



# Charta 2.0

Interprofessionelle  
Zusammenarbeit im  
Gesundheitswesen



 **SAMWASSM**

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
Académie Suisse des Sciences Médicales  
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche  
Swiss Academy of Medical Sciences

## Herausgeberin

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)  
Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern  
mail@samw.ch | [www.samw.ch](http://www.samw.ch)

## Gestaltung

KARGO Kommunikation GmbH, Bern  
Bilder Umschlag: eigene Darstellung, iStock credits

## Druck und Copyright

Kasimir Meyer AG, Wohlen  
1. Auflage 2014, 2. überarbeitete Auflage 2020 (3000 d, 1500 f, 500 i)

Die gedruckte Publikation kann kostenlos in Deutsch, Französisch und Italienisch bezogen werden: [order@samw.ch](mailto:order@samw.ch)

Copyright: ©2020 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
Dies ist eine Open-Access-Publikation, lizenziert unter «Creative Commons Attribution» (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>). Der Inhalt dieser Publikation darf demnach uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben werden, solange der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

Zitiervorschlag: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020)  
Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

DOI: [doi.org/10.5281/zenodo.3865147](https://doi.org/10.5281/zenodo.3865147)

## SDGs: Die internationalen Nachhaltigkeitsziele der UNO

Mit dieser Publikation leistet die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften einen Beitrag zu SDG 3: «Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern.»

[sustainabledevelopment.un.org](http://sustainabledevelopment.un.org)

[www.eda.admin.ch/agenda2030](http://www.eda.admin.ch/agenda2030) → agenda-2030 → 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung

mitglied der

# Präambel

Im komplexer werdenden Gesundheitssystem ist die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen ein entscheidender Erfolgsfaktor. Gut koordinierte Behandlung, geeignete Kommunikation zwischen den Berufsgruppen und angemessene Wahrnehmung der anderen Beteiligten tragen dazu bei, Unter- und Überversorgung, unnötige Kosten und lebensgefährliche Komplikationen zu vermeiden. Interprofessionalität ist daher eine grundlegende Voraussetzung für Qualität, Sicherheit und insgesamt positive Outcomes der Gesundheitsversorgung.

Diese Erkenntnis hat die SAMW 2014 veranlasst, die Charta «Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen» zu veröffentlichen. Die Charta 1.0 nahm Bezug auf ähnliche Initiativen im Ausland und sollte eine Basis bieten für den anzustrebenden Kulturwandel. In der Zwischenzeit gibt es in der Schweiz zahlreiche Initiativen und Projekte, sowohl zu interprofessioneller Zusammenarbeit als auch – eher noch ausgeprägter – zu interprofessioneller Bildung. Damit sieht die SAMW den Zeitpunkt gekommen, die Charta 1.0 zu überarbeiten und diese erfreuliche Dynamik zu verstärken. Dafür sprechen nicht nur der grössere Stellenwert und die gestiegene Akzeptanz der Interprofessionalität. Es besteht auch das Bedürfnis, den Inhalt zu präzisieren bzw. zu erweitern und neue Entwicklungen wie die Outcome-Messung, die Personalisierung und Digitalisierung der Medizin oder das Konzept der personenzentrierten Gesundheitsversorgung aufzunehmen.

Die Charta 2.0 ist wie ihre Vorgängerin das Ergebnis eines Konsenses. Sie ist keine Richtlinie, vielmehr ist sie eine Absichtserklärung bzw. ein Leuchtturm, der Orientierung bietet. Die SAMW lädt die in der Gesundheitsversorgung tätigen Fachleute, Berufsverbände und Institutionen ein, die Charta in diesem Sinne für sich als verbindlich zu erklären – als Ausdruck für den Willen und die Bereitschaft, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und umzusetzen.

# Grundverständnis von Interprofessionalität

Interprofessionalität im Gesundheitsbereich ist gemäss Weltgesundheitsorganisation (WHO) dann gegeben, wenn mehrere Gesundheitsfachleute mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen so zusammenarbeiten, dass sie zu einem gemeinsam geteilten Verständnis kommen, das sie vorher noch nicht hatten und zu dem sie ohne einander nicht hätten kommen können. Neben den Gesundheitsfachleuten mit klinischer Ausbildung gibt es immer mehr Fachleute im Gesundheitswesen, die für die soziale, spirituelle oder systemische Unterstützung im Versorgungsverlauf mitwirken oder für Qualitäts- bzw. Ergebnisüberprüfung oder Forschung und Innovation zuständig sind und die ebenfalls an dieser interprofessionellen Zusammenarbeit beteiligt sind (z. B. Sozialarbeit, Seelsorge, IT, Ökonomie etc.). Für eine qualitativ hochstehende und sichere Gesundheitsversorgung braucht es alle diese Fachleute und die Charta schliesst sie entsprechend mit ein.

Das Gesundheitssystem und seine Organisationen sind gegenwärtig professionell orientiert und aufgebaut. Das heisst, jede Gesundheitsfachperson denkt und handelt in den eigenen fachlichen und beruflichen Kategorien. Dabei kann jeder Akteur davon ausgehen, dass alle Gesundheitsfachleute wissen, was zu tun ist, und es keiner besonderen Abstimmungsbemühungen bedarf. Dies gilt namentlich in Routinesituationen. Dieses professionelle Neben- und Miteinander wurde so gelernt und ist, auch wenn dies künftig ändern wird, die etablierte und gewohnte Normalsituation bzw. die Default-Position.

Wenn – und das erleben wir heute immer öfter – die Entscheidungs- und Handlungslage komplexer wird und der beschriebene «Normalfall» unter Druck gerät, kann diese grundsätzliche Stärke des Neben- und Miteinanders spezialisierter Berufe in eine Schwäche umschlagen. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn chronisch kranke Patientinnen und Patienten und deren Angehörige mit ihren Bedürfnissen in den professionell definierten Kategorien und Fähigkeiten keine Entsprechung mehr finden. Potenzielle Überforderung, Fragmentierungen, Unterlassungen und weitere bekannte Probleme treten auf. In solchen Fällen steigen der Koordinations- und Synchronisierungsbedarf rasch an und rufen nach alternativen Lösungen, z. B. nach interprofessioneller Zusammenarbeit. Interprofessionalität trifft dann aber auf die monoprofessionelle Funktionsweise, die nicht ohne weiteres preisgegeben werden kann.

Dieser Ausgangspunkt impliziert, dass es sich bei interprofessioneller Zusammenarbeit um eine spezifische Form der Leistungserbringung im Gesund-

heitssystem neben anderen handelt. Die entscheidende Frage ist daher, wie die Beteiligten den Mehrwert von Interprofessionalität erkennen und interprofessionelle Zusammenarbeit als notwendige und dauerhafte Ergänzung zur Default-Position im Berufsalltag implementieren können.

## Prinzipien

Die Gesundheitsfachleute und weitere Fachkräfte im Gesundheitswesen setzen sich für eine bedarfs- und bedürfnisorientierte, qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ein.

In einer modernen Gesundheitsversorgung sind die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen partnerschaftlich in die Planung und Umsetzung der Gesundheitsversorgung eingebunden, sofern sie dies möchten und dazu in der Lage sind. Dies bedeutet, dass die edukativen, beratenden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen, rehabilitativen und palliativen Leistungen nicht nur unter den beteiligten Berufsleuten abzustimmen sind, sondern wenn immer möglich auch mit dem Patienten/der Patientin und dem nahen Umfeld bzw. den Vertretungsberechtigten. Die Verantwortung wird entsprechend den professionellen Kompetenzen oder interprofessionell wahrgenommen. Die gegenseitige Information ist stets gewährleistet, die Arbeit basiert auf gegenseitigem Respekt und gemeinsam definierten, anerkannten Standards.

Ziele einer solchen Gesundheitsversorgung sind der gleichberechtigte Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen in guter Qualität, mit Blick auf den Patientennutzen, grosser Effizienz sowie hoher Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und der Gesundheitsfachleute. Sie ist damit Teil einer «nachhaltigen Medizin», die sich am Triple-Aim-Konzept orientiert. Dessen Grundidee ist es, Ziele für das Gesundheitssystem zu definieren, die gleichzeitig und gleichermaßen Qualität, Nutzen und Kosten berücksichtigen. Interprofessionalität kann einen wichtigen Beitrag leisten zur Umsetzung des Triple-Aim-Konzepts. Interprofessionelle Zusammenarbeit wird sich aber nur dort durchsetzen, wo der Nutzen der Zusammenarbeit den Aufwand übersteigt. Umso wichtiger ist die Identifikation von Situationen, in denen die interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig ist und klare Vorteile bringt.

# Kernelemente und Verpflichtungen

## 1. Betroffene und Angehörige sind in die interprofessionelle Zusammenarbeit partnerschaftlich eingebunden.

Der geltende gesetzliche Rahmen (insbesondere das Erwachsenenschutzrecht) setzt die informierte Zustimmung der Betroffenen zu sämtlichen medizinischen Massnahmen voraus. Patientinnen und Patienten oder gegebenenfalls ihre Angehörigen sollen deshalb eine aktive Rolle im Gesundheitswesen einnehmen und sich an Entscheidungen zu Behandlung und Betreuung beteiligen. Als «Experten in eigener Sache» können sie – soweit fähig und kompetent – die Behandlungsqualität und das Gesamtergebnis beeinflussen.

## 2. Interprofessionelle Zusammenarbeit zielt auf den Nutzen für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit bedeutet Mehraufwand für alle beteiligten Fachpersonen. Dieser ist jedoch gerechtfertigt, wenn damit die Versorgungsqualität verbessert werden kann. Im Hinblick darauf bieten sich PREMs (Patient Reported Experience Measures) und PROMs (Patient Reported Outcome Measures) an; diese können die Patientenerfahrungen und den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand als Feedback und Quelle für Prozessverbesserungen zugänglich machen.

## 3. Die interprofessionelle Entscheidungsfindung ist zentraler Bestandteil der interprofessionellen Zusammenarbeit. Sie erlaubt eine integrierte Versorgung und ist entsprechend koordiniert.

Bei komplexen klinischen Situationen ist eine gemeinsame Entscheidungsfindung unumgänglich. Der integrierte Zugriff auf sämtliche Informationen, z. B. durch digitale Dokumentations- und Entscheidungshilfen, trägt dazu bei, ein gemeinsames Verständnis einer Patienten- und Angehörigen-situation zu entwickeln. Erst dieses gemeinsame Verständnis erlaubt die Planung und Durchführung interprofessionell abgestimmter Handlungen.

## 4. Das Übernehmen von Verantwortung orientiert sich an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen und an den benötigten fachlichen Kompetenzen.

Die Gesundheitsfachleute sind entsprechend ihren spezifischen Kompetenzen und Fähigkeiten tätig und tragen die Verantwortung für ihr Handeln. Die Übernahme von Verantwortung durch verschiedene Gesundheitsfachleute bedingt einen zusätzlichen Organisationsaufwand und klare Rollenbeschreibungen, die den Aufgabenbereich definieren.

**5. Interprofessionelle Zusammenarbeit orientiert sich am Behandlungs- und Betreuungssetting.**

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist ein Mittel für spezifische Probleme in der Behandlung und Betreuung und ergänzt die professionelle Praxis. Sie kann vielfältige Formen annehmen; diese sind wesentlich durch das Versorgungssetting und die Art der Krankheit oder Beeinträchtigung geprägt. Diese Unterschiede sind für die konkrete interprofessionelle Zusammenarbeit zu berücksichtigen.

**6. Die Berufs- und Fachverbände fördern eine Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit.**

Empfehlungen an die Praxis (z. B. in Form von Leitlinien), die Aus- und Weiterbildung, Forschung und politische Meinungsbildung fördern die Weiterentwicklung und damit die Kultur der interprofessionellen Zusammenarbeit. Berufs- und Fachverbände haben eine wichtige Rolle inne, indem sie gemeinsame Veranstaltungen durchführen, in interprofessionell zusammengesetzten Fachgremien tagen und Vernehmlassungsprozesse interprofessionell abstimmen.

**7. Eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit basiert auf der Vermittlung interprofessioneller Kompetenzen in Aus-, Weiter- und Fortbildung.**

Die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachleute umfasst die notwendigen kooperativen Elemente. In gemeinsamen Modulen mit interaktiven Lernsequenzen werden allen Gesundheitsfachleuten ergänzend zu den jeweiligen spezifischen Kenntnissen berufsübergreifende Grundelemente vermittelt. Dies sind z. B. Kommunikation, Ethik, Gesundheitsökonomie und -politik sowie Prinzipien der interprofessionellen Zusammenarbeit wie Patientenzentrierung, Erkennen professions-spezifischer Grenzen oder Verbesserung der Betreuungs-koordination. Im Sinne eines lebenslangen Lernens besuchen alle Gesundheitsfachleute regelmässig auch Veranstaltungen, die interprofessionelle Kompetenzen fördern und die kooperative Berufspraxis reflektieren.

**8. Interprofessionelle Zusammenarbeit und integrierte Behandlung und Betreuung gehören zusammen.**

Viele Faktoren, die das Gelingen der interprofessionellen Zusammenarbeit unterstützen, tragen gleichzeitig zu einer gelingenden integrierten Versorgung bei: offene Kommunikation; gegenseitiges Vertrauen und

Respekt; das Kennen aller am Versorgungsprozess beteiligten Personen und deren Rollen; Klärung der Machtverhältnisse und Entscheidungsbefugnisse; eine auf Zusammenarbeit ausgerichtete Arbeitsumgebung; konsequente Ausrichtung an personenzentrierter Versorgung etc.

#### **9. Interprofessionalität ist eine Leitungsaufgabe.**

Die Führungspersonen und -gremien von Gesundheitseinrichtungen sind verantwortlich für den anzustrebenden Kulturwandel. Sie fördern eine Kultur der Interprofessionalität und setzen diese im Rahmen ihrer strategischen, finanziellen und personellen Entscheidungen um. Dabei sollen sie den gesetzlichen, finanziellen und tariflichen Rahmen bestmöglich ausschöpfen.

#### **10. Die Berufsverbände setzen sich gemeinsam für geeignete gesetzliche Rahmenbedingungen und Anreize zur Förderung der Interprofessionalität ein.**

Die interprofessionelle Aus- und Weiterbildung und die Zusammenarbeit sollten auf gesetzlichen Grundlagen beruhen und durch finanzielle Anreize unterstützt werden. Damit wird gewährleistet, dass Interprofessionalität nicht nur auf den guten Willen der beteiligten Akteure angewiesen ist. Die Aus- und Weiterbildungsgänge sind evidenzbasiert und folgen zeitgemässen didaktischen Standards.

### **Literatur**

Baecker D. (2017), Polykontextualität des Krankenhauses. In: Brandhorst A., Hildebrandt H., Luthe E.-W., (Hrsg.), Integration und Kooperation – Das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Springer Heidelberg.

DiazGranados D., Dow A.W., Appelbaum N., Mazmanian P.E., Retchin S.M. (2017), Interprofessional practice in different patient care settings: A qualitative exploration. Journal of Interprofessional Care. 2018;32(2):151-159.

Haddara W., Lingard L. (2013), Are We All on the Same Page? A Discourse Analysis of Interprofessional Collaboration. In: Academic Medicine. 2013;88(10):1509-1515.

Kaiser N., Ammann F., Meier N., Inderbitzi L., Haering B., Eicher M. (2019), Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen - Berufsausübung: Potenziale für Interprofessionalität. Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG, Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» 2017–2020.



Maier C.B., Köppen J., Busse R., MUNROS team (2018), Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries. *Human Resources for Health*. 2018;16(1):24.

Martínez-González N.A., Tandjung R., Djalali S., Rosemann T. (2015), The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Human Resources for Health*. 2015;13:55.

O'Leary N., Salmon N., Clifford A., O'Donoghue M., Reeves S. (2019), „Bumping along“: a qualitative metasynthesis of challenges to interprofessional placements. *Medical Education*. 2019;53(9):903-915.

Reeves S., Pelone F., Harrison R., Goldman J., Zwarenstein M. (2017), Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;6(6):CD000072.

Reeves S., Perrier L., Goldman J., Freeth D., Zwarenstein M. (2013), Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update) (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;2013(3):CD00213.

Schmitz C., Atzeni G., Berchtold P. (2017), Challenges in interprofessionalism in Swiss health care: the practice of successful interprofessional collaboration as experienced by professionals. *Swiss Medical Weekly*. 2017;147:w14525.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020), Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Differenzierung, Praxis und Implementierung. *Swiss Academies Communications* 15 (2).

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2019), Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems. *Swiss Academies Communications* 14 (2).

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2017), Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. *Swiss Academies Reports* 12 (2).

Vogd W. (2011), Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung. *Velbrück Wissenschaft, Weilerswist*.

World Health Professions Alliance (2008), *Joint Health Professions Statement on Task Shifting*.

World Health Organization (WHO) (2010), *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*.

World Health Organisation (2007), *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams*.

# Hinweise zur Ausarbeitung der Charta

Überzeugt, dass interprofessionelle Zusammenarbeit zu einer qualitativ guten und effizienten Gesundheitsversorgung beiträgt, unterstützt die SAMW entsprechende Entwicklungen seit Jahren. 2011 veröffentlichte sie das Positionspapier «Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden». Eine der darin formulierten Empfehlungen betraf die Ausarbeitung einer «Charta» zur Zusammenarbeit der Gesundheitsfachleute. Die SAMW setzte eine Arbeitsgruppe ein und veröffentlichte 2014 die Charta «Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen».

Unterdessen wurden in der Schweiz zahlreiche Initiativen und Projekte zur interprofessionellen Zusammenarbeit und interprofessionellen Bildung lanciert und erfolgreich umgesetzt. Um diese Entwicklungen auch in der Charta abzubilden, beschloss die SAMW eine Aktualisierung und setzte 2019 erneut eine Arbeitsgruppe ein, der folgende Persönlichkeiten angehörten:

**PD Dr. Peter Berchtold**, college M, Bern (Co-Vorsitz)

**Prof. Manuela Eicher**, Université de Lausanne et Centre hospitalier universitaire vaudois; Lausanne (Co-Vorsitz)

**Dr. Hermann Amstad**, amstad-kor, Basel

**Dr. Werner Bauer**, Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung, Küsnacht

**Marie-Anne Becker**, Hôpital Neuchâtelois, Neuchâtel

**Prof. Iren Bischofberger**, Careum Hochschule Gesundheit, Zürich

**Prof. Eva Cignacco**, Berner Fachhochschule, Bern

**Matthias Gähwiler**, SAMW, Bern (ex officio)

**Cristina Galfetti**, cg empowerment, Meisterschwanden

**Prof. Andreas Gerber-Grote**, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur

**Maja Mylaeus-Renggli**, SanaCERT Suisse, Bern

**Dr. Hans Neuenschwander**, Lugano

**Prof. Pierre-Yves Rodondi**, Cabinet médical, Pully

**Martine Ruggli**, ehem. pharmaSuisse, Liebefeld

**Dr. Beat Sottas**, sottas formative works, Bourguillon

**Prof. Astrid Schämamm**, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur

**Prof. Ursula von Mandach**, Universität Zürich

**Prof. Claudia Witt**, Universitätsspital Zürich

**Dr. Anja Zyska Cherix**, Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, Lausanne

Unter der Leitung von Prof. Manuela Eicher und PD Dr. Peter Berchtold wurde die Charta überarbeitet und den aktuellen Verhältnissen im Gesundheitswesen angepasst. Der Vorstand der SAMW hat an seiner Sitzung vom 21. April 2020 diese aktualisierte Version diskutiert und verabschiedet.

