

Position statement GMA Committee – “Interprofessional Education for the Health Care Professions”

Ursula Walkenhorst¹

Cornelia Mahler²

Regina Aistleithner³

Eckhart G. Hahn⁴

Sylvia Kaap-Fröhlich⁵

Sven Karstens²

Karin Reiber⁶

Beate Stock-Schröer⁷

Beat Sottas⁸

1 Universität Osnabrück, FB
Humanwissenschaften,
Osnabrück, Deutschland

2 Universitätsklinikum
Heidelberg, Abt.
Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung,
Heidelberg, Deutschland

3 Gesundheit Österreich
GmbH, Gesundheitsberufe,
Wien, Österreich

4 Gesellschaft für Berufliche
Fortbildung, Forschung und
Entwicklung e.V. an der
Medizinischen Klinik 1,
Universitätsklinikum
Erlangen, Erlangen,
Deutschland

5 Universität Zürich,
Medizinische Fakultät,
Zürich, Schweiz

6 Hochschule Esslingen,
Fakultät Soziale Arbeit,
Gesundheit und Pflege,
Esslingen, Deutschland

7 Karl und Veronica Carstens-
Stiftung, Aus- und
Weiterbildung, Essen,
Deutschland

8 Stiftung Careum, Stiftungsrat,
Zürich, Schweiz

Preface

The discussion about new forms of cooperation and competencies in the health professions need not

primarily take place from the perspective of the occupational groups, but rather on the basis of future expectations of the healthcare system – meaning from the perspective of the patients [1].

The Committee for Interprofessional Education in the Health Professions was established in 2011 as a subcommittee of the *Gesellschaft für medizinische Ausbildung* (GMA) and is composed of German, Austrian and Swiss experts in the fields of medicine, nursing, and the therapeutic and diagnostic health professions. The committee was founded with the task of critically reviewing current Interprofessional Education programs in academia among the health professions and making recommendations for Interprofessional Education in the form of a position statement. This is to provide both theoretical and practical support regarding further developments to integrate interprofessional approaches into education for the health professions. The need to systematically address this topic has arisen from previous observations about the necessity for collaboration between the health professions [2], [3], [4], as well as knowledge gained about the effects of cooperation in terms of all stakeholders: patients, the general population, and members of the health professions.

The committee first looked at the initial occupational training in selected health professions¹ (within the German practice context), which have been undergoing academization in recent years and differ in this respect from the long-established academic field of medicine. The recommendations formulated in this position statement concerning Interprofessional Education are not directed solely at a particular occupational group, but are intended to address all health professional groups that directly contribute to patient care. Presently, with the exception of medicine, a situation exists in which the majority of initial training programs for the health professions are still embedded in the vocational education system. This starting point has been given special attention by the committee members, particularly in the discussions with representatives from medicine. From the perspective of healthcare policy [5], the current developments towards the academization of health professions also have implications for future educational governance and thus for the future development of healthcare with all professional groups.

We wish to extend our gratitude to all the members of the GMA Committee for Interprofessional Education in the Health Professions and to all those who participated in the discussions that took place in various workshops and committee meetings and who provided important stimuli and suggestions for drafting this position statement.

Introduction

Interprofessional Education at undergraduate level has the aim of laying the groundwork for later interprofessional collaboration among those working in the field of healthcare and, as a result, of contributing to reliable health care outcomes for patient-centred care. Within the scope of this committee, the topic was approached not only from the necessary perspective of healthcare provi-

sion, but also from an educational standpoint and the recommendations formulated here focus on the educational and pedagogical perspectives. This position statement can be used as a stimulus for further discussions that must be held in the areas of health and education. A systematic perspective connecting both areas is absolutely necessary for implementing these recommendations.

In past years, the committee has looked closely at the national situations in the German-speaking countries² concerning education in the health professions and also at international experiences regarding collaboration among the health professions. An inventory of national and international approaches and concepts in Interprofessional Education was compiled, and empirical studies investigating the effectiveness of interprofessional cooperation and interprofessional learning were reviewed and analyzed. The criteria for dealing with the structures and content identified in the studies as being pre-requisite for successful implementation of Interprofessional Education, along with the detrimental factors, were compiled and form the basis of this position statement.

Firstly, the initial status, cooperative efforts, and national and international examples are presented, and the current state of research is summarized. Then, the committee's recommendations are given for the corresponding implementation strategies to improve Interprofessional Education.

Starting point

Healthcare today and that of the future are confronted with demographic and epidemiological challenges. Ensuring and developing healthcare can only be guaranteed by excellent, interprofessional collaboration between all existing health professions, and any that may emerge. In preparing for these challenges in providing healthcare, numerous implications arise for education. In addition, human resources and the focus on economic factors means that practice will continue to take place within a context of tight resources.

Parallel to this, the academization and professionalization [6], [7] of the health professions in the German-speaking countries are increasingly contributing to better qualifications for these occupations in healthcare and, based on the establishment of a broader scientific basis and research, are bringing to the healthcare system new insights about different aspects of healthcare needs and new approaches for healthcare services. Organizing collaboration with medical colleagues now plays a major role in this development, as further academization of the health professions needs to take place in close alliance with the representatives from the field of medicine. In what form the necessary interprofessional cooperation can and must be organized and experienced cannot be completely answered at present and requires further refinement and discussion.

Sequences and structures in interprofessional educational programs, at both the level of vocational training and university study, are currently rare for all health professions, but are gaining increased importance as bachelor degree programs in nursing and the therapeutic professions are being established. In medical education, initial approaches for interprofessional learning with the other health professions are emerging, particularly as new educational concepts and model curricula. At present, effective collaboration between the health professions mostly depends on the motivation of individual efforts by persons and small teams. In order to expand this form of cooperation step-by-step into sustainable and forward-looking structures, it will be necessary to have suitable concepts. These, in turn, require an essential dialogue between the health professions and an anchoring within educational programs and their legal regulatory frameworks. Educational institutions should take up this topic within the context of existing structures and guidelines to do justice to their future-oriented mission of contributing to better healthcare. At the same time, it is important to work on legislation that ensures the qualifications for interprofessional work are covered by educational curricula.

Developmental state of Interprofessional Education concepts in selected European countries

The status of Interprofessional Education varies greatly among reviewed countries due to the different locations and regulation of educational programs. Selected examples from some European countries are described in the following:

a) Germany

In Germany, the socialization of the medical, nursing, therapeutic and diagnostic health professions during training and university study takes place for the most part separately from each other. The following briefly presents initial model projects in interprofessional education.

The University for Health (*Hochschule für Gesundheit*) in Bochum has for the first time integrated interprofessional curricula units over the entire course of the degree programs in occupational therapy, physiotherapy, speech and language therapy, midwifery and nursing [<http://www.hs-gesundheit.de/de/thema/die-hochschule/>, last verified on 2 March 2015] and also integrates learning with students at the medical school of the *Ruhr Universität Bochum* (see below) in projects. At the Medical Faculty of Heidelberg University, a Bachelor degree program in Interprofessional Healthcare was established in 2011, in which nine different health professions complete an academic degree in parallel to their vocational training (i.e. geriatric nursing, general nursing, pediatric nursing, midwifery, speech and language therapy, physiotherapy, orthoptics, medical laboratory technicians and radiography) [8]. Within this interprofessional degree, some

modular learning takes place with medical students enrolled at the same faculty. Subjects such as team communication [9], Health Care English, and medical error management/error culture are integrated into both curricula.

In recent years, the first model projects between universities of applied sciences and university medical schools have also been initiated, in which students study together. For example, as part of an interprofessional model project between the Medical Faculty of the *Ruhr-Universität Bochum* and the *Hochschule für Gesundheit*, students of medicine, nursing, therapy and midwifery work together on a case [10]. With its interprofessional learning program in the health professions, *Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen*, the Robert Bosch Foundation supports current model projects that develop, conduct and evaluate educational courses involving medical schools and various other health professions. The first publications on this are expected to appear in 2015.

b) Austria

Educational programs in Austria leading to university degrees in the health professions are currently monoprofessional. Since the 2005 health reform, legislators, in response to healthcare needs, have been giving increased consideration to multi-professional approaches not only in terms of healthcare provision, but also education. In respect to educational programs in the health professions, this requirement is particularly reflected in the competence-oriented university rules and regulations for nursing, midwifery and technical lab services (biomedical analysis, dietetics, occupational therapy, speech and language therapy, orthoptics, physiotherapy, and radiography). Approaches to Interprofessional Education are facilitated by programs in multiple health professions at the same institution. These are especially present in the form of advanced training at the Master's degree level. Currently, the health reform of 2013, initiated by the federal government, states and social insurance providers, aims for a paradigm change that will lead to appropriate modifications in the educational programs for the health professions. Taking the “Health in all Policies” approach and the basic health objectives into consideration, the focus is on health promotion and preventive healthcare. A concept for graduated care is meant to ensure needs-based, effective and efficient care which, in turn, guarantees the high quality of care. Interdisciplinary, multiprofessional, and integrated forms of care are intended at all levels of care. At present, the necessary structural, organizational and financial conditions are being developed for the individual levels of care. Based on this, the roles and competencies of the health professions involved will be defined. Following this, any required amendments to the legislation governing education will be undertaken. A current project on educational reform in nursing, as well as one dealing with medical study, will take these aspects into account, along with the modifi-

ations to the EU Directive on the recognition of professional qualifications (Directive 2013/55/EU). By 2016, the first results regarding changes to education in response to the health reform should be available and implemented.

c) Switzerland

The awareness of Interprofessional Education (Interprofessional Education, IPE) is high in Switzerland and willingness to take concrete action has been signaled and steps for implementation have been initiated. In doing this, differentiation has been made between two levels: on the level of political strategy, the governing Swiss Federal Council has given impetus for interprofessional approaches to healthcare and reinforced the health policy framework Health 2020 with a strategy paper on Interprofessional Education up to the level of an educational reference framework [<http://www.gesundheit2020.ch>, last verified on 1 March 2015]. The forces driving policymakers to set this course are the future challenges of providing appropriate healthcare, particularly regarding access to care and maintaining an excellent quality of care. As a consequence of the increasing shift from inpatient to outpatient care, expectations are being placed on innovative developments in the area of Advanced Practice.

At the level of the educational institutions many separate interprofessional projects can be identified. This development is promoted by general objectives in the law governing education and competence-based curricula for health professions that are implemented at the medical schools, universities of applied science, and institutes of higher vocational education. As a result of the academization of the health professions and the consistent implementation of the Bologna Reform, comparable curricular structures have also been created that simplify the introduction of interprofessional programs at the formal level. Competencies corresponding to the role of the (interprofessional) collaborator in the CanMeds role models [11] are not only described in the competencies expected of the non-university health professions, but also in the Swiss catalogue of learning objectives SCLO [12] and the catalogue of learning objectives for advanced medical training programs [http://www.fmh.ch/files/pdf8/allg_lz_d.pdf, last verified on 2 March 2014]. The competencies for the health professions studied at universities of applied science focus more strongly on interprofessional skills between these health professions.

Interprofessional Education and interprofessional training vary nevertheless between the educational institutions and in practice. An overview of the interprofessional activities in education at Swiss universities and universities of applied science can be found in the report by the topic group for Interprofessionalism at the Swiss Federal Office of Public Health [<http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/11724/14204/index.html?lang=de>, last verified on 1 March 2015].

Although there may be a bold consensus in this atmosphere of optimistic progress (Swiss Academy of Medical Sciences, see below), the jury is still out in respect to the results of this transitional phase – whereby the dynamic that has been created increases the pressure on politics, healthcare, and education.

A political mandate issued by the federal government and cantons is being striven for so that IPE can be pushed in a targeted manner as preparation and qualification for interprofessional practice at the national level. As this takes place, attention must be turned not only toward patient-oriented functions, but also toward topics, such as management, financing, and logistics. Anchoring all this in the organization of curricula must also be addressed.

The work on the charter *Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe* (Collaboration among the Health Professions) of the Swiss Academy of Medical Sciences is to be viewed positively, in that reference is also made to Interprofessional Education and advanced training [13]. This charter was made public in 2014 and then widely disseminated.

d) Scandinavia

In 1986, the medical school at Sweden's Linköping University added a 12-week interprofessional learning phase for medical students, nurses, physiotherapists, occupational therapists, speech and language therapists, and medical biologists to its curricula. The interprofessional learning is divided into three sequential stages and integrated into different phases of study. Already at the beginning of university study, the students learn together in a seven-week joint module on the principles of health and health promotion and on health and socio-political issues. This lays the foundation for problem-based learning. After two and a half years, the students come together again for the second part in a two-week topic-related course that focuses on the development of complementary professional skills and awareness of the different professional identities. In the third part, the students participate together on interprofessional teams in a two-week internship, during which they are responsible for giving patient care in real surroundings on a training ward. Following an introductory phase, the students organize and assign the necessary tasks and responsibilities on their own. The interprofessional learning is then completed with a reflection on the learning experience [<http://www.hu.liu.se>, last verified on 2 March 2015].

e) England

Another example of how interprofessional units are anchored into the curriculum can be seen at the University of Southampton in England, where since 2000 internet-based common learning has taken place. This encompasses two interprofessional units, in which each year around 3,500 students from eleven health professions and the field of social work exchange information with each other. Not only is joint learning content imparted to

the students, but they also receive training in interprofessional skills. The first curricular unit serves as an introduction to the concept of collaborative learning and teamwork, as well as the IT methods for the subsequent internet-based modules. In the second unit, students then have the opportunity to jointly apply teamwork and negotiating skills in an interprofessional context during an audit [14].

Current state of research

After searching for relevant literature in professional journals and databases, a total of 58 publications were found on the topic of Interprofessional Education (IPE) and Interprofessional Collaboration (IPC) (as of spring 2013). A meta-analysis in the form of a Cochrane Review [15], [16] exists for each of the two topics, along with diverse overviews. These describe the various models of common learning and collaboration, as well as cover the evaluations of individual projects. Most studies were carried out in Canada, the U.S., Sweden or England. There are only a few publications covering Germany, Austria and Switzerland. Sweden (Linköping University) [17] and Canada (University of British Columbia) [18] are at the fore not only for IPE, but also IPC.

Results of studies show that Interprofessional Education (IPE) in joint educational projects at universities leads to better understanding for the other professions and that the satisfaction with one's own profession increases [19]. It is important to keep the learning groups as small and heterogeneous as possible and to have the teaching focus strongly on practice. Coordinating the different curricula proved difficult in the models described. Among the professional groups analyzed were dentists, physicians, nursing staff, pharmacists, social workers, occupational therapists, physiotherapists, midwives and radiographers. In the few and very heterogeneous studies, which were included in the Cochrane Reviews by Reeves et al. [15] and Zwarenstein et al. [16], it has not been possible to recognize any effects that can be generalized regarding modified behavior when providing healthcare or on patient outcomes, despite indications of positive results arising from interprofessional learning and interprofessional collaboration.

The studies found on Interprofessional Collaboration (IPC) also present different assessments. All of the health professions addressed in these studies agree on the necessity of collaboration, but these same professions differ on how to implement it. Satisfaction in practice also differs according to profession. Nevertheless, individual studies prove shorter hospital stays for patients and a reduced need for medication if interprofessional cooperation takes place in teams in the form of regular coordination and case conferencing [20], [21]. Clear structures in respect to responsibilities in the therapy setting also appear to be important [22].

The conclusion drawn by almost all of the studies is that it is the patient who ultimately profits from improved co-

operation among and coordination of all the professions in the healthcare system. However, this hypothesis must be further demonstrated in the form of convincing empirical studies. Such collaboration and better understanding of other professional groups can be best realized during education in the form of interprofessional curricular sequences. In addition, virtually all of the overviews see a great need for methodically well-founded research in this area.

Recommendations

The recommendations based on the analysis of the current situation, the examples from European countries, and the outline of the current state of research are formulated from the perspective of the field of education and pedagogy, even if other viewpoints (healthcare, healthcare policy, occupation policy) do indeed seem possible. One reason for the focus on the educational perspective stems from the task of the committee and interests of the GMA, which is to improve education in medicine and the other health professions.

After extensive research, joint discussions and analysis of the data, the committee makes the following recommendations, which will require further definition for application and appropriate adaptation for the various institutions.

1. Concepts for Interprofessional Education

The development of Interprofessional Education programs in the German-speaking countries has gained in significance, but there is still a lack of feasible and sustainable concepts that support educational institutions in developing their own interprofessional approaches and programs, as well as the necessary structures for this.

The committee recommends:

The development of an overall concept for interprofessional competence that is oriented toward all educational and training programs in the health professions in Germany, Austria and Switzerland. This concept will be drawn up by an interprofessional expert panel of representatives from the three countries, similar as the “Core competencies for interprofessional collaborative practice” [23]. To prepare this concept, relevant stakeholders in professional practice, health and occupational policy-making, employers, healthcare management, and patients will be surveyed in advance and involved in the development. Models and recommendations for the topics of an interprofessional competency profile are available in various other concepts and papers (WHO [24], CanMEDs [11], CIHC [25]). These could serve as a basis.

The concept to be developed and approved should also be designed so that its implementation in the legal frameworks and curricula of the separate health professions can be provided for. In addition, the concept shall be a guideline for the teaching qualification of all instruct-

ors in the health professions who are active in the area of IPE.

2. Curriculum design and teaching concepts

Interprofessional teaching and learning philosophies require a curricular design that allows for systematic and targeted competence development in this area. Interprofessionalism and the ability to engage in interprofessional work should be the guiding principle. These guiding principles should affect the structures, organizational culture, and the teaching/learning culture. The necessary competencies should be described in terms of different levels of qualification (see *Europäischer Qualifikationsrahmen [EQR]* [26]). In addition to the curricular content and pedagogical approach, the structures, organizational culture and attitudes, which follow these principles, must be recognizable in the curricular design.

The committee recommends:

Educational institutions that wish to develop Interprofessional Education concepts need to have the appropriate staff and material resources, so that these concepts can take shape as an overall approach which can then be seen and recognized in different aspects, rather than simply as concepts in isolated modules and the training of individual instructors. The development of modern and innovative teaching approaches not only requires appropriate qualification of teaching staff (see also Recommendation 3), but also a corresponding assessment of capacities within the university faculties or specialty departments. Any necessary legal bases must be identified and clarified.

The focus on competency, problem-solving, situations and actions should be addressed by the pedagogical approaches and contain, among other things, the discourse surrounding case-based learning in common curricular units, common interprofessional practice and reflective phases during the practical education phases, simulations on topics such as team conferences, patient admission/discharge management, dealing with family members, as well as enquiry-based learning. Interprofessional teaching concepts must be developed and implemented by an interprofessional team. To accomplish this, it will be necessary to identify common competency areas and common curricular content and to use these for Interprofessional Education (e.g. health topics, communication, teamwork, work settings, etc.).

3. Concepts for university instructor training in interprofessional teaching and learning in healthcare

The development of modern and innovative teaching and learning concepts for interprofessional learning requires appropriate teacher qualification. Presently, this is still assigned a subordinate role in teacher education, since teacher training in the health professions has still not been professionalized. Advanced training programs for teaching in higher education address relevant aspects from a pedagogical perspective, but still give little atten-

tion to the topic of interprofessional and interdisciplinary education.

The committee recommends:

Qualification of teachers in the field of health must be supported by suitable advanced training and degree programs in vocational education / medical education / health pedagogy. There is not only a need for a better basic understanding of the necessity of training university instructors, but also for suitable concepts in education. In addition, discussions about teaching methodology in particular disciplines and interprofessional learning must be steadily intensified and structurally anchored by professorships for Interprofessional Teaching at the universities.

4. Organizational development (university/departmental organization)

To implement the overall concept for Interprofessional Education, a series of measures at the institutional level (medical faculties/educational institutions) are necessary, which must indicate sustainability in their evaluations. The complexity of the stakeholders involved at the institutions varies depending on the rank of the organizational unit.

The committee recommends:

Structures must be created at the institutions that make it possible to develop, reflect on, and design interprofessional concepts. The topic of interprofessionalism must be taken up by study commissions at universities and be represented at other institutions on the relevant committees there. Working structures must be established and integrated in the institutions that follow through with and evaluate the development and implementation of IPE in the curricula. The necessary funding and organizational flexibility must be ensured. This includes taking up the topic of interprofessionalism in course evaluations as part of quality assurance and verifying the quality of the implementation. To emphasize this and ensure implementation, interprofessional learning should be added to the criteria for accreditation of health-related degree programs and training.

5. Quality assurance and evaluation

Basic structural frameworks form a crucial basis for quality assurance. Systematically developed concepts for interprofessionalism require continual evaluation regarding the quality of their process, outcome and structure in order to undertake any needed changes. Decisions about any modifications must be made by committees, for which sufficient funding has been provided.

The committee recommends:

Interprofessional Education programs that aim to realize the above conceptual elements will structurally need to have education take place at a particular site (location). This may possibly require new institutional forms and structures and even its own organizational units within the educational institutions to allow the establishment

of interprofessional learning groups over a longer period of time for joint work on or treatment of a case, problem or situation. This also assumes the ability to assess interprofessional competence. To do this, the simultaneous development of suitable measuring instruments will be necessary.

6. Setting up research structures in the area of Interprofessional Education and competence development

The need for research within the scope of Interprofessional Education and competence development is considerable. No substantiated knowledge about the effects of interprofessional learning situations exists yet for students of the various health professions in the German-speaking countries. Furthermore, there is a lack of knowledge regarding development parameters for professional and interprofessional identity; no approaches for vocational teaching to train interprofessional competencies exist. Relevant links to professional practice have not been identified and discussions surrounding the sociology of professions from an interprofessional perspective must be continued. Theoretical and practical requirements for the competence profile of interprofessional teachers must be defined. Moreover, it is just as important to take into consideration any benefits for the patient and the healthcare system associated with such a development. The committee recommends:

The creation of structures in Interprofessional Education must be accompanied by the establishment of research structures in the area of Interprofessional Education and competence development. Future research projects on the issues mentioned above need to be initiated not just by the universities, but must also be more strongly supported and initiated by professional associations and scientific societies. Targeted funding must also be provided by the federal government and states or cantons. A wider awareness for the topic also in terms of additional sources of funding is desired. A minimum requirement for relevant projects is the participation of at least two occupational groups, not only on the research team, but also in the group targeted for investigation.

7. Network structures

The further development of concepts and innovations is made possible by the exchange of information and ideas at the professional level among colleagues. Up until now this exchange about aspects and issues in Interprofessional Education and Collaboration has taken place on the margins of conferences held by individual associations and professional societies (*Gesellschaft für Medizinische Ausbildung* (GMA); <https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/>, *Hochschulverband Gesundheitsfachberufe e.V.* (HVG); <http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/>, *Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.* (DGRW); <http://www.dgrw-online.de/>, *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Famili-*

enmedizin (DEGAM); <http://www.degam.de/>). IPE and IPC are hardly at the focus of such exchanges. A network within the existing structures (within and external to the university) does not exist, so that the experiences gained from the projects and models cannot be sustainably consolidated and passed on.

The committee recommends:

Network structures ensuring an exchange between institutions must be encouraged and promoted. These allow not only for the sharing of experiences among existing occupational and educational models, but also grants other interested institutions and committees the option of informing themselves about Interprofessional Education models and identifies contacts who have gathered knowledge and experience in this area. An initial starting point in respect to this is the GMA committee on Interprofessional Education in the Health Professions, which offers an opportunity for exchange. Regular conferences that focus on Interprofessional Education and Collaboration should be given financial support and promoted by the professional associations and societies.

Strategies for implementation

To implement these recommendations, the committee on Interprofessional Education in the Health Professions views the strategies listed below as necessary. These are aimed at the various stakeholders in the fields of health and education.

1. So that the educational programs in the health professions meet the future demands placed on the healthcare system, Interprofessional Education sequences must become part of the curricula. The recommendations and strategies given here on the content and structures can contribute significantly to this. It is desired that these discussions will be further supported and followed by university administrations, medical schools, professional associations, scientific societies, and policy-makers in health and education.
2. To establish functioning interprofessional working structures, academic degree programs should be included in the health professions in terms of content and organization, in addition to the current university offerings, some already offered at the university medical schools [http://www.mft-online.de/files/140213_stellungnahme_akademisierung_pflegerberufe.pdf, last verified on 2 March 2015].
3. This position paper is meant to be taken up in the discussions with the *Medizinische Fakultätentag*, the *Verband der Universitätsklinika* (VUD), and the *Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren* (VPU). Furthermore, work must be done towards concrete implementation of these recommendations. The committee is available for further information and more detailed elucidation.
4. The topic of interprofessionalism has to be addressed in a sustained fashion by all committees which are in charge of the education and representation of the

health professions in education and practice. This may require additional funding that would need to be provided by the federal government and state.

5. To implement the recommendations in this paper, the support of scientific projects in Interprofessional Education and their publication can be helpful, as are both recognition in the form of awards for realizing interprofessional education projects and joint organization of conferences on the topic by public institutions (among others *Bundesministerium für Bildung und Forschung* [BMBF]).

Summary/Outlook

It has been shown that the topic of interprofessionalism in educational programs for the health professions (medicine, nursing, therapy, diagnostics etc.) is increasingly the theoretical and practical focus of discussions among experts in Germany, Austria and Switzerland. There is extensive consensus regarding recognition of the need for closer cooperation among the professions in both theory and practice. This is intended to begin early so that pupils and students can learn from, with, and alongside each other.

Problems with implementing Interprofessional Education have primarily been identified as organizational and system-related. As a result, future structures that facilitate and promote common learning and Interprofessional Collaboration must be created in the university faculties and educational institutions. This will prepare future healthcare workers well for the challenges that will face the healthcare system. Not to be overlooked is that, along with the structural aspects, there are also deficits in the attitudes and cultures of the pre- and postgraduate groups of health professionals, which must be worked on.

To ensure the sustainability of current and future projects concerning Interprofessional Education, it is important to first develop a suitable overall concept that takes all aspects into consideration. In addition, organizational and political structures must be established and resources must be secured to make the well-founded development of Interprofessional Education programs possible. The programs are to be integrated in terms of curriculum, continually evaluated and developed further. In parallel, structures must be created and funding guaranteed in order to make appropriate research on Interprofessional Education and Collaboration possible. This should include the effect of Interprofessional Education concepts and approaches on the students and teachers, as well as on the provision of healthcare. The development of quality assurance instruments must also occur. As this is being accomplished, the committee for Interprofessional Education in the Health Professions can assume the function of a network. It is also important to expand suitable structures for Interprofessional Education in the scientific societies in order to compile knowledge and experience in the future and to ensure professional rep-

resentation of interprofessional concerns in education and practice.

Notes

The position paper was accepted by the GMA executive board on 30-01-2015.

¹ The term “health professions” in the English version of the position statement denotes all the health professions including medicine, nursing, therapy and diagnostics., etc. In contrast, in the German language (and therefore in the German version of the position statement), the terms *Gesundheitsberufe* and *Gesundheitsfachberufe* do not typically mean the medical profession. Also, important to note is that in the German-speaking countries nursing, therapy professions and midwifery are currently undergoing a transition process from vocational training (usually hospital-based) to university-based education, which we signify with the term “academization”. In Switzerland and Austria, the occupations in diagnostics, are also experiencing academization.

² German-speaking countries: Germany – Austria – Switzerland

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. Sachverständigenrat im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos Verlag; 2007.
2. Sachverständigenrat im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (1. Aufl. ed. Vol. 2010). Baden-Baden: Nomos; 2009.
3. Alscher MD, Büscher A, Dielmann G, Hopfeld M, Igl G, Höpner H, Kuhlmei A, Matzke U. Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2010.
4. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
5. Careum. Working Paper 7: Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik. Zürich: Careum Verlag; 2013.
6. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Köln: Wissenschaftsrat; 2012. Zugänglich unter/available from: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>
7. Bundesärztekammer. Stellungnahme Zukunft der deutschen Universitätsmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung. *Dtsch Arztebl*. 2013;11(8):A337-350.

8. Mahler C, Karstens S, Roos M, Szecsenyi J. (Interprofessionelle Ausbildung für eine patientenzentrierte Versorgung der Zukunft. Die Entwicklung eines Kompetenzprofils für den Bachelor-Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung". Z Evid Fortbild Qual Gesundh Wesen. 2012;106(7):523-532 DOI: 10.1016/j.zefq.2012.04.003
9. Schultz JH, Berger S, Suchy D, Lauber D, Hermann K, Jünger J, Mahler C. Teamkommunikationsunterricht im interprofessionellen oder im monoprofessionellen Setting: Gibt es einen Unterschied? Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA). Graz, 26.-28.09.2013. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2013. DocP06_10. DOI: 10.3205/13gma058
10. Walkenhorst U, Schäfer T. Gemeinsam handeln. Ärzte und Gesundheitsfachberufler in der Ausbildung. Dr med Mabuse. 2012;197:35-37.
11. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
12. Bürgi H, Rindlisbacher B, Bader C, Bloch %, Bosman F, Glasser C, Gerke W, Humair JP, Im Hof V, Kaiser H, Lefebvre D, Schläppi P, Sottas B, Spinas GA, Stuck AE. Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. Genf: Joint Conference of Swiss Medical Faculties (SMIFK); 2008. Zugänglich unter/available from: http://scllo.smifk.ch/downloads/scllo_2008.pdf
13. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Charta Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Bulletin SAMW. 2013;2:7.
14. O'Halloran C, Hean S, Humphris D, Macleod-Clark J. Developing common learning: the new generation project undergraduate curriculum model. J Interprof Care. 2006;20(1):12-28. DOI: 10.1080/13561820500471854
15. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (update). Cochrane Database Syst Rev. 2013;3:CD002213
16. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects on practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2009;3:CD000072
17. Wilhelmsson M, Pelling S, Ludvigsson J, Hammar M, Dahlgren LO, Faresjo T. Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping-ground-breaking and sustainable. J Interprof Care. 2009;23(2):121-133. DOI: 10.1080/13561820902728984
18. Charles G, Bainbridge L, Gilbert J. The University of British Columbia model of interprofessional education. J Interprof Care. 2010;24(1):9-18. DOI: 10.3109/13561820903294549
19. Cheater FM, Hearnshaw H, Baker R, Keane M. Can a facilitated programme promote effective multidisciplinary audit in secondary care teams? An exploratory trial. Int J Nurs Stud. 2005;42:779-791. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2004.11.002
20. Curley C, McEachern JE, Speroff T. A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards. Med Care. 1998;36(8 Suppl):AS4-AS12. DOI: 10.1097/00005650-199808001-00002
21. Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B, Nilsson LG, Svarstad BL. The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. J Am Ger Soci. 1998;46:77-82.
22. Bainbridge L, Nasmith L, Orchard C, Wood V. Competencies für Interprofessional Collaboration. J Physic Ther Educ. 2010;24(1):6-11.
23. IPECEP - Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative; 2011.
24. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization; 2010. Zugänglich unter/available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf
25. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010. Zugänglich unter/available from: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
26. Europäische Kommission. Der europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften; 2008. Zugänglich unter/available from: http://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-eqf/files/brochexp_de.pdf

Corresponding authors:

Prof. Dr. Ursula Walkenhorst
 Universität Osnabrück, FB Humanwissenschaften,
 Albrechtstraße 28, 49076 Osnabrück, Deutschland
ursula.walkenhorst@uni-osnabrueck.de
 Dr. Cornelia Mahler
 Universitätsklinikum Heidelberg, Abt. Allgemeinmedizin
 und Versorgungsforschung, Voßstraße 2, 69115
 Heidelberg, Deutschland
cornelia.mahler@med.uni-heidelberg.de

Please cite as

Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S, Reiber K, Stock-Schröer B, Sottas B. Position statement GMA Committee – “Interprofessional Education for the Health Care Professions”. GMS Z Med Ausbild. 2015;32(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma000964, URN: urn:nbn:de:0183-zma000964

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2015-32/zma000964.shtml>

Received: 2014-11-19

Revised: 2015-01-26

Accepted: 2015-01-30

Published: 2015-05-13

Copyright

©2015 Walkenhorst et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Positionspapier GMA-Ausschuss – „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“

Ursula Walkenhorst¹

Cornelia Mahler²

Regina Aistleithner³

Eckhart G. Hahn⁴

Sylvia Kaap-Fröhlich⁵

Sven Karstens²

Karin Reiber⁶

Beate Stock-Schröer⁷

Beat Sottas⁸

1 Universität Osnabrück, FB
Humanwissenschaften,
Osnabrück, Deutschland

2 Universitätsklinikum
Heidelberg, Abt.
Allgemeinmedizin und
Versorgungsforschung,
Heidelberg, Deutschland

3 Gesundheit Österreich
GmbH, Gesundheitsberufe,
Wien, Österreich

4 Gesellschaft für Berufliche
Fortbildung, Forschung und
Entwicklung e.V. an der
Medizinischen Klinik 1,
Universitätsklinikum
Erlangen, Erlangen,
Deutschland

5 Universität Zürich,
Medizinische Fakultät,
Zürich, Schweiz

6 Hochschule Esslingen,
Fakultät Soziale Arbeit,
Gesundheit und Pflege,
Esslingen, Deutschland

7 Karl und Veronica Carstens-
Stiftung, Aus- und
Weiterbildung, Essen,
Deutschland

8 Stiftung Careum, Stiftungsrat,
Zürich, Schweiz

Vorwort

„Die Diskussion um neue Kooperationsformen und Kompetenzen von Gesundheitsberufen ist nicht primär aus der Perspektive der Berufsgruppen, sondern auf der Basis der zukünftigen Anforderungen an das Gesundheitssystem - d.h. aus der Patientenperspektive - zu führen.“ [1].

Der Ausschuss „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ wurde im Jahr 2011 als Ausschuss der Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) eingerichtet und setzt sich aus Fachexpert/-innen aus den Gesundheitsberufen der Humanmedizin, der Pflege, der therapeutischen und diagnostischen Berufe aus Deutschland, Österreich und der Schweiz (D-A-CH-Raum) zusammen. Er wurde mit der Zielsetzung gegründet, die derzeitige interprofessionelle Ausbildung im akademischen Bereich zwischen den Gesundheitsberufen kritisch zu überprüfen und Empfehlungen in Form eines Positionspapiers für die interprofessionelle Ausbildung zu formulieren. Diese sollen die weitere Entwicklung beim Ausbau interprofessioneller Ansätze für die Ausbildung der Gesundheitsberufe in Theorie und Praxis unterstützen. Der Bedarf, sich mit der Thematik systematisch zu beschäftigen, ergibt sich aus den bisherigen Erkenntnissen über die Notwendigkeit kooperativer Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen [2], [3], [4] sowie Erkenntnissen über die Auswirkungen kooperativer Zusammenarbeit für die Patient/-innen, die Bevölkerung sowie für die Berufsangehörigen.

Der Ausschuss hat sich in seiner Arbeit zunächst mit den berufsqualifizierenden Erstausbildungen in ausgewählten Gesundheits- und Gesundheitsfachberufen¹ beschäftigt, die sich zum Teil seit wenigen Jahren auf dem Weg der Akademisierung befinden und dadurch von der bereits lange etablierten Medizin unterscheiden. Die im vorliegenden Positionspapier formulierten Empfehlungen für die interprofessionelle Ausbildung richten sich jedoch nicht nur an die genannten Berufsgruppen, sondern an alle Berufsgruppen, die in der direkten Patientenversorgung vertreten sind. Aktuell findet sich außer in der Medizin im Bildungsbereich die Situation, dass der Großteil der Erstausbildungen in den Gesundheitsberufen im Bereich der beruflichen Bildung angesiedelt und damit nicht primär akademisch sind. Diese besondere Ausgangslage hat insbesondere in der Diskussion mit den Vertreter/-innen aus der Humanmedizin in dem Ausschuss Berücksichtigung gefunden. Aus der Perspektive der Gesundheitsbildungspolitik [5] haben die aktuellen Entwicklungen in der Akademisierung der Gesundheitsberufe auch Implikationen für die künftige Bildungssteuerung und damit auch für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung mit allen Berufsgruppen.

Unser Dank gilt allen Mitgliedern des Ausschusses ‚Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen‘ sowie den „Mitdiskutant/-innen“ in den unterschiedlichen Workshops und Ausschusssitzungen, die wichtige Impulse und Anregungen zur Entstehung des Positionspapiers gegeben haben.

Einführung

Die interprofessionelle Ausbildung hat das Ziel, auf die interprofessionelle Zusammenarbeit im späteren Berufsleben vorzubereiten und damit einen Beitrag zu einer sicheren und patienten- bzw. bevölkerungsorientierten Gesundheitsversorgung leisten zu können. Im Rahmen des Ausschusses wurde die Thematik sowohl aus einer notwendigen Versorgungsperspektive als auch aus einer Bildungsperspektive bearbeitet, wobei in den formulierten Empfehlungen die bildungswissenschaftlichen und didaktischen Perspektiven in den Vordergrund gestellt wurden. Das Positionspapier lässt sich insgesamt als Impuls für weitere Diskussionen nutzen, die im Gesundheits- und Bildungsbereich geführt werden müssen. Eine systemische Perspektive, die beide Bereiche miteinander verknüpft, ist dabei unabdingbar für die Umsetzung der Empfehlungen.

In den vergangenen Jahren hat sich der Ausschuss dazu intensiv mit den nationalen Gegebenheiten in der Ausbildung der Gesundheitsberufe im D-A-CH-Raum² wie auch mit internationalen Erfahrungen in der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe auseinandergesetzt. Dazu wurden eine Bestandsaufnahme von nationalen und internationalen Ansätzen und Konzepten in der interprofessionellen Ausbildung durchgeführt, wie auch empirische Studien zur Untersuchung der Wirksamkeit von interprofessioneller Zusammenarbeit und interprofessionellem Lernen gesichtet und analysiert. Die darin beschriebenen strukturellen und inhaltlichen Kriterien für eine erfolgreich umgesetzte interprofessionelle Ausbildung wie auch identifizierte hinderliche Faktoren wurden zusammengetragen und bilden die Grundlage für das vorliegende Positionspapier.

Im Folgenden werden zunächst die Ausgangslage und Zusammenarbeit sowie nationale und internationale Beispiele dargestellt und die aktuelle Studienlage zusammengefasst. Daran schließen sich die daraus resultierenden Empfehlungen einschliesslich der korrespondierenden Umsetzungsstrategien des Ausschusses „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ zur Verbesserung der interprofessionellen Ausbildung an.

Ausgangslage

Die Gesundheitsversorgung heute und in der Zukunft ist geprägt durch demographische und epidemiologische Herausforderungen. Die Sicherung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung kann dabei nur durch eine qualitativ hochwertige, interprofessionelle Zusammenarbeit von allen bestehenden, möglicherweise aber auch neuen Gesundheitsberufen gewährleistet werden. Zur Vorbereitung auf die damit einhergehenden veränderten Aufgaben ergeben sich vielfältige Implikationen für die Ausbildung. Darüber hinaus sind die personellen Kapazitäten sowie die wirtschaftliche Ausrichtung vor dem Hintergrund knapper Ressourcen von Bedeutung.

Parallel tragen die Akademisierungs- und Professionalisierungsentwicklungen [6], [7] in den Gesundheitsfachberufen zunehmend zu einer besseren Qualifizierung der Berufe im Gesundheitswesen bei und bringen durch den Aufbau einer wissenschaftlichen Basis und Forschung neue Erkenntnisse über verschiedene Aspekte des Versorgungsbedarfs und neue Ansatzpunkte für Versorgungsleistungen in das Gesundheitswesen ein. Bei dieser Entwicklung spielt insbesondere die Gestaltung der Zusammenarbeit mit der Medizin eine große Rolle. Eine Akademisierung der Gesundheitsfachberufe kann nur in einem engen Schulterschluss mit den Vertreter/-innen aus der Medizin erfolgen. In welcher Form die dafür notwendige interprofessionelle Zusammenarbeit gestaltet und gelebt werden kann und muss, kann zurzeit nicht vollumfänglich beantwortet werden und bedarf weiterer konzeptioneller Arbeit und Diskussion.

Interprofessionelle Ausbildungssequenzen und -strukturen sowohl auf der Berufsfachschulebene als auch auf der Hochschulebene sind derzeit in allen Gesundheitsberufen noch selten, gewinnen aber im Zuge des Aufbaus primärqualifizierender Studiengänge in den pflegerischen und therapeutischen Berufen zunehmend an Bedeutung. Auch in der Medizin lassen sich insbesondere durch neue Ausbildungskonzepte erste Ansätze für interprofessionelles Lernen mit den übrigen Gesundheitsberufen finden. Derzeit ist die effektive Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen meist vom Engagement einzelner Personen und Teams abhängig. Um diese Form der Zusammenarbeit schrittweise zu nachhaltigen und zukunftsorientierten Strukturen auszubauen, bedarf es entsprechender Konzepte. Diese setzen wiederum einen grundlegenden Dialog zwischen den Gesundheitsberufen und eine entsprechende Verankerung im Rahmen der Ausbildungen und deren rechtlichen Rahmenbedingungen voraus. Ausbildungsinstitutionen sollten dieses Thema im Rahmen der bestehenden Strukturen und Vorgaben aufgreifen, um ihrem auf die Zukunft gerichteten Auftrag gerecht zu werden, zu einer besseren Gesundheitsversorgung beizutragen. Gleichzeitig gilt es, an gesetzlichen Regelungen zu arbeiten, die eine Qualifizierung zum interprofessionellen Arbeiten in den Curricula absichern.

Entwicklungsstand interprofessioneller Ausbildungskonzepte in ausgewählten europäischen Ländern

Der Entwicklungsstand interprofessioneller Ausbildung stellt sich in den verschiedenen Ländern durch die unterschiedliche Verortung und Regelung der Ausbildungen der einzelnen Gesundheitsberufe sehr heterogen dar. Im Folgenden soll auf einige ausgewählte Beispiele aus europäischen Ländern eingegangen werden.

a) Deutschland

In Deutschland findet die Sozialisation der medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und diagnostischen Gesundheitsberufe in Ausbildung und Studium weitgehend

getrennt voneinander statt. Im Folgenden werden erste Modellprojekte kurz vorgestellt.

Die Hochschule für Gesundheit in Bochum hat in ihrem Curriculum erstmals interprofessionelle Lerneinheiten für die Studiengänge Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Hebammenkunde und Pflege über den gesamten Studienverlauf hinweg integriert [<http://www.hs-gesundheit.de/de/thema/die-hochschule/>, zuletzt geprüft am 02.03.2015] und führt zudem Projektlernen mit Studierenden der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum durch (s.u.). An der Medizinischen Fakultät Heidelberg wurde 2011 ein ausbildungsintegrierender Bachelorstudiengang ‚Interprofessionelle Gesundheitsversorgung‘ eingerichtet, in dem neun unterschiedliche Gesundheitsberufe (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Hebammenkunde, Logopädie, medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten, medizinisch-technische Radiologieassistenten, Physiotherapie, Orthoptik) gemeinsam studieren [8]. Lerneinheiten mit Studierenden der Humanmedizin zum Thema Teamkommunikation [9] wie auch Fachenglisch und Fehlermanagement / Fehlerkultur sind im Curriculum integriert.

In den letzten Jahren wurden zudem erste Modellprojekte zwischen Fachhochschulen und medizinischen Fakultäten angestoßen, in denen die Studierenden bereits während der Ausbildung gemeinsam lernen. So zum Beispiel in einem interprofessionellen Modellprojekt unter Beteiligung der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum und der Hochschule für Gesundheit, in dem Studierende aus Medizin, Pflege, den therapeutischen Berufen und der Hebammenkunde gemeinsam einen Fall bearbeiten [10]. Mit dem Förderprogramm „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“ unterstützt die Robert Bosch Stiftung aktuell Modellprojekte, die Lehrveranstaltungen unter Beteiligung von Medizinischen Fakultäten und verschiedenen weiteren Gesundheitsberufen entwickeln, durchführen und evaluieren. Erste Veröffentlichungen hierzu sind 2015 zu erwarten.

b) Österreich

Die Ausbildung zu hochschulisch qualifizierten Gesundheitsberufen in Österreich ist bislang monoprofessionell ausgerichtet. Der Gesetzgeber berücksichtigt seit der Gesundheitsreform im Jahr 2005 aufgrund des Versorgungsbedarfs verstärkt multiprofessionelle Ansätze sowohl auf der Ebene der Gesundheitsversorgung als auch auf der Ebene der Ausbildung. Bei Gesundheitsberufeausbildungen schlägt sich dieses Erfordernis insbesondere in den kompetenzorientierten fachhochschulischen Ausbildungsvorschriften der Gesundheits- und Krankenpflege, der Hebammen und der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (Biomedizinische Analytiker/-innen, Diätolog/-innen, Ergotherapeut/-innen, Logopäd/-innen, Orthoptist/-innen, Physiotherapeut/-innen und Radiologietechnolog/-innen) nieder. Erleichtert werden interprofessionelle Ausbildungsansätze durch Angebote für

mehrere Gesundheitsberufe an einer Fachhochschule. Diese finden sich insbesondere bei weiterführenden Ausbildungen auf Masterebene. Aktuell sieht die Gesundheitsreform 2013, initiiert von Bund, Ländern und den Sozialversicherungsträgern, einen Paradigmenwechsel vor, der zu entsprechenden Anpassungen der Gesundheitsberufeausbildungen führen wird. Unter Berücksichtigung des „Health in all Policies“-Ansatzes und der Rahmen-Gesundheitsziele treten Gesundheitsförderung und Prävention in den Vordergrund. Ein Versorgungsstufenkonzept soll eine bedarfsgerechte, effektive und effiziente Versorgung zur Sicherung der hohen Versorgungsqualität gewährleisten. Auf allen Versorgungsebenen sind interdisziplinäre, multiprofessionelle und integrative Versorgungsformen vorzusehen. Derzeit werden für die einzelnen Versorgungsebenen die strukturellen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen entwickelt. Auf deren Grundlage werden die Rollenprofile und Kompetenzen der beteiligten Gesundheitsberufe definiert. Danach werden erforderlichenfalls die ausbildungsrechtlichen Bestimmungen angepasst. Ein aktuelles Projekt zur Ausbildungsreform der Gesundheits- und Krankenpflege sowie eine Ärzteausbildungsreform werden diese Aspekte ebenso berücksichtigen wie die Änderungen der Berufsanerkennungsrichtlinie (Richtlinie 2013/55/EU). Bis zum Jahr 2016 sollten erste Ergebnisse zu Ausbildungsanpassungen aufgrund der Gesundheitsreform vorliegen und umgesetzt werden.

c) Schweiz

Die Sensibilität für interprofessionelle Ausbildung (Interprofessional Education, IPE) ist in der Schweiz beachtlich; es wird Bereitschaft zur Konkretisierung signalisiert und es sind Umsetzungsschritte initiiert worden. Dabei gilt es, zwischen zwei Handlungsebenen zu unterscheiden: Auf der Ebene der politischen strategischen Steuerung hat der regierende Schweizer Bundesrat Anstöße für interprofessionelle Versorgungsansätze gegeben und die Gesamtstrategie Gesundheit 2020 mit einem Strategiepapier zur interprofessionellen Bildung bis auf die Ebene eines didaktischen Orientierungsrahmens unterlegt [<http://www.gesundheit2020.ch>, zuletzt geprüft am 01.03.2015]. Treiber für diese politische Weichenstellung sind die künftigen Herausforderungen für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung, insbesondere was den Zugang zur Versorgung und die Aufrechterhaltung einer hohen Qualität betrifft. Durch die zunehmenden Verschiebungen von der stationären zur ambulanten Versorgung werden Erwartungen in innovative Entwicklungen im Bereich „Advanced Practice“ gesetzt. Auf der Ebene der Bildungsinstitutionen lassen sich viele einzelne interprofessionelle Projekte identifizieren. Diese Entwicklung wird begünstigt durch allgemeine Ziele in den Bildungsgesetzen sowie kompetenzbasierte Curricula, die in den medizinischen Fakultäten, den Fachhochschulen und den Höheren Fachschulen eingesetzt werden. Durch die Akademisierung der nicht ärztlichen Gesundheitsfachberufe und die konsequente Umsetzung der

Bologna Reform sind zudem vergleichbare curriculare Strukturen entstanden, die die Einführung interprofessioneller Lehrangebote auf formaler Ebene vereinfachen. Kompetenzen, die der Rolle des (interprofessionellen) „Collaborators“ im CanMeds-Rollenmodell [11] entsprechen, sind schon heute sowohl in den Abschlusskompetenzen der Fachhochschul-Gesundheitsberufe, als auch im Schweizerischen Lernzielkatalog der Humanmedizin SCLO [12] sowie im Lernzielkatalog der ärztlichen Weiterbildungsprogramme, [http://www.fmh.ch/files/pdf8/allg_lz_d.pdf, zuletzt geprüft am 02.03.2014] beschrieben. Die Abschlusskompetenzen der Fachhochschul-Gesundheitsfachberufe fokussieren dabei deutlicher auf interprofessionelle Kompetenzen zwischen diesen Gesundheitsberufen.

Noch wird „interprofessional education“ und „interprofessional training“ in den Bildungsinstitutionen und in der Praxis in ganz unterschiedlichem Ausmaß praktiziert. Ein Überblick zu den interprofessionellen Ausbildungsaktivitäten der Schweizer Hoch- und Fachschulen ist dem Bericht der Themengruppe „Interprofessionalität“ beim Bundesamt für Gesundheit zu entnehmen [<http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/11724/14204/index.html?lang=de>, zuletzt geprüft am 01.03.2015]. Insgesamt gibt es in dieser Aufbruchsstimmung zwar einen „plakativen Konsens“ (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, s.u.), aber die Übergangsphase ist ergebnisoffen – wobei die entstandene Dynamik den Druck in der Politik, in der Versorgung und in der Bildung erhöht.

Es wird auf einen politischen Auftrag von Bund und Kantonen hingearbeitet, damit IPE als Vorbereitung und Befähigung für die interprofessionelle Praxis auf nationaler Ebene gezielt vorangetrieben werden kann. Dabei ist einerseits der Blick über patientenbezogene Funktionen hinaus auszuweiten auf Themen wie Steuerung, Finanzierung und Logistik und andererseits muss die Verankerung in der Curriculumorganisation angegangen werden.

Als positiv ist die Arbeit an der Charta „Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zu sehen, in der auch auf die interprofessionelle Aus- und Weiterbildung Bezug genommen wird [13]. Die Charta wurde 2014 der Öffentlichkeit vorgestellt und anschließend breit diffundiert.

d) Skandinavien

Die medizinische Fakultät der Linköping University in Schweden hat bereits seit 1986 eine insgesamt zwölfwöchige interprofessionelle Lernphase für Ärzt/-innen, Krankenpfleger/-innen, Physiotherapeut/-innen, Ergotherapeut/-innen, Sprachtherapeut/-innen und Logopäde/-innen sowie Biomediziner/-innen in den Lehrplan aufgenommen. Das Interprofessionelle Lernen ist dabei in drei aufeinander aufbauende Stufen aufgeteilt und in unterschiedlichen Studienabschnitten integriert. Bereits zu Beginn des Studiums lernen Studierende in einem siebenwöchigen gemeinsamen Modul allgemeine Grundlagen zu Gesundheit und Gesundheitsförderung

sowie zu gesundheits- und sozialpolitischen Fragestellungen. Hierbei wird zugleich ein Grundstein für problembezogenes Lernen gelegt. Nach zweieinhalb Jahren finden sich die Studierenden sodann für den zweiten Teil in einem zweiwöchigen themenbezogenen Kurs zusammen, der auf die Entwicklung komplementärer beruflicher Kompetenzen und das Bewusstsein für die unterschiedlichen beruflichen Identitäten abzielt. Im dritten Teil finden sich die Studierenden in einem zweiwöchigen Praktikum in interprofessionellen Teams zusammen, mit denen sie in der realen Umgebung auf Trainingsstationen für die Betreuung der Patient/-innen zuständig sind. Nach einer Einführung organisieren sie anfallende Arbeiten und Verantwortlichkeiten selbstständig. Das Interprofessionelle Lernen wird sodann mit einer Reflexion der Lernerfahrungen abgeschlossen [http://www.hu.liu.se, zuletzt geprüft am 02.03.2015].

e) England

Eine weitere curriculare Verankerung interprofessioneller Lerneinheiten findet sich beispielsweise seit 2000 an der University of Southampton in England mit dem internetbasierten Common Learning. Dieses enthält zwei interprofessionelle Lerneinheiten, in denen sich pro Jahr etwa 3.500 Studierende aus elf Gesundheitsberufen und der Sozialarbeit miteinander austauschen. Dabei werden Studierenden zum einen gemeinsame Lehrinhalte vermittelt und zum anderen interprofessionelle Kompetenzen geschult. Die erste Lerneinheit dient dabei als Einführung in das Konzept des kollaborativen Lernens und der Teamarbeit sowie in die IT-Methoden für die anschließenden internetbasierten Module. In der zweiten Einheit haben Studierende sodann die Möglichkeit, gemeinsam in einem Audit Teamarbeit und Verhandlungsgeschick in einem interprofessionellen Kontext anzuwenden [14].

Studienlage

Nach einer explorativen Literaturrecherche in Fachzeitschriften und Datenbanken wurden insgesamt 58 Publikationen zu den Themenbereichen Interprofessional Education (IPE) und Interprofessional Collaboration (IPC) gesichtet (Stand Frühjahr 2013). Zu beiden Bereichen liegen jeweils eine Metaanalyse in Form eines Cochrane Reviews [15], [16] sowie diverse Übersichtsarbeiten vor. In diesen werden verschiedene Modelle des gemeinsamen Lernens und Arbeitens beschrieben sowie Evaluationen einzelner Projekte vorgestellt. Die meisten Studien wurden in Kanada, Amerika, Schweden und England durchgeführt. Für Deutschland, Österreich und die Schweiz gibt es nur wenige Publikationen. Eine Vorreiterrolle sowohl für IPE als auch für IPC nehmen Schweden (Universität Linköping) [17] und Kanada (University of British Columbia) ein [18].

Die Studienergebnisse zeigen, dass Interprofessional Education (IPE) in gemeinsamen Lehrveranstaltungsprojekten an Hochschulen zu einem besseren Verständnis

für die jeweils anderen Berufsgruppen führt und damit die eigene Berufszufriedenheit wächst [19]. Dabei ist es wichtig, dass die Lerngruppen möglichst klein und heterogen sind und die Lehre einen hohen Praxisanteil enthält. Als schwierig erwies sich in den beschriebenen Modellen die Koordination der verschiedenen Lehrpläne. Zu den untersuchten Berufsgruppen gehörten (Zahn-) Mediziner/-innen, Pflegekräfte, Pharmazeut/-innen, Sozialarbeiter/-innen, Ergotherapeut/-innen, Physiotherapeut/-innen, Hebammen und medizinisch-technische Radiologieassistent/-innen. In den wenigen und sehr heterogenen Studien, die in den Cochrane Reviews von Reeves et al. [15] und Zwarenstein et al. [16] eingeschlossen wurden, konnten bisher trotz Hinweisen auf positive Ergebnisse durch interprofessionelles Lernen und interprofessionelle Zusammenarbeit keine generalisierbaren Effekte auf Verhaltensänderungen in der Versorgungspraxis oder auf Patientenoutcomes nachgewiesen werden.

Gesichtete Studien zur Interprofessional Collaboration (IPC) kommen ebenfalls zu unterschiedlichen Einschätzungen. Alle in den vorliegenden Studien beteiligten Gesundheitsberufe sind sich über die Notwendigkeit des gemeinsamen Arbeitens einig, aber die Umsetzung wird von den verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich beurteilt. Auch die Zufriedenheit in der Praxis unterscheidet sich je nach Beruf. Einzelne Studien belegen jedoch eine verkürzte Liegedauer von Patient/-innen und eine Reduktion des Medikamentenverbrauchs, wenn interprofessionelles Arbeiten in Form von regelmäßigen Besprechungen und auch Fallkonferenzen im Team durchgeführt werden [20], [21]. Wichtig scheinen dabei auch klare Strukturen bezüglich der Kompetenzen im Behandlungsetting zu sein [22].

Das Fazit fast aller Studien lautet: Von einer verbesserten Kooperation und Koordination aller jeweils beteiligten Berufsgruppen im Gesundheitssystem profitiert letztendlich die Patient/-innen. Diese Hypothese gilt es aber in Form von überzeugenden empirischen Studien weiter zu belegen. Solch eine Zusammenarbeit und ein besseres Verständnis füreinander lassen sich am besten direkt in der Ausbildung über interprofessionelle Ausbildungssequenzen implementieren. Fast alle Übersichtsstudien sehen darüber hinaus einen großen Bedarf an methodisch guter Forschung in diesem Bereich.

Empfehlungen

Die aus der Analyse der Ausgangslage, der Schilderung von Beispielen aus europäischen Ländern sowie der Skizzierung der aktuellen Studienlage abgeleiteten Empfehlungen werden insgesamt aus einer bildungswissenschaftlichen und didaktischen Perspektive formuliert, wenngleich grundsätzlich auch andere Betrachtungsweisen (Gesundheitsversorgung, Gesundheitspolitik, Berufspolitik) möglich erscheinen. Eine Begründung für die Fokussierung der bildungswissenschaftlichen Perspektive ergibt sich aus dem Auftrag des Ausschusses sowie dem

Anliegen der GMA, die Ausbildungen in der Medizin und den anderen Gesundheitsberufen zu verbessern.

Nach einer umfassenden Recherche, gemeinsamen Diskussionen und der Auswertung der Daten gibt der Ausschuss folgende Empfehlungen, die einer weiteren Konkretisierung bei der Anwendung sowie einer entsprechenden institutionellen Anpassung bedürfen.

1. Interprofessionelle Ausbildungskonzepte

Die Entwicklung interprofessioneller Ausbildungskonzepte im deutschsprachigen Raum hat zwar erkennbar an Bedeutung gewonnen, aber es mangelt noch an tragfähigen und nachhaltigen Konzepten, die die Bildungseinrichtungen darin unterstützen, eigene interprofessionelle Konzepte und die dafür notwendigen Strukturen zu entwickeln.

Der Ausschuss empfiehlt:

Die Entwicklung eines Gesamtkonzepts „Interprofessionelle Kompetenz“, das sich an alle Ausbildungen der Gesundheitsberufe in D-A-CH richtet. Das Konzept wird von einem interprofessionellen Expertenpanel mit Vertretern aus D-A-CH erarbeitet, ähnlich dem „Core competencies for interprofessional collaborative practice“ [23]. Zur Erarbeitung des Konzepts werden relevante Stakeholder aus der Berufspraxis, Gesundheits- und Berufspolitik, Arbeitgeber, Gesundheitswirtschaft sowie Patient/-innen im Vorfeld befragt bzw. an der Entwicklung beteiligt. Vorlagen und Empfehlungen für die Themen eines interprofessionellen Kompetenzprofils bieten unterschiedliche Konzepte/Papiere (u.a. WHO [24], CanMEDs [11], CIHC[25]). Diese können als Grundlage dienen.

Das entwickelte und verabschiedete Konzept ist zudem so gestaltet, dass die Implementierung in die rechtlichen Vorgaben und Curricula der einzelnen Gesundheitsberufe vorgesehen werden kann. Darüber hinaus ist das Konzept auch leitend für die didaktische Qualifizierung von Lehrenden aller Gesundheitsberufe, die im Bereich IPE tätig sind.

2. Curriculumentwicklung und Didaktische Konzepte

Interprofessionelle Lehr-/Lernkonzepte benötigen eine curriculare Gesamtkonstruktion, die es ermöglicht, eine systematische und gezielte Kompetenzentwicklung in dem Bereich vorzunehmen. Interprofessionalität und die Befähigung zu interprofessionellem Arbeiten sollten die Leitidee des Konzeptes ausmachen. Die Leitideen sollten sich auf die Strukturen, Organisationskultur und Lehr-/Lernkultur auswirken. Die notwendigen Kompetenzen sollten auf verschiedenen Qualifikationsstufen (vgl. Europäischer Qualifikationsrahmen [EQR] [26]) beschrieben werden. Aus dem curricularen Konzept müssen darüber hinaus neben den Inhalten und didaktischen Ansätzen Strukturen, Organisationskultur und Haltung erkennbar sein, die diesen Leitideen folgen.

Der Ausschuss empfiehlt:

Bildungseinrichtungen, die interprofessionelle Lernkonzepte entwickeln wollen, benötigen entsprechende perso-

nelle und sächliche Ressourcen, um die Konzepte nicht in isolierten Modulen und mit einzelnen Personen abzubilden, sondern als Gesamtkonzept zu verstehen, das an verschiedenen Merkmalen erkennbar ist. Die Entwicklung moderner und innovativer didaktischer Konzepte setzt eine entsprechende Qualifikation der Lehrenden voraus (siehe auch Empfehlung 3), aber auch eine entsprechende Kapazitätsberechnung innerhalb der Fakultäten bzw. Fachbereiche. Erforderliche rechtliche Rahmenbedingungen müssen identifiziert und geklärt werden.

Didaktische Ansätze sollten die Ansätze der Kompetenzorientierung, Problemorientierung, Handlungsorientierung und Situationsorientierung aufgreifen und u.a. die Auseinandersetzung mit Fallorientiertem Lernen in gemeinsamen Lerneinheiten, gemeinsame interprofessionelle Praxiseinsätze und Reflexionsphasen der praktischen Ausbildungsphasen, Planspiele zu Themen wie z.B. Teamgespräche, Aufnahme- / Entlassungsmanagement, Umgang mit Angehörigen sowie Forschendes Lernen beinhalten. Interprofessionelle Lernkonzepte müssen im interprofessionellen Team entwickelt und durchgeführt werden. Dazu ist es notwendig, gemeinsame Kompetenzbereiche und gemeinsame Ausbildungsinhalte zu identifizieren und für die interprofessionelle Ausbildung zu nutzen (z.B. Gesundheitswissenschaftliche Themen, Kommunikation, Teamarbeit, Arbeitsorganisation etc.).

3. Hochschuldidaktische Konzepte für die Qualifikation der Lehrenden interprofessioneller Lehr-/Lernkonzepte im Gesundheitsbereich

Die Entwicklung moderner und innovativer Lehr-/Lernkonzepte für interprofessionelles Lernen setzt eine entsprechende Qualifikation der Lehrenden voraus. Dies spielt derzeit in der Ausbildung der Lehrenden noch eine untergeordnete Rolle, da die Lehrerbildung in den Gesundheitsberufen insgesamt noch nicht professionalisiert ist. Hochschuldidaktische Weiterbildungen greifen relevante Aspekte aus einer fachdidaktischen Perspektive auf, berücksichtigen aber noch wenig die Thematik der interprofessionellen und interdisziplinären Ausbildung.

Der Ausschuss empfiehlt:

Die Qualifikation der Lehrenden im Gesundheitsbereich muss durch entsprechende berufspädagogische / medizindidaktische / gesundheitsdidaktische Weiterbildungen und Studiengänge unterstützt werden. Hierzu bedarf es sowohl eines grundlegenden Verständnisses für die Notwendigkeit dieser hochschuldidaktischen Qualifikationen als auch entsprechender Konzepte im Bildungsbereich. Zudem müssen fachdidaktische Diskussionen zum disziplinären als auch zum interprofessionellen Lernen dauerhaft verstärkt werden und durch Lehrstühle für interprofessionelle Didaktik an den Hochschulen strukturell gestützt werden.

4. Organisationsentwicklung (Fakultäts-/ Fachbereichsorganisation)

Zur Umsetzung des interprofessionellen Gesamtkonzepts sind eine Reihe von Maßnahmen auf institutioneller Ebene (Fakultäten / Ausbildungseinrichtungen) notwendig, die nachhaltig in der Evaluation abgebildet sein müssen. Die Komplexität der zu berücksichtigenden Akteure in den Institutionen variiert je nach Grad der Organisationseinheit.

Der Ausschuss empfiehlt:

In den Institutionen müssen Strukturen geschaffen werden, die es möglich machen interprofessionelle Konzepte zu entwickeln, zu reflektieren und zu gestalten. Das Thema Interprofessionalität muss an den Hochschulen und Universitäten in die Studienkommissionen Eingang finden und in anderen Einrichtungen in den entsprechenden Gremien vertreten sein. Arbeitsstrukturen müssen in den Institutionen gegründet und eingebettet werden, die die Entwicklung und Umsetzung von IPE in den Curricula begleiten und evaluieren. Die hierzu notwendige finanzielle Ausstattung und organisatorische Flexibilität sind zu gewährleisten. Dazu gehört, dass das Thema Interprofessionalität im Rahmen der Qualitätssicherung in die Lehrevaluation aufgenommen wird und die Qualität der Umsetzung überprüft wird. Um dem Nachdruck zu verleihen und die Umsetzung zu gewährleisten, sollte im Rahmen der Akkreditierung von gesundheitsbezogenen Studiengängen und Ausbildungen interprofessionelles Lernen als ein Kriterium aufgenommen werden.

5. Qualitätssicherung und Evaluation

Strukturelle Rahmenbedingungen bilden eine entscheidende Grundlage für eine Qualitätssicherung. Systematisch entwickelte interprofessionelle Konzepte bedürfen demnach einer kontinuierlichen Evaluation in ihrer Prozess-, Ergebnis- und Strukturqualität, um ggf. Modifizierungen vorzunehmen. Hierüber muss ggf. in Gremien entschieden werden, die die entsprechenden Mittel zur Verfügung stellen.

Der Ausschuss empfiehlt:

Interprofessionelle Ausbildungen, die die oben genannten Konzeptelemente umsetzen wollen, bedürfen strukturell der Ausbildung an einem erkennbaren Ort („Verortung“). Dies erfordert ggf. neue Institutionsformen und -strukturen bzw. eigene Organisationseinheiten innerhalb der Bildungseinrichtungen, die die Einrichtung von interprofessionellen Lerngruppen über einen längeren Zeitraum zur gemeinsamen Bearbeitung bzw. Betreuung eines Falles, eines Problems oder einer Situation ermöglichen. Darüber hinaus setzt dies die Möglichkeit der Messung der interprofessionellen Kompetenz voraus. Hierfür bedarf es zugleich der Entwicklung entsprechender Kompetenzmessinstrumente.

6. Aufbau von Forschungsstrukturen im Bereich interprofessioneller Ausbildung und Kompetenzentwicklung

Der Forschungsbedarf im Rahmen interprofessioneller Ausbildung und Kompetenzentwicklung ist erheblich. So bestehen noch keine gesicherten Erkenntnisse zur Auswirkung interprofessioneller Lernsituation für die Studierenden der unterschiedlichen Gesundheitsberufe im deutschsprachigen Raum. Weiter mangelt es derzeit an Erkenntnissen zu Entwicklungsparametern beruflicher und interprofessioneller Identität, berufspädagogischer Ansätze zur Ausbildung interprofessioneller Kompetenzen, der Identifizierung relevanter Schnittstellen im Berufsalltag, der Fortführung professionssoziologischer Diskussionen aus einer interprofessionellen Perspektive sowie einer Identifizierung der Anforderungen an das Kompetenzprofil interprofessionell Lehrender in Theorie und Praxis. Weitergehend ist es ebenso notwendig, den Nutzen einer solchen Entwicklung für die Patient/-innen und das Versorgungssystem in den Blick zu nehmen.

Der Ausschuss empfiehlt:

Der Aufbau von Strukturen in der interprofessionellen Ausbildung soll durch den Aufbau von Forschungsstrukturen im Bereich interprofessioneller Ausbildung und Kompetenzentwicklung begleitet werden. Zukünftige Forschungsprojekte zu den vorstehenden Fragestellungen sollen nicht nur von den Hochschulen initiiert, sondern auch von Berufsverbänden und wissenschaftlichen Fachgesellschaften zukünftig stärker unterstützt und initiiert werden. Eine gezielte finanzielle Förderung soll auch durch Bund und Länder bzw. Kantone erfolgen. Darüber hinaus ist eine breitere Aufmerksamkeit für die Thematik auch im Hinblick auf weitere potenzielle Fördermittelgeber erwünscht. Eine Mindestanforderung entsprechender Projekte ist die Beteiligung von mindestens zwei Berufsgruppen sowohl im Forschungsteam als auch in der untersuchten Zielgruppe.

7. Netzwerkstrukturen

Die Weiterentwicklung von Konzepten sowie die Entwicklung von Innovationen werden durch einen fachlichen und kollegialen Austausch von Ideen und Ergebnissen ermöglicht. Bislang findet der Austausch zur interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit häufig nur am Rande von Tagungen einzelner Verbände und Fachgesellschaften statt (Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA); <https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/>, Hochschulverband Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG); <http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/>, Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW); <http://www.dgrw-online.de/>, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM); <http://www.degam.de/>) und wird kaum in den Mittelpunkt des Austauschs gestellt. Eine Vernetzung innerhalb der bestehenden Strukturen (inner- und außerhochschulisch) besteht nicht, so dass die Er-

fahrungen aus den Projekten und Modellen nicht nachhaltig verstetigt und weiter gegeben werden können.

Der Ausschuss empfiehlt:

Es müssen Netzwerkstrukturen gefördert werden, die einen Austausch zwischen Einrichtungen gewährleisten. Dies ermöglicht nicht nur den Austausch von Erfahrungen zwischen bestehenden Ausbildungsberufen und -modellen, sondern eröffnet auch weiteren interessierten Einrichtungen und Gremien die Option, sich über interprofessionelle Ausbildungsmodelle zu informieren und zeigt Ansprechpersonen auf, die auf dem Gebiet Erkenntnisse und Erfahrungen gesammelt haben. Ein erster Ansatzpunkt hierzu ist der Ausschuss „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ der GMA, der die Möglichkeit des Austausches bietet. Regelmäßige Tagungen, die die interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit in den Mittelpunkt stellen, sollen durch die Verbände und Fachgesellschaften finanziell unterstützt und gefördert werden.

Umsetzungsstrategien

Um die aufgeführten Empfehlungen umzusetzen, sieht der Ausschuss „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ die im Folgenden genannten Strategien als notwendig an. Diese richten sich damit an die verschiedenen Stakeholder im Gesundheits- und Bildungsbereich.

1. Damit die Ausbildungen in den Gesundheitsberufen den künftigen Anforderungen im Gesundheitssystem entsprechen, müssen interprofessionelle Ausbildungssequenzen Eingang in die Curricula finden. Die hier aufgeführten Empfehlungen und Strategien zu Inhalten und Strukturen können hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten. Es wird gewünscht, dass diese Diskussionen von Seiten der Hochschulleitungen, Fakultäten, Berufsverbände, wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie der Gesundheits- und Bildungspolitik weiter unterstützt und begleitet werden.
2. Zur Etablierung von arbeitsfähigen interprofessionellen Arbeitsstrukturen sollte eine inhaltliche und organisatorische Anbindung von akademischen Ausbildungsgängen in den Gesundheitsberufen neben den bisherigen hochschulischen Angeboten u.a. an den Medizinischen Fakultäten erfolgen [http://www.mft-online.de/files/140213_stellungnahme_akademisierung_pflegerberufe.pdf, zuletzt geprüft am 02.03.2015].
3. Das vorliegende Positionspapier soll in die Diskussion u.a. mit dem Medizinischen Fakultätentag, dem Verband der Universitätsklinika (VUD) und den Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren (VPU) eingebracht werden. Weiter soll auf eine konkrete Umsetzung der Empfehlungen hingearbeitet werden. Zur Konkretisierung und weitergehenden fachlichen Erläuterung steht der Ausschuss gerne zur Verfügung.
4. Das Thema Interprofessionalität soll nachhaltig in allen Gremien verstetigt werden, die mit der Ausbildung

und Vertretung der Gesundheitsberufe in Bildung und Praxis betraut sind. Hierzu bedarf es ggf. auch weiterführender Ressourcen, die von Land und Bund bereitgestellt werden müssen.

5. Zur Umsetzung der aufgestellten Empfehlungen kann die Förderung von wissenschaftlichen Projekten im Bereich Interprofessionelle Ausbildung und deren Publikationen wie auch die Auslobung von Preisen für die Umsetzung von interprofessionellen Ausbildungsprojekten und die gemeinsame Ausrichtung von Tagungen zu dem Thema durch öffentliche Einrichtungen (u.a. BMBF) hilfreich sein.

Zusammenfassung/Ausblick

Es hat sich gezeigt, dass das Thema Interprofessionalität in den Ausbildungen der Gesundheitsberufe (Medizin, Pflege, Therapie, Diagnostik) zunehmend in den theoretischen und praktischen Fokus fachlicher Diskussionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz rückt. Es besteht weitgehend Konsens in der Erkenntnis der notwendigen engeren Zusammenarbeit der Berufe in Theorie und Praxis. Diese soll bereits zu einem frühen Zeitpunkt beginnen, damit Schülerinnen, Schüler und Studierende voneinander, aneinander und miteinander lernen können. Probleme in der Umsetzung einer interprofessionellen Ausbildung sind vor allem als organisations- und systembedingt identifiziert worden. Es müssen daher zukünftig Strukturen in den Fakultäten und Ausbildungseinrichtungen geschaffen werden, die das gemeinsame Lernen und die interprofessionelle Zusammenarbeit erleichtern und fördern. Dies wird das Personal im Gesundheitswesen von Morgen auf die Herausforderungen des Gesundheitssystems der Zukunft gut vorbereiten. Nicht übersehen werden darf dabei allerdings, dass sich neben strukturellen Aspekten auch Defizite in der Haltung und gelebten Kultur der Ausbildungs- und Berufsgruppen finden lassen, an denen gemeinsam gearbeitet werden muss.

Um die Nachhaltigkeit aktueller und zukünftiger Projekte zur interprofessionellen Ausbildung zu sichern, gilt es zunächst, ein entsprechendes Gesamtkonzept zu entwickeln, welches alle Aspekte berücksichtigt. Darüber hinaus sind organisatorische als auch politische Strukturen zu schaffen und Ressourcen zu gewährleisten, die eine fundierte Entwicklung von interprofessionellen Ausbildungsangeboten ermöglichen. Die Angebote sind curricular einzubinden, kontinuierlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Parallel sind Strukturen aufzubauen und erforderliche Ressourcen zu gewähren, um Forschung zur interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit angemessen entwickeln zu können. Diese sollte u.a. die Auswirkung interprofessioneller Ausbildungskonzepte auf die Lernenden und Lehrenden als auch auf die Versorgung zeigen und Instrumente zur Qualitätssicherung (weiter-)entwickeln.

Der Ausschuss „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ kann dabei die Funktion eines Netzwerks wahrnehmen. Es gilt entsprechende Strukturen

für die interprofessionelle Ausbildung auch in den wissenschaftlichen Fachgesellschaften auszubauen, um auch zukünftig Erkenntnisse und Erfahrungen zu sammeln sowie eine professionelle Vertretung für interprofessionelle Anliegen in der Ausbildung, aber auch in der Praxis zu gewährleisten.

Anmerkungen

Das Positionspapier wurde dem GMA-Vorstand vorgelegt und von diesem am 30.01.2015 verabschiedet.

¹ Wenn in dem Papier von ‚Gesundheitsberufen‘ gesprochen wird, sind damit die Berufe in der Medizin, Pflege, Therapie, Diagnostik etc. gemeint. Der Begriff ‚Gesundheitsfachberufe‘ meint die sich derzeit akademisierenden Berufe in der Pflege, Therapie und im Hebammenwesen. In der Schweiz und Österreich werden hierunter auch die sich akademisierenden Berufe in der Diagnostik angesprochen.

² D-A-CH-Raum: Deutschland – Österreich – Schweiz

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

- Sachverständigenrat im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden: Nomos Verlag; 2007.
- Sachverständigenrat im Gesundheitswesen. Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens (1. Aufl. ed. Vol. 2010). Baden-Baden: Nomos; 2009.
- Alscher MD, Büscher A, Dielmann G, Hopfeld M, Igl G, Höppner H, Kuhlmeier A, Matzke U. Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; 2010.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
- Careum. Working Paper 7: Umrisse einer neuen Gesundheitsbildungspolitik. Zürich: Careum Verlag; 2013.
- Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Köln: Wissenschaftsrat; 2012. Zugänglich unter/available from: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf>
- Bundesärztekammer. Stellungnahme Zukunft der deutschen Universitätsmedizin – kritische Faktoren für eine nachhaltige Entwicklung. *Dtsch Arztebl*. 2013;11(8):A337-350.
- Mahler C, Karstens S, Roos M, Szecsenyi J. (Interprofessionelle Ausbildung für eine patientenzentrierte Versorgung der Zukunft. Die Entwicklung eines Kompetenzprofils für den Bachelor-Studiengang Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh Wesen*. 2012;106(7):523-532 DOI: 10.1016/j.zefq.2012.04.003
- Schultz JH, Berger S, Suchy D, Lauber D, Hermann K, Jünger J, Mahler C. Teamkommunikationsunterricht im interprofessionellen oder im monoprofessionellen Setting: Gibt es einen Unterschied? *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)*. Graz, 26.-28.09.2013. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2013. DocP06_10. DOI: 10.3205/13gma058
- Walkenhorst U, Schäfer T. Gemeinsam handeln. Ärzte und Gesundheitsfachberufler in der Ausbildung. *Dr med Mabuse*. 2012;197:35-37.
- Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
- Bürgi H, Rindlisbacher B, Bader C, Bloch %, Bosman F, Glasser C, Gerke W, Humair JP, Im Hof V, Kaiser H, Lefebvre D, Schläppi P, Sottas B, Spinass GA, Stuck AE. *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*. Genf: Joint Conference of Swiss Medical Faculties (SMIFK); 2008. Zugänglich unter/available from: http://scllo.smifk.ch/downloads/scllo_2008.pdf
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Charta Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. *Bulletin SAMW*. 2013;2:7.
- O'Halloran C, Hean S, Humphris D, Macleod-Clark J. Developing common learning: the new generation project undergraduate curriculum model. *J Interprof Care*. 2006;20(1):12-28. DOI: 10.1080/13561820500471854
- Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3:CD002213
- Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects on practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;3:CD000072
- Wilhelmsson M, Pelling S, Ludvigsson J, Hammar M, Dahlgren LO, Faresjo T. Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping – ground-breaking and sustainable. *J Interprof Care*. 2009;23(2):121-133. DOI: 10.1080/13561820902728984
- Charles G, Bainbridge L, Gilbert J. The University of British Columbia model of interprofessional education. *J Interprof Care*. 2010;24(1):9-18. DOI: 10.3109/13561820903294549
- Cheater FM, Hearnshaw H, Baker R, Keane M. Can a facilitated programme promote effective multidisciplinary audit in secondary care teams? An exploratory trial. *Int J Nurs Stud*. 2005;42:779-791. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2004.11.002
- Curley C, McEachern JE, Speroff T. A firm trial of interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards. *Med Care*. 1998;36(8 Suppl):AS4-AS12. DOI: 10.1097/00005650-199808001-00002
- Schmidt I, Claesson CB, Westerholm B, Nilsson LG, Svarstad BL. The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. *J Am Ger Soci*. 1998;46:77-82.
- Bainbridge L, Nasmith L, Orchard C, Wood V. Competencies für Interprofessional Collaboration. *J Physic Ther Educ*. 2010;24(1):6-11.

23. IPECEP - Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative; 2011.
24. World Health Organization. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Geneva: World Health Organization; 2010. Zugänglich unter/available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf
25. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010. Zugänglich unter/available from: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
26. Europäische Kommission. Der europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften; 2008. Zugänglich unter/available from: http://ec.europa.eu/ploteus/sites/eac-efq/files/brochexp_de.pdf

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. Ursula Walkenhorst
Universität Osnabrück, FB Humanwissenschaften,
Albrechtstraße 28, 49076 Osnabrück, Deutschland
ursula.walkenhorst@uni-osnabrueck.de
Dr. Cornelia Mahler
Universitätsklinikum Heidelberg, Abt. Allgemeinmedizin
und Versorgungsforschung, Voßstraße 2, 69115
Heidelberg, Deutschland
cornelia.mahler@med.uni-heidelberg.de

Bitte zitieren als

Walkenhorst U, Mahler C, Aistleithner R, Hahn EG, Kaap-Fröhlich S, Karstens S, Reiber K, Stock-Schröer B, Sottas B. Position statement GMA Committee – “Interprofessional Education for the Health Care Professions”. *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma000964, URN: urn:nbn:de:0183-zma0009647

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2015-32/zma000964.shtml>

Eingereicht: 19.11.2014

Überarbeitet: 26.01.2015

Angenommen: 30.01.2015

Veröffentlicht: 13.05.2015

Copyright

©2015 Walkenhorst et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.