kontext dieser Arbeit geeigneter, zumal dies auch dem im englischsprachigen Raum meistverwendeten Terminus *„interprofessional collaboration“* näher ist.

Im Hinblick auf die Nutzung der verschiedenen Präfixe können der einschlägigen Literatur nachfolgende unterschiedlichen Bedeutungen entnommen werden (33-36):

- „Multi-„: greift auf das Wissen verschiedener Fachrichtungen/Ausbildungen zurück, die unterschiedlichen Expert:innen bleiben aber jeweils ausschließlich innerhalb ihres Fachbereichs tätig und arbeiten parallel mit jeweils eigenen Behandlungszielen.
- „Inter-„: analysiert, verbindet und harmonisiert die Beziehungen zwischen verschiedenen Disziplinen, um ein koordiniertes und kohärentes Ganzes zu schaffen, dabei wird ein gemeinsames Behandlungsziel erarbeitet
- „Trans-„: verbindet Natur-, Sozial- und Gesundheitswissenschaften zu einem integrativen Ansatz und überschreitet dabei die Grenzen der verschiedenen Disziplinen

Im Rahmen dieser Arbeit soll interprofessionelle Zusammenarbeit gemäß der von Kälble 2004 verfassten Definition verstanden werden: *„Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status, die im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patient:innenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für Patient:innen (optimal) nutzbar gemacht werden.“* (34).

Die beschriebene Inhomogenität dessen, was unter dem Begriff „interprofessionelle Zusammenarbeit“ und assoziierten Begriffen verstanden werden kann bzw. in der Praxis verstanden wird, ist bei der Interpretation bestehender Studienergebnisse jedenfalls zu berücksichtigen. So ist Interprofessionalität oftmals ein Kontinuum, das von loser, unstrukturierter Zusammenarbeit bis hin zu hoch formalisierten, definierten Teamprozessen reichen kann, wodurch eine Vergleichbarkeit von Maßnahmen und Effekten jeweils nur begrenzt gegeben scheint (37).

1.3.2. Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit

Gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation 1948 ist *„Gesundheit der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“* (38). Bereits aus dieser

Definition wird deutlich, dass zur Erhaltung oder Wiedererlangung von Gesundheit eine rein monoprofessionelle, ärztliche Expertise und Behandlung nicht ausreicht, sondern zahlreiche weitere Gesundheitsberufe in eine erfolgreiche Gesundheitsversorgung eingebunden werden müssen. Ergänzt man diese Definition nun um die Sichtweise der Gesundheitsdeterminanten (39), wird klar, dass im Hinblick auf den immensen Einfluss von Lebensumständen sowie verhaltensbezogenen und sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit auch die Einbindung von Gesundheitsberufen alleine nicht ausreichend ist, sondern die Perspektive und Expertise von Sozial- und Betreuungsberufen und in weiterer Folge von Gemeinden bzw. Gemeinschaften essentiell ist.

Ein positiver Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich ist demnach zu erwarten und kann in der Literatur auch zunehmend belegt werden (37).

So konnte verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit mit besseren gesundheitlichen Outcomes und höherer Versorgungsqualität insbesondere im Hinblick auf chronische Erkrankungen in Verbindung gebracht werden (40). Eine rezente Metaanalyse konnte positive Effekte interprofessioneller Zusammenarbeit insbesondere in der Behandlung von Patient:innen mit kardiovaskulärem Risiko zeigen (41), auch in der Behandlung psychischer Erkrankungen konnte eine positive Auswirkung verstärkter interprofessioneller Zusammenarbeit auf den Behandlungserfolg belegt werden (42, 43). Der Nutzen interprofessioneller Patient:innenbetreuung für den Behandlungserfolg konnte auch im Primärversorgungsbereich nachgewiesen werden (44).

Zudem konnte in einigen Studien gezeigt werden, dass interprofessionelle Zusammenarbeit zu einer höheren Patienten:innenzufriedenheit (45, 46), einer Reduktion von Fehlern oder Missverständnissen (31), einer gesteigerten Patient:innensicherheit (47), einer verbesserten Nutzung von Ressourcen (48, 49) und einer höheren Effizienz (50) als auch einer Förderung der Arbeitszufriedenheit aller beteiligten Fachkräfte (48, 51, 52) beitragen kann.

Insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen demografischen Entwicklung mit einer Zunahme von an komplexen und chronischen Erkrankungen leidenden multimorbiden Patient:innen bei zeitgleich zunehmender Spezialisierung und

Fragmentierung der Gesundheitsversorgungslandschaft sowie einer Verknappung von personellen Ressourcen im Bereich der Gesundheitsberufe, wird eine Stärkung interprofessioneller Zusammenarbeit von zahlreichen Forscher:innen als essentieller Beitrag zur Begegnung der aktuellen Herausforderungen im Gesundheitsbereich gesehen (31, 53).

1.3.3. Förderliche und hemmende Faktoren für interprofessionelle Zusammenarbeit

Während interprofessionelle Zusammenarbeit, wie in Kapitel 1.3.2 beschrieben, zahlreiche Vorteile und Chancen für die Weiterentwicklung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung mit sich bringt, ist deren erfolgreiche Umsetzung keineswegs trivial. Forscher:innen beschäftigen sich daher zunehmend mit den Einflussfaktoren auf interprofessionelle Zusammenarbeit. Im Folgenden werden zentrale Einflussfaktoren zusammenfassend dargestellt:

Gurtner und Wettstein kategorisierten die Einflussfaktoren auf interprofessionelle Zusammenarbeit 2019 in organisatorische, individuelle und gesetzliche Einflussfaktoren, Hänel und Stüwe nutzten die Kategorien Struktur, Organisation und Kultur. Die Erkenntnisse dieser beiden Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum können wie folgt zusammengefasst werden (50, 54):

- Einflussfaktoren auf organisatorischer Ebene: räumliche Nähe der Teammitglieder, gemeinsame Aus- und Weiterbildung, formelle Räume für regelmäßigen Austausch, informelle Räume für Austausch, konstante Teams mit ausreichend Personal, kleine Teamgröße, klare Prozesse und Strukturen für die Zusammenarbeit, Verankerung in Strategie und Visionen, Vorleben durch die Führung, divergierende Tagesplanung, (fehlende) Kommunikationsmöglichkeit, Kommunikationskultur
- Einflussfaktoren auf individueller Ebene: Selbstbewusstsein, fachliche Kompetenz, Offenheit, Kritikfähigkeit, Vertrauen in Teammitglieder, Kommunikationsfähigkeit, Kenntnis und Verständnis anderer Berufsgruppen, Vorstellungen bzgl. Hierarchie, Rollenbilder, Verantwortungsübernahme, Ziele, Geschwindigkeit

- Einflussfaktoren auf gesetzlicher/struktureller Ebene: Abrechnungsmöglichkeiten/Finanzierung (auch für Austausch), flexible Gestaltung von Verantwortung, rechtliche Grenzen der Kooperation

Auch für die Rolle interprofessioneller Ausbildung (IPE) für die Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit gibt es deutliche Hinweise (31, 55, 56). Interprofessionelle Ausbildung findet laut Weltgesundheitsorganisation dann statt, wenn *„zwei oder mehr Berufsgruppen voneinander, miteinander und übereinander lernen, um eine effektive Zusammenarbeit zu ermöglichen und die Gesundheitsergebnisse zu verbessern“* (31). So zeigen Studien beispielsweise einen Zusammenhang zwischen interprofessioneller Ausbildung und einer Verbesserung von Haltung, Wissen, Rollenverständnis und Kommunikation in der interprofessionellen Zusammenarbeit (57-60).

Für den spezifischen Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Primärversorgung bestehen ähnliche Erkenntnisse: Auf der Systemebene hemmen ein Mangel an langfristiger Finanzierung, unzureichende Vergütungsmechanismen und fehlende Anreizmodelle eine nachhaltige Implementierung interprofessioneller Zusammenarbeit, auf organisatorischer Ebene stellen Zeitknappheit, mangelnde Ausbildung und eine unzureichende Führungsstruktur bedeutende Hindernisse dar. Auf der zwischenmenschlichen Ebene wirken sich unklare Rollenverteilungen, schwache Kommunikation, berufsbezogene Identitätskonflikte und Machtungleichgewichte zwischen den Professionen negativ aus, während auf der individuellen Ebene ein Zweifel an dem Nutzen von interprofessioneller Zusammenarbeit sowie eine generelle Resistenz gegenüber Veränderungsprozessen als hinderlich erlebt werden. Förderliche Faktoren auf der Systemebene umfassen verfügbare Finanzmittel, unterstützende Politiken, Anreizmodelle und Vergütungen für beteiligte Fachkräfte. Auf organisatorischer Ebene spielen eine Umstrukturierung der Arbeitspraxis, räumliche Nähe, geeignete Werkzeuge für den Versorgungsprozess sowie Schulungen und ausreichend personelle Ressourcen eine wesentliche Rolle. In der zwischenmenschlichen Ebene unterstützt eine hohe Kommunikationsqualität, gegenseitiger Respekt, Teamzusammenhalt und eine ausgeglichene Machtstruktur zwischen Professionen die interprofessionelle Praxis, während auf der individuellen Ebene eine positive

Einstellung gegenüber interprofessioneller Zusammenarbeit als förderlicher Faktor identifiziert wurde (61).

1.4. Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Primärversorgung

Dass die interprofessionelle Zusammenarbeit eine Schlüsselrolle in der allgemeinmedizinischen Primärversorgung spielt, ergibt sich bereits aus der Definition von Primärversorgung, in der die Vernetzung und Koordination der erforderlichen Versorgungsleistungen angestoßen und kontinuierlich begleitet wird (vgl. Kapitel 1.1).

So ist interprofessionelle Zusammenarbeit integraler Bestandteil der allgemein- und familienmedizinischen Tätigkeit und als solche bereits in der 1976 von Starfield etablierten Definition von Primärversorgung als „*interprofessional coordination*“ entsprechend berücksichtigt (5).

Dem Stellenwert der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Primärversorgung wird auch in der Definition der „Grundwerte und Prinzipien der Allgemein- und Familienmedizin“ durch die Europäische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (WONCA Europe) entsprochen. Einer der 2023 definierten Grundwerte lautet beispielsweise „*cooperation in care*“ und beschreibt die Notwendigkeit der Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsberufe und ist auch in der grundlegenden Definition der Allgemein- und Familienmedizin dieser Gesellschaft verankert (62). Auch im Leitbild der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, welches auf den WONCA Prinzipien beruht, findet sich eine entsprechende Berücksichtigung (63).

Die wachsenden Ansprüche an die Gesundheitsversorgung und die zunehmenden Herausforderungen im Bereich des Gesundheitspersonals veranlassten auch die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) dazu, auf Handlungsbedarf zu neuer Strukturierung der Primärversorgung hinzuweisen. Zentrale Aspekte dieser Umstrukturierung sind die Förderung der Teamarbeit durch eine intensivere interprofessionelle Zusammenarbeit, die Entwicklung von gemeindebasierten Teams und die Stärkung der Präventivmedizin sowie der Koordination der Versorgung. Zudem besteht die Notwendigkeit, die Vergütungssysteme zu überarbeiten und nicht-finanzielle Anreize zu schaffen, um diese Veränderungen zu unterstützen. Dies soll dazu beitragen, eine umfassendere

und koordinierte Versorgung zu gewährleisten, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern (64).

Für den positiven Einfluss interprofessioneller Zusammenarbeit spezifisch im Primärversorgungsbereich besteht ebenfalls zunehmende Evidenz (65), insbesondere im Bereich der Versorgung von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen (41, 44, 66). So zeigt eine rezente Arbeit, dass die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im primärversorgenden Setting die Versorgung von chronisch kranken Patient:innen verbessert und die Anzahl von Hospitalisierungstagen senkt (40). Auch für das Anbieten von Präventionsleistungen konnten positive Auswirkungen der Arbeit in interprofessionellen Teams gezeigt werden (67).

1.4.1. Status quo der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Primärversorgung in Österreich

Im Hinblick auf die systematische Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit in der Primärversorgung besteht derzeit eine große Diskrepanz zwischen Primärversorgungseinheiten und anderen allgemeinmedizinischen Versorgungsformen. So wird dem Stellenwert der interprofessionellen Zusammenarbeit im Bereich der Versorgung durch Primärversorgungseinheiten sowohl im Rahmen der gesetzlichen Grundlage als auch im Sinne der gesamtvertraglich definierten Mindestleistungen und der unterstützenden Begleitung dieser Einrichtungen durch die Plattform Primärversorgung umfangreich Folge getragen: gemäß Primärversorgungsgesetz besteht beispielsweise die Vorgabe, dass zumindest drei unterschiedliche Professionen – Ärztinnen und Ärzte, Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und Ordinationsassistent:innen in diesen Einrichtungen als Kernteam tätig sein müssen, orts- und bedarfsabhängig ist die Einbindung weiterer Berufsgruppen vorgesehen (21). Seitens der Bundes-Zielsteuerungskommission, dem wichtigsten politischen Steuerungsgremium für das österreichische Gesundheitssystem, in dem Bund, Länder und Sozialversicherungsträger vertreten sind, wurden hierfür Kompetenzprofile für ebendiese Berufsgruppen und eine entsprechende Aufgabenverteilung innerhalb der PVE festgelegt (68).

Im Rahmen des seitens der ÖGK abgeschlossenen Gesamtvertrags mit PVE wird interdisziplinäre Zusammenarbeit ausführlich berücksichtigt. So sind als Teil der im Versorgungsauftrag definierten Basisaufgaben die *„interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit“* sowie die *„Koordination bedarfsspezifisch erforderlicher und verfügbarer Gesundheits- und Sozialberufe bzw. Dienste“* mehrfach genannt. Auch bei den zu erfüllenden Qualitätskriterien findet der Bereich der Zusammenarbeit im Sinne von *„regelmäßigen Team- und Fallbesprechungen“*, einer Definition der Zuständigkeit im Rahmen der Fallführung (*„mögliche Übernahme der Fallführung auf nicht-ärztliche Teammitglieder“*) und im Sinne der *„Abhaltung von Supervisionen zur Verbesserung der Patient:innenbetreuung und Zusammenarbeit im Team“* sowie der *„gemeinsame elektronische standardisierte Patient:innendokumentation“* Abbildung (69). Die detaillierte Ausgestaltung der Honorierung und Vertragsbedingungen erfolgt jeweils auf Bundeslandebene. Für die Zusammensetzung des erweiterten Teams bestehen daher teilweise unterschiedliche Vorgaben: während in Tirol mindestens drei weitere Berufsgruppen aus der Logopädie, Physiotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie, Sozialen Arbeit, Diätologie, klinischen Psychologie oder Hebammen vertreten sein müssen, ist in Wien festgelegt, dass Soziale Arbeit, Diätologie und Psychotherapie/Klinische Psychologie jedenfalls Teil des erweiterten Teams sein müssen.

Die Plattform Primärversorgung leistet umfangreiche Unterstützung für die Gestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit in PVE, organisiert diesbezüglich Webinare und stellt entsprechende Anleitungen und Unterlagen zur Verfügung (70, 71).

Im Vergleich dazu ist die interprofessionelle Zusammenarbeit im Bereich der kassenärztlichen Einzelvertragsordinationen systemisch noch weitgehend unberücksichtigt und ist abhängig von den regionalen Strukturen oder dem individuellen Engagement der Ordinationsinhaber:innen. Auch im Bereich der Einzelvertragsordinationen erfolgt die Vertragsgestaltung mit der ÖGK auf föderaler Ebene und es bestehen neun verschiedene Gesamtverträge für Einzelvertragsordinationen. Das Thema der interprofessionellen Zusammenarbeit wird jedoch kaum konkret geregelt, zu erfüllende Vorgaben im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bestehen nicht. So ist beispielsweise im Gesamtvertrag für das Bundesland Wien geregelt, dass es *„ihm [der*

Vertragsinhaberin/dem Vertragsinhaber] *eigenverantwortlich überlassen bleibt, im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit einzelne Leistungen anderen Berufsgruppen entsprechend deren Berufsgesetze zu übertragen, sofern diese über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, und diese Leistungen mit der Kasse abzurechnen*“ (72).

Wie Kapitel 3.1 entnommen werden kann, ist der Erkenntnisstand über die interprofessionelle Zusammenarbeit in allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationen in Österreich derzeit noch auf einige wenige Arbeiten beschränkt. Die Ergebnisse dieser Arbeiten sollen im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden:

Atalaia et al. befassten sich 2025 mit der interprofessionellen Zusammenarbeit in der österreichischen Primärversorgung. Hierzu führten sie monoprofessionelle Fokusgruppen mit 58 Teilnehmer:innen aus 15 verschiedenen Gesundheitsberufen (Biomedizinische Analytiker:innen, Diätolog:innen, Allgemeinmediziner:innen, medizinische Trainingstherapeut:innen, Hebammen, diplomierte Pflegepersonen, Ergotherapeut:innen, Orthoptist:innen, Ordinationsgehilf:innen, Pharmazeut:innen, Physiotherapeut:innen, Psychotherapeut:innen, Logopäd:innen, Sozialarbeiter:innen, Radiolog:innen) durch, wobei insbesondere versucht wurde, Teilnehmer:innen zu gewinnen, die in Primärversorgungseinheiten tätig waren. Darüber hinaus wurde je Berufsgruppe zumindest ein:e Vertreter:in der jeweiligen Ausbildungseinrichtung und ein:e Vertreter:in der jeweiligen Berufsgruppenvertretung zur Teilnahme eingeladen. Dabei kamen die Autor:innen im Hinblick auf förderliche und hemmende Faktoren für erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit zu folgenden Erkenntnissen: Als hilfreich erlebt wurden gemeinsame Kalender, um direkte Zuweisungen zu ermöglichen, regelmäßige Besprechungen und dezidierte Koordination der Zusammenarbeit, Respekt, Zugehörigkeitsgefühl, Zeit für Vernetzung, Kommunikation und Austausch, gemeinsamer Raum und Kommunikationskanäle, Rollenklarheit, Wertschätzung und Wissen über die jeweiligen beruflichen Rollen sowie eine Führung, die Teamarbeit fördert und auf die Beziehung zu den Patient:innen ausgerichtet ist. Als notwendige individuelle Fähigkeiten und Eigenschaften wurden eine starke professionelle Identität, die Offenheit, von anderen zu lernen, Vernetzungsfähigkeiten und soziale Kompetenzen, Koordinations- und

Kommunikationsfähigkeit, Flexibilität bei der Terminplanung mit Kolleg:innen sowie die Bereitschaft, konstruktive Kritik zu geben und anzunehmen, beschrieben. Dabei wurde nicht nur die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit anderen Berufsgruppen als erfolgreiche Beispiele erkannt, sondern auch die Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialberufen ohne ärztliche Beteiligung, beispielsweise von diplomiertem Pflegepersonal, Ergotherapeut:innen und Physiotherapeut:innen in der Sturzprävention, Logopäd:innen, Physiotherapeut:innen und Diätolog:innen bei Schluckschwierigkeiten oder diplomiertem Pflegepersonal und Sozialarbeiter:innen im Fall- und Versorgungsmanagement. Als hemmende Faktoren wurden Mangel an Zeit, ungünstige Rahmenbedingungen für die Vernetzung oder die Beobachtung des therapeutischen Fortschritts von Patient:innen, Rollenunklarheit, mangelndes Bewusstsein für die Rollen oder unzureichende Anerkennung der Expertise der anderen Berufsgruppen und hierarchische Dynamiken identifiziert. Insbesondere die Autorität von Ärztinnen und Ärzten schränke eine gleichberechtigte Zusammenarbeit ein und könne Beiträge anderer Gesundheitsberufe untergraben. Der Großteil der Fokusgruppenteilnehmer:innen fühlte sich im Rahmen ihrer Ausbildung zudem nicht ideal auf interprofessionelle Zusammenarbeit vorbereitet und wünschte sich eine entsprechende Weiterentwicklung des Ausbildungsangebots, dass inhaltlich die spezifische Struktur der österreichischen Primärversorgungseinheiten, die Rollen und (fachlichen sowie rechtlichen) Kompetenzen aller involvierten Berufsgruppen und Konfliktmanagement beinhaltet (73).

Eine Arbeit der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Jahr 2024 untersuchte im Rahmen von Fokusgruppen die Erfahrungen von in Primärversorgungseinheiten tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie in diesen Einrichtungen betreuten Patient:innen mit dem Ziel, herauszufinden, wie diese Erfahrungen auch auf Einzelvertragsordinationen umgelegt werden können. Im Rahmen dieser Erhebung wurden auch Fokusgruppen mit in Einzelvertragsordinationen tätigen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt und dabei herausgearbeitet, welche Veränderungen und Möglichkeiten aus Sicht ebendieser für den Einzelvertragsordinationsbereich erforderlich sind. Diese Erkenntnisse standen auch in Zusammenhang mit interprofessioneller Zusammenarbeit: Genannt wurden dabei unter anderem die

Notwendigkeit der Erweiterung des Versorgungsangebots durch Honorierung von Leistungen wie in PVE, insbesondere im Bereich der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, ein Ausbau der Kassenstellen für Therapieangebote in den Bereichen Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie im niedergelassenen Bereich, einheitliche Zuweisungsstrukturen, die Möglichkeit zur Zuweisung an in PVE tätige Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen, das Schaffen von regionalen Netzwerken und/oder Koordinationsstellen von Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen sowie eine Auslagerung von nicht-ärztlichen Tätigkeiten an nachgelagerte Strukturen. Erfahrungen mit bereits bestehenden Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit wurden dabei nicht im Detail betrachtet und auch förderliche Faktoren für best practice Beispiele konnten nicht identifiziert werden, der Schwerpunkt der Erkenntnisse der Fokusgruppe lag auf den identifizierten hemmenden Faktoren für eine erweiterte interprofessionelle Zusammenarbeit (74).

Haussteiner verglich 2024 im Rahmen einer Bachelorarbeit die Leistungen in allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationen, Gruppenpraxen und PVEs in Niederösterreich anhand von Starfields 4C's. Dabei untersuchte sie unter anderem die Zufriedenheit niederösterreichischer Allgemeinmediziner:innen im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und -ärzten und anderen Gesundheits- und Sozialberufen sowie die Zusammensetzung der Teams innerhalb verschiedener Organisationsformen der Primärversorgung. Die höchste Zufriedenheit bestand in der Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und Fachärzten, während die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern laut fast der Hälfte der Angaben „überhaupt nicht zufriedenstellend“ bzw. „eher unzufriedenstellend“ verlief. Ebenfalls abgefragt wurde die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen und Sozialberufen, mit gemischten Ergebnissen und einem grundsätzlichen Trend zu Zufriedenheit, wobei die Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen etwas bessere Zufriedenheitswerte erzielte (75). Ebenfalls im Rahmen dieser Arbeit betrachtet wurde die Teamzusammensetzung in den unterschiedlichen Einrichtungstypen, eine Zusammenfassung der Ergebnisse für Einzelvertragsordinationen kann der nachfolgenden Tabelle 1 entnommen werden:

	Internes Team	Externes Team	Internes und externes Team	Kein Teammitglied
Ordinationsassistent:innen ohne spezifische Ausbildung	49,1 %	-	5,7 %	45,3 %
Ordinationsassistent:innen mit spezifischer Ausbildung	77,4 %	-	7,5 %	15,1 %
Diplomierte Krankenpflege	47,2 %	1,9 %	7,5 %	43,4 %
Diätolog:innen	3,8 %	22,6 %	1,9 %	71,7 %
Physiotherapeut:innen	13,2 %	26,4 %	3,8 %	56,6 %
Sozialarbeiter:innen	1,9 %	11,3 %	-	86,8 %
Psychotherapeut:innen	5,7 %	26,4 %	1,9 %	66 %
Ergotherapeut:innen	3,8 %	22,6 %	1,9 %	71,7 %

Tabelle 1: Überblick über die in niederösterreichischen Einzelvertragsordinationen als Teammitglieder vertretenen Berufsgruppen gemäß Haussteiner 2024 (n = 53) (75)

Im Vergleich dazu wurden diplomierte Pflegekräfte, Diätolog:innen, Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen und Sozialarbeiter:innen sowie Ordinationsassistent:innen mit und ohne spezifischer Ausbildung von allen vier befragten PVEs als interne Teammitglieder benannt (74). Limitierend anzumerken ist, dass der Begriff „Teammitglied“ im Rahmen der Datenerhebung dieser Arbeit nicht genauer spezifiziert wurde und daher nicht klar abgeleitet werden kann, in welcher Form und Intensität die Zusammenarbeit mit den genannten Berufsgruppen stattfand.

Im Zuge einer 2023 durchgeführten, qualitativen Studie, die fördernde und hemmende Faktoren für die Tätigkeit von Allgemeinmediziner:innen in Primärversorgungseinheiten in Österreich untersuchte, konnte die Möglichkeit zu verstärkter interprofessioneller Zusammenarbeit in PVE als fördernder Faktor für die Entscheidung, in PVE zu arbeiten, identifiziert werden (76).

Muckenhuber et al. analysierten im Rahmen des Forschungsprojekts „*Der Landarzt 2.0 – Eine qualitative Analyse zum Paradigmenwechsel in der multiprofessionellen Gesundheitsversorgung in provinziellen Regionen der Steiermark*“ 2022 unter anderem, wie sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen und den Fachkräften der psychosozialen Versorgung gestaltet (77). Zu diesem Zweck befragten sie 72 Personen (35 Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen des Gesundheitssektors und 37 Personen aus der Bevölkerung) in zwei steirischen Bezirken mittels Leitfadeninterviews und Fokusgruppen. Zu den für diese Arbeit relevanten Ergebnissen gehört, dass die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten von Fachkräften der Sozialen Arbeit und der Psychotherapie als gelungen erlebt wird, dies aber maßgeblich von persönlichen Kontakten sowie wechselseitigem Vertrauen zu Personen aus den anderen Berufsgruppen abhängig ist. Als Ursache wird von den Autorinnen mangelnde konkrete Vorstellung von den Aufgabengebieten und Kompetenzen der unterschiedlichen Berufsgruppen diskutiert. Die Art der identifizierten Zusammenarbeit wird als „lose Kooperation“ beschrieben, die in erster Linie aus Zuweisungen und direkter Vernetzung besteht, fallspezifische Zusammenarbeit findet laut den Autorinnen weniger statt. Als erschwerend für eine erfolgreiche Zusammenarbeit wurde der Mangel an kassenfinanzierten Psychotherapiemöglichkeiten sowie eine Überlastung bestimmter Berufsgruppen (mobile Pflege) bei gleichzeitig nicht optimalem Einsatz der Sozialen Arbeit beschrieben, zudem erschweren lange Anfahrtszeiten und räumliche Distanzen eine optimale Versorgung.

Korsatko untersuchte 2015 im Rahmen einer Masterarbeit den Ist-Zustand der Zusammenarbeitsformen von niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen mit Fachärztinnen und -ärzten und anderen Berufsgruppen im Rahmen einer Befragung von 152 niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen im Bundesland Steiermark. Zentrale Ergebnisse inkludierten, dass knapp 98 % der befragten Ordinationen mit Kassenvertrag über eine oder mehr Ordinationsgehilf:innen verfügen, 27,5 % über eine:n Sekretär:in, 25,8 % über diplomiertes Pflegepersonal und 11,7 % über eine Physiotherapeutin/einen Physiotherapeuten. Im Detail betrachtet wurde auch die Form und Qualität der Zusammenarbeit sowohl mit fachärztlichen Kolleg:innen als auch mit unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen. Dabei fällt auf, dass

die Möglichkeit der gemeinsamen Planung der Behandlung von Patient:innen mit Apotheken, Hauskrankenpflege, mobilem Palliativteam und Physiotherapeut:innen deutlich besser bewertet wurde als jene mit Diätolog:innen, Psychotherapeut:innen und Sozialarbeiter:innen. Gut 40 % der befragten Ärztinnen und Ärzten gaben zudem an, dass eine gemeinsame Planung mit Sozialarbeiter:innen und Diätolog:innen nicht notwendig oder nicht wichtig war. 70 % der Befragungsteilnehmer:innen gaben an, sich nie oder selten mit Partner:innen anderer Fächer oder Gesundheits- und Sozialberufe persönlich zu treffen (78).

Süß beschäftigte sich 2014 im Rahmen einer quantitativen Erhebung mit der interdisziplinären Zusammenarbeit von niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen mit Kassenvertrag in Österreich und untersuchte dabei sowohl die Zusammensetzung der internen Ordinationsteams als auch die Kontakthäufigkeit zu externen Partner:innen und kam dabei zu folgenden Ergebnissen: 92,5 % von 160 befragten Allgemeinmediziner:innen gaben an, Arzthelfer:innen angestellt zu haben, 22,5 % verfügen über eine angestellte diplomierte Pflegekraft, 9,4 % haben eine/n Physiotherapeut:in, 5 % Laborkräfte. Süß konkludierte, dass 67,1 % der befragten Allgemeinmediziner:innen nicht in interdisziplinären Ordinationsteams arbeiten und Angestellte von nur einer Berufsgruppe haben. Im Hinblick auf externe Kontakthäufigkeiten gaben 48 % der Befragungsteilnehmer:innen an, sich selten oder nie und 30,2 %, sich nur alle ein bis drei Monate mit Angehörigen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe zu treffen. Dem gegenüber steht ein Prozentsatz von 19,7 % für regelmäßige Treffen. Im Hinblick auf die Konsultationshäufigkeit anderer Fachärztinnen und Fachärzte gaben 42,3 % an, selten oder nie ebendiese Kolleg:innen zu kontaktieren, 40 % alle ein bis drei Monate und 15,7 % mehr als einmal pro Monat. Insgesamt hatten zwischen 40 % und 50 % der befragten Allgemeinmediziner:innen selten oder nie Kontakt mit Vertreter:innen anderer medizinischer Berufsgruppen oder Fachdisziplinen (79).

2. Relevanz und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

Gesundheitssysteme weltweit und damit auch jenes in Österreich stehen derzeit unbestritten vor zunehmenden Herausforderungen: demografischer Wandel zugunsten älterer Bevölkerungsgruppen und damit einhergehend eine Zunahme chronischer und komplexer Erkrankungen, Multimorbidität sowie Pflegebedürftigkeit, medizinischer Fortschritt (und damit einhergehend aufwändigere Behandlungsmöglichkeiten und steigende Kosten), eine Zunahme der Spezialisierung und Fragmentierung von Versorgungsleistungen, ein Mangel an Arbeitskräften im Gesundheitsbereich (80), zunehmender finanzieller Druck (81) und ungleicher Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen sind einige dieser Aspekte.

So liegt der Anteil der 65-und-mehr-Jährigen in Österreich 2025 bei 20,2 % (82) und wird bis 2100 auf voraussichtlich 29,1 % steigen (83) und chronische Erkrankungen sind bereits jetzt weit verbreitet: 2019 gaben 2,8 Millionen der 15-und-mehr-Jährigen Österreicher:innen an, an chronischen Gesundheitsproblemen zu leiden (84). Kardiovaskuläre Erkrankungen (35 %), Krebs (23 %), Alzheimer und andere dementielle Erkrankungen (4,3 %), Diabetes (3,6 %) und COPD (3,1 %) sind die häufigsten Todesursachen (85). Die Gesundheitsausgaben Österreichs lagen im Jahr 2023 bei 52.779 Millionen Euro bzw. 11,2 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) (86) und damit unter den höchsten innerhalb der OECD-Länder (87).

Vergleicht man diese Herausforderung mit den in Kapitel 1.1 beschriebenen Vorteilen einer starken Primärversorgung, zeigt sich, dass eine Stärkung der Primärversorgung helfen kann, diesen Herausforderungen zu begegnen.

Auch verstärkte interprofessionelle Zusammenarbeit wird, wie in Kapitel 1.3.2 beschrieben, von zahlreichen Forscher:innen als essenzieller Beitrag zur Begegnung der aktuellen Herausforderungen im Gesundheitsbereich gesehen (31).

Mit der Einführung von Primärversorgungseinheiten in Österreich ist zur Stärkung dieser beiden Aspekte bereits ein wichtiger Schritt gesetzt worden. Betrachtet man jedoch die im Kapitel 1.2 beschriebene derzeitige Struktur der allgemeinmedizinischen Primärversorgung in Österreich, ist unabhängig vom

Ausbau von PVE damit zu rechnen, dass die primärmedizinische Versorgung auch in den nächsten Jahren vorwiegend in Einzelvertragsordinationen erfolgen wird.

Während dem unbestrittenen Stellenwert der interprofessionellen Zusammenarbeit im Bereich der Versorgung durch Primärversorgungseinheiten umfangreich und systemisch Folge getragen wird, scheint im Bereich der kassenärztlichen Einzelvertragsordinationen hier eine hohe Inhomogenität zu bestehen (vgl. Kapitel 1.4.1). Auf Grund der geringen verfügbaren Datenmenge und der mangelnden Aktualität der verfügbaren Daten können diese nicht als repräsentativ für die Gesamtheit der niedergelassenen österreichischen Allgemeinmediziner:innen betrachtet werden, insgesamt scheint interdisziplinäre Zusammenarbeit aber nur in der deutlichen Minderheit der befragten Ordinationen effektiv gelebt zu werden.

Eine Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit in allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationen scheint also ein lohnenswertes Ziel für die Weiterentwicklung der primärmedizinischen Versorgung. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der nach wie vor im internationalen Vergleich stark intramuralen Versorgungsstruktur mit einer nicht optimal ausgebauten Primärversorgung, in der bis auf weiteres ein Großteil der Leistungen voraussichtlich in Einzelvertragsordinationen erbracht werden wird, von besonderer Bedeutung, um im Sinne der Chancengleichheit auch jenen Patient:innen, die nicht in per Definition interprofessionell organisierten Primärversorgungseinheiten versorgt werden, ein vergleichbares Ausmaß an interprofessioneller Versorgung zu Gute kommen zu lassen.

Die gegenständliche Masterarbeit soll dazu beitragen, die hierfür notwendige Grundlagenarbeit zu leisten.

2.1. Fragestellung

Bei den genannten bestehenden Arbeiten, die die interprofessionelle Zusammenarbeit von niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen in Österreich (mit)berücksichtigen (vgl. Kapitel 1.4.1), handelt es sich größtenteils um quantitative Arbeiten. Es ergibt sich daher aus der Natur dieser Untersuchungen, dass Herausforderungen, hemmende und förderliche Faktoren für die Zusammenarbeit sowie bestehende best practice Beispiele nicht oder nur oberflächlich erhoben

werden konnten. Gegenständliche Arbeit soll zur Gewinnung von Erkenntnissen in eben diesem Bereich beitragen.

Hierzu wird auf Basis von Expert:innenerfahrungen erarbeitet, wie eine verstärkte interprofessionelle Versorgung in allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationen aussehen kann. Dabei soll unter anderem berücksichtigt werden, welche Vorgangsweisen für welche Zielgruppen bereits jetzt zur Umsetzung einer interprofessionellen Versorgung gelebt werden, welche Faktoren als fördernd und welche als hemmend für die Stärkung einer interprofessionellen Zusammenarbeit in diesem Bereich erlebt werden und welche zentralen Herausforderungen in der Umsetzung bestehen. Ziel der Interviews ist es, Einblicke in die aktuelle Praxis der interprofessionellen Zusammenarbeit in allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationen zu gewinnen, Herausforderungen und Chancen zu identifizieren, sowie mögliche Strategien zur Stärkung dieser Zusammenarbeit zu erkunden.

So sollen folgende Fragestellungen in den Vordergrund gerückt werden:

1. Welche Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit werden in allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationen gelebt und haben sich bewährt?
2. Welche Faktoren wurden als förderlich bzw. hemmend für die Etablierung dieser und weiterer Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit erlebt?
3. Welche systemischen Veränderungen sind erforderlich, um die interprofessionelle Versorgung in Einzelvertragsordinationen zu unterstützen bzw. zu gewährleisten?

3. Methoden

Um die subjektive Perspektive von Expert:innen zu erheben, sind leitfragengestützte Interviews eine geeignete Methodik, die ausreichend Flexibilität bietet, um unerwartete Themen oder interessante Details während der Interviewdurchführung aufgreifen zu können. Dies ermöglicht es, neue Erkenntnisse zu gewinnen, die nicht im Voraus geplant werden können und die oft zu weiterführenden Fragen führen.

Basierend auf dieser Grundlagenarbeit könnte in einem weiteren Schritt eine qualitative Arbeit (außerhalb dieser Masterarbeit) dazu beitragen, zu überprüfen, ob die gewonnenen Perspektiven und Thesen auch von einer repräsentativen Mehrheit der Betreiber:innen von allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationen geteilt werden.

3.1. Literaturrecherche

Um den Status quo der bestehenden Literatur zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit in der Primärversorgung in Österreich zu erheben, wurde zunächst eine semi-systematische Literaturrecherche durchgeführt.

Hierzu erfolgte eine Suche in der Datenbank „Pubmed“ am 14.05.2025 mit folgendem Suchstring: *„(“interprofessional collaboration” OR “interdisciplinary collaboration” OR “teamwork”) AND (“primary health care” OR “primary care”) AND (“Austria“)*. Es wurde keine Einschränkung im Hinblick auf Sprache oder Publikationszeitpunkt vorgenommen. Diese Suche ergab 11 Ergebnisse, wobei keines dieser Ergebnisse die Fragestellung vollständig behandelte. Vier der gefundenen Arbeiten mussten ausgeschlossen werden, da diese keinen Bezug zu Österreich aufwiesen, zwei Arbeiten hatte keinen Bezug zu Primärversorgung generell, zwei weitere Arbeiten hatten keinen direkten Bezug zu Zusammenarbeit in der Primärversorgung, eine Arbeit bezog sich auf pädiatrische Primärversorgung und eine Arbeit auf Community Nursing. Indirekter Zusammenhang bestand nur zu einer Arbeit, deren Schwerpunkt aber auf der Analyse der interprofessionellen Zusammenarbeit in Primärversorgungszentren lag (73).

Um auch nicht peer-reviewt veröffentlichte Literatur miteinzuschließen, erfolgte als weiterer Schritt eine Suche mittels „Google scholar“, ebenfalls durchgeführt am

14.05.2025, hierbei wurde folgender Suchstring genutzt: „(*interprofessionelle Zusammenarbeit* OR *interprofessionelle Kooperation* OR *interdisziplinäre Zusammenarbeit* OR *interdisziplinäre Kooperation*) AND (*Allgemeinmedizin* OR *Hausarztpraxis* OR *Primärversorgung*) AND (*Österreich* OR *Austria*)“. Diese Suche ergab nunmehr 334 Ergebnisse. Nach einer Prüfung der Kurzbeschreibung der gefundenen Ergebnisse standen jedoch lediglich drei dieser Arbeiten in direktem Zusammenhang mit der Fragestellung der gegenständliche Masterthese. Ein inhaltlicher Überblick über die bestehenden Erkenntnisse der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Primärversorgung in Österreich kann Kapitel 1.4.1 entnommen werden. Zudem wurde von Expert:innen der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) auf zwei Abschlussarbeiten zu diesem Themenkomplex (75, 79) hingewiesen.

3.2. Interviewteilnehmer:innen

Auf Grund der Limitationen der im Rahmen einer Masterarbeit leistbaren Analyse kann kein Anspruch auf eine repräsentative Abbildung der heterogenen Versorgungslandschaft im Bereich der Primärversorgung in allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationen erfolgen. Die Festlegung der Auswahlkriterien für die Interviewpartner:innen ist viel mehr mit der Zielsetzung erfolgt, ein möglichst breites Spektrum von Modellen, Erfahrungen und Perspektiven zu erfassen.

Um den Fokus auf Interviewteilnehmer:innen zu legen, die über ausreichend Erfahrungen mit interprofessioneller Zusammenarbeit verfügen, wurde das Vorliegen des Praxissiegels der ÖGAM als Einschlusskriterium definiert, da diese Ordinationsbetreiber:innen sich damit einer „interdisziplinären und interprofessionellen Kooperation“ verschrieben haben, deren Erfüllung durch eine Jury der ÖGAM geprüft wird: Um das ÖGAM Praxissiegel zu erhalten, müssen nachfolgende Kriterien erfüllt sein, die sich an den von Starfield geprägten „4Cs“ der Allgemeinmedizin orientieren (5): *„Stelle des Erstkontakts: Niedrigschwelligkeit“* (*“first point of contact“*), *Kontinuität der Versorgung* („*continuity*“), *umfassende Versorgung* („*comprehensiveness*“), *interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperation* („*coordination*““) (88). Im Hinblick auf interprofessionelle Zusammenarbeit werden im Zuge der Antragsstellung nachfolgende Faktoren abgefragt:

- Zusammensetzung der Ordinationsteams
- Kooperation auf ärztlicher Ebene: Vernetzung mit Nachbarordinationen, Sprengelnetzwerke, geregelter Informationsaustausch, Absprache der Ordinationszeiten
- Kooperation mit Gesundheitsberufen außerhalb der Praxis: Bedarfsorientierte Kooperation mit Gesundheits- / Sozialberufen außerhalb der Praxis, strukturierte Kooperation mit Gesundheits- / Sozialberufen außerhalb der Praxis mit geregelten Informationsabläufen, welche Berufsgruppen sind davon umfasst

Mit Stand 06.07.2025 verfügen in Österreich 85 Ordinationen über das ÖGAM Praxissiegel. 44 dieser Ordinationen sind Einzelvertragsordinationen, aus denen sich somit die Zielgruppe dieser Arbeit zusammensetzt, diese sind wie folgt auf die Bundesländer verteilt (89):

- Wien: 1
- Niederösterreich: 3
- Burgenland: 4
- Oberösterreich: 5
- Salzburg: 10
- Kärnten: 0
- Tirol: 5
- Vorarlberg: 1
- Steiermark: 15

Abweichungen dieser Zahlen von jenen auf der Plattform Primärversorgung (23) gelisteten Ordination beruhen auf der Tatsache, dass nicht alle Ordinationsinhaber:innen, die über das Praxissiegel verfügen, einer Veröffentlichung auf ebendieser Website nicht zugestimmt haben.

Seitens der ÖGAM wurden Ende Mai 2025 die Inhaber:innen von 38 dieser Ordinationen (Wien: 1, Niederösterreich: 2, Burgenland: 4, Oberösterreich: 5, Salzburg: 8, Tirol: 4, Vorarlberg: 1, Steiermark: 13), welche eine Zustimmung zur Teilnahme an allgemeinmedizinischer Forschung angegeben hatten, mit der Bitte um Teilnahme an qualitativen Interviews zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit kontaktiert und ersucht, sich bei der Autorin der gegenständlichen

Arbeit zu melden (siehe Kapitel 7.1). Um eine Berücksichtigung aller Bundesländer zu ermöglichen, wurde die aus Wien in Frage kommende Ordination zudem seitens der Studienautorin direkt kontaktiert.

3.3. Interviewleitfaden

Auf Basis der bestehenden Erkenntnisse zu interprofessioneller Zusammenarbeit wurde ein Interviewleitfaden erarbeitet. Dieser Leitfaden wurde im Sinne eines „Pretests“ mit Expert:innen der ÖGAM einer Feedbackschleife unterzogen und entsprechend adaptiert und kann dem Anhang dieser Arbeit entnommen werden.

3.4. Interviewdurchführung

Es gingen insgesamt acht Rückmeldungen aus fünf Bundesländern (Burgenland, Steiermark, Niederösterreich, Salzburg, Tirol) bei der Autorin ein, die alle zur Teilnahme an Interviews eingeladen wurden. In zwei Fällen konnte auf Grund mangelnder zeitlicher Verfügbarkeit der Interviewpartner:innen letztlich kein Interview durchgeführt werden, in einem dieser Fälle erfolgte alternativ dazu eine schriftliche Beantwortung ausgewählter Fragen: dabei wurde der/dem Interviewpartner:in der Interviewleitfaden übermittelt und seitens der/des Befragten schriftlich beantwortet und per E-Mail retourniert. In diesem Fall wurden jedoch nicht alle Fragen beantwortet und eine Rückfragemöglichkeit war naturgemäß nur begrenzt gegeben.

Die Durchführung der Interviews erfolgte mittels Online-Videocalls über die Plattform „Webex“. Alle Interviewteilnehmer:innen wurden im Vorfeld der Interviews gebeten, eine Datenschutzerklärung auszufüllen (siehe 1117.2) und zu Beginn der Interviews darüber aufgeklärt, dass diese Interviews zum Zweck der Auswertung aufgezeichnet werden.

Insgesamt wurden im Zeitraum vom 18.06.2025 bis 05.07.2025 sechs Interviews mit einer durchschnittlichen Dauer von 92 Minuten (Minimum: 64 Minuten; Maximum: 138 Minuten) durchgeführt. Für die vorliegende Arbeit wurden insgesamt 551 Minuten Interviewaufnahmen sowie darüber hinaus die schriftliche Beantwortung ausgewählter Fragen für die Auswertung berücksichtigt.

3.5. Interviewauswertung

Die Transkription der Interviews erfolgte zunächst unter Einsatz der Künstliche Intelligenz gestützten Software „Gladiä“ (90). Die nachfolgende manuelle Bearbeitung orientierte sich am Transkriptionssystem von Kuckartz (91), es wurde also wörtlich aber unter Exklusion von bestehenden Dialekten und mit Annäherung an das Schriftdeutsch, um die Lesbarkeit zu erhöhen, transkribiert. Auf die Transkription von Lautäußerungen wurde ebenso verzichtet wie auf genderneutrale Sprache bei der Auswertung der Interviews.

Alle Angaben, die Rückschlüsse auf Personen oder Orte zulassen, wurden zur Wahrung der Anonymität der Interviewteilnehmer:innen entfernt. Ortsangaben wurden dabei durch das Kürzel „OOO“, die Angabe von Personennamen durch das Kürzel „XXX“ ersetzt. Die schriftlich eingelangten Antworten jener/s Interviewpartner:in, die nicht für ein Online-Interview zur Verfügung stehen konnte, wurden in eine vergleichbare Form gebracht, um eine Einheitlichkeit der Interviewdarstellung, insbesondere bei der Referenzierung auf ausgewählte Passagen, zu ermöglichen.

Aufgrund des Umfangs wird das gesamte Transkript nicht im Anhang verfügbar gemacht, wird aber digital - unter Einhaltung des Datenschutzes - archiviert, um weitere Auswertungen zu ermöglichen und kann bei der Autorin erfragt werden. Um eine Zuordnung von Textstellen zu ermöglichen, wurde eine Zeilennummerierung vorgenommen, die eben diesen Transkripten entnommen werden kann.

Für die Auswertung des erhobenen Interviewmaterials wurde die qualitative Inhaltsanalyse gewählt und dabei grob nach der von Mayring entwickelten Methodik (92) für die strukturierende Inhaltsanalyse vorgegangen.

Nach der Festlegung des zu analysierenden Materials (Transkriptionen der durchgeführten Interviews) erfolgte die Erstellung des Codierleitfadens nach kombiniert induktiv-deduktivem Vorgehen gebildet. Die Oberkategorien (OK) sowie die Unterkategorien (UK) UK 1.1 bis UK 1.4 und UK 4.5 ergaben sich dabei bereits deduktiv aus den Fragestellungen (vgl. Kapitel 2.1), während UK 2.1, UK 3.1-3.6 sowie UK 4.1-4.4 anhand des zur Verfügung stehenden Materials ergänzt wurden. Die festgelegten Kategorien inklusive entsprechenden Ankerbeispielen können der Tabelle 5 im Anhang 7.4 entnommen werden.

Anhand eben dieser gebildeten Kategorien erfolgte unter Zuhilfenahme der Software MAXQDA eine Zuordnung der Interviewaussagen und in weiterer Folge eine entsprechende Zusammenfassung und Interpretation.

3.6. Kurzerhebung interprofessionelle Ausbildung

Da sich im Rahmen der Interviews zeigte, dass die Interviewteilnehmer:innen den Beitrag der ärztlichen Ausbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit nur begrenzt hilfreich erlebten, diese Erfahrungen auf Grund der langen Ausbildungszeit aber nur begrenzte Rückschlüsse auf die aktuelle Situation der interprofessionellen Ausbildung im Rahmen des Medizinstudiums zulassen, wurden seitens der Autorin im Juli 2025 alle öffentlichen medizinischen Universitäten (Medizinische Universität Wien (MUW), Medizinische Universität Graz (MUG), Medizinische Universität Innsbruck (MUI), Johannes Kepler Universität Linz (JKU)) sowie eine Privatuniversität (Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg (PMU)) per E-Mail kontaktiert und um Rückmeldung ersucht, inwiefern interprofessionelle Ausbildung (IPE) im Sinne von gemeinsamem Lernen mit oder über andere Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich im Studium Humanmedizin an der jeweiligen Universität verankert ist, in welchem/welchen Semester(n) dieses Thema unterrichtet wird, in welcher Form dieser Unterricht erfolgt und wie viele Semesterwochenstunden diesem Thema während der Gesamtstudiendauer gewidmet sind. Rückmeldungen erfolgten dabei von vier der fünf kontaktierten Institutionen, die Medizinische Universität Innsbruck reagierte trotz mehrfacher Rückfrage an unterschiedliche Kontaktadressen nicht auf die Kontaktaufnahme. Die Ergebnisse können Tabelle 4 entnommen werden.

4. Ergebnisse

Gegenständliches Kapitel enthält die Ergebnisse der Auswertung der durchgeführten Interviews. Dabei werden zunächst die Hintergründe der Interviewpartner:innen zur besseren Einordenbarkeit der erhobenen Informationen deskriptiv beschrieben und nachfolgend die Ergebnisse der Inhaltsanalyse der Interviews anhand der definierten Forschungsfragen und gebildeten Auswertungskategorien präsentiert.

4.1. Interviewpartner:innen

Alle sieben Interviewpartner:innen verfügen über das ÖGAM Praxissiegel. Die Interviewpartner:innen stammten aus den Bundesländern Burgenland, Steiermark, Niederösterreich, Salzburg und Tirol, bei vier der Interviewpartnerinnen handelt es sich um Frauen, drei Rückmeldungen stammten von Männern.

Bei keinem der Interviewpartner:innen gab es eine Überschneidung mit den Teilnehmer:innen der Fokusgruppen für die Studie der Gesundheit Österreich GmbH 2024 (vgl. Kapitel 1.4.1 bzw. (74)).

Im Hinblick auf das Arbeitsumfeld der befragten Ordinationsbetreiber:innen waren sowohl ländliche Regionen und Ordinationen in kleinen Gemeinden als auch Ordinationen aus Bundeshauptstädten vertreten.

Alle Interviewpartner:innen verfügen über mehrjährige Erfahrung in der niedergelassenen Allgemeinmedizin, in der Rolle als Einzelvertrags-Ordinationsinhaber:innen war das Ausmaß der Erfahrung sehr divers und belief sich in einer Bandbreite von einem Jahr zu über 20 Jahren, im Durchschnitt beträgt die Erfahrung in eben dieser Rolle 8 Jahre.

Zwei der Interviewteilnehmer:innen verfügen zudem über eine abgeschlossene Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin.

Bezogen auf das Tätigkeitsspektrum in ihren Ordinationen gaben alle Interviewteilnehmer:innen an, Hausbesuche durchzuführen, mit dem Sonderfall einer Ordination, in dem alle Hausbesuche primär von einer/einem angestellten Notfallsanitäter:in durchgeführt werden (vgl. Kapitel 4.2.1). Sechs von sieben der betrachteten Ordinationen betreuen Pflegeheime mit, zwei Ordinationen gaben an,

über eine Hausapotheke zu verfügen. Die beschriebenen Tätigkeitsbereiche der Interviewteilnehmer:innen entsprachen dem klassischen Spektrum der Allgemein- und Familienmedizin, im Großteil der befragten Ordinationen werden strukturierte Behandlungsprogramme für Patient:innen mit chronischen Erkrankungen angeboten. Teilweise bestehen spezifische Tätigkeitsschwerpunkte oder zusätzliche Aufgaben der betrachteten Ordinationen bzw. Ordinationsinhaber:innen, diese lauten: Substitutionstherapie, Reisemedizin inkl. Gelbfieberimpfstelle, hintergrundärztliche Tätigkeit für 1450, Geriatrie, psychosomatische Medizin, Ultraschall, Palliativbetreuung.

4.2. Etablierte Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit

Im Hinblick auf Forschungsfrage 1 (vgl. Kapitel 2.1) werden nachfolgend die Ergebnisse, die anhand der zuvor gebildeten Kategorien UK 1.1. bis UK 1.4 analysiert wurden, beschrieben.

4.2.1. Zusammenarbeit innerhalb der Ordinationsteams

Als Ordinationsteam wird im Rahmen dieser Arbeit jenes Team bezeichnet, das sich aus angestellten Mitarbeiter:innen der Ordination sowie Auszubildenden (Studierende, Lehrpraktikant:innen) und Vertretungsärztinnen/-ärzten zusammensetzt (auch wenn die beiden letzteren üblicherweise in keinem Angestelltenverhältnis tätig sind). Bezüglich der Zusammenstellung dieser Ordinationsteams zeigte sich bei den betrachteten Ordinationen ein sehr diverses Bild. Alle betrachteten Ordinationen verfügen über eine oder mehrere Ordinationsassistent:innen, wobei die Bandbreite bei ein bis fünf Ordinationsassistent:innen liegt. In fünf von sieben Ordinationen sind zudem eine oder mehrere diplomierte Pflegekräfte tätig. Weitere in den Ordinationsteams vertretene Berufsgruppen umfassen medizinische Sekretär:innen, Reinigungskräfte, Medizinstudierende, Lehrpraktikant:innen sowie in zwei Ordinationen Notfallsanitäter:innen. Ein Großteil der Ordinationen verfügt über entweder zumindest eine weitere angestellte ärztliche Kraft oder ärztliche Dauervertreter:in.

Im Hinblick auf die Gestaltung der internen Zusammenarbeit innerhalb der Ordinationen zeigt sich ein sehr inhomogenes Bild. Nachfolgende Methoden der Zusammenarbeit wurden von den Interviewteilnehmer:innen genannt, die Zahl in

Klammer gibt die Anzahl an Interviews, in denen diese Vorgangsweise genannt wurde, an:

- Teambesprechungen (7)
- Tägliche (De-)Briefings (2)
- Standardarbeitsanweisungen (SOPs) (4)
- Etablierte Rolle der/des „Teamleiter:in“/Praxismanager:in (3)
- Soziale Aktivitäten: Betriebsausflüge, gemeinsames Essen gehen, Meilensteinfeste (3)
- Gemeinsame Fortbildungen/Fortbildungsbesuche (2)
- Rollendefinition/-beschreibungen (2)
- Dienstanweisungen (2)
- Ordinationshandbuch (1)
- Mitarbeiter:innenmappe (1)
- Fehlermanagement (1)
- Notfallplan (1)
- Sorgenliste (1)
- WhatsApp-Gruppe (1)
- Team-Coaching (1)

Die Frequenz und Wertigkeit der Teambesprechungen ist sehr divergierend und rangiert im Bereich von zwei Mal wöchentlich über vierteljährlich, in der Mehrheit der Ordinationen erfolgen Teambesprechungen alle 4-6 Wochen. In einer Ordination wird die Planung von Teambesprechungen variabel und insofern gelebt, als diese von jedem Teammitglied jederzeit bei Bedarf einberufen werden können.

Während in zwei Ordinationen ein tägliches Debriefing im Rahmen gemeinsamer Mahlzeiten/Pausengestaltungen zur gelebten Routine gehört, wurde aus einer anderen Ordination berichtet, dass die Kommunikation innerhalb des Teams im Arbeitsalltag so knapp wie möglich gehalten wird und es teilweise gar keine Zeit/Gelegenheit zum Austausch während der Ordinationszeiten gibt.

Der Begriff „Sorgenliste“ bezieht sich auf eine gemeinsam vom Ordinationsteam geführte Liste an Problemen/Herausforderungen/Informationen, die dann als Tagesordnung für Teambesprechungen genutzt wird. Ein ähnliches Vorgehen wird in einer anderen Ordination zur Gestaltung des Fehlermanagements genutzt, in

dem schriftliche Aufzeichnungen über passierte Fehler erfolgen, die dann in weiterer Folge von allen Teammitgliedern gegengezeichnet werden müssen, um sicherzustellen, dass eben diese Informationen zur künftigen Fehlervermeidung von allen Teammitgliedern wahrgenommen wurde.

Die Bezeichnungen SOPs, Notfallplan, Ordinationshandbuch, Mitarbeiter:innenmappe und Dienstanweisungen stehen für vergleichbare Maßnahmen, nämlich die Verschriftlichung und Standardisierung bestimmter Vorgangsweisen (z.B. Wann und wie ist Inventur zu machen, wie ist bei einem Blackout, einer Nadelstichverletzung oder in einem medizinischen Notfall vorzugehen, welche externen Vorgaben sind wie einzuhalten). In diesem Zusammenhang wurde in mehreren Interviews auf die diesbezüglichen Vorgaben der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMED) hingewiesen.

Die Rolle der/des Praxismanager:in/Teamleiter:in wurde nur seitens einer/eines Interviewpartner:in explizit so benannt, in zwei weiteren Fällen ergab sich aus den Berichten zur Zusammenarbeit, dass diese Rolle zwar nicht explizit definiert, jedoch gelebt wird. In diesen beiden Fällen gibt es jeweils eine/einen Ordinationsassistent:in mit langjähriger Erfahrung und/oder größtem Stundenausmaß, die/der Aufgaben der Teamorganisation (z.B. Organisieren von Besprechungen, Konfliktlösung, Sicherstellen von Informationsweitergaben) mitübernimmt.

In den beiden Ordinationen, die über keine diplomierte Pflegekraft verfügen, zeigten sich diesbezüglich sehr unterschiedliche Hintergründe: während in einem Fall eine Anstellung einer diplomierten Pflegekraft zwar gewünscht ist, aber auf Grund der Schwierigkeit, passende Mitarbeiter:innen zu finden, bislang nicht umgesetzt werden konnte, wurde im anderen Fall die bewusste Entscheidung gegen die Aufnahme einer diplomierten Pflegekraft in das eigene Ordinationsteam getroffen:

„Und drittens habe ich mir gedacht, wozu soll ich eine Krankenschwester anstellen, die zu 90 Prozent in der Woche eigentlich das gleiche macht wie alle anderen. Weil wir haben nicht so viele Diabetiker zum neu einschulen oder Infusionen zum Anhängen und da dann eine Hierarchie-Ebene einzuziehen, die dann ja doch

deutlich besser entlohnt wird als die anderen aber das gleiche macht, halte ich nicht für gescheit, also das hat sich bis jetzt nie ergeben.“ (B3, Z. 198-203)

In jenen Ordinationen, in denen die Zusammenarbeit mit diplomierten Pflegekräften etabliert wurde, wurde diese Zusammenarbeit zumeist explizit als zentrale Unterstützung beschrieben, die aus dem Ordinationsalltag nicht mehr wegzudenken sei. Zudem beobachteten manche Interviewteilnehmer:innen eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch die pflegerische Expertise im Team:

„Bei meiner DGKP war es eben so, die war vorher 20 Jahre im Heim und hat viel Erfahrung mit Wundmanagement und mit chronischer Wundversorgung und solchen Dingen. Und ist daher sozusagen, in der Richtung, hat sich die Ordination qualitativ mit ihrem Kommen wesentlich verbessert. (B2, Z. 189-192) (...) Und es ist halt, wenn zwei Hirne denken, man kommt einfach oft weiter. Wenn man sieht, dass es nicht ganz passt oder die Wunde sich nicht ganz entwickelt, dann ist man im Nachdenken schneller. (B2, Z. 246-248). (...) Aber eben zum Beispiel Inkontinenzberatung stimmt, ist auch so ein Punkt, da ist auch, das ist auch gut, also besser geworden, weil eben sie natürlich weiß aus ihrer Vergangenheit, was es gibt, wie man tut, wie man schaut. Und das sind die Patienten und die Angehörigen jetzt wirklich dankbar, dass jetzt wer in der Ordination ist, der klare Ratschläge geben kann, was Mobilität und Versorgung betrifft, sozusagen.“ (B2, Z. 300-304)

Zumeist konnte hier eine klare Aufgabentrennung etabliert werden, die ein selbstständiges Arbeiten der diplomierten Pflegekräfte ermöglicht – so dass diese einen „eigenen“ Patient:innenstamm betreuen, der nur im Bedarfsfall zusätzlich zur Pflegekonsultation auch ärztlich gesehen wird. Die durch das diplomierte Pflegepersonal übernommenen und von den Interviewpartner:innen beschriebenen Tätigkeitsbereiche umfassen: Blutabnahmen, Erhebung von Vitalparametern und andere körperbezogene Messungen, Wundversorgung, Durchführung von Impfungen, Begleitung zu Hausbesuchen, selbstständige Durchführung von Hausbesuchen (z.B. Blutabnahmen), Inkontinenzberatung, Hilfsmittelberatung, Unterstützung bei der Beantragung von Pflegegeld, INR-Kontrollen, i.m. Injektionen, Infusionstherapien anhängen, Unterstützung bei strukturierten Programmen zur Versorgung chronischer Erkrankungen (z.B. „Diabetes Therapie Aktiv“), Abgleichen

von Arztbriefen (z.B. Überprüfung Dauermedikation), Vorbereitung von Vorsorgeuntersuchungen, Lungenfunktionsmessungen

Als hilfreich bei der Etablierung dieser Zusammenarbeit wurde insbesondere eine klare Rollendefinition, die explizite Festlegung von Zuständigkeiten, das Ermöglichen eines eigenverantwortlichen, selbstständigen Arbeitens und das Vertrauen in die Kompetenzen der diplomierten Pflegekräfte erlebt:

„Und das, was mir da wichtig war, war dann letztlich, die Verantwortungen klarer zu definieren. Also, was ist ihrs, was ist meins? Und sie aber auch in ihrem Verantwortungsbereich dann selbstständig arbeiten zu lassen. Zum Beispiel Verbandswechsel. (..) Und die chronischen Wunden sind ihr Verantwortungsbereich. Aber natürlich, ich habe dann die Letztverantwortung. Und wenn sie eine Frage hat oder irgendwas ist, dann kann sie mich immer fragen. Aber grundsätzlich auch von ihrem Management und was sie sich Gedanken macht, ist es für sie schon wichtig, dass, wenn sie was macht, mich dann fragt, dass ich nicht nur, weil ich jetzt der Arzt bin, sage, jetzt nehme ich Salbe A statt Salbe B, sondern das hat schon Hand und Fuß, was sie macht.“ (B1, Z. 197-208).

Erwähnenswert erscheint zudem das Rollenbild der Notfallsanitäter:innen, die in zwei Ordinationen das Ordinationsteam unterstützen: während es sich in einer Ordination um eine:n der Ordinationsassistent:innen handelt, die im Bedarfsfall hauptsächlich die/den Ordinationsinhaber:in zu Notfallvisiten begleitet, konnte im anderen Fall die primäre Visitentätigkeit vollständig an die/den Notfallsanitäter:in ausgelagert werden, der nach Erhebung der Vitalparameter ärztliche Rücksprache einholt:

„Wie schon erwähnt werden die Visiten primär vom Notfallsanitäter gemacht und nach Erhebung der Vitalparameter ärztliche Rücksprache eingeholt. Dann wird entschieden, wie weiter verfahren wird. In der Praxis hat sich gezeigt, dass ärztliche Visiten während der laufenden Ordination nicht bewältigbar sind. Da vergehen bei einer schnellen Visite 30 Minuten und wenn man zurückkommt, stapeln sich die Leute im Wartezimmer. Das holt man den ganzen Tag nicht mehr auf. So habe ich einen guten Freund von mir (besagten NFS) gefragt, ob er sich vorstellen könne nicht mehr beim Roten Kreuz sondern bei mir zu arbeiten. Die geregelteren Arbeitszeiten tun ihm sichtlich gut und ich bin massiv entlastet weil er die Patienten

primärversorgt hat und ich ohne Stress nach der Ordination hinfahren kann.“ (B7, Z. 34-43).

Die interne Zusammenarbeit mit ärztlichen Kolleg:innen, Lehrpraktikant:innen und Medizinstudierende wurde von allen Interviewpartner:innen als bereichernd beschrieben.

Im Hinblick auf das Erleben der eigenen Rolle innerhalb des Ordinationsteams bezeichneten sich vier von sieben Interviewpartner:innen ganz explizit in ihrem Selbstverständnis als Chef:innen, wobei diese Rolle unterschiedlich gelebt werden dürfte. Während in einem Fall darauf hingewiesen wurde, möglichst hierarchiefrei zu arbeiten, wurde in anderen Fällen der Vorteil einer klaren Leitungsposition und Letztentscheidungshoheit betont. Eindeutig erlebt wird von allen Interviewpartner:innen die Rolle als Haupt-/ bzw. Letztverantwortliche für medizinische Belange sowie die Zuständigkeit für die Etablierung und Erhaltung des Teamzusammenhalts. Ein:e Interviewpartner:in beschrieb explizit Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung des Teamzusammenhalts, als Unterstützungsmaßnahme kam in diesem Fall einerseits die Nutzung des KI-Tools Claude (93) als auch die Inanspruchnahme eines externen Teamcoachings zum Einsatz.

Interessant ist, dass sich die Befragten zwar der Notwendigkeit klarer Rollenabgrenzungen im Klaren zu sein scheinen und auch sich selbst eindeutig in der (Letzt-)Verantwortung und Zuständigkeit für alle medizinischen Belange sehen, dennoch aber ein gewisser Grad an Sorge im Hinblick auf ein Verschwimmen der beruflichen Zuständigkeiten bestehen dürfte:

„Ich brauche einen Maurer und ich brauche einen Zimmerer. Ich kann keinen Einheitsberuf draus machen, weil dann kennt sich keiner mehr in seinem Bereich aus. Also, ich brauche schon einen Profi für das und einen Profi für das und jeder mit seinem Zugang. (...) Also von diesem Einheitsbrei-Denken halte ich gar nichts.“ (B1, Z. 1057-1062).

Erfragt wurde auch ein mögliches Taft-Shifting in Bezug auf derzeit ärztlicherseits wahrgenommene Tätigkeiten, dabei wurden folgende Aspekte genannt, bei denen eine Übernahme durch andere Berufsgruppen wünschenswert wäre: Ernährungs- und Lebensstilberatung, Hausbesuche mit im Kompetenzbereich diplomierter Pflegekräfte liegender Tätigkeit (z.B. Blutabnahmen, Kathetherwechsel,

Verbandswechsel), Praxis- und Teammanagement, Pflegegeldanträge, Pflegeheimanträge, psychosoziale Betreuung. Im Hinblick auf pflegerische Hausbesuche wurde als Hindernis zur Auslagerung einerseits genannt, dass die Verrechnung mit der Krankenkasse nur möglich sein, wenn ein Hausbesuch ärztlich durchgeführt wird, andererseits ist eine Auslagerung an mobile Hauskrankenpflege etc. durch mangelnde Finanzierbarkeit seitens der Patient:innen, insbesondere bei niedriger Pflegestufe, erschwert. Ähnlich verhält es sich mit Ernährungs- und Lebensstilberatung sowie psychosozialer Betreuung, hier wird ein Mangel an kassenfinanzierten Betreuungsmöglichkeiten im Bereich der Diätologie bzw. Psychotherapie als Hindernis zur Auslagerung dieser Tätigkeiten angegeben, so dass diese Tätigkeiten seitens der Interviewteilnehmer:innen selbst durchgeführt werden. In einem Fall wurde die Überlegung genannt, eine:n Diätolog:in in der Ordination anzustellen, auf Grund des hierbei geringen erforderlichen wöchentlichen Stundenausmaßes sei es jedoch kaum möglich, jemanden für diese Form der Zusammenarbeit zu finden.

4.2.2. Zusammenarbeit mit externen Partner:innen

Als externe Partner:innen werden im Kontext dieser Arbeit Angehörige jener Gesundheits- und Sozialberufe bezeichnet, mit denen ein Kontakt zu gemeinsam betreuten Patient:innen besteht, die jedoch nicht direkt Teil des Ordinationsteams im Sinne eines Angestellten- oder Ausbildungsverhältnisses sind.

Folgende Berufsgruppen wurden als bestehende externe Partner:innen von den Interviewteilnehmer:innen genannt, die Zahl in der Klammer kennzeichnet dabei, in wie vielen der Interviews diese Berufsgruppen als externe Partner:innen genannt wurden:

- Fachärztinnen/Fachärzte anderer Disziplinen (7)
- Physiotherapeut:innen (7)
- Ergotherapeut:innen (6)
- Mobile Pflegedienste/Hauskrankenpflege (6)
- Psychotherapeut:innen (6)
- Pharmazeut:innen (5)
- Logopäd:innen (4)
- Diätolog:innen (4)

- Sozialarbeiter:innen (4)
- Krankenhäuser (4)
- Community Nurses (2)
- Palliativteam (2)
- Pflegedrehscheibe (1)
- Psycholog:innen (1)
- Rettungsdienst (1)
- Bandagist:innen (1)
- Hörakkustiker:innen (1)
- Wundmanager:innen (1)
- Fitnessstudios (1)

Hierbei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die beschriebene Zusammenarbeit meist eine lose, informelle Zusammenarbeit darstellt, die sich oftmals darauf beschränkt, Patient:innen zu überweisen und das Feedback zur externen Behandlung nachfolgend über Patient:innen einzuholen. Absprachen erfolgen punktuell, anlassbezogen und auf Basis persönlicher Kenntnis der Vertreter:innen der anderen Berufsgruppen. Der dabei hauptsächlich genutzte Kommunikationskanal ist telefonisch:

„Das ist fallbezogen ganz unterschiedlich. Also wenn es jetzt um eine Physiotherapie geht, beispielsweise nach einer komplexen Geschichte, da rufe ich den Therapeuten selber an und versuche ihn nicht nur zeitnahe unterzubringen, sondern auch zu erklären, worum es geht aus meiner Sicht.“ (B3, Z. 392-395).

„Leider kein Jour Fixe und nichts Institutionalisiertes, sondern immer fallbezogen und auch individuell sehr unterschiedlich. Ich habe Therapeuten, die melden gar nichts zurück und ich habe welche, die melden schon zurück und ich frage die Patienten auch immer. Da haben wir noch nichts auf die Reihe gebracht.“ (B6, Z. 378-381).

Andere Methoden der interprofessionellen Zusammenarbeit, die von den Interviewteilnehmer:innen beschrieben wurden, inkludieren: Austauschtreffen im Sinne von Qualitätszirkeln (mehrheitlich auf ärztliche Professionen beschränkt), gemeinsame Fortbildungsbesuche (z.B. gemeinsamer Erste Hilfe Kurs mit lokalem Pflegeheim), Mitgeben von Ausdrucken aus

Patient:innendekurs/Hintergrundinformationen, persönliche Netzwerkpflege (z.B. Einladen und persönliches Kennenlernen der nicht-ärztlichen Gesundheitsdiensteanbieter:innen der Region).

Austauschtreffen und/oder Qualitätszirkel wurden zwar von mehreren Interviewteilnehmer:innen erwähnt, insgesamt erfüllten diese jedoch nicht die Erwartungen der Interviewteilnehmer:innen, zu einer verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit beizutragen. Zudem wurde von Versuchen berichtet, ebensolche regelmäßigen Treffen einzurichten oder auch interprofessionell zu gestalten, die jedoch fehlschlugen:

„Und auch ein regelmäßiger Qualitätszirkel, das Projekt ist schon älter gewesen, das haben wir vor fünf Jahren probiert, ist bei uns im Bezirk wieder eingeschlafen. Ich habe versucht, einen Qualitätszirkel zu machen, mit den Kollegen. Da war es dann nach einer Dreiviertelstunde so, dass sie gesagt haben, können wir jetzt wieder gehen, wo wir dann auch gesagt haben, das macht keinen Sinn.“ (B2, Z. 529-533).

„(...) bis ich draufgekommen bin, dass es ein Qualitätszirkus ist und kein Qualitätszirkel, weil immer dann, wenn es um irgendein Thema gegangen ist, war ich ganz erstaunt, was die anderen alle machen. (...) Ich bin mir vorgekommen, wie der letzte Krapfen, der da jetzt keine Ahnung hat von der Medizin, und in Wirklichkeit ist das Lug und Trug gewesen.“ (B3, Z. 348-353)

„Aber wo wir zum Beispiel, wo ich leider gescheitert bin, ist, wir haben versucht, ein Netzwerktreffen zu machen. Wo ich sage, wir laden einfach Kollegen aus dem Bezirk ein und die Berufe aus dem Bezirk ein und setzen uns zusammen, machen irgendeine kleine Fortbildung oder besprechen irgendein Thema, wie könnte das laufen, wie könnte man das verbessern. Das ist wieder eingeschlafen.“ B2, Z. 499-507)

Obwohl es sich dabei nicht um interprofessionelle Zusammenarbeit handelt, soll nicht unerwähnt bleiben, dass von mehreren Interviewpartner:innen Herausforderungen insbesondere auch in der Zusammenarbeit mit den allgemeinmedizinischen Kolleg:innen berichtet wurden, dies betrifft sowohl fehlgeschlagene Versuche einer engeren Vernetzung als auch die Abstimmung von

Bereitschaftsdiensten oder Anstrengungen, Primärversorgungsnetzwerke zu errichten:

„Aber das ist nie so einfach, also gerade der Kontakt mit den Kollegen im Bezirk ist auf keiner formalen Ebene in irgendeinem Jour fixe oder irgendwas geregelt. Und das ist eigentlich das, was am meisten fehlt, sage ich einmal. Also es funktioniert mit den anderen Berufen viel besser wie mit den eigenen Kollegen. Weil die anderen Berufe das gewohnt sind und die Allgemeinmedizin in der Einzelpraxis schon noch so ein bisschen, die, von den älteren Kollegen, habe ich so den Eindruck, die Mentalität hat, wir kochen unser Süppchen selbst. Und das macht es oft schwieriger.“ (B2, Z. 487-494)

Trotz der beschriebenen Herausforderungen (vgl. auch Kapitel 4.4) lassen solche Initiativen und zahlreiche Aussagen auf Interesse an struktureller Veränderung und Bereitschaft zur Kooperation schließen. Im Folgenden soll auf jene Formen der Zusammenarbeit, die als gut bewährt, intensiver oder regelmäßiger bzw. formalisierter beschrieben wurden, detaillierter eingegangen werden:

Im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Pharmazeut:innen wurde von drei Interviewteilnehmer:innen eine klinisch-pharmazeutische Zusammenarbeit, die über logistisch-organisatorische Zusammenarbeit hinausgeht, beschrieben. So besteht in einem Fall ein Kontakt zu einer/einem persönlich befreundeten Pharmazeut:in, die bei fachlichen Fragen kontaktiert wird und darüber hinaus ein Kontakt zur Landesapothek, die diesbezüglich ein eigenes Service anbietet. Im anderen Fall bietet eine regionale Apotheke Beratungen zu Polypharmazie an, wobei im Bedarfsfall ein Austausch zu gemeinsam betreuten Patient:innen erfolgt. Obwohl dies nur mehr sehr begrenzt der Themensetzung dieser Masterarbeit entspricht, erscheint im Zusammenhang mit der Zusammenarbeit mit Apotheken zudem erwähnenswert, dass der Wegfall von Hausapotheken von einem/einer Interviewpartner:in im ländlichen Bereich als Verschlechterung der Versorgungsqualität insbesondere während der Tagesrandzeiten und Wochenenden erlebt wird, da die Patient:innen im Rahmen des ärztlichen Notdienstes so zwar eine Diagnostik erhalten können, die erforderlichen Medikamente jedoch nicht.

In einer Ordination wird ein verbessertes interprofessionelles Vor-Ort-Versorgungs-Angebot für die Patient:innen ermöglicht, indem seitens der/des Ordinationsinhaber:in die Ordinationsräumlichkeiten in der ordinationsfreien Zeit zu einem sehr günstigen Preis an eine:n Physiotherapeut:in und eine:n Psychotherapeut:in vermietet werden. Darüber hinaus wurde vereinbart, dass die Patient:innen aus eben dieser Ordination bevorzugt Termine bei diesen Therapeut:innen erhalten und externe Patient:innen nur bei freien Kapazitäten betreut werden. Über die gemeinsame Nutzung der Räumlichkeiten hinaus besteht jedoch in diesem Fall keine regelmäßigere oder formalisiertere Zusammenarbeit als in anderen Fällen. Ein:e andere Interviewpartner:in gab an, ein ähnliches Modell zur Intensivierung der Zusammenarbeit und Versorgungsqualität mit fachärztlichen Kolleg:innen anzustreben:

„Ich habe es jetzt auch schon versucht, mit etlichen Fachärzten, sie so quasi zu mir zu locken, dass Sie bei mir einen Nachmittag im Monat arbeiten, auch als Wahlarzt oder so. Dass die Patienten nicht zu weit fahren müssen, sondern dass man das ein bisschen bündeln kann.“ (B6, Z. 595-598)

Ein besonders gut funktionierender, kontinuierlicherer und intensiverer Austausch wurde von vier Interviewteilnehmer:innen mit den mobilen Pflegediensten der Region beschrieben. Dabei kommen sowohl gemeinsame Visitentätigkeit (Allgemeinmediziner:in und mobiler Pflegedienst vereinbaren einen zeitgleichen Hausbesuch bei gemeinsamen Patient:innen) als auch regelmäßige Absprachen, die gemäß Beschreibung Jour fixe Charakter zu haben scheinen (auch wenn dies zwischen den Partner:innen nicht explizit formalisiert so beschrieben oder vereinbart wurde), zum Einsatz:

„Aber ich versuche, einmal die Woche mit der Hauptschwester, die bei uns im Bezirk unterwegs ist, vom Hilfswerk zu telefonieren. (...) Also da versuche ich dann wirklich gleich, also im Wesentlichen habe ich einmal die Woche quasi regelmäßig Kontakt mit der HKP. (B2, 357-358). (...) also, das ist für mich schon wirklich so, ich habe eine eigene Liste sozusagen, wo ich versuche das laufend am Stand zu halten. (B2, Z. 456-457) (...) Da versuche ich schon am Stand zu halten, welche Patienten von welchem mobilen Dienst betreut sind und eben da regelmäßig nachzufragen, damit die nicht an mir vorbeilaufen.“ (B2, Z. 460-462).

In einem Fall wurden Hospitationen der/des Allgemeinmediziner:in bei fachärztlichen Kolleg:innen der Region als Option zu intensiviertem interprofessionellem Austausch etabliert, die in unregelmäßigem Abstand (einmal im Quartal bis halbjährlich) stattfinden:

„Der Ursprung war ein persönliches Gespräch mit einem befreundeten Kollegen, der sowohl Allgemeinmediziner als auch Dermatologe ist – ich hatte mich über die unzureichende dermatologische Ausbildung beklagt, woraufhin er mir spontan angeboten hat, einmal in seiner Ordination zuzuschauen. Seitdem weiß ich auch, dass man für solche Hospitationen DFP-Punkte erhalten kann. Das hat mich motiviert, gelegentlich auch andere fachärztliche Kolleg:innen im Bezirk zu kontaktieren“. (B7, Z. 90-96)

In jenen Fällen, in denen Community Nurses als externe Partner:innen genannt wurden, wurde diese Zusammenarbeit als unterstützend und besonders hilfreich erlebt, jedoch auch darauf hingewiesen, dass die Reduzierung der Kapazitäten in diesem Bereich nach Ende der Projektphase deutlich spürbar war und nicht mehr die gewohnte Entlastung ermöglichte. Auch die regional inhomogene Umsetzung des Projekts erschwerte die Zusammenarbeit:

„(...) im Bezirk haben wir ja zwei, eins in OOO und bei uns in der Region haben wir das und da ist das ja komplett anders. Das ist immer, wie ist das Projekt aufgesetzt, was sind die Schwerpunkte und die Community Nurse da macht ja wieder ganz was anderes als die Community Nurse irgendwo anders (...) Die müssen ja schon fast nach der Postleitzahl fragen, dass Sie dann wissen, wie ist dann das da draußen. Also, da wäre ein bisschen Vereinheitlichung, was das angeht, besser.“ (B1, Z. 710-719)

In einem Fall wurde zudem darauf hingewiesen, dass eine nähere Anbindung der Community Nurses an die Primärversorgung (statt an die Gemeinde) und ein effizienterer Einsatz ebendieser anhand der beruflichen Qualifikationen wünschenswert wäre:

„Aber ich würde mir sehr wünschen, dass das in der Primärversorgung eingebunden ist. Weil das ist, momentan hängt das bei der Gemeinde. Und die Gemeinde hat da wenig Erfahrung mit Primärversorgung. Als Beispiel die Community Nurse, die machen halt so Bespaßungsprogramm, einfach, was ja schon auch wichtig ist. Aber

letztlich ist das diplomierte Pflegepersonal, also für das könnte ich wirklich andere Berufsgruppen auch nehmen, aber für diplomierte Pflegepersonal, dass die dann Kekse backen gehen. Das soll jetzt nicht abwertend klingen, aber genau diese, was hat welche Berufsgruppe und wofür sind die ausgebildet und was ist denen ihr Schwerpunkt? Also, das könnte man da schon sehr viel effizienter gestalten, dass es wirklich mehr medizinisch oder mehr Primärversorgung ist.“ (B1, Z. 688-697)

4.3. Förderliche Faktoren für interprofessionelle Zusammenarbeit

Die von den Interviewpartner:innen genannten Faktoren, die als hilfreich für die Entwicklung oder Aufrechterhaltung von interprofessioneller Zusammenarbeit sowohl im internen Team als auch mit externen Partner:innen angesehen werden, werden im Folgenden zunächst kategorisiert und in weiterer Folge im Detail beschrieben.

Unterkategorien	Genannte Faktoren
Persönliche Beziehungen und Kommunikationswege	Privates Kennenlernen aller Beteiligten, aktive Netzwerkpflege, persönlicher Austausch, Austausch der (privaten) Telefonnummern, niederschwellige Erreichbarkeit
Persönlichkeitsmerkmale, Haltung	Bereitschaft zur Zusammenarbeit, patient:innenzentrierte Haltung, Neugierde, Teamfähigkeit, Akzeptieren eigener Grenzen, Betrachten anderer Berufsgruppen als Unterstützung statt Konkurrenz, Commitment zu Kommunikation, fachliche und soziale Kompetenz, Verlässlichkeit, Gewohnheit, Aufeinander eingehen, Freude an der Arbeit
Wertschätzung und Teamkultur	Ermöglichen selbstständigen/ eigenverantwortlichen Arbeitens, Vertrauen in Fähigkeiten, finanzielle

	und persönliche Wertschätzung, Teamzusammenhalt, Geschlossenheit des Teams gegenüber Patient:innen, Teamstabilität, Zusammenarbeit auf Augenhöhe, flache Hierarchie
Rollenklarheit und Verantwortungsübernahme	Qualifiziertes Personal, Einsatz anhand der entsprechenden Qualifikationen, Rollenklarheit, Einsatz der persönlichen Stärken und Schwächen passend für den Tätigkeitsbereich
Feedback und Lernmöglichkeiten	Arztbriefe, die die Vorleistung beinhalten, zeitnahe und proaktive Rückmeldung
Organisatorische Rahmenbedingungen	Räumliche Nähe, Kommunikationsmöglichkeiten

Tabelle 2: Förderliche Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit, kategorisiert

Als einer der wichtigsten Faktoren für eine funktionierende Zusammenarbeit mit externen Partner:innen wurde von nahezu allen Interviewteilnehmer:innen die persönliche Kenntnis der handelnden Personen genannt. Eine Zusammenarbeit ist insbesondere in jenen Fällen gegeben, in denen Bekanntschaft bzw. Freundschaft der handelnden Personen besteht und diese auch über direkte, unkomplizierte Kontaktmöglichkeiten (zumeist private Telefonnummern) verfügen:

„Es geht immer über persönlichen Austausch (...) Also wenn es darum geht, einen Termin beim Facharzt zu kriegen, sei es bildgebend, sei es untersuchungstechnisch, da habe ich meine Leute und da rufe ich an und dann kommt der dran am nächsten Tag.“ (B3, Z.662-672)

„Ich glaube, dass auch der nicht-fachliche, persönliche Austausch total wichtig ist, um ein gutes Arbeitsklima auf Dauer zu gewährleisten. Dass es eben nicht nur um die Arbeit geht und auch um den Menschen, der arbeitet.“ (B6, Z. 410-413)

Von einigen Interviewpartner:innen wurde daher insbesondere für die Zusammenarbeit mit externen Partner:innen auch ein proaktives Vorgehen beschrieben, um eben diesen persönlichen Kontakt herzustellen (vgl. dazu auch Kapitel 4.2.2), wie das Einladen neuer Kolleg:innen in der Region zum Kennenlernen, aktive Netzwerkpflege, Veranstalten von Austauschtreffen, etc.

Ein wesentliches Merkmal funktionierender Kooperation ist aus Sicht der Interviewpartner:innen auch die innere Haltung und Orientierung zur Zusammenarbeit der Beteiligten. Dabei wurden beispielsweise Neugier für andere Berufe, die Bereitschaft zur Zusammenarbeit, Teamfähigkeit, das Commitment zur Kommunikation (auch ohne strukturelle Verpflichtungen), eine patient:innenzentrierte Grundhaltung und ein gemeinsames Zielverständnis sowie die Freude an der Arbeit als zentrale personale Voraussetzungen gesehen:

„Also ich liebe es, wenn die Leute teamfähig sind und wenn sie verlässlich sind. Das ist, finde ich, ganz entscheidend (...) da muss Zusammenarbeit gut möglich sein oder dass man auch mal für den anderen einspringt oder dem anderen zur Hand geht.“ (B4, Z. 371-376)

„Ich habe im gesamten System um mich herum, ob das jetzt die Ordi ist oder die Teams außerhalb sind und die Kontakte außerhalb sind, habe ich niemanden, aber wirklich genau gar niemanden im solidarischen System Arbeitenden, wo ich das Gefühl habe, er macht seinen Job nicht gern. Und das ist ein schönes Zusammenarbeiten, weil ein gewisser Grundkonsens eben da ist, dass man sagt, man arbeitet für den Patienten, aber es ist egal, was das System macht. Und das hilft, dass man natürlich mit dieser Grundeinstellung auch gut aufgefangen wird, weil man merkt, die anderen ticken auch so.“ (B2, Z. 799-806)

„Der Patient steht mit all seinen Problemen im Kontext und nicht einzelne Probleme und der Patient ist halt irgendwo Teil des Problems. Und diese Bereitschaft zum interprofessionellen Zusammenarbeiten, dass man sagt, man versucht es, so zu managen, dass man sagt, wer kann was und wenn sich die Kompetenzen überschneiden, akzeptiert man das und sieht es nicht als Konkurrenz. Das ist für mich ganz wichtig.“ (B2, Z. 647-652)

„Und ich glaube, diese Neugier an den anderen Berufen und an das gemeinsame Arbeiten ist einfach wichtig.“ (B2, Z. 844-845)

Wiederholt wurde betont, dass Wertschätzung – sowohl auf persönlicher als auch auf struktureller Ebene – eine tragende Säule gelingender Zusammenarbeit darstellt. Diese zeigt sich durch das Ermöglichen von eigenverantwortlichem Arbeiten, Loyalität im Team und faire Bezahlung, aber auch durch die Berücksichtigung von fachlichen Vorleistungen, beispielsweise durch Erwähnung der im niedergelassenen Bereich gesetzten Maßnahmen in Krankenhausarztbriefen:

„Und schon die Wertschätzung einerseits finanziell, also ich habe ja auch Überzahlungen und Bonuszahlen. Aber die Tarife, die wir haben, also, sind sehr niedrig angesetzt, sagen wir es einmal so. Also die meisten überzahlen auch deutlich. Dann ist es persönliche Wertschätzung und einfach der Zusammenhalt im Team und die Geschlossenheit vom Team auch gegenüber Patienten, die einmal komisch sind. (...) Die größte Wertschätzung sehe ich, wenn sie sehen, dass sie in ihrem Bereich eigenverantwortlich arbeiten dürfen und dass ich ihnen das auch zutraue.“ (B1, Z. 782-794).

„Aber das finde ich einfach wertschätzend, wenn die Vorarbeit beschrieben wird, dass das nicht nur heißt, Patient kommt mit Schwellung am Hals vom Hausarzt sondern dass wir uns da auch damit beschäftigt haben. Also das ist sowas wie die Wertschätzung, wenn das immer wieder drinsteht, was haben wir gemacht und das wäre vielleicht auch ein Ansporn für andere Kollegen, die nicht schallen oder sich das nicht antun. Es reicht ein halber Satz dazu.“ (B3, Z. 983-988)

Als hilfreich erlebt wurden zudem flache Hierarchien, eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe, eine konsensorientierte Kommunikationskultur und Stabilität in der Teamzusammensetzung:

„Wenn du heraußen in der Zusammenarbeit eine strenge Hierarchie einforderst, die nicht auf Augenhöhe ist, dann fragmentiert es sich automatisch.“ (B2, Z. 932-933).

„(...) ich finde schon, dass man auf Augenhöhe trotzdem arbeiten sollte. Das ist immer sehr unangenehm, wenn irgendwer meint, er ist schlauer als der andere (...) ich bin nicht so der Typ, der so gern irgendwas anschafft oder so, sondern ich hätte mir das gerne ausdiskutiert und wenn der andere sagt, na, ich möchte es aber gern lieber so machen, dann können wir uns da irgendwie zusammenreden oder absprechen.“ (B4, Z. 351-359)

Ein zentrales Erfolgskriterium für gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit ist entsprechend qualifiziertes Personal mit einer klaren Abgrenzung von Rollen und Verantwortlichkeiten (vgl. dazu auch Kapitel 4.2.1). Die Interviewten betonen, dass eigenverantwortliches Handeln auf Basis klar definierter Aufgabenbereiche die Arbeitsabläufe erleichtert, rechtliche Sicherheit schafft und die Motivation zur (Zusammen-)Arbeit steigert:

„Also fachlicher Ebene glaube ich wirklich, ich brauche Personal mit entsprechenden Qualifikationen. Ich halte nichts davon, dass ich sage, ich stelle jetzt eine Ordinationsassistentin an, aber die macht eh alles. Nein. Wenn ich da Qualität haben will und ich will da auch rechtlich abgesichert sein, dann stelle ich eine Diplomierte an. (...) Das Leben in diesen Verantwortungen ist, glaube ich, auch der Grund, wieso es gut funktioniert und jeder einen guten Job machen will“ (B1, Z. 755-764).

„Wenn du weißt, was die anderen Berufe können und dürfen, tut man sich nachher auch leichter in der Kooperation.“ (B2, Z. 1030-1031)

Regelmäßige Rückmeldungen und Feedback – auch informell – werden als zentral für Qualitätssicherung, Motivation und interprofessionelles Lernen genannt:

„Und das finde ich halt klasse, wenn, ich freue mich auf Feedback von Kollegen, die dann anrufen. Einmal hat mich ein Kinderchirurg angerufen und sich bedankt dafür, dass wir... dass wir den Buben geschallt haben und die Invagination hat gestimmt im Schall. Das tut gut.“ (B3, Z. 1003-1006)

Neben individuellen Faktoren werden auch strukturelle Erleichterungen als förderlich beschrieben. Dazu zählen unkomplizierte, niederschwellige Möglichkeiten der Kontaktaufnahme als auch räumliche Nähe von externen Partner:innen, die wie im Vorkapitel beschrieben teilweise durch gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten zu erreichen versucht wird.

4.4. Hemmende Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit

Gegenständliches Kapitel gibt einen Überblick über Hindernisse oder Schwierigkeiten in der Etablierung oder Aufrechterhaltung interprofessioneller Zusammenarbeit, die seitens der Interviewpartner:innen beschrieben wurden.

Analog zum Vorkapitel wurde auch hier zunächst versucht, die genannten Faktoren zu clustern, relevante Details je Kategorie werden in weiterer Folge beschrieben:

Unterkategorie	Genannte Faktoren
Zeitmangel und Ressourcenknappheit	Personalknappheit, Zeitknappheit, lange Wartezeit auf Termine
Zugang und Finanzierung	Fehlende Honorierung interprofessioneller Zusammenarbeit, Benachteiligung gegenüber Primärversorgungseinheiten, Mangel an kassenfinanzierten Angeboten, eingeschränkter Zugang zu fachärztlichen Terminen, begrenzte private Finanzierbarkeit
Fehlende Koordination und Überblick	kein Überblick über bestehendes Versorgungsangebot, mangelnde Qualitätskontrolle
Kommunikation	Datenschutz, fehlende Kommunikationswege, keine gemeinsamen Dokumentationsplattformen, digitale Fragmentierung, eingeschränkte Rückmeldungen, fehlende Strukturverpflichtungen
Rollen- und Rahmenbedingungsunklarheit	Mangelnde Kenntnisse über Kompetenzen und Arbeitsrealitäten
Persönliche Faktoren	Sprachbarriere, mangelnde Awareness und/oder Bereitschaft für interprofessionelle Zusammenarbeit, unzureichende soziale Kompetenz

Tabelle 3: Hemmende Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit, kategorisiert

Zeitmangel zieht sich durch fast alle Aussagen und stellt laut den Befragten das größte Hindernis dar, dies betrifft nicht nur die eigene zeitliche Verfügbarkeit, sondern jene aller beteiligten Berufsgruppen. Beschrieben wird außerdem der wahrgenommene personelle Mangel im Gesundheitssystem, der das Problem der Zeitknappheit weiter verschärft:

„Also, die größte Schwierigkeit haben wir momentan wirklich einfach mit der zeitlichen Verfügbarkeit.“ (B1, Z. 682-683)

„Es braucht halt Zeit. Und das ist halt der Punkt, wo ich sage, Zeit ist immer Hindernis bei uns.“ (B2, Z. 659-660)

„Von allen Beteiligten, weil ich merke auch, dass die Mobilen Dienste ständig unter Zeitdruck sind. (...) Also, es ist gesamt momentan leider so, dass man das Gefühl hat, es ist zu wenig Human Resources im System. Also, es ist einfach, es fehlt an allen Ecken.“ (B2, Z. 778-784)

„Ich glaube schon der Zeitmangel, also der Arzt, der im Krankenhaus nicht erreichbar ist, der ist nicht nicht erreichbar, weil er faul auf der Couch liegt, sondern weil er im OP steht. Also der Zeitmangel, weil es keine eingeplante Zeit gibt, dass man sich intern austauscht.“ (B6, 541-544)

Relevant ist dies nicht nur im Hinblick auf mangelnde zeitliche Ressourcen aller Beteiligten für Absprache, Austausch und gemeinsame Entscheidungsprozesse, sondern führt auch zur Problematik, zeitnahe Termine für fachärztliche Konsultationen und/oder nicht-ärztlich Gesundheitsbehandlungen für Patient:innen zu ermöglichen bzw. organisieren:

„Es gibt es wohl auf Kasse, auch im Bezirk. Aber die Wartezeiten sind, also so eine Erstkonsultation - ja, aber es sind die Wartezeiten einfach so, dass das anders nicht geht.“ (B1, Z. 125-127)

In diesem Zusammenhang wurde teilweise berichtet, insbesondere in dringlichen Fällen persönliche Kontakte zu nutzen, um eine raschere weiterführende Abklärung zu ermöglichen:

„Es geht immer über persönlichen Austausch. (...) da darf ich dann auch dort anrufen oder ruf das Sekretariat an und krieg dann für den Patienten. Ich versuche

das auch nie auszunutzen. Da geht es mir dann wirklich um eine dringliche Abklärung.“ (B3, Z. 662-666)

Zwar wird funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit von den Befragten als Möglichkeit wahrgenommen, besser mit den knappen Ressourcen im System umzugehen, es wird aber darauf hingewiesen, dass hierfür zumindest die Bereitschaft erforderlich ist, jene Zeit zu investieren, die zur Etablierung ebendieser tragfähigen Zusammenarbeitsformen erforderlich ist.

„Und man kann es durch interprofessionelles Zusammenarbeiten besser ausbügeln, als wenn man aneinander vorbei arbeitet. Weil wenn ich sage, okay, pass auf, dann komme ich einmal zur Visite, dann braucht ihr den Verbandswechsel nicht machen, ist es Erleichterung für alle.“ (B2, Z. 784-787)

Eine zentrale Problematik betrifft Versorgungslücken im kassenfinanzierten, niedergelassenen Bereich durch fehlende Kassenverträge bzw. kassenfinanzierte Therapieplätze und Patient:innen müssen lange Wartezeiten oder weite Wege auf sich nehmen oder privat zahlen. Spezielle Knappheit besteht zudem bei Angeboten, die eine Versorgung zu Hause ermöglichen (z.B. Hausbesuche von Physiotherapeut:innen, Psycholog:innen):

„Schwierig macht es, weil ich es einem Kassenpatienten nicht ermöglichen kann, dass er es auf Kassa kriegt. (...) Weil ich kann dem nur sagen, gehen Sie zu dem und dem Therapeuten, aber den müssen Sie selber zahlen.“ (B4, Z. 688-697)

„Da ist vor allem wirklich so, dass ich den Fokus auf die hausärztliche Versorgung habe. Oder auch die Versorgung zu Hause eben habe in vielen Dingen und immer versuche herauszufinden, wer kann auch zu den Patienten hinkommen.“ (B2, Z. 406-409)

Gleichzeitig wird berichtet, dass in vielen Fällen die finanziellen Ressourcen und oder die Bereitschaft der Patient:innen zur privaten Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen fehlen. Die Interviews verdeutlichen, dass sozio-ökonomisch benachteiligte Patient:innengruppen durch privat zu finanzierende Leistungen systematisch benachteiligt werden:

„(...) Wenn wir Patienten haben, die die Mindestpensionisten sind und noch selbstständig, Pflegegeld Stufe 1 haben oder vielleicht 2 haben und chronisch

offene Füße haben, also chronische Ulzera haben, die können sich keine Hauskrankenpflege leisten, die 20 Euro in der Viertelstunde rechnen, das dreimal in der Woche.“ (B3, Z. 166-170)

„Und es ist doch zunehmend zu beobachten, finde ich, dass die Leute sehr aufs Geld schauen und dass sich viele das einfach nicht leisten können oder nicht leisten wollen. (...) Wenn ich von den, sagen wir mal, von zehn Überweisungen, die ich ausstelle, werden vielleicht sechs genutzt.“ (B4, Z. 445-448)

In diesen Fällen werden teilweise ärztlicherseits die entsprechend notwendigen Versorgungsleistungen übernommen, beispielsweise im Bereich Wundversorgung oder Ernährungsberatung – wissend, dass dies nicht zwangsläufig die ideale Versorgungsform darstellt.

In diesem Zusammenhang empfinden viele Ärzt:innen die strukturelle Schlechterstellung gegenüber Primärversorgungseinheiten (PVEs) als hinderlich und problematisch im Sinne der Versorgungsgerechtigkeit:

„Die Ungerechtigkeit, wenn man so will, ist wirklich, dass, wenn Sie ins PVZ gehen, ist das als Kassenleistung mit dabei und bei mir müssen sie es zahlen.“ (B1, Z. 136-138)

„Es scheitert eben, weil es vom System her für die Einzelpraxis so nicht vorgesehen ist. Wäre ja auch für den Patienten gerechter. Weil selbst, wenn wir jetzt einen PVE gründen, meine Patienten, die von meiner Praxis mitgehen, haben jetzt dann das Glück, dass sie eine Physio oder eine Psychotherapie oder was auch immer wir als erweitertes Team anbieten, bekommen. Aber die vom Nachbarkollegen haben halt nicht das Glück mehr oder weniger. Und das ist eigentlich eine Ungleichbehandlung auch der Patienten.“ (B4, Z. 688-697)

Im Zusammenhang mit Leistungshonorierung werden fehlende Honorierungsregelungen für Koordinationstätigkeiten bzw. Einschränkungen bei der Abrechenbarkeit von Rückmeldungen als hinderlich und demotivierend genannt:

„Würden wir die Helferkonferenz als Position mit dem entsprechenden Zeitaufwand bezahlt kriegen, wäre es sicher auch möglich, die Kollegen mehr zu motivieren, das auch strukturierter zu machen.“ (B2, Z. 564-566)

„Also es ist im Honorarkatalog in keiner Weise wiedergespiegelt, dass wir uns zusammenreden sollen mit irgendwem. (...) Also macht man es nicht, beziehungsweise man macht es auch nur auf Eigeninitiative und auf eigene Zeit.“ (B4, Z. 469-472).

„Und das ist insofern auch blöd geregelt, weil die meisten Fachärzte schließen den Patienten ja ab, wenn er kommt. Die machen ja für sich selbst auch einen Arztbrief, der liegt ja fertig da. Aber verschicken können sie ihn halt nur dann oder die 3,40 Euro fürs Verschicken können sie dann verrechnen, wenn sie eine Überweisung in der Hand haben. Das ist lächerlich.“ (B3, Z. 437-441)

Erschwert wird die gezielte Zusammenarbeit und Zuweisung zu bestehenden (kassenfinanzierten) Angeboten durch die Schwierigkeit, Kenntnis und Überblick über laufend wechselnde Verfügbarkeiten zu erlangen. Beklagt wird zudem auch der fehlende Einblick in Vorgangsweise und Qualitätsstandards anderer Gesundheitsdienstleister:innen:

„Aber bei uns, es gibt immer so Projektphasen und dann wird irgendwo irgendwas gemacht. Kein Mensch weiß, dass es das gibt. (...) Weil wie kommst du auf die Idee, dass bei mir im Dorf eine Kassenstelle für psychiatrische Ergotherapie ist? (...) Aber es ist so ein Flickwerk. Es ist mühsam.“ (B1, Z. 592-597)

„Aber da muss ich oft einfach auch in Google reinschauen, wen gibt's dann. Und anhand der Namen hat man dann ein bisschen einen Bezug, vielleicht. Da gibt es kein System oder keine Übersicht, wo man das jetzt gut finden kann.“ (B1, Z. 602-605)

Erwähnenswert erscheint in diesem Zusammenhang auch, dass sich die ärztlichen Interviewpartner:innen sowohl im Hinblick auf fachärztliche Kolleg:innen als auch auf nicht-ärztliche Gesundheitsdienstleistungen mitverantwortlich für jene Stelle, zu denen eine Überweisung oder Empfehlung erfolgt, fühlen und ein Mangel an Kenntnis ebendieser oder Unzufriedenheit mit den fachlichen und/oder sozialen Kompetenzen der Partner:innen ebenfalls hinderlich erlebt wird:

„Bei den Internisten war es auch so, dass wir mehrfach gesagt haben, wenn du ein Problem hast, sag uns das. Aber die Patienten sind echt unwillig, wieder hinzugehen. Das fällt mir auf meinen Kopf. Wenn es dann heißt zum XXX kannst

du nicht gehen, weil der schickt dich dauernd zu dem und dem. Da mag aber keiner hingehen und das ist ja dann mein Kassenvertragspartner.“ (B3, Z. 694-698)

„Also, da ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen genauso wie auch mit manchen Kollegen schwierig. Weil einfach Qualitätskontrolle oder irgendeine Info, dass ich weiß, okay, wo ist jetzt wirklich eine Diätologin oder Diätologe, wo ich weiß, das hat Hand und Fuß und nicht nur wieder irgendwelche Shakes verkauft werden.“ (B1, Z. 870-874)

Ein zentraler Problembereich betrifft die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen. Insbesondere im Zusammenhang mit der Zusammenarbeit mit externen Partner:innen ist das Fehlen strukturierter Rückmeldungen von ebendiesen ein wiederkehrendes Thema. Die Interviewteilnehmer:innen erleben sich nahezu ausschließlich in der Rolle, hierbei die treibende Kraft sein zu müssen und Feedback und Rückmeldungen nur auf eigene, proaktive und/oder ausdrückliche Nachfrage zu erhalten, selten wird aktiv berichtet. Dieser unstrukturierte Informationsfluss führt zu unnötiger Mehrarbeit oder sogar Gefährdung der Versorgungskontinuität.

„(...) ich muss mir den Befund selber suchen, weil es schickt ihn mir keiner. Also diese fehlende Kommunikation ist das, was mich am meisten stört. Und die kann man schwer ersetzen, da muss man einfach Grundregeln einführen.“ (B2, Z. 1082-1085)

„Ich habe kein Feedback, sondern ich muss immer selber zum Hörer greifen, wenn ich was wissen will.“ (B4, Z. 321-322).

In engem Zusammenhang mit den Schwierigkeiten in kontinuierlicher Kommunikation stehen auch die mehrfach betonten mangelhaften gemeinsamen Kommunikations- und Befundplattformen, über die beispielsweise der Verlauf interprofessioneller Maßnahmen nachvollziehbar wäre, und die fehlende Interoperabilität digitaler Systeme. Dies zwingt zu zeitaufwändiger Umgehungskommunikation oder verhindert Kommunikation überhaupt.

„Ich kann zum Hörer greifen und ihn anrufen und fragen, aber ich habe jetzt nicht die Möglichkeit, dass ich mich einlogge und sage, okay, und was will der Herr XY, wie tut er beim Logopäden oder so?“ (B4, Z. 631-633)

Ein:e Interviewteilnehmer:in beschreibt, dass die Zusammenarbeit mit den verschiedenen mobilen Diensten der Region dadurch deutlich erschwert ist, dass jeder Anbieter eine eigene digitale Kommunikationslösung/-plattform betreibt, die miteinander nicht kompatibel sind:

„Wo ich sage, sorry, ich habe weder die Zeit noch die Lust, dass ich 150 verschiedene Logins und Passwörter habe. Weil das braucht alles Zeit. Solange das nicht koordiniert ist, dass ich sage, das, was am Patienten gearbeitet wird, hat eine Sammelstelle und zu der hat jeder aufgrund seiner beruflichen Berechtigung gezielt oder ungezielt den Zugang und es ist klar, wer einloggt und wer dokumentiert und das wird so gekürzt, dass es jeder sehen kann. Solange ich das nicht habe, stirbt halt ein Teil der Zusammenarbeit auch an dieser Kommunikationslücke.“ (B2, Z. 588-595).

Auch der Datenschutz wird als maßgebliche Einschränkung der interprofessionellen Kommunikation identifiziert, besonders einschränkend wird dieser in der Zusammenarbeit mit psychosozial versorgenden Berufsgruppen erlebt:

„Und auch da ist offenbar der Datenschutz irgendwie so eine Sperre, weil die dürfen sich da irgendwie nicht melden aktiv oder so.“ (B3, Z. 527-529)

Als zentrale Problematik, die ebenfalls im Zusammenhang mit den vorher genannten Hindernissen für Kommunikation und digitale Vernetzung steht, wird das Fehlen struktureller Verpflichtungen für Zusammenarbeit und Kommunikation genannt:

„Und das ist, glaube ich, ein Knackpunkt, dass wir einfach noch keine vorgegebenen Strukturverpflichtungen haben.“ (B2, Z. 569-570).

„Aber wenn ich nicht aktiv nachfrage (...) dann ist das auch nicht verpflichtend und strukturiert genug, dass das auch von der Strukturebene her so eingeführt ist, dass es funktioniert. (B1, Z. 573-578)

Während die persönliche Kenntnis der Beteiligten klar als förderlicher Faktor für die Zusammenarbeit genannt wurde und die Interviewteilnehmer:innen auch von Anstrengungen berichteten, Austauschräume zu schaffen, um eben dieses Kennenlernen zu ermöglichen, scheint auch dies durch fehlende strukturelle

Vorgaben und unklare bzw. fehlende Zuständigkeiten für die Organisation und das Schaffen ebendieser Räume erschwert:

„Aber das ist nie so einfach, also gerade der Kontakt mit den Kollegen im Bezirk ist auf keiner formalen Ebene in irgendeinem Jour fixe oder irgendwas geregelt. Und das ist eigentlich das, was am meisten fehlt, sage ich einmal.“ (B2, Z. 487-489)

Einige Interviewteilnehmer:innen merkten an, dass es schwierig sei, eine koordinative Funktion wahrzunehmen und einen Überblick über Patient:innenpfade zu behalten, wenn weder eine automatische Übermittlung entsprechender Befunde erfolgt noch eine verpflichtende allgemeinärztliche Einbindung vor der Inanspruchnahme anderer Gesundheitsdienstleistungen erforderlich ist.

Erschwerend für die Zusammenarbeit erscheint zudem Kompetenz- bzw. Rollenunklarheit zwischen den Berufsgruppen sowie mangelndes Verständnis für die unterschiedlichen Arbeitsrealitäten, insbesondere zwischen intra- und extramuralem Bereich.

„Und drittens habe ich mir gedacht, wozu soll ich eine Krankenschwester anstellen, die zu 90 Prozent in der Woche eigentlich das gleiche macht wie alle anderen. Weil wir haben nicht so viele Diabetiker zum neu einschulen oder Infusionen zum Anhängen und da dann eine Hierarchie-Ebene einzuziehen, die dann ja doch deutlich besser entlohnt wird als die anderen aber das gleiche macht, halte ich nicht für gescheit, also das hat sich bis jetzt nie ergeben.“ (B3, Z. 198-203)

„Mich als Hausärztin kostet es dann eineinhalb Stunden Chefarztstreitereien, dass ich die Verbandsmaterialien kriege, die der plastische Chirurg aus dem Krankenhaus aufschreibt. Weil der einfach nicht weiß, was möglich ist. Das sind so Dinge, wo ich sage, da speilt sich es dann, wo wir dann mit Dingen überfordert werden oder der Patient durch die Finger schaut, weil keiner drin weiß, was da draußen passiert.“ (B2, Z. 1062-1067).

Auch persönliche Faktoren wie sprachliche Barrieren, fehlende interprofessionelle Haltung, oder mangelnde Kommunikationsfähigkeit behindern die Zusammenarbeit:

„Prinzipiell glaube ich schon, dass es sehr stark davon abhängt, ob der andere überhaupt der Meinung ist, dass er mit anderen Leuten reden muss oder nicht. Weil

es gibt schon Leute, an die kommt man nicht einmal heran, wenn man eine Frage hat.“ (B6, Z. 471-473)

„Dann komme ich zum Turnusarzt, der, da kann er nichts dafür, nicht geschickt Deutsch spricht. Und die Hälfte von dem, was ich sage, nicht versteht.“ (B6, Z. 476-478)

4.5. Systemische Veränderungen

Um die dritte Forschungsfrage beantworten zu können, wurden die Interviewpartner:innen nach Veränderungswünschen auf Systemebene gefragt, damit auch in Einzelvertragsordinationen interprofessionelle Zusammenarbeit gut gelebt werden kann. Die dabei genannten Aspekte stehen naturgemäß in engem Zusammenhang mit den zuvor identifizierten förderlichen und hemmenden Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit und werden anhand der hierzu gebildeten Kategorien UK 4.1 – UK 4.5 (vgl. Tabelle 5) nachfolgend erläutert.

4.5.1. Digitale Infrastruktur und Kommunikation

Viele Befragte kritisierten die fehlende digitale Vernetzung zwischen Gesundheitsdienstleister:innen. Besonders bemängelt wurde die mangelnde Interoperabilität bestehender Systeme (zum Beispiel eigene digitale Lösungen seitens verschiedener Anbieter von mobilen Pflegediensten) sowie das Fehlen eines gemeinsamen Dokumentationssystems für alle im Gesundheitsbereich tätigen Berufsgruppen inklusive zugehöriger Verpflichtung zur Eintragung. Es wurde der Wunsch nach einer zentralen und von allen (auch nicht-ärztlichen) Berufsgruppen gemeinsam genutzten Plattform geäußert, idealerweise mit Anbindung an ELGA oder E-Card:

„(...) wenn ich Befunden nachlaufen muss, wenn ich Diagnosen nachlaufen muss, wenn ich Dingen nachlaufen muss, wo ich sage, es wäre gut, wenn die einfach fixiert eingetragen sind.“ (B2, Z. 662-664)

„Das Zweite glaube ich schon, ist jetzt eine Einbindung in die ELGA, Dass, wenn man sagt, man will oder man hat Bedarf zu kommunizieren, dass man jetzt Befunde schicken kann oder reinsehen kann, Überweisungen, also Einbindung an die ELGA.“ (B1, Z. 994-996)

„Also das gehört auch auf die Wunschliste vielleicht, dass so etwas, so gemeinschaftliche Doku (...)“ (B4, Z. 635-636).

Zudem besteht der Bedarf an niederschwelligen, unkomplizierten aber zeitgleich datenschutzkonformen Kommunikationslösungen zur kurzfristigen Abklärung von Fragen:

„Also, es braucht irgendwie die Möglichkeit, dass man das unkompliziert macht. Also wichtig ist, dass es so quasi keinen erheblichen Aufwand...um ein Beispiel zu nennen, wenn ich von irgendeinem Facharzt was möchte und ich muss weiß Gott wen anrufen, bis ich durchgestellt werde, dann macht man das nicht oft. Aber wenn man die Möglichkeit hat, unkompliziert und so quasi ein bisschen nebenher das zu machen, dann wird es viel öfter gemacht und angenommen.“ (B6, Z. 440-445)

„Das muss schneller gehen. Das muss zwei Klicks dauern und nicht Zetteln einscannen, zwischenlagern, aus dem Speicher dazu holen und das Programm starten und das dort reinwurschteln und dann stundenlang auf Antwort warten. Also das geht nicht.“ (B3, Z. 797-800)

„Vom Datenschutz finde ich es immer schwierig. Man tut mit Kollegen dann oft auf WhatsApp oder so.“ (B6, Z. 465-466)

Weitere Wünsche an die Verbesserung der digitalen Infrastruktur betreffen den Ausbau telemedizinischer Angebote sowie von Gesundheits-App-Anwendungen: so wird der Wunsch nach dem Einsatz von künstlicher Intelligenz z.B. für Apps zur Unterstützung von Lifestylemodifikation und Psychotherapie geäußert, im Zusammenhang mit radiologischen und dermatologischen fachärztlichen Abklärungen bestünde zudem ebenfalls Bedarf an telemedizinischem Angebot. Letzteres habe es in einer Region bereits gegeben, wobei Fotos von Hautläsionen dabei digital an eine:n fachärztlich dermatologische:n Kolleg:in übermittelt werden konnten, hier hätten jedoch die Kapazitäten nicht ausgereicht, um alle interessierten Allgemeinmediziner:innen in das Projekt mitaufzunehmen.

„Dass das einen, es kann, glaube ich, sogar KI-gestützt sein, aber dass es da einen niederschwelligeren Zugang gibt zur Gesprächstherapie. Das gleiche eigentlich auch für so gesundheitsfördernde Maßnahmen. Ich glaube, das könnte man ganz

sinnvoll und einfach machen, dass es da eine App gibt, die kann ich den Patienten verordnen.“ (B6, Z. 667-670)

„(...) es ist insofern interprofessionell, als dass der Radiologe eventuell da einfach mal drauf schauen könnte, dass man den Schallkopf hinhaltet und sagt, man kann das das sein? Und man schickt ihm das an.“ (B6, Z. 693-697)

Ein an der Schnittstelle zwischen digitaler Infrastruktur und besserer Übersichtlichkeit des Versorgungsangebot liegender klarer Wunsch betrifft zudem die Einrichtung einer Datenbank für bestehende Versorgungsleistungen bzw. Gesundheitsdiensteanbieter:innen und wird im Detail in Kapitel 4.5.4 beschrieben.

Als einer der relevantesten förderlichen Faktoren für die interprofessionelle Kommunikation wurde die persönliche Bekanntheit der Akteur:innen untereinander beschrieben. Gelegenheiten, sich mit anderen regionalen Gesundheitsdienste:anbieter:innen bekannt zu machen, scheinen daher von großer Wichtigkeit zu sein (vgl. Kapitel 4.3) Im Hinblick auf die hierfür zwar als hilfreich wahrgenommenen interprofessionellen Austauschräume, wie z.B. gemeinsame Fortbildungen oder Qualitätszirkel, deren Umsetzung allerdings oftmals als nicht zufriedenstellend beschrieben wurde, besteht der Wunsch der Übernahme der Verantwortung für die Organisation ebendieser durch externe Stakeholder:innen, wie beispielsweise Sozialversicherungsträger oder Fachgesellschaft:

„Schon so eben interprofessionelle Qualitätszirkel wären total genial, weil da würde man sich auch treffen. Und da würden die aus der Region kommen, würde ich mal erwarten. Das wäre sicher hilfreich. Und... es wäre aber auch natürlich, die Frage ist immer, wer organisiert das, wer macht das. Es könnte ja auch wirklich von der Kasse ausgehen zum Beispiel oder auch eben von dem, teilweise, gut da ich sehe mich dann auch in der SAGAM natürlich mit, wo man es machen könnte.“ (B5, Z. 531-537)

4.5.2. Zugangsgerechtigkeit, Gleichstellung mit PVE

Als zentrale Problematik wird von den Interviewteilnehmer:innen die Unzugänglichkeit von kassenfinanzierten, nicht-ärztlichen Gesundheitsdienstleistungen für nicht in PVE betreuten Patient:innen gesehen: dies liegt einerseits am Mangel an kassenfinanzierten Betreuungsplätzen, andererseits

aber auch an der fehlenden Möglichkeit für Einzelvertragsordinationen, ihr Ordinationsteam ebenfalls umfassend interprofessionell zu erweitern. So besteht neben dem Wunsch nach einem generellen Ausbau des kassenfinanzierten Angebots die klare Forderung, für Einzelvertragsordinationen unter bestimmten Rahmenbedingungen vergleichbare Zusammenarbeitsmöglichkeiten wie für PVE zu schaffen.

„Also das Wichtigste, glaube ich, wäre eben diese... diese grundsätzliche Gleichstellung, was die Berufsgruppen angeht (...) Aber dann klar sein muss, es muss eine Anbindung an der Primärversorgung geben, also, wenn ein Physiotherapeut oder Diätologe das abrechnen will auf Kasse, dass das auch dann passiert, wenn das strukturiert im Rahmen der Primärversorgung passiert. Aber nicht, dass jetzt jeder Physiotherapeut abrechnen darf. Das wäre wahrscheinlich genau wieder das Gegenteil. Das kostet nur und bringt nichts. Sondern wenn man sagt, es gibt Strukturen, wo die mit dabei sind, dann ist eine Verrechnung möglich, dass man das unter gewissen Qualitätskriterien dann aufmacht.“ (B1, Z. 988-1009)

Dabei wird eine klare Präferenz für eine Variante angegeben, die es ermöglicht, andere Berufsgruppen direkt in das eigene Ordinationsteam aufzunehmen, da dies einfachere Rahmenbedingungen für eine Zusammenarbeit schafft:

„Dann hätte ich ganz gerne die Möglichkeit, einen Physiotherapeuten oder einen Therapeuten, egal ob Psycho, Physio, Sozialarbeiter, Diätologie bei mir zu haben und dem direkt zuweisen zu können. (...) das wäre am Nettesten und am Unkompliziertesten, glaube ich.“ (B4, Z. 529-533) Und dass ich den im Team hätte, das wäre schon fein. Also ich wäre eher so ein Befürworter dieses multiprofessionellen Teams, wenn ich das so sage. (B4, Z. 554-556)

Seitens einer/eines Befragten wird diesbezüglich vorgeschlagen, das ÖGAM Praxissiegel als Kriterium anzuwenden und jenen Ordinationen, die damit nachgewiesen haben, versorgungsrelevant zu arbeiten, eben diese Zusammenarbeitsformen zu ermöglichen:

„(...) okay, die, die das Praxissiegel haben und quasi nachgewiesen haben, dass sie primärversorgungsrelevant qualitativ arbeiten und dort ja auch diese Berufsgruppen mit dabei haben. Wenn gute Qualität vorhanden ist und es wird primär versorgt und gemacht, ist die Organisationsform nicht entscheidend für die

Zusammenarbeit mit den Berufsgruppen. Also das wäre, glaube ich, sinnvoll.“ (B1, Z. 1013-1016)

Andere Vorschläge inkludieren eine „Pool-Lösung“ für nicht-ärztliches Gesundheitspersonal, dass z.B. auch dabei helfen könnte, kurzfristige Personalengpässe abzufedern:

„Gerne auch so ein Netzwerk eigentlich, von möglichen Unterstützungen, dass greifbare Berufe, vielleicht auch nur kurzfristig, also so als Netzwerk, wenn es wäre, wenn ich jetzt träume.. (...) aber trotzdem ist ja auch so die Idee, dass ich Ordinationsmitarbeiter und Mitarbeiterinnen, aber auch unterschiedliche Berufe (...) weil die in der Ordination arbeiten könnten. Auch eben Sozialarbeiter, DGKPs, Ordinationsassistentinnen oder so im Krankheitsfall oder so einen Pool hätte, wo ich dann darauf zugreifen könnte.“ (B5, Z. 763-743)

Auch eine Zusammenarbeit mit entsprechend niederschwellig und kassenfinanzierten Versorgungszentren wären für die Befragten denkbar:

„Oder irgendwie ein Zentrum, wo man eben die Zuweisung macht, wo man den Patienten hinschicken kann. Ein Zentrum in der Nähe, wo das angeboten wird, wo der Patient die Möglichkeit zur Therapie erhalten könnte, ohne dass er da großartig mit Honorarnoten etc. zu kämpfen hat und Einreichungen und was viele nicht können.“ (B4, Z. 534-537).

4.5.3. Finanzierung und Strukturverpflichtung

Ein mehrfach genannter Wunsch betrifft die strukturelle und finanzielle Absicherung interprofessioneller Kommunikation und Zusammenarbeit. Derzeit findet diese laut Aussagen ausschließlich auf Eigeninitiative und unbezahlter Basis statt. Daher werden abrechenbare Positionen bzw. eine Änderung der Leistungshonorierung gefordert:

„(...) wenn die Pauschale höher ist, habe ich auch mehr Bereitschaft, das zu machen.“ (B2, Z. 741-742)

„Eine Vereinfachung oder ein Widerspiegeln von diesen Gesprächs- oder Zusammenarbeitsgeschichten auch im Honorarkatalog wäre ja auch ganz nett.“ (B4, Z. 541-543)

„Ich hätte überhaupt lieber das PVE-System, also, dass ich pro Patient eine Pauschale kriege und nicht jeden Furz dokumentieren muss.“ (B6, Z. 531-533)

Viele Aussagen betonten, dass interprofessionelle Zusammenarbeit aktuell nicht verpflichtend sei und daher stark von persönlichem Engagement abhängen. Aus Sicht der Befragten wären daher klarere strukturelle Vorgaben und Verpflichtungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit, sowohl im eigenen Team als auch mit externen Partner:innen notwendig, um sicherzustellen, dass einerseits die notwendige Awareness und andererseits ein konsequenter Informationsfluss von allen Beteiligten geschaffen und aufrechterhalten wird:

„Und das ist halt etwas, was ein PVE schon besser bewerkstelligen kann, weil ich da ja schon beim Antrag schreiben müsste, wie oft ich meine Teambesprechungen mache. Und wie oft ich mich mit den Physios und mit der Psychotherapie und mit der Logopädie zusammensetze. (...) Das ist ja ganz anders strukturiert und auch natürlich anders honoriert. Logischerweise. Also da ist eine Honorierungsmöglichkeit da, um auch diese Dinge abzudecken. Das hat der Einzelpraktiker nicht. Darum tun wir uns, glaube ich, diesbezüglich schwer.“ (B4, Z. 472-478)

„Und der Allgemeinmediziner kriegt kein Feedback, ob die Wunde gut läuft oder nicht, weil er auch keine Hausbesuche macht und der Patient zu Hause versorgt ist. Da ist wieder die Fragmentierung da, wo ich sage, schade, drum. Die gehört dann wieder als Verpflichtung hineingenommen.“ (B2, Z. 1303-1307)

4.5.4. Übersicht und Steuerbarkeit

Zentraler Wunsch ist eine bessere Steuerung der Patient:innenströme und vor allem auch der in Anspruch genommenen Leistungen im Sinne der Einführung von verpflichtenden Überweisungen. So könnten unnötige Untersuchungen vermieden werden und es wäre zudem sichergestellt, dass Allgemeinmediziner:innen die der Fachrichtung inhärente Koordinationsfunktion im Gesundheitssystem tatsächlich wahrnehmen könnten.

„Ich wünsche mir die verpflichtende Überweisung (...) Also ich bin Erstanlaufstelle für alle medizinischen Anfragen, egal, um was es geht und fühle mich dafür

zuständig, aber ich fühle mich nicht überall dazu berufen. (...) Und ich wünsche mir eine verpflichtende Überweisung zur nächsten Kompetenzebene.“ (B3, Z. 736-743)

„Erstens krieg ich dann die Befunde alle und es sammelt sich dann wirklich alles irgendwo bei mir und ich kann es koordinieren. Zweitens sind 70% der Überweisungen gar nicht notwendig. Und drittens, wenn Überweisung, dann mit gezielter Fragestellung, weil Bauchweh ist halt eine schlechte Fragestellung oder Atemnot, sondern vielleicht mit ein bisschen einer Untersuchung vorab gezielt, was könnte es jetzt sein. Und damit hat die ganze Untersuchung eine höhere Wertigkeit und eine höhere Trefferquote.“ (B3, Z. 773-779)

Mehrere Ärzt:innen wiesen darauf hin, dass es weder ein System noch eine transparente Übersicht über verfügbare und qualitätsgesicherte Gesundheitsdienstleister:innen gibt. Dies erschwert gezielte Zuweisungen sowie eine weiterführende Zusammenarbeit mit den entsprechenden Partner:innen:

„Das ist die Schwierigkeit. Es gibt keinen Überblick. Das ist ganz, ganz schwierig.“ (B1, Z. 878-879)

Ein digitales Verzeichnis mit Filterfunktion in dem Berufsdaten, Qualifikationen und kassenvertragliche Informationen verschiedener Gesundheitsberufe einsehbar sind, wurde als Lösungsvision beschrieben:

„Was wirklich toll wäre, das gibt es in Vorarlberg oder in Tirol gibt es das. Da gibt es wirklich Plattformen, wo man einfach die Leute einmal findet. Weil man einfach sagt, okay, ich brauche einen Physiotherapeuten, vielleicht mit der Spezifikation oder einen Ergotherapeuten, spezialisiert auf Hand oder auf Fuß, vielleicht noch Kassenstatus. Und dann gebe ich das in ein Ding ein. Und dann poppt es auf und sagt mir, okay, das ist es. (...) Dass ich einfach diese ganzen Einzelprojekte sehe. Es gibt ja teilweise immer auch wieder Diätologen, die wieder ein paar Stunden was haben. Das ist aber völlig intransparent, also gerade, was Kassen erstattungsfähig wäre, dass ich weiß okay, was es gibt. Ich habe keine Ahnung, welcher Diätologe sonst im Bezirk was auf Kasse machen kann. Das fehlt komplett und für viele ist schon das finanzielle Thema. Also, das wäre mal das unabhängig von der Qualität, aber, dass ich zumindest einmal wüsste es gibt es und es gibt es auf Kasse oder mit der Qualifikation, was Ausbildung angeht. (B1, Z. 892-905)

Im Zusammenhang mit der Forderung einer gemeinsamen digitalen Plattform (vgl. Kapitel 4.5.1) wurde außerdem der Wunsch geäußert, Mehrfachuntersuchungen zu unterbinden und eine Priorisierung dringlicher Diagnostik zu ermöglichen:

„Und dass es zum Beispiel keine Möglichkeiten mehr gibt, dass man ihm zweimal hintereinander das gleiche Blut abnimmt oder ihn zweimal ins gleiche MRT schiebt. Dass das so quasi entweder gesperrt ist oder verhindert ist oder keiner mehr macht, weil es einfach keinen Sinn macht, weil er den alten Befund ja sehen kann. Das wäre ganz oben auf meiner Wunschliste. Dann gäbe es den absoluten Wunsch, dass man dringende Untersuchungen irgendwo priorisieren kann, dass das MRT für Kreuzschmerzen seit zwei Jahren eventuell nachgereiht wird dem Akut-MRT von einer frisch verletzten Schulter.“ (B6, Z. 654-661)

4.5.5. Interprofessionelle Ausbildung

Vor dem Hintergrund des bekannten Zusammenhangs zwischen interprofessionellen Ausbildungsangeboten und der erfolgreichen Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeitsformen wurde dieser Themenkomplex in den Interviews gezielt thematisiert. Dabei ergab sich ein weitgehend homogenes Bild: Sämtliche Interviewteilnehmer:innen berichteten, dass ihre universitäre Ausbildung keine oder nur sehr geringe Inhalte zur Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit enthielt. Zugleich äußerten viele die Vermutung bzw. Hoffnung, dass sich dies mit Blick auf aktuelle medizinische Curricula inzwischen verändert haben könnte. In den meisten Interviews wurde zudem explizit der Wunsch formuliert, Aspekte der interprofessionellen Kooperation systematisch in das Medizinstudium zu integrieren.

„Es gab diesbezüglich gar keine Ausbildung im Studium. Alles, was ich glaube darüber zu wissen, habe ich mir selbst angeeignet. Also geht es nicht um spezielle Inhalte sondern um dieses große und wichtige Thema an sich, das in die Ausbildung etabliert werden sollte.“ (B7, Z. 116-119)

Auch die ärztliche Ausbildung im Rahmen des Turnus wurde überwiegend nicht als förderlich für die spätere interprofessionelle Zusammenarbeit erlebt. Ein:e Interviewteilnehmer:in beschrieb ihre Erfahrungen im Krankenhaus sogar als Negativbeispiel für mangelhaft funktionierende interprofessionelle Strukturen.

„Also eher die Erfahrungen in der Ausbildung haben mir gesagt, ich will in dem System Krankenhaus nicht arbeiten, weil dieses Revierdenken unter den Berufsgruppen trägt nicht zu einer guten Patientenversorgung bei. (...) Oder wer hat jetzt die Verantwortung, man schiebt das hin und her, weil das haben wir immer schon so gemacht. Also, das hat mich eher abgeschreckt in der Ausbildung.“ (B1, 1036-1043).

Positiv hervorgehoben wurden hingegen Arbeitsphasen außerhalb des klassischen Turnus, insbesondere in Bereichen mit traditionell hohem interdisziplinärem Austausch wie in Hospizen, geriatrischen Abteilungen, Rehabilitationszentren oder Intensivstationen im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung. In diesen Kontexten wurden interprofessionelle Besprechungen regelmäßig praktiziert, wodurch ein aktiver Austausch sowie ein gegenseitiges Kennenlernen der jeweiligen Kompetenzen und Perspektiven nicht-ärztlicher Berufsgruppen ermöglicht wurde. Ein früherer Kontakt mit nicht-ärztlichen Berufsgruppen während der Ausbildung wurde von den Interviewpartner:innen als wünschenswert gesehen.

Ein:e Interviewteilnehmer:in betonte zudem den positiven Einfluss der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis als ersten Abschnitt des Turnus. Diese habe dazu motiviert, während der klinischen Ausbildung proaktiv den Kontakt zu nicht-ärztlichen Berufsgruppen zu suchen, da durch die Lehrpraxis bereits früh ein Bewusstsein für die Relevanz interprofessioneller Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Berufsgruppen im angestrebten niedergelassenen allgemeinmedizinischen Berufsalltag entstanden sei.

Im Rahmen der kontinuierlichen Fortbildung nach Abschluss der ärztlichen Ausbildung wurden gelebte interprofessionelle Begegnungen – etwa bei gemeinsamen Fortbildungen – als besonders wertvoll für die Förderung von Austausch, Verständnis und Reflexion hervorgehoben:

„Da geht es nicht darum, was ich manuell lerne, sondern da geht es darum, dass ich in der Pause bei so einer Fortbildung Menschen neben mir sitzen habe, die einen anderen Beruf haben und ich automatisch ins Gespräch komme. Wenn ich mich nicht komplett asozial isoliere und sage, ich gehe zu meinen Kollegen und rede nur mit Ärzten, zwingt mich das sozusagen zu einem interprofessionellen Austausch, weil es kommt, dann im Austausch unmittelbar die Frage, wie macht ihr das oder

wie läuft das in eurer Ordination? Und es ist völlig wurscht, ob das ein Arzt fragt oder eine Ordinationsassistentin fragt.“ (B2, Z. 1134-1141).

Im Hinblick auf wünschenswerte Ausbildungsinhalte ist ein wiederkehrendes Thema das mangelnde Verständnis für Kompetenzen, Aufgaben und Herausforderungen anderer Berufsgruppen sowie die Förderung eines Zusammenarbeitens auf Augenhöhe. Dieses Unwissen erschwert die spätere Zusammenarbeit und fördert Hierarchien und Revierdenken:

„Und vor allem das Vermitteln, dass wir Ärzte nicht die sind, die alles machen müssen und die sind, die alleine alles können. Das wird schon ein bisschen noch so vermittelt, dass wir alles können und wissen. Und wenn es wir nicht selbst machen, ist es nicht so viel wert.“ (B1, Z. 1102-1105).

Auch für ärztliche Führungskompetenzen fühlen sich manche Interviewteilnehmer:innen unzureichend vorbereitet:

„Ja, also, ich bin mittlerweile wirklich die Chefin. Das war am Anfang nicht ganz, weil ich es einfach nicht gelernt gehabt habe. Da habe ich erst ein bisschen hineinwachsen müssen in diese Rolle.“ (B6, Z. 207-209).

Seitens der Interviewteilnehmer:innen angesprochen wurde zudem auch die Ausbildung für Pflegekräfte: die akademisierte Pflegeausbildung wird teilweise als zu theorielastig empfunden, es fehle (auch im internationalen Vergleich) an selbstständigem Handeln, so dass der Wunsch nach einem Empowerment der Pflege im Sinne von einer gesteigerten Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung für die eigenen Tätigkeitsbereiche besteht. Zudem mangle es an einer spezifischen Vorbereitung für eine Pflegetätigkeit im niedergelassenen Primärversorgungsbereich als auch in der mobilen Pflege.

Ein weiterer Wunsch betrifft die Schaffung von Möglichkeiten im Rahmen von Aus- und Weiterbildung ein besseres Verständnis der Versorgungsrealitäten außerhalb des Krankenhauses zu erlangen – dies sei sowohl für ärztliche als auch nicht-ärztliche Berufsgruppen essentiell: so wird bereits im Rahmen der allgemeinmedizinischen Ausbildung als erschwerend erlebt, dass die ausbildenden Fachärztinnen und -ärzte kaum Kenntnisse über die Arbeitsrealität der auszubildenden angehenden Allgemeinmediziner:innen verfügen, diese

Schwierigkeit setzt sich dann auch bei der späteren interprofessionellen Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und -ärzten und dem intramuralen Sektor fort:

„Und es sind auch so Arbeitsrealitäten, die ganz banal sind, wie zum Beispiel, die Klinik schreibt Verbandsmaterialien herauf für eine Wundversorgung, wo ich sage, der Allgemeinmediziner kriegt sie nicht bewilligt und im Wundkoffer der mobilen Hauskrankenpflege ist es nicht drinnen. Da müsste ich halt schon wissen, was draußen möglich ist und was nicht möglich ist (...)“ (B2, Z. 1057-1060).

„Das liegt daran, dass die Fachärzte nicht wissen, wie es draußen läuft. (...) Die Kollegen, die selber Allgemeinmedizin in irgendeiner Form miterlebt haben, die haben gleich ganz anders auch reagiert, wenn du gesagt hast, du möchtest Allgemeinmediziner werden. (...) Bei den anderen Berufen ist es so oder bei den Dingen, die man für draußen braucht, ist es natürlich so, dass, wenn man nicht weiß, worauf man sich vorbereitet, sich schwer tut, das einzufordern.“ (B2, Z. 1022-1028)

Hier könnten aus Sicht der Interviewteilnehmer:innen verpflichtende Praktika, Hospitationen oder andere Modelle, die einen Einblick in gegenseitige Arbeitsumfelder ermöglichen, Abhilfe schaffen:

„Und da reichen oft zwei Wochen mobile Dienste mitfahren oder zwei Wochen einmal Schnupperpraktikum in einer Hausarztpraxis machen, um die andere Welt zu sehen. Ich muss sie nicht verstehen, ich muss sie nicht können, aber mitbekommen, das ist, glaube ich, was wichtig wäre, dass man sagt, ein bisschen mehr in die Richtung zu arbeiten oder zu schauen.“ (B2, Z. 991-995).

Obwohl dies nicht direkt das Themenfeld der interprofessionellen Ausbildung betrifft, jedoch maßgeblichen Einfluss auf den Aspekt des fachlichen Lernens hat, soll zudem hier erwähnt werden, dass von manchen Interviewteilnehmer:innen eine Feedbackkultur als hilfreich und notwendig für fortlaufendes Lernen erlebt wird und der Wunsch nach mehr unmittelbarem, auch berufsgruppenübergreifendem Austausch und direktem Feedback besteht:

„(...) die Lernfähigkeit ist umso stärker, je schneller das Feedback kommt. Wenn der Arztbrief vielleicht vier Wochen später daherkommt, ist das wie ein Strafzettel. (...) Und das finde ich halt klasse, wenn, ich freue mich auf Feedback von Kollegen, die dann anrufen.“ (B3, Z. 999-1004).

5. Diskussion

Die drei definierten Forschungsfragen nach gelebten und bewährten Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit in allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationen, förderlichen und hemmenden Faktoren für ebendiese Zusammenarbeit und notwendige systemischen Veränderungen zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit konnten anhand der geführten Interviews beantwortet werden. Die gefundenen Ergebnisse werden in gegenständlichem Kapitel in Relation zu den Erörterungen aus den einleitenden Kapiteln und zum aktuellen Stand der Forschung sowie zur gegenwärtigen Situation in Österreich gesetzt.

5.1. Etablierte Formen der Zusammenarbeit

Im Hinblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der Ordinationsteams zeigt sich, dass in allen befragten Ordinationen zumindest eine weitere nicht-ärztliche Berufsgruppe im internen Team vertreten ist, in mehr als der Hälfte der Ordinationen ist zudem eine diplomierte Pflegekraft Teil des Teams. Im Vergleich zu anderen Erhebungen in diesem Bereich (vgl. Kapitel 1.4.1) ist dies für beide Fälle ein größerer Anteil der befragten Ordinationen. Dies entspricht den Erwartungen, da davon auszugehen ist, dass insbesondere Ordinationsbetreiber:innen mit einem größeren Interesse an interprofessioneller Zusammenarbeit über das Praxissiegel verfügen und auch an gegenständlicher Studie teilgenommen haben.

Speziell erwähnenswert scheint die Rolle von Notfallsanitäter:innen in zwei der beteiligten Ordinationen. Ein Einsatz dieser Berufsgruppe in allgemeinmedizinischen Ordinationen wurde bisher in der Literatur nicht beschrieben, wird aber von den betroffenen Ordinationsbetreiber:innen als hilfreich erlebt. Diese Befunde legen nahe, dass auch bislang wenig etablierte Berufsgruppen, wie Notfallsanitäter:innen, einen wertvollen Beitrag zur Primärversorgung leisten können, sofern geeignete organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Vor dem Hintergrund der generellen Personalknappheit im Gesundheitsbereich erscheint diese, derzeit auf Einzelfallbasis und dem Engagement einzelner Personen durchgeführte

Kooperation, eine mögliche Option, Assistenz Tätigkeiten im niedergelassenen Bereich auf weitere Berufsgruppen auszuweiten.

Als besonders erfolgreich bzw. bereichernd wurde die Zusammenarbeit mit diplomierten Pflegekräften im internen Team beschrieben. Hier zeigt sich, dass diese zumeist alle Aufgaben, die in ihrem Kompetenzbereich liegen, übernehmen und die Möglichkeit haben, selbstständig zu arbeiten. Die Integration diplomierter Pflegekräfte wirkt sich nach Aussagen der Befragten insbesondere dort positiv aus, wo eine klare Aufgabenverteilung, Vertrauen in pflegerische Kompetenzen und eigenständiges Arbeiten ermöglicht werden. Diese Ergebnisse korrespondieren mit internationalen Studien, die zeigen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit dann besonders erfolgreich ist, wenn Rollen klar definiert sind und berufliche Autonomie anerkannt wird (49).

Während die Mehrheit der Befragten die Aufnahme diplomierter Pflegekräfte in das Ordinationsteam als bereichernd erlebte, zeigt das Beispiel einer/eines Befragten, die/der angab, diesbezüglich keinen zusätzlichen Benefit zu sehen, da alle anfallenden Aufgaben auch von Ordinationsassistenten und/oder ärztlichem Zusatzpersonal übernommen werden können, dass hier durchaus noch Handlungsbedarf in der Aufklärung über mögliche Handlungsfelder und Kompetenzen von diplomiertem Pflegepersonal im Primärversorgungsbereich besteht.

Im Zuge der Etablierung von Primärversorgungseinheiten wurden für ebendiese 2019 entsprechende Kompetenzprofile für das aus Ärztin/Arzt, diplomierter Pflegekraft und Ordinationsassistenten bestehende Kernteam definiert (68). Zwar wurde dies nicht im Detail untersucht, vergleicht man jedoch die in den Interviews beschriebenen Aufgabenverteilungen, gibt es hier größtenteils Überschneidungen mit eben diesen Kompetenzprofilen. Weiterführende quantitative Untersuchungen könnten hier, beispielsweise im Zuge einer Online-Umfrage, repräsentativere Klarheit bringen, inwieweit die Aufgabenverteilung der in Einzelvertragsordinationen tätigen diplomierten Pflegekräften jener für die PVE vorgesehenen Aufgabenverteilungen bereits angeglichen ist. Jedenfalls könnte es hilfreich sein, ebendiese Kompetenzprofile – nicht im Sinne einer Verpflichtung aber im Sinne einer Hilfestellung – auch unter den Betreiber:innen von Einzelvertragsordinationen

zu propagieren, um diesen Anregungen für die Gestaltung der Teamzusammensetzung zu geben.

In einem Fall wurden auch pflegerische Hausbesuche beschrieben, andere Interviewpartner:innen wiesen darauf hin, dass dies auf Grund von Einschränkungen in der Abrechenbarkeit nicht durchgeführt wird, der Bedarf jedoch gegeben sei. Eine vergleichbare Problematik besteht für die in einem Interview beschriebene Durchführung von Hausbesuchen durch Notfallsanitäter:innen.

Aus rechtlicher Sicht scheint eine Delegation von Hausbesuchstätigkeit möglich, solange dabei die berufsrechtlichen Kompetenzgrenzen der jeweiligen nicht-ärztlichen Berufe eingehalten werden. Im Hinblick auf die vertraglichen Grundlagen ist es gemäß ÖGK-Gesamtverträgen jedoch derzeit nicht möglich, Hausbesuche, die durch in Einzelvertragsordinationen angestelltes nicht-ärztliches Personal durchgeführt werden, mit den Krankenversicherungsträgern abzurechnen: Stellvertretend kann hier beispielsweise der „Gesamtvertrag für die Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Tirol und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger“ genannt werden: § 10 Abs. 1 regelt, dass ärztliche Leistungen persönlich durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt erbracht werden müssen und § 12 Abs. 1, dass Hausbesuche von Ärztin/Arzt selbst durchzuführen sind (94). Es ist daher davon auszugehen, dass in jenen Ordinationen, die eine Delegation von Hausbesuchen vornehmen, auf eine Abrechnung verzichtet wird.

Da insbesondere auch ein Mangel an Versorgungsmöglichkeiten zu Hause Thema in den Interviews war, erscheint es also sinnvoll, Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Durchführung von Hausbesuchen bzw. Visitentätigkeit durch nicht-ärztliche Ordinationsmitarbeiter:innen zu ermöglichen bzw. andere Lösungsstrategien zur ärztlichen Entlastung bei Hausbesuchstätigkeiten zu schaffen.

Im Hinblick auf die engere Anbindung bzw. Anstellung weiterer Gesundheitsberufe im eigenen Team sind die Ergebnisse nicht eindeutig. So wurde von einigen Interviewpartner:innen der Wunsch nach einer Anstellung weiterer Berufsgruppen, beispielsweise Diätologie, klar artikuliert. Dies steht in eindeutigen Kontrast zu den durch die GÖG durchgeführten Fokusgruppen mit allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationsinhaber:innen, die eine Anstellung weiterer Berufsgruppen

als nicht notwendig und aufgrund der angenommenen zu geringen Auslastung als nicht sinnvoll einschätzten (74) sowie zur Studie von Korsatko, in der 40 % der Befragten nicht einmal eine Zusammenarbeit mit Diätolog:innen als notwendig erachtete (78). Die Befragten sprachen sich zudem deutlich für die Wahrung der freien Wahl von Gesundheitsdienstleister:innen aus, insbesondere in Bezug auf den Zugang zu externen Berufsgruppen – dies steht allerdings der Idee, das eigene Team zu erweitern, entgegen.

Insgesamt zeigt sich, dass Einzelordinationen eine deutliche systematische Benachteiligung gegenüber PVE im Hinblick auf die Optionen interprofessioneller Zusammenarbeit im eigenen Ordinationsteam erleben. Mit wenigen Ausnahmen zeigt sich, dass seitens der Ordinationsinhaber:innen durchaus die Bereitschaft und das Interesse bestünde, das eigene Team breiter aufzustellen und zusätzliche Berufsgruppen mitaufzunehmen, dies ist aber durch die vertraglichen Rahmenbedingungen verunmöglicht. Dies bringt nicht nur Nachteile in der Kooperation zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen sondern verhindert auch eine (intensivere) Zusammenarbeit zwischen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die besonders im Fall chronisch-kranker und/oder komplexer Patient:innen als notwendig erscheint und bereits als hilfreich beschrieben wurde (73).

Nachbesserungen in diesem Bereich erscheinen daher sinnvoll. Neben der Erarbeitung von Modellen zur direkten Anstellung von Gesundheitspersonal in allgemeinmedizinischen Einzelordinationen inklusive alltagstauglicher Finanzierungsoptionen erscheinen auch andere Modelle denkbar. Kreative Vorschläge wurden dazu nicht nur von den Interviewteilnehmer:innen genannt (vgl. Anbindung von kassenfinanzierten Gesundheitsdienstleistungen an Einrichtungen mit ÖGAM Praxissiegel) sondern sind teilweise im deutschsprachigen Raum bereits etabliert: so scheint das in Deutschland implementierte Modell der Gesundheitsdrehzscheibe als vielversprechende Option, auch für Österreich wurden seitens der Gesundheit Österreich GmbH hierzu bereits Überlegungen angestellt (95) und Pilotprojekte, wie die Gesundheitsdrehzscheibe in Graz (96) befinden sich bereits in Umsetzung. Ein diesbezügliches politisches Bekenntnis befindet sich im aktuellen Regierungsprogramm, hier wird als eine Maßnahme zum Ausbau des niedergelassenen und ambulanten Versorgungsangebots die Einrichtung von

„Therapie- und Pflegepraxen (Gemeinschaftspraxis nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe) insbesondere zur Entlastung ärztlicher Praxen“ angesprochen (97).

Im Hinblick auf die erhobenen Methoden der Zusammenarbeit ist besonders die große Varianz in der Gestaltung der Teamzusammenarbeit hervorzuheben. Während in manchen Ordinationen eine starke Besprechungskultur besteht und tägliche Abstimmungen der Ordinationsmitarbeiter:innen fixer Teil des Arbeitsalltags sind, ist dies in anderen Ordinationen weit weniger strukturell integriert. Hierbei stellt sich die Frage, inwieweit die Häufigkeit und Systematik dieser Maßnahmen Auswirkungen auf Effizienz und Versorgungsqualität haben, zur Beantwortung dieser Frage wären weitere Untersuchungen notwendig. Wenngleich es Hinweise auf Vorteile regelmäßiger Teambesprechungen und anderer strukturierter Formen der Zusammenarbeit in der Primärversorgung gibt (98, 99), zeigt bestehende Evidenz weniger einen Zusammenhang zwischen Besprechungsfrequenz und Versorgungsqualität, relevanter scheinen Qualität und Struktur der Meetings zu sein (100).

Bezeichnend erscheint jener Fall, in dem strukturiert geplante Besprechungen als Krisenmaßnahme erlebt werden:

„Also das ist so in der Kommunikation einfach bei uns drinnen, dass es keinen Bedarf jetzt für extra Besprechungen gibt. Es wäre dann wirklich eigentlich eine Krisenmaßnahme. Also, wenn die Notwendigkeit wäre, dass ich sage, okay, jetzt müssen wir uns zusammensetzen, dann wäre das eigentlich schon eher wie eine Krisenintervention. Oder wirklich außergewöhnliche Maßnahme, dann wäre eigentlich schon was schief gelaufen. Oder wäre irgendwas ganz, ganz Besonderes.“ (B1, Z. 511-516)

Klar ist, dass es insbesondere im Vergleich zur Gestaltung der Zusammenarbeit in PVE weniger systemisch gestützte Anreize gibt, entsprechende Strukturen innerhalb des Teams zu verankern: so ist bei Gründung einer PVE im Rahmen des Versorgungskonzept (101) detailliert die Zusammenarbeit im Team, die Rollen- und Aufgabenteilung, die Vorgangsweise bzgl. Team- und Fallbesprechungen und die Planung hinsichtlich Supervisionen darzulegen, so dass sichergestellt ist, dass

entsprechende Überlegungen und Festlegung zumindest im Rahmen des Gründungsprozesses angestellt werden.

Ein gewisser Rahmen für Einzelvertragsordinationen wird diesbezüglich durch die verpflichtende umgangssprachlich so-genannte „ÖQMed-Zertifizierung“ geschaffen, die durch mehrere Interviewteilnehmer:innen explizit genannt wurde – diese Maßnahme scheint also im Hinblick auf die Verbesserung und Strukturierung der Zusammenarbeit in Ordinationen durchaus zu greifen. Es handelt sich dabei um eine auf Basis des Gesundheitsqualitätsgesetz (102) bestehende rechtliche Verpflichtung zur Durchführung einer Selbstevaluation aller niedergelassenen ärztlichen Ordinationen, die alle 5 Jahre anhand festgelegter Kriterien zu erfolgen hat. Im Hinblick auf die interne Zusammenarbeit sind insbesondere § 16 und § 22 der Qualitätssicherungsverordnung (103) relevant. Hier ist unter anderem festgelegt, dass klar definierte und für das gesamte Team transparente Aufgaben und Verantwortungsbereiche bestehen müssen, regelmäßige Mitarbeiter:innenbesprechungen abzuhalten sind, die Mitarbeiter:innen zu Rückmeldungen aufzufordern sind, um daraus erforderlichenfalls Verbesserungsmaßnahmen definieren zu können und auch die Relevanz interner und externer Schulungen wird thematisiert.

Aus Sicht der Autorin scheint es sinnvoll, weiterhin Flexibilität im gelebten Ordinationsalltag zu ermöglichen, da auf Grund der großen Varianz der Versorgungsregionen eine „one size fits all“ Vorgabe nicht realistisch erscheint. Die Umsetzung von Maßnahmen zur Schaffung von Bewusstsein für die Bedeutung der internen Zusammenarbeitsstrukturen auf die Versorgungsqualität erscheint aber jedenfalls sinnvoll.

Im Hinblick auf Teamkultur und Führungsverhalten decken sich die von den Interviewteilnehmer:innen beschriebenen Erfahrungen mit Ergebnissen früherer Forschung, die eine Führung, die Teamarbeit fördert und auf die Beziehung zu den Patient:innen ausgerichtet ist, regelmäßige Besprechungen und dezidierte Koordination der Zusammenarbeit sowie gemeinsamen Raum und Kommunikationskanäle als hilfreich identifizierten (73).

Interessant ist dabei, dass die diesbezügliche Ausbildung und Vorbereitung auf eben diese Führungsrolle als mangelhaft erlebt wurde, darauf wird detaillierter im

Kapitel 4.5.5 eingegangen. Hier wäre anzudenken, entsprechende Unterstützungsangebote für Einzelvertragsordinationen anzubieten: zwar besteht seitens der Plattform Primärversorgung Material zur interprofessionellen Zusammenarbeit (70), das theoretisch natürlich auch für Betreiber:innen von Einzelvertragsordinationen zugänglich ist, fraglich ist jedoch, inwiefern dies in diesem Bereich bekannt ist bzw. inwieweit sich Einzelvertragsordinations-Inhaber:innen von dieser Plattform angesprochen fühlen, da diese bisher eher mit einer dezidierten Orientierung zu Primärversorgungseinheiten assoziiert ist. Seitens einer Ordination wurde von der Nutzung von KI zur Unterstützung der eigenen Führungsrolle berichtet: vor dem Hintergrund der zunehmenden Evidenz für den Nutzen von KI in diesem Bereich (104, 105) erscheint es sinnvoll, den (systemisch gestützten) Einsatz von KI zu prüfen, da dies eine einfache und kostengünstige Option darstellt, Ärztinnen und Ärzte in ihrer Rolle als Führungskräfte zu unterstützen.

Die Selbstbeschreibung ihrer Rolle als Allgemeinmediziner:innen als letzte Verantwortungsinstanz im Patient:innenmanagement, die durch die meisten Befragten erfolgte, sowie die dem fast diametral entgegenstehende Sorge hinsichtlich einer Verwischung professioneller Zuständigkeiten (vgl. Kapitel 4.2.1) zeigte sich auch in anderen Studien im Primärversorgungsbereich (106).

Die Ergebnisse zur Zusammenarbeit mit externen Partner:innen zeigen sich größtenteils im Einklang zu früheren Arbeiten in diesem Bereich (siehe Kapitel 1.4.1.). Im Vergleich zu den Ergebnissen von Haussteiner (75) wurde von den Befragten kein spezifischer Unterschied in der Qualität der Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen genannt.

Als best practices Beispiele können die Zusammenarbeit mit Community Nurses und mobilen Pflegediensten bezeichnet werden und zeigen gleichzeitig den zentralen Stellenwert pflegerischer Leistungen im Primärversorgungsbereich. Symptomatisch dabei zeigt sich jedoch die systemimmanente, strukturelle Trennung zwischen den Verantwortlichkeiten für die Pflege- und Gesundheitsversorgung. So werden die – derzeit oftmals bei den Gemeinden angesiedelten – Community Nurses als Parallelstruktur erlebt, die nicht ideal in die bestehende Primärversorgung eingegliedert ist. Zudem wurden regionale

Unterschiede in der Umsetzung und Ausgestaltung der Rolle von Community Nurses erlebt, die eine Zusammenarbeit erschweren. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Evaluierung der Pilotprojektphase von 2022-2024, die den Community Nurses zwar grundsätzlich positiven Nutzen bescheinigt, aber ebenfalls auf Verbesserungspotenzial im Bereich der interprofessionellen Vernetzung sowie Schärfung des Aufgabenprofils und eine Homogenisierung der gelebten Rolle hinweist (107, 108).

Weniger erwartbar war auch die in einigen Fällen beschriebene, klinische Zusammenarbeit mit Pharmazeut:innen. Während diese in Österreich auf Einzelengagement beruhen dürfte, bestehen international zunehmend Hinweise auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch eine Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Pharmazeut:innen im Bereich der Primärversorgung. Entsprechende Erfahrungen bestehen für die Betreuung von Diabetes und therapieresistenter Hypertonie (109, 110). Vor dem Hintergrund zunehmender Knappheit an ärztlichen Personalressourcen könnte hier ein Vorbild an international teilweise bereits in Erprobung befindlichem task shifting hin zu Pharmazeut:innen genommen werden (111).

Mit Ausnahme der Zusammenarbeit mit mobilen Pflegediensten wurde von keiner/keinem der Interviewpartner:innen eine strukturierte Zusammenarbeit mit externen Partner:innen beschrieben, die Zusammenarbeit ist stattdessen stark durch persönliche Netzwerke, informelle Kommunikationswege und pragmatische Einzelfalllösungen geprägt. Auch dies entspricht den Erkenntnissen anderer Arbeiten in diesem Bereich und zeigt, dass selbst in jenen Ordinationen, in denen davon auszugehen ist, dass ein erweitertes Interesse an interprofessioneller Zusammenarbeit besteht, noch viel ungenutztes Verbesserungspotenzial gegeben ist.

Die beschriebenen informellen Prozesse scheinen zwar funktional, jedoch kaum skalierbar oder langfristig gesichert. Studien zeigen, dass informelle Kooperationen anfällig für Brüche und Qualitätsverluste sind (112).

Interessant ist, dass seitens zahlreicher Interviewpartner:innen stärkere Strukturvorgaben, sowohl im Hinblick auf Hausbesuchstätigkeit als auch im Hinblick auf interprofessionelle Zusammenarbeit als wünschenswert erscheinen, obwohl

dies durchaus auch vermehrten Aufwand auf ärztlicher Seite bedeuten kann. Hier scheint also großes Bewusstsein für den Nutzen und die Wirksamkeit interprofessioneller Zusammenarbeit zu bestehen. Zudem beschrieben einige Interviewpartner:innen die Wahrnehmung, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit stark einseitig gefördert wird und nur dann stattfindet, wenn sie von ärztlicher Seite proaktiv eingefordert wird, dies könnte durch Strukturvorgaben, die auch nicht-ärztliche Berufsgruppen einschließen, erleichtert werden.

Auch hier ist auf den starken Unterschied zu PVE hinzuweisen. Während diese nicht nur die Möglichkeit haben, eine deutliche größere Bandbreite an nicht-ärztlichen Berufen im erweiterten Team direkt anzustellen, bestehen analog zur internen Zusammenarbeit auch hier Vorgaben, die geplanten Zusammenarbeitsstrukturen mit externen Partner:innen bereits im Rahmen des zur Gründung notwendigen Versorgungskonzepts schriftlich abzubilden. Vergleichbare Vorgaben für Einzelvertragsordinationsinhaber:innen fehlen.

Während einerseits eine hohe Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit bestehen zu scheint, scheint andererseits, dass nicht alle Möglichkeiten zur Zusammenarbeit auch ideal genutzt werden.

Dies betrifft zum Beispiel Bereiche, in denen die räumlichen Rahmenbedingungen eine intensivere Zusammenarbeit niederschwellig ermöglichen würden, diese Gelegenheiten aber kaum wahrgenommen werden. Statt einem direkten persönlichen Austausch zwischen den beiden Berufsgruppenangehörigen erfolgt ein Austausch via Patient:in:

„Also, natürlich laufen wir uns immer wieder über den Weg. Gerade an diesen Tagesrandzeiten, wo er schon kommt, aber die Ordination eigentlich schon zu ist. Aber ich muss ja noch arbeiten, noch immer ein bisschen. Und in diesen Randzeiten, in denen wir uns sehen, ist natürlich das Angebot da und auch die Möglichkeit, dass man fachlich jetzt Patientenfälle bespricht. Oder so. Aber das ist ja in der Regel kaum notwendig, dass ich mit dem Physiotherapeuten da jetzt wirklich intensiv oder irgendwas besprechen muss. Das ist in der Regel ja so klar. Also, da läuft es eher wirklich darauf hinaus, dass es eine Zuweisung ist zur Physiotherapie. Und er macht das halt in meinen Räumlichkeiten. Und ich dann eher die Patienten frage, wie waren Sie zufrieden und wie läuft das? Aber natürlich steht

das Angebot, wenn es eine Frage gibt, dass man darüber spricht. Aber das hält sich sehr in Grenzen.“ (B1, Z. 416-427)

Eine mögliche Erklärung ist das fehlende Bewusstsein, inwiefern ein engerer Austausch mit anderen Gesundheitsberufen bzw. in diesem Fall spezifisch Physiotherapeut:innen die Behandlungsqualität erhöhen könnte. Dies zeigt sich auch dadurch, dass es selbst in jenen Fällen, in denen dies im Rahmen des quasi erweiterten Teams in gemeinsamen Räumlichkeiten naheliegend scheint, keinen Überblick darüber gibt, welche Patient:innen bei welchen Berufsgruppen in Behandlung sind. Erschwert wird dies durch rechtliche Einschränkungen im Bereich des Datenaustauschs als auch vertragliche Rahmenbedingungen:

„Das ist rechtlich auch notwendig so, weil sonst die ÖGK ein verstecktes Anstellungsverhältnis sehen würde, dann habe ich ein Problem. Und deshalb machen meine Damen da wirklich keine Terminvereinbarung und es hat organisatorisch keine Verbindung.“ (B1, Z. 433-436)

Hieraus ergibt sich, dass von in PVE als für die Zusammenarbeit hilfreich erlebten Strukturen wie beispielsweise einer gemeinsamen Terminplanung (73) im Einzelvertragsordinationsbereich kein Benefit gezogen werden kann.

Im Rahmen der durchgeführten Interviews wurde berichtet, dass das Thema „Datenschutz“ insbesondere in der Zusammenarbeit mit psychosozialen Berufen als einschränkend erlebt wird. Besonders die mangelnde Rückmeldung über Behandlungsaufnahme und -verlauf bei Patient:innen, die an psychologische oder psychotherapeutische Angebote verwiesen wurden, wurde kritisiert:

„Das würde ich mir bei den Psychotherapeuten auch wünschen, aber die verstecken sich hinter dem Datenschutz.“ (B3, Z. 395-396).

„Da ist der Verband so ein Hindernis, die weigern sich tatsächlich, obwohl sie eine Zuweisung in der Hand haben, damit ist ja klar, dass der Patient einverstanden ist mit meiner Fragestellung. Aber die weigern sich, wie abgesprochen eine Rückmeldung zu geben, dass er gekommen ist, der Patient. Ich weiß nicht einmal, dass er gekommen ist, ob die Therapie anschlägt, ob er weitere Termine gekriegt hat, ob er weitere Termine angenommen hat, davon rede ich gar nicht. Sondern

nicht einmal, ob ein Erstkontakt stattgefunden hat. Das ist bescheuert und ärgerlich.“ (B3, Z. 403-408).

Interpretativ ist hier die gewählte Formulierung beachtlich, diese könnte so gedeutet werden, dass die beschriebenen Einschränkungen in der Zusammenarbeit seitens der/des Befragten als Unwille der psychosozialen Berufsgruppen zu intensiverer Zusammenarbeit erlebt wird.

Diese subjektive Wahrnehmung steht jedoch im Spannungsfeld zur rechtlichen Realität: Es ist davon auszugehen, dass mit der als „Datenschutz“ bezeichneten Problematik die rechtlich relevante „Verschwiegenheitspflicht“ gemeint ist. Gesundheitspsycholog:innen, klinische Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen (Psy-Berufe) unterliegen nach § 37 Psychologengesetz (113) bzw. § 45 Psychotherapiegesetz (114) einer im Vergleich zum Ärztegesetz strengeren Verschwiegenheitspflicht, die einen fallspezifischen Austausch mit zuweisenden Ärztinnen und Ärzten weitgehend verhindert. Die Besonderheit aus (berufs-) rechtlicher Sicht besteht darin, dass diese Psy-Berufe auch ohne ärztlichen Auftrag selbstständig tätig werden können. Etabliert hat sich die Notwendigkeit einer Überweisung aus vertragsrechtlicher Sicht, da die Krankenversicherungsträger im Zusammenhang mit einer Kostenübernahme eine vorhergehende ärztliche Untersuchung verlangen. Alle der im Rahmen der Berufsausübung anvertrauten oder bekannt gewordenen Tatsachen unterliegen jedoch der Schweigepflicht, die auch gegenüber Ärztin/Arzt gilt. Um eine fallspezifische Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen zu ermöglichen, wäre daher eine Entbindung von der Schweigepflicht sowohl für die betroffenen Berufsangehörigen der psychologischen bzw. psychotherapeutischen Berufe als auch Ärztin/Arzt durch die Patient:innen erforderlich, so dass dann ein entsprechender Austausch stattfinden könnte.

Die ethisch-moralische Notwendigkeit und die Auswirkungen dieser gesetzlichen Vorgaben auf die interprofessionelle Zusammenarbeit würden den Rahmen dieser Masterarbeit sprengen und sollen daher hier nicht adressiert werden. Problematisch erscheint in diesem Zusammenhang aber auch, dass seitens der/des Befragten offenbar keine Kenntnis darüber besteht, dass die fehlende Rückmeldung nicht Ausdruck mangelnder Kooperationsbereitschaft ist, sondern auf einer klaren gesetzlichen Grundlage beruht, die eine Informationsweitergabe ohne

ausdrückliche Einwilligung der Patient:innen untersagt. Gerade im Bereich interprofessioneller Zusammenarbeit sind es häufig subtile, atmosphärische Faktoren, die kooperative Prozesse fördern oder behindern (115, 116). Es ist daher wesentlich, ob ein fehlender Informationsfluss als bewusste Ablehnung oder als gesetzlich bedingte Begrenzung wahrgenommen wird. Denn während ersteres als persönliche Zurückweisung erlebt werden kann, stellt letzteres die Einhaltung berufsrechtlicher Vorgaben dar – eine Unterscheidung, die erhebliche Auswirkungen auf das gegenseitige Vertrauen und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit haben kann. Diesem Missverständnis könnte mit Maßnahmen, die den Kompetenzerwerb zu den Berufsbildern nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe fördern, begegnet werden. Interessant wäre in diesem Zusammenhang auch die Perspektive der niedergelassenen österreichischen Psy-Berufe zur Zusammenarbeit mit Allgemeinmediziner:innen, Evidenz scheint in diesem Bereich bisher noch keine zu bestehen, eine Studie aus Frankreich beschreibt jedoch, dass auch aus Sicht von Psycholog:innen Unzufriedenheit in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzte besteht (117).

5.2. Förderliche und hemmende Faktoren der Zusammenarbeit

Die aus den geführten Interviews identifizierten förderlichen und hemmenden Faktoren der interprofessionellen Zusammenarbeit decken sich mit bestehenden Erkenntnissen aus nationaler und internationaler Literatur, siehe dazu auch Kapitel 1.3.3.

Als ein zentrales Hindernis zeigte sich die fehlende Verfügbarkeit kassenfinanzierter Leistungen – etwa bei Physiotherapie oder psychosozialer Versorgung. Dies führt zu erheblichen Versorgungslücken, insbesondere für sozioökonomisch benachteiligte Patient:innen und steht damit im Widerspruch zu internationalen Empfehlungen, wonach interprofessionelle Zusammenarbeit insbesondere dort notwendig ist, wo vulnerable Gruppen versorgt werden (11, 118).

Auch die teilweise unklare Zuständigkeit für Austausch und interprofessionelle Zusammenarbeit – etwa bei der Koordination mit mobilen Diensten oder im Zusammenhang mit fehlenden Rückmeldungen – wurde in den Interviews wiederholt als demotivierend beschrieben (vgl. Kapitel 4.5.3).

Studien zeigen, dass funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit klare Rollen, definierte Kommunikationspfade und eine abgestimmte Versorgungslogik voraussetzt (49, 119), dies entspricht auch den Ergebnissen der gegenständlichen Arbeit.

Zentrale Ergebnisse dieser Arbeit im Hinblick auf Zeitmangel, unzureichende interprofessionelle Ausbildung, fehlende Rollenklarheit und mangelnde oder insuffiziente Kommunikation als hemmende Faktoren der Zusammenarbeit im zeigten sich auch in internationalen Arbeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Primärversorgungsbereich (61). So stellt Zeitdruck einen der häufigsten Gründe für scheiternde Teamkommunikation im Gesundheitswesen dar (120).

Dies wird durch den chronischen und voraussichtlich weiter zunehmenden grundsätzlichen Mangel an personellen Kapazitäten im Gesundheitsbereich, der nicht nur von den Interviewten angesprochen wurde sondern auch international gut belegt ist und Gesundheitssystemgestalter:innen weltweit beschäftigt, verschärft (87, 121).

Ein signifikanter Teil der beschriebenen Hemmnisse bezieht sich auf digitale Infrastrukturen. Die Interviewten kritisieren die Vielzahl an Insellösungen, mangelnde Interoperabilität sowie hohe Datenschutzanforderungen ohne praktikable Umsetzung. Diese Situation deckt sich mit Studien, die zeigen, dass technische Barrieren eine effektive interprofessionelle Versorgung erheblich einschränken (120, 122).

Interessant ist, dass manche der in dieser Arbeit identifizierten hemmenden Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit in Einzelvertragsordinationen auch von in österreichischen PVE tätigen Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe genannt wurden, dies betrifft beispielsweise unzureichendes Wissen über Kompetenzen und Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen, Zeitknappheit und daraus resultierende mangelnde Kommunikation (73). Daraus ergibt sich, dass die strukturellen Mängel hier tiefergehend sind und auch nicht rein durch eine Veränderung der Organisationsform gelöst werden können, sondern Veränderungen auch auf anderen Ebenen erfordern.

5.3. Systemische Perspektive

Die Ergebnisse der durchgeführten Interviews zeigen deutlich, dass eine gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit in Einzelvertragsordinationen zumeist nicht an der Haltung der Ärztinnen und Ärzte scheitert, sondern oftmals an systemischen Rahmenbedingungen.

Aus zahlreichen Aussagen der Befragten kann eine klar an einer systemischen Perspektive orientierte Haltung abgeleitet werden: so zeigen die Interviewpartner:innen deutliches ökonomisches Bewusstsein und sind sich über die Notwendigkeit von Leistungseinschränkungen und einer besseren Steuerung der Patient:innen bewusst. Es besteht keineswegs eine Beschränkung auf die rein individualistisch-einzelfallversorgende Perspektive, sondern großes Interesse an systemischen Veränderungen.

Die in Kapitel 4.5 beschriebenen geforderten Veränderungen stehen in engem Zusammenhang mit den Ergebnissen der Arbeiten von Burgmann et al. 2024: auch dort wurde eine Erweiterung des Versorgungsangebots durch Honorierung von Leistungen entsprechend PVE in Einzelvertragsordinationen, ein Ausbau von Kassenstellen für Therapieangebote im niedergelassenen Bereich und eine Weiterentwicklung von ELGA mit Anbindung weiterer Berufsgruppen sowie alltagstaugliche digitale Kommunikationslösungen gefordert (74). Die in ebendieser Studie zudem genannte Notwendigkeit einer finanziellen Attraktivierung der Kassenstellen für nicht-ärztliche Therapieangebote im niedergelassenen Bereich, der Problematik der Konkurrenz um diplomiertes Pflegepersonal mit den lohntechnisch für diese Berufsgruppe attraktiveren Krankenanstalten und die zwar als hilfreich erlebt aber unzureichend systemisch geförderten interprofessionellen Qualitätszirkeln wurde auch von den Befragten der gegenständlichen Studie thematisiert. Während die Interviewten in gegenständlicher Studie klar die koordinierende Funktion der hausärztlichen Tätigkeit hervorheben und sich Unterstützung wünschen, um eben diese besser selbst ausüben zu können, wie beispielsweise Übersichtsplattformen mit Informationen zum nicht-ärztlichen Gesundheits- und Sozialbetreuungsangebot und verpflichtende Überweisung zur Inanspruchnahme sekundärer Versorgungsstrukturen, schlugen die Fokusgruppenteilnehmer:innen in der Arbeit von Burgmann eine Auslagerung dieser Tätigkeit durch die Etablierung von zentralen regionalen Koordinierungs- und

Beratungsstellen vor, die Kenntnisse hinsichtlich sozialer und gesundheitsfördernder Angebote besitzen und ein adäquates Weiterverweisen von Patientinnen und Patienten ermöglichen (74). Diese Idee wäre kompatibel mit dem in dieser Arbeit beschriebenen Wunsch nach einer „Pool-Lösung“ für den Zugriff auf erweitertes Personal.

Betrachtet man die Vorhaben der österreichischen Gesundheitssystemsteuerung, zeigt sich, dass der Relevanz interprofessioneller Zusammenarbeit teilweise bereits Folge geleistet wird. So ist sogar direkt im Regierungsprogramm das Vorhaben, die *„interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheits- und Sozialberufe zu verbessern“* (97) genannt. Welche konkreten Maßnahmen im Zusammenhang mit den im Rahmen dieser Masterarbeit adressierten Themenkomplexen geplant sind, soll in den nachfolgenden Kapiteln überblicksmäßig dargestellt werden.

5.3.1. Relevante Entwicklungen in der Gesundheitssystemsteuerung

Ein zentrales Steuerungselement der Gesundheitssystemlandschaft in Österreich ist die Bundes-Zielsteuerungskommission. Diesem Gremium gehören Vertreter:innen des Bundes, der Sozialversicherungsträger sowie der Länder an. Im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags legt dieses Gremium fest, wie die aus dem Finanzausgleich - der die Aufteilung der Steuereinnahmen zwischen Bund, Ländern und Gemeinden bestimmt – für den Gesundheitsbereich zur Verfügung stehenden Mittel eingesetzt werden. Der Zielsteuerungsvertrag gibt also die zentrale Richtung der systemischen Gesundheitspolitik während der jeweiligen Gültigkeitsperiode vor und wurde zuletzt 2024 für den Zeitraum 2024 bis 2028 abgeschlossen (30).

Dabei bestehen einige Überschneidungen mit den im Rahmen dieser Arbeit identifizierten Veränderungsnotwendigkeiten. Die Relevanz von Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung wird dabei bereits im Rahmen der in Artikel 2 festgelegten Grundprinzipien und Zielsetzungen adressiert, Absatz 8 stellt auf die *„Verbesserung des Nahtstellenmanagements zwischen den verschiedenen Leistungserbringer:innen“* ab.

Weiter spezifiziert wird dies im Sinne des operativen Ziel 1, das insgesamt der Stärkung des niedergelassenen Bereichs gewidmet ist. Im Maßnahmenbereich ist dabei eine *„Identifikation und Beschreibung von Fach- / Versorgungsbereichen, die*

im Sinne der Patient:innenversorgung sowie aus qualitativer und gesundheitsökonomischer Sicht besonders geeignet sind, in multiprofessioneller und vergemeinschafteter Form angeboten zu werden“ vorgesehen. Der im Rahmen der Interviews mehrfach geforderte *„Auf- und Ausbau des Sachleistungsangebots im Bereich der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Hebammen, Psychologie, und Psychotherapie“* wird ebenfalls adressiert. Zudem soll der *„Ausbau der zentralen Rolle der Primärversorgung durch Stärkung der Lotsenfunktion und der Koordinierung im Gesundheitssystem“* erfolgen. Während diese Formulierung viele Auslegungsvarianten offen lässt, scheint das Vorhaben aber jedenfalls im Einklang mit dem ebenfalls in diese Richtung bestehenden Wunsch der Interviewteilnehmer:innen zu stehen. Erfreulich scheint auch, dass die sowohl in dieser Arbeit als auch in den Vorgängerstudien klar identifizierte Notwendigkeit nach einer besseren Übersichtlichkeit der bestehenden Versorgungsangebote im niedergelassenen Bereich mitbedacht ist: hierfür ist der Aufbau eines *„Systems zur Erfassung von Öffnungszeiten und des Leistungsangebots für alle im Rahmen der Sachleistungsversorgung tätigen Gesundheitsdienstleister:innen mit Fokus auf den extramuralen Bereich“* angedacht (Operatives Ziel 4, Maßnahme 7 auf Bundesebene). Maßnahme 7 des grundsätzlich den Bereich der ausreichenden Personalverfügbarkeit adressierenden operative Ziels 5 (*„Öffnung der Vorbehaltsbereiche zwischen und innerhalb der Gesundheitsberufe, insbesondere Erweiterung der Kompetenzen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe durch verstärkte Kompetenzorientierung und Abbau berufsrechtlicher Schranken zwischen und innerhalb der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe unter besonderer Berücksichtigung der erworbenen Ausbildungen und Spezialisierungen, dies insbesondere mit dem Ziel der Versorgungswirksamkeit und der Verbesserung der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im intra- und extramuralen Setting“*) kann zudem im weitesten Sinne als zumindest Anschneiden des Thema der interprofessionelle Ausbildung interpretiert werden.

Es bleibt abzuwarten, ob und inwiefern es gelingt, diese Ziele bis 2028 umzusetzen und wie diese sich auf die tatsächliche Versorgungsrealität im allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationsbereich auswirken werden. Eine Abbildung dieser spezifischen Maßnahmen im Sinne der im Zielsteuerungsvertrag definierten Messgrößen ist aktuell nicht gegeben, es ist aber auch festzustellen,

dass es schwierig erscheint, hier geeignete, messbare Variablen zu definieren und dies nicht zwangsläufig als Zeichen der mangelnden Wertigkeit dieses Vorhabens zu interpretieren ist.

Auch die bereits mehrfach angesprochene Arbeit von Burgmann et al. 2024, die ursprünglich als „Auftragswerk“ für den Dachverband der Sozialversicherungsträger durchgeführt wurde, enthält 13 Handlungsoptionen, die zu einer Stärkung von allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationen beitragen sollen. Nahezu alle dieser Optionen adressieren auch im Rahmen dieser Arbeit identifizierte Bedürfnisse von Einzelvertragsallgemeinmediziner:innen. Gegenständliche Arbeit gibt daher einen Hinweis auf die Treffsicherheit dieser Vorschläge, die zum Beispiel einen Ausbau der digitalen Infrastruktur und interprofessionellen Ausbildung, eine Incentivierung von Qualitätszirkeln oder eine übersichtlichere Darstellung der Versorgungsanbieter:innen, die über Verträge mit den Sozialversicherungsträgern verfügen und eine Festlegung von Versorgungsaufträgen (also Strukturverpflichtungen) inkludieren (74). Welches weitere Vorgehen der Sozialversicherungsträger in diesem Zusammenhang vorgesehen ist, ist allerdings nicht bekannt.

Nicht unerwähnt bleiben soll auch das zentrale Reformvorhaben der aktuellen Zielsteuerungsperiode, wenngleich es zwar nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit interprofessioneller Zusammenarbeit steht, jedoch Einfluss auf wohl alle Bereiche der Versorgungslandschaft haben wird: so steht insbesondere der Bereich der „Patient:innenlenkung“ im Zentrum der Bemühungen. Mit dem Slogan „*digital vor ambulant vor stationär*“ wird dabei versucht, zu verdeutlichen, dass neben einer Stärkung der telemedizinischen Angebote die Leistungserbringung künftig primär im niedergelassenen Bereich erfolgen soll, bevor sekundäre und tertiäre Versorgungsformen in Anspruch genommen werden. Klares Ziel ist die Stärkung der Primärversorgung in ihrer Koordinationsfunktion (30). Im Rahmen dieser Entwicklungen plant die ÖGK die Pilotierung verschiedener Modelle, um eben diese Stärkung der Primärversorgung zu erreichen – eine im Gespräch befindliche Variante ist auch die Forcierung der Notwendigkeit von Überweisungen vor der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen (123), dies entspricht damit genau dem auch von einer/einem Interviewpartner:in geäußerten Vorschlag.

5.3.2. Digitale Infrastruktur

Nahezu alle sowohl österreichischen als auch internationalen Arbeiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit beschrieben den Wert funktionaler und nutzerfreundlicher digitaler Prozesse und Lösungen für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit. Es ist daher nicht überraschend, dass sich auch im Zuge dieser Arbeit ein großes Forderungspotenzial für die Weiterentwicklung bestehender bzw. den Ausbau neuer digitaler Angebote zur Unterstützung von Kommunikation und Befundaustausch zeigte.

Im Bereich der Zielsteuerung ist eine Weiterentwicklung von ELGA verankert worden – so soll die *„Umsetzung einer einheitlichen und lückenlosen elektronischen Dokumentation und der Aufbau eines Informationsmanagements über alle betroffenen Gesundheitsdienstleister:innen hinweg“* und eine *„Anbindung weiterer Gesundheitsdienstleister:innen an die öffentliche Gesundheitstelematikinfrastruktur“* erfolgen (30).

Auch in der österreichischen eHealth-Strategie sind diese geplanten Weiterentwicklungen abgebildet. Hier lautet das operative Ziel O3.5: *„Im Jahr 2030 sind alle im Versorgungsprozess relevanten GDA an die öffentliche GTI angebunden und nutzen diese. Dazu gehören über die aktuell bereits angebandenen GDA vorrangig: Ambulatorien, PVE, Labore und Radiologie-Einrichtungen, Pflegeeinrichtungen, Zahnärztinnen und Zahnärzte, PRIKRAF Krankenanstalten, Wahlärztinnen und Wahlärzte.“* (124) Unklar bleibt jedoch, inwiefern und in welchem Zeithorizont eine Erweiterung der ELGA-Nutzung auch für medizinisch-therapeutische Berufe und/oder Psychosozialberufe angedacht ist, konkret erwähnt werden diese Berufsgruppen in den genannten Weiterentwicklungsvorhaben aktuell nicht. Für Pflegeeinrichtungen ist in § 13 Abs. 2 Z. 6 des Gesundheitstelematikgesetz eine Speicherverpflichtung in ELGA ab 1. Jänner 2026 vorgesehen (125).

Weiterentwicklungen zeichnen sich dafür auch im Bereich telemedizinischer Lösungen sowie Gesundheits-Apps ab, beides wurde auch von den Interviewteilnehmer:innen in der gegenständlichen Arbeit gefordert. Sofern telemedizinische Lösungen nicht nur den direkten Ärztin/Arzt-Patient:innen-Kontakt adressieren, sondern auch Services beinhalten, die beispielsweise den Kontakt

zwischen Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Disziplinen erleichtern, besteht hier großes Potenzial zur Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

5.3.3. Interprofessionelle Ausbildung

Ein Zusammenhang zwischen interprofessioneller Ausbildung und einer Verbesserung von Haltung, Wissen, Rollenverständnis und Kommunikation in der interprofessionellen Zusammenarbeit konnte klar belegt werden (57, 58, 126).

Im Rahmen der Analyse der notwendigen systemischen Veränderungen wurde daher auch der Beitrag der Ausbildung zur späteren Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit beleuchtet, der von allen Interviewteilnehmer:innen als mangelhaft erlebt wurde (vgl. dazu Kapitel 4.5.5), dies steht im Einklang mit anderen Studienergebnissen aus Österreich (73).

Interessant ist, dass der Aspekt der interprofessionellen Ausbildung von keiner/keinem der Interviewteilnehmer:innen selbst ohne explizite Nachfrage der Autorin angesprochen wurde, auf Nachfrage jedoch sehr deutlich von allen Interviewteilnehmer:innen die mangelnde Unterstützung im Rahmen der Ausbildung betont wurde. Dies könnte als fehlendes Bewusstsein für den Zusammenhangs des Mangels an interprofessionellem Ausbildungsangebot mit späteren Schwierigkeiten bei der Etablierung entsprechender Zusammenarbeitsformen interpretiert werden.

Betrachtet man jedoch die von den Interviewteilnehmer:innen genannten förderlichen und hemmenden Faktoren für interprofessionelle Zusammenarbeit (vgl. Kapitel 4.3 und 4.4) wird die zentrale Bedeutung von (mangelnder) Rollenklarheit und Wissen über Kompetenzen und Befähigungen anderer Berufsgruppen sowie relevanter sozialer und persönlicher Kompetenzen deutlich, denen im Rahmen interprofessioneller Ausbildung begegnet werden könnte.

Als zentraler „missing link“ kam beispielsweise das Fehlen des Wissens über die Arbeitsrealität anderer Berufsgruppen bzw. auch zwischen intra- und extramuralem Bereich zur Sprache, die große Konsequenzen nicht nur im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit, sondern auch der Versorgungsqualität haben kann:

„Und es sind auch so Arbeitsrealitäten, die ganz banal sind, wie zum Beispiel, die Klinik schreibt Verbandsmaterialien herauf für eine Wundversorgung, wo ich sage,

der Allgemeinmediziner kriegt sie nicht bewilligt und im Wundkoffer der mobilen Hauskrankenpflege ist es nicht drinnen. Da müsste ich halt schon wissen, was draußen möglich ist und was nicht möglich ist (...).“ (B2, Z. 1057-1061).

Von einer/einem Befragten wurde zudem auf die Bedeutung von „Gewohnheit“ in der interprofessionellen Kommunikation hingewiesen, was auf die Relevanz der (professionellen) Sozialisierung im Rahmen der Ausbildungszeit hinweist:

„Und wie sie es gelernt haben, zu arbeiten. Also die eine Kollegin, mit der ich einen guten Austausch habe, die kommt einfach von einer privaten Klinik und ist, glaube ich, gewohnt gewesen, mit Ärzten auf Augenhöhe zu besprechen.“ (B6, Z. 385-388).

Da davon auszugehen ist, dass die universitäre Ausbildung der Interviewteilnehmer:innen durchschnittlich 15-20 Jahre zurückliegt, ist anzunehmen, dass sich in diesem Zusammenhang im Vergleich zu heute zahlreiche Veränderungen in den humanmedizinischen Curricula ergeben haben. Seitens der Autorin wurden daher medizinischen Universitäten mit der Bitte um Rückmeldung zur Verankerung interprofessioneller Ausbildung (IPE) in ebendiesen, kontaktiert (siehe Kapitel 3.6). Im Rahmen dieser Kurzerhebung kam es zu folgenden Rückmeldungen:

Universität	IPE	Aus- maß (ECTS)	Sem- ester	Form	Inhalte
MUG	Nein	-	-	-	-
PMU	Ja	2	1., 3., 9.	Gemeinsam für Pflegerwissen- schaften und Humanmedizin, ab 25/26 Erweiterung auf Pharmazie: Kleingruppen- arbeit, Planspiele,	Einführung in Rollenverständnis, Werte & Kommunikation, Vertiefung Rollenverständnis, Fehlerkultur, Team- kommunikation, Fallarbeit, interprofessionelle

				Fallvignetten, Simulations- trainings (inkl. Crew Resource Management), reflexive Einheiten, klinisch-ethische Entscheidungs- übungen, Beurteilung in Modulprüfung	Entscheidungs- findung, Transfer in die Versorgungs- praxis
MUW	Nein	-	-	-	-
MUI	Ja	10	1., 3., 7.	Vorlesung, Praktikum (2 Wochen in Pflege- einrichtung), ÖH-Projekt: Notfall4You Skills Night (127)	Einführung Berufsfelder Ärztin/Arzt und medizinische Berufe, Aufgaben und Stärken nicht- ärztlicher medizinischer Berufe, professionelle und interprofessionelle Kommunikation, Arbeitsweise interdisziplinärer Betreuungsteams
JKU	Ja	1,5	3.	Kooperation mit Fachhochschule für Gesundheits-	Herausforderungen im Gesundheits- system, Berufs- gruppen im

				berufe Oberösterreich, blended learning mit Präsenz- einheiten (einführende Vorträge und Diskussionen), E-Learning- phasen	Gesundheitswesen und deren Aufgaben, Patient:innenpfade und Patient:innen- kontakte, Definition interprofessioneller Zusammenarbeit, Konzepte und Modelle für die interprofessionelle Zusammenarbeit; good practice Beispiele
--	--	--	--	--	--

Tabelle 4: Übersicht über die Verankerung interprofessioneller Ausbildung (IPE) im Rahmen des Studiums Humanmedizin in Österreich auf Basis von Selbstauskünften der Medizinischen Universitäten

Seitens der Medizinischen Universität Wien bestehen derzeit keine Ausbildungsinhalte bzw. Lehrveranstaltungen, deren explizites Ziel es ist, Kompetenzen für die interprofessionelle Zusammenarbeit zu vermitteln. Es wurde jedoch darauf hingewiesen, dass in zahlreichen anderen Lehrveranstaltungen Unterricht durch nicht-ärztliche Professionen (z.B. Psycholog:innen, Radiologietechnolog:innen, diplomierte Pflegekräfte) erfolgt, so dass hier Räume geschaffen werden, in denen interprofessionelles Lernen passiert und gefördert wird. Es ist möglich, dass ähnliche Formate auch an den anderen medizinischen Universitäten bestehen, diese jedoch nicht explizit angeführt wurden. Seitens der Medizinischen Universität Graz wurde darauf hingewiesen, dass die strukturelle Verankerung interprofessioneller Ausbildung eines der Themen in einer derzeit laufenden Curriculumsweiterentwicklung ist. Von der Medizinischen Universität Innsbruck wurde angegeben, dass sich die drei übermittelten Lehrveranstaltungen im Ausmaß von 10 ECTS „auch“ mit interprofessioneller Ausbildung beschäftigen. Für eine der genannten und 3,5 ECTS umfassenden Vorlesungen konnte konkret zugeordnet werden, dass sechs Unterrichtseinheiten der Einführung in die Berufsfelder Ärztin/Arzt und medizinische Berufe gewidmet sind, für die anderen genannten Lehrveranstaltungen ist dies nicht bekannt. Es ist daher davon

auszugehen, dass tatsächlich ein deutlich geringeres Ausmaß als die 10 genannten ECTS tatsächlich dem Thema IPE gewidmet sind.

Während im Bereich der Ausbildung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, wie zum Beispiel an der Fachhochschule für Gesundheitsberufe in Oberösterreich (53), und auch im Bereich der postgraduellen Ausbildung, wie zum Beispiel in Form des Masterstudium „Interprofessionelle Gesundheitswissenschaften“ der Medizinischen Universität Graz teilweise bereits entsprechende Angebote etabliert werden konnten, zeigt sich auf Basis der genannten Erhebung, dass hier im Rahmen der universitären Ausbildung der ärztlichen Berufe noch Nachholbedarf besteht. Für das genannte Studium der „Interprofessionelle Gesundheitswissenschaften“ ist zudem auffällig, dass dieses gemäß der Beschreibung auf der Website der Medizinischen Universität Graz in erster Linie nicht-ärztliche Gesundheitsberufe anspricht (128), so dass scheint, als würde es in diesem Rahmen zu keinem interprofessionellen Lernen von ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen kommen und diese Chance ungenützt bleiben.

Die institutionalisierte Trennung der Ausbildungsangebote für ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheitsberufe in Österreich und dadurch bedingte unterschiedliche Verankerung der Verantwortlichkeiten für eben diese Ausbildungsgestaltungen ist bei der Etablierung gemeinsamer Ausbildungsformate als erschwerend zu betrachten.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Ausbildungsdauer im ärztlichen Bereich bereits gegenwärtig sehr umfangreich ist, sodass die Integration zusätzlicher Lehrinhalte nur in begrenztem Umfang realistisch erscheint. Vor diesem Hintergrund gewinnen technologische Entwicklungen, insbesondere der potenziell verstärkte Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) im Gesundheitswesen, an Relevanz. Es ist davon auszugehen, dass traditionelles Fachwissen, insbesondere in rein faktenbasierten Anwendungsfeldern, durch KI-gestützte Systeme künftig teilweise an Bedeutung verlieren könnte. In diesem Zusammenhang erscheint es plausibel, dass das reine Auswendiglernen medizinischer Fakten in der ärztlichen Ausbildung zunehmend in den Hintergrund treten wird. Die dadurch freiwerdenden zeitlichen Ressourcen könnten und sollten gezielt genutzt werden, um stärker auf die Förderung interprofessioneller

Kompetenzen sowie sozialer und kommunikativer Fähigkeiten zu fokussieren, die im Kontext patientenzentrierter Versorgung weiterhin von zentraler Bedeutung bleiben werden (129, 130).

Für die angesprochene Notwendigkeit, ein besseres Verständnis zwischen intra- und extramuraler Tätigkeit zu schaffen, wurden im Rahmen der ärztlichen Ausbildung an den Medizinischen Universitäten in den letzten Jahren entsprechende Anstrengungen unternommen: so ist an der MUW, der MUG, der JKU und der PMU ein Pflichtpraktikum in einer allgemeinmedizinischen Ordination im Rahmen einer Pflichtfamulatur und/oder des KPJ vorgehen, an der MUI bestehen entsprechende freiwillige Möglichkeiten (131-135).

Im Hinblick auf die Verankerung interprofessioneller Zusammenarbeit in der postgraduellen Ausbildung von Allgemeinmediziner:innen konnte mit der Einführung der Fachärztin/des Facharztes für Allgemein- und Familienmedizin 2024 ein relevanter Schritt gesetzt werden. So wird das Thema interprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen der 5. Novelle der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 mehrfach konkret abgebildet, sowohl als „Ziel der Ausbildung“, vgl. § 10 Abs. 2 Z. 7 (*„interdisziplinäre Koordination und multiprofessionelle Zusammenarbeit, einschließlich der Indikationsstellung zur häuslichen Krankenpflege, Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Hilfen in Behandlungs- und Betreuungskonzepte“*), als auch als Bestandteil des Aufgabengebiets, vgl. Anlage 1, Abschnitt A, Z. 5. (*„interdisziplinäre, sektorenübergreifenden Zusammenführung und Koordination medizinischer und psychosozialer Informationen und Maßnahmen, auch mit Fokus auf Gewaltschutz und Gewaltprävention, sowie im Sinne der zentralen Fallkoordination und integrierten Versorgung“*) (136). Dies zeigt, dass die hohe Relevanz interprofessioneller Ausbildung seitens des Gesetzgebers erkannt und entsprechend berücksichtigt wurde. Inwiefern jedoch eine tatsächliche Etablierung der entsprechenden Ausbildungskultur in der Praxis gelingt, bleibt abzuwarten und sollte Gegenstand laufender Evaluierungen sein.

Sofern die genannten Maßnahmen (Etablierung in den universitären Curricula sowie der fachärztlichen Ausbildung) erfolgreich sind, werden auf Grund der langen Ausbildungszeit zudem erst mit langer Vorlaufzeit entsprechende Effekte sichtbar

werden. Es erscheint daher sinnvoll, breit zugängliche und niederschwellige Angebote auch im Rahmen der kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe nach Ausbildungsabschluss zu etablieren. Mögliche Varianten, die als hilfreich erlebt und in den Interviews beschrieben wurden, umfassen professionsübergreifende Fortbildungsangebote, das Schaffen von Räumen zum interprofessionellen Austausch (z.B. Qualitätszirkel, Fallbesprechungen, regionale Netzwerke) und persönlichen Kennenlernen der Beteiligten.

Eine größere „Durchlässigkeit“ bzw. die Etablierung und Förderung von unkompliziert umsetzbaren Möglichkeiten, die Tätigkeitsbereiche der anderen Disziplinen kennenzulernen, erscheint daher ebenfalls hilfreiche Option. Dabei müssen jedoch rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen geschaffen werden, die diese Möglichkeit auch für jenen Personenkreis, der bereits beruflich etabliert ist, zugänglich macht.

Dabei ist zu betonen, dass Anstrengungen in diesem Bereich nicht nur auf die ärztliche Berufsgruppe beschränkt bleiben sollten, sondern eine entsprechende Verankerung dieser Inhalte in allen Gesundheitsberufen erforderlich scheint, um eine großflächige Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zu erreichen. Zudem sollte dabei auf die spezifischen Herausforderungen und Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit im niedergelassenen Bereich ein entsprechender Fokus gelegt werden, da diese sich maßgeblich von intramuraler Zusammenarbeit unterscheiden, wie seitens der Interviewteilnehmer:innen der gegenständlichen Arbeit mehrfach betont wurde. Im Hinblick auf die Ausbildung von diplomierten Pflegekräften scheint es zudem sinnvoll, ein besonderes Augenmerk auf die Integration von Ausbildungsinhalten für eine Tätigkeit im Primärversorgungsbereich bzw. Bereich der mobilen Pflege zu legen.

Für die Entwicklung und Gestaltung von Formaten zur interprofessionellen Ausbildung besteht umfangreiche Evidenz, zumal dies im internationalen und insbesondere angloamerikanischen Raum seit vielen Jahren etablierte und gelebte Praxis ist. In diesem Zusammenhang erwähnenswert erscheinen die Organisationen des European Interprofessional Practice & Education Networks (EIPEN) und des Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), die im Bereich der Lehre basale Grundsätze zur Gestaltung

interprofessioneller Ausbildung entwickelt haben (137, 138). Auch im deutschsprachigen Raum, insbesondere in der Schweiz, haben im letzten Jahrzehnt verstärkte Anstrengungen stattgefunden, um die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich nachhaltig zu fördern. Die dabei gewonnenen Erfahrungen, die seitens des Schweizer Bundesamts für Gesundheit frei zur Verfügung gestellt werden und online verfügbar sind, könnten auch in Österreich als Ausgangspunkt für eine entsprechende Schwerpunktsetzung in diesem Bereich dienen (139). Auch für die Entwicklung von Fortbildungsprogrammen für den Bereich der Primärversorgung besteht entsprechende Evidenz, so wurde beispielsweise in den Niederlanden ein nachweislich wirksames, neunstündiges Schulungsprogramm zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit bei der Versorgung geriatrischer Patient:innen im Primärversorgungsbereich entwickelt (140).

Trotz der nachweislichen Bedeutung interprofessioneller Ausbildung zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen der verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufe muss darauf hingewiesen werden, dass auch persönlichkeitsimmanente Faktoren wie z. B. individuelle Einstellungen, Motivation oder soziale Kompetenzen die interprofessionelle Kooperation beeinflussen und durch Ausbildung allein nicht vollständig veränderbar sind, wie sich sowohl in gegenständlichen Interviews zeigte als auch in der Literatur entsprechend erwähnt wird (141).

5.4. Limitationen

Eine zentrale Limitation der vorliegenden Arbeit, die sich bereits aus der Formulierung der Forschungsfrage sowie der gewählten Methodik ergibt, besteht darin, dass ausschließlich die ärztliche Perspektive sowie das ärztliche Erleben bestehender interprofessioneller Kooperationsformen im Bereich der Primärversorgung berücksichtigt wurden. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass insbesondere in jenen Bereichen, in denen die befragten Ordinationsinhaber:innen über ihre Wahrnehmung der Sichtweisen anderer Berufsgruppen berichteten, eine direkte Erhebung der Perspektiven dieser Berufsgruppen zu deutlich abweichenden Ergebnissen geführt hätte.

Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass drei der sieben befragten Interviewteilnehmer:innen aktive Vorstandsmitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) bzw. deren Landesorganisationen sind. Diese Personen sind daher nicht als repräsentativ für durchschnittliche Einzelvertrags-Allgemeinmediziner:innen anzusehen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es sich um besonders engagierte Ordinationsinhaber:innen handelt, die auch im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit überdurchschnittliche Standards setzen und entsprechend andere Erfahrungen und Perspektiven einbringen, als Ärztinnen und Ärzte in der Mehrheit der Ordinationen.

Darüber hinaus ist die regionale Verteilung der Interviewpartner:innen nicht repräsentativ für die Gesamtheit der österreichischen Allgemeinmediziner:innen. So konnten lediglich Teilnehmer:innen aus fünf der neun Bundesländer rekrutiert werden, wobei die Steiermark deutlich überrepräsentiert ist. Dies spiegelt jedoch zumindest teilweise die aktuell ungleichmäßige regionale Verteilung der verliehenen ÖGAM-Praxissiegel wider, die in der Steiermark überdurchschnittlich häufig vergeben wurden.

Ein weiterer potenzieller Bias ergibt sich aus der beruflichen Rolle der Autorin, die zum Zeitpunkt der Erhebung im für Gesundheit zuständigen Bundesministerium tätig war. Diese Information war den Interviewteilnehmer:innen im Vorfeld der Gespräche bekannt. Es ist daher nicht auszuschließen, dass die Interviewerin von den Befragten nicht als vollständig neutrale Person wahrgenommen wurde, was möglicherweise das Antwortverhalten beeinflusst hat – etwa im Sinne einer sozialen Erwünschtheit oder einer Zurückhaltung bei kritischen Äußerungen.

Zudem handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um die erste qualitative Forschungstätigkeit der Autorin. Entsprechend bestand zu Beginn der Studie keine praktische Erfahrung in der Durchführung leitfadengestützter Interviews. Da die Interviewführung wesentlich zur Qualität und Tiefe der erhobenen Daten beiträgt, ist dieser Aspekt als weitere methodische Limitation zu berücksichtigen.

Auch die zeitliche Verfügbarkeit der Interviewpartner:innen ist als potenziell beeinflussender Faktor zu nennen. Mehrere Befragte wiesen bereits bei der Terminvereinbarung auf begrenzte zeitliche Ressourcen hin und baten um eine

möglichst kompakte Interviewführung. Es ist daher denkbar, dass diese Rahmenbedingungen zu einem erhöhten Zeitdruck führten, der sich nachteilig auf die Ausführlichkeit oder Reflexivität der Antworten als auch die Interviewführung ausgewirkt haben könnte. So ist nicht auszuschließen, dass die Autorin die Anzahl der Nachfragen beschränkte und/oder einzelne Teilnehmer:innen ihre Sichtweisen nur verkürzt darstellen konnten, ihren Erzählfluss bewusst einschränkten oder inhaltlich weniger in die Tiefe gingen.

Auf Grund des umfangreichen gewonnen Interviewmaterials und den limitierten Ressourcen, die sich aus dem Rahmen dieser Forschungstätigkeit als Masterarbeit ergeben, konnten zudem nicht alle in den Interviews gewonnenen Aspekte im Detail analysiert und ausgewertet werden. Folgende Themenbereiche, die nicht direkt in den Sukkus dieser Arbeit fallen, wurden von den Interviewpartner:innen explizit angesprochen, nachfolgende Themenliste kann dabei als „Themenspeicher“ jener Aspekte, die den Interviewteilnehmer:innen besonders wichtig waren, betrachtet werden und könnte auch den Ausgangspunkt weiterer Forschungstätigkeiten darstellen und in weiterführenden, anknüpfenden Arbeiten genutzt werden:

- (Leistungs-)Honorierung
 - Vereinfachungen für Patient:innen werden nicht ausreichend berücksichtigt (z.B. Anschaffen teurer Geräte amortisiert sich derzeit nicht, würde aber immense Service-Verbesserung für Patient:innen bewirken)
 - Aufwand der Abrechnungstätigkeit (z.B. „Durchscannen“ der Positionen)
 - Notwendigkeit chefärztlicher Bewilligungen
- Ruf und Wahrnehmung der Allgemeinmedizin in der Öffentlichkeit
- Hindernisse zur Eröffnung von PVE/PVN
- Mangelnde Verpflichtung und hausärztliche Bereitschaft zur Durchführung von Hausbesuchen/Visitentätigkeit
- Schwierigkeit, passende Immobilie(n) für Ordinationseröffnung zu finden
- Regelung zu Hausapotheken
- Dispensierrecht für Ärztinnen und Ärzte
- Aut-idem Regelung
- Diagnosecodierung

- Qualitätskontrolle in der Lehrpraxis
- Krankenhausreform, Leitspitäler

5.5. Ableitungen für die Praxis

Wie aus den Ausführungen der vorhergehenden Kapitel ersichtlich ist, scheint auf systemgestaltender Ebene bereits ein gewisses Bewusstsein für die Notwendigkeit, Maßnahmen zu setzen, die die interprofessionelle Zusammenarbeit im allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationsbereich erleichtern, zu bestehen. Die dazu geplanten Vorhaben sind teilweise jedoch punktuell und unabhängig voneinander verankert. Ein zentrales Bekenntnis, dass ganz klar eben dieses Ziel adressiert, fehlt derzeit noch. Auf Grund der Interdependenzen der Einflussfaktoren und zur Stärkung der Wertigkeit dieses Themas wäre aus Sicht der Autorin die Etablierung einer gesamtheitlichen Strategie, die sowohl Ausbildung, Recht, Finanzierung als auch digitale Infrastruktur einbezieht, um die interprofessionelle Zusammenarbeit im niedergelassenen Bereich nachhaltig zu fördern, wünschenswert.

Davon abgesehen scheinen mögliche erste, rasche und kostengünstig umsetzbare Schritte, deren Effekte zeitnahe sichtbar werden könnten, eine Stärkung jener Bereiche, die bereits jetzt zur interprofessionellen Zusammenarbeit positiv beitragen. Dies betrifft den Auf- und Ausbau von Möglichkeiten, bei denen ein persönliches Kennenlernen und eine Vernetzung der regional tätigen Angehörigen verschiedener Gesundheits- und Sozialberufe auf persönlicher Ebene möglich ist, eine Weiterführung bzw. ein Ausbau der Community Nurses, wie es teilweise bereits im Zuge der aktuellen Zielsteuerungsperiode verankert werden konnte (30) sowie Verbesserungen im Bereich der interprofessionellen Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die befragten ärztlichen Akteur:innen grundsätzlich bereit und motiviert sind, in ihren allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationen die Rolle einer Drehscheibe der interprofessionellen Versorgung zu übernehmen. Um dies jedoch vollständig zu realisieren, sind gezielte systemische Verbesserungen erforderlich.

5.6. Anknüpfungspunkte für weitere Forschung

Gegenständliche Arbeit ist dem Ziel gewidmet, tiefergehende und persönliche Einblicke in die Erfahrungen niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen mit Einzelvertragsordination im Hinblick auf deren Erfahrungen mit interprofessioneller Zusammenarbeit zu erhalten. Während dieses Ziel erreicht werden konnte, ergibt sich aus dem Forschungsdesign sehr klar, dass die hier beschriebenen Ergebnisse nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit ebendieser Zielgruppe sein können.

Hier könnte weiterführende qualitative Forschung ansetzen, um weitere Kenntnisse zu erlangen. Ansatzpunkte wären beispielsweise qualitative Erhebungen mit der Fragestellung, welche (An-)Teile der definierten Kompetenzprofile für die Zusammenarbeit in PVEs (68) auch im Einzelvertragsordinationsbereich bereits umgesetzt werden (vgl. Kapitel **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Insbesondere im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit erscheint es zudem zentral, die Sichtweise aller beteiligten Professionen auf die gegenständliche Fragestellung zu berücksichtigen (vgl. dazu auch Kapitel 5.4). Dies konnte im Rahmen dieser Masterarbeit nicht erfolgen, stellt aber einen möglichen Anknüpfungspunkt künftiger Forschung in diesem Bereich da.

Empfehlenswert wäre zudem, die geplanten Vorhaben, die, wie in Kapitel 5.3 beschrieben, einen Teil der Forderungen und Schwierigkeiten im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit im allgemeinmedizinischen Einzelordinationsbereich adressieren, evaluativ zu begleiten und regelmäßig auf deren Treffgenauigkeit und Wirksamkeit zu überprüfen.

Dies betrifft insbesondere auch das Thema der interprofessionelle Ausbildung: während hier an einigen Ausbildungseinrichtungen bereits entsprechende Ausbildungsinhalte etabliert sind, steht die Forschung zu den Auswirkungen ebendieser Inhalte erst am Anfang (142).

Auffällig aus Sicht der Autorin ist, dass die in Österreich teilweise seit Jahren etablierten Programme wie Frühe Hilfen und Social Prescribing, die klassische Beispiele für eine community-orientierte interprofessionelle Zusammenarbeit darstellen (143), in keinem der Interviews zur Sprache kamen, so dass auch hier

weitere Exploration der Bekanntheit bzw. Wahrnehmung ebendieser Angebote im Primärversorgungsbereich interessant wären.

Auch die im Kapitel 5.4 genannten Themen, die in den Interviews aufkamen, aber nicht Teil dieser Masterarbeit sind, könnten als Ansatzpunkte weiterer Arbeiten aufgegriffen werden.

6. Literaturverzeichnis

1. Zielsteuerung Gesundheit. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023. 2023 [Available from: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG_2023_-_Textband_Stand_25.04.2025.pdf, Last access: 09.05.2025].
2. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG) – Monitoring. 2025 [Available from: [https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Regionale-Strukturplaene-Gesundheit-\(RSG\)-%E2%80%93-Monitoring.html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Regionale-Strukturplaene-Gesundheit-(RSG)-%E2%80%93-Monitoring.html), Last access: 11.05.2025].
3. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care: Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. 1978 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>, Last access: 10.05.2025].
4. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994;344(8930):1129-33.
5. Starfield B, et al. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. Med Care. 1976;14(7):625-36.
6. Bazemore A, Grunert T. Sailing the 7C's: Starfield revisited as a foundation of family medicine residency redesign. Fam Med. 2021;53(7):506-15.
7. Bundesgesetzblatt I Nr. 191/2023. Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024. [Available from: https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=BgblAuth&Dokumentnummer=BGBLA_2023_I_191].
8. Macinko J, et al. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003;38(3):831-65.
9. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? : WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); 2004 [Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/363801>, Last access: 15.05.2025].
10. Kringos DS, et al. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. Health Aff (Millwood). 2013;32(4):686-94.
11. Starfield B, et al. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502.
12. Kluge H, et al. How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all. Lancet. 2018;392(10156):1372-4.
13. Wolters RJ, et al. Impact of primary care on hospital admission rates for diabetes patients: A systematic review. Diabetes Res Clin Pract. 2017;129:182-96.

14. Rosano A, et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. Eur J Public Health. 2013;23(3):356-60.
15. OECD. Realising the potential of primary health care. OECD Health Policy Studies; 2020 [Available from: https://www.oecd.org/en/publications/realising-the-potential-of-primary-health-care_a92adee4-en.html], Last access: 11.05.2025].
16. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012;26 Suppl 1:20-6.
17. Chetty UJ, et al. The role of primary care in improving health equity: report of a workshop held by the WONCA Health Equity Special Interest Group at the 2015 WONCA Europe Conference in Istanbul, Turkey. Int J Equity Health. 2016;15(1):128.
18. World Health Organization. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. 2019 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004276>], Last access: 10.05.2025].
19. OECD. Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation. 2017 [Available from: https://www.oecd.org/en/publications/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en.html], Last access: 15.06.2025].
20. Czypionka T, et al. Aufgabenorientierung im österreichischen Gesundheitswesen. Institut für Höhere Studien (IHS); 2012 [Available from: <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5088/1/ihs-report-2012-czypionka-kraus-riedel-sigl-aufgabenorientierung-gesundheitswesen.pdf>], Last access: 16.05.2025].
21. Bundesgesetzblatt I Nr. 131/2017. Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG). [Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948&FassungVom=2023-04-07>].
22. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Primärversorgung. 2022 [Available from: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/primaerversorgung.html>], Last access: 15.05.2025].
23. Plattform Primärversorgung. PVE-Landkarte. 2025 [Available from: <https://primaerversorgung.gv.at/standorte-pve-landkarte>], Last access: 07.01.2025].
24. Plattform Primärversorgung. Planung von PVE. 2022 [Available from: <https://primaerversorgung.gv.at/planung-von-pve>], Last access: 07.01.2025].
25. Österreichische Gesundheitskasse. Persönliche Auskunft Mag. Bernhard Herzberger, Fachbereich Öffentlichkeitsarbeit und Marketing. 17.01.2025.
26. Bachner F, et al. Austria: Health System Summary, 2024. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for

- Europe; 2024 [Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379901/9789289014335-eng.pdf?sequence=1>, Last access: 11.05.2025].
27. Bachner F, et al. Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen. European Observatory on Health Systems and Policies; 2019 [Available from: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/434/13/Das%20%C3%B6sterreichische%20Gesundheitssystem_2019.pdf, Last access: 18.05.2025].
 28. Stigler F, et al. Assessing primary care in Austria: room for improvement. Fam Pract. 2013;30(2):185-9.
 29. Hoffmann K, et al. Re-examining access points to the different levels of health care: a cross-sectional series in Austria. Eur J Public Health. 2019;29(6):1005-10.
 30. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Zielsteuerungsvertrag 2024 bis 2028. 2024 [Available from: [https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2024-bis-2028.html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerungsvertrag-2024-bis-2028.html), Last access: 12.04.2025].
 31. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice (No. WHO/HRH/HPN/10.3). 2010 [Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?sequence=1, Last access: 05.01.2025].
 32. Mahler C, et al. Terminology for interprofessional collaboration: definition and current practice. GMS Z Med Ausbild. 2014;31(4):Doc40.
 33. Choi BC, Pak AW. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. Clin Invest Med. 2006;29(6):351-64.
 34. Kälble K. Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit - Terminologische Klärung. In: Kaba-Schönstein L, Kälble K, editors. Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen: Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege; (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP). Frankfurt am Main 2004. p. 29-41.
 35. Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. Med Educ. 2001;35(9):867-75.
 36. Nancarrow SA, et al. Ten principles of good interdisciplinary team work. Hum Resour Health. 2013;11(1):19.
 37. Sottas B, Kissmann S. Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP). sottas formative works; 2015 [Available from: https://formative-works.ch/wp-content/uploads/2020/01/2016_2_Bericht-BAG-Best-Practice-IPE-IPP.pdf, Last access: 19.05.2025].

38. Franzkowiak P, Hurrelmann K. Gesundheit. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); 2022 [Available from: <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/>, Last access: 14.05.2025].
39. Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2022 [Available from: <https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-der-gesundheit/>, Last access: 14.05.2025].
40. Pascucci D, et al. Impact of interprofessional collaboration on chronic disease management: Findings from a systematic review of clinical trial and meta-analysis. *Health Policy*. 2021;125(2):191-202.
41. Bouton C, et al. Interprofessional collaboration in primary care: what effect on patient health? A systematic literature review. *BMC Prim Care*. 2023;24(1):253.
42. Marcussen M, et al. Improved patient-reported outcomes after interprofessional training in mental health: a nonrandomized intervention study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):236.
43. Archer J, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10(10):Cd006525.
44. Tandan M, et al. Teamwork and its impact on chronic disease clinical outcomes in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2024;229:88-115.
45. Reeves S, et al. Interprofessional teamwork – the basics. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*: Wiley-Blackwell; 2010. p. 10-23.
46. Berridge EJ, et al. Supporting patient safety: examining communication within delivery suite teams through contrasting approaches to research observation. *Midwifery*. 2010;26(5):512-9.
47. Bundesamt für Gesundheit BAG. Studie zum Potenzial interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. 2019 [Available from: <https://www.bag.admin.ch/de/studie-zum-potenzial-interprofessioneller-zusammenarbeit-im-gesundheitswesen>, Last access: 17.05.2025].
48. Sinsky CA, et al. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. *Ann Fam Med*. 2013;11(3):272-8.
49. Reeves S, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017(6):CD000072.
50. Hänel P, Stüwe J. Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. *GGW*. 2024;4:14-22.
51. Zwarenstein M, et al. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(3):Cd000072.
52. Riisgaard H, et al. Relations between task delegation and job satisfaction in general practice: a systematic literature review. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):168.

53. Öhlinger S. Weckruf für die Ausbildung: Gesundheitsberufe der Zukunft - Fokus Interprofessionalität. Wien: Polak, G.G; 2019 [Available from: https://www.goinginternational.eu/wp/de/wp-content/uploads/2020/02/Weckruf-Interprofessionalit%C3%A4t_%C3%96hlinger_BP_19112019_final.pdf, Last access: 09.05.2025].
54. Gurtner S, Wettstein M. Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen - Anreize und Hindernisse in der Berufsausübung. Bundesamt für Gesundheit BAG; 2019 [Available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-M5-anreize.html>, Last access: 20.05.2025].
55. Guraya SY, Barr H. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. Kaohsiung J Med Sci. 2018;34(3):160-5.
56. Spaulding EM, et al. Interprofessional education and collaboration among healthcare students and professionals: a systematic review and call for action. J Interprof Care. 2021;35(4):612-21.
57. Teuwen C, et al. How does interprofessional education influence students' perceptions of collaboration in the clinical setting? A qualitative study. BMC Medical Education. 2022;22(1):325.
58. Saragih ID, et al. Impacts of interprofessional education on collaborative practice of healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. Nurse Educ Today. 2024;136:106136.
59. Saragih ID, et al. A systematic review and meta-analysis of outcomes of interprofessional education for healthcare students from seven countries. Nurse Educ Pract. 2023;71:103683.
60. Marion-Martins AD, Pinho DLM. Interprofessional simulation effects for healthcare students: A systematic review and meta-analysis. Nurse Educ Today. 2020;94:104568.
61. Rawlinson C, et al. An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: barriers and facilitators. Int J Integr Care. 2021;21(2):32.
62. WONCA Europe. Our Core Values. 2023 [Available from: <https://www.woncaeurope.org/page/our-core-values>, Last access: 09.05.2025].
63. Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin. Leitbild. 2023 [Available from: <https://oegam.at/leitbild/>, Last access: 10.05.2025].
64. OECD. Realising the full potential of primary health care. 2019 [Available from: https://www.oecd.org/en/publications/realising-the-full-potential-of-primary-health-care_1608b79d-en.html, Last access: 10.06.2025].
65. Carron T, et al. An overview of reviews on interprofessional collaboration in primary care: Effectiveness. Int J Integr Care. 2021;21(2):31.

66. Nurchis MC, et al. Interprofessional collaboration and diabetes management in primary care: a systematic review and meta-analysis of patient-reported outcomes. J Pers Med. 2022;12(4).
67. Schor A, et al. Multidisciplinary work promotes preventive medicine and health education in primary care: a cross-sectional survey. Isr J Health Policy Res. 2019;8(1):50.
68. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Primärversorgung – Berufsgruppen und Kompetenzprofile. 2019 [Available from: [https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Primaerversorgung---Berufsgruppen-und-Kompetenzprofile.html](https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Primaerversorgung---Berufsgruppen-und-Kompetenzprofile.html), Last access: 14.05.2025].
69. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Primärversorgungs-Gesamtvertrag (Stammfassung) vom 24. April 2019. 2019 [Available from: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV_2019_0073/AVSV_2019_0073.html, Last access: 06.11.2024].
70. Plattform Primärversorgung. Arbeiten im multiprofessionellen Team. 2022 [Available from: <https://primaerversorgung.gv.at/arbeiten-im-multiprofessionellen-team>, Last access: 06.11.2024].
71. Plattform Primärversorgung. Arbeiten im Team. 2022 [Available from: <https://primaerversorgung.gv.at/arbeiten-im-team>, Last access: 14.05.2025].
72. Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien. Gesamtvertrag für Einzelpraxen. 2020 [Available from: <https://www.aekwien.at/oegk>, Last access: 16.05.2025].
73. Atalaia A, et al. Primary health care in Austria: qualitative analysis of requirements and challenges in interprofessional collaboration from the perspective of health care and social professionals. Prim Health Care Res Dev. 2025;26:e31.
74. Burgmann S, et al. Erfahrungen aus bestehenden Primärversorgungseinheiten als Basis zur Entwicklung von Handlungsoptionen für hausärztliche Einzelordinationen. Gesundheit Österreich; 2024 [Available from: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3706/1/Bericht_Erfahrungen-PVE-Handlungsoptionen-Einzelordinationen_bf.pdf, Last access: 08.03.2025].
75. Haussteiner E. Primary care in Lower Austria: evaluating services offered by three distinct organizational forms – a survey-based descriptive study. Bachelorarbeit im Rahmen des Studiengangs Humanmedizin an der Karl Landsteiner Universität Krems, unveröffentlicht; 2024.
76. Burgmann S, et al. Facilitators and barriers in general practitioners' choice to work in primary care units in Austria: a qualitative study. Gesundheitswesen. 2023;85(5):e32-e41.
77. Muckenhuber J, et al. Herausforderungen der interdisziplinären Zusammenarbeit in der gesundheitlichen Primärversorgung in ländlichen Regionen in der Steiermark. soziales_kapital. 2022;26:300-10.

78. Korsatko S. Allgemeinmedizin in der Steiermark: Netzwerke niedergelassener Hausärzte - Evaluierung zur Primärversorgung 2014. Masterthesis im Rahmen des Universitätslehrgangs MBA in Health Care and Hospital Management der Medizinischen Universität Graz; 2015 [Available from: <https://www.grin.com/document/299358>, Last access: 09.05.2025].
79. Süß K. Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärztinnen und Hausärzten in Österreich. Diplomarbeit im Rahmen des Studiengangs Humanmedizin der Medizinischen Universität Wien; 2014 [Available from: https://oegam.at/wp-content/uploads/2016/03/suess_2014-interdisziplinaritaet_in_der_allgemeinmedizin.pdf, Last access: 04.01.2025].
80. Boniol M, et al. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? BMJ Glob Health. 2022;7(6).
81. OECD. Health spending and financial sustainability. 2025 [Available from: <https://www.oecd.org/en/topics/health-spending-and-financial-sustainability.html>, Last access: 23.05.2025].
82. Statistik Austria. Bevölkerung nach Alter/Geschlecht - Bevölkerung seit 1869 nach Geschlecht und breiten Altersgruppen in Prozent (Tabelle). 2025 [Available from: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-nach-alter/geschlecht>, Last access: 23.05.2025].
83. Statista. Altersstruktur in Österreich im Jahr 2023 und Prognose für 2030 bis 2100. 2025 [Available from: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/688475/umfrage/prognose-zur-altersstruktur-in-oesterreich/#:~:text=Im%20Jahr%202100%20werden%20laut%20der%20Prognose%20voraussichtlich,Jahre%20und%2029%2C1%20Prozent%2065%20Jahre%20und%20%C3%A4lter.>, Last access: 17.05.2025].
84. Gassner L, Reinsperger I. National strategies and programmes for preventing and managing non-communicable diseases in selected countries. AIHTA Project Report. 2021 [Available from: https://eprints.aihta.at/1349/1/HTA-Projektbericht_Nr.139.pdf, Last access: 10.05.2025].
85. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023). Austria: Country Health Profile 2023. Paris: OECD Publishing; 2023 [Available from: https://www.oecd.org/en/publications/austria-country-health-profile-2023_0f110d90-en.html, Last access: 26.05.2025].
86. Statistik Austria. Gesundheitsausgaben. 2023 [Available from: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsausgaben>, Last access: 26.05.2025].
87. OECD/European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing 2024 [Available from: <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>, Last access: 24.05.2025].
88. Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin. Was ist das ÖGAM Praxissiegel. [Available from: <https://oegam.at/praxissiegel/>, Last access: 09.05.2025].

89. Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin. Persönliche Auskunft Dr. Susanne Rabady. 31.05.2025.
90. Gladia. The complete Speech-to-Text API. 2025 [Available from: <https://www.gladia.io/product/async-transcription>, Last access: 26.07.2025].
91. Kuckartz U, et al. Qualitative Evaluation: Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008. p. 28.
92. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlagsgruppe; 2010.
93. Claude. Claude: Der intelligente KI-Assistent. 2025 [Available from: <https://claude.online/de/>, Last access: 20.07.2025].
94. Österreichische Gesundheitskasse. Gesamtvertrag für die Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte abgeschlossen zwischen der Ärztekammer für Tirol und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. 2019 [Available from: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/load?contentid=10008.701580&version=1643882515>, Last access: 25.07.2025].
95. Antosik J, et al. Gesundheitskiosk, Gesundheitsdrehscheibe und ähnliche Modellprojekte. Fachliche Grundlagen für eine Umsetzung in Österreich. Wissenschaftlicher Bericht. Gesundheit Österreich; 2023 [Available from: [https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3663/2/Rahmenskizze Gesundheitskiosk bf.pdf](https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3663/2/Rahmenskizze_Gesundheitskiosk_bf.pdf), Last access: 13.06.2025].
96. Stadt Graz. Gesundheitsdrehscheibe: Unser Angebot für alle Grazer:innen. 2025 [Available from: [https://www.graz.at/cms/beitrag/10405004/12638958/Gesundheitsdrehscheibe Unser Angebot fuer alle.html](https://www.graz.at/cms/beitrag/10405004/12638958/Gesundheitsdrehscheibe_Unser_Angebot_fuer_alle.html), Last access: 29.07.2025].
97. Bundeskanzleramt. Jetzt das Richtige tun. Für Österreich. Regierungsprogramm 2025–2029. 2025 [Available from: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/die-bundesregierung/regierungsdokumente.html>, Last access: 01.08.2025].
98. Khazen M, et al. Teamwork among primary care staff to achieve regular follow-up of chronic patients. Ann Fam Med. 2025;23(2):100-7.
99. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. Int J Nurs Stud. 2008;45(1):140-53.
100. Lammila-Escalera E, et al. A systematic review of interventions that use multidisciplinary team meetings to manage multimorbidity in primary care. Int J Integr Care. 2022;22(4):6.
101. Plattform Primärversorgung. Muster-Versorgungskonzept. 2025 [Available from: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A//primaerversorgung.gv.at/sites/default/files/2023-10/MVK_PVE_2023_final.docx&wdOrigin=BROWSELINK, Last access: 25.07.2025].
102. Bundesgesetzblatt I Nr. 179/2004. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG). [Available

from:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883&FassungVom=2023-04-08>].

103. Bundesgesetzblatt II Nr. 111/2024. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zur Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Gruppenpraxen (Qualitätssicherungsverordnung 2024 – QS-VO 2024). [Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/II/2024/111/20240429?Abfrage=Gesamtabfrage>].
104. Mai V, et al. Accompanying reflection processes by an AI-based studicoachbot: a study on rapport building in human-machine coaching using self disclosure. HCI International 2021 - Late breaking papers: cognition, inclusion, learning, and culture 2021. p. 439-57.
105. Arakawa R, Yakura H. Coaching copilot: blended form of an LLM-powered chatbot and a human coach to effectively support self-reflection for leadership growth. Proceedings of the 6th ACM conference on conversational user interfaces: Association for Computing Machinery; 2024. p. Article 2.
106. Jamart H, et al. General practitioners' perceptions of interprofessional collaboration in Belgium: a qualitative study. BMC Prim Care. 2025;26(1):84.
107. Eberle L, et al. Pilotierung von Community Nursing in Österreich 2022–2024. Erkenntnisse und Ergebnisse aus der Pilotphase. Gesundheit Österreich; 2025 [Available from: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4712/1/Pilotierung%20von%20Community%20Nursing%20in%20%C3%96sterreich%202022-2024_bf.pdf, Last access: 18.07.2025].
108. Pichler C, et al. Evaluation Community Nursing Österreich. Endbericht. Villach: FH Kärnten/IARA; 2024 [Available from: https://cn-oesterreich.at/system/files/inline-files/EvalCN_Endbericht_final_0.pdf, Last access: 18.07.2025].
109. Snyder JM, et al. Community pharmacist collaboration with a primary care clinic to improve diabetes care. J Am Pharm Assoc (2003). 2020;60(3s):84-90.
110. Carter BL, et al. Cluster-randomized trial of a physician/pharmacist collaborative model to improve blood pressure control. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2015;8(3):235-43.
111. Leong SL, et al. Task shifting in primary care to tackle healthcare worker shortages: An umbrella review. Eur J Gen Pract. 2021;27(1):198-210.
112. Willumsen E, et al. A conceptual framework for assessing interorganizational integration and interprofessional collaboration. J Interprof Care. 2012;26(3):198-204.
113. Bundesgesetzblatt I Nr. 182/2013. Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013). [Available from:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008552&FassungVom=2022-07-26>].

114. Bundesgesetzblatt I Nr. 49/2024. Bundesgesetz über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz 2024 – PThG 2024). [Available from: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20012578>].
115. Sukhera J, et al. Exploring implicit influences on interprofessional collaboration: a scoping review. J Interprof Care. 2022;36(5):716-24.
116. Grunenberg M, et al. Vertrauen in der Zusammenarbeit von Organisationen: Die Bedeutung organisationaler Gerechtigkeit und affektiven Erlebens. GIO. 2024;55(1):33-46.
117. Vergès Y, et al. Collaboration between GPs and psychologists: dissatisfaction from the psychologists' perspective - a cross-sectional study. J Clin Psychol Med S. 2020;27(2):331-42.
118. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. 2018 [Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033>, Last access: 01.08.2025].
119. D'Amour D, et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care. 2005;19 Suppl 1:116-31.
120. Supper I, et al. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. J Public Health 2015;37(4):716-27.
121. European Commission: The Joint Research Centre: EU Science Hub. Healthcare workforce: new model projects EU needs up to 2071. 2024 [Available from: https://joint-research-centre.ec.europa.eu/jrc-news-and-updates/healthcare-workforce-new-model-projects-eu-needs-2071-2024-12-06_en?utm_source=chatgpt.com, Last access: 01.08.2025].
122. Kripalani S, et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 2007;297(8):831-41.
123. gesundheitswirtschaft.at. ÖGK - Facharzt nur mit Überweisung soll forciert werden. 2025 [Available from: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/oegk-facharzt-nur-mit-ueberweisung-soll-forciert-werden/>, Last access: 30.07.2025].
124. Digital Austria. eHealth-Strategie Österreich. 2024 [Available from: <https://www.digitalaustria.gv.at/verwaltung/strategien/ehealth.html>, Last access: 29.07.2025].
125. Bundesgesetzblatt Nr. 111/2012. Bundesgesetz betreffend Datensicherheitsmaßnahmen bei der Verarbeitung elektronischer Gesundheitsdaten und genetischer Daten (Gesundheitstelematikgesetz 2012 – GTelG 2012) [Available from:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008120>].

126. Walkenhorst U, Wibke H. Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen. In: Darmann-Finck I, Sahmel K, editors. Pädagogik im Gesundheitswesen. Berlin, Heidelberg: Springer; 2022. p. 1-16.
127. Tiroler Tageszeitung. Tür zwischen Pflege und Medizin in Innsbruck einen Spalt offen. 2023 [Available from: <https://www.tt.com/artikel/30852489/tuer-zwischen-pflege-und-medizin-in-innsbruck-einen-spalt-offen>, Last access: 29.07.2025].
128. Medizinische Universität Graz. Interprofessionelle Gesundheitswissenschaften. 2025 [Available from: [https://www.medunigraz.at/interprofessionelle-gesundheitswissenschaften#:~:text=Das%20Masterstudium%20E2%80%9EInterprofessionelle%20Gesundheitswissenschaften%20E2%80%9C%20richtet%20sich%20an%20Absolvent%2Ainnen,Hebammen%2C%20Logop%C3%A4d%2Ainnen%2C%20Orthoptist%2Ainnen%2C%20Physiotherapeut%2Ainnen%2C%20Biomedizinische%20Analytiker%2Ainnen%20und%20Radiotechnolog%2Ainnen.](https://www.medunigraz.at/interprofessionelle-gesundheitswissenschaften#:~:text=Das%20Masterstudium%20E2%80%9EInterprofessionelle%20Gesundheitswissenschaften%20E2%80%9C%20richtet%20sich%20an%20Absolvent%2Ainnen,Hebammen%2C%20Logop%C3%A4d%2Ainnen%2C%20Orthoptist%2Ainnen%2C%20Physiotherapeut%2Ainnen%2C%20Biomedizinische%20Analytiker%2Ainnen%20und%20Radiotechnolog%2Ainnen.,), Last access: 30.07.2025].
129. Wartman SA, Combs CD. Reimagining medical education in the age of AI. AMA J Ethics. 2019;21(2):E146-52.
130. Sedlmayr M, et al. Künstliche Intelligenz (KI) in der Medizin: Erwartungen und Entwicklungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2025;68(8):843-4.
131. Medizinische Universität Graz - Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung. Lehre. 2025 [Available from: <https://allgemeinmedizin.medunigraz.at/lehre>, Last access: 22.07.2025].
132. Medizinische Universität Wien. KPJ-Tertial C Allgemeinmedizin. 2025 [Available from: <https://www.meduniwien.ac.at/web/studierende/kpj/allgemeine-informationen/allgemeinmedizin/-/primaerversorgung/>, Last access: 22.07.2025].
133. Medizinische Universität Innsbruck. Das Lehrangebot des Instituts für Allgemeinmedizin. 2025 [Available from: <https://i-med.ac.at/allgemeinmedizin/lehre.html>, Last access: 22.07.2025].
134. Paracelsus Medizinische Privatuniversität -- Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin. Lehre Studiengang Humanmedizin. 2025 [Available from: <https://www.pmu.ac.at/forschung-innovation/institute-zentren-und-programme/institut-fuer-allgemein-familien-und-praeventivmedizin/lehre>, Last access: 22.07.2025].
135. Johannes Kepler Universität Linz. Studienhandbuch der JKU Linz: PR Klinisch-Praktisches Jahr Allgemeinmedizin. 2025 [Available from: <https://studienhandbuch.jku.at/180909>, Last access: 22.07.2025].
136. Bundesgesetzblatt II Nr. 381/2024. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 geändert wird (5. Novelle der ÄAO 2015).

- [Available from: https://ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2024_II_381/BGBLA_2024_II_381.html].
137. CAIPE. Interprofessional Education Guidelines. 2017 [Available from: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2017-interprofessional-education-guidelines-barr-h-ford-j-gray-r-helme-m-hutchings-m-low-h-machin-reeves-s>, Last access: 14.07.2025].
 138. EIPEN. European Interprofessional Practice & Education Network. 2025 [Available from: <https://www.eipen.eu/>, Last access: 14.07.2025].
 139. Bundesamt für Gesundheit BAG. Forschungsberichte Interprofessionalität im Gesundheitswesen. 2025 [Available from: <https://www.bag.admin.ch/de/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen>, Last access: 13.07.2025].
 140. Robben S, et al. Impact of interprofessional education on collaboration attitudes, skills, and behavior among primary care professionals. J Contin Educ Health Prof. 2012;32(3):196-204.
 141. Barr H. Toward a theoretical framework for interprofessional education. J Interprof Care. 2013;27(1):4-9.
 142. Rinnhofer C, et al. Joint learning for improvement - interprofessional competence development within the framework of a co-operative project between the University of Applied Sciences for Health Professions Upper Austria and the Medical Faculty of Johannes Kepler University Linz. GMS J Med Educ. 2022;39(2):Doc18.
 143. Rojatz D, et al. Bevölkerungsorientierte Programme im Kontext von Public Health: Frühe Hilfen, Social Prescribing, Community Nursing. Factsheet. Gesundheit Österreich; 2023 [Available from: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3031/1/FS%20PH%20Programme_230907_bf.pdf, Last access: 01.08.2025].

7. Anhang

7.1. Aussendung an Interviewteilnehmer:innen

Interviewteilnehmer:innen für Masterarbeit gesucht

Für die Durchführung einer Masterarbeit zum Thema "Interprofessionelle Zusammenarbeit in allgemeinmedizinischen Einzelordinationen" werden Interviewpartner:innen gesucht, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Inhaber:innen einer allgemeinmedizinischen Kassen-Einzelvertragsordination, die über das Praxissiegel der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin verfügt
- Mehrjährige Erfahrung in ebendieser Tätigkeit

Zentrale Fragestellungen der Masterarbeit befassen sich mit der Identifizierung und Beschreibung von best practice Modellen zur interprofessionellen Zusammenarbeit in allgemeinmedizinischen Einzelvertrags-Kassenordinationen (Welche Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit haben sich in der Praxis bewährt, welche Faktoren werden dabei als förderlich bzw. hemmend erlebt?), um daraus ableiten zu können, welche Rahmenbedingungen erforderlich wären, um die Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeitsformen in Einzelordinationen zu erleichtern.

Vorgesehen ist die Durchführung leitfragengestützter Interviews in Form eines Online-Videocalls. Es ist von einer Interviewdauer von ca. 60 Min. auszugehen.

Als Durchführungszeitraum ist die erste Junihälfte 2025 geplant.

Interessent:innen, die bereit sind, als Interviewpartner:innen zur Verfügung zu stehen und Kollegin Dr.ⁱⁿ Katja Fischer zu unterstützen, melden sich bei XXX.

7.2. Einverständniserklärung

Datenschutz- und Interview-Vereinbarung

Masterarbeit „Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Primärversorgung in Österreich“

Name der/des Interviewten:

Ordinationsanschrift:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Zeitpunkt des Interviews:

Ich, die/der Interviewte, erkläre:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine im Zuge dieses Formulars genannten personenbezogenen Daten (Name, Kontaktdaten sowie Aussagen im Interview) von Frau Dr.ⁱⁿ Katja Fischer, Studierende an der Medizinischen Universität Graz, Universitätslehrgang Public Health, sowie allenfalls weiteren am Forschungsprojekt der Masterarbeit beteiligten Personen verarbeitet und gespeichert werden. Die Verarbeitung erfolgt ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen der Masterarbeit gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO (Einwilligung).

Ich erkläre mich zudem damit einverstanden, an oben genanntem Interview teilzunehmen, das als Online-Videokonferenz über das Online-Tool „Webex“ abgehalten und digital aufgezeichnet wird. Ich bin darüber informiert, dass für die Transkription des Interviews KI-gestützte Software verwendet wird und alle im Zuge dieses Interviews meinerseits bekannt gegebenen Daten und Informationen demnach in Software dieser Art verarbeitet werden.

Ich überlasse Frau Dr.ⁱⁿ Katja Fischer für die Erarbeitung ihrer Masterarbeit als Schenkung alle Nutzungsrechte an den im Rahmen des Interviews entstandenen bzw. in weiterer Folge daraus entstehenden Dokumenten und stimme einer Verwendung und Veröffentlichung für ausschließlich wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form zu.

Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf hat keine negativen Konsequenzen für mich. Nach Abschluss des Projekts werden alle personenbezogenen Daten gelöscht.

Ort, Datum:

Unterschrift der/des Interviewpartner:in:

7.3. Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

„Interprofessionelle Zusammenarbeit in allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationen“

1. Begrüßung und Einleitung

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, als Interviewpartner:in zur Verfügung zu stehen. Ich führe im Rahmen meines Masterstudiums „Public Health“ an der Medizinischen Universität Graz eine qualitative Erhebung durch, um mehr über die Realität der interprofessionellen Zusammenarbeit in allgemeinmedizinischen Einzelvertragsordinationen in Österreich zu erfahren.

2. Hinweis auf Datenschutz, Aufnahme und Transkription

Vielen Dank für die Übermittlung der ausgefüllten Einverständniserklärung zur Verarbeitung Ihrer Daten im Rahmen meiner Masterarbeit. Ich weise darauf hin, dass dieses Interview zum Zweck der Transkription meinerseits aufgezeichnet und anschließend KI-gestützt transkribiert wird. Eine anonymisierte Volltexttranskription wird als Teil der Masterarbeit veröffentlicht. Sobald die Auswertung der Masterarbeit abgeschlossen ist, werden die Aufnahmen der Interviews gelöscht.

3. Überprüfung der Einschlusskriterien und Hintergrundinformationen

- Verfügt Ihre Ordination über das Qualitätssiegel der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin? Wann haben Sie dieses erlangt?
- Sind Sie aktives Mitglied des Vorstands der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin/Teil des Präsidiums?
- Haben Sie an einer der von der Gesundheit Österreich GmbH veranstalteten Fokusgruppen zur Übertragbarkeit von in Primärversorgungseinheiten (PVE) wahrgenommenen Veränderungen auf Einzelvertragsordinationen im Jahr 2024 teilgenommen?

4. Kontext des Praxisalltags

Zunächst würde ich gerne einmal das Umfeld Ihrer Ordination und wie ich mir Ihren Arbeitsalltag vorstellen kann, kennenlernen.

- Können Sie mir kurz Ihre Ordination vorstellen und Ihren Ordinationsalltag beschreiben? (z. B. Lage, Größe, Organisationsform, Anzahl der Patient:innen pro Tag, Durchführung von Visitentätigkeit, Betreuung von Pflegeheimen, etc.)
 - Wie lange sind Sie bereits in dieser Form tätig?

5. Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit

- Beschreiben Sie mir bitte Ihr Ordinationsteam?
 - Wie kann ich mir die interne Zusammenarbeit in Ihrer Ordination vorstellen?
 - *Wer hat welche Rolle?*¹
 - *Wie würden Sie Ihre Rolle in diesem Team beschreiben?*
- Mit wem arbeiten Sie darüber hinaus zusammen?
 - *Allenfalls nachfragen: Ordinationsassistent:innen (mit und ohne spezifischer Ausbildung), diplomierte Pflegekräfte, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialarbeit, klinische Psychologie, Psychotherapie, Hebammen, Pharmazeut:innen, Fachärztinnen und -ärzte, andere Gesundheitseinrichtungen*
 - Wie sieht diese Zusammenarbeit aus? (z. B. Wie oft und in welcher Form findet sie statt? Direkte Kommunikation, gemeinsame Fallbesprechungen, formelle Vereinbarungen, anlassbezogener Informationsaustausch, schriftlich oder mündlich, nur im Rahmen von offiziellen Überweisungen oder auch informell? abgestimmte Behandlungsziele, informelle Wege..?)
- Inwiefern werden spezifischen Maßnahmen zur Etablierung und/oder Aufrechterhaltung einer erfolgreichen Zusammenarbeit umgesetzt?

¹ Bei kursiv geschriebenen Fragen handelt es sich um mögliche Ergänzungsfragen, die im Fall von Zeitknappheit auch übersprungen werden können.

6. Best practice Beispiele der Zusammenarbeit

- Welche Formen der Zusammenarbeit (im internen Team und/oder mit externen Partner:innen) haben sich besonders bewährt und warum?
 - *Können Sie konkrete Beispiele nennen und mir beschreiben, wie so ein typischer interprofessioneller Ablauf bei einem Patient:innenfall aussieht?*
 - *Gibt es Berufsgruppen, mit denen die Zusammenarbeit besonders gut oder besonders schwierig ist? Woran liegt das Ihrer Meinung nach?*

7. Förderliche Faktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit

- Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten förderlichen Faktoren, damit interprofessionelle Zusammenarbeit gut funktioniert?
 - *Was haben Sie bei der Etablierung der Zusammenarbeit als besonders hilfreich erlebt?*
 - *Welche Eigenschaften/Kompetenzen/Erfahrungen müssen die Personen im Team mitbringen, damit interprofessionelle Zusammenarbeit gut gelingen kann?*
- Welche Rolle spielen externe Rahmenbedingungen, damit interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert?

8. Hemmende Faktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit

- Welche besonderen Herausforderungen oder Widerstände begegne(te)n Ihnen in der interprofessionellen Zusammenarbeit? Wie könn(t)en diese gelöst werden?
 - *Was behindert eine interprofessionelle Arbeitsweise in diesen Fällen? Bzw. warum wird es nicht gemacht/umgesetzt? Was bräuchte es, um die Zusammenarbeit in diesen Bereichen zu verbessern?*
- In welchen Bereichen sehen Sie das größte Verbesserungspotenzial für interprofessionelle Zusammenarbeit in Ihrer Ordination?

9. Systemische Perspektive und Veränderungsbedarf

- Welche Veränderungen auf Systemebene würden Sie sich wünschen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit in Einzelordinationen insgesamt zu erleichtern?
- Welche Aspekte in Ihrer Ausbildung waren für die spätere Etablierung erfolgreicher interprofessioneller Zusammenarbeit hilfreich? Welche Inhalte haben Sie vermisst?
 - *Sind Ihnen Initiativen bekannt, die die interprofessionelle Zusammenarbeit und Vernetzung fördern? Inwiefern nehmen Sie an diesen Initiativen teil? (Back up: nach „Frühen Hilfen“, „Social prescribing“ und „Community health nurses“ fragen)*
- Wenn Sie sich wünschen könnten, Teilbereiche ihrer derzeitigen Tätigkeit an andere Berufsgruppen zu übertragen, welche Teilbereiche wären dies? Gibt es Arbeitsbereiche, die Sie als „Einspringen“ für andere Berufsgruppen empfinden? Welche Eigenschaften und Kompetenzen muss diese Berufsgruppe mitbringen, um dies zu ermöglichen?

10. Reflexion und Abschluss

- Gibt es noch etwas, das Ihnen zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit wichtig ist und das wir bisher nicht besprochen haben?

7.4. Codierleitfaden

Kategorien- bezeichnung ²	Definition	Ankerbeispiel
OK 1 Gelebte und bewährte Formen der Zusammen- arbeit	Professionen, mit denen eine Zusammenarbeit etabliert wurde und welche Form der Zusammenarbeit mit diesen Professionen erfolgt	
UK 1.1 Internes Team	Berufsgruppen, die im internen Team der Ordination vertreten sind, also direkt bei der Ordinationsinhaberin/dem Ordinationsinhaber angestellt sind oder sich in Ausbildung befinden sowie deren gelebte Rollenverteilung	<i>„Das Team besteht aus einer Ärztin, 2 Krankenschwestern, einem Notfallsanitäter und 5 Ordinationsassistentinnen. (...) Wie schon erwähnt werden die Visiten primär vom Notfallsanitäter gemacht und nach Erhebung der Vitalparameter ärztliche Rücksprache eingeholt. Dann wird entschieden, wie weiter verfahren wird.“ (B7, Z. 30-36)</i> <i>„Also, das ist für mich jetzt schon so selbstverständlich, dass ich eine Diplomierte in der Ordination habe, dass ich es mir nicht anders vorstellen kann. Ich kenne Kollegen, die das auch nicht haben. Ich weiß nicht, wie die arbeiten.“ (B1, Z. 713-715)</i>

² OK = Oberkategorie, UK = Unterkategorie

UK 1.2 Bewährte Methoden der internen Zusammenarbeit	Maßnahmen und Vorgangsweisen, die zur Etablierung und Erhaltung der Zusammenarbeit im internen Team genutzt werden	<i>„Und da gibt es die Checkliste und die wird abgearbeitet und abgehakt. Das ist quasi unser SOP, immer in den Routinen. Und Teambesprechungen, ohne die geht es ja so und so nicht. Also, bei uns ist zweimal die Woche wirklich, wo möglichst alle da sind, ein bis zweimal die Woche. Aber sonst ist zumindest immer zu Mittag kurz gibt es irgendwas, was war draußen, was ist bei mir drinnen gewesen, Fallbesprechung, Teambesprechung, Fehlermanagement und schauen uns das an.“ (B2, Z.223-228)</i>
UK 1.3 Externe Partner:innen	Berufsgruppen, mit denen eine Zusammenarbeit als externe Partner:innen erfolgt, die also nicht Teil des angestellten Teams der Ordination sind	<i>„Da gibt es viele, die einfach so einzelfallbezogen sind. Also, es ist einmal alles, was fachärztlich ist, natürlich. Aber jetzt von den nichtärztlichen Berufsgruppen ist halt sehr viel. Das Physikalische Institut einfach, das Kasseninstitut und ganz viele andere Physiotherapeuten, teilweise Ergotherapeuten, dann Logopäden.“ (B1, Z. 577-580).</i>
UK 1.4 Zusammen- arbeitsformen mit externen Partner:innen	Maßnahmen und Vorgangsweisen, die zur Etablierung und Erhaltung der Zusammenarbeit mit externen Partner:innen genutzt werden	<i>„Wenn neue Physiotherapeuten kommen, die auch privat oder kleine Kassen quasi selbst verrechnen, selbstständig sind, dann sage ich auch, okay, wenn sie kommen und sagen, es gibt uns jetzt, dann sage ich, okay, stopp, bitte Termin ausmachen und schaue, was die für Schwerpunkte haben, wie die sozusagen in mein Bild</i>

		<i>reinpassen, weil ich dann auch gezielter zuweisen kann.“ (B2, Z. 389-393)</i>
OK 2 Förderliche Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit	Faktoren, Rahmenbedingungen, Eigenschaften, die als hilfreich für die Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit im internen und/oder externen Team erlebt werden	
UK 2.1 Persönliche Beziehungen und Kommunikations- wege	Die interprofessionelle Zusammenarbeit förderliche Faktoren, die im Zusammenhang mit zwischenmenschlicher Beziehung und Kommunikation stehen	<i>„Es geht immer über persönlichen Austausch (...) Also wenn es darum geht, einen Termin beim Facharzt zu kriegen, sei es bildgebend, sei es untersuchungstechnisch, da habe ich meine Leute und da rufe ich an und dann kommt der dran am nächsten Tag.“ (B3, Z.662-672)</i>
UK 2.2 Persönlichkeits- merkmale, Haltung	Persönlichkeitsmerkmale, die die Zusammenarbeit erleichtern	<i>„Also ich liebe es, wenn die Leute teamfähig sind und wenn sie verlässlich sind. Das ist, finde ich, ganz entscheidend, auch für meine Mitarbeiterinnen.“ (B4, Z. 371-372)</i>

UK 2.3 Wertschätzung und Teamkultur	Die interprofessionelle Zusammenarbeit fördernde Faktoren, in Zusammenhang mit Teamkultur und Wertschätzung stehen	<i>„Dann ist es persönliche Wertschätzung und einfach der Zusammenhalt im Team und die Geschlossenheit vom Team auch gegenüber Patienten, die einmal komisch sind. Also wenn ein Patient eine anzügliche Bemerkung macht, dann fliegt er raus.“ (B1, Z. 785-787)</i>
UK 2.4 Rollenklarheit und Verantwortungs- übernahme	Die interprofessionelle Zusammenarbeit fördernde Faktoren, die sich aus professioneller Identität und Wissen über Berufsbilder, Aufgaben und Kompetenzen der Berufsgruppen ergeben	<i>„Und das, was mir da wichtig war, war dann letztlich, die Verantwortungen klarer zu definieren. Also, was ist yours, was ist meins.“ (B1, Z. 197-198)</i>
UK 2.5 Feedback und Lernmöglichkeiten	Alle Faktoren, die mit Feedback in Zusammenhang stehen und dadurch die Möglichkeit der fachlichen Weiterentwicklung bieten	<i>„Und das finde ich halt klasse, wenn, ich freue mich auf Feedback von Kollegen, die dann anrufen. Einmal hat mich ein Kinderchirurg angerufen und sich bedankt dafür, dass wir... dass wir den Buben geschallt haben und die Invagination hat gestimmt im Schall. Das tut gut.“ (B3, Z. 1003-1006)</i>
UK 2.6	Faktoren, die in Zusammenhang mit organisatorischen	<i>„Es geht mir auch nicht darum, dass ich über die Miete was einnehme, sondern da geht es einfach darum, dass die</i>

Organisatorische Rahmenbedingungen	Rahmenbedingungen, wie z.B. räumliche Nähe stehen	<i>Räumlichkeiten genutzt sind und für die Patienten das Angebot da ist. Aber das machen viele so. Also die meisten Kollegen in der Umgebung haben zumindest einen Physiotherapeuten. Also ich glaube, fast die Hälfte wahrscheinlich hat wen in der Ordination von den Ärzten.“ (B1, Z. 130-134)</i>
OK 3 Hemmende Faktoren für die interprofessionelle Zusammenarbeit	Hindernisse, Schwierigkeiten, Probleme bei der Etablierung oder Aufrechterhaltung interprofessioneller Zusammenarbeit im internen und/oder externen Team	
UK 3.1 Zeitmangel und Ressourcenknappheit	Faktoren im Zusammenhang mit Personal-, Zeit-, oder Terminknappheit	<i>„Es braucht halt Zeit. Und das ist halt der Punkt, wo ich sage, Zeit ist immer Hindernis bei uns.“ (B2, Z. 659-660)</i> <i>„Also, es ist gesamt momentan leider so, dass man das Gefühl hat, es ist zu wenig Human Resources im System. Also, es ist einfach, es fehlt an allen Ecken.“ (B2, Z. 779-784)</i>
UK 3.2 Zugang und Finanzierung	Faktoren, die in Zusammenhang mit fehlender Honorierung oder Benachteiligung gegenüber	<i>„Würden wir die Helferkonferenz als Position mit dem entsprechenden Zeitaufwand bezahlt kriegen, wäre es sicher auch</i>

	Primärversorgungseinheiten stehen	<i>möglich, die Kollegen mehr zu motivieren, das auch strukturierter zu machen.“ (B2, 556-558)</i>
UK 3.3 Fehlende Koordination und Überblick	Faktoren, die im Zusammenhang mit mangelndem Überblick über das bestehende Angebot oder fehlender Qualitätskontrolle stehen	<i>„Aber bei uns, es gibt immer so Projektphasen und dann wird irgendwo irgendwas gemacht. Kein Mensch weiß, dass es das gibt. (...) Weil wie kommst du auf die Idee, dass bei mir im Dorf eine Kassenstelle für psychiatrische Ergotherapie ist? (...) Aber es ist so ein Flickwerk. Es ist mühsam.“ (B1, Z. 592-597)</i>
UK 3.4 Kommunikation	Faktoren, die die Kommunikation erschweren	<i>„(...) ich muss mir den Befund selber suchen, weil es schickt ihn mir keiner. Also diese fehlende Kommunikation ist das, was mich am meisten stört. Und die kann man schwer ersetzen, da muss man einfach Grundregeln einführen.“ (B2, Z. 1082-1085)</i> <i>„Und auch da ist offenbar der Datenschutz irgendwie so eine Sperre, weil die dürfen sich da irgendwie nicht melden aktiv oder so.“ (B3, Z. 527-529)</i> <i>„Aber wenn ich nicht aktiv nachfrage (...) dann ist das auch nicht verpflichtend und strukturiert genug, dass das auch von der Strukturebene her so eingeführt ist, dass es funktioniert.“ (B1, Z. 573-578)</i>

UK 3.5 Rollen- und Rahmen- bedingungs- unklarheit	Mangelnde Kenntnisse über Kompetenzen und Arbeitsrealitäten	<i>„Und drittens habe ich mir gedacht, wozu soll ich eine Krankenschwester anstellen, die zu 90 Prozent in der Woche eigentlich das gleiche macht wie alle anderen. Weil wir haben nicht so viele Diabetiker zum neu einschulen oder Infusionen zum Anhängen und da dann eine Hierarchie-Ebene einzuziehen, die dann ja doch deutlich besser entlohnt wird als die anderen aber das gleiche macht, halte ich nicht für gescheit, also das hat sich bis jetzt nie ergeben.“ (B3, Z. 198-203)</i>
UK 3.6 Persönliche Faktoren	Persönliche Eigenschaften der handelnden Personen, die die Zusammenarbeit erschweren	<i>„Dann komme ich zum Turnusarzt, der, da kann er nichts dafür, nicht gescheit Deutsch spricht. Und die Hälfte von dem, was ich sage, nicht versteht.“ (B6, Z. 476-478)</i> <i>„Und dann war der neue Orthopäde da und innerhalb von kürzester Zeit hat sich das Blatt gewendet und der ist entweder selber nie da gewesen, hatte eine Vertretung, die keiner kannte, wo keiner hingehen wollte. Die Freundlichkeit hat nachgelassen. Das war dann schlimm.“ (B3, Z. 691-694)</i>
OK 4 Systemische Veränderungen	Wünsche, Forderungen, Notwendigkeiten der Systemveränderung, um	

	interprofessionelle Zusammenarbeit in Einzelvertragsordinationen gut/besser umsetzen zu können	
UK 4.1 Digitale Infrastruktur und Kommunikation	Alle im Zusammenhang mit Kommunikation oder Kommunikationskanälen bzw. dem Schaffen von Kommunikationsräumen stehende Aspekte, die eine Veränderung auf systemischer Ebene zur Erleichterung der interprofessionellen Zusammenarbeit erfordern	<i>„Was wirklich helfen würde, wäre, dass Befunde einfach einsehbar sind. Weil dann sind, bevor man mit jemandem interdisziplinär zu sprechen anfängt, schon mal alle am gleichen Wissensstand, was ist an Befunden erhoben worden und was ist dabei rausgekommen.“ (B6, Z. 453-456)</i>
UK 4.2 Zugangs-gerechtigkeit, Gleichstellung mit PVE	Veränderungsbedarf, der in Zusammenhang mit einer Angleichung der Möglichkeiten an den Handlungsspielraum von PVE im Bezug auf	<i>„Die Ungerechtigkeit, wenn man so will, ist wirklich, dass, wenn Sie ins PVZ gehen, ist das als Kassenleistung mit dabei und bei mir müssen sie es zahlen.“ (B1, Z. 136-138)</i>

	interprofessionelle Zusammenarbeit steht	
UK 4.3 Finanzierung und Struktur- verpflichtung	Alle mit der Leistungshonorierung oder Abrechenbarkeit im Zusammenhang stehenden Veränderungsnotwendigkeiten	<i>„Ich hätte überhaupt lieber das PVE-System, also, dass ich pro Patient eine Pauschale kriege und nicht jeden Furz dokumentieren muss.“ (B6, Z. 531-533)</i>
UK 4.4 Übersicht und Steuerbarkeit	Veränderungswünsche, die einen besseren Überblick über bestehendes Versorgungsangebot und/oder die Lenkung der Patienten:innenpfade ermöglichen	<i>„Und ich wünsche mir eine verpflichtende Überweisung zur nächsten Kompetenzebene, also nach innen, zum Zentrum hin. Und da schließe ich nicht nur die Spitäler mit ein, sondern auch die Fachärzte.“ (B3, Z. 740-742)</i>
UK 4.5 Interprofessionelle Ausbildung	Rolle der Ausbildung im Studium und Fachausbildung im Hinblick auf die spätere Etablierung von interprofessioneller Zusammenarbeit, hilfreiche und fehlende Ausbildungsinhalte	<i>„Im Studium habe ich davon leider gar nichts gelernt. In meiner Facharztausbildung zur Anästhesistin habe ich davon schon etwas gelernt. Vor allem auf der Intensivstation ist da viel Austausch mit anderen Fachdisziplinen. Das war sicher auch die Zeit in meiner medizinischen Ausbildung, die mich insgesamt am besten vernetzt hat. Im Turnus habe ich diesbezüglich leider auch nicht wirklich viel</i>

		<i>gelernt. Ich finde, es gehört schon ein bisschen in die Ausbildung aufgenommen.“ (B6, Z. 796-801)</i>
--	--	--

Tabelle 5: Codierleitfaden - Kategorien mit Definitionen und Ankerbeispielen