

Interprofessionelle Ausbildung (IPE): Erfolgsfaktoren – Messinstrument – Best Practice Beispiele

Teilbericht 2
25.6.2016

Beat Sottas, Stefan Kissmann, Sarah Brügger

Expertenbericht für das Bundesamt für Gesundheit, Bern
Forschungsberichte Interprofessionalität im Gesundheitswesen



<http://bit.ly/2g5GluU>

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-------|
| Zusammenfassung | 3 |
| 1. Einleitung | 4 |
| 1.1 Ausgangslage und Auftrag | 4 |
| 1.2 Anmerkungen zur Zielsetzung und zum Vorgehen | 5 |
| 2. Methodisches Vorgehen | 5 |
| 3. Definitionen und Begriffserklärungen | 7 |
| 3.1 Die Forderungen nach mehr Interprofessionalität in der Ausbildung | 7 |
| 3.2 Was ist Interprofessionalität bzw. interprofessionelle Zusammenarbeit (IPP)? | 7 |
| 3.3 Was wird unter interprofessioneller Ausbildung (IPE) verstanden? | 8 |
| 3.4 IPE als Korrektiv der Blickverengung und Silobildung | 10 |
| 4. Die Eckpunkte interprofessioneller Ausbildung | 11 |
| 4.1 Die zu vermittelnden Inhalte: IPE-Kernkompetenzen | 11 |
| 4.2 Zentrale Aspekte von IPE: Zeit, Prozess, Terminierung und Affektkontrolle | 12 |
| 4.3 Einbezug aller Versorgungsbeteiligter – auch Patienten und Angehörige | 14 |
| 4.4 IPE braucht „Grundlagen“ und ein „Aufbaustadium“ | 15 |
| 4.5 Übersicht über die Inhalte von IPE und ihr Zusammenspiel | 15 |
| 4.6 Typologien von IPE-Lernmethoden | 16 |
| 4.7 Handlungsfelder von IPE | 17 |
| 5. Kategorisierungsinstrument zur Systematisierung von IPE | 19 |
| 6. Fallbeispiele aus der Praxis | 23 |
| 6.1 Vorbemerkungen zur Auswahl der präsentierten Beispiele | 23 |
| 6.2 Das Leicester Modell: Inequalities in Health | 23 |
| 6.3 Queen’s University Belfast, Sim-Baby | 25 |
| 6.4 University of Minnesota, Academic Health Center, Phase II – Necessary Skills | 27 |
| 6.5 Karolinska Institutet Stockholm, Klinisches Trainingszentrum mit Training Ward | 29 |
| 6.6 Charité Berlin, Evangelische Hochschule Berlin, Alice Salomon Hochschule: Interprofessionelles Lernen und Lehren in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege (Inter-MEPP) | 31 |
| 6.7 Universität Freiburg im Breisgau, Longitudinaler Strang Interprofessionalität (LongStI) | 33 |
| 7. Diskussion | 35 |
| 8. Synthese und Empfehlungen | 37 |
| 8.1 Die Herausforderungen mit IPE bewältigen | 37 |
| 8.2 Ein Mustercurriculum als Grundlage nehmen | 37 |
| 9. Literaturverzeichnis | 39 |
| Anhang Inhaltsverzeichnis / 40 Fallbeispiele / Referenzen | 41-99 |

Zusammenfassung

Ausgehend von einer umfassenden Literaturrecherche zur Evidenzlage für interprofessionelles Arbeiten in der Praxis beschäftigt sich der vorliegende Bericht mit Fragen der interprofessionellen Ausbildung. Dafür wird in der Literatur meist die Chiffre IPE (interprofessional education) benutzt. Insgesamt wurde dabei eine Tour d'Horizon über existierende IPE-Aktivitäten in der Ausbildung der Gesundheitsberufe in aller Welt unternommen. Die Sichtung einer grossen Zahl von IPE-Beispielen macht deutlich, dass IPE viele verschiedene Formen annehmen kann. Dabei werden vier Dinge deutlich:

- a) Weil interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen immer wichtiger wird (u.a. wegen steigender Komplexität der Therapieanforderungen und der Verknappung der Arbeitskraft), sollte **auch die Ausbildung zumindest in Teilen interprofessionell gestaltet** werden;
- b) **Es gibt keinen Königsweg**, um gelingende interprofessionelle Kooperation zu erlernen, **aber der Erwerb der interprofessionellen Kernkompetenzen braucht einen Lernprozess**, der möglichst früh einsetzt;
- c) Ein Vergleich der Beispiele zeigt, dass **der deutschsprachige Raum mit den internationalen Best Practice Beispielen nicht mithalten kann**;
- d) Es gibt zwar einen Konsens über die zu erwerbenden Schlüsselkompetenzen, aber **bislang weder ein Kategorisierungsinstrument zur Systematisierung von IPE, noch werden die Erfolgsfaktoren explizit benannt**.

In Forschung und Evaluation wird i.d.R. die Individualperspektive beschrieben (Kompetenzen, Expertise), selten werden die Gruppenprozesse untersucht (Dynamik, Interdependenzen, Mehrwerte, Patientenerleben etc.) – das ist teilweise durch die dazu notwendigen anspruchsvollen Forschungsdesigns bedingt, die keine Studien mit randomisierten Kontrollgruppen zulassen.

Gestützt auf die Analyse der Stärken und Schwächen der Fallbeispiele wird in einem ersten Schritt ein Kategorisierungsinstrument vorgestellt, welches die zentralen Eckpunkte von IPE umfasst und welches der Bewertung und Einordnung von konkreten Beispielen aus der Praxis dient. **Dieses Instrument erlaubt, einfach die Güte interprofessioneller Ausbildung zu „messen“**. Es kann für Standortbestimmungen oder Strategiechecks eingesetzt werden. Zum anderen wird mit Hilfe dieses Instruments unmittelbar ersichtlich, welche IPE-Ansätze welche Qualitäten haben und welche Ziele sie einlösen können (und welche nicht). Daraus lässt sich auch schliessen, in welcher Reihenfolge verschiedene IPE-Ansätze in der Didaktik und Bildungsentwicklung eingesetzt werden sollten. Die Erfolgsfaktoren gelingender IPE lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- IPE braucht genügend Zeit.
- IPE-Aktivitäten müssen in einen längeren Prozess eingebettet sein.
- In einem ersten Schritt müssen Grundlagen wie Wahrnehmen, Wertschätzen, Kommunizieren, Verstehen vermittelt werden, um so die Voraussetzungen für den Erwerb der taxonomisch höheren interprofessionellen Kompetenzen erst zu schaffen.
- Die Terminierung ist entscheidend: Es braucht die richtige Methode zum richtigen Zeitpunkt – simulationsbasierte und praxisbasierte IPE überfordern Anfänger.
- Es sind alle Versorgungsbeteiligten einzubeziehen – d.h. auch Patienten und Angehörige.
- Das Handlungsfeld muss komplex sein, um echte Interprofessionalität zu ermöglichen in dem Aushandlungsprozesse notwendig und erlebbar werden.

Diese Erfolgsfaktoren sind gleichzeitig Empfehlungen für die Konzeption und Umsetzung.

Das Kategorisierungs- und Messinstrument ist u.E. von grosser Praxisrelevanz und kann in der Lehre zur Beurteilung implementierter Module (siehe dazu den **Raster für ein IPE-Modellcurriculum**) und bei der Projektförderungen (z.B. Zukunft ärztliche Bildung, Fachkräfteinitiative / Massnahmenpaket Interprofessionalität, Sonderprogramm Medizin, Validierung bestehender Module in der Schweiz u.a.m.) zur **Beurteilung von Anträgen** für die praxisnahen empirischen Grundlagen oder die anwendungsorientierten Schlüsselprojekte eingesetzt werden.

1. Ausgangslage und Auftrag

Die WHO fordert seit den 1970er Jahren mehr Interprofessionalität in Bildung und Praxis im Gesundheitswesen (WHO, 1973; WHO, 2010). Auch andere prominente Akteure lancieren immer wieder Appelle für eine bessere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachpersonen und postulieren, dass damit mehr Wirksamkeit, mehr Patientensicherheit, weniger Leerlauf und Effizienzverluste sowie letztlich tiefere Kosten erreicht werden können (z.B. Frenk et al., 2010; Wissenschaftsrat, 2012). Die Umsetzung in den angelsächsischen und nordischen Ländern scheint in der Tat darauf hinzuweisen, dass eine systemisch konzipierte und systematisch angelegte Kooperation in der Praxis (hier „interprofessional practice“, kurz IPP, genannt) sowie eine verbesserte interprofessionelle Ausbildung (hier „interprofessional education“, kurz IPE, genannt) signifikante Vorteile gegenüber der konventionellen, monoprofessionellen Ausbildung und Arbeitsorganisation haben.

Nachdem der erste Appel der WHO nur punktuell zu einer Auseinandersetzung mit dem Thema führte gab es in den letzten zwei Jahrzehnten eine wahrhafte Explosion in der weltweiten Beschäftigung mit IPP und IPE (siehe Abbildung 1).

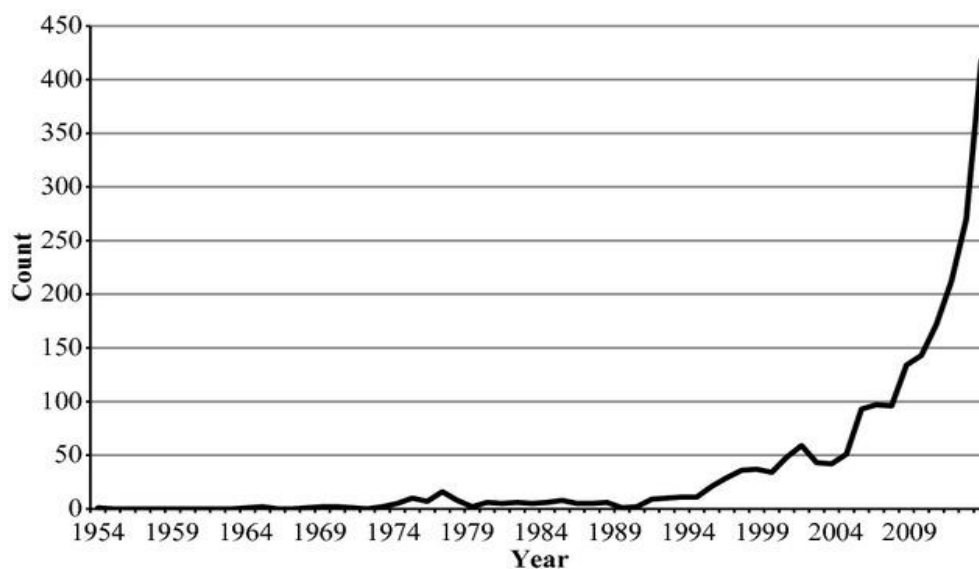


Abbildung 1: Jährliche Zählung von neuen Artikeln zu IPE (Interprofessionelle Ausbildung) auf den Datenbanken. Quelle: Web of Science und PubMed, 1954–2013 (Paradis und Whitehead 2015 S. 400).

Nichtsdestotrotz sind interprofessionelle Praxis und interprofessionelle Ausbildung namentlich im deutschsprachigen Europa mit grossen Widerständen konfrontiert. Die zögerliche Haltung bei der Umsetzung mag auf Ängsten bezüglich unklaren Abläufen und Zuständigkeiten basieren sowie auf der Sorge, dass mehr Interprofessionalität in der Ausbildung auf Kosten der professionsspezifischen Expertise geht. Dabei die die Ängste der Berufsgruppen als Träger von Ausbildungen und Hüter der Identität typisch deutsch. Sie markieren mehr in deren Zunftdenken und Emanzipationsstreben als Probleme der Versorgungsrealität – dort ist dies mit guter Evidenz längst widerlegt. Die Entscheidungsträger in Gesundheitswirtschaft und Gesundheitspolitik fordern zudem belastbare Wirksamkeitsbelege, welche die Vorteile und den Nutzen interprofessioneller Praxis und Ausbildung bestätigen (bzw. widerlegen). Die Evidenzlage betr. die interprofessionelle Praxis wurde im Bericht 1 aufgearbeitet (Sottas/Kissmann 2015).

Im ersten Teilbericht („Übersichtstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis“) wurde anhand der Ende 2015 weltweit verfügbaren Fallstudien, Metaanalysen und Literaturreviews der Nutzen und die Wirksamkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPP) herausgearbeitet. Aufgrund der Fülle des gesichteten und bewerteten Materials war es möglich, robust abgestützte Bewertungen von 10 Aspekten zu machen, die in den Diskussionen immer wieder als vorteilhaft gegenüber den traditionellen Modellen hervorgehoben werden. Dabei zeigt sich, dass die Evidenz

die weit verbreitete Auffassung vom Nutzen von interprofessioneller Kooperation in vieler Hinsicht stützt (Sottas/Kissmann, 2015).

Der vorliegende zweite Teilbericht ist der Interprofessionalität in der Ausbildung (IPE) gewidmet. Das Ziel war eine Zusammenstellung der im Bildungsbereich auf internationaler Ebene bekannten und bewährten interprofessionellen Arrangements. Im Vordergrund stehen dabei insb. didaktische Fragen betreffend der Vorbereitung der Lernenden auf eine kooperative Haltung. Anhand einer Recherche sollten signifikante, interprofessionelle Handlungsfelder für die Lehre und Praxis identifiziert werden und durch mindestens 40 Best Practice Beispiele aus aller Welt sowie einer Reflexion der dazu gehörigen Didaktik illustriert werden.

Die bundesrätliche Agenda zur Gesundheitspolitik „Gesundheit 2020“ nennt ebenfalls die Förderung der Interprofessionalität als wichtige Massnahme auf dem Weg zu einer verbesserten Versorgungsqualität. Im Rahmen der Fachkräfteinitiative hat der Bundesrat zudem ein Förderprogramm „Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017-2020“ im Umfang von insgesamt 12 Mio. CHF beschlossen. Die beiden vom BAG in Auftrag gegebenen Berichte liefern dazu policyrelevante Argumente und geben Orientierung betreffend Evidenz, Nutzen und Wirksamkeit. Aus der vorliegenden Zusammenstellung sollten Erkenntnisse für die Strategie-Entwicklung sowie für die Bildungsangebote und Projektförderungen in der Schweiz gezogen werden können (z.B. Zukunft ärztliche Bildung, Fachkräfteinitiative / Massnahmenpaket Interprofessionalität, Sonderprogramm Medizin, Validierung bestehender Module in der Schweiz u.a.m.).

2. Methodisches Vorgehen

2.1 Vorbemerkungen zur Zielsetzung und zum Vorgehen

Bei der Recherche zeigte sich, dass die in der Praxis typischen interprofessionellen Handlungsfelder erstaunlicherweise nicht als klare Ausbildungsmodule auffindbar sind. Zudem wurde klar, dass das Auflisten von Fallbeispielen allein wenig bringt und dem leitenden Interesse des Berichtes, nämlich Orientierung für interprofessionelle Bildungsangebote und -projekte zu geben, nicht gerecht wird. Die theoretische Trockenübung im monoprofessionellen Klassenraum-Setting und der zweiwöchige interprofessionelle Einsatz bei akuten und chronischen Patienten können nicht unkommentiert und unbewertet als „gute Praxis“ nebeneinander stehen.

Was sich herauskristallisierte war, dass es sich bei „Best Practice“-IPE immer um einen komplexen Prozess handelt, in welchem bestimmte Aspekte vor anderen adressiert und abgedeckt sein müssen. In einem ersten Schritt wurden mit Hilfe theoretischer Erwägungen und unter hermeneutischem Einbezug von Fallbeispielen die Anforderungen an einen gelingenden IPE-Prozess identifiziert. Diese wurden zu einer Systematik und zu einem völlig neuartigen Messsystems zur Ermittlung der Güte von Ansätzen der interprofessionellen Ausbildung verdichtet. Dieses wieder wurde auf konkrete Fallbeispiele angewandt, um zu zeigen, welche IPE-Ansätze geeignet sind, um einen Beitrag in einem gelingenden IPE Prozess zu leisten.

Die Systematisierung, welche in diesem Bericht erarbeitet wurde, bringt zahlreiche Elemente und Erwägungen zu IPE zusammen. Es existiert nach Wissen der Autoren aktuell nichts Vergleichbares. Durch die entstandene Systematisierung wurde überhaupt erst ein Werkzeug entwickelt, welches Standortbestimmungen und Strategiechecks ermöglicht und Hinweise für die Didaktik geben kann.

2.2 Methodik

In einem ersten Schritt wurden **in einer umfassenden Recherche IPE-Beispiele aus aller Welt zusammengetragen**. Dabei stützten wir uns einerseits auf die Materialien und Erkenntnisse aus dem ersten Teil der Studie, d.h. wir suchten gezielt nach Beispielen aus Ländern und Regionen, von denen bereits bekannt war, dass sie bei der Umsetzung von IPP und IPE weit fortgeschritten sind. Andererseits wurde **nicht von Beginn weg eine einzige Definition von IPE verwendet**. Damit sollte die Recherche offen bleiben, um die weltweite Heterogenität von IPE-Formen mit einem

hohen Sättigungsgrad abzubilden. Insgesamt wurden 40 breit gefächerte internationale IPE-Praxisbeispiele einbezogen. Als Drittes legten wir ein spezielles **Augenmerk auf Beispiele aus dem deutschsprachigen Europa**, um vergleichen zu können, wie sich diese im Vergleich zu avancierten Beispielen aus anderen Regionen situieren. Dabei ist anzumerken, dass diese die publizierten Aktivitäten abbilden – aufgrund der Fachkontakte zu Kollegen in Deutschland und Österreich ist bekannt, dass es aktuell viele Initiativen gibt.

Da sich bei der Sichtung der Fallbeispiele keine typischen IPE-Handlungsfelder in der Lehre finden liessen wurde zusätzlich eine **Literaturrecherche** durchgeführt. Inhaltlich konzentrierten wir uns dabei insb. auf den aktuellen Diskussionsstand hinsichtlich IPE, welche nebst den bewährten Definitionen insb. Kompetenzframeworks, Kategorisierungen und differenzierte Erwägungen umfasst. Die weltweite Diskussion über IPE zeigt im Wesentlichen, dass verschiedene Aspekte und Argumente immer wieder zu einem kohärenten Ganzen verdichtet werden. Deshalb gehen die Autoren davon aus, dass in der Recherchephase ein umfassendes Bild über den aktuellen Stand der Diskussion entstanden ist.

Gestützt auf die Literaturrecherche wurden anschliessend die **zentralen Konzepte und Eckpunkte von IPE** gerafft dargestellt und hermeneutisch systematisiert. Dabei wurden auch Erkenntnisse aus den Fallbeispielen einbezogen sowie Erfolgsfaktoren benannt. Das so entstandene Kategorisierungsinstrument für IPE, das unseres Wissens bislang in dieser Form nicht existierte, ist eine notwendige Voraussetzung, um angesichts der grossen Fülle verschiedener IPE-Modelle verallgemeinerbare Aussagen und Empfehlungen formulieren zu können.

Die **Fallbeispiele aus der Praxis wurden anhand des von uns erstellten Kategorisierungsinstruments einer eingehenden Analyse unterworfen**, um daraus zusätzliche Erkenntnisse zu ziehen und um die Aussagen aus der Theorie fassbar zu machen bzw. mit der Praxis abzugleichen. Aus Gründen der Lesbarkeit werden die ausgewählten 40 Fallbeispiele inkl. Analysen im Anhang beigelegt. Im Bericht selber werden sechs (von den Autoren als paradigmatisch eingestufte) IPE-Modelle exemplarisch vorgestellt, um anhand dieser Beispiele die zentralen Ergebnisse der Recherche- und Analysearbeiten zu illustrieren. Sie liefern konkrete Belege für einzelne Schlussfolgerungen. Die vielen Beispiele im Anhang illustrieren verschiedene Ausprägungen, liefern aber kaum zusätzlichen Erkenntnisgewinn.

Zum Schluss werden, basierend auf den Erkenntnissen aus der Literatur, aus den Fallbeispielen und aus der Anwendung der Systematik **Lehren für die Umsetzung von IPE** in der Schweiz gezogen.

Aufgebaut ist der vorliegende Bericht wie folgt:

- In Kapitel 3 figurieren Begriffsdefinitionen und eine theoretische Einbettung.
- In Kapitel 4 werden die zentralen Konzepte und Eckpunkte von IPE vorgestellt.
- In Kapitel 5 werden das Messinstrument und die Bewertungskategorien zur Analyse erläutert.
- In Kapitel 6 wird eine Auswahl von sechs Fallbeispielen präsentiert, bewertet und kommentiert.
- Kapitel 7 enthält die Auswertung sowie Empfehlungen für die Umsetzung erfolgreicher IPE-Projekte.
- Im Anhang findet sich wie erwähnt eine vollständige Übersicht aller analysierten Fallbeispiele.

3. Definitionen und Begriffserklärungen

3.1 Die Forderungen nach mehr Interprofessionalität in der Ausbildung

Im angelsächsischen und skandinavischen Kontext hat sich bereits seit über 20 Jahren die Erkenntnis durchgesetzt, dass in der Ausbildung von Health Professionals eine Transformation stattfinden muss, bei der nebst der fachlichen Expertise weitere Aspekte Aufmerksamkeit erhalten. Einer dieser Aspekte ist die Ausnutzung des Potentials interprofessioneller Zusammenarbeit. Als Begründung wird angegeben, dass 80% der Fehler durch Hierarchie, Kommunikationsdefizite und Gärtchendenken entstehen. Interprofessionelle Zusammenarbeit ist deshalb zu einem wichtigen Kulturelement und Organisationsprinzip geworden.

Weil die Gesundheitsversorgung auch in der Schweiz wegen steigender Komplexität der Therapiemassnahmen sowie der professions- und sektorenübergreifenden Prozesse zunehmend in Netzwerken stattfindet, muss auch die Bildung Antworten auf diese Veränderungen geben – interprofessionelle Aus- und Weiterbildung ist dabei eine der wirksamsten strategischen Optionen, um die Gesundheitsfachpersonen systematisch auf die interprofessionelle Zusammenarbeit vorzubereiten und eine entsprechende Haltung zu verankern. Die Erfahrungen in vielen Ländern bestätigen, dass es sich aufdrängt, die Ausbildung zumindest in Teilen interprofessionell zu gestalten, wenn bei der Berufsausübung interprofessionell zusammengearbeitet werden soll. IPE ist die notwendige Voraussetzung für IPP.

Erfahrungen zeigen, dass wirkungsvollere Zusammenarbeit nicht automatisch eintritt, sondern einer didaktischen Vorbereitung bedarf – das Personal muss für diese Aufgabe adäquat vorbereitet werden. Gesundheitsfachpersonen müssen in ihrer Aus- und Weiterbildung Kompetenzen erwerben, die sie auf ein optimales und wirksames Zusammenarbeiten mit verschiedenen Fachpersonen vorbereiten, damit in der Versorgung eine wirkungsvoll agierende Handlungsgemeinschaft entstehen kann. Sie müssen lernen, sich im Rahmen interprofessioneller Teams ihrer jeweils spezifischen Kompetenzen zu vergewissern und die Bedeutung der arbeitsteiligen Ergänzung durch andere berufliche Kompetenzen zu würdigen.

Der Zusammenhang zwischen interprofessioneller Bildung und interprofessioneller Praxis wurde von der WHO in einem Rahmenkonzept systematisch herausgearbeitet (WHO, 2010; vgl. Sottas/Kissmann, 2015, S. 6). Dahinter steht die Feststellung, dass das gemeinsame Lernen anhand realer Situationen und die gemeinsame Bearbeitung von Problemen gerade in der Grundversorgung bessere individuelle und gesellschaftliche Outcomes erzeugen.

3.2 Was ist Interprofessionalität bzw. interprofessionelle Zusammenarbeit (IPP)?

Das Ziel von IPE ist letztendlich eine wirksamere Berufsausübung und bessere interprofessionelle Zusammenarbeit. Wie in Teilbericht 1 bereits ausführlich dargelegt wurde, wird Interprofessionalität bzw. interprofessionelle Zusammenarbeit (im Gesundheitsbereich) unterschiedlich definiert und muss unterschiedlichen Inhalten und Zielen gerecht werden (Sottas/Kissmann, 2015, S. 3).

Der Begriff bezieht sich in der Praxis auf ein breites und spannungsgeladenes Kontinuum, bei dem sich an einem Ende ein kaum koordiniertes, blosses Zusammenfinden von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen zur Patientenversorgung findet (multiprofessionelles Nebeneinander), während am anderen Ende eng geführte Strukturen und Konstellationen stehen, wo sämtliche Belange der einzelnen Teammitglieder – inklusive der Patienten und Angehörigen - ko-produktiv berücksichtigt werden und wo die Mitglieder sich individuell in den Dienst des Teams und als Team wiederum in den Dienst der Patienten stellen (interprofessionelle Praxis).

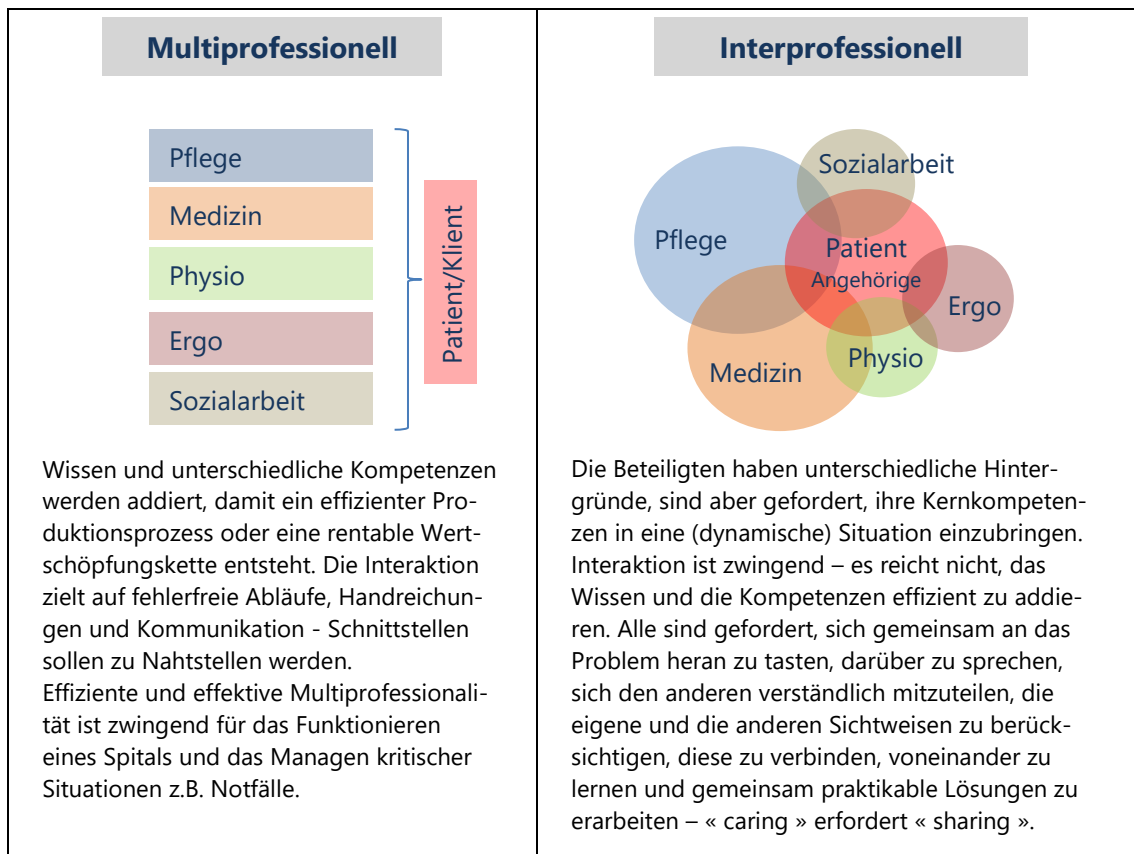


Abbildung 2: Multiprofessionell oder Interprofessionell?
Effizient nacheinander oder effektiv miteinander... (Sottas 2015, nach Jakobsen 2011)

Für die Analyse und Bewertung halten wir uns an die – relativ offene – Definition von Kälble, die besagt, dass „Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung unmittelbar zusammenarbeiten, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten (optimal) nutzbar gemacht werden“ (Kälble, 2004, S. 40). Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese sozioprofessionelle Definition Interprofessionalität nur unzureichend gegenüber nahen Konzepten wie z.B. Multiprofessionalität oder schlichter Zusammenarbeit abgrenzt, wobei – wie oben bereits angetönt – auch in der Literatur diese Unterscheidung nicht immer gemacht wird.

3.3 Was wird unter interprofessioneller Ausbildung (IPE) verstanden?

Wie bei der Interprofessionalität in der Praxis (IPP) wird auch unter interprofessioneller Ausbildung (IPE) Unterschiedliches verstanden. Allgemein anerkannt ist die Definition des „Centre for the Advancement of Interprofessional Education“ (UK), welches interprofessionelle Ausbildung dann als gegeben ansieht, wenn zwei oder mehr Berufe miteinander, voneinander und übereinander lernen, um die Zusammenarbeit und die Versorgungsqualität zu verbessern (CAIPE, 2006). CAIPE ergänzt diese Definition mit einer Reihe von Prinzipien, die als Ergebnis der Diskussion und Reflexion über IPE nach und nach hinzugefügt worden sind. Sie gliedern sich in die Bereiche Werte, Prozesse und Ergebnisse (*outcomes*) und beinhalten u.a. Folgendes:

- IPE fokussiert auf die Bedürfnisse von einzelnen Patienten, Familien und Gemeinschaften, um die Versorgungsqualität, die Outcomes und das Wohlbefinden zu verbessern.

- IPE steht für Gleichwertigkeit und Chancengleichheit innerhalb und zwischen den Berufsgruppen und allen, mit denen gelernt und zusammengearbeitet wird. Unterschiede in Macht und Status werden erkannt, aber beiseitegelegt.
- IPE respektiert Individualität, Unterschiede und Vielfalt innerhalb und zwischen den Berufsgruppen und allen, mit denen gelernt und zusammengearbeitet wird. Die Identität und Expertise der einzelnen Berufsgruppen wird anerkannt und gestützt.
- IPE umfasst kontinuierliches Lernen für alle Funktionen der patientenbezogenen Versorgung wie auch für Ausbildungs-, Managements- und Steuerungsaufgaben.
- IPE fördert den Einbezug der Studierenden in die Planung, Weiterentwicklung und Bewertung des Lernprozesses.
- IPE gibt den einzelnen Berufsgruppen die Möglichkeit, aufgrund der Reflexion des gemeinsamen Handelns mit-, von- und übereinander zu lernen, um den Austausch von Erfahrung und Expertise, aber auch Haltungen, Werte und Wahrnehmungen zu optimieren und beim Funktionieren als Team, bei der Qualitätsverbesserung oder bei der Konfliktlösung signifikante Fortschritte zu erzielen.
- IPE schliesst Patienten/Klienten/Nutzer/Bürger und die verschiedenen Leistungserbringer in die Lehre und den Lernprozess ein.
- IPE verbessert die Praxis einzelner Fachrichtungen in dem Sinne, dass sie die Fähigkeiten anderer Professionen optimal ergänzen.
- IPE führt zu gemeinsamen Anstrengungen, um die Versorgungsqualität zu verbessern. (CAIPE o.J.)

Von IPE zu unterscheiden ist das multiprofessionelle Lernen, bei dem Angehörige verschiedener Berufsgruppen gemeinsam, aber nicht unbedingt voneinander lernen (Clifton et al., 2006, S. 3). Auch Barr betont, dass interprofessionelles Lernen auf Interaktion beruht, während das beim multiprofessionellen Lernen bzw. beim „shared learning“ nicht zwingend der Fall sei (Barr, 1994, S. 105). Beim interprofessionellen Lernen wie auch in der interprofessionellen Praxis reicht es somit nicht, das Wissen der unterschiedlichen Disziplinen und Professionen lediglich zu addieren. Vielmehr sind alle Beteiligten gefordert, sich gemeinsam an das Problem heranzutasten, die eigene und die anderen Sichtweisen zu berücksichtigen und zu verbinden und gemeinsam praktikable Lösungen zu erarbeiten. Gemäss Mackay **kann deshalb nur von IPE die Rede sein, wenn interaktive Lernmethoden angewandt werden, die es den Studierenden ermöglichen, sich gegenseitig kennen zu lernen, um voneinander lernen zu können** (Mackay, 2002, S. 54).

In der Diskussion von IPE geht die Trennschärfe zwischen interprofessionellem und multiprofessionellem Lernen gelegentlich verloren; nicht alles, was als IPE deklariert wird, erfüllt die Kriterien guter interprofessioneller Bildung. Andererseits gibt es Lernformen, welche zwar nicht genuin interprofessionell sind, die aber auf IPP vorbereiten (sollen). **Deshalb wird auch in der vorliegenden Arbeit ein offener IPE-Begriff verwendet, der sämtliche Ansätze zur Vorbereitung auf interprofessionelle Zusammenarbeit im späteren Berufsleben berücksichtigt – auch solche, die nicht per se interprofessionell angelegt sind.** Wichtig ist dabei, dass diese nicht die einzigen Lernformen sein dürfen, mit denen Studierende im Verlauf der Ausbildung konfrontiert werden.

➤ Interprofessionelles Lernen umfasst mehr als das simple Addieren unterschiedlicher Disziplinen und Professionen (z.B. gemeinsame Vorlesung). Entscheidend ist die Interaktion. Die Beteiligten tasten sich gemeinsam an ein Problem heran, berücksichtigen und verbinden die eigene und andere Sichtweisen und erarbeiten gemeinsam praktikable Lösungen.

3.4 IPE als Korrektiv der Blickverengung und Silobildung

Ein prominenter und oft vorgebrachter Vorbehalt gegen das interprofessionelle Lernen ist die Angst, dass dadurch die Entwicklung von Berufsidentität und Rollenklarheit verhindert bzw. erschwert wird. In diesem Zusammenhang sind Erwägungen, die auf Grund langjähriger Erfahrungen mit IPE in British Columbia formuliert wurden, von grossem Interesse (Charles et al., 2010; u.a. auch Davis, Jones 2012). Sie helfen auch, die im Folgenden präsentierten Ergebnisse einzuordnen.

Charles et al. gehen von der Tatsache aus, dass sich die Weltsicht von Fachpersonen durch ein kontinuierliches Wechselspiel von verschiedenen Persönlichkeiten, Erfahrungen und Weltanschauungen innerhalb jeder Fachrichtung, der spezifischen Arbeitsumgebung und verschiedenen ideologischen, historischen und zeitspezifischen Kontexten entwickelt. Daraus folgt, dass die Umgebung, in der Lernprozesse stattfinden, einen grossen Einfluss auf die Weltsicht der Absolventen hat. In einem monoprofessionellen Umfeld und mit monoprofessionellen Ausbildungen ist somit anzunehmen, dass die Lernenden Werte, Einstellungen und Kenntnisse übernehmen, die sie dort vorfinden und die dort vorgelebt werden. Auf diesem Weg formt sich ihre fachliche und professionelle Identität.

Diese Formung der Persönlichkeit hat auch eine Kehrseite mit unerwünschten Effekten. Im Verlaufe der Ausbildung und Identitätsfestigung nimmt auch die Neigung zu, die Welt ausschliesslich aus der Perspektive der eigenen Fachrichtung zu sehen – die Offenheit gegenüber anderen Perspektiven nimmt ab. Durch den systematischen Mangel an Berührung mit anderen Fachbereichen und Berufsidentitäten gibt es oft kaum die Möglichkeit zu erfahren, dass es neben dem eigenen Weltbild noch andere – gleichwertige – gibt. Die so beschränkte Perspektive führt zu den Wahrnehmungs- und Kommunikationsdefiziten die zwischen verschiedenen Fachvertretern im Gesundheitswesen beobachtet werden können.

Einstellungen, Sichtweise und Haltungen, die oft schon im Frühstadium der Ausbildung und beruflichen Sozialisation entwickelt werden, bilden die Basis für spätere Interaktionen. Dabei kann eine zu starke Einschränkung auf das Weltbild der eigenen Profession die Integration von neuem Wissen, neuen Konzepten, anderen Deutungs- und Haltungsmuster stark beeinträchtigen. **Ein zentrales Ziel von IPE ist, dieser Perspektivenverengung auf mehreren Ebenen entgegenzuwirken.** Damit dieses Ziel erreicht werden kann, müssen den Studierenden Möglichkeiten und Anleitung gegeben werden, eigene Sichtweisen zu hinterfragen und mit anderen Fachrichtungen sinnvoll zu interagieren. IPE muss deshalb so angelegt sein, dass die Studierenden auf intrapersoneller, interpersoneller und auf der Ebene einer Handlungsgemeinschaft herausgefordert werden. Ein Reflexionsprozess im Dialog mit anderen eröffnet Möglichkeiten, neben der eigenen Weltsicht ein bewusstes Verständnis für andere Perspektiven zu entwickeln.

Wie dies in der Praxis genau umgesetzt werden kann, wird im folgenden Kapitel anhand der Eckpunkte interprofessioneller Ausbildungen diskutiert.

- Wenn interprofessionelle Bildung (IPE) gelingen soll, erfordert dies strukturierte Interaktion mit anderen Fachpersonen sowie Reflexionsprozesse. Durch das Erleben und Hinterfragen eigener Sichtweisen können Einstellungen, Sichtweisen und Haltungen so angelegt werden, dass sie echte Interprofessionalität ermöglichen.

4. Die Eckpunkte interprofessioneller Ausbildung

4.1 Die zu vermittelnden Inhalte: IPE-Kernkompetenzen

Das Postulat, dass die Gesundheitsberufe in ihrer Aus- und Weiterbildung auf ein effektiveres Zusammenarbeiten vorbereitet werden müssen, erhält breite Zustimmung. Bei der Umsetzung sind jedoch viele Fragen offen, so namentlich nach der Art der Kompetenzen, die Health Professionals benötigen, um in der Berufspraxis als interprofessionelle Handlungsgemeinschaft zu agieren.

Kompetenzen werden definiert als „the ability to handle a complex professional situation by combining relevant knowledge, skills and attitudes.“ Interprofessionelle Kompetenzen beziehen sich demzufolge auf die Fähigkeit der Studierenden, „to function effectively as a member of an interprofessional health care team“ (Nisbet et al., 2011, S. 26). Diese Definition sagt jedoch noch nichts darüber, wie dies erreicht wird bzw. welche Fähigkeiten erworben werden müssen für eine wirkungsvolle Zusammenarbeit in der Praxis.

Verschiedene Autoren haben versucht, die Ziele und Inhalte interprofessioneller Ausbildungen zu beschreiben und zu kategorisieren (z.B. Barr, 1998; Mackay, 2002). Ausgehend davon haben mehrere Ausbildungs- und Praxisinstitutionen aus dem angelsächsischen Raum – meist unter gegenseitiger Bezugnahme – ähnliche und zum Teil recht detaillierte Kernkompetenzframeworks entwickelt. Es handelt sich dabei um kompetenzorientierte Lernzielkataloge, welche die notwendigen Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen für die interprofessionelle Praxis gruppieren und zu einem gemeinsamen und kontextübergreifenden Verständnis von interprofessioneller Zusammenarbeit beitragen sollen. Wichtige Kernkompetenzframeworks sind u.a. das „National Interprofessional Competency Framework“, das „CanMeds Framework“ und das „BC Competency Framework for Interprofessional Collaboration“ aus Kanada, das „Interprofessional Capability Framework“ (CUILU) aus Grossbritannien, das „Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice“ (IPEC) aus den USA und das „Curtin University Interprofessional Capability Framework“ aus Australien (ohne Anspruch auf Vollständigkeit).

Die verschiedenen Kernkompetenzframeworks schaffen konsistente Standards für die Praxis, definieren wichtige Wirkungsbereiche, stellen beobachtbare Indikatoren bereit und geben Anhaltspunkte innerhalb des komplexen Zusammenspiels von Einstellungen, Wissen, Fertigkeiten und Verhalten (Reeves et al., 2009, S. 451-453).

Als Kritik wird genannt, dass sie trotz ihres interprofessionellen Anliegens auf die Kompetenzen eines einzelnen Auszubildenden zugeschnitten sind und Teamprozesse kaum berücksichtigt werden. Es gibt zudem bisher nur wenige Untersuchungen darüber, in welchem Masse die Frameworks tatsächlich implementiert wurden und inwiefern sie geeignet sind, die Essenz interprofessioneller Kollaboration zu fassen (Reeves, 2012, S. 253-255). Trotz dieser Einwände sind sie momentan das geeignetste Mittel, um einen Überblick über interprofessionelle Ausbildungen, deren Dimensionen und Zusammenhänge zu erhalten.

Mit Ausnahme des CanMeds Frameworks, welches nicht speziell auf Interprofessionalität zugeschnitten ist, überlappen sich die genannten Kernkompetenzen der Frameworks inhaltlich zu einem grossen Teil, u.a. auch wegen des Austauschs und der gegenseitigen Bezugnahme.

In allen Frameworks lassen sich explizit oder implizit die folgenden **sechs Kategorien bzw. Wirkungsziele** finden, welche dem BC (British Columbia) Competency Framework for Interprofessional Collaboration entnommen wurden:

- Interprofessionelle Kommunikation,
- Funktionieren als Team,
- Rollen und Verantwortlichkeiten,
- Gemeinsame Entscheidungsfindung,
- Konfliktlösung und
- Kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

Gegenüber den anderen Frameworks zeichnet sich das BC Competency Framework for Interprofessional Collaboration dadurch aus, dass es trotz grosser Überschneidungen mit den anderen Frameworks taxonomisch (Bloom et al. 1956; Krathwohl/Bloom/Masia 1978) in vielen Punkten deutlich weiter geht und sich durch eine sehr trennscharfe, unmissverständliche Aufstellung der Kompetenzen auszeichnet. Aus diesem Grund wurde dieses Framework im vorliegenden Bericht als Grundlage benutzt, weil es Unterschiede zu „herkömmlichen“ Kompetenzen besonders deutlich zur Geltung bringt. Da eine detaillierte Darstellung des Frameworks den Rahmen des Berichtes sprengen würde, wird hier nur mit den vorgenannten sechs Kategorien gearbeitet.

- Interprofessionelle Bildung und IPE-Aktivitäten fördern sechs Kernkompetenzen: interprofessionelle Kommunikation, funktionieren als Team, klären von Rollen und Verantwortlichkeiten, gemeinsame Entscheidungsfindung, Konfliktlösung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

4.2 Zentrale Aspekte von IPE: Zeit, Prozess, Terminierung und Affektkontrolle

Der weitverbreitete Konsens über die sechs interprofessionellen Kernkompetenzen (siehe oben) und ihre geradezu simple Natur mögen zur Annahme verleiten, dass diese einfach zu erreichen sind. Wenn allerdings in einer Synthese die skizzierten Erwägungen und Frameworks mit einer hermeneutischen Integration von Einsichten aus den Fallbeispielen zusammengeführt werden, wird deutlich, dass zur Erreichung einer guten Praxis ein anspruchsvoller Lernprozess notwendig ist. Es ist offensichtlich, dass eine 90-minütige IPE-Einheit nicht die gleichen Ergebnisse haben kann, wie ein zweiwöchiges IPE-Modul.

Folgende vier Aspekte sind zu beachten:

- ➊ **Zeit** ist ein zentrales Merkmal erfolgreicher IPE-Aktivitäten, denn komplexe interprofessionelle Kompetenzen können erst nach und nach erworben werden. Die Studierenden benötigen **ausreichend Zeit für Lern-, Entwicklungs- und Reflexionsprozesse**. Daneben betonen Charles et al. (2010) in ihren Erwägungen zu IPE auch, dass es nicht ausreicht, bloss über Interprofessionalität zu reden. Es braucht **interprofessionelle Exposition** sowie auch **eine Anleitung zur kritischen Reflexion**, um ein **Verständnis für andere Perspektiven** zu entwickeln.
- ➋ Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die **Prozesshaftigkeit** von IPE. Erfolgreiche IPE-Aktivitäten sind **in einen längerfristigen Prozess eingebettet** - einmal ist keinmal. Im Unterschied zum konventionellen Lernen geht es nicht um das Kumulieren von Faktenwissen, bzw. Analyse und Synthese, sondern um Gruppenprozesse. Es ist daher nicht die einzelne Übung, die über das Gelingen von IPE entscheidet, sondern es ist die **Gesamtheit aller Aktivitäten mit Bezug zu IPE und die Verarbeitung der Lernerfahrungen im Studienverlauf**.
- ➌ Ein dritter Aspekt ist die **Terminierung**. Weit verbreitet ist gerade im deutschsprachigen Europa die Ansicht, dass die Entwicklung eines Verständnisses für die anderen Fachbereiche nicht möglich ist ohne ein ausreichend tiefes Verständnis der eigenen Disziplin – erst Professionalität, dann Interprofessionalität. Aufgrund der Prozesshaftigkeit von IPE wird dies widerlegt; viel entscheidender ist **die zeitliche Abfolge und Einbettung von IPE-Aktivitäten in den Ausbildungsprozess**. Zu Beginn der Ausbildung sind andere IPE-Aktivitäten erforderlich, nämlich solche, die in erster Linie das gegenseitige Kennenlernen und die Vertrauensbildung fördern. Die genannten sechs Kernkompetenzen für das Gelingen interprofessioneller Zusammenarbeit werden hingegen erst später nach relevanten praktischen Erfahrungen erlangt, wenn in einem multiprofessionellen Umfeld mit komplexen Anforderungen die Beiträge der verschiedenen Fachrichtungen deutlich werden. Bei IPE müssen folglich das Schaffen der notwendigen Grundlagen und Begegnungsmöglichkeiten sowie die nur nach und nach erlangte Befähigung der Studierenden zur Erlangung eines interprofessionellen Verständnisses in Einklang gebracht werden (Charles et al., 2010: 12-17).

④ Die Zeit, die Prozesshaftigkeit und das Wiederkehrende verweisen auf einen weiteren Aspekt, der für das Gelingen interprofessioneller Ausbildungen notwendig ist: **Es wirken gruppensdynamische Vorgänge, welche im affektiven Bereich wirken und die Gefühle gegenüber dem Anderen, Unbekannten ordnen.** Die wiederkehrende Exposition erfordert Anpassungsleistungen, welche zu Veränderungen beim Wahrnehmen und Wertschätzen der Kompetenzen und Vorstellungen der anderen Versorgungsbeteiligten führen und Einstellungen, Werte und Haltungen beeinflussen.

Effektive interprofessionelle Ausbildungen sind deshalb in Form eines zeitlich abgestimmten, **mehrstufigen Prozesses** organisiert (z.B. als Spiralcurriculum), in welchem die taxonomische Höhe der IPE-Aktivitäten und Kompetenzen kontinuierlich zunimmt.¹

Diesen Prozess stellt das kanadische British Columbia Zentrum für IPE (2016) als Abfolge von drei Stufen dar: eine frühe Phase des Schaffens von Kontakten und interprofessioneller Exposition (exposure), eine mittlere Phase der Vertiefung mit aktiver Auseinandersetzung (immersion) und eine späte Phase mit gefestigter interprofessioneller Kompetenz (mastery/competence) (u.a. Charles/Bainbridge/Gilbert 2010: 13-17; Queen's University Office of IPE and IPP 2016).

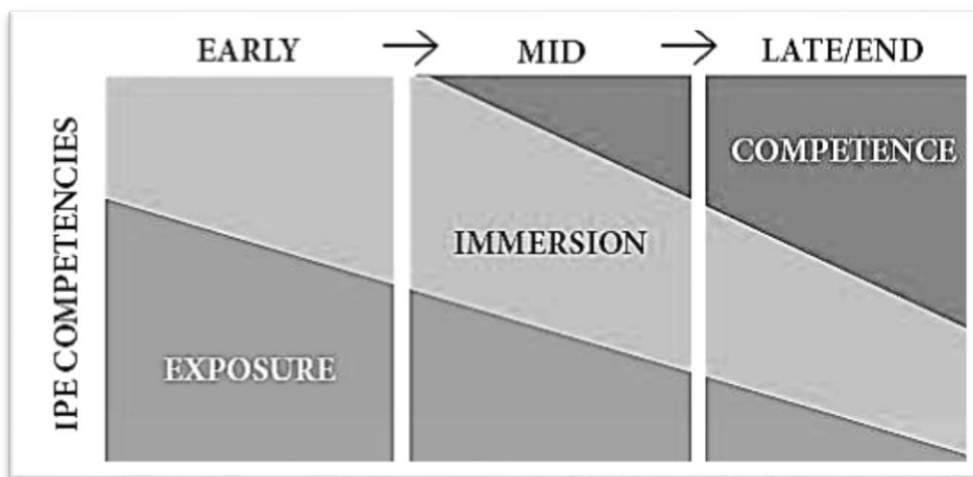


Abbildung 3: Schematisches Modell des notwendigen Dreischritts für gute IPE
Quelle: Queen's University Office of IPE and IPP, 2016

- IPE braucht genügend Zeit für Lern-, Entwicklungs- und Reflexionsprozesse, damit komplexe interprofessionelle Kompetenzen erworben werden können.
- Verständnis für andere Kompetenzen und Sichtweisen entwickelt sich durch interprofessionelle Exposition.
- IPE braucht eine gestaffelte zeitliche Anordnung und Wiederholungen im Studienverlauf, damit die taxonomische Höhe der IPE-Kompetenzen kontinuierlich zunehmen kann.
- Es ist insbesondere die Gruppendynamik bei wiederholter Exposition, welche Vorurteile abbaut und positive Gefühle gegenüber den Kompetenzen anderer Versorgungsbeteiligter schafft.

¹ Hier drängt sich ein Vergleich mit den gegenwärtig intensiv diskutierten *Entrustable Professional Activities* (EPAs) auf. EPAs spielen als Übersetzung von Kompetenzen im klinischen Ausbildungsalltag wegen der Nichtschädigung bzw. Patientensicherheit eine wichtige Rolle. Sie geben vor, innerhalb welcher Umgebung welche Versorgungsmaßnahmen von Studierenden zu einem bestimmten Studienabschnitt übernommen werden können und als Übungsfeld geeignet sind. In Analogie zu komplexeren EPAs, die Zeit brauchen, braucht auch der Erwerb von interprofessionellen Kompetenzen Zeit, um eine wirkungsvolle taxonomische Höhe zu erreichen.

4.3 Einbezug aller Versorgungsbeteiligter – auch Patienten und Angehörige

Die Definition von CAIPE (vgl. Kap. 3.3) macht deutlich, dass sich IPE tendenziell eher mit den anderen Professionals beschäftigt („wenn zwei oder mehr Berufe miteinander, voneinander und übereinander lernen“) als mit Patienten als Partner und Ko-Produzenten. Die Rolle der Patienten bzw. Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen wandelt sich jedoch zunehmend. Sie verstehen sich heute immer weniger als passive Objekte, sondern wollen als „mündige Patienten“ mitgestalten und mitentscheiden. **Weil sie immer stärker Ko-Produktion einfordern und eine (Mit-)Verantwortung für die eigene Gesundheit und Gesundheitsversorgung übernehmen, sind auch sie – und je nach Situation ihre Angehörigen – Teil des Teams, das interprofessionell zusammenarbeitet und gemeinsam entscheidet.**

Die Notwendigkeit des Einbezugs der Patienten und Angehörigen wurde in den letzten Jahren zunehmend anerkannt und folgerichtig wurden die CAIPE-Prinzipien jüngst wie folgt ergänzt: „IPE schliesst Patienten/Klienten/Nutzer/Bürger [...] in die Lehre und den Lernprozess ein.“ (vgl. Kap. 3.3). Dieser Aspekt springt auch beim Lesen des „BC Competency Frameworks for Interprofessional Collaboration“ besonders ins Auge. Interprofessionalität schliesst hier neben dem Behandlungsteam explizit auch den Patienten und sein soziales Umfeld mit ein. Gemeinsam soll partizipativ und koordiniert eine Entscheidung hinsichtlich der Behandlung erreicht werden. „Patientenzentriertheit“ ist ein wichtiger Teil von Interprofessionalität und neben den Versorgungsfachpersonen wird dem Patienten und seinen Angehörigen eine positiv herausgehobene Funktion innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit/des interprofessionellen Teams zuerkannt. In den anderen Frameworks wird die Patientenzentriertheit auch erwähnt, steht aber weniger stark im Vordergrund.

Bei der Betrachtung der Fallbeispiele fällt auf, dass sich diese in dieser Hinsicht massgeblich unterscheiden. Es gibt IPE Beispiele, die sich jenseits realer interprofessioneller Kooperation in der Versorgungspraxis auf die Vermittlung von **Interprofessionalität im Sinne von Trockenübungen** beschränken (→*Praxisbezug fehlt*), während andere die alltägliche interprofessionelle Zusammenarbeit in den zukünftigen Versorgungskonstellationen berücksichtigen. Bei Letzterem ist wiederum zu unterscheiden, ob **nur andere Gesundheitsfachpersonen** (→*Versorgerkontext*) oder ob **auch Patienten/Nutzer und Angehörige einbezogen** werden (→*Patientenkontext*). Für diesen Aspekt, der sich im Zentrum des oben abgebildeten Schaubildes befindet (Abb. 1), gibt es unseres Wissens bisher kein Kategorisierungsinstrument.

Im vorliegenden Bericht richten wir einen besonderen Fokus auf diesen Aspekt, denn obwohl in der Theorie nicht nur der Einbezug der anderen Fachpersonen, sondern auch der Patienten und Angehörigen als wichtig und entscheidend angesehen wird, geht dies in der Praxis oft vergessen. **Auf Grund der Organisation der Ausbildung in Bildungssilos beschäftigt man sich zwar mit der eigenen Rolle und mit der Zusammenarbeit mit den anderen Fachpersonen, aber nur selten mit den Patienten und Angehörigen als (gleichwertige) Partner der Versorgung.** Wenn jedoch dem Postulat von Ko-Produktion und einer Begegnung auf Augenhöhe Nachachtung verschafft werden soll, ist der Einbezug der Patienten und Angehörigen zwingend. **IPE ohne Praxis-einbettung und ohne Patienten bereitet die Studierenden nur unzureichend auf die Versorgungsrealität vor.** Aufgrund der Wichtigkeit dieses Aspektes werden die Fallbeispiele u.a. auch aufgrund ihrer Ausrichtung eingeordnet. Dabei lassen sich – wie oben aufgeführt – die folgenden drei Kategorien identifizieren:

- Praxisbezug fehlt, d.h. nicht unmittelbar versorgungsrelevanter Bereich
- Versorgerkontext, d.h. versorgungsrelevante andere Gesundheitsfachpersonen
- Patientenkontext, d.h. Patientenorientierung

➤ Gelingende IPE braucht einen konkreten Versorgungsbezug der Lehre unter Einbezug sämtlicher Versorgungsbeteiligter. Dazu gehören nicht nur Fachpersonen, sondern auch Patienten und Angehörige.

4.4 IPE braucht „Grundlagen“ und ein „Aufbaustudium“

Die Analyse vieler Fallbeispiele zeigt, dass sich die konstitutiven Bestandteil von IPE in taxonomisch zwei deutlich unterscheidbare Niveaus unterteilen lassen. **Damit die vorgängig genannten 6 taxonomisch hohen interprofessionellen Kompetenzen überhaupt erworben werden können, müssen taxonomisch tieferwertige Kompetenzen, also Grundlagen vorhanden sein.** Letztere werden selten explizit genannt, obschon sie wegen der unabdingbaren affektiven Auseinandersetzung einen zentralen Aspekt der IPE-Praxis ausmachen. Die Essenz dieser meist impliziten Grundlagen lässt sich mit den Begriffen

- Wahrnehmen
- Wertschätzen
- Kommunizieren
- Verstehen

zusammenfassen. Die kompetente interprofessionelle Zusammenarbeit ist kein Zustand, der automatisch eintritt. Es braucht dafür das bewusste Hegen und Pflegen dieser „Grundlagen“.

Vermittelt werden sie i.d.R. in einfachen, ja selbstverständlich anmutenden Lernsettings, in denen eben dieses Wahrnehmen, Wertschätzen, Kommunizieren und Verstehen gefördert wird. Dies wirkt vor allem auf der affektiven Ebene und fördert eine offene Haltung gegenüber den Kompetenzen und Vorstellungen der anderen Versorgungsbeteiligten. **Erst danach ist die Konsolidierung der höherwertigen interprofessionellen Kompetenzen (interprofessionelle Kommunikation, funktionieren als Team, klären von Rollen und Verantwortlichkeiten, gemeinsame Entscheidungsfindung, Konfliktlösung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung) möglich.** Somit ist IPE ein Prozess, der vom Studienbeginn bis in die Berufspraxis hineinreicht.

➤ Bevor die eigentlichen interprofessionellen Kompetenzen erworben und gefestigt werden können, müssen die Grundlagen gelegt werden, d.h. es geht um das Entwickeln einer offenen Haltung, die das Wahrnehmen, Kommunizieren, Verstehen und Wertschätzen anderer Berufe und Fachpersonen ermöglicht.

4.5 Übersicht über die Inhalte von IPE und ihr Zusammenspiel

Das Zusammenspiel der verschiedenen IPE Inhalte wird in der folgenden Abbildung verdeutlicht.

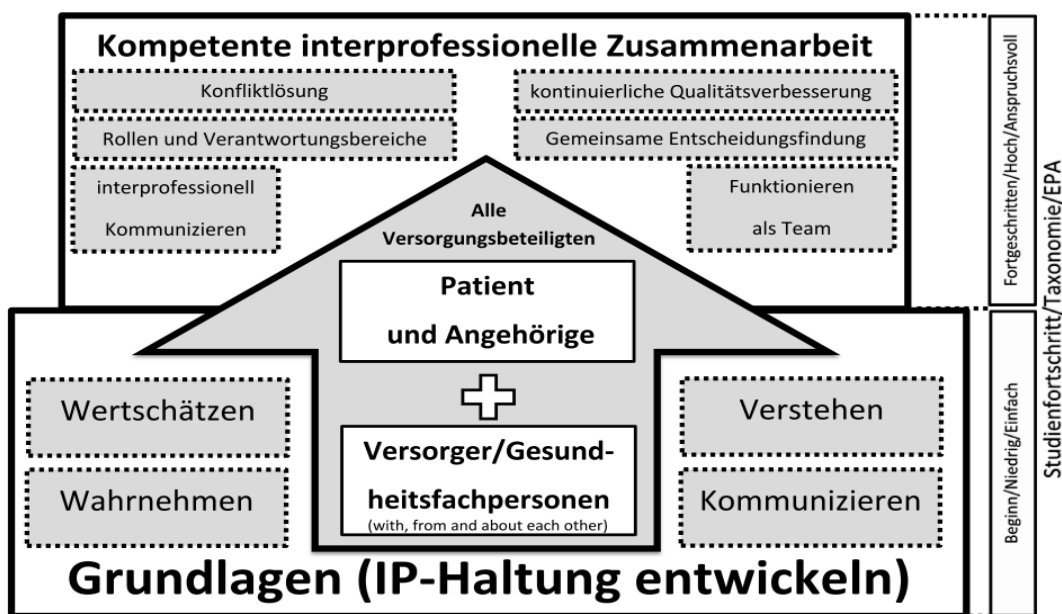


Abbildung 4: IPE erfordert in der Frühphase die Entwicklung von Grundlagen – Kompetenz baut darauf auf

Zu **Beginn des Studiums** müssen die Grundlagen **Wertschätzen, Wahrnehmen, Verstehen und Kommunizieren vermittelt werden**, um damit eine Haltung zu festigen, welche Interprofessiona-
 lität erst ermöglicht. **Die taxonomisch höherwertigen interprofessionellen Kernkompetenzen, (interprofessionelle Kommunikation, funktionieren als Team, klären von Rollen und Verantwortlichkeiten, gemeinsame Entscheidungsfindung, Konfliktlösung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung) folgen deshalb i.d.R. erst zu einem späteren Zeitpunkt**, weil sie auf diesen Grundlagen aufbauen.

Die Abbildung 4 verdeutlicht überdies auch den Bezug zu den EPAs: parallel zur Zunahme der taxonomischen Höhe der Kompetenzen nehmen auch die EPAs zu – niemanden wird von Beginn weg höchste Expertise zugeschrieben und zugetraut.

4.6 Typologien von IPE-Lernmethoden

Nachdem die sechs interprofessionellen Kernkompetenzen, die zentralen Aspekte (Zeit, Prozesshaftigkeit, Terminierung und Affektkontrolle) sowie die erforderlichen Grundlagen diskutiert worden sind, stellt sich die Frage, wie interprofessionelle Kompetenzen zu vermitteln sind bzw. welcher Methoden sich IPE bedient.

Hugh Barr, Präsident von CAIPE, hat bereits 1996 eine Typologie der Lernmethoden vorgestellt. Er unterscheidet praxisbasierte, handlungsbasierte, simulationsbasierte, beobachtungsbasierte und austauschbasierte Lernmethoden (zitiert in: The Interprofessional Curriculum Renewal Consortium, Australia, 2013: 55, 56). Eine weitere Methode, die zwar an sich keinen interprofessionellen Charakter hat und keine gemeinsame Lernerfahrung ermöglicht, aber ebenfalls auf interprofessionelle Praxis vorbereiten kann, ist die theoriebasierte Instruktion von IPE in monoprofessionellen Settings. In Kapitel 3.3 wurde erwähnt, dass IPE interaktive Lernmethoden voraussetzt. Weil in der Praxis aber auch das theoriebasierte Lernen häufig vorkommt und wir hier eine offenere Definition von IPE verwenden, wird auch diese Methode berücksichtigt.

Die verschiedenen Lernmethoden lassen sich in Form einer Tabelle darstellen, die auch die Güte der interprofessionellen Ansätze bewertet. Dabei ist es nicht so, dass die jeweils höhere Kategorie besser ist als die darunter liegende – aber oben ist definitiv besser als unten:

Tabelle 1: Typologien von IPE-Lernmethoden

| Klassifikation | Lernmethoden |
|--------------------------------|---|
| ⑥ Praxisbasiertes Lernen | Praktische interprofessionelle Übungen in realitätsnahen späteren Arbeitsumfeld |
| ⑤ Handlungsbasiertes Lernen | Gemeinsame Projekte, problembasiertes Lernen, fallbasiertes Lernen, gemeinsame Forschung |
| ④ Simulationsbasiertes Lernen | (Lang dauernde, aufwändige) Rollenspiele, Skillstraining, Simulation an Puppen oder mit Schauspielern |
| ③ Beobachtungsbasiertes Lernen | Über die Schulter in der Berufspraxis, Mitlaufen im Berufsalltag einer Fachperson |
| ② Austauschbasiertes Lernen | Debatten, Spiele, Falldiskussionen, Problemlösung, Seminare, Workshops, Stegreifrollenspiele (Klassen-/Seminarraum) |
| ① Theoriebasiertes Lernen | Einführungen, Vorlesungen in Konzeption und Evidenz von IPE; normative Dimension, Sensibilisierung (Trockenübung) |

Die Güte der Lernmethoden steigt an vom theoriebasierten, über das austauschbasierte, das beobachtungsbasierte, das simulationsbasierte, das handlungsbasierte bis hin zum praxisbasierten Lernen.

Mit dieser Typologie, die die Erfahrung und den aktiven Einbezug der Lernenden als Messgrösse setzt, weist Barr auf ein **wichtiges Gütekriterium** hin. Während beim theoriebasierten Lernen noch keine Interaktion stattfindet und nur wenig Erfahrung erworben wird, erzielt das **praxisbasierte Lernen mit dem aktiven Einbezug der Lernenden** im späteren Arbeitsumfeld eine viel grössere Wirkung. **Die Güte der in der Tabelle weiter oben stehenden Lernmethoden ist somit um einiges höher als bei den unten aufgeführten Methoden.** Nichtsdestotrotz kann auch eine theoriebasierte Vorlesung bei einer sinnvollen Einbettung in das Curriculum durchaus sinnvoll sein. Die Auswertung der Fallbeispiele macht deutlich, dass die zeitliche Einbettung (Terminierung) in den Studienverlauf sowie auch die konkrete Zielsetzung einer IPE-Einheit entscheidend sind für die Wahl der richtigen Methode.

Bei der Durchsicht der Fallbeispiele fällt auf, dass sich nur bei den handlungs- und bei den praxisbasierten Ansätzen IPE-Beispiele finden lassen, die alle Versorgungsbeteiligten – also auch die Patienten – einschliessen.

- Die Güte der möglichen Lernmethoden steigt an vom theoriebasierten, über das austauschbasierte, das beobachtungs-basierte, das simulationsbasierte, das handlungsbasierte bis hin zum praxisbasierten Lernen – vom taxonomisch Einfachen zum Höherwertigen.
- Die zeitliche Terminierung, die Einbettung in den Studienverlauf und die konkrete Zielsetzung einer IPE-Einheit sind entscheidend für die Wahl der richtigen Methode.
- Theorie- und austauschbasierte Lernformen sind notwendig, weil sie aber von ihrer Wirkung und vom Nutzen her begrenzt sind, sind sie nur sinnvoll in Verbindung mit bzw. als Vorbereitung für umfassendere, taxonomisch höherwertige IPE-Lernformen.
- Für die Schaffung der Grundlagen sind insbesondere handlungsbasierte Lernmethoden geeignet.
- Für das Erlernen der taxonomisch höheren Kompetenzen braucht es praxisbasiertes Lernen.
- Es braucht nicht immer elaborierte Lernmethoden: vergleichsweise einfache Arrangements können grosse Effekte haben (z.B. Rollentausch).

4.7 Handlungsfelder von IPE

Immer mehr Menschen leiden an chronischen Krankheiten, Multimorbidität nimmt zu, und Gesundheitsfachpersonen begegnen immer häufiger komplexen Krankheitsbildern. Gerade in diesem Kontext ist Interprofessionalität besonders wichtig und wirkungsvoll, denn die Kompetenz einer einzigen Fachperson reicht in solchen Situation nicht aus, um die Patienten umfassend und optimal zu versorgen. Gefordert ist hier **echte Interprofessionalität, d.h. nicht nur ein multiprofessionelles Nebeneinander**, sondern eine Handlungsgemeinschaft mit geklärten Rollen und Verantwortlichkeiten, Kommunikationsformen mit dem Einbezug aller Beteiligten zur gemeinsamen Entscheidungsfindung, Konfliktlösung und kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, (vgl. Kapitel 3.2). Gerade die Komplexität macht es erforderlich, dass sich verschiedene Professionen einbringen können und dass auch der Patient und seine Angehörigen einbezogen werden. Um die Studierenden mit IPE auf solche – häufiger werdenden – Situationen vorzubereiten, ist es unabdingbar, dass interprofessionelle Zusammenarbeit bereits in der Ausbildung in Feldern geübt wird, die von ihrer Komplexität eine echte und breit angelegte interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig machen (Charles et al., 2010, S. 10-17).

Es existieren zum Teil IPE-Aktivitäten, in denen zwar praxisbasiertes Lernen durchgeführt wird, d.h. die Studierenden sind in ihrem möglichen späteren Arbeitsumfeld tätig, aber es handelt sich dabei um Stationen, auf denen keine multimorbiden Patienten behandelt werden und keine komplexen Krankheitsbilder vorkommen (z.B. Notfall). Die Möglichkeiten für das Erlernen der sechs IP-Kernkompetenzen sind in einem solchen Setting stark eingeschränkt. **Aus diesem Grund sind auch die Notfallsimulationen, die häufig durchgeführt werden, im Hinblick auf Festigung**

hochwertiger interprofessioneller Kompetenzen wenig zielführend. Erst wenn eine gewisse Komplexität vorhanden ist, werden die Studierenden gefordert, ihre Haltungen und Einstellungen zu überdenken, gemeinsam Entscheidungen zu treffen und alle Perspektiven miteinzubeziehen, um mehr Patientennutzen und bessere Outcomes zu erzielen. Retchin (2008: 929-931) spricht in diesem Zusammenhang von unterschiedlichen Höhen der Strukturiertheit der Zuständigkeiten in Abhängigkeit von der Dringlichkeit bestimmter Versorgungsaufgaben. Eine starke Strukturiertheit von Zuständigkeiten, die in der Akut- und Notfallversorgung typisch sind, steht gruppendynamischen Entwicklungsprozessen diametral entgegen (siehe Abbildung 4). Folglich eignen sich für interprofessionelle Ausbildung eher Übungsfelder, in welchen die Dringlichkeit der Versorgung niedrig ist.

Komplexität ist insb. dann vorhanden, wenn es – wie bei chronisch kranken Patienten – nicht um eine punktuelle Intervention geht, sondern um einen Prozess, bei dem es mehrere Leistungserbringer braucht und bei dem auch das Affektive hineinspielt.

- IPE muss in Feldern geübt werden, die von ihrer Komplexität eine breit angelegte interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig machen. Geeignet sind Versorgungsstrukturen mit chronisch kranken, multimorbiden Patienten mit komplexen Krankheitsbildern.

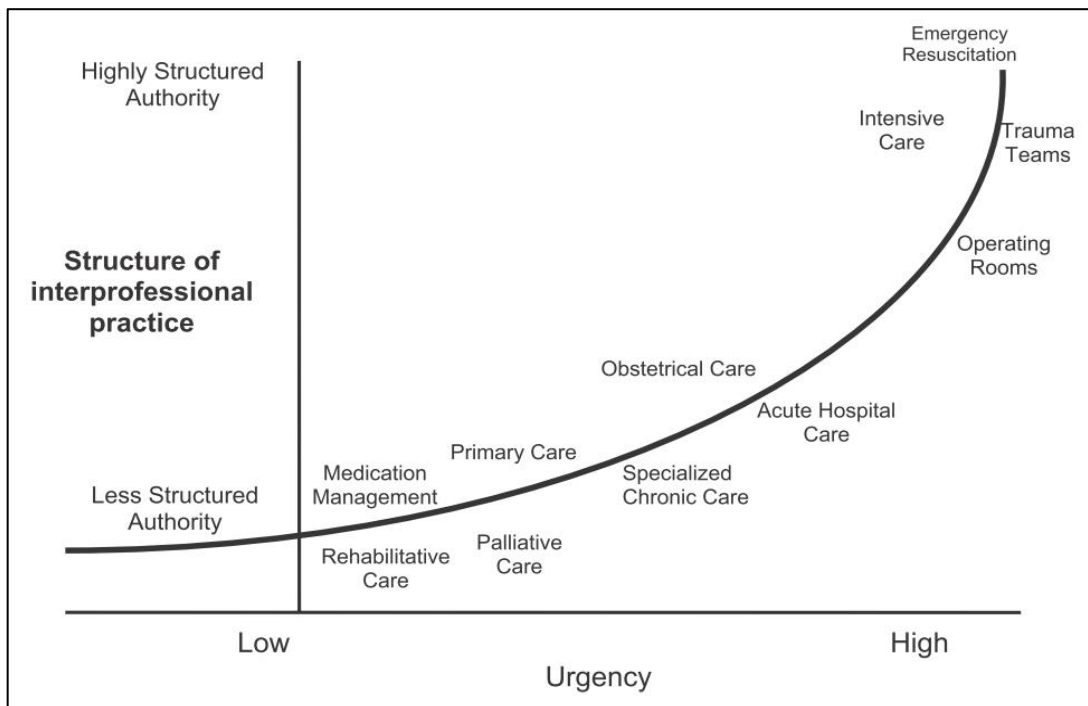


Abbildung 5: Eignung von Versorgungssettings für IPE – je geringer die Dringlichkeit, umso weniger braucht es direkte Entscheidungen („strukturierte Autorität“), umso wirkungsvoller kann IPE geübt werden: Grundversorgung, Rehabilitation, Chronic Care Management, Palliative Care sind ideal für IPE. (Retchin 2008: 930)

5. Kategorisierungsinstrument zur Systematisierung von IPE

Zur Einführung und als Vorbereitung auf die konkreten Fallbeispiele soll im Folgenden das Kategorisierungsinstrument zur Systematisierung von IPE vorgestellt werden. Damit lässt sich ein IPE-Ansatz oder IPE-Modul unter Berücksichtigung der in Kap. 4 erläuterten zentralen Aspekte in eine Systematik einordnen und deren Güte „messen“ und bewerten. Für die Bildungsentwicklung und Didaktik kann es zur Standortbestimmung und als Evaluationstool genutzt werden.

In einem ersten Schritt wird jedes Fallbeispiel anhand einiger Eckpunkte beschrieben. Es handelt sich dabei einerseits eine Klassifikation anhand der **Lernmethoden**, um Aussagen zu den beteiligten **Fachrichtungen** und um das **Handlungsfeld**, andererseits gilt ein besonderes Augenmerk auch der **zeitlichen Dimension**, d.h. der Terminierung und Einbettung in den Studienverlauf, der Dauer sowie der Frequenz einer IPE-Einheit. Aus pädagogischer Sicht ist wesentlich, ob eine Veranstaltung obligatorisch oder freiwillig ist.

Nach einem Beschrieb des konkreten Beispiels werden die vermittelten **Inhalte und Kompetenzen** mit Hilfe einer zweistufigen Kategorisierung analysiert. Wie in Kapitel 4.4 beschrieben, werden die Inhalte von IPE je nach taxonomischer Höhe den Niveaus „Grundlagen“ oder „kompetente interprofessionelle Zusammenarbeit“ zugeteilt. Zusätzlich werden die Praxisbeispiele hinsichtlich der Ausrichtung der Zusammenarbeit unterschieden.

Auf der ersten Stufe wird nach den Dimensionen **taxonomische Höhe** (Grundlagen oder kompetente interprofessionelle Zusammenarbeit) und **Ausrichtung der Zusammenarbeit** (Praxisbezug fehlt, Versorgerkontext, Patientenkontext) unterschieden. Die sechs Kategorien, die betrachtet werden, sind in Tabelle 2 ersichtlich:

Tabelle 2: Kategorien Stufe 1

| Grundlagen taxonomisch <i>tieferwertiges</i> Niveau | Kompetente interprof. Zusammenarbeit taxonomisch <i>höherwertiges</i> Niveau |
|--|---|
| 1. Grundlagen – Praxisbezug fehlt | 4. Interprof. Zusammenarbeit – Praxisbezug fehlt |
| 2. Grundlagen – Versorgerkontext | 5. Interprof. Zusammenarbeit – Versorgerkontext |
| 3. Grundlagen – Patientenkontext | 6. Interprof. Zusammenarbeit – Patientenkontext |

Die Ergebnisse werden in Form eines Netzdiagrammes (Abb. 2) dargestellt, da ein solches den Lern- und Erfahrungsraum der einzelnen IPE-Fallbeispiele gut abbildet.

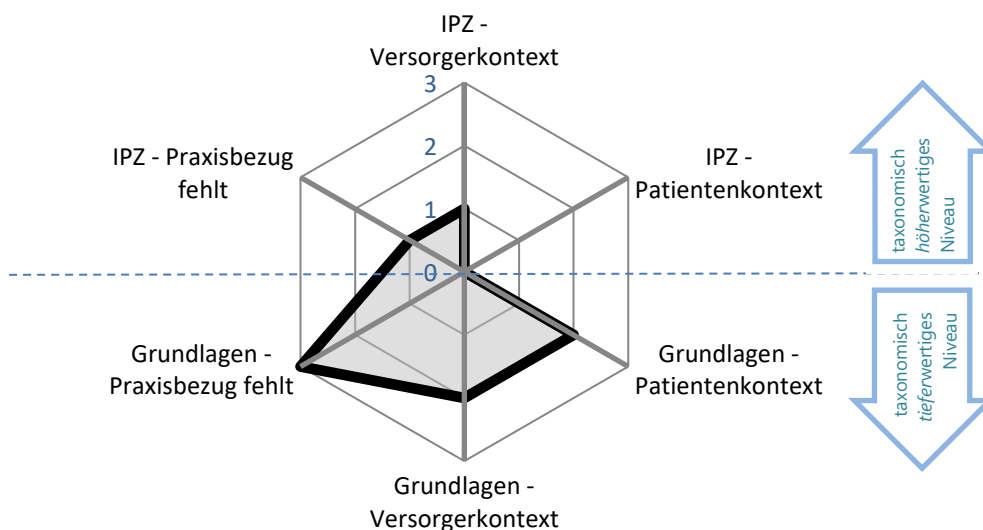


Abbildung 6: Kompetenzkategorisierung. In Stufe 1 werden die Grundlagen, die Art der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ), sowie die Ausrichtung auf die Praxis, die anderen Mit-Versorger und die Patienten bzw. Angehörigen bewertet (hier anhand eines fiktiven Beispiels)

Die Informationstiefe in den Fallbeispielen wurde als hinreichend beurteilt, um die einzelnen Kategorien auf einer vierstufigen Skala mit den Werten {0, 1, 2, 3} wie folgt zu bewerten:

- {3} Dem Aspekt kommt unmittelbar Aufmerksamkeit zu und es sind keine signifikanten Einschränkungen ersichtlich.
- {2} Der Aspekt steht nicht unmittelbar im Fokus des IPE Beispiels, spielt aber eine Rolle als Neben aspekt und wird durch keinerlei signifikanten Einschränkungen gemindert.
- oder: Dem Aspekt kommt unmittelbar Aufmerksamkeit zu, er ist allerdings in irgendeiner Form signifikant (aber nicht stark) eingeschränkt.
- {1} Der Aspekt wird nebensächlich behandelt, ist aber in irgendeiner Form signifikant (aber nicht stark) eingeschränkt.
- oder: Der Aspekt steht unmittelbar im Fokus, wird allerdings stark eingeschränkt.
- {0} Dem Aspekt wird keine oder nur vernachlässigbare Aufmerksamkeit geschenkt.

In Tabelle 3 sind zwei konkrete Beispiele zum Aspekt „interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) – mit Patientenkontext“ aufgeführt, um die Kriterien der Bewertung zu verdeutlichen.

Tabelle 3: Beispiele der Bewertung Stufe 1

| Kategorie | Bewertung | Beispiel |
|--|-----------|--|
| Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Einbezug von Patienten (IPZ – Patientenkontext) | 0 | Wenn ein Fallbeispiel umfangreiches IPE Training in welcher Form auch immer macht, Simulationskurse anbietet und auch theoretisch und in Rollenspielen Patientenzentriertheit zum Thema hat, <i>aber nie in irgendeiner Form Kontakt zu realen Patienten einsetzt.</i> |
| Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Einbezug von Patienten (IPZ – Patientenkontext) | 2 | Wenn es zum Beispiel eine Klinikplatzierung der Studierenden gibt, bei der diese viel Zeit zur Interaktion mit den Patienten aufbringen und IPP unmittelbar mitgedacht wird, <i>aber die Patienten auf der entsprechenden Station nur sehr klare Probleme haben, bei denen nur eine sehr begrenzte Einsicht in die Patientenperspektive von Nöten ist.</i> Gegenbeispiele wären Fälle in Richtung chronischer Krankheitsverläufe oder Multimorbidität. |

Während die Grundlagen (wahrnehmen, wertschätzen, kommunizieren, verstehen) in der Regel als nicht voneinander abgrenzbares Gemenge vorkommen und deshalb nicht gesondert betrachtet werden, lassen sich für die taxonomisch höher liegende interprofessionelle Zusammenarbeit die einzelnen Kategorien (interprofessionelle Kommunikation, Funktionieren als Team, Rollen und Verantwortlichkeiten, gemeinsame Entscheidungsfindung, Konfliktlösung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung) hinreichend klar voneinander unterscheiden.

Die zweite Stufe der Kategorisierung ist deshalb ein **Hereinzoomen in den Bereich kompetenter interprofessionelle Zusammenarbeit**, d.h. betrachtet werden hier die sechs IPE-Kernkompetenzen, die in den existierenden Frameworks genannt werden (vgl. Kap. 4.1). Während sie als Ganzes bereits im Netzdiagramm (1. Stufe) enthalten sind, werden hier die einzelnen Elemente mit einer Skala von 0-3 gesondert bewertet. Es ist jedoch zu beachten, dass es sich dabei nicht um abgegrenzte, voneinander unabhängige Variablen handelt. Aufgrund zahlreiche Überlappungen und Interdependenzen zwischen den einzelnen Elementen wird ein klassisches Balkendiagramm als Mittel zur Veranschaulichung gewählt. Für eine solche Einteilung von Kompetenzen gibt es bereits in Ansätzen Vorbilder wie z.B. die Kategorisierung einzelner IPE Module an der kanadischen Queen’s University, Faculty of Health Sciences (2016).

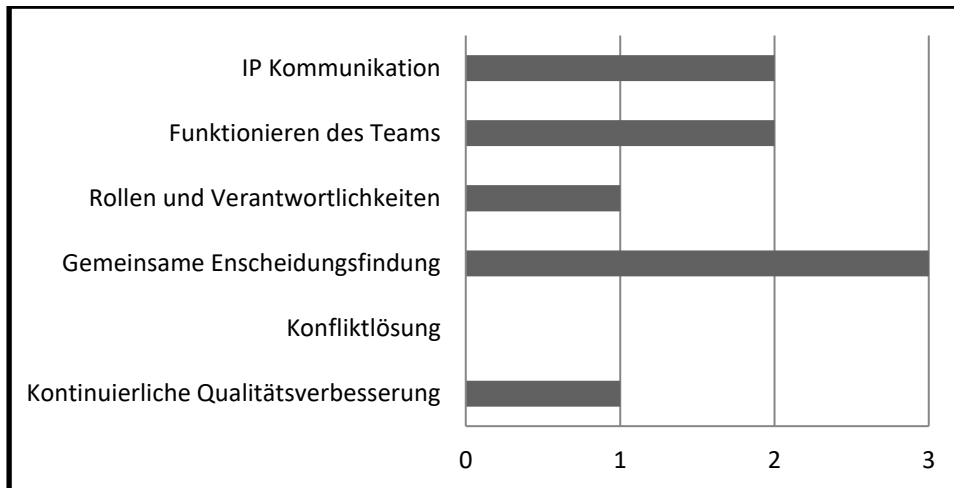


Abbildung 2: Kompetenzkategorisierung Stufe 2: Interprofessionelle Zusammenarbeit (Beispiel)

Bewertet werden die einzelnen Kernkompetenzen wiederum nach der oben erwähnten vierstufigen Skala mit Werten von 0 bis 3.

Tabelle 4: Beispiele der Bewertung Stufe 2

| Kategorie | Bewertung | Beispiel |
|--|-----------|---|
| Interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) – Konfliktlösung | 0 | Wenn Studierende als interprofessionelles Team an einer Simulation teilnehmen, in welcher ein Notfall wie z.B. Herzversagen in zeitlich engem Rahmen geübt wird, dann ist dort kein Raum für Konfliktlösung oder Stressbewältigung. Dies sind zeitintensive, komplexe Prozesse, die i.d.R. in solchen Situationen zugunsten eines temporär funktionierenden Teams hinten angestellt werden. |
| Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten (IPZ – Rollen und Verantwortlichkeiten) | 1 | Wenn ein Projekt zur Gesundheitsförderung von Studierenden in unteren Semestern, also ohne weitgediehene Fachidentität unternommen wird und die beteiligten Disziplinen keinen speziell geeigneten/notwendigen Mix genau für das Projekt darstellen, dann werden Rollen und Verantwortungen zwar nebenher geübt, allerdings bleibt das Ganze durch die noch geringe Entwicklung fachspezifischer Perspektiven und Kenntnisse der Studierenden (signifikant) beschränkt. |
| Interprofessionelle Zusammenarbeit für (IPZ –) kontinuierliche Qualitätsverbesserung | 1 | Wenn nach einer kurzen Akutsimulation ausgewertet wird, dann ist Qualitätsverbesserung nur ein Nebenaspekt, welcher durch die geringe zeitliche Dauer und Einmaligkeit der Simulation weiter signifikant beschränkt wird. |
| Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten (IPZ –) Rollen und Verantwortlichkeiten | 3 | Wenn in einem Projekt fortgeschrittene Studierende unterschiedlicher Fachrichtungen zusammenkommen und konkrete Entscheidungen treffen müssen, welche mindestens für die Gruppe fassbare Konsequenzen mit sich bringen und zumindest das Potential zu Konflikt bergen, wie z.B. die Einigung auf ein Gesundheitsförderungsprojekt bei einer breiteren Auswahl an Projekten. |

An dieser Stelle muss explizit hervorgehoben werden, dass die vorliegende Studie sich **nicht mit den Outcomes** von einzelnen IPE Fallbeispielen beschäftigt. Die hier gewählte Methodik, welche keine empirischen Erhebungen einschliesst und sich auch nicht unmittelbar auf evidenzbasierte Studien stützt, ist dazu nicht geeignet. **In der vorliegenden Analyse wird geprüft, in welchem Masse die konzeptionell notwendigen Komponenten eines IPE-Ansatzes genutzt und implementiert werden.** Entscheidend ist, dass Schlüsse zur Qualität und Güte eines IPE-Ansatzes nur aus der Gesamtheit der Kategorisierung gezogen werden dürfen (Kompetenzaufschlüsselung, zeitliche Einbettung, Lernmethode). **Die Komponenten wirken kumulativ: ein Mangel in einem Bereich wird nicht durch ein gutes Ergebnis in einem anderen Bereich wettgemacht.** Dabei ist zu berücksichtigen, dass es wegen der zeitlichen Staffelung und anderer komplexer Anforderungen kein Fallbeispiel geben kann, welches sämtliche Anforderungen abdeckt. Es ist zudem auch so, dass bei einzelnen Fallbeispielen zum Teil noch ganz andere Fertigkeiten erlernt werden (z.B. professions- oder prozessspezifische oder auch solche betr. Patientensicherheit). Diese werden hier nicht berücksichtigt.

6. Fallbeispiele aus der Praxis

6.1 Vorbemerkungen zur Auswahl der präsentierten Beispiele

Insgesamt wurden 40 Fallbeispiele mit einer grossen Breite an IPE-Formen zusammengetragen und anhand des vorgestellten Kategorisierungsinstruments einer Bewertung unterzogen. Sechs exemplarische Fallbeispiele aus der Praxis wurden zur Illustration zentraler Aspekte besonders aufgearbeitet und werden im Folgenden vorgestellt. Die vollständige Sammlung der 40 Fallbeispiele ist als Anhang beigelegt.

6.2 Das Leicester Modell: Inequalities in Health

Eines der renommierten Modelle in der interprofessionellen Bildung ist das sog. Leicester Modell, welches in der multikulturellen mittelenglischen Stadt Leicester entwickelt wurde, welche soziale Brennpunkte und Bevölkerungsteile mit hoher chronischer Krankheitslast hat. Es zeichnet sich durch einen starken Fokus auf Patientenorientierung aus und versucht, die Realität der Patienten, gerade dann, wenn sie aus sozial oder kulturell anderen Gruppen als das Gesundheitspersonal kommen, adäquat in den Versorgungsprozess zu integrieren.

Das Leicester Modell dient vielen Universitäten als Inspiration. Exemplarisch wird hier eines von mehreren Modulen vorgestellt, an dem die Studierenden aller Gesundheits- und Sozialberufe am Anfang des Studiums teilnehmen müssen.

| | | | |
|----------------------------------|--|------------------|-----------------|
| IPE Klassifikation | Austausch-/Handlungsbasiert | | |
| Handlungsfeld | Arbeit mit Patienten/Klienten aus sozial benachteiligten Milieus | | |
| Methoden | Interview eines ausgesuchten Patienten, Reflexion hinsichtlich eines optimalen Versorgungsprozesses | | |
| Beteiligte Fachrichtungen | Studierende aller Gesundheits- und Sozialberufe, d.h. Medizin, Soziale Arbeit, Pflege, Geburtshilfe, Psychologie, Pharmazie, Logopädie | | |
| Umfang | 2-6 Tage (genauer 4-12 halbe Tage) | Zeitpunkt | Früh im Studium |
| Pflicht | Ja | Frequenz | einmalig |

Beschreibung: Ziel des Moduls „Inequalities in Health“ ist es, die Studierenden in das gemeinsame Arbeiten mit sozial benachteiligten Patienten/Klienten einzuführen und ein Zusammenarbeiten, Kennenlernen und Wertschätzen der Perspektiven und Fertigkeiten der anderen Fachrichtungen wie auch des Patienten einzuleiten.

Es werden interprofessionelle Teams aus vier bis fünf Studierenden verschiedener Studienrichtungen gebildet. Den Teams wird jeweils ein Patient als Interviewpartner zugeordnet. Dieser wird so ausgewählt, dass die Studierenden einen Einblick in die Vielfältigkeit und Komplexität gesundheitlicher Problemstellungen im Hinblick auf soziale Ungleichheit erhalten. Die Teams befragen den Patienten/Klienten und schreiben einen Bericht darüber, welche Stärken und Schwächen der Versorgungsprozess aufweist und wie der Idealzustand aussehen müsste. Die Berichte werden anschliessend an die betroffenen Behörden übermittelt. Als Abschluss des Moduls fassen die Studierenden ihre Erfahrungen und Erkenntnisse in einer Fallstudie zusammen (Lennox/Anderson, 2007, S. 50).

| Bewertung von Inhalten und Kompetenzen | |
|--|--|
| Grundlagen Praxisbezug fehlt | (+++) verschiedene Fachrichtungen treffen sich |
| Grundlagen Versorgerkontext | (+++) Verschiedene Fachrichtungen reflektieren gemeinsam ein Versorgungsbeispiel |
| Grundlagen Patientenkontext | (+++) Patienten ganzheitlich involviert |
| IPZ Praxisbezug fehlt | (++) Nebenaspekt: Lernen über interprofessionelle Herausforderungen an einem konkreten Bsp. (-) zu früh im Studium um Phänomene adäquat einzuordnen |
| IPZ Versorgerkontext | (0) keine Versorgung |
| IPZ Patientenkontext | (0) keine Versorgung |
| IP Kommunikation | (+++) Interprofessionelle Kommunikation verschiedener Fachrichtungen und Patienten (--) viel zu früh im Studium |
| Funktionieren Team | (+++) Gemeinsame Arbeit als Team an Bericht mit gewisser Relevanz |
| Rollen u. Verantw. | (+++) Fachrichtungen müssen eigenes Wissen einbringen (--) viel zu früh im Studium für breites Fachwissen |
| Gemeinsam. Entscheid. | (+++) Als Team den Bericht erstellen (-) begrenztes Konfliktpotential |
| Konflikt Lösung | (+++) Als Team den Bericht erstellen (-) begrenztes Konfliktpotential |
| Kont. Qualitätsverb. | (+++) Explizite Reflexion über Qualität des Versorgungsprozesses |

Das Diagramm zeigt ein 3D-Koordinatensystem mit drei Achsen: 'IPZ Versorgerkontext' (vertikal), 'IPZ Patientenkontext' (rechts) und 'IPZ Praxisbezug fehlt' (links). Die Achsen sind von 0 bis 3 skaliert. Ein schwarzer Balken verläuft durch den Ursprung (0,0,0) und zeigt die Bewertung des Moduls an. Die Basis des Modells ist als 'Grundlagen' beschriftet, mit Unterteilungen in 'Praxisbezug fehlt', 'Versorgerkontext' und 'Patientenkontext'.

Das Diagramm zeigt die Bewertung der 'IP Zusammenarbeit' auf einer Skala von 0 bis 3. Die Kategorien sind: IP Kommunikation (ca. 1), Funktionieren Team (ca. 2,5), Rollen u. Verantw. (ca. 1), Gemeins. Entscheid. (ca. 2), Konflikt Lösung (ca. 2) und Kont. Qualitätsverb. (ca. 2,5).

Abbildung 7: Gesamtbewertung eines Moduls des Leicester Modells: Inequalities in Health

Kommentar: Das Modul „Inequalities in Health“ findet für alle Studierenden zu Beginn des Studiums statt. Durch die Exposition mit echten Patienten/Klienten schafft es eine Sensibilisierung für die soziale Lage und die sozialen Ursachen von Krankheit. Durch das Gesprächsformat und die Reflexion ist es sehr geeignet, um die Grundlagen (wahrnehmen, wertschätzen, miteinander kommunizieren und einander verstehen) zu vermitteln, die eine IP-freundliche Haltung erst ermöglichen. Positiv hervorzuheben ist dass dies eines von mehreren Modulen ist und auch, dass bereits zu diesem frühen Zeitpunkt die Perspektive der Patienten einbezogen wird.

6.3 Queen's University Belfast, Sim-Baby

Die Simulation von kritischen Situationen (Notfällen) ist eine häufige Lernmethode, um Studierenden interprofessionelle Kompetenzen zu vermitteln. Diese Art von IPE ist jedoch kritisch zu betrachten, da dabei oft die Zeit für die notwendigen Team- und Entwicklungsprozesse fehlt. Das hier vorgestellte Beispiel aus Belfast schneidet nicht allzu schlecht ab, weil im Anschluss an die Simulationsübung ein gemeinsamer Austausch stattfindet.

| | | | |
|----------------------------------|--|------------------|---------------------------------|
| IPE Klassifikation | Beobachtungs-/Simulationsbasiert | | |
| Handlungsfeld | Akute Fälle Pädiatrie: Bronchiolitis, Krupp, Asthma, Meningitis, Sepsis, Akute Gastroenteritis, Herzversagen | | |
| Methoden | Simulation an Trainingspuppe | | |
| Beteiligte Fachrichtungen | Medizin, Pflege | | |
| Umfang | 20 Min. Simulation + Reflexion + Zuschauen bei anderen Teams | Zeitpunkt | 4. Jahr Medizin, 3. Jahr Pflege |
| Pflicht | Ja | Frequenz | einmalig |

Beschreibung: In Belfast wird mit Hilfe einer realitätsnahen Kindertrainingspuppe ein Workshop zu Akutfällen in der Pädiatrie angeboten. Der Simulationsraum, in dem sich die Puppe befindet, ist gleich eingerichtet wie die Kindernotfallstation. Von einem zweiten Raum aus, der durch einen Einwegspiegel abgetrennt ist, wird die Puppe gesteuert und das Team beobachtet.

Die Teilnehmenden des Workshops haben zuvor einen Kurs in lebensrettenden Sofortmassnahmen absolviert und müssen Praxiszeit auf einer Pädiatriestation vorweisen. Drei bis vier Studierende bilden jeweils ein Team, das im Simulationsraum ein bestimmtes Szenario bearbeiten muss. Diese bekommen sie zu Beginn in Form eines Patientenübergabeberichts mitgeteilt. Einige Betreuer spielen dazu die Rolle der Oberschwester, des Oberarztes oder von Angehörigen.

Vom zweiten Raum aus werden das Wissen, die Fertigkeiten und die interprofessionellen Kompetenzen des Teams bewertet. Im Anschluss an die Simulation findet eine Auswertung mit dem Team statt. Nach der eigenen Simulation sehen die Studierenden anderen Teams zu (Stewart et al., 2010, S. 90-92).

| Bewertung von Inhalten und Kompetenzen | |
|---|---|
| Grundlagen Praxisbezug fehlt | (+++) verschiedene Fachrichtungen treffen sich |
| Grundlagen Versorgerkontext | (++) Neben aspekt, Gemeinsames Zuschauen und Austauschen, Simulationseinsatz viel zu kurz |
| Grundlagen Patientenkontext | (0) kein echter Patient involviert |
| IPZ Praxisbezug fehlt | (+++) Interprofessionelle Interaktion bei Simulation (--) viel zu wenig Zeit und Gestaltungsmöglichkeiten für Gruppenprozesse |
| IPZ Versorgerkontext | (+++) konkreter Versorgungsbezug bei Simulation, (--) viel zu wenig Zeit und Gestaltungsmöglichkeiten für Gruppenprozesse |
| IPZ Patientenkontext | (0) kein echter Patient involviert |

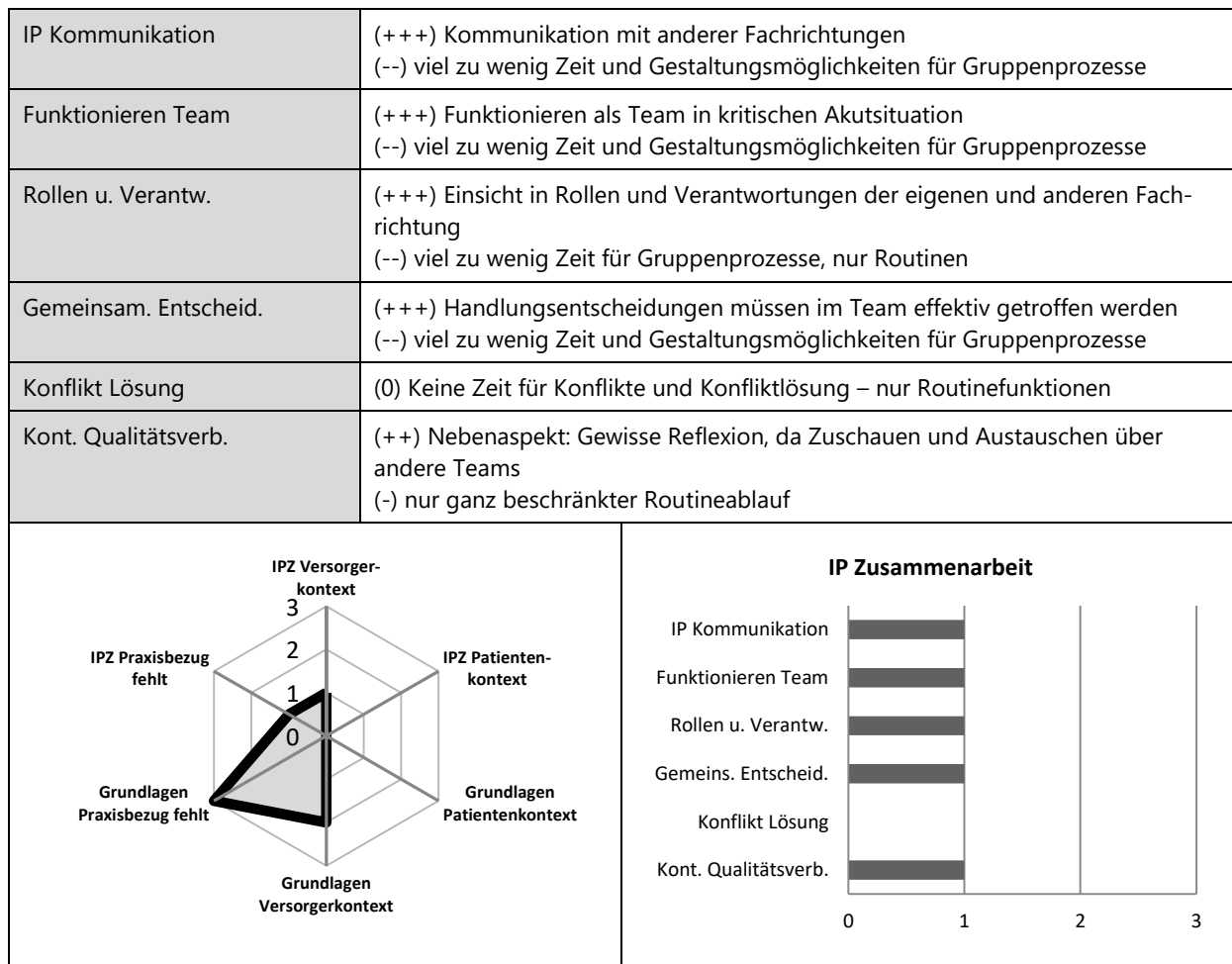


Abbildung 8: Gesamtbewertung Queens University Belfast: Sim - Baby

Kommentar: Notfallsimulationen sind – wie bereits erwähnt – nicht optimal, um interprofessionelle Kompetenzen zu erwerben. Problematisch ist dabei die Dringlichkeit des Handelns und damit die fehlende Zeit. Dies führt dazu, dass zwar Skills trainiert werden (also primär fehlerfreie multi-professionelle Effizienz), dass aber wenig Austausch und Teamprozesse stattfinden. Dank dem gemeinsamen Debriefing und der Bewertung im Anschluss an die Simulation werden hier eine gewisse Reflexion und somit auch ein Lernprozess ermöglicht.

6.4 University of Minnesota, Academic Health Center, Phase II – Necessary Skills

An der University of Minnesota wird eine sehr einfache, aber äusserst zweckmässige IPE-Aktivität durchgeführt. Die Methode besteht aus mehreren Unterhaltungen mit einem Menschen mit einer chronischen Krankheit. Es ist ein gutes Beispiel, wie mit einfachen Methoden viel erreicht werden kann.

| | | | |
|----------------------------------|--|------------------|----------|
| IPE Klassifikation | Handlungsbasiert | | |
| Handlungsfeld | Chronisch Krankheiten | | |
| Methoden | Treffen und Unterhaltung mit Betroffenenem | | |
| Beteiligte Fachrichtungen | Medizin, Pharmazie, Pflege | | |
| Umfang | Ca. 5 h | Zeitpunkt | 2. Jahr |
| Pflicht | ja | Frequenz | Einmalig |

Beschreibung: Das Modul ist ein Teil eines mehrstufigen IP Curriculums. Teams bestehend aus drei Studierenden der Fachrichtungen Medizin, Pharmazie und Pflege treffen sich im Verlaufe eines Jahres drei Mal mit einer Person aus der Lokalbevölkerung, die an einer chronischen Krankheit leidet. Sie unterhalten sich gemeinsam über den Krankheitsverlauf und die Erfahrungen des Betroffenen. Die Studierenden können der erkrankten Person Hintergründe einzelner Versorgungsschritte erläutern, sie dürfen jedoch keine medizinische Beratung geben.

Vor dem ersten Zusammentreffen durchlaufen die Studierenden eine Vorbereitungsveranstaltung. Die Person mit der chronischen Erkrankung erhält Informationsmaterialien. Geübt wird mit diesem Modul insb. die Kommunikation untereinander wie auch mit den Patienten (1Health, 2016).

| Bewertung von Inhalten und Kompetenzen | |
|---|---|
| Grundlagen Praxisbezug fehlt | (+++) verschiedene Fachrichtungen treffen sich |
| Grundlagen Versorgerkontext | (+++) Unternehmen praktische Aufgaben miteinander |
| Grundlagen Patientenkontext | (+++) Patienten ganzheitlich involviert |
| IPZ Praxisbezug fehlt | (+++) Theorie und Austausch Studierender (-) zu früh im Studium |
| IPZ Versorgerkontext | (++) konkreter Versorgungsbezug aber kein Versorgungskontext (-) zu früh im Studium |
| IPZ Patientenkontext | (++) konkreter Versorgungsbezug aber kein Versorgungskontext (-) zu früh im Studium |
| IP Kommunikation | (+++) Kommunikation mit anderer Fachrichtungen, Patienten, (-) zu früh im Studium |
| Funktionieren Team | (+++) Teamarbeit, (-) wenige relevante Prozesse, (-) zu früh im Studium |
| Rollen u. Verantw. | (+++) Zusammenarbeit, Austausch, (-) begrenzte Notwendigkeit, (-) zu früh im Studium |
| Gemeinsam. Entscheid. | (++) bei Teamprozessen (-) keine relevanten Entscheidungen zu treffen (-) zu früh im Studium |
| Konflikt Lösung | (++) bei Teamprozessen (-) keine relevanten Entscheidungen zu treffen (-) zu früh im Studium |
| Kont. Qualitätsverb. | (+++) durch Patientensicht Reflexion über Versorgungsprozess (-) nur Nachvollzug (-) zu früh im Studium |

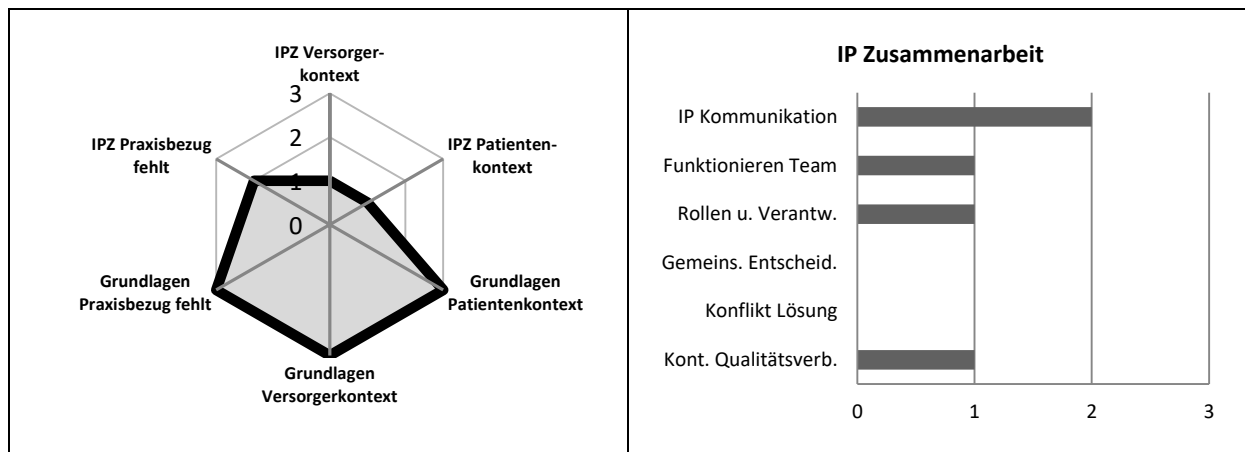


Abbildung 9: Gesamtbewertung University of Minnesota, Phase II – Necessary Skills

Kommentar: Es handelt sich hier um eine einfache handlungsbasierte Aktivität, die mehrere Kriterien für gelingende IPE erfüllt. Positiv hervorzuheben sind insb. die Tatsachen,
 (1) dass es sich mit chronischer Krankheit um ein komplexen Handlungsfeld handelt, bei dem alle Fachrichtungen einen Beitrag zu leisten haben,
 (2) dass der Patient direkt mit einbezogen wird und
 (3) dass sich Studierende und Patient während eines Jahres drei Mal treffen und so auch der Faktor Zeit gebührend berücksichtigt wird.

Das Beispiel illustriert, wie mit wenig Aufwand wirksam für interprofessionelle Zusammenarbeit sensibilisiert werden kann.

6.5 Karolinska Institutet Stockholm, Klinisches Trainingszentrum mit Training Ward

Unter dem Motto „Learning together to be able to work together“ wird Interprofessionalität am Karolinska Institutet in Stockholm seit 1998 gross geschrieben. Als Beispiel wird hier der Einsatz von Studierenden auf einer orthopädischen Trainingsstation beschrieben.

| | | | |
|----------------------------------|--|------------------|-------------------------|
| IPE Klassifikation | (Beobachtungs-/)Praxisbasiert | | |
| Handlungsfeld | Orthopädiestation spezialisiert auf Operation von Hüftgelenks-, Kniegelenks- und Schultergelenksprothesen, hin und wieder auch Wirbelsäulen- sowie akute Sprunggelenks- und Handgelenksfälle (keine kognitiv eingeschränkten und keine kritischen Patienten) | | |
| Methoden | Trainingsstation unter realen Bedingungen | | |
| Beteiligte Fachrichtungen | Medizin, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie | | |
| Umfang | 2 Wochen, Schicht | Zeitpunkt | Gegen Ende des Studiums |
| Pflicht | Ja | Frequenz | einmalig |

Beschreibung: Als Teil eines umfassenden IP Curriculums müssen die Studierenden gegen Ende der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen an einem zweiwöchigen interprofessionellen Training Ward teilnehmen.

Dazu werden interprofessionelle Teams, bestehend aus 5 bis 7 Studierenden, zusammengestellt. Diesen Teams obliegt es, während zwei Wochen die alltäglichen Routinen auf einer orthopädischen Station zu übernehmen. Den Studierenden stehen Betreuer zur Seite, die pädagogisch geschult sind und denen die Verantwortung für die Versorgung obliegt.

Die Aufgabe der Studierenden-Teams ist es, unter Aufsicht eigenständig eine gute Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Zu Beginn jeder Schicht planen sie gemeinsam die zu erledigenden Aufgaben. Unspezifische Tätigkeiten wie das Servieren von Mahlzeiten und die Unterstützung der Patienten beim Waschen werden von allen Studierenden geleistet, spezielle Aufgaben werden je nach Fachrichtung übernommen. Nach jeder zweiten Schicht gibt es eine halbstündige Reflexion über die Performance des Teams (Ponzer et al., 2004).

| Bewertung von Inhalten und Kompetenzen | |
|---|---|
| Grundlagen Praxisbezug fehlt | (+++) verschiedene Fachrichtungen treffen sich |
| Grundlagen Versorgerkontext | (+++) Unternehmen praktische Aufgaben miteinander |
| Grundlagen Patientenkontext | (+++) Patienten involviert (-) kein Kennenlernen über weniger komplexe Versorgungsleistung hinaus |
| IPZ Praxisbezug fehlt | (+++) konkrete IP Versorgung mit genügend Zeit (-) kein komplexes IP Handlungsfeld |
| IPZ Versorgerkontext | (+++) konkrete IP Versorgung mit genügend Zeit (-) wegen hoher Kadenz in Maximalversorgung oft wenig Zeit für Reflexion ganzheitlichen Versorgungsprozess |
| IPZ Patientenkontext | (+++) konkrete IP Versorgung mit genügend Zeit (-) kein komplexes IP Handlungsfeld |

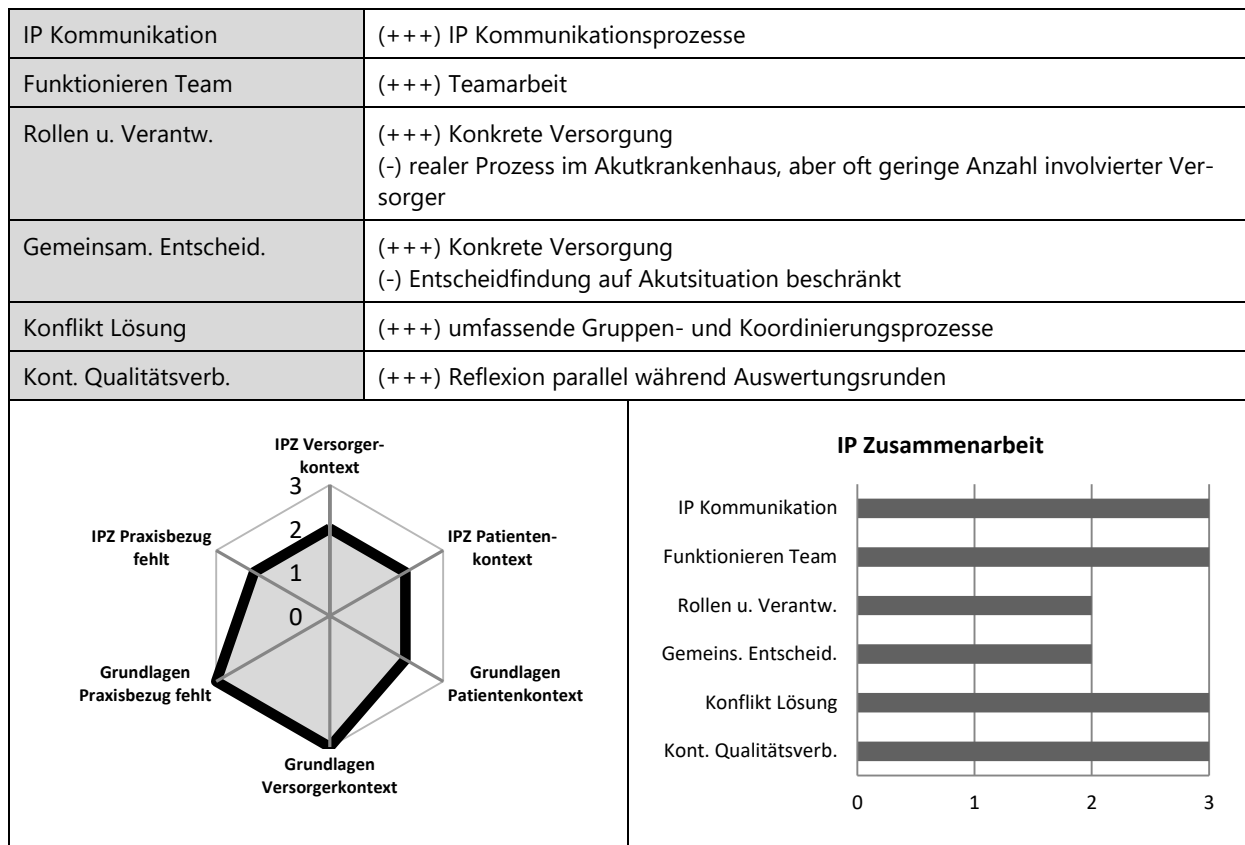


Abbildung 10: Gesamtbewertung Karolinska Institutet, Trainingszentrum mit Training Ward

Kommentar: Die zwei Wochen auf der Trainingsstation am Karolinska Institutet, die alle Studierenden in den Gesundheitsberufen absolvieren müssen, sind in Bezug auf die dabei vermittelten IPE-Kernkompetenzen sehr umfassend und damit ein gutes Vorbild für andere Ausbildungsinstitutionen. Solche praxisbasierten Einsätze sind jedoch erst gegen Ende des Studiums möglich, wenn die Studierenden bereits über ein gewisses Mass an Wissen und Fertigkeiten verfügen. Gleichzeitig wäre die dabei geforderte Interprofessionalität kaum möglich, wenn dieses Modul nicht Teil eines umfassenden IP-Curriculums wäre. Die Zusammenarbeit auf der Trainingsstation funktioniert nur, weil die IP-Grundlagen bereits zu einem früheren Zeitpunkt gelegt und gefestigt worden sind.

6.6 Charité Berlin, Evangelische Hochschule Berlin, Alice Salomon Hochschule: Interprofessionelles Lernen und Lehren in Medizin, Ergotherapie, Physiotherapie und Pflege (Inter-MEPP)

Wie wird IPE im deutschsprachigen Raum umgesetzt? Findet man auch hier innovative Formen, die die genannten Erfolgsfaktoren berücksichtigen?

| | | | |
|----------------------------------|--|------------------|--|
| IPE Klassifikation | Theorie-/Austauschbasiert | | |
| Handlungsfeld | Rehabilitation, Bewegungseingeschränkte Personen | | |
| Methoden | Diskussion, Rollenspiel | | |
| Beteiligte Fachrichtungen | Medizin, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie | | |
| Umfang | 9 h Präsenz | Zeitpunkt | 1-3 Semester (nicht ganz klar ersichtlich) |
| Pflicht | teilweise | Frequenz | Einmalig, 3 Kurse über mehrere Semester verteilt |

Beschreibung: Bei „Inter-MEPP“ handelt es sich um drei Kurse, die in verschiedenen Semestern von Studierenden der Medizin, Pflege, Physio- und Ergotherapie belegt werden.

Im ersten Kurs (1.5h) wird in das Thema „Grundlagen des Umgangs mit bewegungseingeschränkten Menschen“ eingeführt. Danach werden im Klassenverband (ca. 32 Personen) einige praktische Übungen gemacht und am Schluss findet eine Reflexionsphase statt.

Der zweite Kurs (3h) beschäftigt sich mit Konflikten im Team. Dafür werden Teams à 8 Personen gebildet. Nach einer Kennenlernphase wird gemeinsam ein Film über die Situation einer Patientin mit Morbus Parkinson betrachtet. Anschliessend wird in Bezug zum Film über die verschiedenen Perspektiven der involvierten Berufsgruppen reflektiert und es findet ein Rollenspiel in Form einer interprofessionellen Fallbesprechung mit vorgegebenen Rollen statt. Eine Reflexionsphase über mögliche Konflikte und Konfliktursachen und eine Feedbackrunde schliessen den Kurs ab.

Für den dritten Kurs kommen die Studierenden der Pflege, Ergo- und Physiotherapie als Grossgruppe zu drei Terminen für eine Ringvorlesung über interprofessionelle Zusammenarbeit zusammen (Behrend, 2015; Bohrer, 2015).

| Bewertung von Inhalten und Kompetenzen | |
|---|--|
| Grundlagen Praxisbezug fehlt | (+++) verschiedene Fachrichtungen treffen sich |
| Grundlagen Versorgerkontext | (+++) Blick ins Versorgungssetting, (-) nur im Film und durch kleine praktische Übungen, (-) zu wenig Zeit |
| Grundlagen Patientenkontext | (0) kein Patientenkontakt |
| IPZ Praxisbezug fehlt | (+++) Interprofessionelle Übung mit komplexem Handlungsfeld, (-) zu früh im Studium, (-) zu wenig Zeit für Gruppenprozesse |
| IPZ Versorgerkontext | (0) kein konkreter Versorgungsbezug |
| IPZ Patientenkontext | (0) kein Patient involviert |

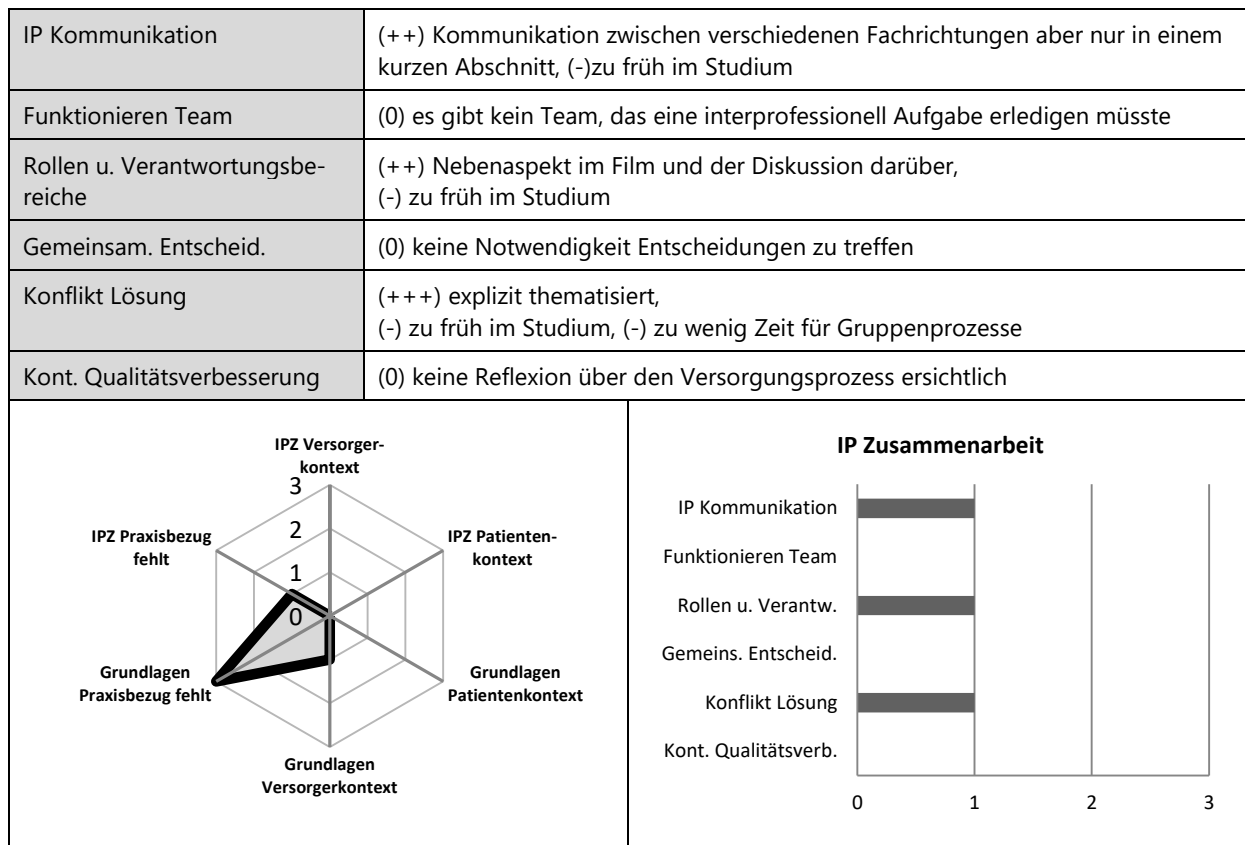


Abbildung 11: Gesamtbewertung Inter-MEPP Berlin, einer Kooperation zwischen Charité, Evangelischer Hochschule und Alice Salomon Hochschule

Kommentar: Im Vergleich mit den internationalen Vorreitern von IPE fällt dieses Beispiel aus Deutschland ab. Es findet zwar ein Austausch zwischen Studierenden verschiedener Fachrichtungen statt, doch bleibt vieles auf „Trockenübungen“ beschränkt – es ist trotz erheblicher organisatorischer Anstrengungen nicht möglich, die Praxis oder die Patienten einzubinden. Die Maximalpunktzahl wird nur in Bezug auf die Grundlagen ohne Praxisbezug erreicht. Obwohl die Studierenden den Kurs als Bereicherung erleben, kritisieren sie, dass wenig Zeit und Raum für Austausch vorhanden ist. So besteht gleichzeitig auch die Gefahr, dass Stereotypen nicht abgebaut, sondern reproduziert werden (Bohrer, 2015). Problematisch ist an diesem Beispiel neben dem fehlenden Praxisbezug vor allem auch die Tatsache, dass es sich nicht für alle Studierenden um eine Pflichtveranstaltung handelt.

6.7 Universität Freiburg im Breisgau, Longitudinaler Strang Interprofessionalität (LongStI)

Die Albert-Ludwigs-Universität Freiburg ist eine der aktivsten Universitäten im deutschsprachigen Raum hinsichtlich der Implementierung von IPE. 2014 wurden 13 interprofessionelle Lehrprojekte umgesetzt, welche sich an ganz unterschiedliche Fachkonstellationen von Studierenden richten.

Im Folgenden wird das Projekt „Neurologie interprofessionell (LongStI – Teil 3)“ vorgestellt (Universität Freiburg 2016).

| | | | |
|----------------------------------|--|------------------|----------|
| IPE Klassifikation | Austausch-/Handlungsbasiert | | |
| Handlungsfeld | Schlaganfall, Morbus Parkinson | | |
| Methoden | Andere Professionen unterrichten ihre Perspektive, Austausch mit Patienten | | |
| Beteiligte Fachrichtungen | Medizin | | |
| Umfang | 6 h (4 x 90 min) | Zeitpunkt | 4. Jahr |
| Pflicht | Nein | Frequenz | einmalig |

Beschreibung: Im Rahmen des „LongStI“-Projektes wurden insgesamt 4 neue Seminare à 90 Minuten entwickelt: Die ersten beiden Seminare behandeln den Fall eines Patienten mit einem Schlaganfall, die letzten beiden Seminare einen Patienten mit Morbus Parkinson. Gearbeitet wird in beiden Fällen mit integrierten Fallbeispielen. Durch die Darstellung der krankheitsspezifischen Stadien und der damit verbundenen Probleme sollen den Studierenden neue Blickwinkel eröffnet werden. Im zweiten Teil schildert jeweils ein „echter“ Patient seine Erfahrungen mit der Erkrankung und stellt sich für Fragen der Studierenden zur Verfügung. Dies dient nicht nur der Wiederholung der theoretischen Inhalte, sondern soll auch zu einem besseren Verständnis für die betroffenen Patienten und deren Belange beitragen. Interprofessionalität soll durch die aktive Einbindung hochspezialisierter Pflegekräfte („Stroke-“ und „Parkinson-Nurses“) erreicht werden und eine realitätsnahe und modellhafte Darstellung der Vorteile und kritischen Punkte einer interprofessionellen Versorgung an zwei sehr unterschiedlichen Erkrankungen ermöglichen (Brich, 2014).

| Bewertung von Inhalten und Kompetenzen | |
|---|---|
| Grundlagen Praxisbezug fehlt | (+++) verschiedene Fachrichtungen treffen sich, (-) nicht auf Augenhöhe, als Vortragende und Studierende |
| Grundlagen Versorgerkontext | (++) Nebenaspekt, Blick ins Versorgungssetting v.a. durch Vortragende, (-) zu wenig Zeit |
| Grundlagen Patientenkontext | (+++) Patienten mit komplexer Krankheit, (-) zu wenig Zeit |
| IPZ Praxisbezug fehlt | (+++) Interprofessionell durch Vortragende, (--) keine Gruppenprozesse |
| IPZ Versorgerkontext | (0) kein konkreter Versorgungsbezug |
| IPZ Patientenkontext | (0) Patient involviert, es passiert nichts ausser Kennenlernen |
| IP Kommunikation | (+++) Kommunikation mit anderer Fachrichtungen und Patienten, (-) andere Fachrichtungen nur als Vortragende |
| Funktionieren Team | (0) Es gibt keine Teams |
| Rollen u. Verantw. | (++) Nebenaspekt: Durch Innensicht (des anderen) und Aussensicht (des eigenen Fachbereiches) |
| Gemeinsam. Entscheid. | (0) Es werden keine Entscheidungen getroffen |
| Konflikt Lösung | (0) Keine Teams und keine Konfliktlösung |
| Kont. Qualitätsverb. | (++) Nebenaspekt: Gewisse Reflexion über den Versorgungsprozess durch Patientensicht |

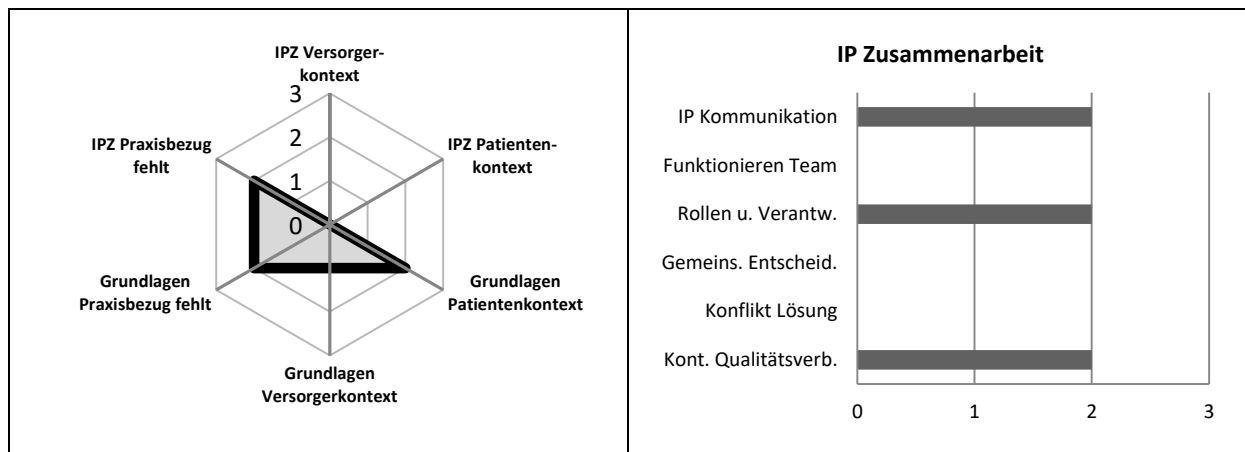


Abbildung 12: Gesamtbewertung des Longitudinalen Strangs Interprofessionalität (LongStI) an der Universität Freiburg i.Br..

Kommentar: Dieses Beispiel wartet mit innovativen Lehrformen auf, welche bei einem verhältnismässig geringen Organisationsaufwand einen signifikanten Beitrag leisten können. Die Konfrontation der Studierenden mit sowohl einer anderen professionellen als auch patientenseitigen Sichtweise ist geeignet, bei den Studierenden Reflexionsprozesse einzuleiten und Grundlagen für einen guten Umgang miteinander zu legen. Der geringe zeitliche Umfang limitiert das tiefere Eintauchen und trägt der Prozesshaftigkeit von IPE unzureichend Rechnung. Aus diesem Grund erreicht es im internationalen Vergleich ein relativ bescheidenes Rating-Ergebnis.

Angesichts der Palette an verschiedenen Modulen während der verschiedenen Abschnitte des Studienverlaufs werden kann festgehalten werden, dass die an sich noch nicht überzeugende Momentaufnahme durch IPE-Interventionen an anderer Stelle verbessert wird.

7. Diskussion

Ein einziges Modul muss und kann nicht allen Ansprüchen Genüge tun, aber es kann in einem umsichtig konzipierten Prozess in Kombination mit anderen Modulen entweder auf Niveau der Grundlagen-Schaffung oder auf Niveau der guten Praxis von interprofessioneller Kooperation einen entscheidenden Beitrag leisten.

Mit der Klassifikation der IPE-Formen (4.6) vor Augen lassen sich aus den Fallbeispielen und Erwägungen folgende Schlüsse ziehen:

Theoriebasiertes Lernen wird vor allem zu Beginn des Studiums eingesetzt, um damit gewissermassen den Samen einer IP-Geisteshaltung einzupflanzen, der später durch andere Vermittlungsformen zum Keimen gebracht wird. Relativ **früh im Studium findet sich i.d.R. auch das austauschbasierte Lernen**, in dem Studierende sich untereinander und ohne weitere Folgen austauschen. Gemäss Charles et al. kann es kontraproduktiv sein, Studierende ohne Anleitung interprofessionellen Situationen auszusetzen, da sich dadurch Stereotypen sogar noch verstärken können (Charles et al., 2010, S. 12). Trotz ihrer beschränkten Wirksamkeit sind theorie- und austauschbasierte Lernmethoden deshalb sinnvoll als **Wegbereiter für umfassendere IPE-Methoden**. Sie **berücksichtigen jedoch den konkreten Versorgungskontext nur unzureichend und schaffen auch nicht die Exposition, die im affektiven Bereich wirkt und Anpassungsleistungen** erfordert, die zu Veränderungen von Interessen, Einstellungen, Werten und Wertschätzung führt.

Beobachtungsbasiertes Lernen hilft, IPE in Bereiche auszuweiten, in welchen Unerfahrenheit stört oder die Patientensicherheit gefährdet (z.B. Notfall) oder Ressourcenmangel eine direkte Betreuung verunmöglicht. Es ist in der Praxis nur in Kombination mit anderen Lernformen anzutreffen ist und insb. geeignet ist, um Rollen und Verantwortlichkeiten zu lehren.

Simulationsbasierte Lernmethoden sind vor allem in der zweiten Hälfte der Ausbildung sehr häufig. Meist handelt es sich dabei um kurze Simulationen von kritischen Situationen (Notfällen). Dabei wird zwar die Zusammenarbeit als Team geübt, allerdings sind die Möglichkeiten, auf diese Weise interprofessionelle Kompetenzen zu erwerben, aufgrund des engen zeitlichen und organisatorischen Rahmens stark eingeschränkt. **Trainiert wird damit primär monoprofessionelle Routine in (zeit-)kritischen Situationen, die störungsfreie multiprofessionelle Interventionen verlangen. Es ist ein Nebeneinander, nicht aber ein Miteinander.** Die einzelnen Akteure müssen nicht verstehen, was die anderen tun. Ohne begleitende Massnahmen tragen kurze Simulationen somit wenig zum Erlernen der sechs Kernkompetenzen bei. Je länger eine Simulation dauert, desto eher finden Gruppen-(entwicklungs-)prozesse statt und es können dadurch Grundlagen wie auch höhere interprofessionelle Kompetenzen vermittelt werden.² Allerdings haben Simulationen generell den Nachteil der geschlossenen Situation, welche Gruppenprozessen und der Auseinandersetzung mit anderen Skills, Einschätzungen, Haltungen und Werten im Weg steht. Angesichts des relativ hohen Aufwandes für Simulationen sind andere Formen oft sinnvoller.

Handlungsbasierte Lernmethoden sind insb. für die Schaffung der Grundlagen sehr geeignet. Dazu gehört das gemeinsame Lösen von hypothetischen Fällen ebenso wie die Realisierung von Projekten in der Gemeinde. In der Praxis wird das handlungsbasierte Lernen oft als Abschluss von theorie- und austauschbasiertem Lernen eingesetzt und schliesst meist auch den Versorgerkontext mit ein, also andere Fachpersonen mit anderen Aufgaben. Die volle Breitenwirkung hinsichtlich der Versorgungsbeteiligten ist dann gegeben, wenn ein **umfassender Austausch mit Patienten** in die Wege geleitet wird. Die Studierenden können und dürfen zwar noch niemanden behandeln, doch gerade im Bereich chronischer Krankheitsverläufe, in der Präventionsarbeit oder bei versor-

² So wurde ein Beispiel gefunden, in dem es zwei ca. einwöchige Simulationen gibt, in denen mit Hilfe von Simulationspuppen, Schauspielern und Berichten die interprofessionelle Zusammenarbeit im Klinikalltag geübt wird. In die gleiche Richtung gehen auch komplexe, länger andauernde Rollenspiele, die z.T. online durchgeführt werden. Da sie mehr Raum für Austausch bieten als kurze (Notfall-)Simulationen sind sie eher geeignet, um eine IP-Haltung zu fördern.

gungsbegleitenden Massnahmen können die Studierenden unter Aufsicht und ohne nennenswertes Risiko Tätigkeiten ausführen, die sowohl einen Wert für die Gesundheitsversorgung haben als auch massgeblich zu Vorverständnis und Grundlagen für den weiteren Lernprozess und die spätere Berufsausübung beitragen. Zu späteren Ausbildungszeitpunkten verfügen die Studierenden bereits über ein grosses Spektrum an praktischer Erfahrung, um mit handlungsbasiertem IPE auch taxonomisch hohe Kompetenzen erlernen zu können. Handlungsbasierter IPE kommt als wirkungsvolle Methode der Weiter- und Fortbildung eine besonders wichtige Rolle zu, da sie - ausgehend von der eigenen praktischen Erfahrung der Teilnehmenden - gezielt Mängel in der interprofessionellen Praxis adressieren kann und am ehesten in der Lage ist, mit überschaubarem Aufwand für einen Aha-Effekt zu sorgen.

Das **praxisbasierte Lernen ist die umfassendste und anspruchsvollste IPE-Lernmethode**. Es ist i.d.R. eingebettet in umfangreichere IPE-Curricula und findet gegen Ende des Studiums statt. Es funktioniert nur, wenn die Studierenden bereits über ein gewisses Mass an interprofessioneller Kompetenz verfügen. Praxisbasiertes Lernen bietet die Möglichkeit, interprofessionelle Zusammenarbeit realitätsnah zu trainieren und so die taxonomisch hohen Kompetenzen zu vertiefen. Um der zeitlichen Lernkurve der IPE-Kernkompetenzen Rechnung zu tragen, ist die Dauer solcher Aktivitäten sehr entscheidend (mind. zwei Wochen volle Präsenzzeit).

Bezüglich des Aufwands sind praxis- und handlungsbasierte Lernmethoden relativ anspruchsvoll. Die Fallbeispiele zeigen jedoch, dass es auch vergleichsweise einfache Formen gibt, die grosse Effekte haben können (z.B. Rollentausch, über die Schulter schauen). So kann es auch sehr hilfreich sein, die Studierenden einfach mal mit Patienten und Angehörigen oder auch mit anderen Professionen reden zulassen. Elaborierte Formen generieren nicht zwangsläufig bessere IPE-Lerneffekte. Zudem gibt es ausserhalb des Lehrplans vielfältige Möglichkeiten, um mit informellen Angeboten einen Beitrag zur Schaffung einer IP-Haltung zu leisten (Wettbewerbe, Informationsmöglichkeiten, etc.).

Das Aneinanderreihen an sich guter IPE-Formen alleine ist allerdings noch kein Garant für gelingende IPE. Jedes einzelne Modul muss umsichtig in den gesamten Ablauf eingebaut und richtig terminiert sowie dem Können und den Anforderungen angepasst werden.

Im Grundlagenbereich muss das Wahrnehmen, Wertschätzen, Kommunizieren und Verstehen von/mit anderen Fachrichtungen und Patienten ermöglicht werden. Im taxonomisch höheren Bereich, dem Erlernen kompetenter Interprofessioneller Zusammenarbeit, gilt das Gleiche für interprofessionelle Kommunikation, Funktionieren als Team, Rollen und Verantwortlichkeiten, gemeinsame Entscheidungsfindung, Konfliktlösung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung. Sämtliche IPE Module sollten in Übungsfeldern stattfinden, welche aufgrund ihrer Komplexität eine echte und breit angelegte interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig machen (z.B. Multimorbidität, chronische Krankheiten). Und- als Herausforderung in Zeiten der grossen Mengen an Stoff - muss den Studierenden in.

IPE kann erst gelingen, wenn die IP-Haltung die gesamte Ausbildung und die gesamte Bildungsstrategie durchzieht. Ein Lernerfolg wird erreicht, wenn die IP-Kernkompetenzen immer wieder wiederholt werden, wenn IP-Aktivitäten in einem Spiralcurriculum immer komplexer werden und auf bereits gemachten Erfahrungen aufbauen. Interprofessionalität ist nicht eine Kompetenz, die isoliert geübt werden kann, sondern sie ist eine Haltung, die erst über längere Zeit und mit regelmässiger Wiederholung erworben und verfestigt wird. Dies ist in den überzeugenden Ansätzen in Linköping, am Karolinska Institutet in Stockholm oder auch in Leicester der Fall ist.

Im deutschsprachigen Europa wird dem interprofessionellen Lernen und den IPE-Aktivitäten meistens kaum mehr als ein paar Stunden zuerkannt. Zudem fehlt der Einbezug der Praxis und der Patienten bzw. Angehörigen als Teil des interprofessionellen Teams. Aus der Literatur und den Fallbeispielen lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass IPE nur komplett ist, wenn ein Praxisbezug besteht und wenn auch richtige Patienten einbezogen sind. Dieser Praxisbezug ist nicht zwingend aufwendig und komplex. Wie an der University of Minnesota kann bereits viel erreicht werden, wenn man Studierende nur schon mal mit Patienten reden lässt.

8. Synthese und Empfehlungen

8.1 Die Herausforderungen mit IPE bewältigen

Gerade weil in der Versorgungsrealität mehr denn je wirksame Handlungsgemeinschaften notwendig sind, um die Effekte von Hochaltrigkeit, Personalverknappung, Ökonomisierung, Bürger-/Patientenkompetenz zu bewältigen und die Generation Y mit anderen Lebensentwürfen zu integrieren, ist es notwendig, interprofessionelle Ausbildungssequenzen besser begründen zu können.

Die Systematisierung, die mit Hilfe des hier entwickelten Instruments möglich wird, leistet einen Beitrag zur Beurteilung der Güte und Wirksamkeit von Ansätzen. Es kann auch prospektiv in der Bildungsentwicklung, bei der Strategiediskussion und bei der Curriculumsentwicklung eingesetzt werden. Es zeigt zudem auf, wie sich die angeblichen Zielkonflikte zwischen vertiefter Expertise und verbesserter Kooperation oder zwischen monoprofessionellen Ausbildungssilos und prozesshaften Kooperationssequenzen in der Praxis lösen lassen – nämlich indem statt der theoriebasierten Trockenübungen einfache Arrangements mit beobachtungsbasiertem Lernen oder austauschbasiertem Lernen angeboten werden.

Ein zentraler Aspekt (und die zentrale Herausforderung angesichts des rasant wachsenden Stoffs) betrifft dabei die Zeit, die für IPE zur Verfügung steht. Es braucht interprofessionelle Konstellationen und Teams, die „exposure“ und „immersion“ erleben müssen – d.h., die ausreichend Zeit, Raum und Anleitung für Gruppen-(entwicklungs-)prozesse zur Verfügung haben müssen. Entscheidend ist auch die Frage, wie IPE in das gesamte Curriculum eingebettet ist. Weil ein längerer Prozess für den Erwerb interprofessioneller Kompetenzen notwendig ist, und weil die taxonomisch höheren Kompetenzen auf den sogenannten „Grundlagen“ aufbauen, die eine IP-Haltung erst ermöglichen, braucht es mehr als nur einen einzigen Kurs oder ein einziges Modul, um interprofessionelle Kompetenzen zu erwerben.

Entscheidend ist, dass das Richtige zum richtigen Zeitpunkt getan wird, d.h. dass Grundlagen und interprofessionelle Kompetenzen nach und nach und aufeinander aufbauend vermittelt werden. Dabei ist auch zu beachten, dass Interprofessionalität nicht ein multiprofessionelles Nebeneinander meint, bei dem jeder Akteur seine Skills beherrscht, sondern dass es eine echte Teamarbeit ist, zu der auch Problemfelder gehören wie z.B. Spannungen durch Asymmetrie und Machtgefälle, Kommunikations- und Deutungsfragen, unterschiedliche Werte und Rollenverständnisse, Missverständnisse hinsichtlich Kompetenzen und Verantwortungen sowie Konflikte durch unterschiedliche Vorstellungen betr. Empathie, Behandlung, Pflege und Nachsorge (u.a. Zwarenstein et al., 2009).

8.2 Ein Mustercurriculum als Grundlage nehmen

Die verschiedenen Erwägungen zu den Fallbeispielen sowie die Analyse anhand des Beurteilungsinstruments führen zu einer **vereinfachten Übersicht über Anwendbarkeit und Eignung verschiedener Lernformen**. Sie bildet den Rahmen für **ein generisches Muster-Curriculum**.

Eine wirksames Vorgehen zur Festigung einer Haltung der Interprofessionalität umfasst in der Ausbildung eine Abfolge von IPE-Abschnitten und konkreten Modulen adäquat:

- Im Grundlagenbereich muss Wahrnehmen, Wertschätzen, Kommunizieren, Verstehen von/mit anderen Fachrichtungen und Patienten ermöglicht werden.
- Im Bereich des Erlernens kompetenter interprofessioneller Zusammenarbeit gilt das Gleiche für interprofessionelle Kommunikation, Funktionieren als Team, Rollen und Verantwortlichkeiten, gemeinsame Entscheidungsfindung, Konfliktlösung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung. Zudem müssen Übungsfelder und Arrangements gewählt werden, welche aufgrund ihrer Komplexität eine echte und breit angelegte interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig machen (z.B. Multimorbidität, chronische Krankheiten, Übergänge zwischen Settings). Konkrete Module setzen sich in der Regel aus mehreren Lernformen zusammen, die jeweils genügend Zeit für die Bearbeitung, den Austausch und die Gruppendynamik erfordern.

9. Literaturverzeichnis

- 1Health (2016): Academic Health Center Office of Education: 1Health.
<https://www.ahceducation.umn.edu/1health-setting-new-standard-interprofessional-education>
(Besucht: 26.02.2016).
- Barr, H. (1994): Perspectives on Shared Learning; Part 1 of a review of shared learning. London: CAIPE.
- Barr, H. (1998): Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), S. 181-187.
- Behrend, Ronja (2015): Interprofessionelles Lehren und Lernen: Chancen und Herausforderungen. Präsentation Tagung: Forschung und Entwicklung in den Gesundheitsfachberufen: Stand und Perspektiven (Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG) und der Fachhochschule Kiel), http://hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente/INTERMEPP_FH_KIEL_.pdf (Besucht: 19.02.2016).
- Bohrer, Annerose (2015): Interprofessionelle Lehrveranstaltungen für Studierende der Gesundheitsberufe: Herausforderungen und Chancen bei der Entwicklung und Implementierung. Präsentation, Lernwelten 2015, 15. Internationaler wissenschaftlicher Kongress für Pflege- und Gesundheitspädagogik am Bildungszentrum Gesundheit und Soziales Chur, Schweiz, http://www.lernwelten.info/lw_bohrer.pdf (Besucht: 19.02.2016).
- Bloom, B. S.; Engelhart, M. D.; Furst, E. J.; Hill, W. H.; Krathwohl, D. R. (1956). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: David McKay Company.
- Brich, Jochen (2014): Neurologie interprofessionell (LongStl – Teil 3). <http://blog.lehrentwicklung.uni-freiburg.de/2014/11/neurologie-interprofessionell-longsti-teil-3/> (Besucht: 15.03.2016).
- British Columbia Competence Framework for Interprofessional Collaboration (2008): British Columbia Competence Framework for Interprofessional Collaboration. Leading Interprofessional Education & Research, Ort unbekannt, <http://chd2.sites.olt.ubc.ca/files/2013/05/BC-Competency-Framework-for-IPC.pdf> (Besucht: 18.03.2016).
- CAIPE (2006): Primary Care in the Twenty-first Century. An International Perspective, Oxford, Seattle.
- CAIPE (o.J.): Principles of Interprofessional Education. <http://caipe.org.uk/resources/principles-of-interprofessional-education/> (Besucht: 10.05.2016).
- Charles, Grant; Bainbridge, Lesley; Gilbert John (2010): The University of British Columbia model of interprofessional education, *Journal of Interprofessional Care*, 24:1, 9-18, <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/13561820903294549> (Besucht: 25.02.2016).
- CIHC 2010: Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework. http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf (Besucht: 25.02.2016)
- Clifton, M.; Dale, C.; Bradshaw, C. (2006): The impact and effectiveness of inter-professional education in primary care: an RCN literature review. London: Royal College of Nursing.
- Frenk, J.; Chen, L.; Bhutta, Z.; Cohen, J.; Crisp, N.; Evans, T.; et al. (2010): Health Professionals für das neue Jahrhundert – die Bildung verändern, um die Gesundheitssysteme in einer interdependenten Welt zu stärken. Zürich: Careum.
- Jakobsen, F. (2011). Learning with, from and about each other: Outcomes from an interprofessional training unit. PhD Dissertation. Aarhus : Aarhus University
- Kälble, Karl (2004): Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit – theoretische Klärungen. In Kaba-Schönstein, L./Kälble K. (Hrsg.): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen Frankfurt/Main, S. 29-41.
- Krathwohl D S, Bloom B S, Masia B B. (1978). Taxonomie von Lernzielen im affektiven Bereich. Übersetzt von Helmut Dreesmann, 2nd .ed. Weinheim: Beltz.
- Lennox, Angela; Anderson, Elizabeth (2007): The Leicester Model of Interprofessional Education: A practical guide to implementation in health and social care education. The Higher Education Academy for Medicine, Dentistry and Veterinary Medicine, Special Report 9, Newcastle, <https://www.heacademy.ac.uk/sites/default/files/leicester-model-of-interprofessional-education.pdf> (Besucht: 23.02.2016).
- Mackay, S. J. (2002): Interprofessional education: An action learning approach to the development and evaluation of a pilot project at undergraduate level. Salford: Revans Institute for Action Learning and Research, University of Salford.

- Nisbet, G.; Lee, A.; Kumar, K.; Thistlethwaite, J.; Dunston, R. (2011): Interprofessional Health Education. A Literature Review. Overview of international and Australian developments in interprofessional health education (IPE). Sydney: Centre for Research in Learning and Change, University of Technology.
- Paradis, Elise; Whitehead, Cynthia R. (2015): Louder than words. Power and conflict in interprofessional education articles, 1954–2013. *Med Educ.* 2015 Apr; 49(4): 399–407, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4405053/pdf/medu0049-0399.pdf> (Besucht 02.06.2015).
- Ponzer, Sari; Hylin, Uffe; Kusoffsky, Ann; Lauffs, Monica; Lonka, Kristi; Mattiasson, Anne-Cathrine; Nordström, Gun (2004): Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. *Medical Education* 2004; 38: 727–736, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2929.2004.01848.x/pdf> (Besucht: 20.02.2016).
- Queen's University Faculty of Health Sciences (2016): IP Student Activities Chart. <http://healthsci.queensu.ca/assets/facboard/nov10agendaipstudentactivitieschart.pdf> (Besucht: 04.03.2016).
- Reeves, Scott (2012): The rise and rise of interprofessional competence. *Journal of Interprofessional Care*, 26:4, 253-255, <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2012.695542> (Besucht: 04.03.2016).
- Reeves, Scott; Fox, Ann; Hodges, Brian D. (2009): The competency movement in the health professions: Ensuring consistent standards or reproducing conventional domains of practice. *Advances in Health Sciences Education*, 14, 451–453, <http://link.springer.com/article/10.1007/s10459-009-9166-2/fulltext.html> (Besucht: 04.03.2016).
- Retchin, Sheldon M. (2008): A Conceptual Framework for Interprofessional and Co-Managed Care. *Acad Med.* 2008; 83:929–933. 2008, <https://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.20.0b/ovidweb.cgi?&S=MEDOFPBHIDDOKGKNCKIOEIBHLJPAA00&PDFLink=B%7cS.sh.43%7c4&WebLinkReturn=Titles%3dS.sh.43%7c4%7c10%26FORMAT%3dtitle%26FIELDS%3dTITLES> (Besucht: 03.06.2016).
- Sottas B. (2015): Eine neue Interprofessionalität in Zeiten des Personalmangels. In: Ludwig I. (Hg.): Wir brauchen sie alle – Pflege braucht Differenzierung. hpsmedia, Nidda: 509-518
- Sottas, Beat; Kissmann, Stefan (2015): Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP). Eine Übersichtstudie zur Evidenzlage. Expertenbericht für das Bundesamt für Gesundheit.
- Stewart, Moira; Kennedy, Neil; Cuene-Grandidier, Hazel (2010): Undergraduate interprofessional education using high-fidelity paediatric simulation. *The Clinical Teacher* 2010; 7: 90–96, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743-498X.2010.00351.x/pdf> (Besucht: 22.02.2016).
- The Interprofessional Curriculum Renewal Consortium, Australia (2013): Curriculum Renewal for Interprofessional Education in Health. Sydney. Centre for Research in Learning and Change, University of Technology, Sydney. https://www.researchgate.net/publication/266801162_Curriculum_Renewal_for_Interprofessional_Education_in_Health (Besucht: 27.02.2016).
- Universität Freiburg (2016): Longitudinaler Strang Interprofessionalität (LongStI). <http://www.medizinstudium.uni-freiburg.de/foerderlinielehre/longstiordner> (Besucht: 15.03.2016).
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin/Köln.
- WHO (1973): Continuing Education for Physicians. Technical Report Series No. 534. Geneva: World Health organization.
- WHO (2010): Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (WHO/HRH/HPN/10.3). Geneva: World Health Organization.
- Zwarenstein, Merrick; Goldman, Joanne; Reeves, Scott (2009). Interprofessional collaboration. effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.